


## ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO (ORIGINAL)

## Reações à queda do cabelo e estratégias de enfrentamento dos adolescentes com doença oncológica

*Reactions to hair loss and coping strategies in adolescents with cancer**Reacciones a la caída del cabello y estrategias de afrontamiento en adolescentes con enfermedad oncológica*Cristiana Maria Pinho Oliveira <sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-3139-9064>Manuel Gameiro <sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0002-3630-161X><sup>1</sup> Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto, Portugal<sup>2</sup> Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC), Coimbra, Portugal

### Resumo

**Enquadramento:** O cancro na adolescência tem um impacto importante no desenvolvimento psicossocial e físico, sendo a queda do cabelo considerada foco de grande ansiedade e stress.**Objetivos:** Identificar as reações emocionais à queda do cabelo dos adolescentes com doença oncológica; as estratégias de *coping* mais utilizadas; e as percebidas como mais eficazes; bem como, analisar as relações entre reações emocionais e estratégias utilizadas; e as relações entre variáveis demográficas/clínicas e reações emocionais, estratégias utilizadas e respetiva eficácia.**Metodologia:** Estudo quantitativo, transversal, descritivo-correlacional, com uma amostra de 30 adolescentes.**Resultados:** Salienta-se que a queda do cabelo é um problema considerado grande/urgente, sendo a tristeza/choro e o medo/irritabilidade as emoções que melhor descrevem a reação dos adolescentes. Os resultados indicam, também, as estratégias mais utilizadas, as percebidas como mais eficazes e a existência de relações entre reações emocionais e estratégias de *coping* utilizadas, assim como, entre variáveis demográficas, reações emocionais e estratégias.**Conclusão:** O conhecimento das reações à queda do cabelo destes adolescentes e das estratégias de enfrentamento, é essencial para uma prática de enfermagem mais direcionada.**Palavras-chave:** adolescentes; *coping*; doença oncológica; queda do cabelo; enfermagem

### Abstract

**Background:** Cancer in adolescence has a significant impact on psychological and physical development, and hair loss is a major cause of anxiety and stress.**Objectives:** To identify emotional reactions to hair loss in adolescents with cancer, the most frequently used coping strategies, and those perceived as most effective; to analyze the relationship between emotional reactions and the strategies used and between demographic/clinical variables and emotional reactions, strategies used, and their efficacy.**Methodology:** Quantitative, cross-sectional, descriptive-correlational study with a sample of 30 adolescents.**Results:** Hair loss is a large/emergency problem, and sadness/crying and fear/irritability are emotions that best describe the adolescents' reactions. The results also show the most frequently used strategies, those perceived as most effective, and the relationships between emotional reactions and coping strategies used and between demographic variables, emotional reactions, and strategies.**Conclusion:** The knowledge of these adolescents' reactions to hair loss and their coping strategies is essential for a more targeted nursing practice.**Keywords:** adolescent; coping; cancer disease; hair loss; nursing

### Resumen

**Marco contextual:** El cáncer en los adolescentes tiene un gran impacto en el desarrollo psicosocial y físico, y la pérdida de cabello se considera un foco de gran ansiedad y estrés.**Objetivos:** Identificar las reacciones emocionales a la caída del cabello de los adolescentes con enfermedad oncológica; las estrategias de *coping* más utilizadas, y las que se perciben como más eficaces; así como analizar las relaciones entre las reacciones emocionales y las estrategias utilizadas, y las relaciones entre las variables demográficas/clínicas y las reacciones emocionales, las estrategias utilizadas y su respectiva eficacia.**Metodología:** Estudio cuantitativo, transversal, descriptivo-correlacional, con una muestra de 30 adolescentes.**Resultados:** Se destaca que la caída del cabello es un problema considerado grande/urgente, en el cual la tristeza/lanto y el miedo/la irritabilidad son las emociones que mejor describen la reacción de los adolescentes. Los resultados también indican las estrategias más utilizadas, las percibidas como más eficaces y la existencia de relaciones entre las reacciones emocionales y las estrategias de *coping* utilizadas, así como entre las variables demográficas, las reacciones emocionales y las estrategias.**Conclusión:** Conocer las reacciones a la caída del cabello de estos adolescentes y sus estrategias de afrontamiento es esencial para una práctica de enfermería más enfocada.**Palabras clave:** adolescente; *coping*; enfermedad oncológica; caída del cabello; enfermería

### Autor de correspondência

Cristiana Maria Pinho Oliveira

E-mail: [cristiannaoliveira@hotmail.com](mailto:cristiannaoliveira@hotmail.com)

Recebido: 24.06.20

Aceite: 05.12.20

Escola Superior de  
Enfermagem de CoimbraFCT  
Fundação  
para a Ciência  
e a Tecnologia**Como citar este artigo:** Oliveira, C., & Gameiro, M. (2021). Reações à queda do cabelo e estratégias de enfrentamento dos adolescentes com doença oncológica. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(5), e20096. <https://doi.org/10.12707/RV20096>

## Introdução

O cancro, uma doença que ameaça a vida, tem implicações físicas e psicossociais importantes, nos adolescentes (Pérez & Martínez, 2015). Segundo estes autores, um adolescente portador de cancro possui a carga adicional de lidar com uma doença potencialmente mortal, com os tratamentos e com as decorrentes alterações físicas provocadas pelos mesmos.

