



e s c o l a s u p e r i o r d e  
e n f e r m a g e m  
d e c o i m b r a

---

**CICLO DE ESTUDOS CONDUCENTE AO GRAU DE MESTRE EM ENFERMAGEM  
DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

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

Cristiana Maria Pinho de Oliveira

Coimbra, fevereiro de 2019





e s c o l a s u p e r i o r d e  
e n f e r m a g e m  
d e c o i m b r a

---

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

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

Cristiana Maria Pinho de Oliveira

Orientador: Professor Doutor Manuel Gonçalves Henriques Gameiro, Professor  
Coordenador da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção do  
grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Coimbra, fevereiro de 2019



*“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos  
não é senão uma gota de água no mar.  
Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”.*

*(Madre Teresa de Calcutá)*



## **AGRADECIMENTOS**

Aos adolescentes e respetivos pais, pela disponibilidade e colaboração. A estas pessoas especiais, que pelo seu contributo tornaram possível a concretização deste trabalho.

Ao Senhor Professor Doutor Manuel Gameiro, orientador desta dissertação, um especial agradecimento, pela sua constante disponibilidade, pelo seu empenho neste trabalho, por todas as críticas construtivas pertinentes, por todas as palavras de incentivo e pela partilha do seu saber.

À minha família, especialmente aos meus pais, os maiores pilares da minha vida. Obrigada pelo apoio incondicional, pelo carinho, pela compreensão nos momentos mais difíceis, por tudo o que me ensinaram e por estarem sempre aí para mim. Perdoem-me a privação de tempo e presença!

Ao Jorge Ribeiro, pela amizade, pelo apoio, pela energia contagiante e pelas palavras de motivação em alguns dos momentos mais desesperantes ao longo deste percurso.

À equipa de enfermagem do Serviço de Oncologia Pediátrica por todos os contributos essenciais à minha formação enquanto profissional.

A todos os que contribuíram e me acompanharam nesta importante caminhada...

Obrigada!



## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

**DP** – Desvio padrão

**LS** – Limiar da significância

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**Md** – Mediana

**SNC** – Sistema Nervoso Central

**SPSS** – *Statistical Package for Social Sciences*



## RESUMO

*Enquadramento:* O cancro na adolescência tem um impacto importante no desenvolvimento psicológico e físico, sendo a queda do cabelo induzida pela quimioterapia evidenciada como foco de grande ansiedade e stresse, que pode conduzir a um intenso sofrimento emocional.

*Objetivos:* Identificar as reações emocionais à queda do cabelo dos adolescentes com doença oncológica; Identificar as estratégias de *coping* mais utilizadas para lidarem com esta situação; Identificar as estratégias percebidas como mais eficazes; Analisar as relações entre as reações emocionais e as estratégias utilizadas; e por fim, Analisar as relações entre variáveis demográficas (sexo; idade); clínicas (modo de perda do cabelo) e as reações emocionais, as estratégias utilizadas e a respetiva eficácia.

*Metodologia:* Estudo quantitativo, transversal, descritivo-correlacional, com uma amostra de 30 adolescentes. Os dados foram colhidos através de um questionário constituído por várias partes, nomeadamente, caracterização sociodemográfica e clínica da amostra; escala *How big is your problem*; instrumento *Kidcope* e, por último, duas questões complementares de resposta aberta. A colheita de dados decorreu no período entre 5 de maio e 5 de outubro de 2018, e foram analisados no programa informático IBM SPSS, versão 24.

*Resultados:* Os resultados evidenciam que a queda do cabelo é avaliada subjetivamente como um problema “Grande/Urgente”, sendo que a tristeza/choro e o medo/irritabilidade são destacadas como as emoções que melhor descrevem a reação dos adolescentes com doença oncológica relativamente a este. As estratégias de enfrentamento mais utilizadas são a “Resignação”, a “Distração”, a “Reestruturação Cognitiva” e a “Resolução de Problemas”. No entanto, o “Apoio Social” constitui a estratégia percebida como a mais eficaz, pela grande maioria dos adolescentes. Verifica-se a existência de relações entre as reações emocionais e as estratégias utilizadas, assim como, entre as variáveis demográficas (sexo e idade), as reações emocionais e as estratégias utilizadas, não se tendo verificado relação entre a idade e a percepção de eficácia. O modo de perda do cabelo não se evidencia relevante para as reações emocionais, nem para as estratégias utilizadas e percepção da respetiva eficácia.

*Conclusão:* O conhecimento das reações à queda do cabelo dos adolescentes com doença oncológica, das estratégias de enfrentamento e da respetiva eficácia das mesmas, é essencial para possibilitar o desenvolvimento de intervenções facilitadoras para o processo de adaptação/transição eficaz destes adolescentes.

*Palavras-chave:* adolescentes; estratégias de *coping*; emoções; enfermagem; doença oncológica



## **ABSTRACT**

*Background:* Cancer in adolescence has a significant impact on psychological and physical development, with chemotherapy-induced hair loss being the focus of great anxiety and stress, which can lead to intense emotional distress.

*Objectives:* To identify the emotional reactions to the hair loss of adolescents with cancer disease; Identify the most used coping strategies to deal with this situation; Identify strategies perceived as more effective; Analyse the relations between the emotional reactions and the used strategies; and finally, Analyze the relationships between demographic variables (sex, age); clinics (hair loss mode) and the emotional reactions, used strategies and their effectiveness.

*Methodology:* A quantitative, cross-sectional, descriptive-correlational study with a sample of 30 adolescents. Data were collected through a questionnaire constituted by several parts, namely, a sociodemographic and clinical characterization of the sample; scale How big is your problem; Kidcope instrument and, finally, two supplementary open-answer questions. The data collection took place between May 5 and October 5, 2018 and were analysed in the IBM SPSS statistics version 24.

*Results:* The results show that hair loss is subjectively evaluated as a "Big/Urgent" problem, with sadness/crying and fear/irritability being highlighted as the emotions that best describe the reaction of adolescents with oncologic disease, related to the problem. The most used coping strategies are "Resignation", "Distraction", "Cognitive Restructuring" and "Problem Solving". However, "Social Support" constitutes the most effective perceived strategy perceived, by the vast majority of adolescents. There is an association between the emotional reactions and the used strategies, as well as between the demographic variables (sex and age), emotional reactions and the used strategies, but there was not verified the relationship between age and the perception of efficacy. The mode of hair loss was not relevant for the emotional reactions, nor for the used strategies and the perception of their effectiveness.

*Conclusion:* The knowledge of the reactions to hair loss of adolescents with oncological disease, coping strategies and their effectiveness is essential to enable the development of interventions that facilitate the adaptation/transition process of these adolescents.

*Keywords:* adolescents; coping strategies; emotions; nursing; cancer disease



## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Consistência interna dos três itens da subescala para avaliar o distresse (n=30)...	46
<b>Tabela 2.</b> Distribuição da amostra segundo o sexo, a idade e o local de residência (n=30)....	52
<b>Tabela 3.</b> Distribuição da amostra segundo as características clínicas (n=30).....	53
<b>Tabela 4.</b> Distribuição da amostra segundo a avaliação subjetiva da dimensão do problema e as reações emocionais prevalentes (n=30).....	54
<b>Tabela 5.</b> Distribuição da amostra segundo as reações emocionais de distresse (n=30).....	55
<b>Tabela 6.</b> Distribuição da amostra segundo as estratégias de enfrentamento utilizadas e a avaliação da respetiva eficácia (n=30).....	57
<b>Tabela 7.</b> Matriz de correlações e distribuição da amostra segundo a relação entre as reações emocionais e as estratégias utilizadas, tendo por base a avaliação subjetiva da dimensão do problema e a intensidade da reação emocional (n=30).....	59
<b>Tabela 8.</b> Matriz de correlações e distribuição da amostra segundo a relação entre as reações emocionais de distresse e as estratégias utilizadas (n=30).....	60
<b>Tabela 9.</b> Matriz de correlações e distribuição da amostra segundo a relação entre as reações emocionais e as estratégias utilizadas, tendo por base o distresse global (n=30).....	61
<b>Tabela 10.</b> Matriz de correlação entre o sexo e as reações emocionais, as estratégias de <i>coping</i> utilizadas e a percepção da sua eficácia (n=30).....	63
<b>Tabela 11.</b> Matriz de correlação entre a idade e as reações emocionais, as estratégias de <i>coping</i> utilizadas e a percepção da sua eficácia (n=30).....	64
<b>Tabela 12.</b> Matriz de correlação entre o modo de ocorrência da queda do cabelo e as reações emocionais, as estratégias de <i>coping</i> utilizadas e a percepção da sua eficácia (n=30).....	66



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>17</b>
<b>1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	<b>21</b>
1.1 – O ADOLESCENTE COM DOENÇA ONCOLÓGICA.....	21
1.1.1 – Aparência, imagem corporal e autoestima no adolescente com cancro.....	24
1.1.2 – A queda do cabelo como situação crítica/problema.....	26
1.2 – REAÇÕES EMOCIONAIS AO STRESSE E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO...27	
1.2.1 – Emoções: conceito e considerações básicas.....	28
1.2.2 – Estratégias de enfrentamento/ <i>coping</i> .....	31
1.3 – ENFERMAGEM NO PROCESSO DE ADAPTAÇÃO/TRANSIÇÃO À DOENÇA.....	35
<b>2 – METODOLOGIA</b> .....	<b>39</b>
2.1 – TIPO DE INVESTIGAÇÃO.....	39
2.2 – QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO.....	40
2.3 – POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	40
2.4 – VARIÁVEIS.....	41
2.5 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS: PROCEDIMENTOS.....	42
2.5.1 – Dados de caracterização sociodemográfica e clínica.....	43
2.5.2 – <i>How big is your problem</i> .....	44
2.5.3 – <i>Kidcope</i> .....	44
2.6 – COLHEITA DE DADOS.....	46
2.7 – CONSIDERAÇÕES FORMAIS E ÉTICAS.....	47
2.8 – ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS.....	48
<b>3 – RESULTADOS</b> .....	<b>51</b>
3.1 – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DA AMOSTRA.....	51
3.2 – REAÇÕES EMOCIONAIS À QUEDA DO CABELO.....	53

3.3 – ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO UTILIZADAS E AVALIAÇÃO DA RESPETIVA EFICÁCIA.....	56
3.4 – RELAÇÃO ENTRE AS REAÇÕES EMOCIONAIS E AS ESTRATÉGIAS UTILIZADAS.	58
3.5 – RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS E AS REAÇÕES EMOCIONAIS, AS ESTRATÉGIAS UTILIZADAS E A PERCEÇÃO DA SUA EFICÁCIA.....	62
3.6 – RELAÇÃO ENTRE O MODO DE PERDA DO CABELO E AS REAÇÕES EMOCIONAIS, AS ESTRATÉGIAS UTILIZADAS E A PERCEÇÃO DA SUA EFICÁCIA.....	65
<b>4 – DISCUSSÃO.....</b>	<b>69</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>81</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>87</b>

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE I** – Instrumento de colheita de dados (Questionário)

**APÊNDICE II** – Termo de Consentimento Informado (adolescentes/pais)

## **ANEXOS**

**ANEXO I** – Parecer da Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)

**ANEXO II** – Parecer da Diretora Clínica do Serviço de Oncologia Pediátrica

**ANEXO III** – Autorização da Diretora Clínica do Serviço de Oncologia Pediátrica

**ANEXO IV** – Autorização para utilização do instrumento *Kidcope* – Versão Portuguesa

## INTRODUÇÃO

A doença oncológica é a primeira causa de morte não acidental na população infantojuvenil (Foster, McDonald, Harris, & Gilmer, 2012; Fundação Rui Osório de Castro, s.d.; Nass, et al., 2015).

Em Portugal, surgem, por ano, 350 novos casos de cancro pediátrico, uma doença que aumenta cerca de 1% ao ano. De acordo com os últimos dados disponíveis, verifica-se que a incidência é superior nos rapazes, comparativamente às raparigas, e mais elevada 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; Fundação Rui Osório de Castro, s.d.).

O cancro consiste num processo de crescimento e disseminação celular descontrolado, que invade tecidos e órgãos podendo surgir em qualquer parte do corpo e metastizar para outras regiões. O tratamento engloba quimioterapia, radioterapia e/ou cirurgia e, atualmente, é registada uma elevada taxa de sucesso na cura do cancro, especialmente, se forem diagnosticados precocemente (WHO, 2018).

O cancro, uma doença catastrófica e que ameaça a vida, tem implicações físicas, funcionais, psicológicas e sociais importantes, que se multiplicam nos adolescentes (Bleyer & Barr, 2007). Assim, um diagnóstico de cancro durante a etapa da adolescência tem um impacto importante no desenvolvimento psicológico e físico (Pérez & Martínez, 2015).

A adolescência consiste, caracteristicamente, num período de transição biopsicossocial, marcada por inúmeras mudanças físicas, psíquicas e emocionais significativas, nomeadamente, de desenvolvimento e de ajustamento (Moules, et al., 2017). Nesta etapa, os adolescentes incorporam uma nova aparência e uma procura pelo sentido da sua identidade (Pérez & Martínez, 2015). Para além disso, a adolescência é marcada por desenvolvimentos cognitivos que influenciam a autoestima e a independência, emergindo bastantes vezes num aumento da insatisfação da aparência (Wallace, Harcourt, Rumsey, & Foot, 2007).

A fase da adolescência foi estudada, discutida e teorizada caracterizando-se esta etapa da vida, por si só, como um período conturbado, de tempestade e de tormenta, devido às oscilações, tendencialmente, contraditórias típicas da faixa etária.

Deste modo, o cuidar de adolescentes requer uma compreensão do processo de crescimento e desenvolvimento físico, mental, psicológico e social (Bleyer & Barr, 2007). Assim sendo, torna-se pertinente que o enfermeiro detenha o conhecimento e a competência de intervir nas

diversas áreas mencionadas. Todavia, existe reduzida experiência no tratamento dos adolescentes como um grupo à parte e, portanto, a abordagem do adolescente com doença oncológica tem sido assumida por extrapolação com base nos dados de faixas etárias inferiores ou superiores, uma vez que, ainda recentemente, os adolescentes eram integrados em serviços de adultos, seguindo esses mesmos protocolos.

Segundo Wallace, et al. (2007), 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 importância da aparência é ampliada, ainda mais por uma cultura jovem, que valoriza muito os atributos relacionados ao aspeto físico. Portanto, mudanças indesejáveis na aparência colocam os adolescentes em risco adicional de sofrimento psicossocial, quando já enfrentam o desafio extremo de um diagnóstico de cancro (Williamson & Rumsey, 2017).

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). Apesar dos inúmeros efeitos colaterais, extremamente dolorosos e desconfortáveis, inerentes ao tratamento do cancro, a queda do cabelo é evidenciada, na literatura, como a pior parte do tratamento, sendo o aspeto, que gera mais ansiedade e angústia (Wallace, et al., 2007).

De um modo geral, a investigação demonstra que vivenciar a perda do cabelo, associada à doença oncológica, constitui fator muito negativo no período da adolescência, podendo ser sinónimo de um intenso sofrimento emocional.

Para este grupo de doentes, as reações emocionais parecem evoluir para problemas psicológicos e psiquiátricos significativos, ocorrendo num quadro de perturbação de adaptação, com necessidade de intervenção diferenciada. Assim sendo, vários autores defendem que, por este motivo, o impacto emocional da doença oncológica deve ser valorizado e encarado como um componente essencial nos cuidados a prestar (Cabral & Paredes, 2015).

Segundo Williamson e Rumsey (2017), o ajustamento às mudanças na aparência é multifatorial e dinâmico. A capacidade de enfrentamento apresenta flutuações ao longo do período de doença em resposta a mudanças contextuais e pode ser influenciada por diferenças individuais e fatores de risco. A forma como a pessoa expressa e gere o fenómeno emocional, modela estratégias pessoais de interação com o meio em que se encontra, no sentido de atingir o bem-estar (Marques-Teixeira, cit. por Xavier, Nunes, & Basto, 2014).

Assim, os adolescentes submetidos a tratamento de um cancro têm de lidar com várias situações de stresse inerentes a todo o processo da doença, necessitando de recorrer a estratégias de enfrentamento.

A teoria sugere que uma pessoa tem mais probabilidade de escolher estratégias de enfrentamento focadas no problema, quando a situação é avaliada como controlável, mas talvez, mais propensa a escolher esforços de enfrentamento focados na emoção, direcionados ao controlo do stresse emocional, quando o problema é avaliado como incontrolável (Sorgen & Manne, 2002).

As intervenções direcionadas para as estratégias de enfrentamento centradas no problema, nem sempre são benéficas e, em situações específicas, percecionadas pelas crianças/adolescentes, como fora do seu controle pessoal, o enfrentamento focado no problema pode, de facto, resultar num aumento do sofrimento psicológico e emocional (Sorgen & Manne, 2002).

Alguns estudos fornecem evidências para a qualidade da adaptação, apenas com esforços de enfrentamento focados na emoção. Os comportamentos de enfrentamento, que são usados em situações percebidas como incontroláveis, podem diferir muito das estratégias de enfrentamento, que são usadas em situações percebidas como controláveis (Sorgen & Manne, 2002).

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

Todavia, esta dimensão adaptativa tem-se revelado 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, 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.

Assim sendo, a translação do conhecimento, produzido na investigação, poderá contribuir para a prestação de cuidados mais esclarecida e intencional aos adolescentes, em tratamento de doença oncológica, facilitando os respetivos processos adaptativos e de transição.

Nesta linha de pensamento, especificamente, 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* percebidas 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 entre variáveis demográficas (sexo; idade); clínicas (modo de perda do cabelo) e as reações emocionais, as estratégias utilizadas pelos adolescentes e a respetiva eficácia.

Para alcançar os objetivos delineados, desenvolvemos um estudo quantitativo, transversal, descritivo-correlacional. A colheita de dados foi realizada no Serviço de Oncologia Pediátrica de um Hospital Central Especializado da zona centro do País.

Este trabalho encontra-se estruturado em quatro capítulos distintos: o primeiro é denominado por enquadramento teórico, no qual se aborda a contextualização conceptual e teórica, considerada pertinente. No segundo capítulo descreve-se toda a metodologia seguida na investigação e no terceiro apresentam-se os resultados obtidos. Para finalizar, no quarto capítulo, designado por discussão são apontadas as forças e limitações do estudo identificadas, assim como, se explana a discussão, não só dos resultados em si, mas da sua passível relação com o processo de investigação. Conclui-se, fazendo destaque aos resultados principais, relevando as implicações para a prática e para a investigação.

## 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo abordam-se alguns aspetos teóricos acerca do adolescente com doença oncológica e, atendendo aos objetivos do estudo, desenvolve-se uma sucinta referenciação ao impacte da doença oncológica na aparência, imagem corporal e autoestima do adolescente com cancro, enquadrando a queda do cabelo como situação crítica/problema. Prossegue-se com uma descrição sumária das reações emocionais ao stresse e estratégias de enfrentamento, na qual se explanam algumas considerações básicas sobre emoções, respetivo conceito e estratégias de enfrentamento/*coping*. Por fim, realiza-se uma abordagem da evidência empírica no processo de adaptação/transição à doença dos adolescentes com cancro, no quadro das teorias de Enfermagem de Callista Roy e Afaf Meleis.

### 1.1 – O ADOLESCENTE COM DOENÇA ONCOLÓGICA

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), considera-se adolescente o indivíduo entre os 10 e os 19 anos (Direção Geral da Saúde, 2013).

A adolescência consiste num período de transição, entre a infância e a idade adulta, e constitui um período de inúmeras mudanças a nível físico, psíquico e emocional, nomeadamente, de desenvolvimento e de ajustamento (Hockenberry & Wilson, 2016; Moules, et al., 2017).

O início desta fase é marcado pela puberdade, na qual as transformações físicas são exuberantes, as capacidades cognitivas aumentam severamente, o repertório afetivo enriquece-se e o modo de socialização estrutura-se, conduzindo a processos de desenvolvimento da identidade pessoal, da definição da autoimagem, da autoestima e da autonomia. Esta etapa do ciclo vital constitui, por si só, um período vulnerável a situações de stresse e crise, como é o caso da doença crónica (Abrams, Hazen & Penson, 2007; Direção Geral da Saúde, 2013; Hockenberry & Wilson, 2016; Moura, 2015; Nass, et al., 2015; Ritchie, 2001).

Além das mudanças físicas, inerentes ao período da adolescência, interessa, particularmente, salientar os aspetos de desenvolvimento cognitivo e psicossocial desta faixa etária, uma vez que influenciam, de modo direto, a forma como o adolescente lida com o impacte da doença e a forma como gere o fenómeno, que constitui a fonte de stresse.

Segundo Jean Piaget, a transição da infância para a adolescência descreve-se como o movimento do pensamento operatório concreto para o formal, que permite ao adolescente o pensamento abstrato acerca de hipóteses, imaginar possibilidades e perspetivar o futuro, aumentando a capacidade de tomar decisões. Contudo, os adolescentes, quando submetidos a situações de stresse ou tópicos que despertem emoções, têm tendência a ser mais vulneráveis e menos racionais (Hockenberry & Wilson, 2016).

Paralelamente ao desenvolvimento do pensamento operatório formal, os adolescentes desenvolvem, também, um autoconceito mais diferenciado, manifestam capacidade de se colocar no lugar dos outros, adquirem cada vez mais independência emocional e comportamental (*Idem*).

A formação da identidade assenta no desenvolvimento de uma imagem estável e coerente de si próprio. Segundo Erik Erikson, um dos teóricos mais prestigiosos na área do desenvolvimento psicossocial, a construção da identidade é descrita como uma das primordiais tarefas da adolescência, sendo que a formação da personalidade adulta tem por base a forma como o adolescente se vê, a forma como os outros o veem e a interação entre o adolescente e os outros (Erikson, 1969).

A manifestação da doença, numa fase de vida com estas características, exige dos adolescentes uma profunda mobilização emocional, podendo conduzir, frequentemente, a inadaptação (Minanni, Ferreira, Sant'Anna, & Coates, 2010).

Os adolescentes têm a capacidade cognitiva de adquirir conhecimentos complexos e compreender a sua doença e respetivas implicações (Burg, 2016). Deste modo, o envolvimento dos adolescentes, no processo de compreensão da sua situação, é evidenciado na literatura, como um aspeto fundamental, para a adaptação à doença e a adesão ao tratamento (Moura, 2015).

Todavia, manifestações de inadaptação também são comuns. Por exemplo, a literatura sobre adesão ao regime terapêutico realça a frequência de atitudes de rebeldia, que se concentram na não adesão ao tratamento e na adoção de comportamentos de risco, encarados como uma necessidade de afirmação, autoridade e renegociação de autonomia por parte do adolescente (Barros, 2014).

O diagnóstico de cancro na adolescência é especialmente complexo. Nesta fase, além das instâncias relacionadas com a doença e o 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 permite 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 (Schofield, et al., 2003; Gameiro, 2012; Pérez & Martínez, 2015).

Os adolescentes com cancro manifestam necessidades especiais, uma vez que se encontram numa fase de desenvolvimento, na qual a doença é inesperada. Apesar de revelarem capacidade cognitiva para compreender a gravidade da doença oncológica, e tudo que lhe é adjacente, não possuem ainda, muitas vezes, mecanismos de autoeficácia razoáveis atendendo à ausência de experiência, como já salientado.

Um diagnóstico de cancro pode ser traumático e mudar a vida em qualquer idade. Porém, nos adolescentes, tem um significado extra, sendo inesperado e acompanhado por perceções de consequências devastadoras em relação ao futuro (Gibson, et al., 2016).

