

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS**

**ANA PAULA ALONSO REIS**

**ALOPECIA: COTIDIANO DA MULHER COM CÂNCER DE MAMA EM  
TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO**

**ALFENAS/MG  
2015**

**ANA PAULA ALONSO REIS**

**ALOPECIA: COTIDIANO DA MULHER COM CÂNCER DE MAMA EM  
TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO**

Pesquisa apresentada ao Curso de Pós-graduação *stricto sensu* do Programa de Mestrado em Enfermagem, exigido como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas - MG.  
Linha de Pesquisa: Enfermagem e Saúde Materno-Infantil  
Orientadora: Profª Drª Clícia Valim Côrtes Gradim

**ALFENAS/MG  
2015**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)  
Biblioteca Central da Universidade Federal de Alfenas

Reis, Ana Paula Alonso.

Alopecia: cotidiano da mulher com câncer de mama em  
tratamento quimioterápico / Ana Paula Alonso Reis. -- Alfenas/MG,  
2015.

109 f.

Orientadora: Clícia Valim Côrtes Gradim .  
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal  
de Alfenas, 2015.

Bibliografia.

1. Neoplasias da mama. 2. Alopecia. 3. Quimioterapia. 4.  
Enfermagem. I. Gradim, Clícia Valim Côrtes . II. Título.

CDD-614.5999449



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
Universidade Federal de Alfenas . Unifal-MG  
Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 . Alfenas/MG . CEP 37130-000



Ana Paula Alonso Reis

**“Alopecia: Cotidiano da mulher com câncer de mama em tratamento quimioterápico”**

A Banca Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. Área de Concentração: Enfermagem.

Aprovado em: 04/02/2015

Profa. Dra. Clícia Valim Côrtes Gradim  
Instituição: Universidade Federal de Alfenas –  
MG – UNIFAL-MG

Assinatura: Clícia Gradim

Profa. Dra. Eliza Maria Rezende Dázio  
Instituição: Universidade Federal de Alfenas –  
MG – UNIFAL-MG

Assinatura: Eliza Maria Dázio

Profa. Dra. Marislei Sanches Panobianco  
Instituição: Escola de Enfermagem de  
Ribeirão Preto - USP

Assinatura: Marislei Panobianco

Dedico aos meus pais, Paulo e Irani, por me mostrarem que a maior riqueza que uma pessoa pode ter é o estudo e por não medirem esforços para que isso fosse possível.

A minha irmã, Amanda, pelo companheirismo em todas as circunstâncias de nossas vidas.

Aos meus familiares, por me apoiarem, incentivarem e principalmente por entenderem minha ausência em determinados momentos.

## **AGRADECIMENTOS**

À Dra Clícia Valim Côrtes Gradim, que foi muito mais que minha orientadora, mas uma amiga, por ter me proporcionado novos saberes.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas, pela oportunidade de crescimento pessoal e profissional.

Aos bibliotecários da Universidade Federal de Alfenas, pela revisão deste trabalho.

Às mulheres que participaram deste estudo e compartilharam comigo seus anseios, medos e sofrimentos, proporcionando-me desvelar algumas inquietações em relação ao câncer de mama.

À Prefeitura Municipal de Guaxupé, por minha liberação durante o Mestrado.

Aos colegas de trabalho do Centro de Atenção à Mulher, pela compreensão e colaboração nos momentos em que me ausentei.

Aos funcionários do Hospital Regional do Câncer de Passos, pelo apoio e pelo auxílio durante minha coleta de dados.

Ao Projeto de Extensão Universitária da Universidade Federal de Alfenas, Mulheres com Câncer de Mama – MUCAMA, pela oportunidade de conhecer e de participar desse grupo.

Aos colegas de mestrado, pela convivência e parceria e, em especial, a Lilian Bitencourt Alves Barbosa, por compartilharmos das mesmas angústias e pelo apoio nos momentos difíceis.

As minhas amigas, Telma e Daniela, por terem sido as grandes incentivadoras para que eu iniciasse esta trajetória.

A minha prima Samantha Reis e a minha amiga Marcela Nardi, pela ajuda e pela força nos momentos necessários.

A todas as pessoas que, direta ou indiretamente, colaboraram para a execução deste trabalho.

“A mente que se abre a uma nova ideia jamais voltará ao seu tamanho original”