A queda do cabelo, induzida pela quimioterapia, é considerada como tormentosa e incitadora de rótulos em ambiente público, conduzindo a restrições sociais (Young & Arif, 2016). É evidenciada na literatura como a pior parte do tratamento, sendo o aspeto que gera mais ansiedade e angústia, exigindo uma profunda mobilização emocional, que pode conduzir, frequentemente, a inadaptação (Minanni et al., 2010).

Assim, os adolescentes submetidos a tratamento de um cancro têm de lidar com várias situações de stresse, necessitando de recorrer a estratégias de enfrentamento.

Na tentativa de suporte efetivo e capacitação dos adolescentes com cancro, para a adoção de estratégias de enfrentamento, visando lidarem melhor com a queda do cabelo, a intervenção dos profissionais tem sido, essencialmente, direcionada numa lógica de antecipação, centrada no problema, e não tanto focada na regulação das emoções.

Todavia, esta dimensão adaptativa tem sido perspetivada também como fundamental, especialmente, na fase de choque, de maior impacte emocional, e quando as situações são avaliadas como fora do controlo pessoal.

A evidência científica, sobre as reações de cariz emocional à queda do cabelo, em particular por parte dos adolescentes com doença oncológica, é escassa. O seu estudo e a análise da relação entre essas reações e as estratégias de enfrentamento utilizadas por estes poderá constituir uma mais-valia para a intervenção direcionada dos profissionais, em particular dos enfermeiros.

Nesta linha de pensamento, foram definidos como objetivos para este estudo: identificar as reações emocionais à queda do cabelo dos adolescentes com doença oncológica; identificar as estratégias mais utilizadas pelos adolescentes para lidarem com a situação; identificar as estratégias de *coping* percecionadas como mais eficazes pelos adolescentes; analisar as relações entre as reações emocionais e as estratégias utilizadas pelos adolescentes, para lidarem com a situação de perda do cabelo; analisar as relações das variáveis demográficas (sexo; idade) e clínicas (modo de perda do cabelo) com as reações emocionais, as estratégias utilizadas pelos adolescentes e a perceção da respetiva eficácia.

## Enquadramento

Em Portugal, surgem, anualmente, 350 novos casos de cancro pediátrico, uma doença que aumenta cerca de 1% ao ano. A incidência é superior nos rapazes e na

faixa etária entre os 15 e os 19 anos, rondando os 150 a 200 novos casos por milhão de adolescentes (American Cancer Society, 2014).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), considera-se adolescente o indivíduo entre os 10 e os 19 anos. A adolescência consiste num período de transição para a idade adulta, e constitui um período de múltiplas mudanças a nível físico, psíquico e emocional, nomeadamente, de desenvolvimento e de ajustamento (Hockenberry & Wilson, 2016; Moules et al., 2017).

Além das mudanças físicas, inerentes ao período da adolescência, é de salientar os aspetos de desenvolvimento cognitivo e psicossocial nesta faixa etária, uma vez que influenciam de modo direto a forma como os adolescentes lidam com o impacte da doença e a forma como gerem os fenómenos que constituem as fontes de stresse.

O diagnóstico de cancro na adolescência é especialmente complexo. Nesta fase, além da doença e do sofrimento, os adolescentes com cancro têm de encarar, concomitantemente, as exigências inerentes à faixa etária, pois apesar de já terem adquirido as competências cognitivas, que lhes permitem perceber a dimensão da doença, ainda não possuem condições de maturidade e de experiência de vida, que lhes sirvam de referência de autoeficácia para enfrentar este duplo conflito (Gameiro, 2012; Pérez & Martínez, 2015).

Contudo, o impacte psicológico produzido nos adolescentes por estes fatores causadores de stresse depende dos mecanismos de proteção, que podem incluir estratégias de enfrentamento, promovendo a adaptação e a resiliência (Sorgen & Manne, 2002).

Na perspetiva de Lazarus e Folkman (1984), o processo de enfrentamento, muitas vezes, designado de *coping*, pode ser definido como o conjunto de esforços cognitivos e comportamentais, em constante mudança, para controlar (reduzir ou tolerar) situações, que são avaliadas como *stressantes* por um indivíduo (Lima & Enumo, 2014; Pascual et al., 2016). Deste modo, o *coping* refere-se a atividades orientadas para a adaptação, que exigem algum esforço.

## Questões de investigação

Quais as reações emocionais à queda do cabelo dos adolescentes com doença oncológica?

Quais as estratégias de *coping* mais frequentemente utilizadas para lidarem com esta situação?

Quais dessas estratégias são consideradas como mais eficazes?

Existe relação entre as reações emocionais e as estratégias utilizadas?