Quando a doença oncológica é experienciada, nesta fase do ciclo vital, todas as questões de desenvolvimento e de ajustamento, inerentes a este período, são condicionadas pela doença (Moules, et al., 2017). Assim, um diagnóstico de cancro, durante a etapa da adolescência, detém um impacte importante no desenvolvimento psicológico e físico (Fonseca, Oliva, Ferreira, & Borges, 2000; Pérez & Martínez, 2015), pois o cancro, uma doença catastrófica e que ameaça a vida, tem implicações físicas, funcionais, psicológicas e sociais importantes, que se multiplicam nos adolescentes (Bleyer & Barr, 2007).

Neste sentido, a doença pode impor aos adolescentes a carga adicional da hospitalização, da dor, das cirurgias, dos exames diagnósticos extensos, da medicação, do absentismo escolar e da restrição às atividades comuns.

Vários estudos referem os medos relacionados com a doença, entre os quais se destacam: a perda de integridade física, a incapacidade de se separarem dos pais com sucesso, a perda de controlo, o ser diferente dos seus pares e a morte (Hockenberry & Wilson, 2016). Deste modo, a hospitalização, as limitações físicas e a separação dos pares, originada pelo intenso e prolongado período de doença, e respetivo tratamento, colocam o adolescente em risco de isolamento, depressão, ansiedade, baixa autoestima e problemas de adaptação (Hockenberry & Wilson, 2016; Moura, 2015; Pérez & Martínez, 2015).

Na adolescência, a separação do grupo de pares, e a conseqüente dependência da família (superproteção), pode traduzir-se numa diminuição da confiança (Nave & Moura, 2015). Além disso, na perspetiva de Rowland 1989, cit. por Nave e Moura (2015), os adolescentes têm que lidar com a restrição da liberdade, podendo ser comprometida a construção da sua identidade, pois ao lutarem, determinantemente, pela respetiva autonomia, estes deparam-se com a dependência forçada e perda de controlo associados à doença e tratamento.

Um outro aspeto, que interessa salientar, em relação aos adolescentes com doença oncológica refere-se ao risco de recidiva e à qualidade de vida após o tratamento, uma vez que permanece, frequentemente, condicionada pelos inúmeros efeitos adversos e pelas sequelas, quer ao nível físico, quer psicológico.

Apesar do aumento da taxa de incidência das doenças oncológicas nos últimos anos, inversamente, regista-se uma diminuição da taxa de mortalidade. Assim, a doença oncológica, apesar do intenso sofrimento emocional que provoca, cada vez mais, deixa de ser vista como uma doença potencialmente fatal para dar lugar a uma doença grave, muitas vezes curável. Face a este aspeto e à legislação emitida pelo ministério da saúde, a doença oncológica, atualmente, apresenta-se enquadrada nas características de doença crónica. No entanto, assume um papel preponderante, não só pela sua gravidade, mas também pela sua especificidade psicossocial (Marques, 2017).

Pelo pressuposto, como todos os doentes com cancro, estes adolescentes devem ser considerados doentes crónicos. Deste modo, eleva-se a preocupação com as estratégias de *coping* e adaptação a uma doença crónica grave e suas consequências.

### **1.1.1 – Aparência, imagem corporal e autoestima no adolescente com cancro**

A imagem corporal é definida como uma "combinação de elementos físicos, cognitivos, emocionais e relacionais que, quando bem integrados no seu autodesenvolvimento como um todo, permitem o crescimento de um senso de identidade estável e coerente" (Furthermore, Annunziata, Giovannini & Muzzatti, cit. por Burg, 2016, p.19).

O desenvolvimento da imagem corporal inicia-se cedo, na vida. No entanto, durante o período da adolescência merece um destaque primordial, pois qualquer mudança que diferencie os adolescentes dos pares é considerada uma grande fatalidade (Hockenberry & Wilson, 2016).

A imagem corporal, sendo uma construção psicológica complexa e multidimensional, que está em constante mudança, é influenciada pela saúde, bem como, pela doença (Lee, et al., 2012).

A doença oncológica e, em específico, os tratamentos para o cancro provocam, de forma inquestionável, transformações nas rotinas de vida e alterações no aspeto físico, vigorosamente, associadas à conceção da imagem corporal. A alteração súbita da aparência e, conseqüentemente, da imagem corporal produz, de forma invariável, ansiedade e stresse. Deste modo, a alteração é experienciada como uma distorção do "self", pelo que a sua ocorrência, durante o desenvolvimento da puberdade, conduz, frequentemente, a sentimentos de insegurança com os seus corpos. Estas implicações parecem ser mais profundas nos

indivíduos com uma autoestima muito elevada ou grande orgulho na sua aparência (Hockenberry & Wilson, 2016; Lee, et al., 2012; Santos, 2006).

Nos adolescentes com cancro, os tratamentos podem provocar alterações significativas ao nível da aparência física e, conseqüentemente, comprometer a autoimagem e a autoestima (Wallace, et al., 2007).

É inequívoco que as mudanças da aparência são uma preocupação major durante o tratamento do cancro e têm impacte na autoestima, pensamentos e comportamentos dos adolescentes, em particular, quando envolvem interações sociais com os pares. Os adolescentes, na sua maioria, sentem-se ansiosos e exibem resistência em divulgar as mudanças de aparência em público, sendo estes sentimentos agravados pelas reações negativas dos outros, o que, por vezes, leva a evitamento da atividade social ou ao não cumprimento dos tratamentos (Larouche & Chin-Peuckert, 2006; Wallace, Harcourt, Rumsey, & Foot, 2007; Williamson, Harcourt, Halliwell, Frith, & Wallace, 2010).

A imagem corporal e a aparência são aspetos preocupantes para os doentes com cancro, de um modo geral, e, especificamente, para os adolescentes, uma vez que se relacionam de forma marcante com a identidade pessoal e com as relações de intimidade, reconhecendo-se que pode ter impacte sobre os aspetos de funcionamento social e autoestima (Fan & Eiser, 2009; Larouche & Chin-Peuckert, 2006; Moura, 2015; Wallace, et al., 2007). Neste ponto, as raparigas parecem apresentar um maior impacte ao nível físico do que os rapazes (Rowland, cit. por Moura, 2015).

As alterações no aspeto físico, associadas ao tratamento de um cancro, nomeadamente, as mudanças de peso, a perda do cabelo, as amputações, a presença de cateter venoso central, as cicatrizes cirúrgicas e as alterações na coloração e textura da pele constituem as alterações físicas mais perturbadoras e podem ser devastadoras para a autoimagem de um adolescente. Os aspetos evidenciados fazem com que os adolescentes se sintam diferentes dos seus pares e sabe-se que existe uma forte ligação entre a perceção negativa, que os adolescentes têm acerca da sua aparência (como sendo doentes, feios ou incomuns) e o aumento dos sentimentos de vulnerabilidade (Larouche & Chin-Peuckert, 2006; Lee, et al., 2012; Wallace, Harcourt, Rumsey, & Foot, 2007; Williamson, Harcourt, Halliwell, Frith, & Wallace, 2010; Pérez & Martínez, 2015).

O adolescente encontra-se numa fase de maior vulnerabilidade, em que ser visto como “diferente” dos pares é experienciado como mais problemático, podendo causar isolamento, solidão e depressão. Assim, apesar do apoio social dos pais ser de extrema importância, o apoio, por parte dos pares, adquire uma relevância mais exuberante em termos de autoestima (Barros, 2014).

Todavia, a forma como a aparência, a imagem corporal e a autoestima são afetadas nos jovens com cancro, permanece negligenciada, em grande parte, na prática clínica (Moules, et al., 2017).

### **1.1. 2 – A queda do cabelo como situação crítica/problema**

Vários estudos indicam que vivenciar a perda do cabelo, associada à doença oncológica, constitui um aspeto muito negativo no período da adolescência e pode ser sinónimo de um intenso sofrimento emocional, sendo assim encarada como uma situação crítica.

A alopecia é um efeito secundário da quimioterapia e irradiação craniana, que nem sempre ocorre na totalidade, mas manter o cabelo constitui uma exceção, pelo que, quer o adolescente, quer a família devem ser, devidamente, informados acerca da ocorrência da mesma (Hockenberry & Wilson, 2016).

A perda do cabelo tem um forte impacto negativo na aparência, e por essa razão, habitualmente, interfere na imagem corporal e na autoestima, uma vez que os efeitos psicológicos da alopecia, para crianças e adolescentes, podem ser devastadores e resultar numa imagem corporal perturbada e numa baixa autoestima (Choi, et al., 2014; Schub & Smith, 2016).

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), sendo evidenciada como o aspeto do tratamento que origina mais ansiedade e angústia. É relatada na literatura como a pior parte do tratamento, apesar dos inúmeros efeitos colaterais, extremamente dolorosos e desconfortáveis, inerentes ao tratamento do cancro (Wallace, et al., 2007).

Assim sendo, considerando todas as especificidades, em relação às alterações da imagem corporal e à estruturação da autoimagem, característica da faixa etária da adolescência, considera-se que o confronto com a situação crítica, que constitui a queda do cabelo, associada ao tratamento para o cancro, pode surgir como um problema significativo, como uma situação de elevado stresse, que carece de uma intervenção intencional e adequada, por parte dos profissionais de saúde, particularmente dos enfermeiros, que são os que permanecem mais tempo com os adolescentes submetidos a tratamento de doença oncológica.

## 1.2 – REAÇÕES EMOCIONAIS AO STRESSE E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

O cancro é, provavelmente, a patologia mais temida do mundo, que apesar de ser curável, acarreta uma pesada angústia e desespero.

Se, por um lado, alguns doentes revelam uma boa adaptação, muitos outros, no entanto, manifestam desânimo e desalento geral. Assim sendo, a doença oncológica reveste-se de características com elevada carga emocional e social (Pereira & Lopes, 2005).

As experiências de doença, de tratamentos e de hospitalização são reconhecidas, de forma consensual, como fontes de stresse para o adolescente e para a família (Barros, 2014), nomeadamente, a situação de perda do cabelo, como se tem vindo a relatar. Deste modo, compreende-se que um diagnóstico de cancro e, os respetivos tratamentos, constituem um acontecimento traumático, reconhecido universalmente como situações de stresse, e muito em particular, para os adolescentes dada a sua vulnerabilidade e fase de desenvolvimento em que se encontram.

O stresse é inevitável e as pessoas devem lidar com ele, adaptando-se pelo enfrentamento que consiste no processo, pelo qual é controlada a avaliação das demandas e emoções, geradas pelo mesmo. Se numa perspetiva, a capacidade de se adaptar ao stresse com sucesso conduz ao equilíbrio, a incapacidade de se ajustar leva ao desequilíbrio, o que pode resultar em perturbações fisiológicas e psicológicas importantes (McEwen & Wills, 2016).

O stresse é encarado, pelos vários autores cognitivistas, como a tradução de um desequilíbrio e desajuste na resposta entre os desafios colocados a um indivíduo e os seus recursos para responder a esses mesmos desafios. Esta ideia traduz-se em os indivíduos identificarem uma situação de stresse, na qual as exigências excedem os meios habituais para lidar com a mesma e têm de ser mobilizados recursos adicionais (Lazarus, cit. por Barros, 2014).

Nesta linha de pensamento, considera-se importante salientar o conceito de distresse, que pode ser definido como um estado de desgaste do sistema adaptativo, caracterizado por sintomas de depressão, ansiedade e manifestações somáticas, em que as estratégias de *coping*, mobilizadas pelo indivíduo, para lidar com o elemento stressor, não foram capazes de prover a adaptação, comprometendo o restabelecimento do estado de homeostase física e mental (Faro, 2015).

Os adolescentes diagnosticados com cancro enfrentam, claramente, elevados níveis de stresse relacionados com a doença, incluindo os efeitos secundários adversos associados aos tratamentos médicos, as dificuldades sociais, a ausência frequente da escola e a alteração da dinâmica diária (Sorgen & Manne, 2002).

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

Em situação de doença, a avaliação cognitiva da situação, geradora de stress, é concretizada, tendo em conta as características pessoais e sociodemográficas do indivíduo, da própria doença e seu tratamento e do ambiente envolvente (Santos, 2006).

Os traços da personalidade de cada indivíduo são relevantes na forma como reage em situações deste cariz. Contudo, a existência de recursos pessoais, como mediadores do stress, deve ser salientada. Dentre eles destacam-se: a resiliência, o otimismo, o sentido de humor, o autoconceito consistente e a autoestima elevada (Nave & Moura, 2015).

Os autores são unânimes ao referir que as situações, nas quais não é possível uma intervenção imediata para alteração da situação/estímulo, desencadeador de stress é mais comum o recurso a estratégias de evitamento, com a finalidade de diminuir as implicações emocionais. No entanto, em situações invulgares e que ameaçam a vida (como o caso da doença oncológica) a adoção de estratégias de *coping* podem ser alteradas (Santos, 2006).

Na generalidade, as pessoas com cancro sofrem de vários problemas cognitivos, emocionais, sociais e funcionais durante todo o processo de doença e tratamento (Ozdemiroglu, Memis, Meydan, Dogan, & Kilic, 2017). Como tal, é clara a manifestação de reações emocionais, numa fase de choque, de maior impacto emocional, tornando-se evidente a necessidade de estas recorrerem a estratégias de enfrentamento para lidar com a situação.

Na prática de cuidados é destacada como um aspeto preponderante a pluralidade das reações dos adolescentes com cancro face aos eventos considerados stressores. Paralelamente, é também considerado essencial o acesso às avaliações, por parte dos jovens, acerca da ameaça e controlabilidade destes mesmos eventos (Gameiro, 2012).

### **1.2.1 – Emoções: conceito e considerações básicas**

A Enfermagem, enquanto disciplina prática afeta às emoções humanas, tem contribuído até à atualidade no estudo multidisciplinar sobre o mundo das emoções.

Atualmente, defende-se que as emoções são essenciais para regular a racionalidade, sendo que emoção, razão e ação relacionam-se, intrinsecamente (Diogo, 2017).

Emoções são definidas como processos de sentir das pessoas, e concomitantemente, são respostas químicas e neurais, alinhadas com o corpo, enquanto os sentimentos são alinhados com a mente. Os pensamentos desencadeiam as emoções e, conseqüentemente, as

modificações do corpo, enquanto as emoções se transformam em fenômenos mentais designados sentimentos (originados pelas emoções) (Damásio, 2003).

O sentimento denota um estado interior, que não é possível observar. Porém, podemos observar o efeito de um sentimento ou os sinais, que revelam um sentimento de alguém. Por sua vez, a emoção é mais objetiva, sendo, por vezes, acompanhada por alterações corporais, expressões ou ações (Diogo, 2012). Nesta lógica, é através dos sentimentos, que são privados e dirigidos para o interior, que as emoções direcionadas para o exterior e que são públicas iniciam o impacto na mente.

O processo emocional é desencadeado por estímulos/eventos externos ou internos envolvendo uma avaliação cognitiva, que se traduz na expressão ou alteração do comportamento (Diogo, 2017).

De acordo com Damásio (2003), as emoções não são atos racionais, portanto, não são causas (diretas) de cognição. As emoções geram sentimentos, atos racionais, que são utilizados para a aprendizagem, ou seja, estas são iniciadoras do processo (de aprendizagem). Se as emoções desencadeiam uma resposta imediata para certos desafios e oportunidades enfrentados por um organismo, o sentimento relacionado a elas regula isso como um alerta mental. Sentimentos ampliam o impacto de uma determinada situação, aperfeiçoam a aprendizagem e aumentam a probabilidade que situações similares possam ser antecipadas.

Assim, as emoções concedem a capacidade de dar respostas eficazes a várias circunstâncias, que promovem ou ameaçam a vida. Por sua vez, o sentimento insere um alerta mental para as circunstâncias positivas e negativas, prolongando o impacto das emoções ao afetar a atenção e a memória. Através desta combinação emerge a capacidade de antecipação e previsão de problemas, conduzindo à possibilidade de criar novas soluções. Nesta visão, o propósito de associar a mente emocional e a mente racional orienta-nos para as matrizes emocionais como leme do comportamento humano (Idem).

As emoções evoluíram com a finalidade de nos preparar para lidar, velozmente, com os eventos mais marcantes das nossas vidas. Estas preparam-nos para lidar com situações sem precisarmos de pensar no que fazer, dado serem reações a questões que parecem essenciais para o nosso bem-estar (Ekman, 2011).

Assim sendo, a emoção influencia os processos de raciocínio e detém um papel essencial na tomada de decisão. Contudo, um estado de grande desordem emocional pode levar a decisões irracionais (Damásio, 2003).

Neste âmbito, no repertório emocional do indivíduo, cada emoção desempenha um papel único preparando, fisiologicamente, o corpo para um tipo de resposta muito diferente (Goleman, 2002, cit. por Diogo, 2012).

Algumas das emoções são designadas, na literatura, como emoções básicas ou primárias, por serem caracterizadas através da manifestação de expressões inatas. Apesar de não existir consenso, a maioria dos autores citam como emoções básicas:

- ✓ Tristeza (dor, solidão, desânimo, desespero, depressão...);
- ✓ Alegria (felicidade, satisfação, alívio, contentamento, entusiasmo...);
- ✓ Raiva (fúria, ira, irritabilidade, cólera, ódio, violência...);
- ✓ Medo (ansiedade, apreensão, nervosismo, preocupação...);
- ✓ Surpresa (choque, espanto, admiração...);
- ✓ Nojo (aversão, desprezo, repulsa...) (Damásio, 2003; Diogo, 2012; Miguel, 2015).

As emoções constituem um desafio permanente à capacidade do ser humano pensar sobre si e sobre a sua relação com o mundo. Assim, compreender as emoções, enquanto figuras do comportamento humano, constitui um dos grandes objetivos para quem desenvolve a sua atividade profissional com e para as pessoas (Xavier, Nunes, & Basto, 2014).

A compreensão das emoções refere-se à capacidade de identificar, reconhecer e nomear as mesmas; diferenciar as próprias emoções; compreender as emoções dos outros com base nas expressões faciais e nas características das situações de contexto emocional (Denham, et al., cit. por Franco & Santos, 2015). No entanto, as emoções não são compreendidas como uma reação única, mas sim como um processo, que envolve múltiplas variáveis. Nesta linha de pensamento, emoção pode ser definida como uma condição complexa e momentânea que surge em experiências de carácter afetivo, provocando alterações em várias áreas do funcionamento psicológico e fisiológico, preparando o indivíduo para a ação (Miguel, 2015).

O cancro constitui, para além de uma doença grave, uma experiência traumática, claramente, enquadrada numa perspetiva de stresse, que obviamente desperta reações emocionais como resposta humana.

Assim sendo, na gestão do stresse perante um diagnóstico de doença oncológica e tudo o que lhe está inerente, o adolescente é confrontado com a necessidade constante de adaptação e, conseqüentemente, de regulação de emoções nas situações consideradas como incontroláveis.

A regulação das emoções refere-se à capacidade de modular a intensidade ou a duração dos estados emocionais (Franco & Santos, 2015), de modo a autorregular as emoções mais perturbadoras.

### 1.2.2 – Estratégias de enfrentamento/*coping*

Como já foi mencionado, a doença oncológica constitui, tipicamente, um agente de stresse que exige a adoção de diversas estratégias de confronto no percurso da doença (Santos, 2006).

Embora as definições variem, o enfrentamento foi, tradicionalmente, definido como pensamentos e comportamentos, que as pessoas utilizam para gerir as situações que são avaliadas como *stressantes* (Lazarus & Folkman, 1984).

Nesta revisão, recorreu-se à teoria de Lazarus e Folkman, como referencial teórico, pois esta descreve, de forma bem fundamentada, a complexidade do enfrentamento, relacionando o stresse, a avaliação e o *coping*.

O enfrentamento refere-se a uma série de pensamentos e ações específicas, que permitem às pessoas lidar com situações difíceis da melhor maneira possível (Pascual, Conejero, & Etxebarria, 2016).

Na perspetiva de Lazarus e Folkman, esse processo de enfrentamento, muitas vezes, designado de *coping* pode ser definido como esforços cognitivos e comportamentais, em constante mudança, para controlar (reduzir ou tolerar) situações, que são avaliadas como *stressantes* por um indivíduo (Lima, Barros, & Enumo, 2014; Pascual, Conejero, & Etxebarria, 2016). Deste modo, o *coping* refere-se a atividades orientadas para a adaptação, que exigem algum esforço e não àquelas que se fazem, automaticamente (Pais-Ribeiro & Santos, 2001).

O *coping* é categorizado em definições de enfrentamento focado no problema e focado na emoção (Lazarus & Folkman, 1984; McEwen & Wills, 2016; Sorgen & Manne, 2002). O enfrentamento focalizado no problema modifica a relação entre o indivíduo e o ambiente, o centrado na emoção muda o significado da situação. O enfrentamento bem-sucedido resulta em adaptação (McEwen & Wills, 2016). Neste entendimento, o stresse e a adaptação são a base para o modelo de Roy, que se enquadra mais à frente.

Na categoria focada no problema, as estratégias de enfrentamento são centradas na “Resolução de Problemas”, que se define por: analisar e tomar medidas para corrigir uma situação ou problema; procurar informação para compreender melhor uma situação, como por exemplo, elaborar um plano de ação e segui-lo; reunir informações sobre a doença (*Idem*).

Por sua vez, na categoria focada na emoção inclui-se a “Distração”, a “Reestruturação Cognitiva”, a “Procura de Apoio”, o “Evitamento” e “Outros”. A “Distração” consiste na tentativa cognitiva ou comportamental de pensar em algo diferente dos estímulos negativos, por exemplo, participar numa atividade para evitar pensar; ver televisão, jogar um jogo, respirar fundo. A “Reestruturação Cognitiva” engloba a reavaliação positiva; tentar ver o lado positivo

das coisas e/ou minimizar o que é negativo, por exemplo, pensar que, eventualmente, acabará; redescobrir o que é importante na vida; pensar que pelo menos estou vivo. “Procura de Apoio” indagar informação e apoio emocional; conversar com os outros, dar a mão a alguém. O “Evitamento” assenta em ignorar ou negar um problema existente; pensamento e esforços comportamentais para escapar ou evitar, por exemplo, esperar por um milagre, evitar estar com as pessoas, ir dormir. Na categoria “Outros”, as estratégias passam por orar a Deus; aceitar porque não havia mais nada a fazer; chorar, escrever; gritar com alguém; dormir/desviar (Lazarus & Folkman, 1984; Sorgen & Manne, 2002).

O processo de *coping* funciona como mediador da resposta emocional à situação de stresse e a sua finalidade primordial consiste em beneficiar o estado emocional, resultante desse confronto, diminuindo os efeitos do stresse sobre o equilíbrio e o bem-estar global (Barros; 2014; Dinis, Gouveia, & Duarte, 2011; Lazarus, Folkman e Lazarus & Folkman, cit. por Santos, 2006).

Os mecanismos de *coping*, inatos e aprendidos, são fundamentais para lidar com a doença. Assim, os comportamentos dirigidos à redução do stresse causado pela crise podem ser de abordagem e de evitamento (Hockenberry & Wilson, 2016).

Numa perspetiva de adaptação ao cancro, a pessoa pode recorrer a estratégias de enfrentamento centradas nas emoções e estratégias centradas no problema. As primeiras ajudam os doentes oncológicos a regular o seu grau de sofrimento emocional, (por exemplo, através do evitamento, fuga, procura de apoio social, distanciamento). Por sua vez, as estratégias centradas no problema ajudam as pessoas a manusear problemas específicos, modificando, diretamente, as situações problemáticas, que causam sofrimento (por exemplo, através da procura de informação, resolução de problemas pendentes). Assim, as pessoas variam as suas estratégias de enfrentamento, dependendo da intensidade da sua resposta emocional e da sua capacidade para a regular, das oportunidades para a resolução dos problemas, em cada situação, e das mudanças relacionadas com a pessoa e o ambiente à medida que se desenvolve a situação (Diez, Forjaz, & Landívar, 2005).

O confronto centrado no problema é mais comportamental e implica uma ação, preferencialmente, concreta, enquanto que o confronto centrado na emoção requer uma transformação da experiência emocional por mecanismos mais abstratos e internos (Barros, 2014), pelo que, o recurso a estratégias de enfrentamento focadas no problema está associado a um controlo mais elevado, comparativamente, ao uso de estratégias de enfrentamento centradas na emoção, recurso mais efetivo, quando o problema é avaliado como não controlável, como é o caso da doença oncológica e consequências dos respetivos tratamentos (no qual se engloba a perda do cabelo) (Sorgen & Manne, 2002).

As estratégias de *coping* são encaradas como altamente dinâmicas e a sua eficácia depende não só das características individuais, mas também do tipo de ameaça e dos resultados, ou seja, a relação indivíduo-ambiente inclui personalidade, valores, crenças, compromissos, redes sociais, apoios sociais, exigências e constrangimentos, fatores culturais, sociais e eventos de vida (McEwen & Wills, 2016). A idade é uma variável que influencia a escolha do comportamento de enfrentamento (Sorgen & Manne, 2002), pelo que o recurso a estratégias de *coping* centradas na emoção, de *coping* interno ou de controlo secundário tende a aumentar com a idade. Por sua vez, não existem mudanças desenvolvimentistas consistentes no recurso a estratégias de *coping* centradas no problema ou de controlo primário. Gradualmente, o adolescente vai sendo capaz de maior sofisticação e adequação da avaliação das exigências da situação, isto é, revela capacidade de escolher, de forma adequada, o tipo de confronto mais eficaz, que envolve a modificação do significado da situação e da sua reação emocional a essa mesma situação (Barros, 2014).

As estratégias focadas na emoção podem exigir processos de pensamento mais abstratos e sofisticados do que métodos focados no problema, pelo que o aumento do enfrentamento focado na emoção com a idade é, provavelmente, devido a este aspeto (Sorgen & Manne, 2002).

Os principais domínios das funções do *coping* (focado no problema e focado na emoção) não são incompatíveis, contudo, considera-se o *coping* focado no problema, mais comum nas situações em que é possível implementar ações, que visem a resolução do problema e o *coping* focado na emoção, nas circunstâncias mais incontroláveis e de choque, em que as situações são avaliadas como fora do autodomínio, centrando o confronto na regulação das emoções negativas (Barros; 2014; Dinis, Gouveia, & Duarte, 2011; Lazarus & Folkman, cit. por Santos, 2006).

De um modo geral, pode-se afirmar que o enfrentamento focado no problema é usado mais, frequentemente, em situações avaliadas como controláveis, e estratégias focadas na emoção são utilizadas em situações percebidas como incontroláveis, tal como tem vindo a ser referenciado.

Os adolescentes com cancro, numa fase inicial de choque, tendem a recorrer a estratégias defensivas, particularmente, de fuga cognitiva e comportamental através do isolamento, afastando os pensamentos e não procurando informação. Contudo, socorrem-se de estratégias centradas nas emoções, embora se reconheça que o esforço de procura de informação e o investimento na resolução de problemas são destacados, principalmente, com o passar do tempo (Compas, et al., 2012; Aldridge & Roesch, 2007; Decker, 2006, cit. por Gameiro, 2016). Assim, o *coping* focado no problema parece ser mais oportuno em situações

em que algo pode ser feito e menos em situações que são para aceitar (Khosla, 2006). Por sua vez, as estratégias centradas nas emoções são mais exigentes do ponto de vista dos processos de pensamento e de capacidade de abstração, constituindo um privilégio dos adolescentes em relação às crianças mais novas (Sorgen & Manne, 2002).

Vários estudos sugerem que são utilizadas uma variedade de estratégias de enfrentamento, onde os ajustes e a luta pela normalidade parecem ser uma abordagem comum. Neste pressuposto, as expectativas futuras positivas, o recurso ao apoio social e o diálogo em relação à situação de doença têm sido identificadas como estratégias eficazes (Lie, Larsen & Hauken, 2017).

Além do apoio dos amigos e família, normalmente, os adolescentes desenvolvem relações significativas com os profissionais de oncologia e valorizam muito o papel desempenhado na prestação de cuidados psicológicos (Williamson & Rumsey, 2017).

Conjuntamente, os adolescentes recorrem a várias estratégias, que ocultam ou minimizam as mudanças/deforridades e melhoram a sua aparência, incluindo o recurso a jóias, roupas coloridas, maquilhagem, perucas, chapéus, entre outros. Estes esforços revelam-se de extrema importância, uma vez que permitem aos adolescentes moderar o stress causado pelas mudanças na aparência aliviando o sentimento de ser diferente (Hockenberry & Wilson, 2016; Larouche & Chin-Peuckert, 2006; Williamson, et al., 2010; Lee, et al., 2012; Burg, 2016; Young & Arif, 2016).

O *coping* desempenha um papel adaptativo preponderante como mediador entre eventos causadores de stress e resultados adaptativos à doença de crianças e adolescentes com cancro (Sorgen & Manne, 2002), tornando-se, assim, essencial identificar as estratégias de *coping* e promover uma adaptação bem-sucedida à doença. De acordo com a literatura atual, vários fatores influenciam o *coping*, nomeadamente, o estágio de desenvolvimento, a idade, o género, o tipo e duração da doença, bem como a coesão da família (Schmidt, Petersen, & Bullinger, 2003).

As características desenvolvimentistas do adolescente influenciam a forma como os mesmos experienciam o stress, executam a avaliação subjetiva do fator *stressante*, a avaliação subjetiva dos recursos, que têm disponíveis para o confrontar, os esforços de *coping*, assim como a escolha e utilização das estratégias, que se tornam cada vez mais diversificadas e sofisticadas.

### 1.3 – ENFERMAGEM NO PROCESSO DE ADAPTAÇÃO/TRANSIÇÃO À DOENÇA

O cuidar de adolescentes requer uma compreensão do processo de crescimento e desenvolvimento físico, mental, psicológico e social (Bleyer & Barr, 2007). Particularmente, cuidar de adolescentes com cancro e suas famílias implica uma enorme exigência dos profissionais, quer a nível técnico, quer emocional para dar resposta às diversas necessidades inerentes ao quadro de uma doença oncológica (Moura, 2015).

O conceito de adaptação é definido como um processo contínuo, no qual a pessoa procura gerir o sofrimento emocional, solucionar os problemas específicos relacionados com a doença e adquirir domínio e controlo dos acontecimentos de vida ligados a essa situação (Diez, Forjaz, & Landívar, 2005).

A adaptação efetiva ou de sucesso ocorre nos doentes, que são capazes de reduzir ao mínimo os transtornos nas suas distintas áreas de funcionamento, regulando o mal-estar emocional e mantendo o envolvimento nos aspetos da vida, que são significativos e importantes para eles (*Idem*).

A adaptação à doença oncológica não é um evento isolado e único e depende de múltiplos fatores e da etapa de desenvolvimento em que o indivíduo se encontra (Diez, Forjaz, & Landívar, 2005; Nave & Moura, 2015), sendo entendida como um processo através do qual os indivíduos lidam, construtivamente, com condições novas ou ameaçadoras, com a finalidade de satisfazer as suas necessidade de saúde (Hinds, Gattuso, & Heffner, 1990).

Como é evidente, a idade e o nível de desenvolvimento cognitivo e sociocognitivo influenciam, de forma decisiva, a capacidade de adaptação do adolescente à doença oncológica, uma vez que irá determinar a forma como este é capaz de interpretar, compreender e construir significações acerca da doença e do tratamento no contexto da sua vida (Barros, 2014).

O processo de adaptação eficaz ao cancro requer continuidade e mecanismos de adaptação e correção permanentes (Diez, Forjaz, & Landívar, 2005).

Todavia, sendo a adaptação um processo contínuo e dinâmico, o adolescente enfrentará fases sucessivas, umas de maior equilíbrio e outras avaliadas como fora de controlo, que seguem padrões individuais não generalizáveis (Barros, 2014).

Os enfermeiros nunca devem esquecer o facto de terem perante si adolescentes, que para além de partilharem um diagnóstico comum, divergem entre si numa multiplicidade de aspetos. Além disso, não é garantido que as estratégias, consideradas como eficazes num determinado momento, para aquele adolescente, se mantenham ao longo de todo o processo. Conclui-se, assim, que as estratégias eficazes de confronto com uma doença grave e

prolongada são, extremamente, diversificadas e podem sofrer várias flutuações no mesmo indivíduo (*Idem*).

Assim, torna-se fácil compreender que a doença grave instala no indivíduo o confronto com múltiplas ameaças e exige um ajustamento a novos ambientes físicos e sociais (Cohn & Lazarus, 1979, cit. por Brennan, 2001).

Do ponto de vista do enquadramento teórico de Enfermagem, do processo de adaptação/transição à doença, ressaltam o Modelo de Adaptação de Callista Roy e a Teoria das Transições de Afaf Meleis, que se abordarão de seguida.

A socióloga e enfermeira Callista Roy, pioneira ao propor a enfermagem como ciência e arte, afirma no modelo, por ela desenvolvido, que o recetor dos cuidados de enfermagem pode ser o indivíduo, a família, a comunidade ou a sociedade, cada qual com uma abordagem holística de adaptação. De acordo com o Modelo de Adaptação de Roy, a pessoa é vista como um ser adaptável com mecanismos, que permitem a adaptação de comportamentos em resposta a estímulos ambientais. Os aspetos individuais e a permanente interação com o ambiente são apresentados, por Roy, como fulcrais na capacidade de resposta aos estímulos internos e externos, que geram atitudes comportamentais determinantes nos processos de controlo e mecanismos de enfrentamento (Coelho & Mendes, 2011; Tomey & Alligood, 2004).

À luz do Modelo de Adaptação de Roy, sabe-se que as respostas são individuais e o nível de adaptação apresenta-se em constante mudança. Neste sentido, compreende-se que a adaptação de cada adolescente ocorre de forma distinta ao processo de queda do cabelo. Em conformidade, reforça-se a importância atribuída ao papel do enfermeiro, enquanto intermediário da adaptação e regulação das reações emocionais a este acontecimento. A adaptação do adolescente, através de estratégias de enfrentamento eficazes e reações emocionais autorreguladas promove o equilíbrio e bem-estar deste e respetiva família. Callista Roy, no seu Modelo de Adaptação, que se enquadra na lógica das teorias de stresse e *coping* transacional, considera como objetivo da enfermagem a promoção da adaptação dos indivíduos e grupos em quatro modos adaptativos, entre os quais: físico-fisiológico, identidade do autoconceito, interdependência e desempenho de papel (Coelho & Mendes, 2011; McEwen & Wills, 2016; Tomey & Alligood, 2004). Assim, considera-se que a adaptação do adolescente à queda do cabelo se mobiliza sobretudo no modo de identidade do autoconceito, que se relaciona com a necessidade de integridade psíquica, em que o foco é a pessoa, envolvendo, especificamente, os aspetos psicológicos e espirituais (McEwen & Wills, 2016).

Este modelo permite uma avaliação de enfermagem mais integrada, considerando a pessoa como um sistema adaptativo que, em função de determinados estímulos, como é o caso dos que derivam da condição de doença grave, ativa processos e mecanismos de controlo

fisiológicos e psicoemocionais, dos quais emergem (através dos vários modos adaptativos) respostas, que são avaliadas como mais ou menos efetivas, podendo essa apreciação servir de estímulo para renovar o processo. As respostas adaptativas correspondem a transformações pessoais ou do meio ambiente (Phillips, 2010).

O Modelo de Adaptação de Roy afirma-se como um excelente padrão para as ações do enfermeiro, sendo bastante usado para orientar a prática e organizar o ensino de enfermagem, afirmando-se como uma ferramenta valiosa para a expansão da ciência da enfermagem (McEwen & Wills, 2016).

Concomitantemente, considerando as mudanças em todos os processos vitais que as doenças oncológicas determinam, a sua natureza de cronicidade, e, no caso dos adolescentes, coincidindo com um período crítico do desenvolvimento, ajusta-se uma abordagem transicional (Meleis, 2010; Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000).

Nesta perspectiva, uma outra forma de sustentar, teoricamente, o processo de adaptação/transição à doença baseia-se na teoria das Transições de Afaf Meleis, pelo que se apresentará, de seguida, uma breve contextualização da mesma.

De acordo com Brito (2012), a Enfermagem considera como foco de atenção as respostas humanas às transições, decorrentes de eventos relacionados com processos de saúde-doença e/ou com processos de vida. Meleis afirma, na sua teoria, que ao longo da vida e do tempo ocorrem mudanças e desafios inerentes à vida e torna-se imperativa a necessidade da pessoa se ajustar a essas realidades.

Vários autores têm destacado a importância de definir o conceito de mudança que é externa e aponta para a condição, distinguindo-se de transição que se refere à vivência da situação e é considerada interna (Brito, 2012).

Meleis considera que a transição é reconhecida como área de atenção dos enfermeiros quando interfere com a saúde, ou quando as respostas da pessoa à transição são manifestadas através de comportamentos relacionados com ela.

As transições podem ser compreendidas como experiências humanas descritas como respostas e processos, ao longo do tempo, que dependem de condições pessoais e ambientais, das expectativas e percepções de cada indivíduo, dos significados atribuídos às diversas experiências, dos conhecimentos e habilidades/capacidades de lidar com as mudanças, bem como, do impacto dessas alterações ao nível do bem-estar. Assim sendo, as transições exigem que cada pessoa adquira conhecimentos e modifique comportamentos de modo a redefinir os significados relacionados com os eventos, que ao longo da vida acontecem (Meleis, Hall, & Stevens, 1994; Meleis, 2010).

As transições podem ser de diferentes tipos – saúde/doença; de desenvolvimento; situacional e organizacional. O entendimento dos processos de transição, do ponto de vista de quem a experiencia, tendo em conta os fatores individuais e ambientais, facilitará a identificação das necessidades de cuidado e a organização das intervenções de enfermagem, incluindo as ações preventivas de incidentes mais críticos e as estratégias de intervenção facilitadoras dos processos (Meleis, Sawyer, Messias, & Schumacher, 2000; Meleis como referido por Brito, 2012).

Em especial, os adolescentes com cancro, devem ser considerados numa múltipla transição: transição saúde-doença; transição situacional e transição desenvolvimental, que pela sua natureza conflituante podem aumentar as condições e o grau de vulnerabilidade, bem como, de desequilíbrio. No âmbito da abordagem desta dissertação importa destacar a transição saúde/doença pelo diagnóstico de cancro inerente, a transição situacional atendendo à situação crítica de queda do cabelo e desenvolvimental, tendo em conta que são adolescentes. Neste pensamento, os enfermeiros desempenham um importante papel dada a sua contribuição para que a pessoa consiga alcançar o processo de transição, com vista ao bem-estar. Assim, cabe ao enfermeiro identificar comportamentos e/ou estratégias de adaptação, que visem o alcance da transição por parte do adolescente de modo saudável, quer seja através de estratégias para lidar com a queda do cabelo ou por meio da regulação das reações emocionais relacionadas com a situação de doença, tratamentos e respetivas consequências.

Os adolescentes com cancro experimentam múltiplas transições, em simultâneo, e a ausência de habilidades para lidar com as transições conduz a um risco particular de resultados negativos na saúde, pelo que promover um enfrentamento positivo é uma intervenção, que fomenta o bem-estar emocional, mental e físico, facilitando transições de desenvolvimento ideais, incluindo transições de identidade e de saúde (Hinds, 2000).

Os enfermeiros podem ajudar os jovens a enfrentar as mudanças, promovendo o ajustamento emocional e psicossocial. Este ajustamento assenta em estratégias para lidar com o stresse e a com a mudança; orientação antecipatória; apoio emocional; reconhecimento de fatores de stresse específicos e auxílio no desenvolvimento de estratégias de resolução de problemas e mecanismos de *coping* (Hockenberry & Wilson, 2016).

## **2 – METODOLOGIA**

Após a revisão da literatura e a definição de alguns conceitos considerados pertinentes, relativamente, à presente investigação, concretiza-se a descrição do processo metodológico.

As opções metodológicas assumidas no desenvolvimento da investigação empírica derivaram dos objetivos delineados para este estudo e, conseqüentemente, das respetivas questões de investigação.

Neste capítulo descreve-se o processo metodológico, iniciando-se pelo tipo de estudo, seguindo-se as questões de investigação, a população e amostra, as variáveis, o instrumento de colheita de dados e o respetivo processo de colheita de dados, bem como, as considerações formais e éticas tidas em conta durante esta investigação, e por fim, o tratamento estatístico dos dados.

### **2.1 – TIPO DE INVESTIGAÇÃO**

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

A metodologia quantitativa centra-se na análise de acontecimentos e fenómenos observáveis e na avaliação de variáveis comportamentais e/ou socioafetivas passíveis de serem medidas, comparadas e/ou relacionadas no decurso do processo da investigação empírica (Coutinho, 2014). De corte transversal, uma vez que se efetuou a colheita de dados, apenas num único momento (Coutinho, 2014). É de tipo descritivo, com a finalidade de procurar respostas para descrever as variáveis em estudo e correlacional, porque se pretendeu testar relações entre as variáveis de acordo com o previsto nos objetivos.

O método selecionado considera-se o mais adequado para atingir os objetivos a que nos propusemos, pois, este tipo de estudo permite recolher informação, de forma independente ou conjunta, sobre conceitos ou variáveis, que se analisam, especificando as suas propriedades e características. Acresce oferecer a possibilidade de explorar a relação, que existe entre dois ou mais conceitos, categorias ou variáveis. Neste estudo concreto permite identificar e descrever as reações à queda do cabelo e estratégias de enfrentamento dos adolescentes com doença oncológica, permitindo, também, determinar a existência, ou não, de relações entre as variáveis em estudo, com a finalidade de responder às questões de investigação que orientaram esta investigação.

## 2.2 – QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

As questões de investigação, que nortearam o estudo foram as seguintes:

- **Questão 1:** Quais as reações emocionais à queda do cabelo dos adolescentes com doença oncológica?
- **Questão 2:** Quais as estratégias mais, frequentemente, utilizadas pelos adolescentes para lidarem com esta situação?
- **Questão 3:** Quais dessas estratégias são consideradas, pelos adolescentes, como mais eficazes?
- **Questão 4:** Existe relação entre as reações emocionais e as estratégias utilizadas?
- **Questão 5:** Existe relação entre as variáveis demográficas (sexo e idade) e as reações emocionais, as estratégias utilizadas e a perceção da sua eficácia?
- **Questão 6:** Existe relação entre a forma como ocorreu a perda do cabelo (lento/rápido; parcial/total) e as reações emocionais, as estratégias utilizadas e a perceção da sua eficácia?

## 2.3 – POPULAÇÃO E AMOSTRA

Segundo Fortin (2003), a população compreende todos os elementos ou sujeitos, que partilham características comuns definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo. A população alvo é constituída pelos indivíduos, que satisfazem os critérios de seleção, antecipadamente, definidos e para os quais o investigador deseja fazer generalizações. A população acessível é constituída pela fração da população alvo, que é acessível ao investigador e da qual este pode extrair amostra.

A população acessível deste estudo foi o conjunto de adolescentes com diagnóstico de doença oncológica a realizar tratamento, no hospital de dia ou no internamento, do Serviço de Oncologia Pediátrica de um Hospital Central Especializado da zona centro do País, no período da colheita de dados. A amostra foi constituída através do método de amostragem não probabilística de carácter consecutivo, tendo-se estabelecido atingir 30 adolescentes inquiridos.

Quanto aos critérios de inclusão e exclusão foram definidos os seguintes:

- Critérios de inclusão:
  - Diagnóstico de doença oncológica;
  - Idade compreendida entre os 13 e os 19 anos;

- Ocorrência da queda do cabelo há pelo menos 1 mês e até ao máximo de 1 ano;
  - Ser capaz de ler, interpretar e escrever, respondendo ao questionário.
- Critérios de exclusão:
    - Todos os adolescentes que não correspondam aos itens suprarreferidos;
    - Adolescentes que apresentem limitações de resposta impostas pela doença.

De salientar que, apesar da literatura recente e a OMS apontar o início da adolescência para os 10 anos de idade foi, propositadamente, definido como critério de inclusão o mínimo de idade de 13 anos, uma vez que a versão para adolescentes do instrumento *Kidcope* aponta para esta faixa etária.

Atendendo ao cumprimento dos critérios definidos, a amostra foi constituída, de modo sucessivo, por todos os adolescentes, nas condições de inclusão, que aceitaram participar, voluntariamente, no estudo, no período entre 5 de maio de 2018 e 5 de outubro de 2018.

## 2.4 – VARIÁVEIS

As variáveis são qualidades, propriedades ou características de objetos, pessoas ou situações estudadas numa investigação (Fortin, 2003) e que estão incluídas nos respetivos objetivos.

Considerando os objetivos e as questões de investigação delineadas, foram consideradas na investigação as seguintes variáveis:

- ✓ Variáveis centrais:
  - reações emocionais;
  - estratégias de enfrentamento;
  - perceção da eficácia das estratégias.
  
- ✓ Variáveis independentes:
  - demográficas (sexo e idade);
  - clínicas (modo de perda do cabelo).

No capítulo seguinte explana-se, detalhadamente, o instrumento de colheita de dados, no qual se descreve a operacionalização de cada uma das variáveis supramencionadas.

## 2.5 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS: PROCEDIMENTOS

A natureza do problema e os objetivos do estudo e as competências literárias dos inquiridos, determinaram a escolha do método de colheita de dados. Deste modo, os dados foram colhidos no Serviço de Oncologia Pediátrica (internamento e hospital de dia) de um Hospital Central Especializado da zona centro do País, através do autopreenchimento de um questionário (Apêndice I), dirigido aos adolescentes e entregue aos participantes no estudo em mão própria.

O questionário elaborado, propositadamente, para o efeito e adaptado aos objetivos do estudo é composto por várias partes.

A primeira parte foi elaborada com o intuito de recolher informação para a caracterização sociodemográfica e clínica da amostra. Para tal, realizaram-se algumas questões de resposta rápida explicitadas no subcapítulo seguinte, que permitiram caracterizar a amostra em estudo através da colheita de dados sociodemográficos, nomeadamente, idade, sexo e local de residência. Os dados clínicos, que possibilitaram a caracterização da situação clínica dos adolescentes referem-se ao tipo de cancro, ao tempo de diagnóstico, ao tipo de tratamento, ao modo de perda do cabelo e ao tempo de ocorrência da queda do cabelo.

Posteriormente, para avaliar as reações emocionais à queda do cabelo incluiu-se a escala *How big is your problem* (Elsa, 2016), que relaciona a dimensão do problema com as reações ao mesmo, e a primeira parte do instrumento *Kidcope* (Spirito, Stark & Williams, 1988), para avaliar o distresse relacionado com a situação, tendo por base três emoções distintas: ansiedade, tristeza e raiva. De seguida, incorporou-se a parte do *Kidcope* que avalia as estratégias de enfrentamento utilizadas e a perceção da respetiva eficácia.

Tendo em conta a importância da informação considerada relevante pelos adolescentes para a prática de enfermagem, assim como a forma concreta de minimizar o problema da falta de cabelo, incluíram-se duas questões complementares de resposta aberta na avaliação das estratégias de enfrentamento. Nesse sentido, as respostas a estas questões são consideradas na discussão e ponderadas na elaboração das sugestões decorrentes dos resultados.

De salientar que a aplicação deste questionário foi precedida da realização de um pré-teste com o intuito de determinar se o formulário estava redigido com clareza, se solicitava o tipo de informação pretendida e se a apresentação permitia um correto preenchimento. Simultaneamente, teve também como objetivo verificarem-se possíveis incorreções na formulação das questões ou dificuldades no preenchimento do questionário pelos

participantes, bem como monitorizar os tempos médios de preenchimento do mesmo. Aplicou-se o questionário a 3 adolescentes nas condições de inclusão previamente definidas. Durante a fase de pré-teste solicitou-se aos participantes que sugerissem alterações se considerassem necessárias e questionou-se, individualmente, acerca do grau de dificuldade inerente ao preenchimento do questionário.