Existe relação entre as variáveis demográficas (sexo e idade) e as reações emocionais, as estratégias utilizadas e a perceção da sua eficácia?

Existe relação entre a forma como ocorreu a perda do cabelo e as reações emocionais, as estratégias utilizadas e a perceção da sua eficácia?

## Metodologia

De acordo com a natureza do problema e face aos objetivos delineados, desenvolveu-se um estudo quantitativo, transversal, descritivo-correlacional.

A população acessível deste estudo foi o conjunto de adolescentes com diagnóstico de doença oncológica a realizar tratamento no serviço de oncologia pediátrica de um hospital central especializado da zona centro do País, no período da colheita de dados, que decorreu entre 5 de maio e 5 de outubro de 2018.

A amostra foi constituída através do método de amostragem não probabilística consecutiva, obtendo-se desta forma 30 adolescentes que satisfaziam os critérios de inclusão. Os critérios de inclusão foram os seguintes: diagnóstico de doença oncológica; idade entre os 13 e os 19 anos; queda do cabelo há pelo menos 1 mês e no máximo há 1 ano; e ser capaz de ler, interpretar e escrever, respondendo ao questionário.

Foram consideradas as seguintes *variáveis centrais*: reações emocionais; estratégias de enfrentamento e perceção da eficácia das estratégias. Como *variáveis independentes*, considerámos as demográficas (sexo; idade) e clínicas (modo de perda do cabelo).

Os dados foram colhidos no referido serviço de oncologia (internamento e hospital de dia), através do autopreenchimento de um questionário dirigido aos adolescentes. A primeira parte do questionário foi elaborada com o intuito de recolher informação para a caracterização sociodemográfica e clínica da amostra. De seguida, para avaliar as reações emocionais à queda do cabelo, incluiu-se a escala *How big is your problem* (Elsa Support, 2016), que relaciona a dimensão do problema com as reações ao mesmo, e a primeira parte do *Kidcope* (Spirito et al., 1988), para avaliar o *distress* relacionado com a situação. Por fim, incorporou-se a parte do *Kidcope* que avalia as estratégias de enfrentamento utilizadas e a perceção da respetiva eficácia. Complementarmente, incluíram-se duas questões, de resposta aberta, relacionadas com avaliação das estratégias de enfrentamento.

A aplicação deste questionário foi precedida da realização de um pré-teste. Com os dados da totalidade da amostra, foi calculado o alfa de Cronbach para os itens do *Kidcope*, que correspondem às três questões referentes ao nível de *distress*, sendo o valor obtido de 0,889. Para as restantes dimensões do *Kidcope* (frequência de utilização das estratégias de *coping* e avaliação da respetiva eficácia), a noção de fidelidade ficou limitada à informação fornecida, pelos autores. No estudo de Spirito et al. (1988), os resultados atestaram a estabilidade temporal (teste-reteste) e a validade concorrente do questionário. Para além disso, considerámos como relevante a ampla utilização deste instrumento em estudos de investigação.

O projeto de investigação obteve parecer favorável da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Paralelamente, no sentido de ser conferida autorização para realização do estudo no serviço de oncologia pediátrica, obteve-se autorização por escrito da diretora do serviço. Para se utilizar a versão portuguesa do questionário *Kidcope*, obteve-se autorização formal do autor, por correio eletrónico.

Foi, também, elaborado um formulário de consentimento informado (um dirigido aos adolescentes e outro aos pais), tendo sido solicitado a todos os participantes no estudo e respetivo pai/mãe o consentimento livre e esclarecido, por escrito.

Os dados foram analisados com apoio do programa informático IBM SPSS Statistics, versão 24.0. Para sistematizar os dados, utilizaram-se técnicas da estatística descritiva. Para análise inferencial, considerando a natureza e a pouca discriminação na medição das variáveis centrais, procedeu-se à respetiva dicotomização, dispondo as frequências dos dados em tabelas 2x2. Como, na quase totalidade dos casos, as frequências esperadas inferiores a 5 excediam o recomendado para a aplicação válida do teste de  $\chi^2$ , foram considerados, os resultados dos testes exatos de Fisher.

### Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra

A amostra era maioritariamente do sexo masculino (70,00%), as idades variavam entre 13 e 18 anos e, na sua grande maioria, residiam em meio urbano (43,33%) e suburbano (43,33%).

Em relação ao tipo de cancro, verificou-se que a maioria (43,33%) era do foro hematológico, sendo que a menor percentagem correspondia aos tumores das gónadas (13,33%). A média de tempo de diagnóstico era de 6,18 meses. Os adolescentes da amostra foram submetidos a quimioterapia, radioterapia e cirurgia. A queda do cabelo ocorreu na maioria (76,67%) de forma rápida e total. O tempo decorrido entre a ocorrência da queda do cabelo e a colheita de dados variou entre 1 e 12 meses.