O pré-teste permitiu determinar o tempo aproximado de preenchimento do questionário (cerca de 10-12 minutos) e possibilitou concluir que os adolescentes compreendiam todas as questões, não revelando especiais dificuldades no preenchimento completo do instrumento, pelo que não se considerou necessário proceder a qualquer alteração do mesmo.

### **2.5.1 – Dados de caracterização sociodemográfica e clínica**

Na presente investigação, descrevem-se os seguintes dados sociodemográficos e clínicos da amostra:

- Idade – observada como variável discreta, operacionalizada por questão de resposta aberta, sendo, posteriormente, organizada em dois grupos etários: 13-15 anos e 16 anos-18 anos;
- Sexo – classifica-se como feminino ou masculino (variável operacionalizada por questão de resposta dicotómica de escolha única);
- Local de Residência – se é proveniente de meio urbano (cidade); suburbano (arredores da cidade) ou rural (aldeia) (questão de resposta de escolha única);
- Tipo de cancro – refere-se ao diagnóstico clínico do adolescente. Questão de resposta aberta, sendo depois classificada em 4 grupos de tipos de cancro, nomeadamente, tumores hematológicos, tumores ósseos, tumores do sistema nervoso central (SNC) e tumores das Gónadas;
- Tempo de diagnóstico – corresponde ao tempo decorrido, em meses, entre a data que foi conhecido o diagnóstico de doença oncológica do adolescente e o momento da colheita de dados. Questão de resposta aberta, posteriormente, agrupada da seguinte forma: 1-6 meses, 6-12 meses e >12meses;
- Tipo de tratamento – refere-se ao tipo de tratamento a que o adolescente foi submetido, apresentando-se esta questão sob forma de resposta fechada, através da seleção das opções adequadas à situação, sendo elas: Quimioterapia, Radioterapia, Cirurgia. Pode ser assinalada mais que uma opção;

- Modo de perda do cabelo – corresponde à forma como ocorreu a queda do cabelo do adolescente. Esta variável é operacionalizada sob forma de resposta fechada, pelo que o adolescente deve selecionar as opções adequadas à sua situação, em duas dimensões: lento/rápido e parcial/total;
- Tempo de ocorrência da queda do cabelo – refere-se ao tempo, em meses, decorrido entre a ocorrência da queda do cabelo e o momento da colheita de dados. Questão colocada sob forma de resposta aberta e, posteriormente, organizada em dois grupos: 1-6 meses e 6-12 meses.

### **2.5.2 – How big is your problem**

A escala *How big is your problem* (Elsa, 2016), relaciona a avaliação subjetiva da dimensão do problema com as reações ao mesmo.

Esta escala apresenta cinco níveis (1 a 5) relativos à avaliação da grandeza do problema (Minúsculo, Pequeno, Médio, Grande e Urgente) e cinco reações emocionais expectáveis (Alegria/Calma, Vergonha/Desilusão, Raiva/Ansiedade, Tristeza/Choro e Medo/Irritabilidade) (Elsa, 2016). O instrumento foi adaptado com permissão do autor de "*The Incredible 5-Point Scale*", Kari Dunn Buron e Mitzi Curtis (Autism Asperger Publishing Company), que é a fonte original da escala de cinco pontos, usada originalmente para ensinar conceitos sociais e emocionais.

### **2.5.3 – Kidcope**

O instrumento *Kidcope* (Spirito, Stark & Williams, 1988), é um questionário de medida multidimensional, através de autorrelato estruturado que apresenta como finalidade avaliar as estratégias de *coping* utilizadas por crianças e adolescentes. Spirito, Stark e Williams (1988) desenvolveram o questionário com base na abordagem clássica de Lazarus e Folkman (1984), considerando o *coping* como uma medida de processo e não como um traço de personalidade estável.

Este instrumento é uma escala breve e de fácil aplicação, constituída por duas versões diferentes, uma para crianças com idades compreendidas, entre os 7 e os 12 anos, e outra versão direcionada para os adolescentes entre os 13 e os 18 anos de idade (Carona, Silva, Barros, & Canavarro, 2010). Esta última versão foi a selecionada para aplicação tendo em conta a população alvo do estudo.

A versão dirigida às crianças é composta por 15 itens e a orientada para os adolescentes é organizada em 11 itens, em que cada item se refere a uma estratégia de *coping* particular, integrando estratégias comportamentais e cognitivas, nomeadamente: (1) Distração; (2) Isolamento Social; (3) Reestruturação Cognitiva; (4) Autocrítica; (5) Culpa de Outros; (6) Resolução de Problemas; (7) Regulação Emocional; (8) Pensamento Desiderativo; (9) Apoio Social e (10) Resignação (Idem).

O questionário *Kidcope*, quando administrado, foca os inquiridos num determinado acontecimento indutor de stresse, sendo neste caso concreto mencionada, pela investigadora, a perda do cabelo na sequência dos tratamentos direcionados à doença oncológica.

No início da escala estão incluídas três questões, que pretendem medir o nível de distresse (ou reação emocional ao elemento gerador de stresse - queda do cabelo) percebido pelo adolescente perante a situação problemática.

Tendo por base esse fator stressante, o adolescente classifica a sua resposta de stresse numa escala de intensidade referente a três emoções distintas: ansiedade (“Esta situação deixou-te nervoso?”), tristeza (“Esta situação deixou-te triste?”) e raiva (“Esta situação deixou-te irritado ou zangado?”). As respostas são cotadas numa escala de tipo *likert* de cinco alternativas, entre “nada” (1) e “muitíssimo” (5), possibilitando, assim, uma variação total da pontuação entre 3 e 15.

De seguida, o adolescente deve indicar se em relação a esse acontecimento, utilizou uma determinada estratégia de *coping* e, em caso afirmativo, até que ponto isso o ajudou. Cada item tem duas questões, avaliando a frequência (“Fizeste isto?”) e a eficácia (“Até que ponto isso te ajudou?”). Para a primeira pergunta, as respostas possíveis são “Sim” (1) ou “Não” (0), e para a segunda “Nada” (0), “Pouco” (1) e “Muito” (2).

Para concluir o processo de validação foi necessária a análise das propriedades psicométricas do questionário, explanadas no subcapítulo precedente.

### **Consistência interna**

Segundo Fortin (2003), o recurso ao coeficiente Alfa de *Cronbach* (representado por  $\alpha$ ) constitui a técnica mais usada para estimar a consistência interna de um instrumento de medida, quando existem várias opções estabelecendo scores (como é o caso de uma escala de tipo *Likert*). O valor deste coeficiente poderá oscilar entre 0.00 e 1.00, sendo que um valor mais elevado representa uma maior consistência interna.

No âmbito do nosso estudo foi calculado o Alfa de *Cronbach* para os itens do instrumento que correspondem às três questões referentes ao nível de distresse, sendo que o valor de Alfa de *Cronbach* obtido foi de .889 (Tabela 1), permitindo assim considerar o score obtido, calculando a média do conjunto de 3 itens, como um indicador fiável do distresse face à situação de queda do cabelo.

**Tabela 1**

Consistência interna dos três itens da subescala para avaliar o distresse (n=30)

Dimensões	Correlação corrigida entre cada item e o score global	Alfa de <i>Cronbach</i> se o item for excluído	Alfa de <i>Cronbach</i>
Ansiedade	.690	.920	.889
Tristeza	.832	.798	
Raiva	.845	.788	

Para as restantes dimensões do *Kidcope* (frequência de utilização das estratégias de *coping* e avaliação da respetiva eficácia), a tentativa de verificar a consistência interna, no que se refere aos itens na sua relação com o global da escala não se demonstrou eficaz. De facto, cada item mede uma dimensão distinta e, nalguns casos discrepante, sendo que em alguns se verificou uma variação nula. A noção de fidelidade ficou assim limitada à informação de que dispomos fornecida, anteriormente, pelos autores.

No artigo original (Spirito, Stark, & Williams, 1988), os resultados atestaram a estabilidade temporal (teste-reteste) e a validade concorrente do questionário. Contudo, a consistência interna do instrumento não foi analisada pelos autores, uma vez que pelo facto de apenas 1 a 2 itens avaliarem cada estratégia de *coping*, estes partem do princípio que o valor do Alfa de *Cronbach* seria reduzido.

## 2.6 – COLHEITA DE DADOS

Os dados foram colhidos, como já referido, no período entre 5 de maio e 5 de outubro de 2018, no Serviço de Oncologia Pediátrica (internamento e hospital de dia) de um Hospital Central Especializado da zona centro do País.

A seleção da instituição prendeu-se com o facto ser o local de trabalho da investigadora, onde a própria pretende continuar a investir e colaborar na melhoria da qualidade dos cuidados.

O modo de abordagem remeteu na fase inicial para uma curta entrevista de apresentação do protocolo de consentimento informado aos adolescentes e aos pais, com a finalidade de fornecer informação acerca dos objetivos, de assegurar o carácter anónimo do tratamento das informações obtidas, assim como o carácter voluntário de participação dos adolescentes.

Após consentimento de ambos (adolescente e pai/mãe) para participação no estudo, foi entregue o formulário de consentimento informado para ser lido e assinado e o respetivo instrumento de colheita de dados. Solicitou-se aos adolescentes inquiridos que se focassem, concretamente, na ocorrência da queda do cabelo, e que mantivessem essa recordação presente enquanto respondiam ao questionário. Por fim, validou-se junto de cada adolescente se o formulário se encontrava preenchido na sua totalidade.

Os questionários foram preenchidos, de forma consecutiva, pelos adolescentes internados, ou em dias de consulta (no hospital de dia) até se obter a totalidade da amostra definida no projeto (n=30).

## 2.7 – CONSIDERAÇÕES FORMAIS E ÉTICAS

Qualquer investigação, que envolva a participação de seres humanos levanta questões éticas e morais (Fortin, 2003). Neste sentido, no decorrer deste processo de investigação foi preocupação respeitar todos os aspetos formais, éticos e legais a considerar num estudo com seres humanos e, especialmente, com adolescentes doentes.

O projeto de investigação foi submetido a avaliação pela Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (UICISA-E), que emitiu um parecer favorável em 18 de abril de 2018 – Parecer 483-03/2018 (Anexo I).

Paralelamente, no sentido de ser conferida autorização para realização do estudo no Serviço de Oncologia Pediátrica em que se pretendia colher os dados (local de trabalho da investigadora), solicitou-se a autorização, por escrito, à diretora clínica do serviço em questão, após exposição do projeto de investigação elaborado, que veiculou um parecer positivo (Anexo II), consentindo autorização para a realização do estudo (Anexo III).

Para ter acesso à versão portuguesa do questionário *Kidcope* realizou-se um pedido formal por correio eletrónico, ao autor (Carlos Carona), que anuiu e disponibilizou o instrumento e o respetivo manual de utilização do mesmo (Anexo IV).

Para realização deste estudo foi, também, cedido e operacionalizado o modelo de consentimento informado (um dirigido aos adolescentes e outro aos pais) com menção ao estudo pretendido e objetivos (Apêndice II), tendo sido solicitado a todos os participantes no

estudo e respetivo pai/mãe o consentimento livre e esclarecido, por escrito. Neste formulário de consentimento foram garantidos o anonimato, a confidencialidade das respostas e a participação voluntária no estudo. Os participantes foram informados que os resultados obtidos seriam divulgados em eventos científicos.

Assim, durante todo o processo de investigação foram salvaguardados os princípios éticos de acordo com a declaração de Helsínquia.

Para dar cumprimento ao princípio da autodeterminação, asseverou-se que a participação no estudo era voluntária por ambas as partes (adolescente e pai/mãe), ou seja, de livre e espontânea vontade, sendo devidamente informados que a desistência do compromisso de participação era livre, em qualquer momento, e sem qualquer prejuízo associado a essa decisão, assegurando-se sempre um tratamento justo e equitativo.

O direito à intimidade foi evidenciado pelo evitamento da invasão à esfera privada de cada participante, pelo que se procurou que o momento e local da colheita de dados garantisse privacidade e fosse livre de interrupções. A aplicação dos questionários decorreu num ambiente calmo.

O direito ao anonimato, assim como à confidencialidade foram, também, assegurados, através da codificação dos questionários, substituindo os nomes por números e solicitando aos participantes que não colocassem dados de identificação pessoal em nenhuma das páginas do questionário.

## 2.8 – ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

Para o tratamento estatístico dos dados, estes foram inicialmente transcritos dos questionários para uma folha de Excel e, posteriormente, analisados no programa informático IBM SPSS, versão 24.

Para sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados, utilizaram-se técnicas da estatística descritiva e testes estatísticos não paramétricos, porque a maioria das variáveis foram medidas ao nível ordinal ou nominal e, nas variáveis em que se obteve um score de medição intervalar, o pressuposto da normalidade não era sustentável ( $p < .05$ ).

A análise estatística processada, iniciou-se pela apreciação descritiva em que foram determinadas as distribuições de frequências (absolutas e relativas); as medidas de tendência central (média e mediana), e de variabilidade (desvio padrão, mínimo e máximo).

Considerando a pouca discriminação da medição das variáveis centrais (ordinais com 5 pontos ou nominais, optou-se por, na generalidade, realizar testes bilaterais de diferenças de

proporções, recorrendo à disposição das 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, como alternativa, os resultados dos testes exatos de Fisher bilaterais.

Os resultados obtidos da análise estatística desenvolvida são apresentados sob a forma de tabelas, no capítulo seguinte, em que, quando for o caso, se explicitam os critérios de dicotomização das variáveis em teste.



### **3 – RESULTADOS**

Neste capítulo são apresentados e analisados os resultados obtidos com a finalidade de melhorar o conhecimento, especialmente dos enfermeiros, acerca das reações à queda do cabelo e estratégias de enfrentamento dos adolescentes com doença oncológica, tendo por base os objetivos delineados e as questões de investigação concretizadas.

Para uma melhor compreensão dos resultados, precede-se a sua apresentação pela descrição das características sociodemográficas e clínicas da amostra.

Seguidamente, para dar resposta às questões de investigação, que orientaram este estudo, descrevem-se as reações emocionais à queda do cabelo e evidenciam-se as estratégias mais utilizadas pelos adolescentes, com doença oncológica, face ao acontecimento indutor de stress (perda do cabelo), destacando-se as que são percecionadas como mais eficazes. Prossegue-se, explanando a relação entre as reações emocionais e as estratégias utilizadas. Por fim, apresentam-se os resultados da análise das relações entre as variáveis independentes consideradas [(sexo, idade) e o modo como ocorreu a queda do cabelo] e as reações emocionais, as estratégias utilizadas e a perceção da sua eficácia.

#### **3.1 – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DA AMOSTRA**

A amostra foi constituída por 30 adolescentes com doença oncológica, maioritariamente, do sexo masculino (70.00%) e os restantes (30.00%), do sexo feminino (Tabela 2).

A idade mínima dos adolescentes inquiridos foi de 13 anos e a máxima de 18, sendo a média de 15.20 anos, a mediana de 15 anos e o desvio padrão de 1.90 anos.

Em relação ao local de residência, verificou-se que apenas 13.33% dos adolescentes, que constituíram a amostra, eram provenientes do meio rural, destacando-se uma igualdade de 43.33% dos adolescentes oriundos do meio urbano e suburbano.

**Tabela 2**

Distribuição da amostra segundo o sexo, a idade e o local de residência (n=30)

	<i>n</i>	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	21	70.00
Feminino	9	30.00
<b>Idade</b>		
13-15 anos	17	56.67
16-18 anos	13	43.33
Md=15.00; $\bar{X}$ =15.20; DP=1.90; mín=13; máx=18		
<b>Local de Residência</b>		
Rural	4	13.33
Suburbano	13	43.33
Urbano	13	43.33

Quanto à caracterização clínica da amostra, considerou-se o tipo de cancro, o tempo de diagnóstico, o tipo de tratamento, o modo de perda do cabelo e o tempo de ocorrência da perda do mesmo.

Em relação ao tipo de cancro, verificou-se que a maioria (43.33%) era do foro hematológico, seguindo-se os tumores ósseos com 26.67% e os tumores do SNC com 16.67%. A menor percentagem correspondia aos tumores das gónadas (13.33%) (Tabela 3).

Relativamente ao tempo de diagnóstico, a amostra foi constituída por adolescentes, cujo diagnóstico de doença oncológica tinha ocorrido no mínimo há um mês e no máximo há 20 meses, relativamente ao momento da colheita dos dados, sendo a média de tempo de diagnóstico de 6.18 meses, a mediana de 5 meses e o desvio padrão de 4.44 meses.

Quanto ao tipo de tratamento, metade dos adolescentes (50.00%) tinha realizado apenas quimioterapia; 30.00% quimioterapia e cirurgia; 13.33% quimioterapia, radioterapia e cirurgia e os restantes 6.67% quimioterapia e radioterapia.

Sublinha-se que todos os adolescentes constituintes da amostra tinham sido submetidos a quimioterapia, sendo que a utilização combinada de quimioterapia e radioterapia foi a menos frequente.

Considerando o modo de perda do cabelo, esta ocorreu, na maioria (76.67%), de forma rápida e total; em 23.33% dos adolescentes o modo de perda foi lento e parcial.

O tempo decorrido, entre a ocorrência da queda do cabelo e a colheita de dados, variou entre 1 e 12 meses. Aquando do inquérito, em 83.33% dos adolescentes, o intervalo de tempo, que registou a ocorrência da queda do cabelo foi de 1 a 6 meses.

**Tabela 3**

Distribuição da amostra segundo as características clínicas (n=30)

	<i>n</i>	%
<b>Tipo de cancro</b>		
Tumores Hematológicos	13	43.33
Tumores Ósseos	8	26.67
Tumores do SNC	5	16.67
Tumores das Gónadas	4	13.33
<b>Tempo de diagnóstico (meses)</b>		
1-6	18	60.00
6-12	9	30.00
>12	3	10.00
Md=5.00; $\bar{X}$ =6.18; DP=4.44; mín=1; máx=20		
<b>Tipo de tratamento</b>		
Quimioterapia	15	50.00
Quimioterapia +Cirurgia	9	30.00
Quimioterapia +Radioterapia +Cirurgia	4	13.33
Quimioterapia +Radioterapia	2	6.67
<b>Modo de perda do cabelo</b>		
Lento	7	23.33
Rápido	23	76.67
Parcial	7	23.33
Total	23	76.67
<b>Tempo da perda do cabelo (meses)</b>		
1-6	25	83.33
6-12	5	16.67
Md=4.00; $\bar{X}$ =4.53; DP=3.18; mín=1; máx=12		

### 3.2 – REAÇÕES EMOCIONAIS À QUEDA DO CABELO

De modo a identificar as reações emocionais à queda do cabelo foi aplicada a escala *How big is your problem* e a primeira parte do instrumento *Kidcope*, tal como mencionado na metodologia.

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

Na Tabela 4 apresentam-se os resultados, relativamente, à avaliação subjetiva da dimensão do problema e da reação emocional prevalente à queda do cabelo, dando, desta forma, resposta à primeira questão de investigação.

Em relação à apreciação subjetiva da dimensão do problema, verificou-se que este foi avaliado como “Grande/Urgente” (níveis 4 e 5), por 60.00% da amostra. Contudo, para 36.66% dos adolescentes da amostra, o problema foi considerado “Pequeno/Médio” (níveis 2 e 3), restando apenas uma minoria de 3.33%, que considerou o problema da queda do cabelo como “Minúsculo” (nível 1).

Quanto às reações emocionais, a maior percentagem da amostra (40.00%) identificou a tristeza/choro como a emoção que melhor descrevia a sua reação, correspondendo ao nível 4 de intensidade. De seguida, representado por 30.00% da amostra, foi salientado o medo/irritabilidade, que corresponde ao nível de intensidade 5. Deste modo, verificou-se que a esmagadora maioria (70.00%) dos adolescentes se distribuiu pelos níveis mais elevados de intensidade das reações emocionais prevalentes, tal como se verificou, relativamente, à avaliação subjetiva da dimensão do problema.

Aos níveis de intensidade 2 e 3, correspondem, respetivamente, as seguintes emoções: vergonha/desilusão e raiva/ansiedade, indicadas, ambas, por igual proporção de elementos da amostra (13.33%).

Contrastando, com os outros constituintes da amostra, um adolescente (3.33%), porém, assinalou como sua reação a alegria/calma.

#### Tabela 4

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

Avaliação Subjetiva da Dimensão do problema	n	%		Reação emocional prevalente	n	%
<b>Urgente</b>	8	26.67	<b>5</b>	<b>Medo/Irritabilidade</b>	9	30.00
<b>Grande</b>	10	33.33	<b>4</b>	<b>Tristeza/Choro</b>	12	40.00
<b>Médio</b>	7	23.33	<b>3</b>	<b>Raiva/Ansiedade</b>	4	13.33
<b>Pequeno</b>	4	13.33	<b>2</b>	<b>Vergonha/Desilusão</b>	4	13.33
<b>Minúsculo</b>	1	3.33	<b>1</b>	<b>Alegria/Calma</b>	1	3.33
Md=4.00; $\bar{X}$ =3.67; DP=1.12			Md=4.00; $\bar{X}$ =3.80; DP=1.12			

Em termos quantitativos, comparando os resultados, verificou-se que a mediana e o desvio padrão foi igual, tanto para a avaliação da dimensão do problema como para a reação emocional apresentada, variando apenas o valor da média, que se apresentou, ligeiramente, superior para a dimensão da reação emocional.

Através da interpretação da informação resumida na Tabela 4, depreende-se que a dimensão do problema corresponde a reações emocionais, mais fortes ou mais fracas, em função da avaliação da grandeza do mesmo, ou seja, quando o problema é avaliado como “Grande/Urgente” as reações emocionais apresentadas tendem a ser mais fortes

negativamente. Em contrapartida, quando o problema é dimensionado como “Pequeno/Médio”, as reações emocionais apresentadas tenderão a ser menos negativas.

### **Reações emocionais de distresse**

Na Tabela 5, explanam-se os resultados em relação ao distresse avaliado, tendo por base as 3 reações emocionais destacadas na primeira parte do instrumento *Kidcope* - ansiedade, tristeza e raiva.

Assim, verificou-se que a emoção tristeza apresenta uma média de intensidade superior às restantes emoções. Em contrapartida, verificou-se que a raiva, embora apresente a menor intensidade registada, constitui a emoção em que a amostra se revelou menos homogénea.

**Tabela 5**

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

<b>Reação emocional</b>	<i>n</i>	%
<b>Ansiedade</b>		
1. nada	1	3.33
2. pouco	4	13.33
3. mais ou menos	11	36.67
4. muito	7	23.33
5. muitíssimo	7	23.33
Md=3.00; $\bar{X}$ =3.50; DP=1.11		
<b>Tristeza</b>		
1. nada	2	6.67
2. pouco	2	6.67
3. mais ou menos	3	10.00
4. muito	9	30.00
5. muitíssimo	14	46.67
Md=4.00; $\bar{X}$ =4.03; DP=1.22		
<b>Raiva</b>		
1. nada	4	13.33
2. pouco	4	13.33
3. mais ou menos	7	23.33
4. muito	9	30.00
5. muitíssimo	6	20.00
Md=3.50; $\bar{X}$ =3.30; DP=1.32		
<b>Distresse – Score global</b>		
Md=3.66; $\bar{X}$ =3.61; DP=1.10		

Em termos globais, o *score* de distresse da amostra foi representado por uma mediana de 3.66, uma média de 3.61, denotando que a experiência afetiva relacionada com a perda do cabelo é, fortemente, negativa na maioria dos adolescentes, verificando-se, no entanto, alguns casos em que essa experiência parece mais mitigada.