## Resultados

### Avaliação subjetiva da dimensão do problema e reação emocional prevalente

A maioria (60,00%) dos adolescentes considerou a queda do cabelo como um problema grande/urgente. Quanto à reação emocional prevalente, 40,00% da amostra indicou a tristeza/choro como a emoção que melhor descreve a sua reação emocional à queda do cabelo e 30,00% assinalou o medo/irritabilidade (Tabela 1).

**Tabela 1**

*Distribuição da amostra segundo a avaliação subjetiva da dimensão do problema e as reações emocionais prevalentes (n = 30)*

Avaliação Subjetiva da Dimensão do problema	nº	%	Grau	Reação emocional prevalente	nº	%
Urgente	8	26,67	5	Medo/Irritabilidade	9	30,00
Grande	10	33,33	4	Tristeza/Choro	12	40,00
Médio	7	23,33	3	Raiva/Ansiedade	4	13,33
Pequeno	4	13,33	2	Vergonha/Desilusão	4	13,33
Minúsculo	1	3,33	1	Alegria/Calma	1	3,33
Md = 4,00; $\bar{X}$ = 3,67; DP = 1,12				Md = 4,00; $\bar{X}$ = 3,80; DP = 1,12		

Nota. Md = mediana; DP = desvio-padrão.

### Reações emocionais de *distress*

A emoção tristeza apresenta uma média de intensidade superior às restantes emoções. A raiva apresenta a menor

intensidade registada, mas constitui a emoção em que a amostra se revelou menos homogénea (Tabela 2).

**Tabela 2**

*Distribuição da amostra segundo as reações emocionais de distress (n = 30)*

Reação emocional	nº	%
Ansiedade	1. nada	3,33
	2. pouco	13,33
	3. mais ou menos	36,67
	4. muito	23,33
	5. muitíssimo	23,33
		$\bar{X}$ = 3,50; DP = 1,11
Tristeza	1. nada	6,67
	2. pouco	6,67
	3. mais ou menos	10,00
	4. muito	30,00
	5. muitíssimo	46,67
		$\bar{X}$ = 4,03; DP = 1,22
Raiva	1. nada	13,33
	2. pouco	13,33
	3. mais ou menos	23,33
	4. muito	30,00
	5. muitíssimo	20,00
		$\bar{X}$ = 3,30; DP = 1,32
Distress - Score global		$\bar{X}$ = 3,61; DP = 1,10

Nota. DP = desvio-padrão.

### Estratégias de enfrentamento utilizadas e avaliação da respetiva eficácia

As estratégias de enfrentamento mais utilizadas pelos adolescentes para lidarem com a situação da perda do cabelo são a *resignação*, indicada pela totalidade dos adolescentes. A *distração*, a *reestruturação cognitiva* e a *resolução de problemas* foram assinaladas, todas elas, por 90,00% da

amostra. A estratégia assinalada como menos frequente foi o *isolamento social*, apontado por 53,33% da amostra (Tabela 3).

Quanto à eficácia das estratégias, o *apoio social* constitui a estratégia percecionada como mais eficaz de todas, sendo que a maioria dos adolescentes (91,67%) a reconheceu como muito eficaz (Tabela 3).

**Tabela 3**

*Distribuição da amostra segundo as estratégias de enfrentamento utilizadas e a avaliação da respetiva eficácia (n = 30)*

Estratégias	Frequência de utilização		Nível de ajuda percebido <sup>#</sup>						Md	$\bar{X}$	DP
	n <sup>o</sup>	%	0 – nada		1 - pouco		2- muito				
			n <sup>o</sup>	%	n <sup>o</sup>	%	n <sup>o</sup>	%			
1. Pensei noutra coisa; tentei esquecer isso; e/ou fui fazer qualquer coisa como ver televisão ou jogar um jogo para tirar isso da cabeça. DISTRACÇÃO	27	90,00	2	7,41	2	7,41	23	85,19	2,00	1,78	0,58
2. Afastei-me das pessoas; guardei os meus sentimentos para mim e lidei com a situação sozinho. ISOLAMENTO SOCIAL	16	53,33	2	12,50	9	56,25	5	31,25	1,00	1,19	0,66
3. Tentei ver o lado bom das coisas e/ou concentrei-me em alguma coisa boa que pudesse resultar da situação. REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA	27	90,00	–	–	8	29,62	19	70,37	2,00	1,70	0,47
6. Pensei em formas de resolver o problema; falei com outras pessoas para ter mais dados e informações sobre o problema e/ou tentei resolver realmente o problema. RESOLUÇÃO PROBLEMAS	27	90,00	–	–	5	18,52	22	81,48	2,00	1,81	0,40
7a. Falei sobre a forma como me estava a sentir; berrei, gritei ou bati em alguma coisa. REGULAÇÃO EMOCIONAL	19	63,33	1	5,26	6	31,58	12	63,16	2,00	1,58	0,61
7b. Tentei acalmar-me falando comigo próprio, rezando, dando um passeio, ou simplesmente tentando descontrair-me. REGULAÇÃO EMOCIONAL	26	86,67	–	–	7	26,92	19	73,08	2,00	1,73	0,45
8. Fiquei a pensar e a desejar que isto nunca tivesse acontecido; e/ou que pudesse mudar o que tinha acontecido. PENSAMENTO DESIDERATIVO	23	76,67	3	13,04	11	47,83	9	39,13	1,00	1,26	0,69
9. Virei-me para a minha família, amigos, ou outros adultos para me ajudarem a sentir melhor. APOIO SOCIAL	24	80,00	–	–	2	8,33	22	91,67	2,00	1,92	0,28
10. Aceitei simplesmente o problema porque sabia que não podia fazer nada em relação a isso. RESIGNAÇÃO	30	100,0	1	3,33	5	16,67	24	80,00	2,00	1,77	0,50

Nota. Md = mediana; DP = desvio-padrão.

\*pelos adolescentes que recorreram à estratégia.

### **Relação entre as reações emocionais e as estratégias utilizadas**

Os adolescentes que referem mais tristeza tendem a recorrer em maior proporção ao *pensamento desiderativo* ( $p = 0,003$ ) e à *reestruturação cognitiva* ( $p = 0,009$ ).

Os que manifestam alta intensidade de raiva utilizam o *pensamento desiderativo* ( $p = 0,006$ ) em maior proporção e aqueles que manifestam uma ansiedade mais alta tendem, em maior proporção, ao *isolamento social* ( $p = 0,081$ ; Tabela 4).



**Tabela 4**

*Análise das relações entre as reações emocionais de distresse e as estratégias de coping utilizadas (n = 30)*

Utilização das Estratégias	Reações emocionais de Distresse														
	Ansiedade				Teste Fisher	Tristeza				Teste Fisher	Raiva				Teste Fisher
	Baixa		Alta			Baixa		Alta			Baixa		Alta		
	nº	%	nº	%		nº	%	nº	%		nº	%	nº	%	
2-Isolamento Soc. (n = 16)	6	37,5	10	71,4	.081 <sup>LS</sup>	5	71,4	11	47,8	.399	6	40,0	10	66,7	.272
3-Reestruturação Cogn. (n = 27)	14	87,5	13	92,9	1.00	4	57,1	23	100,0	.009**	12	80,0	15	100,0	.224
8-Pensamento Desid. (n = 23)	11	68,8	12	85,7	.399	2	28,6	21	91,3	.003*	8	53,3	15	100,0	.006**

<sup>LS</sup> Correlação no limiar da significância ( $0,05 < p < 0,10$ ).

\*\* Correlação significativa ( $p < 0,01$ ).

Os adolescentes, que apresentam um nível mais alto de *distress* global tendem a utilizar, em maior proporção, a *reestruturação cognitiva* ( $p = 0,021$ ), a *resolução de problemas* ( $p = 0,021$ ) e o *pensamento desiderativo* ( $p = 0,001$ ; Tabela 5).

**Tabela 5**

*Análise das relações entre as reações emocionais e as estratégias utilizadas, tendo por base o distress global (n = 30)*

Utilização das Estratégias	Distress Global				Teste Fisher
	Baixo		Alto		
	<i>n</i> º	%	<i>n</i> º	%	
3 - Reestruturação cognitiva ( <i>n</i> = 27)	6	66,7	21	100,0	0,021*
6 - Resolução de problemas ( <i>n</i> = 27)	6	66,7	21	100,0	0,021*
8 - Pensamento desiderativo ( <i>n</i> = 23)	3	33,3	20	95,2	0,001**

\* Correlação significativa ( $p < 0,05$ ); \*\* Correlação significância ( $p < 0,01$ ).

### **Relação entre as variáveis demográficas e as reações emocionais, as estratégias utilizadas e a percepção da sua eficácia**

#### *Sexo*

No sexo feminino predominam adolescentes que manifestam elevada ansiedade face à perda do cabelo, enquanto que no sexo masculino, a maior proporção revela baixa ansiedade ( $p = 0,004$ ). Os rapazes recorrem em maior proporção ao apoio social do que as raparigas ( $p = 0,049$ ; Tabela 6).

Quanto à *percepção de eficácia das estratégias*, no sexo masculino prevalecem os adolescentes, que demonstram uma percepção de eficácia elevada da estratégia de *coping resolução de problemas* ( $p = 0,030$ ). No sexo masculino, esta estratégia foi considerada como muito eficaz na maioria (94,4%) dos adolescentes que recorreu à mesma. Por sua vez, no sexo feminino verificou-se um equilíbrio entre os adolescentes, que consideram a elevada eficácia da estratégia *resolução de problemas* (55,6%) e as que indicam a reduzida eficácia da mesma (44,4%; Tabela 6).