### 3.3 – ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO UTILIZADAS E AVALIAÇÃO DA RESPECTIVA EFICÁCIA

Para conhecer as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos adolescentes e a respectiva eficácia, dando, deste modo, resposta à segunda e à terceira questão de investigação, foi aplicada a versão do *Kidcope* para adolescentes.

A Tabela 6 destaca as estratégias utilizadas, considerando a maior ou menor proporção de adolescentes da amostra, que indicaram a sua utilização e o nível de ajuda percebido pelos adolescentes que assinalaram essa estratégia.

Assim, a “Resignação” parece ser a estratégia dominante, tendo sido indicada pela totalidade dos adolescentes da amostra. Simultaneamente, revela-se a sua eficácia, pois 80.00% considera-a muito eficaz, sendo que apenas 3.33% da amostra a considera como nada eficaz e 16.67% atenta que é pouco.

Outras estratégias utilizadas pela quase totalidade dos adolescentes foram a “Distração”, a “Reestruturação Cognitiva” e a “Resolução de Problemas”, às quais recorreram, respetivamente, 90.00% da amostra. Contudo, apesar da amostra se distribuir, equitativamente, no que respeita à frequência de utilização, estas diferem em relação à perceção da eficácia.

A “Distração” foi aquela em que se manifestou uma eficácia percebida mais elevada, sendo que a esmagadora maioria (85.19%) da amostra a considerou muito eficaz, seguindo-se a “Resolução de Problemas”, com 81.48% e com 70.37% a “Reestruturação Cognitiva”. Porém, mesmo assim, a “Distração” foi evocada por 7.41% dos adolescentes como nada eficaz.

Importa ainda salientar que a “Regulação Emocional” (7b), constitui outra das estratégias entendida como fundamental, tendo sido assinalada por 86.67% dos adolescentes inquiridos.

O “Apoio Social” parece ser outra das estratégias de enfrentamento mais utilizada pelos adolescentes para lidar com a situação de perda do cabelo, tendo sido utilizada por 80.00% da amostra. Concomitantemente, destaca-se a sua eficácia, uma vez que constitui a estratégia percecionada como mais eficaz de todas, sendo que a maioria dos adolescentes (91.67%) a reconheceu como muito eficaz, contrapondo-se apenas 8.33% da amostra, que a percebeu como pouco eficaz.

A estratégia de *coping* menos utilizada foi o “Isolamento Social”, tendo sido assinalada por 53.33% da amostra. Paralelamente, manifesta-se a sua reduzida eficácia, pois foi apontada por 56.25% como pouco eficaz e considerada por 12.50% como nada eficaz.

**Tabela 6**

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*						Md	X̄	DP
	n	%	0 – nada		1 - pouco		2- muito				
			n	%	n	%	n	%			
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. <b>- DISTRAÇÃO -</b>	27	90.00	2	7.41	2	7.41	23	85.19	2.00	1.78	.58
2. Afastei-me das pessoas; guardei os meus sentimentos para mim e lidei com a situação sozinho <b>- ISOLAMENTO SOCIAL -</b>	16	53.33	2	12.50	9	56.25	5	31.25	1.00	1.19	.66
3. Tentei ver o lado bom das coisas e/ou concentrei-me em alguma coisa boa que pudesse resultar da situação. <b>- REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA -</b>	27	90.00	–	–	8	29.62	19	70.37	2.00	1.70	.47
4. Apercebi-me que fui eu que provoquei o problema e culpei-me por o ter causado. <b>- AUTOCRÍTICA -</b>	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
5. Apercebi-me que foi outra pessoa que causou o problema e culpei-a por me fazer passar por isto. <b>- CULPA DE OUTROS -</b>	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
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. <b>- RESOLUÇÃO PROBLEMAS -</b>	27	90.00	–	–	5	18.52	22	81.48	2.00	1.81	.40
7a. Falei sobre a forma como me estava a sentir; berrei, gritei ou bati em alguma coisa. <b>- REGULAÇÃO EMOCIONAL -</b>	19	63.33	1	5.26	6	31.58	12	63.16	2.00	1.58	.61
7b. Tentei acalmar-me falando comigo próprio, rezando, dando um passeio, ou simplesmente tentando descontraí-me. <b>- REGULAÇÃO EMOCIONAL -</b>	26	86.67	–	–	7	26.92	19	73.08	2.00	1.73	.45
8. Fiquei a pensar e a desejar que isto nunca tivesse acontecido; e/ou que pudesse mudar o que tinha acontecido. <b>- PENSAMENTO DESIDERATIVO-</b>	23	76.67	3	13.04	11	47.83	9	39.13	1.00	1.26	.69
9. Virei-me para a minha família, amigos, ou outros adultos para me ajudarem a sentir melhor. <b>- APOIO SOCIAL -</b>	24	80.00	–	–	2	8.33	22	91.67	2.00	1.92	.28
10. Aceitei simplesmente o problema porque sabia que não podia fazer nada em relação a isso. <b>- RESIGNAÇÃO -</b>	30	100.00	1	3.33	5	16.67	24	80.00	2.00	1.77	.50

\*Pelos adolescentes que recorreram à estratégia

Ainda quanto à avaliação da eficácia das estratégias, o “Pensamento Desiderativo”, parece ser outra das estratégias em que se manifesta uma reduzida eficácia, pois 47.83% dos adolescentes avaliou-a como pouco eficaz e 13.04% considerou-a nada eficaz (Tabela 6).

Por último, salienta-se que a “Autocrítica” e a “Culpa de Outros” são duas das estratégias às quais os adolescentes não recorrerão tanto, pois nenhum dos adolescentes inquiridos as assinalou.

Pela análise descrita, os resultados sugerem que a estratégia mais utilizada não corresponde àquela que é percebida e indicada como mais eficaz pelos adolescentes, verificando-se que apesar da “Resignação” ter sido a mais frequente, em proporção de adolescentes que a indicou, o “Apoio Social” foi a estratégia apontada como mais eficaz pela maioria da amostra. Relativamente ao nível de ajuda percebido, verificou-se que o “Isolamento Social” e o “Pensamento Desiderativo” foram as estratégias, que corresponderam a uma menor eficácia percebida pelos adolescentes.

### 3.4 – RELAÇÃO ENTRE AS REAÇÕES EMOCIONAIS E AS ESTRATÉGIAS UTILIZADAS

Para responder à quarta questão de investigação, apresentam-se, separadamente, nas Tabelas 7, 8 e 9 os resultados, que permitem verificar a relação existente entre as reações emocionais apresentadas pelos adolescentes com doença oncológica à queda do cabelo e as estratégias de enfrentamento utilizadas para lidarem com essa situação. Devido ao reduzido tamanho da amostra em estudo, recorreu-se ao valor de significância do Teste Exato de *Fisher*.

#### ***Avaliação subjetiva da dimensão do problema e intensidade da reação emocional***

Na Tabela 7 exibem-se os resultados em relação à avaliação subjetiva da dimensão do problema e da intensidade da reação emocional. A avaliação subjetiva da dimensão do problema foi dicotomizada em “Pequeno/Médio” (no qual se incluíram as dimensões (1) minúsculo; (2) pequeno e (3) médio) e “Grande/Urgente” (incluindo as dimensões (4) grande e (5) urgente). A intensidade da reação emocional foi dicotomizada em “Fraca” (que incluiu reações de intensidade (1) alegria/calma; (2) vergonha/desilusão e (3) raiva/ansiedade) e “Forte” (para reações de intensidade (4) tristeza/choro e (5) medo/irritabilidade).

Assim, no limiar da significância (LS), destaca-se a relação entre a avaliação subjetiva da dimensão do problema como “Grande/Urgente” e a estratégia de *coping* “Pensamento Desiderativo” ( $p=.084$ ). Os adolescentes, que avaliaram o problema da queda do cabelo como sendo um problema de dimensão “Grande/Urgente”, associado a uma reação emocional negativa forte, tendem a recorrer mais, frequentemente, a esta estratégia de enfrentamento.

**Tabela 7**

Matriz de correlações e distribuição da amostra segundo a relação entre as reações emocionais e as estratégias utilizadas, tendo por base a avaliação subjetiva da dimensão do problema e a intensidade da reação emocional ( $n=30$ )

Utilização das Estratégias	Avaliação da Dimensão do Problema				Teste Fisher	Intensidade da Reação Emocional				Teste Fisher
	Pequeno/Médio		Grande/Urgente			Fracas		Fortes		
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
<b>1-Distração (n=27)</b>	11	91.7	16	88.9	1.00	8	88.9	19	90.5	1.00
<b>2-Isolamento Social (n=16)</b>	6	50.0	10	55.6	1.00	5	55.6	11	52.4	1.00
<b>3-Reestruturação Cognitiva (n=27)</b>	10	83.3	17	94.4	.548	8	88.9	19	90.5	1.00
<b>6-Resolução de Problemas (n=27)</b>	10	83.3	17	94.4	.548	7	77.8	20	95.2	.207
<b>7a-Regulação Emocional (n=19)</b>	7	58.3	12	66.7	.712	6	66.7	13	61.9	1.00
<b>7b-Regulação Emocional (n=26)</b>	10	83.3	16	88.9	1.00	7	77.8	19	90.5	.563
<b>8-Pensamento Desiderativo (n=23)</b>	7	58.3	16	88.9	<b>.084*</b>	5	55.6	18	85.7	.153
<b>9-Apoio Social (n=24)</b>	10	83.3	14	77.8	1.00	8	88.9	16	76.2	.637
<b>10-Resignação (n=30)</b>	12	100.0	18	100.0	-	9	100.0	21	100.0	-

\*A correlação apresenta-se no LS:  $.05 < p < .10$

### **Reações emocionais de distresse**

No que concerne às reações emocionais de distresse consideradas no instrumento (ansiedade, tristeza e raiva) foram dicotomizadas em reações de baixa intensidade (de 1 a 3, inclusive) e de alta intensidade (4 e 5).

Na Tabela 8 sobressaem as relações entre as reações emocionais: ansiedade, tristeza e raiva e as estratégias de enfrentamento: “Isolamento Social”, “Reestruturação Cognitiva” e “Pensamento Desiderativo”.

Na sequência da análise da Tabela 8, salienta-se a relação significativa entre a tristeza e o “Pensamento Desiderativo” ( $p=.003$ ), bem como entre esta reação emocional e a “Reestruturação Cognitiva” ( $p=.009$ ). Assim, os adolescentes, que referiram mais tristeza tendem a recorrer, em maior proporção, ao “Pensamento Desiderativo” e à “Reestruturação Cognitiva”.

Similarmente, verificou-se, também, uma associação significativa entre a raiva e o “Pensamento Desiderativo” ( $p=.006$ ). Os adolescentes, que manifestaram alta intensidade da emoção mencionada, utilizam a estratégia de  *coping*  referida, em maior proporção.

No limiar da significância, apurou-se a relação entre a ansiedade e o “Isolamento Social” ( $p=.081$ ), inferindo-se que os adolescentes, que manifestaram uma ansiedade mais alta tendem, em maior proporção, ao “Isolamento Social”.

### Tabela 8

Matriz de correlações e distribuição da amostra segundo a relação entre as reações emocionais de distresse e as estratégias 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		
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%			
1-Distração ( $n=27$ )	15	93.8	12	85.7	.586	6	85.7	21	91.3	1.00	14	93.3	13	86.7	1.00
2-Isolamento Social ( $n=16$ )	6	37.5	10	71.4	<b>.081**</b>	5	71.4	11	47.8	.399	6	40.0	10	66.7	.272
3-Reestruturação Cognitiva ( $n=27$ )	14	87.5	13	92.9	1.00	4	57.1	23	100.0	<b>.009*</b>	12	80.0	15	100.0	.224
6-Resolução de Problemas ( $n=27$ )	13	81.3	14	100.0	.228	5	71.4	22	95.7	.128	12	80.0	15	100.0	.224
7a-Regulação Emocional ( $n=19$ )	9	56.3	10	71.4	.466	4	57.1	15	65.2	1.00	9	60.0	10	66.7	1.00
7b-Regulação Emocional ( $n=26$ )	13	81.3	13	92.9	.602	5	71.4	21	91.3	.225	13	86.7	13	86.7	1.00
8-Pensamento Desiderativo ( $n=23$ )	11	68.8	12	85.7	.399	2	28.6	21	91.3	<b>.003*</b>	8	53.3	15	100.0	<b>.006*</b>
9-Apoio Social ( $n=24$ )	14	87.5	10	71.4	.378	4	57.1	20	87.0	.120	12	80.0	12	80.0	1.00
10-Resignação ( $n=30$ )	16	100.0	14	100.0	_	7	100.0	23	100.0	_	15	100.0	15	100.0	_

\*A correlação é significativa  $p<.05$

\*\*A correlação apresenta-se no LS:  $.05<p<.10$

### **Distresse Global**

Relativamente ao distresse global (sofrimento numa fase de choque mais tardia) foi calculada a média dos 3 itens do distresse, sendo esta média dicotomizada em distresse global baixo ( $\leq 3$  inclusive) e distresse global alto ( $>3$ ).

Apresenta-se na Tabela 9, a relação entre o distresse global e as estratégias utilizadas pelos adolescentes.

Neste sentido, evidenciam-se as relações significativas entre o distresse global e a “Reestruturação Cognitiva” ( $p=.021$ ), a “Resolução de Problemas” ( $p=.021$ ) e o “Pensamento Desiderativo” ( $p=.001$ ), inferindo-se o seguinte: os adolescentes, que apresentaram um nível alto de distresse global tendem a utilizar, em maior proporção, as estratégias atrás referidas.

**Tabela 9**

Matriz de correlações e distribuição da amostra segundo a relação entre as reações emocionais e as estratégias utilizadas, tendo por base o distresse global ( $n=30$ )

Utilização das Estratégias	Distresse Global				Teste Fisher
	Baixo		Alto		
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
<b>1 – Distração (n=27)</b>	8	88.9	19	90.5	1.00
<b>2 - Isolamento Social (n=16)</b>	5	55.6	11	52.4	1.00
<b>3 - Reestruturação Cognitiva (n=27)</b>	6	66.7	21	100.0	<b>.021*</b>
<b>6 - Resolução de Problemas (n=27)</b>	6	66.7	21	100.0	<b>.021*</b>
<b>7a - Regulação emocional (n=19)</b>	5	55.6	14	66.7	.687
<b>7b - Regulação emocional (n=26)</b>	7	77.8	19	90.5	.563
<b>8 - Pensamento Desiderativo (n=23)</b>	3	33.3	20	95.2	<b>.001**</b>
<b>9 - Apoio Social (n=24)</b>	6	66.7	18	85.7	.329
<b>10 – Resignação (n=30)</b>	9	100.0	21	100.0	–

\*A correlação é significativa  $p<.05$

\*\*A correlação é significativa  $p<.01$

Resumidamente, considerando os resultados expostos nas Tabelas 7, 8 e 9, conclui-se que as reações emocionais à queda do cabelo, manifestadas pelos adolescentes com doença oncológica, apresentam relações significativas ou no limiar da significância, com as seguintes estratégias de *coping*: “Isolamento Social”, “Reestruturação Cognitiva”, “Resolução de Problemas” e “Pensamento Desiderativo”. Porém, não se verificaram associações

significativas com as restantes estratégias de *coping* utilizadas, nomeadamente: “Distração”, “Regulação Emocional”, “Apoio Social” e “Resignação”.

### 3.5 – RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS E AS REAÇÕES EMOCIONAIS, AS ESTRATÉGIAS UTILIZADAS E A PERCEÇÃO DA SUA EFICÁCIA

Para verificar a existência de relação entre as variáveis demográficas (sexo e idade) e as reações emocionais, as estratégias utilizadas e a perceção da sua eficácia recorreu-se, tal como descrito anteriormente, ao Teste Exato de *Fisher*. A perceção de eficácia das estratégias utilizadas foi dicotomizada em: nada/pouco eficaz e muito eficaz.

Assim, apresentam-se nas Tabelas 10 e 11, os resultados obtidos, relativamente, à análise estatística efetuada em função das variáveis referidas.

Relativamente ao sexo, destaca-se a relação significativa quanto à ansiedade ( $p=.004$ ). Enquanto no sexo feminino predominaram adolescentes, que manifestaram elevada ansiedade face à perda do cabelo, no sexo masculino, pelo contrário, foi mais frequente a manifestação de baixa ansiedade (Tabela 10).

Quanto às estratégias utilizadas pelos adolescentes verificou-se a existência de relação significativa entre o sexo masculino e o “Apoio Social” ( $p=.049$ ), inferindo-se, deste modo, que os rapazes recorreram mais ao “Apoio Social” do que as raparigas, para lidar com a situação de perda do cabelo.

Constatou-se, também, uma relação significativa quanto ao sexo e à perceção de eficácia da estratégia de *coping*, designada por “Resolução de Problemas” ( $p=.030$ ). Para o sexo masculino, esta estratégia foi considerada como muito eficaz, na maioria (94.4%) dos adolescentes, que recorreu à mesma. Para o sexo feminino verificou-se uma distribuição semelhante quanto à perceção de eficácia entre nada/pouco eficaz (44.4%) e muito eficaz (55.6%). Enquanto que no sexo masculino prevalecem os adolescentes, que demonstraram uma perceção de eficácia elevada da estratégia de *coping* “Resolução de Problemas” face à perda do cabelo, no sexo feminino verificou-se um equilíbrio entre as adolescentes, que consideraram a elevada eficácia da estratégia e as que indicaram a reduzida eficácia da mesma.

**Tabela 10**

Matriz de correlação 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			
		n	%	n	%		
Avaliação da dimensão do problema	Pequeno/Médio	2	22.2	10	47.6	.249	
	Grande/Urgente	7	77.8	11	52.4		
Reação emocional	Fraca	1	11.1	8	38.1	.210	
	Forte	8	88.9	13	61.9		
Reações emocionais de distresse	Ansiedade	Baixa	1	11.1	15	71.4	<b>.004*</b>
		Alta	8	88.9	6	28.6	
	Tristeza	Baixa	2	22.2	5	23.8	
		Alta	7	77.8	16	76.2	
	Raiva	Baixa	3	33.3	12	57.1	
		Alta	6	66.7	9	42.9	
Distresse global	Baixo	2	22.2	7	33.3	.681	
	Alto	7	77.8	14	66.7		
Estratégias de <i>Coping</i> Utilizadas	Eficácia percebida***						
1-Distração (n=27)		7	77.8	20	95.2	.207	
	Nada/pouco eficaz	–	–	4	20.0		
	Muito eficaz	7	100.0	16	80.0	.545	
2-Isolamento Social (n=16)		7	77.8	9	42.9	.118	
	Nada/pouco eficaz	5	71.4	6	66.7		
	Muito eficaz	2	28.6	3	33.3	1.00	
3-Reestruturação Cognitiva (n=27)		8	88.9	19	90.5	1.00	
	Nada/pouco eficaz	3	37.5	5	26.3		
	Muito eficaz	5	62.5	14	73.7	.658	
6-Resolução de Problemas (n=27)		9	100.0	18	85.7	.534	
	Nada/pouco eficaz	4	44.4	1	5.6		
	Muito eficaz	5	55.6	17	94.4	<b>.030**</b>	
7a-Regulação Emocional (n=19)		5	55.6	14	66.7	.687	
	Nada/pouco eficaz	3	60.0	4	28.6		
	Muito eficaz	2	40.0	10	71.4	.305	
7b-Regulação Emocional (n=26)		9	100.0	17	81.0	.287	
	Nada/pouco eficaz	3	33.3	4	23.5		
	Muito eficaz	6	66.7	13	76.5	.661	
8-Pensamento Desiderativo (n=23)		6	66.7	17	81.0	.640	
	Nada/pouco eficaz	2	33.3	12	70.6		
	Muito eficaz	4	66.7	5	29.4	.162	
9-Apoio Social (n=24)		5	55.6	19	90.5	<b>.049**</b>	
	Nada/pouco eficaz	–	–	2	10.5		
	Muito eficaz	5	100.0	17	89.5	1.00	
10-Resignação (n=30)		9	100.0	21	100.0	–	
	Nada/pouco eficaz	2	22.2	4	19.0		
	Muito eficaz	7	77.8	17	81.0	1.00	

\*A correlação é significativa  $p < .01$

\*\* A correlação é significativa  $p < .05$

\*\*\*Pelos adolescentes que recorreram à estratégia

A variável idade foi dicotomizada, como mencionado na metodologia, em dois grupos etários distintos, especificamente, adolescentes entre os 13-15 anos e entre os 16-18 anos.

Em relação à idade, salienta-se a existência de relações significativas entre esta variável e a raiva ( $p=.025$ ) e o distresse global ( $p=.042$ ). Deste modo, conclui-se que nos adolescentes com idades superiores (16-18 anos) destacam-se, em maior proporção, aqueles que manifestaram alta intensidade de raiva, enquanto nos adolescentes com idades inferiores (13-15 anos) verificou-se uma maior prevalência dos que manifestaram um nível baixo de raiva (Tabela 11).

Similarmente, o distresse global alto foi destacado, em maior proporção, nos adolescentes mais velhos (16-18 anos), em comparação aos mais novos (13-15 anos).

De modo concomitante, destaca-se a existência de relação, estatisticamente, significativa entre a variável idade e a estratégia de *coping* denominada de “Pensamento Desiderativo” ( $p=.010$ ), verificando-se que a totalidade dos adolescentes, da nossa amostra, com idades compreendidas entre os 16 e os 18 anos, recorreram à estratégia mencionada, contrariamente, aos mais novos, em que apenas cerca de metade da amostra revelou recorrer ao “Pensamento Desiderativo”.

Quanto à percepção de eficácia das estratégias utilizadas, não se verificaram associações significativas entre estas variáveis, ou seja, a idade parece não estar associada à eficácia percebida pelos adolescentes, que utilizam as estratégias de *coping* exploradas neste estudo.

**Tabela 11**

Matriz de correlação 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>	%	<i>n</i>	%		
Avaliação da dimensão do problema	Pequeno/Médio	9	52.9	3	23.1	.141	
	Grande/Urgente	8	47.1	10	76.9		
Reação emocional	Fraca	6	35.3	3	23.1	.691	
	Forte	11	64.7	10	76.9		
Reações emocionais de distresse	Ansiedade	Baixa	10	58.8	6	46.2	.713
		Alta	7	41.2	7	53.8	
	Tristeza	Baixa	6	35.3	1	7.7	
		Alta	11	64.7	12	92.3	
	Raiva	Baixa	12	70.6	3	23.1	
		Alta	5	29.4	10	76.9	
Distresse global	Baixo	8	47.1	1	7.7	.025*	
	Alto	9	52.9	12	92.3		

(Continua)

Tabela 11 (continuação)

Estratégias de <i>Coping</i> Utilizadas	Eficácia percebida**	Idade				Teste Fisher
		13-15 anos		16-18 anos		
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
<b>1-Distração (n=27)</b>		15	88.2	12	92.3	1.00
	Nada/pouco eficaz	4	26.7	–	–	
	Muito eficaz	11	73.3	12	100.0	.106
<b>2-Isolamento Social (n=16)</b>		7	41.2	9	69.2	.159
	Nada/pouco eficaz	6	85.7	5	55.6	
	Muito eficaz	1	14.3	4	44.4	.308
<b>3-Reestruturação Cognitiva (n=27)</b>		15	88.2	12	92.3	1.00
	Nada/pouco eficaz	4	26.7	4	33.3	
	Muito eficaz	11	73.3	8	66.7	1.00
<b>6-Resolução de Problemas (n=27)</b>		14	82.4	13	100.0	.238
	Nada/pouco eficaz	3	21.4	2	15.4	
	Muito eficaz	11	78.6	11	84.6	1.00
<b>7a-Regulação Emocional (n=19)</b>		9	52.9	10	76.9	.259
	Nada/pouco eficaz	5	55.6	2	20.0	
	Muito eficaz	4	44.4	8	80.0	.170
<b>7b-Regulação Emocional (n=26)</b>		15	88.2	11	84.6	1.00
	Nada/pouco eficaz	5	33.3	2	18.2	
	Muito eficaz	10	66.7	9	81.8	.658
<b>8-Pensamento Desiderativo (n=23)</b>		10	58.8	13	100.0	<b>.010*</b>
	Nada/pouco eficaz	8	80.0	6	46.2	
	Muito eficaz	2	20.0	7	53.8	.197
<b>9-Apoio Social (n=24)</b>		13	76.5	11	84.6	.672
	Nada/pouco eficaz	1	7.7	1	9.1	
	Muito eficaz	12	92.3	10	90.9	1.00
<b>10-Resignação (n=30)</b>		17	100.0	13	100.0	–
	Nada/pouco eficaz	4	23.5	2	15.4	
	Muito eficaz	13	76.5	11	84.6	.672

\* A correlação é significativa  $p < .05$

\*\*Pelos adolescentes que recorreram à estratégia

### 3.6 – RELAÇÃO ENTRE O MODO DE PERDA DO CABELO E AS REAÇÕES EMOCIONAIS, AS ESTRATÉGIAS UTILIZADAS E A PERCEÇÃO DA SUA EFICÁCIA

Analisando os resultados obtidos das relações entre o modo de perda do cabelo e as reações emocionais, as estratégias utilizadas e a percepção da sua eficácia, explanados na Tabela 12, inferiu-se que não se verificam relações, estatisticamente, significativas entre as variáveis. Ou seja, 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.