**Tabela 6**

Análise das relações entre o sexo e as reações emocionais, as estratégias de coping utilizadas e a percepção da sua eficácia ( $n = 30$ )

			Sexo				Teste Fisher
			Feminino		Masculino		
			<i>n</i> º	%	<i>n</i> º	%	
Reações emocionais de <i>distress</i>	Ansiedade	Baixa	1	11,1	15	71,4	0,004**
		Alta	8	88,9	6	28,6	
Estratégias de <i>Coping</i> Utilizadas	Eficácia percebida <sup>#</sup>						
6-Resolução de problemas ( <i>n</i> = 27)			9	100,0	18	85,7	0,534
	Nada/pouco eficaz		4	44,4	1	5,6	
	Muito eficaz		5	55,6	17	94,4	0,030*
9-Apoio social ( <i>n</i> = 24)			5	55,6	19	90,5	0,049*
	Nada/pouco eficaz		—	—	2	10,5	
	Muito eficaz		5	100,0	17	89,5	1,00

<sup>#</sup> Pelos adolescentes que recorreram à estratégia.

\* Correlação significativa ( $p < 0.05$ ); \*\* Correlação significativa ( $p < 0.01$ ).

#### Idade

A variável idade foi dicotomizada em dois grupos etários. Salienta-se a existência de relações significativas entre esta variável e a raiva ( $p = 0,025$ ) e o *distress* global ( $p = 0,042$ ). Nos adolescentes com idades superiores (16-18 anos) destacam-se, em maior proporção, aqueles que manifestam alta intensidade de raiva (76,9%), enquanto que, nos adolescentes com idades inferiores

(13-15 anos), verificou-se uma maior prevalência dos que manifestam um nível baixo de raiva (70,6%). Similarmente, o *distress* global alto foi destacado em maior proporção (92,3%), nos adolescentes mais velhos (16-18 anos), em comparação aos mais novos (13-15 anos; 47,1%; Tabela 7).

Quanto à percepção de eficácia das estratégias utilizadas, não se verificaram associações com a idade dos adolescentes.

**Tabela 7**

Análise das relações entre a idade e as reações emocionais, as estratégias de coping utilizadas e a percepção da sua eficácia ( $n = 30$ )

			Idade				Teste Fisher	
			13-15 anos		16-18 anos			
			<i>n</i> º	%	<i>n</i> º	%		
Reações emocionais de <i>distress</i>	Raiva	Baixa	12	70,6	3	23,1	,025*	
		Alta	5	29,4	10	76,9		
<i>Distress</i> global		Baixo	8	47,1	1	7,7	,042*	
		Alto	9	52,9	12	92,3		
Estratégias de <i>Coping</i> Utilizadas		Eficácia percebida <sup>#</sup>						
8-Pensamento Desiderativo (n = 23)		10	58,8	13	100,0	,010*		
		Nada/pouco eficaz	8	80,0	6	46,2	,197	
		Muito eficaz	2	20,0	7	53,8		

<sup>#</sup> Pelos adolescentes que recorreram à estratégia.

\* Correlação é significativa  $p < .05$ .

### **Relação entre o modo de perda do cabelo e as reações emocionais, as estratégias utilizadas e a percepção da sua eficácia**

O modo de perda do cabelo (lento/rápido; parcial/total) não se evidenciou como relevante para as reações apresentadas pelos adolescentes, nem para as estratégias de *coping* utilizadas e percepção da respetiva eficácia.

## **Discussão**

Os dados deste estudo evidenciam que a queda do cabelo dos adolescentes com doença oncológica é avaliada subjetivamente como um problema de dimensão *grande/urgente* pela maioria. A esta experiência estão associadas reações emocionais fortes, nomeadamente, de tristeza/choro e medo/irritabilidade.

Nesse sentido, os resultados corroboram com a literatura, em que a queda do cabelo induzida pela quimioterapia é considerada como uma experiência tormentosa, como o aspeto do tratamento que origina mais ansiedade e angústia e muitas vezes relatada como a pior parte do tratamento (Young & Arif, 2016).

Relativamente às estratégias de enfrentamento, verificou-se que as mais frequentemente utilizadas são a resignação, a distração, a reestruturação cognitiva e a resolução de problemas. Depreende-se, assim, que os adolescentes fazem um esforço para regular a sua resposta emocional à ocorrência da queda do cabelo recorrendo a estratégias de enfrentamento focadas na emoção, embora procurem igualmente alternativas centradas no problema, entre elas, a procura de informação.

Num estudo de Trask et al. (2003), como citado por Decker (2008), os adolescentes, que utilizaram mais estratégias de enfrentamento focadas na emoção, especificamente a reestruturação cognitiva, apresentaram níveis mais baixos de sofrimento, embora as estratégias focadas no problema não se evidenciassem de modo significativo como estando relacionadas com níveis de sofrimento mais elevados. Sorgen e Manne (2002) descobriram que existe correspondência entre o tipo de enfrentamento e a avaliação da controlabilidade. Nas situações em que o sentido de controlo do problema é menor, a adoção de estratégias focadas na regulação emocional está associada a um nível mais baixo de sofrimento, depressão, raiva e ansiedade.