**Tabela 12**

Matriz de correlação entre o modo de ocorrência da queda do cabelo e as reações emocionais, as estratégias de *coping* utilizadas e a percepção da sua eficácia (n=30)

		Modo de queda										
		Lento		Rápido		Teste Fisher	Parcial		Total		Teste Fisher	
		n	%	n	%		n	%	n	%		
Avaliação da dimensão Do problema	Pequeno/Médio	3	42.9	9	39.1		4	57.1	8	34.8		
	Grande/Urgente	4	57.1	14	60.9	1.00	3	42.9	15	65.2	.392	
Reação emocional	Fraca	2	28.6	7	30.4		2	28.6	7	30.4		
	Forte	5	71.4	16	69.6	1.00	5	71.4	16	69.6	1.00	
Reações emocionais de distresse	Ansiedade	Baixa	5	71.4	11	47.8		3	42.9	13	56.5	
		Alta	2	28.6	12	52.2	.399	4	57.1	10	43.5	.675
	Tristeza	Baixa	–	–	7	30.4		3	42.9	4	17.4	
		Alta	7	100.0	16	69.6	.154	4	57.1	19	82.6	.306
	Raiva	Baixa	5	71.4	10	43.5		5	71.4	10	43.5	
		Alta	2	28.6	13	56.5	.390	2	28.6	13	56.5	.390
Distresse global	Baixo	1	14.3	8	34.8		3	42.9	6	26.1		
	Alto	6	85.7	15	65.2	.393	4	57.1	17	73.9	.640	
Estratégias de Coping Utilizadas	Nível de ajuda percebido*											
1-Distração (n=27)		6	85.7	21	91.3	1.00	7	100.0	20	87.0	1.00	
	Nada/Pouco eficaz	1	16.7	3	14.3		1	14.3	3	15.0		
	Muito eficaz	5	83.3	18	85.7	1.00	6	85.7	17	85.0	1.00	
2-Isolamento Social (n=16)		2	28.6	14	60.9	.204	4	57.1	12	52.2	1.00	
	Nada/Pouco eficaz	–	–	11	78.6		3	75.0	8	66.7		
	Muito eficaz	2	100.0	3	21.4	.083**	1	25.0	4	33.3	1.00	
3-Reestruturação Cognitiva (n=27)		7	100.0	20	87.0	1.00	6	85.7	21	91.3	1.00	
	Nada/Pouco eficaz	–	–	8	40.0		1	16.7	7	33.3		
	Muito eficaz	7	100.0	12	60.0	.068**	5	83.3	14	66.7	.633	
6-Resolução de Problemas(n=27)		6	85.7	21	91.3	1.00	7	100.0	20	87.0	1.00	
	Nada/Pouco eficaz	2	33.3	3	14.3		1	14.3	4	20.0		
	Muito eficaz	4	66.7	18	85.7	.303	6	85.7	16	80.0	1.00	
7a-Regulação Emocional (n=19)		4	57.1	15	65.2	1.00	4	57.1	15	65.2	1.00	
	Nada/Pouco eficaz	1	25.0	6	40.0		2	50.0	5	33.3		
	Muito eficaz	3	75.0	9	60.0	1.00	2	50.0	10	66.7	.603	
7b-Regulação Emocional (n=26)		7	100.0	19	82.6	.548	6	85.7	20	87.0	1.00	
	Nada/Pouco eficaz	1	14.3	6	31.6		2	33.3	5	25.0		
	Muito eficaz	6	85.7	13	68.4	.629	4	66.7	15	75.0	1.00	
8-Pensamento Desiderativo (n=23)		5	71.4	18	78.3	1.00	4	57.1	19	82.6	.306	
	Nada/Pouco eficaz	2	40.0	12	66.7		4	100.0	10	52.6		
	Muito eficaz	3	60.0	6	33.3	.343	–	–	9	47.4	.127	
9-Apoio Social (n=24)		6	85.7	18	78.3	1.00	6	85.7	18	78.3	1.00	
	Nada/Pouco eficaz	–	–	2	11.1		0	–	2	11.1		
	Muito eficaz	6	100.0	16	88.9	1.00	6	100.0	16	88.9	1.00	
10-Resignação (n=30)		7	100.0	23	100.0	–	7	100.0	23	100.0	–	
	Nada/Pouco eficaz	–	–	6	26.1		0	–	6	26.1		
	Muito eficaz	7	100.0	17	73.9	.290	7	100.0	17	73.9	.290	

\*Pelos adolescentes que recorreram à estratégia

\*\*A correlação apresenta-se no LS: .05 < p < .10

Todavia, devem destacar-se duas relações no limiar da significância relativas à percepção da eficácia das estratégias “Isolamento Social” ( $p=.083$ ) e “Reestruturação Cognitiva” ( $p=.068$ ).

Nos adolescentes em que o modo de queda do cabelo foi lento, a percepção de eficácia das estratégias suprarreferidas foi indicada, pela totalidade dos adolescentes, como muito eficaz. Por sua vez, os adolescentes nos quais a queda do cabelo ocorreu de modo rápido, indicaram, em maior proporção, o “Isolamento Social” como sendo nada/pouco eficaz, sendo que uma minoria considerou a estratégia muito eficaz.



## **4 – DISCUSSÃO**

No presente capítulo realiza-se uma interpretação e discussão pormenorizadas dos principais resultados obtidos em relação às questões, previamente formuladas, da sua coerência no quadro da literatura existente na área, procurando evidenciar as decorrentes implicações para a prática de Enfermagem.

Com o intuito de facilitar a discussão dos resultados e a compreensão dos mesmos, aborda-se, individualmente, cada uma das questões de investigação. No entanto, inicia-se a discussão, referenciando as limitações do estudo, que devem ser consideradas na interpretação dos resultados e no processo desta investigação.

### ***Limitações do estudo***

Analisando de forma crítica todo o processo inerente a esta investigação, reconhecem-se as limitações subjacentes a um trabalho desta natureza, no qual a população em estudo se encontra num contexto de fragilidade face à doença oncológica. Assim, apesar dos resultados obtidos darem resposta às questões de investigação formuladas, estamos cientes das suas limitações.

Uma das principais prende-se com a inexistência prévia de instrumentos de colheita de dados, que dessem resposta a todas as questões de investigação elaboradas.

Relativamente à amostra, importa referir a dimensão reduzida da mesma, o que conduz a uma interpretação cuidadosa dos resultados e prudência nas generalizações.

Apesar da dimensão da amostra exigir ponderação na extrapolação dos resultados obtidos, esta pode ser considerada, mesmo assim, suficientemente, representativa da realidade estudada para uma investigação deste género, numa perspetiva exploratória, que outros estudos poderão, no futuro, verificar com maior segurança. Os locais de amostragem correspondem a unidades de um Centro de Referência a nível nacional, para onde são encaminhados adolescentes com cancro de vários pontos do país, inclusive das regiões autónomas. Assim sendo, estas circunstâncias não foram encaradas como problemáticas para o desenvolvimento deste estudo. No entanto, em investigações futuras sugerem-se estratégias, que permitam selecionar amostras de maior dimensão e representatividade, como, por exemplo, alargar os locais de colheita de dados ao Instituto Português de Oncologia

do Porto e Lisboa. Neste processo de investigação não foi concretizada esta opção por constrangimentos temporais, dado o âmbito em que se desenrolou esta investigação, e a necessidade de afinar os instrumentos e os processos de colheita e análise de dados.

Outra limitação do estudo atribui-se à escassez de bibliografia para fundamentar a discussão dos resultados obtidos, dado que existem poucos estudos, que permitam a comparação. Este aspeto reforça a importância desta investigação, revelando-se inovadora e reafirmando a necessidade de novos estudos na área da Oncologia Pediátrica, em particular, com adolescentes.

Importa ainda, ter em consideração, as limitações decorrentes da aplicação dos questionários, uma vez que estes foram preenchidos em ambiente hospitalar (em regime de internamento ou em consulta externa), não isento, totalmente, de ruídos envolventes, com algumas interrupções por motivos, que não foram passíveis de ser controlados, e que podem ter influenciado a condição de concentração dos adolescentes durante o preenchimento do questionário. Porém, este método parece ter sido adequado, pois permitiu captar mais fidedignamente as reações emocionais envolvidas neste fenómeno, uma vez que os dados se revelaram consistentes e os resultados obtidos facultaram evidência relevante em relação aos objetivos inicialmente traçados.

Apesar das limitações mencionadas, este estudo asseverou-se, extremamente pertinente, deixando horizonte aberto para reflexão da importância a futuras investigações.

Prossegue-se, expondo nos subpontos seguintes, a discussão dos resultados obtidos.

### ***Reações emocionais à queda do cabelo dos adolescentes com doença oncológica***

Os dados deste estudo sugerem que a queda do cabelo dos adolescentes com doença oncológica parece ser avaliada, subjetivamente, como um problema de dimensão “Grande/Urgente” pela maioria. Porém, é visto por alguns dos inquiridos da nossa amostra como um problema “Pequeno/Médio”. As reações emocionais à queda do cabelo parecem passar por emoções fortes, nomeadamente, são evidenciadas reações como tristeza/choro e medo/irritabilidade, bem como por emoções fracas ou menos negativas, nas quais se englobam as seguintes reações emocionais: alegria/calma; vergonha/desilusão e raiva/ansiedade.

Os resultados obtidos evidenciam que, de acordo com a avaliação subjetiva da dimensão do problema, a maioria dos adolescentes considera a queda do cabelo como um problema

“Grande/Urgente”, sendo que a tristeza/choro e o medo/irritabilidade correspondem às emoções, que melhor descrevem a reação dos adolescentes a essa situação.

Na literatura, a queda do cabelo induzida pela quimioterapia é considerada como tormentosa, evidenciada como o aspecto do tratamento que origina mais ansiedade e angústia, sendo relatada como a pior parte do tratamento (Wallace, et al., 2007). Assim, a evidência produzida pela investigação realizada era expectável e é compreensível que as reações emocionais apresentadas pelos adolescentes sejam fortes e que a perda do cabelo seja avaliada, subjetivamente, pelos mesmos, como um problema de grande dimensão.

Os enfermeiros têm um papel primordial na compreensão das reações apresentadas pelos adolescentes e do significado das suas emoções, na medida em que cabe aos enfermeiros promover o apoio emocional necessário à adaptação e à possível aceitação da situação com o intuito de ajudar os adolescentes a lidar com situações de stresse, disponibilizando informação adequada às necessidades apresentadas, facilitando o processo de regulação emocional dos mesmos. Pois, o cuidar em enfermagem não diz respeito apenas à componente física, pelo que tal conceção adquire dimensões mais amplas, que englobam a preocupação dos enfermeiros com a componente emocional.

Partindo do pressuposto de que o ambiente hospitalar, por si só, desencadeia sofrimento psíquico e segundo o conceito de Adaptação de Roy, cuja premissa é cuidar da pessoa como um todo, a prática de enfermagem deve ser integral com a finalidade de amenizar o sofrimento e contribuir para uma melhor aceitação da doença e, conseqüentemente, um envolvimento eficaz no processo terapêutico (Cuevas-Urióstegui, et al., 2003).

### ***Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos adolescentes para lidar com a queda do cabelo***

Da apreciação efetuada relativamente às estratégias utilizadas pelos adolescentes para lidar com a queda do cabelo induzida pelos tratamentos oncológicos, 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 induzida pelos tratamentos oncológicos e parecem recorrer, com mais frequência, a estratégias de enfrentamento focadas na emoção, nas quais se incluem a “Resignação”, a “Distração” e a “Reestruturação Cognitiva”. Estas estratégias referem-se aos esforços para reduzir ou regular a resposta emocional que está

associada ao stresse, ou que resulta da situação stressante, e são consideradas estratégias ativas uma vez que, apesar de não mudarem o problema, alteram a forma de avaliar o mesmo, funcionando, assim, como regulação de emoções perturbadoras (Dinis, Gouveia, & Duarte, 2011), para prevenir, eventualmente, complicações graves de foro psicológico, diminuir o sofrimento a curto prazo, mas também desenvolver uma adaptação social, cognitiva e de personalidade a longo prazo. Num estudo de Trask, et al., 2003, cit. 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 apresentassem, de modo significativo, relacionadas com níveis de sofrimento mais elevados. Sorgen & Manne (2002), descobriram que a correspondência entre o tipo de enfrentamento e a avaliação da controlabilidade está relacionada, significativamente, de forma positiva com um nível mais baixo de sofrimento, depressão, raiva e ansiedade.

Neste estudo, outra das estratégias mais utilizada pelos adolescentes foi a “Resolução de Problemas”. Pelo que se apurou, estes adolescentes fazem um esforço para eliminar ou circunscrever os fatores de stresse relativos à perda do cabelo, e conseqüente alteração da imagem corporal, através de medidas para minimizar o problema da mudança na aparência.

Neste sentido, no questionário aplicado englobámos uma das questões de resposta aberta, direcionada a este aspeto.

Assim, da análise realizada, centrada nas respetivas respostas, conclui-se que na nossa amostra os adolescentes inquiridos recorreram a várias estratégias para minimizar o problema da alteração da aparência, nomeadamente, destaca-se a utilização de lenços, gorros e bonés na maioria dos adolescentes que constituíram a amostra. Em menor número, surgiu o recurso a peruca, perfume e roupa bonita. Por outro lado, porém, alguns adolescentes referiram não ter utilizado qualquer acessório como estratégia, principalmente quando se encontravam em casa ou no hospital. Estes resultados obtidos são concordantes e sustentados teoricamente nos estudos desenvolvidos nesta área, nos quais os autores mencionam que os adolescentes recorrem a várias estratégias que ocultam ou minimizam as mudanças/deforridades e melhoram a sua aparência, nomeadamente o recurso a jóias, roupas coloridas, maquilhagem, perucas, chapéus, entre outros. Estes esforços revelam-se de extrema importância, uma vez que permitem aos adolescentes moderar o stresse causado pelas mudanças na aparência aliviando o sentimento de ser diferente perante os seus pares e a sociedade no geral (Hockenberry & Wilson, 2016; Larouche & Chin-Peuckert, 2006; Williamson, et al., 2010; Lee, et al., 2012; Burg, 2016; Young & Arif, 2016).

Por outro lado, a estratégia de *coping* que os adolescentes deste estudo revelaram utilizar em menor frequência foi o “Isolamento Social”.

Ambas as estratégias, quer as centradas na regulação da emoção, quer as focadas no problema, se utilizadas simultaneamente, podem influenciar-se de forma recíproca, uma vez que a diminuição do descontrolo emocional conduzirá a um efeito positivo sobre a capacidade cognitiva de proceder em relação ao problema e, da mesma forma, a tentativa de mudança da situação-problema influenciará a expressão das emoções. Assim sendo, o *coping* é visto como um processo dinâmico que pode alterar-se de momento para momento e de situação para situação, dependendo da reavaliação que o indivíduo concretiza, pelo que um *coping* adequado a uma determinada situação é aquele que leva a um ajustamento adequado, ou seja, aquele que conduz ao bem-estar, ao funcionamento social e à saúde somática (Dinis, Gouveia, & Duarte, 2011).

Para a intervenção de enfermagem, é importante considerar que o processo de *coping* não é linear, e deve ter-se em consideração a influência das características individuais.

### ***Estratégias consideradas pelos adolescentes como mais eficazes***

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, nos quais são evidenciadas as principais estratégias de enfrentamento identificadas pelos adolescentes com cancro. Estas prendem-se, nomeadamente, com o apoio social (emocional, material e de informação) e o retorno à vida normal o mais rápido possível (Kyngas, et al., 2001, cit. por Decker, 2008), assim como, com o pensamento positivo, não pensar no tratamento, manter-se ocupado, reinterpretar os ganhos da experiência do cancro e postura filosófica (por exemplo, manter a calma, viver um dia de cada vez, não se concentrar muito à frente, e estabelecer e cumprir metas limitadas no tempo) (Weekes & Kagan, 1994, cit. por Decker, 2008).

Percebe-se, assim, pelos resultados do nosso estudo, que os adolescentes com doença oncológica consideram eficazes quer as estratégias de *coping* centradas na emoção, quer aquelas que são focadas no problema. Deste modo, em relação ao tipo de estratégias de enfrentamento (focadas no problema ou focadas na emoção) utilizadas por estes adolescentes, aparentemente, os resultados obtidos parecem ser inconsistentes. Em concordância com estas evidências, surge uma revisão da literatura realizada por Decker

(2008), na qual a autora afirmou que os resultados não eram consistentes quanto ao tipo de estratégias utilizadas pelos adolescentes com cancro. Apesar da aparente incongruência dos resultados, destaca-se a importância da descoberta de Sorgen e Manne (2002), na qual a correspondência entre o tipo de estratégias de *coping* utilizadas e a avaliação da controlabilidade parece conduzir a um nível mais baixo de sofrimento, raiva, ansiedade e depressão, como vimos anteriormente.

Embora, no caso concreto da perda do cabelo, não seja possível controlar o problema através do recurso a estratégias nele centradas, estas surgem como recurso adaptativo para mitigar o mesmo, e o recurso ao *coping* focado na emoção surge associado a situações de difícil controlo (como pode ser considerada a perda do cabelo na adolescência), assumindo um papel fundamental em muitas situações.

Por outro lado, as estratégias consideradas pelos adolescentes como menos eficazes foram o “Isolamento Social” e o “Pensamento Desiderativo”.

Considerando os resultados obtidos nesta investigação, depreende-se que os adolescentes adotam estratégias eficazes e adequadas face à situação de perda do cabelo, e consequente mudança na aparência. Contudo, apesar das respostas dos adolescentes serem, aparentemente, eficazes, nos casos em que não o são os cuidados de enfermagem detêm como objetivo ajudar no processo de adaptação dos mesmos. Quando a avaliação do adolescente revela ausência de controlabilidade do problema, a intervenção de enfermagem torna-se ainda mais pertinente, como sustentado pelos autores Sorgen e Manne (2002), ao afirmarem que o tipo de estratégia de coping se relaciona com um maior ou menor nível de sofrimento em função do autocontrolo de cada indivíduo. As estratégias de *coping* são encaradas como altamente dinâmicas e a sua eficácia depende não só das características individuais, mas também do tipo de ameaça e dos resultados (Sorgen & Manne, 2002).

O enfrentamento da perda do cabelo constitui, na generalidade, um fenómeno subjetivo e, como tal, prende-se a ele vários fatores: a posição de vida no contexto da educação, da cultura, no sistema de valores nos quais ele vive, assim como as suas expectativas, padrões e preocupações.

Pelos resultados do presente estudo, verificou-se que os adolescentes recorrem a estratégias focadas na emoção, assim como a estratégias focadas no problema. Porém, estes rejeitam, aparentemente, as estratégias com características adaptativas que parecem ser menos eficazes e recorrem às estratégias ativas e mais adaptativas.

De facto, alguns estudos têm demonstrado que nem sempre as estratégias focadas no problema são encaradas como as mais eficazes, como se pensava, sugerindo mesmo que a intervenção dos profissionais com o propósito de promover a utilização de estratégias focadas no problema podem ser contraproducentes (Hinds, et al., 2000), uma vez que investir em estratégias ativas de mudança da situação, quando ela é avaliada como incontrolável, pode originar mais ansiedade, sofrimento e sensação de impotência (Aldridge & Roesch, 2007). As estratégias centradas na emoção podem ser encaradas como um recurso adaptativo eficaz nas situações em que os adolescentes apresentem dificuldades na autorregulação das suas emoções.

O principal objetivo das intervenções de enfermagem neste âmbito é promover reações e respostas adaptativas nas situações de saúde e doença, minimizando o sofrimento. Para tal, o enfermeiro deve escutar, analisar, avaliar e intervir junto dos adolescentes com vista a encontrar estratégias que visem o equilíbrio e o bem-estar e que, tanto quanto possível, sejam correspondentes às suas necessidades.

A intervenção de enfermagem torna-se fundamental no sentido de fortificar os mecanismos de enfrentamento dos adolescentes com doença oncológica face à queda do cabelo, com a finalidade de reforçar as respostas adaptativas eficazes e reduzir/minimizar as ineficazes. Assim, os enfermeiros terão um papel particular enquanto mediadores e facilitadores da adaptação destes adolescentes, através da avaliação do seu comportamento/reações e de fatores que possam influenciar o ajustamento, intervindo com a finalidade de promover capacidades adaptativas.

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

Pelos resultados da presente investigação verifica-se que existe relação entre as reações emocionais e as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos adolescentes. Especificamente, destacam-se 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”.

Neste estudo, a tristeza surgiu como sendo uma emoção, que se relaciona significativamente com o “Pensamento Desiderativo” e a “Reestruturação Cognitiva”.

Os adolescentes com maior tristeza tendencialmente recorrem, em maior proporção, a estas estratégias. Ao partir deste pressuposto, pensarem e desejarem que o problema nunca tivesse surgido e/ou que se pudessem mudar o acontecimento, afigura-se como sendo um

mecanismo adaptativo adequado. Para além do referido, tentarem ver o lado positivo da situação e/ou concentrarem-se em algo bom que pudesse resultar da mesma constitui outra estratégia ajustada para estes adolescentes.

Outra associação significativa, apurada na presente investigação, foi entre a raiva e o “Pensamento Desiderativo”.

Os adolescentes, que manifestaram alta intensidade de raiva utilizam, em maior proporção, a estratégia de *coping* referida. Assim, o “Pensamento Desiderativo” assume destaque enquanto estratégia adaptativa para os adolescentes, que evidenciaram alta intensidade de raiva, similarmemente, aos que apresentaram intensa tristeza, como foi referenciado anteriormente.

Estes resultados parecem ser congruentes internamente, na medida em que as emoções básicas de tristeza e raiva, enquanto emoções fortemente negativas, são associadas, de modo estatisticamente significativo, à estratégia de *coping* apontada pelos adolescentes como sendo a menos eficaz de todas (“Pensamento Desiderativo”). Ora, embora os adolescentes que revelaram alta intensidade de tristeza e de raiva, numa fase de choque inicial e de grande descontrolo emocional, tenham recorrido, em maior proporção, a esta estratégia como forma de confronto adaptativo, dada a sua reduzida eficácia é compreensível a dificuldade de regulação emocional e de uma adaptação eficaz.

Ainda, relativamente, às associações entre as reações emocionais e as estratégias utilizadas, a ansiedade e o “Isolamento Social” apresentaram relação estatística no limiar da significância.

Os adolescentes, que revelaram alto nível de ansiedade recorreram, em maior proporção, ao “Isolamento Social”. Nesta perspetiva, o afastarem-se das pessoas; guardarem os seus sentimentos para si próprios e lidarem com a situação sozinhos foi a estratégia de *coping* entendida, como sendo ajustada para estes. Todavia, apurou-se nesta investigação que o “Isolamento Social” foi assinalado como a estratégia menos utilizada e percebida, por eles, como uma das menos eficazes. Assim, é compreensível que a alta intensidade de ansiedade e a conseqüente desregulação emocional conduza ao recurso de estratégias de enfrentamento de reduzida eficácia, asseverando-se imprescindível a intervenção de enfermagem neste âmbito, com a finalidade de facilitar o processo adaptativo eficaz, reduzindo o sofrimento.

Considerando as relações relevadas, percebe-se nesta investigação, que apesar da dimensão da amostra e da escassez de estudos neste âmbito para confrontar resultados, estes parecem ser congruentes entre si a nível interno. Neste sentido, destacam-se as relações significativas

entre o distresse global (calculado através da média dos 3 itens do distresse) e a “Reestruturação Cognitiva”, a “Resolução de Problemas” e o “Pensamento Desiderativo”.

Os adolescentes que apresentaram alto distresse global tendem a utilizar, em maior proporção, como recurso de *coping*, face ao problema da queda de cabelo, as estratégias supramencionadas, que coincidem com as destacadas, anteriormente, como sendo as que apresentam associações significativas com as reações emocionais de distresse manifestadas por estes. Assim, tentarem recrutar uma expectativa positiva para a situação e/ou focarem-se em algo bom que pudesse advir da mesma; pensarem em formas de resolver o problema; falarem com outras pessoas para obterem mais informações sobre a situação e/ou tentarem resolver, realmente, o problema; pensarem e desejarem que a situação nunca tivesse ocorrido e/ou que pudessem mudar o acontecimento foram mecanismos de enfrentamento considerados, pela maior proporção dos adolescentes, com alto distresse global, como adequados.

Evidencia-se a relação entre a avaliação subjetiva da dimensão do problema como “Grande/Urgente” e a estratégia de *coping* “Pensamento Desiderativo”, ainda que no limiar da significância. Os adolescentes, que consideraram o problema da queda do cabelo como sendo um problema de dimensão “Grande/Urgente”, associado, como temos vindo a inferir dos resultados deste trabalho, a uma reação emocional negativa forte, tendem a recorrer mais a esta estratégia de enfrentamento. Sendo o “Pensamento Desiderativo”, a estratégia indicada pelos adolescentes como menos eficaz, face à situação crítica de perda do cabelo, torna-se clara a existência da sua relação com a reação emocional percebida como fora do controlo pessoal destes adolescentes.

Da investigação efetuada quanto à existência de relações entre as reações emocionais e as estratégias utilizadas, o “Pensamento Desiderativo” surge como o mecanismo, que mais se destaca nas associações estudadas.

As restantes reações emocionais apresentadas pelos adolescentes inquiridos não apresentaram relações com as estratégias de *coping* utilizadas, nomeadamente: “Distração”, “Regulação Emocional”, “Apoio Social” e “Resignação”.

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

Pela análise dos resultados obtidos confirmou-se a existência de relação entre as variáveis demográficas em estudo (sexo e idade) e as reações emocionais, as estratégias utilizadas e a perceção da sua eficácia.

Inicia-se a discussão deste subponto salientando as relações referentes ao sexo e, posteriormente, no que respeita à idade.

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 não se tenha verificado uma relação, do ponto de vista estatístico, significativa.

Ressalta ainda que o sexo feminino evidenciou a predominância de adolescentes com mais ansiedade e, concomitantemente, destacou-se a relação entre a ansiedade e o “Isolamento Social”, como visto no subponto anterior, no qual se discutiu a relação entre as reações emocionais e as estratégias utilizadas. Aspeto este que reforça a existência de coerência nos resultados deste estudo.

Os rapazes consideraram, na sua maioria, a “Resolução de Problemas” como uma estratégia muito eficaz. Por sua vez, as raparigas percecionaram a referida estratégia de modo semelhante entre o nada/pouco eficaz e o muito eficaz. Uma vez que os rapazes apresentaram, predominantemente, baixa ansiedade torna-se compreensível que estes percecionem a referida estratégia (centrada no problema) como muito eficaz, pois a controlabilidade emocional encontra-se relacionada com o tipo de enfrentamento, ao qual o indivíduo recorre como, previamente, referido na presente discussão, de acordo com os autores que realizaram estudos neste âmbito.

Embora esta amostra seja de dimensão bastante reduzida para afirmações capazes de serem extrapoladas, é interessante observar que, neste estudo, os rapazes recorrem, em maior proporção, a estratégias de enfrentamento do que as raparigas. A contradizer esta inferência surge um estudo, afirmando que as raparigas utilizam, significativamente, mais estratégias de enfrentamento do que os rapazes (Burgess & Haage, 1998, cit. por Decker, 2006).

Nesta investigação, averiguou-se que os rapazes recorreram, em maior proporção, a estratégias de enfrentamento focadas na emoção do que as raparigas, embora essa diferença não seja acentuada e não se verifique uma relação, estatisticamente, significativa. Conquanto, a contrariar estas conclusões surge um estudo demonstrando que as raparigas usaram, de forma significativa, em maior número, estratégias de enfrentamento focadas na emoção e menos estratégias de enfrentamento de resolução de problemas do que os rapazes (Bull & Drotar, 1991, cit. por Decker, 2008), enquanto que noutra estudo não foram encontradas diferenças significativas entre os sexos (Nichols, 1995, cit. por Decker, 2008).

Relativamente à variável idade, constatou-se que os adolescentes mais velhos revelaram, em maior proporção, manifestações de alta intensidade de raiva, enquanto os mais novos evidenciaram, em maior número, uma baixa intensidade de raiva. O distresse global alto, também, foi manifestado, em maior proporção, nos adolescentes entre os 16-18 anos.

O “Pensamento Desiderativo” foi a estratégia utilizada, pela totalidade dos adolescentes mais velhos. Estes dados não são consistentes com o estudo realizado por Brown, et al., 1992, cit. por Decker (2008), que mostram que o uso da “Distração”, da “Reestruturação Cognitiva”, da “Regulação Emocional”, do “Apoio Social” e da “Resignação” aumentam com a idade. Conquanto, ao analisar os resultados obtidos neste estudo, é interessante perceber que quanto à estratégia “Resignação”, na amostra, a totalidade dos adolescentes recorre a este mecanismo de enfrentamento. Esta particularidade pode ser justificada pelo enviesamento dos resultados, considerando o tamanho da amostra, ou poderá indicar alguns aspetos da teoria a repensar pelos profissionais de saúde, particularmente, por parte dos enfermeiros.

Pelo exposto, os resultados parecem ser congruentes e consistentes entre si, pois se pensarmos numa lógica de desenvolvimento, os adolescentes com idades superiores usufruem à partida de uma capacidade de pensamento abstrato superior, e conseqüentemente, uma maior aptidão de projeção das implicações do seu problema (queda do cabelo e conseqüente alteração da aparência) socialmente, conduzindo a um nível de sofrimento mais alto do que nos adolescentes mais novos.

No presente estudo, não se dispõe de resultados, com estatística significativa, que permitam afirmar se os adolescentes com idades superiores utilizam mais estratégias focadas na emoção ou focadas no problema, comparativamente aos adolescentes mais novos. Contudo, Bull & Drotar, 1991, cit. por Decker (2008), mostraram que os adolescentes com cancro usavam mais a regulação emocional e menos as estratégias de resolução de problemas do que as crianças em idade escolar. A idade é uma variável que influencia a escolha do comportamento de enfrentamento (Sorgen & Manne, 2002), pelo que o recurso a estratégias de *coping*, centradas na emoção, de *coping* interno ou de controlo secundário tende a aumentar com a idade.

Em relação à percepção de eficácia das estratégias utilizadas não se verificaram associações estatisticamente significativas entre estas variáveis nesta amostra. Não foram encontrados outros estudos, que evidenciem uma relação entre estas duas variáveis.

***Relação entre o modo como ocorreu a perda do cabelo (lento/rápido; parcial/total) e as reações emocionais, as estratégias utilizadas e a percepção da sua eficácia***

Perante os resultados obtidos constatou-se que não se verificaram, do ponto de vista estatístico, relações significativas entre estas variáveis, ou seja, concluiu-se que o modo de perda do cabelo (lento/rápido; parcial/total) não se demonstrou como um aspeto relevante para as reações emocionais apresentadas pelos adolescentes, para a seleção das estratégias de enfrentamento para lidar com o problema, bem como para a percepção da eficácia das mesmas.

Embora não sejam, do ponto de vista estatístico, associações significativas, salienta-se, em relação à percepção da eficácia das estratégias “Isolamento Social” e “Reestruturação Cognitiva” relações, no limiar da significância, entre o modo de queda lento/rápido e estas estratégias.

O “Isolamento Social” e a “Reestruturação Cognitiva” foram as estratégias de enfrentamento percecionadas como muito eficazes para a totalidade dos adolescentes em que a queda do cabelo ocorreu de modo lento. No entanto, para os adolescentes em que a queda do cabelo ocorreu de forma rápida, o “Isolamento Social” foi considerado, em maior proporção, como nada/pouco eficaz.

Na literatura não se encontrou nenhum estudo neste âmbito.

## CONCLUSÃO

A Enfermagem, enquanto ciência humana prática, carece de investigação, uma vez que é graças ao desenvolvimento de conhecimentos que a ciência progride constantemente.

Assim, com o intuito de contribuir para o conhecimento científico, o principal objetivo do estudo foi conhecer as reações à queda do cabelo e estratégias de enfrentamento dos adolescentes com doença oncológica.

Os resultados obtidos dão resposta aos objetivos delineados e às questões de investigação norteadoras deste estudo, demonstrando que a tristeza/choro e o medo/irritabilidade são as emoções, que melhor descrevem as reações dos adolescentes à queda do cabelo e que este problema é avaliado, subjetivamente, como “Grande/Urgente”.

Indicam, também, que as estratégias de enfrentamento mais utilizadas pelos adolescentes para lidar com a situação de perda do cabelo são: a “Resignação”, a “Distração”, a “Reestruturação Cognitiva” e a “Resolução de Problemas”. Em contrapartida, a menos utilizada é o “Isolamento Social”, sendo, também, percebida como pouco eficaz, similarmente, ao “Pensamento Desiderativo”, embora esta última seja aquela que é ponderada como a menos eficaz de todas. Porém, salienta-se que a “Autocrítica” e a “Culpa de Outros” correspondem a duas das estratégias englobadas no instrumento desta investigação, às quais os adolescentes não recorreram.

As estratégias percebidas como mais eficazes são o “Apoio Social”, a “Distração” e a “Resolução de Problemas”, destacando-se o “Apoio Social” como a mais eficaz de todas, pela maioria dos adolescentes. Assim, depreende-se que os adolescentes recorrem mais, frequentemente, a estratégias de *coping* focadas na emoção e parecem considerar mais eficazes estas estratégias de enfrentamento.

As reações emocionais apresentam relações significativas com as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos adolescentes para lidar com a situação de perda do cabelo. Os adolescentes, que apresentam reações emocionais negativas fortes como a tristeza e a raiva parecem recorrer, com mais frequência, ao “Pensamento Desiderativo” e à “Reestruturação Cognitiva”, ou seja, emoções fortes e fora do controlo, aparentemente, conduzem a estratégias de *coping* focadas na emoção. Esta evidência destaca a importância da intervenção dos enfermeiros na tentativa de capacitação destes adolescentes para a

aquisição de estratégias de *coping* focadas na emoção, visando a autorregulação emocional e uma adaptação eficaz. Como se tem vindo a descrever, a intervenção dos profissionais com o propósito de promover a utilização de estratégias focadas no problema pode ser contraproducente.

Com um menor significado estatístico, mas, ainda assim, passível de se considerar destaca-se a relação entre a ansiedade e o “Pensamento Desiderativo”.

Para além do descrito, ressalta a existência de relação entre as variáveis demográficas (sexo e idade) e as reações emocionais, as estratégias utilizadas e a perceção da sua eficácia.

Constata-se que o sexo feminino apresenta, predominantemente, adolescentes, que manifestam elevada ansiedade face à perda do cabelo, ao contrário do sexo masculino, onde é mais frequente a manifestação de baixa ansiedade. Relativamente às estratégias utilizadas, o sexo masculino recorre mais ao “Apoio Social”, comparativamente, ao sexo feminino. Quanto à perceção de eficácia das estratégias, o sexo masculino considera a “Resolução de Problemas” como uma estratégia muito eficaz. Porém, no sexo feminino verifica-se uma distribuição idêntica de proporções de adolescentes entre nada/pouco eficaz e muito eficaz, no que diz respeito à perceção da eficácia desta estratégia.

Em relação à idade, percebe-se que nos adolescentes com idades superiores (16-18 anos) destacam-se, em maior proporção, aqueles que manifestam alta intensidade de raiva, enquanto nos adolescentes com idades inferiores (13-15 anos) verifica-se uma maior prevalência dos que manifestam um nível baixo de raiva. Congruentemente, evidencia-se que o distresse global alto é salientado, em maior proporção, nos adolescentes mais velhos (16-18 anos), em comparação aos mais novos (13-15 anos). Quanto às estratégias de enfrentamento utilizadas, verifica-se que os adolescentes da faixa etária (16-18 anos), recorrem, em maior proporção, à estratégia de “Pensamento Desiderativo”, comparativamente, aos mais novos. Por fim, no que respeita à perceção de eficácia das estratégias utilizadas ressalta-se inexistência de relações, estatisticamente, significativas entre estas variáveis, isto é, a idade parece não estar associada à eficácia percebida pelos adolescentes, que utilizam as estratégias de *coping* exploradas neste estudo.

O presente estudo demonstrou, também, que o modo de perda do cabelo (lento/rápido; parcial/total) não se afigura como relevante para as reações apresentadas pelos adolescentes, nem para as estratégias de enfrentamento utilizadas e perceção da respetiva eficácia. No entanto, nos adolescentes em que o modo de queda do cabelo foi lento, a perceção de eficácia das estratégias: “Isolamento Social” e “Reestruturação Cognitiva” foi indicada, pela totalidade dos adolescentes, como muito eficaz. Por sua vez, os adolescentes

nos quais a queda do cabelo ocorreu de modo rápido, indicaram, em maior proporção, o “Isolamento Social” como sendo nada/pouco eficaz, sendo que uma minoria considerou a estratégia muito eficaz.

De acordo com os resultados do trabalho, e no seguimento de uma das respostas abertas ao questionário, salienta-se a importância da informação obtida pelos adolescentes e considerada, por estes, como relevante para lidarem com a situação de perda do cabelo.

Neste sentido, a informação manifestada, por mais de metade da amostra, como importante prende-se, essencialmente, com o ser informado de que a perda do cabelo ocorrerá, sendo transitória e limitada no tempo, e que o cabelo voltará a crescer. Alguns adolescentes referiram o quanto era importante o conhecimento prévio de que o cabelo poderia crescer diferente e mais bonito.

Tendo em conta esta investigação e os resultados obtidos, ao reconhecer a situação stressante a que os adolescentes, com doença oncológica, são submetidos e ao identificar as reações emocionais, as estratégias de enfrentamento utilizadas e percebidas como mais eficazes, evidencia-se como implicação para a prática clínica: o suporte de enfermagem como um recurso facilitador no processo de adaptação/transição destes adolescentes. Este processo deve ser contínuo e iniciar-se o mais, precocemente, possível com a finalidade de evitar constrangimentos de foro emocional.

Neste âmbito, os enfermeiros podem ajudar os adolescentes a desenvolver esforços de enfrentamento em conformidade, no sentido do seu bem-estar e qualidade de vida, capacitando-os para a aquisição de estratégias de *coping* eficazes. Assim, esta intervenção constituirá um auxílio, ajudando-os a gerir as estratégias de enfrentamento consideradas mais eficazes e a regular as suas reações emocionais, uma vez que respostas ineficazes a eventos stressantes podem agravar os efeitos, potencialmente, deletérios desses eventos.

Como enfermeiros, particularmente envolvidos no cuidado integral a estes adolescentes, não se pode negligenciar a importância de uma intervenção direcionada às necessidades dos jovens com cancro, tendo em consideração os processos adaptativos e desenvolvimentais dos mesmos.

Naturalmente, enquanto profissional a exercer funções na área da Oncologia Pediátrica, apesar de reconhecer os esforços realizados pelos enfermeiros neste campo, admitem-se lacunas referentes ao processo de enfermagem e respetivas intervenções. Porém, estas lacunas devem ser colmatadas, através da inclusão de diagnósticos e intervenções explícitas no plano de cuidados, pois embora algumas sejam implícitas ao cuidar destes jovens, se

essas intervenções não forem diferenciadas e, devidamente, direcionadas incorre-se no risco de descurar a sua relevância no processo de cuidar aos adolescentes com cancro.

Para uma intervenção intencional de cuidado, torna-se fundamental reconhecer as reações emocionais e as estratégias de enfrentamento dos adolescentes com doença oncológica, face à problemática da perda do cabelo e alteração da imagem corporal. É importante que se valorizem as diferentes formas de confrontação dos adolescentes com o problema e que se compreenda 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.

Não obstante, como importante implicação para a prática, é fulcral fornecer informação apropriada aos adolescentes e respetivos pais, numa perspetiva de antecipar as consequências dos tratamentos, incluindo especificamente a queda do cabelo, aumentando assim a capacidade de controlo e de ajustamento à situação.

É essencial que os profissionais, designadamente os enfermeiros, identifiquem as situações de adaptação ineficaz, o mais precocemente possível, de forma a determinar um encaminhamento adequado dessas situações, não protelando uma intervenção especializada quando necessário.

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas, o Enfermeiro Especialista “promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica (...)” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.4), e segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem da Criança e do Jovem, estes profissionais diagnosticam necessidades especiais e incapacidades, capacitam para a adoção de estratégias de *coping* adequadas, fortificam a rede de suporte familiar e comunitário e referenciam, sempre que necessário, para outros profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Como implicações para a investigação destaca-se a importância do desenvolvimento de mais estudos no âmbito desta temática, tendo por base a escassez de obras publicadas, pelo que se sugere a realização de estudos qualitativos nesta população, possibilitando que os adolescentes expressem, livremente, as suas experiências/vivências de modo a esclarecer as necessidades e processos adaptativos e respetivas formas de lidar com a alteração da aparência relacionada com os tratamentos da doença oncológica. Para além disso, recomenda-se, similarmente, para futuras investigações a execução de estudos, mantendo as mesmas questões com amostras de maior dimensão.

Apesar de se reconhecerem as limitações, inerentes ao presente estudo, como já referido, considera-se que este pode contribuir para uma melhor compreensão, especialmente, por

parte dos Enfermeiros, das reações emocionais à queda do cabelo e das estratégias de enfrentamento utilizadas pelos adolescentes com doença oncológica, de modo a permitir uma intervenção profissional direcionada às necessidades dos mesmos com a finalidade de promover uma transição/adaptação mais eficaz.

Concluindo, os objetivos delineados para esta investigação foram bem alcançados e os resultados obtidos permitem dar respostas a todas as questões desta investigação.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrams, A. N., Hazen, E. P., & Penson, R. T. (2007). Psychosocial issues in adolescents with cancer. *Cancer Treatment Reviews*, 33, 622-630.
- Aldridge, A. A., & Roesch, S. C. (2007). Coping and Adjustment in Children with Cancer: A Meta-Analytic Study. *Journal of Behavioral Medicine*, 30(2), 115–129.
- American Cancer Society (2014). *Cancer, Facts & Figures 2014*. Atlanta: American Cancer Society.
- Barros, L. (2014). *Psicologia Pediátrica: Perspectiva Desenvolvimentalista*. Lisboa: CLIMEPSI.
- Bleyer, W. A., & Barr, R. D. (2007). *Cancer in Adolescents and Young Adults*. New York: Springer.
- Brennan, J. (2001). Adjustment to cancer - coping or personal transition? *Psycho-Oncology*, 10(1), 1-18.
- Brito, M. A. (2012). *A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado - uma teoria explicativa*. Porto: (Tese de doutoramento). Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.
- Burg, A. J. (2016). Body Image and the Female Adolescent Oncology Patient. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 33(1), 18-24.
- Cabral, A. S., & Paredes, T. (2015). Distress e Perturbações de Adaptação. Em E. Albuquerque, & A. S. Cabral, *Psico-Oncologia: Temas fundamentais* (pp. 195-204). Lisboa: Lidel.
- Carona, C., Silva, N., Barros, L., & Canavarro, M. C. (2010). *Versões Portuguesas dos Instrumentos KIDCOPE - Questioários de avaliação de Coping em Crianças e Adolescentes*. Coimbra: Universidade de Coimbra - Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Vocacional e Social.
- Choi, M., Kim, M. S., Park, S. Y., Park, G. H., Jo, S. G., Cho, K. H., . . . Shin, H. Y. (2014). Clinical Characteristics of chemotherapy-induced alopecia in childhood. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 70(3), 499-505.

- Coelho, S. M., & Mendes, I. M. (2011). Da pesquisa à prática de Enfermagem aplicando o Modelo de Adaptação de Roy. *Revista da Escola Anna Nery*, 15, 845-850.
- Compas, B. E., Jaser, S. S., Dunn, M. J., & Rodriguez, E. M. (2012). Coping with Chronic Illness in Childhood and Adolescence. *Annual Review of Clinical Psychology* (8), 455–480.
- Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática*. Coimbra: Almedina.
- Cuevas-Urióstegui, M. L., Villasís-Keever, M. A., & Fajardo-Gutiérrez, A. (2003). Epidemiología del cáncer en adolescentes. *Salud pública México*, 45(1), 115-123.
- Damásio, A. (2003). *O Sentimento de Si: o Corpo, a Emoção e a Neurobiologia da Consciência* (14ª ed.). Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Decker, C. L. (2006). Coping in Adolescents with Cancer: A Review of the Literature. *Journal of Psychosocial Oncology*, 24, 123-140.
- Decker, C. L. (2008). Coping in Adolescents with Cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 24(4), 123-140.
- Diez, S. B., Forjaz, M. J., & Landívar, E. G. (2005). Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Actas Esp Psiquiatr*, 33(6), 390-397.
- Dinis, A., Gouveia, J. P., & Duarte, C. (2011). Contributos para a Validação da Versão Portuguesa do Questionário de Estilos de Coping. *Psychologica*, 54, 35-62.
- Diogo, P. (2017). *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em enfermagem: Projeto Multiestudos* (1ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Diogo, P. M. (2012). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica - Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar*. Loures: Lusociência.
- Direção Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (Orientação nº 010/2013)*. Obtido em janeiro de 2018, de [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt): <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>
- Ekman, P. (2011). *A linguagem das emoções*. (C. Szlak, Trad.) São Paulo: Lua de papel.
- Elsa. (2016). Elsa support. Obtido em fevereiro de 2018, de [supporting emotional literacy](http://www.elsa-support.co.uk/supporting-emotional-literacy/): <http://www.elsa-support.co.uk/problems-and-reactions/>
- Erikson, E. H. (1969). Identity, youth and crisis. *Behavioral Science*, 14(2), 154-159.