A resolução de problemas não deixa, contudo, de ser assinalada por estes adolescentes, que, simultaneamente, tendem a procurar informação e fazem um esforço para eliminar/circunscrever fatores de stresse relativos à perda do cabelo, nomeadamente, pela utilização de lenços, gorros e bonés, sendo menos comum o recurso a peruca, perfume e roupa bonita. Estes esforços revelam-se de extrema importância, uma vez que permitem aos adolescentes mitigar o stresse causado pelas mudanças na aparência (Burg, 2016; Hockenberry & Wilson, 2016; Lee et al., 2012; Williamson et al., 2010; Young & Arif, 2016).

Quanto à percepção sobre a eficácia das estratégias, os resultados refletem a noção de que as estratégias consideradas pelos adolescentes como mais eficazes são o apoio social, a distração e a resolução de problemas.

Estas evidências são consistentes com as de outros estudos realizados nesta área. Nomeadamente, a importância atribuída ao apoio social (emocional, material e de informação) e ao retorno à vida normal o mais rápido possível (Kyngas et al., 2001, como citado por Decker, 2008). Igualmente, a importância do pensamento positivo, não pensar no tratamento, manter-se ocupado, reinterpretar os ganhos da experiência do cancro e postura filosófica (Weekes & Kagan, 1994, como citado por Decker, 2008). No entanto, os resultados sugerem que a estratégia registada como sendo a utilizada por mais adolescentes (pela totalidade da amostra do nosso estudo): a resignação, não corresponde àquela que é percebida e indicada como mais eficaz.

Verificou-se que o isolamento social e o pensamento desiderativo foram as estratégias a que correspondem menor eficácia percebida pelos adolescentes.

*Relação entre as reações emocionais e as estratégias utilizadas*  
Destacam-se as relações significativas entre as reações emocionais: ansiedade, tristeza e raiva e as estratégias de enfrentamento: pensamento desiderativo, reestruturação cognitiva, isolamento social e resolução de problemas.

Verificou-se a existência de relação da tristeza com o pensamento desiderativo e a reestruturação cognitiva, no sentido de os adolescentes com maior tristeza recorrerem em maior proporção a estas duas estratégias.

Outra associação significativa apurada no mesmo sentido foi entre a raiva e o pensamento desiderativo. Contudo, esta estratégia de *coping* é apontada pelos adolescentes como sendo a menos eficaz de todas. O pensamento desiderativo deve, pois, ser considerada como uma estratégia de recurso de emergência para regulação emocional, mas que se revela pouco eficaz com o passar do tempo.

*Relação entre as variáveis demográficas (sexo e idade) e as reações emocionais, as estratégias utilizadas e a percepção da sua eficácia*

No sexo feminino, predominaram adolescentes com manifestações de alta ansiedade, enquanto que no sexo masculino a maior proporção revelou baixa ansiedade.

Face à situação de perda de cabelo, os rapazes recorreram, em maior proporção, ao apoio social comparativamente às raparigas. Estas socorreram-se mais do isolamento social, embora a relação não chegue a ser estatisticamente significativa.

No sexo feminino evidenciou-se a predominância de adolescentes com mais ansiedade e, concomitantemente, destacou-se a relação entre a ansiedade e o isolamento social, como visto anteriormente e de forma consistente. Os rapazes consideraram, na sua maioria, a resolução de problemas como uma estratégia muito eficaz, enquanto nas raparigas essa noção de eficácia não é tão comum. Essa diferença poderá associar-se ao maior sentido de controlabilidade entre os rapazes, manifesto pela menor ansiedade.

Relativamente à idade, de um modo geral, verificou-se que o *distress* mais alto é registado, em maior proporção, nos adolescentes com idades superiores (16-18 anos).

O pensamento desiderativo foi a estratégia referida como



recurso pela totalidade dos adolescentes mais velhos. Sem incluir esta estratégia, mas considerando outras que exigem o recurso ao pensamento abstrato, Brown et al. (1992), como citado por Decker (2008) verificaram que o uso da distração, da reestruturação cognitiva, da regulação emocional, do apoio social e da resignação aumentam com a idade.

Uma das principais limitações deste estudo prende-se com a inexistência prévia de instrumentos de colheita de dados que dessem resposta a todas as questões de investigação elaboradas. Igualmente, a dimensão reduzida da mesma obriga a uma interpretação cuidadosa dos resultados e prudência nas generalizações.

## Conclusão

Dos resultados obtidos, constatou-se que emoções fortes e fora do controlo, as predominantes, aparentemente, conduzem a estratégias de *coping* mais focadas na emoção, sendo importante valorizar as diferentes formas de confrontação dos adolescentes com o problema e compreender que o enfrentamento mais adequado é aquele que permite ao indivíduo uma adaptação eficaz, independentemente do recurso a estratégias centradas no problema ou na emoção. Nesta investigação, o isolamento social foi assinalado como a estratégia menos utilizada e percebida, como uma das menos eficazes. Assim, é compreensível que a alta intensidade de ansiedade e a consequente desregulação emocional conduza ao recurso de estratégias de reduzida eficácia, asseverando-se imprescindível a intervenção de enfermagem neste âmbito, com a finalidade de facilitar o processo adaptativo eficaz, reduzindo o sofrimento.

Ao nível das implicações para a prática de enfermagem, reconhece-se que é forçoso disponibilizar informação adequada às necessidades apresentadas respondendo às questões e dúvidas colocadas pelos adolescentes; sendo importante informar os adolescentes e respetivos pais que a queda do cabelo ocorrerá, destacando que é transitória e limitada no tempo, e que o cabelo voltará a crescer (podendo crescer diferente e mais bonito). É essencial, planear uma intervenção direcionada, promovendo a utilização de estratégias de *coping* eficazes, tendo em consideração que as raparigas necessitam de uma intervenção direcionada à regulação da ansiedade; os adolescentes mais velhos (16-18 anos) carecem de uma intervenção intencional para minimizar a intensidade de raiva e *distress* global. É fundamental que os profissionais, designadamente os enfermeiros, sejam capazes de identificar situações de adaptação ineficaz, o mais precocemente possível, de forma a determinar um encaminhamento adequado dessas situações, não protelando uma intervenção especializada.

## Contribuição de autores

Conceptualização: Oliveira, C.

Metodologia: Gameiro, M.

Tratamento de dados: Oliveira, C., Gameiro, M.

Redação – preparação do rascunho original: Oliveira, C.

Redação – revisão e edição: Oliveira, C., Gameiro, M.

Supervisão: Gameiro, M.

## Referências bibliográficas

- American Cancer Society. (2014). *Cancer, facts & figures 2014*. Author. <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures/cancer-facts-figures-2014.html>
- Burg, A. J. (2016). Body image and the female adolescent oncology patient. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 33(1), 18-24. <https://doi.org/10.1177/1043454214563759>
- Decker, C. L. (2008). Coping in adolescents with cancer: a review of the literature. *Journal of Psychosocial Oncology*, 24(4), 123-140. [https://doi.org/10.1300/J077v24n04\\_07](https://doi.org/10.1300/J077v24n04_07)
- Elsa Support. (2016). *Problems and reactions*. <https://www.elsa-support.co.uk/problems-and-reactions/>
- Gameiro, M. (2012). Adaptação dos adolescentes com cancro na fase de tratamento: Uma revisão da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(8), 135-146. <https://doi.org/10.12707/RIII1273>
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2016). *Wong: Enfermagem da criança e do adolescente* (9ª ed.). Lusociência.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Springer.
- Lee, M.-Y., Mu, P.-F., Tsay, S.-F., Chou, S.-S., Chen, Y.-C., & Wong, T.-T. (2012). Body image of children and adolescents with cancer: A metasynthesis on qualitative research findings. *Nursing and Health Sciences*, 14(3), 381-390. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2012.00695.x>
- Lima, A., & Enumo, S. (2014). Enfrentamento em crianças portuguesas hospitalizadas por câncer: Comparação de dois instrumentos de avaliação. *Estudos de Psicologia*, 31(4), 559-571. <https://doi.org/10.1590/0103-166X2014000400010>
- Minanni, C., Ferreira, A., Sant'Anna, M., & Coates, V. (2010). Abordagem integral do adolescente com diabetes. *Adolescência & Saúde*, 7(1), 45-52. <https://cdn.publisher.gn1.link/adolescenciaesauade.com/pdf/v7n1a09.pdf>
- Moules, N., Estefan, A., Field, J., Laing, C., Schulte, F., & Strother, D. (2017). A tribe apart: Sexuality and cancer in adolescence. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 34(4), 295-308. <https://doi.org/10.1177/1043454217697669>
- Pascual, A., Conejero, S., & Etxebarria, I. (2016). Coping strategies and emotion regulation in adolescents: Adequacy and gender differences. *Ansiedad Y Estrés*, 22(1), 1-4. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2016.04.002>
- Pérez, A., & Martínez, V. (2015). Adolescencia y cáncer. *Psicooncología*, 12(1), 141-156. [https://doi.org/10.5209/rev\\_PSIC.2015.v12.n1.48909](https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n1.48909)
- Sorgen, K., & Manne, S. (2002). Coping in children with cancer: Examining the goodness-of-fit hypothesis. *Children's Health Care*, 31(3), 191-207. [https://doi.org/10.1207/S15326888CHC3103\\_2](https://doi.org/10.1207/S15326888CHC3103_2)
- Spirito, A., Stark, L., & Williams, C. (1988). Development of a brief coping checklist for use with pediatric populations. *Journal of Pediatric Psychology*, 13(4), 555-574. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/13.4.555>
- Williamson, H., Harcourt, D., Halliwell, E., Frith, H., & Wallace, M. (2010). Adolescents' and parents' experiences of managing the psychosocial impact of appearance change during cancer treatment. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 27(3), 168-175. <https://doi.org/10.1177/1043454209357923>
- Young, A., & Arif, A. (2016). The use of scalp cooling for chemotherapy-induced hair loss. *British Journal of Nursing*, 25(10), 22-27. <https://doi.org/10.12968/bjon.2016.25.10.S22>