- Fan, S.-Y., & Eiser, C. (2009). Body image of children and adolescents with cancer: A systematic review. *Body Image*, 6(4), 247-256.
- Faro, A. (2015). Estresse e Distresse: Estudo com a Escala de Faces em Aracaju (SE). *Temas em Psicologia*, 23(2), 341-354.
- Fonseca, P., Oliva, T., Ferreira, N., & Borges, B. (2000). As repercussões da doença oncológica na vida do adolescente. *Saúde Infantil*, 22(1), 53-60.
- Fortin, M.-F. (2003). *O Processo de Investigação da concepção à realização* (3ª ed.). Loures: Lusociência.
- Foster, T. L., Bell, C. J., McDonald, C. F., Harris, J. S., & Gilmer, M. J. (2012). Palliative nursing care for children and adolescents with cancer. *Nursing: Research and Reviews* (2), 17-25.
- Franco, M. D., & Santos, N. N. (2015). Desenvolvimento da Compreensão Emocional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31(3), 339-348.
- Fundação Rui Osório de Castro (s.d.). Obtido em dezembro de 2018, de Fundação Rui Osório de Castro: <https://froc.pt/>
- Gameiro, M. G. (2012). Adaptação dos adolescentes com cancro na fase de tratamento: uma revisão da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, III(8), 135-146.
- Gameiro, M. G. (2016). *Processos e Experiências de Transição Adaptativa dos Adolescentes com Doença Onco-Hematológica Durante o Tratamento*. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Gibson, F., Hibbins, S., Grew, T., Morgan, S., Pearce, S., Stark, D., & Fern, L. A. (2016). How young people describe the impact of living with and beyond a cancer diagnosis: feasibility of using social media as a research method. *Psycho-Oncology*, 25, 1317-1323.
- Hinds, P. (2000). Fostering coping by adolescents with newly diagnosed cancer. *Oncology Nursing*, 16(4), 317-327.
- Hinds, P. S., Quargnenti, A., Bush, A. J., Pratt, C., Fairclough, D., Rissmiller, G., Gilchrist, G. S. (2000). An evaluation of impact of a self-care coping intervention on psychological and clinical outcomes with adolescents newly diagnosed cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 4(1), 6-19
- Hinds, P., Gattuso, J., & Heffner, B. (1990). Adaptation to Illness in Adolescents With Cancer. *Association of Pediatric Oncology Nurses*, 7(2), 64-65.
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2016). *Wong - Enfermagem da criança e do adolescente* (9ª ed.). Loures: Lusociência.

- Khosla, M. (2006). Positive affects and coping with stress. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 32(3), 185-192.
- Larouche, S. S., & Chin-Peuckert, L. (2006). Changes in Body Image Experienced by Adolescents With Cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 23(4), 200-209.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: 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), 381-390.
- Lie, N.-E. K., Larsen, T. M., & Hauken, M. A. (2017). Coping with changes and uncertainty: A qualitative study of young adult cancer patients' challenges and coping strategies during treatment. *European Journal of Cancer Care*, 1-10.
- Lima, A. S., Barros, L., & Enumo, S. R. (2014). Enfrentamento em crianças portuguesas hospitalizadas por câncer: comparação de dois instrumentos de avaliação. *Estudos de Psicologia*, 31(4), 559-571.
- Marques, G. (2017). *O impacto da doença oncológica da criança na família*. Porto: Edições Afrontamento.
- McEwen, M., & Wills, E. M. (2016). *Bases Teóricas de Enfermagem* (4ª ed.). (R. M. Garcez, Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Spinger Publishing Company.
- Meleis, A., Hall, J., & Stevens, P. (1994). Scholarly caring in doctoral nursing education: promoting diversity and collaborative mentorship. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(3), 177-180.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-18.
- Miguel, F. K. (2015). Psicologia das emoções: uma proposta integrativa para compreender a expressão emocional. *Psico-USF*, 20(1), 153-162.
- Minanni, C. A., Ferreira, A. B., Sant'Anna, M. J., & Coates, V. (2010). Abordagem integral do adolescente com diabetes. *Adolescência & Saúde*, 7(1), 45-52.

- Moules, N. J., Estefan, A., Laing, C. M., Schulte, F., Guilcher, G. M., Field, J. C., & Strother, D. (2017). "A Tribe Apart": Sexuality and Cancer in Adolescence. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 34(4), 295-308.
- Moura, M. D. (2015). Psico-oncologia na Infância e no Adolescente. In E. Albuquerque, & A. S. Cabral, *Psico-oncologia: temas fundamentais* (pp. 55-63). Lisboa: Lidel.
- Nass, S. J., Beaupin, L. K., Demark-Wahnefried, W., Fasciano, K., Ganz, P. A., Hayes-Lattin, B., . . . Smith, A. W. (2015). Identifying and Addressing the Needs of Adolescents and Young Adults With Cancer: Summary of an Institute of Medicine Workshop. *The Oncologist*, 20, 186–195.
- Nave, A. C., & Moura, M. D. (2015). Ciclo de Vida, Personalidade e Coping. In E. Albuquerque, & A. S. Cabral, *Psico-Oncologia: temas fundamentais* (pp. 35-42). Lisboa: Lidel.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento da Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Obtido em dezembro de 2018, de [www.ordemdosenfermeiros.pt](http://www.ordemdosenfermeiros.pt): [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov\\_aprovadoAG\\_20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov_aprovadoAG_20Nov2010.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos Padrões da Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Obtido em dezembro de 2018, de [www.ordemdosenfermeiros.pt](http://www.ordemdosenfermeiros.pt): <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/RegulamentoPadroesQualidadeCuidadosEspecializadosEnfermagemSaudeCriancaJovem.pdf>
- Ozdemiroglu, F., Memis, C. O., Meydan, N., Dogan, B., & Kilic, S. M. (2017). Self-Esteem, Pain and Suicidal Thoughts in a Sample of Cancer Patients. *Journal of Mood Disorders*, 7(3), 156-162.
- Pais-Ribeiro, J., & Santos, C. (2001). Estudo conservador de adaptação do Ways of Coping Questionnaire a uma amostra e contexto portugueses. *Análise Psicológica*, 4(19), 491-502.
- 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.
- Pereira, M. D., & Lopes, C. (2005). *O doente oncológico e a sua família* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pérez, A. B., & Martínez, H. V. (2015). Adolescencia y Cáncer. *Psicooncología*, 12(1), 141-156.

- Phillips, K. D. (2010). Adaptation model. In M. R. Alligood, & A. M. Tomey, *Nursing theorists and their work* (7ª ed., pp. 335-365). Mosby Elsevier.
- Ritchie, M. A. (2001). Psychosocial nursing care for adolescents with cancer. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 24, 165-175.
- Santos, C. S. (2006). *Doença Oncológica - Representação Cognitiva e Emocional, Estratégias de Coping e Qualidade de Vida no Doente e Família*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda.
- Schmidt, S., Petersen, C., & Bullinger, M. (2003). Coping with chronic disease from the perspective of children and adolescents--a conceptual framework and its implications for participation. *Child: Care, Health & Development*, 29(1), 63-75.
- Schofield, P., Butow, P., Thompson, J., Tattersall, M., Beeney, L., & Dunn, S. (2003). Psychological responses of patients receiving a diagnosis of cancer. *Annals of Oncology*, 14(1), 48-56.
- Schub, T., & Smith, N. (2016). Alopecia in Children and Adolescents. *Nursing Practice Council*.
- Sorgen, K. E., & Manne, S. L. (2002). Coping in Children With Cancer: Examining the Goodness-of-Fit Hypothesis. *Children's Health Care*, 31(3), 191-207.
- 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.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra : modelos e teorias de enfermagem* (5ª ed.). Lisboa: Lusociência.
- Wallace, M. L., Harcourt, D., Rumsey, N., & Foot, A. (Fev de 2007). Managing appearance changes resulting from cancer treatment: resilience in adolescent females. *Psycho-Oncology*, (16), 1019-1027.
- WHO (2018). *World Health Organization*. Obtido em fevereiro de 2018, de World Health Organization: <http://www.who.int/topics/cancer/en/>
- Williamson, H., & Rumsey, N. (2017). Perspectives of health professionals on the psychosocial impact of an altered appearance among adolescents treated for cancer and how to improve appearance-related care. *Journal of Psychosocial Oncology*, 1-14.
- 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*, 168-175.

- Xavier, S., Nunes, L., & Basto, M. I. (2014). Competência Emocional do Enfermeiro: A significação do constructo. *Pensar em enfermagem*, 18(2), 3-19.
- Young, A., & Arif, A. (2016). The use of scalp cooling for chemotherapy-induced hair loss. *British Journal of Nursing*, 25(10), 22-27.



## **APÉNDICES**



## **APÊNDICE I**

Instrumento de colheita de dados (Questionário)



**“REAÇÕES À QUEDA DO CABELO E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DOS ADOLESCENTES COM DOENÇA ONCOLÓGICA”**

Este questionário enquadra-se numa investigação, proposta no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria a decorrer na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Para concretizar esta investigação necessitamos da sua preciosa colaboração. O questionário **é anónimo**, não devendo por isso colocar a sua identificação em nenhuma das folhas nem assinar o questionário. Não existem respostas certas ou erradas. Por isso lhe solicitamos que responda de forma espontânea e sincera a todas as questões.

Agradeço, desde já, a sua colaboração e disponibilidade.

Com os melhores cumprimentos,

Cristiana Oliveira

**CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA**

1. **Idade** \_\_\_\_ anos

2. **Sexo**

2.1. Feminino

2.2. Masculino

3. **Local de Residência**

3.1. Urbano

3.2. Suburbano

3.3. Rural

**CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DA SITUAÇÃO DO ADOLESCENTE**

4. **Tipo de cancro** \_\_\_\_\_

4.1. Tempo de diagnóstico \_\_\_\_ meses

5. **Tipo de tratamento**

5.1. Quimioterapia

5.2. Radioterapia

5.3. Cirurgia

6. **Modo de perda do cabelo**

6.1. Lento

6.2. Rápido

6.3. Total

6.4. Parcial

7. **Há quanto tempo ocorreu a queda do cabelo?** \_\_\_\_ meses

**How big is your problem**

Elsa, 2016

A seguir encontra-se um quadro com cinco níveis para assinalar com um **X** nas colunas onde se encontra a ↓. Indica a tua avaliação pessoal relativamente ao tamanho do **problema** e a **reação** que tiveste quando soubeste que te ia cair o cabelo ou quando começou a cair (o que corresponder ao número maior).

↓	PROBLEMA		REAÇÃO		↓
	Urgente	5		Zangado/Choro/Medo	
	Grande	4		Aborrecido/Choro/Tristeza	
	Médio	3		Preocupado/Nervoso/Raiva	
	Pequeno	2		Desiludido/Vergonha	
	Minúsculo	1		Calmo/Relaxado/Alegria	

**Kidcope**

Versão Portuguesa (Carona, Silva, Barros &amp; Canavarro, 2010)

No quadro seguinte encontram-se três questões, cuja resposta deve ser assinalada com um **X**. Para responder ao questionário que se segue **lembra-te da ocorrência da queda do cabelo**.

	Nada	Pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo
1. Esta situação deixou-te nervoso?	<input type="checkbox"/>				
2. Esta situação deixou-te triste?	<input type="checkbox"/>				
3. Esta situação deixou-te irritado ou zangado?	<input type="checkbox"/>				

(Cont.)

Faz um **círculo** nas respostas que dizem **aquilo que tu fizeste** quando passaste por essa situação, e **até que ponto isso te ajudou**. Não deixes nenhuma pergunta por responder.

	Fizeste isto?		Até que ponto isso te ajudou?		
					
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.	Sim	Não	Nada	Pouco	Muito
2. Afastei-me das pessoas; guardei os meus sentimentos para mim e lidei com a situação sozinho.	Sim	Não	Nada	Pouco	Muito
3. Tentei ver o lado bom das coisas e/ou concentrei-me em alguma coisa boa que pudesse resultar da situação.	Sim	Não	Nada	Pouco	Muito
4. Apercebi-me que fui eu que provoquei o problema e culpei-me por o ter causado.	Sim	Não	Nada	Pouco	Muito
5. Apercebi-me que foi outra pessoa que causou o problema e culpei-a por me fazer passar por isto.	Sim	Não	Nada	Pouco	Muito
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.	Sim	Não	Nada	Pouco	Muito
7a. Falei sobre a forma como me estava a sentir; berrei, gritei ou bati em alguma coisa.	Sim	Não	Nada	Pouco	Muito
7b. Tentei acalmar-me falando comigo próprio, rezando, dando um passeio, ou simplesmente tentando descontrair-me.	Sim	Não	Nada	Pouco	Muito
8. Fiquei a pensar e a desejar que isto nunca tivesse acontecido; e/ou que pudesse mudar o que tinha acontecido.	Sim	Não	Nada	Pouco	Muito
9. Virei-me para a minha família, amigos, ou outros adultos para me ajudarem a sentir melhor.	Sim	Não	Nada	Pouco	Muito
10. Aceitei simplesmente o problema porque sabia que não podia fazer nada em relação a isso.	Sim	Não	Nada	Pouco	Muito

Considera a questão número **6**. Se respondeste **SIM**:

a. Indica que informação obtiveste na altura sobre o problema e que foi importante para ti

---

b. Indica de que forma minimizaste o problema da mudança na tua aparência (por exemplo: pintar a cabeça, usar gorro, chapéu, não usar nada...)

---

Muito Obrigada pela colaboração!



## **APÊNDICE II**

Termo de Consentimento Informado (adolescentes/pais)



## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO (ADOLESCENTES)

**Título do Estudo:** Reações à queda do cabelo e estratégias de enfrentamento dos adolescentes com doença oncológica.

### Identificação do Investigador

O meu nome é Cristiana Maria Pinho de Oliveira, sou Enfermeira no Serviço de Oncologia Pediátrica do Hospital Pediátrico de Coimbra e mestranda em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

O orientador da investigação é o Professor Doutor Manuel Gameiro, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

### Informação aos Participantes sobre o Estudo

No âmbito do mestrado, estou a realizar uma investigação cujo **objetivo** é identificar as reações emocionais à queda do cabelo e as estratégias de enfrentamento dos adolescentes com doença oncológica, bem como, analisar as relações entre essas reações e estratégias, e variáveis demográficas e clínicas.

Esta investigação tem como finalidade compreender as reações emocionais à queda do cabelo dos adolescentes com doença oncológica, assim como, as estratégias relevantes, percecionadas como mais eficazes para lidar com esta situação, de modo a facilitar uma intervenção profissional mais dirigida, intencional e eficaz, no sentido do seu bem-estar e qualidade de vida.

A colheita de dados será realizada através do preenchimento individual de um questionário.

Caso dê o seu consentimento para a sua participação, serão respeitadas as seguintes condições:

1. A sua participação é voluntária e a recusa não implicará quaisquer prejuízos.
2. As informações que fornecer ao investigador serão utilizadas exclusivamente para fins científicos.
3. A sua identidade será sempre preservada e as respostas mantidas anónimas e confidenciais.
4. A desistência do compromisso de participação é livre em qualquer momento.
5. A qualquer momento, pode solicitar ao investigador informação adicional sobre a participação no estudo.
6. Caso queira contactar o investigador, pode utilizar o telefone 915292887 ou o e-mail [cristiannaoliveira@hotmail.com](mailto:cristiannaoliveira@hotmail.com).

Na posse da informação e nas condições acima expressas, declaro que aceito participar na pesquisa através da resposta a um questionário, assumindo não ter sofrido qualquer pressão para tal.

Eu \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Assinatura do Investigador \_\_\_\_\_

(Cristiana Maria Pinho de Oliveira)

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO (PAIS)

**Título do Estudo:** Reações à queda do cabelo e estratégias de enfrentamento dos adolescentes com doença oncológica.

### Identificação do Investigador

O meu nome é Cristiana Maria Pinho de Oliveira, sou Enfermeira no Serviço de Oncologia Pediátrica do Hospital Pediátrico de Coimbra e mestranda em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

O orientador da investigação é o Professor Doutor Manuel Gameiro, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

### Informação aos Participantes sobre o Estudo

No âmbito do mestrado, estou a realizar uma investigação cujo **objetivo** é identificar as reações emocionais à queda do cabelo e as estratégias de enfrentamento dos adolescentes com doença oncológica, bem como, analisar as relações entre essas reações e estratégias, e variáveis demográficas e clínicas.

Esta investigação tem como finalidade compreender as reações emocionais à queda do cabelo dos adolescentes com doença oncológica, assim como, as estratégias relevantes, percebidas como mais eficazes para lidar com esta situação, de modo a facilitar uma intervenção profissional mais dirigida, intencional e eficaz, no sentido do seu bem-estar e qualidade de vida.

A colheita de dados será realizada através do preenchimento individual de um questionário.

Caso dê o seu consentimento para participação do seu filho, serão respeitadas as seguintes condições:

1. A participação do seu filho é voluntária e a recusa não implicará quaisquer prejuízos.
2. As informações que fornecer ao investigador serão utilizadas exclusivamente para fins científicos.
3. A identidade do seu filho será sempre preservada e as respostas mantidas anónimas e confidenciais.
4. A desistência do compromisso de participação é livre em qualquer momento.
5. A qualquer momento, pode solicitar ao investigador informação adicional sobre a participação no estudo.
6. Caso queira contactar o investigador, pode utilizar o telefone 915292887 ou o e-mail [cristiannaoliveira@hotmail.com](mailto:cristiannaoliveira@hotmail.com).

Na posse da informação e nas condições acima expressas, declaro que aceito e autorizo o meu filho a participar na pesquisa através da resposta a um questionário, assumindo não ter sofrido qualquer pressão para tal.

Eu \_\_\_\_\_ pai/mãe \_\_\_\_\_ de

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Assinatura do Investigador \_\_\_\_\_

(Cristiana Maria Pinho de Oliveira)

**ANEXOS**



**ANEXO I**

Parecer da Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde:  
Enfermagem (UICISA: E)



## COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem** (UICISA: E)  
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnfC)

**Parecer N°** P483-03/2018

**Título do Projecto:** Reações à queda do cabelo e estratégias de enfrentamento dos adolescentes com doença oncológica

### Identificação do Proponente

**Nome(s):** Cristiana Maria Pinho de Oliveira

**Filiação Institucional:** Escola Superior de Enfermagem e Coimbra e Hospital Pediátrico (CHUC)

**Investigador Responsável/Orientador:** Manuel Gonçalves Henriques Gameiro

**Relator:** Maria Filomena Botelho

### Parecer

O projecto tem como objectivos: a) identificar as reações emocionais à queda de cabelo dos adolescentes com doença oncológica; b) identificar as estratégias preferenciais/ utilizadas dos adolescentes para lidarem com a situação; c) analisar a relação entre essas reações e as estratégias utilizadas, consideradas eficazes para lidar com a situação de perda de cabelo; d) analisar as relações entre essas reações e estratégias e variáveis demográficas e clínicas.

Segundo os autores o estudo é quantitativo, transversal, descritivo e correlacional em que a amostra será constituída por 30 adolescentes com idades entre os 12 e os 19 anos, com diagnóstico de doença oncológica a realizarem tratamento no Hospital de dia ou no internamento no Serviço de Oncologia Pediátrica dos CHUC.

Os critérios de inclusão e de exclusão estão claramente definidos. Existe garantia de confidencialidade. São apresentados o consentimento informado, o instrumento de colheita de dados e a autorização por parte da Direcção Clínica do Serviço de Oncologia Pediátrica do Hospital Pediátrico de Coimbra - CHUC.

Atendendo ao formato da investigação, a Comissão de Ética dá o seu parecer favorável.

O relator: Maria Filomena Botelho

Data: 18/04/2018 O Presidente da Comissão de Ética: Maria Filomena Botelho



**ANEXO II**

Parecer da Diretora Clínica do Serviço de Oncologia Pediátrica



## PARECER

**Projecto Investigação:** Reações à queda do cabelo e estratégias de enfrentamento dos adolescentes com doença oncológica

**Promotor:** No âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

**Investigador:** Cristiana Maria Pinho de Oliveira

**Serviço:** Oncologia Pediátrica – Pólo Hospital Pediátrico do CHUC, E.P.E.

### Parecer

Objectivos. Metodologia. Resultados esperados.  
Outros Centros ou Serviços envolvidos.

Projeto de extremo interesse.  
A faixa etária envolvida, adolescência, sempre  
foi muito preocupante para o Serviço de Oncologia,  
no que respeita às reações do utente ao diagnóstico,  
tratamento, efeitos secundários e se é esperado a cura do cancro.  
Considero original o aspeto particular ao  
abordado neste estudo - a queda do cabelo.  
Neste aspeto é fundamental as estratégias de  
resolução e o apoio de todos os profissionais  
de saúde.  
Objetivos, metodologia e plano sem falhas.  
Todos havemos de avançar com os resultados,  
etc.

O Director do Serviço

Fátima Vieira



**ANEXO III**

Autorização da Diretora Clínica do Serviço de Oncologia Pediátrica



Ex.ª Sra. Dra. Fátima Heitor,  
Diretora Clínica do Serviço de Oncologia Pediátrica  
do Hospital Pediátrico de Coimbra

Assunto: Solicitação de Autorização para Realização de Estudo de Investigação

Eu, Cristiana Maria Pinho de Oliveira, Enfermeira no Serviço de Oncologia Pediátrica do Hospital Pediátrico de Coimbra, enquanto estudante no âmbito do Curso de Mestrado em Saúde Infantil e Pediatria, a decorrer na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, venho por este meio solicitar a sua autorização para realizar neste serviço (internamento e hospital de dia), o Estudo de Investigação ao qual me proponho, cujo tema é "Reações à queda do cabelo e estratégias de enfrentamento dos adolescentes com doença oncológica".

Os princípios éticos e deontológicos serão respeitados, assim como, todas as formalidades inerentes à investigação para o estudo supramencionado.

Ao presente documento estão anexados o projeto de investigação, o termo de consentimento informado e o formulário para submissão de pedidos de apreciação à Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Atenciosamente, pede deferimento:

Data 09/03/2018

Assinatura Cristiana Maria Pinho Oliveira

(Cristiana Maria Pinho de Oliveira)

Autoriza  
Fátima Heitor



## **ANEXO IV**

Autorização para utilização do instrumento *Kidcope* – Versão Portuguesa



## Trabalho de Dissertação de Mestrado

No dia 15 de fevereiro de 2018 às 11:55, Cristiana Oliveira <[cristiannaoliveira@hotmail.com](mailto:cristiannaoliveira@hotmail.com)> escreveu:

Bom dia Sr. Dr. Carlos Carona

O meu nome é Cristiana Oliveira, sou Enfermeira no Serviço de Oncologia Pediátrica do Hospital Pediátrico de Coimbra, e neste momento encontro-me a frequentar o curso de Mestrado em Saúde Infantil e Pediatria, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Na sequência deste mestrado desenvolverei um estudo no âmbito das Reações à queda do cabelo e estratégias de enfrentamento dos adolescentes com doença oncológica, sob orientação do Senhor Professor Doutor Manuel Gameiro.

Das diversas pesquisas efetuadas neste âmbito, surge o especial interesse em aplicar o instrumento (Kidcope - versão para adolescentes). Assim sendo, gostaria de solicitar a sua colaboração para obter esta escala e respetiva autorização. Agradecia que me disponibilizasse informação relativamente aos procedimentos necessários. Obtive a informação junto da senhora professora Luisa Barros (Universidade de Lisboa), que o senhor seria o responsável por essa autorização.

Desde já agradeço a atenção

Ao dispor para qualquer esclarecimento relativamente ao projeto.

Cumprimentos,

Cristiana Oliveira



Carlos Carona <[ccarona@fpce.uc.pt](mailto:ccarona@fpce.uc.pt)>

Sex 16/02/2018, 09:51

Cristiana Oliveira; Cristina Canavarro; Luisa Barros



2 anexos (444 KB) Baixar tudo Salvar tudo no OneDrive

Cara Sra. Enf.<sup>a</sup> Cristiana Oliveira:

Obrigado pelo seu mail e pelo vosso interesse nos questionários KidCope.

Conforme solicitado, envio ao seu cuidado, em anexo, os questionários KidCope e o respetivo material de suporte.

Com votos de felicidades,

Carlos Carona.