*Albert Einstein*



## RESUMO

Estudo qualitativo, desenvolvido no Hospital Regional do Câncer de Passos, que teve como objetivo compreender o significado da alopecia para mulheres com câncer de mama, em tratamento quimioterápico, utilizando como referencial teórico o Interacionismo Simbólico e, como metodológico, a Teoria Fundamentada em Dados. O projeto de pesquisa foi encaminhado ao CEP da UNIFAL-MG, sendo aprovado conforme parecer nº 478.376. Foi realizada entrevista com treze mulheres que tinham diagnóstico de câncer de mama e estavam em tratamento quimioterápico adjuvante que apresentasse como evento adverso a alopecia. A questão norteadora da entrevista foi: “Como tem sido para você a queda do cabelo e dos pelos do corpo durante o tratamento?”. Através desta pergunta, obtivemos os dados que, após a análise, permitiram a criação de dois diagramas: 1- Reconhecendo o novo corpo: refere-se às consequências do tratamento quimioterápico e às estratégias de enfrentamento da mulher perante a alopecia. 2- Descobrimo Redes de Apoio para enfrentar a alopecia: refere-se às instituições de apoio que fortalecem a mulher para o enfrentamento da doença e das consequências do tratamento quimioterápico, como a alopecia. A categoria central foi denominada como “A alopecia da mulher no câncer de mama: entendendo as estratégias de enfrentamento da doença”. Essa categoria permitiu que afirmássemos que a alopecia é considerada o pior momento do tratamento e que a queda dos cabelos e das sobrancelhas tem efeito depressivo nas mulheres, pois elas, além de estar fisicamente debilitadas, têm que refazer a construção do seu *self*, além de estar sofrendo a pressão da sociedade que as vê como doentes. As interações humanas estiveram presentes no desenrolar de cada fase da vivência da alopecia e no enfrentamento da situação, sendo que o modo como a mulher a enfrenta possui analogia com as relações humanas e com o que é culturalmente imposto pela sociedade. Os dados permitiram verificar que o significado dado à perda do cabelo e de pelos é individual e chamou a atenção que os profissionais de saúde devem estar atentos a orientar as mulheres nesse momento em que a alopecia está ocorrendo, pois esse evento traz implicações para sua vida.

Palavras-chaves: Neoplasias da mama. Alopecia. Quimioterapia. Enfermagem.

## ABSTRACT

This is a qualitative study, developed in the Cancer Regional Hospital of Passos, aimed at understand the meaning of alopecia for women with breast cancer under chemotherapy, using Symbolic Interactionism as theory reference and Data Based Theory as methodological reference. The research project was sent to CEP of UNIFAL-MG, approved by number 478.376. There were interviews with thirteen women who had breast cancer diagnosis and were under adjuvant chemotherapy treatment, showing alopecia as an adverse event. The guided question for the interview was: “How is it for you losing hair and body hair during this treatment?” Through this question, we obtained data that after its analysis, it was possible to create two diagrams: 1- Recognizing the new body: about the consequences of chemotherapy treatment and women’s coping strategies against alopecia. 2- Discovering Support Networks for alopecia coping: about support institutions helping women with the disease and the consequences of chemotherapy with alopecia. The main category was called as “Alopecia in women’s breast cancer: understanding the coping strategies for the disease”. This category stated that alopecia is considered the worst moment of treatment and hair losing and eyebrows losing having a depressive effect in women, because besides being physically weaken, they have to rebuild their self, in addition to being suffering society pressure seeing them as sick women. Human interactions were present in all phases of alopecia and coping situations, and how women face alopecia has an analogy between human relationships and what is culturally imposed by the society. Data helped to verify the hair and hair body losing meaning as individual and it was observed that the health professionals should be alert to guide women when alopecia occurs, because this event brings implications in their lives.

Keywords: Breast Cancer. Alopecia. Chemotherapy. Nursing.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Codificação Aberta segundo modelo da TFD (Formando códigos abertos) .....	41
Quadro 2 - Codificação Axial segundo modelo da TFD (Formando subcategorias e categorias) .....	41
Diagrama 1 – Reconhecendo o novo corpo .....	48
Diagrama 2 – Descobrimo Redes de Apoio para enfrentar a alopecia .....	73
Diagrama 3 – A categoria central: A alopecia da mulher no câncer de mama: entendendo as estratégias de enfrentamento da doença .....	87

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>PROMAI</b>	Programa Materno Infantil
<b>TCC</b>	Trabalho de Conclusão de Curso
<b>FAPEMIG</b>	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>FEC</b>	Fluorouracil, epirrubicina e ciclofosfamida
<b>CMF</b>	Ciclofosfamida, metotrexato e fluorouracil
<b>AC</b>	Doxorrubicina e ciclofosfamida
<b>FAC</b>	Doxorrubicina, ciclofosfamida e fluorouracil
<b>PTX</b>	Paclitaxel
<b>IS</b>	Interacionismo Simbólico
<b>TFD</b>	Teoria Fundamentada em Dados
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>HRC</b>	Hospital Regional do Câncer de Passos
<b>CACON</b>	Centro de Alta Complexidade em Oncologia
<b>GAPOP-R</b>	Grupo de Apoio aos Pacientes Oncológicos de Passos e Região
<b>ESF</b>	Estratégia de Saúde da Família
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>UNIFAL-MG</b>	Universidade Federal de Alfenas
<b>CNS</b>	Conselho Nacional de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>SIM</b>	Sistema de Informação sobre Mortalidade
<b>INCA</b>	Instituto Nacional do Câncer
<b>PAAF</b>	Punção Aspirativa por Agulha Fina

## SUMÁRIO

<b>1 APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>15</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	15
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	15
<b>3 LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO .....</b>	<b>16</b>
3.1 O CÂNCER DE MAMA E A ALOPECIA .....	16
3.2 O INTERACIONISMO SIMBÓLICO.....	21
<b>4 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>24</b>
<b>5 CAMINHAR METODOLÓGICO.....</b>	<b>25</b>
5.1 TIPO DE ESTUDO.....	25
5.2 CONTEXTO DO ESTUDO.....	27
5.3 ATRIZES SOCIAIS .....	28
5.4 CONHECENDO AS ATRIZES SOCIAIS DA PESQUISA.....	29
5.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	37
5.6 O TESTE-PILOTO DA PESQUISA .....	37
5.7 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	38
5.8 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS.....	40
<b>6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>42</b>
6.1 CARACTERIZAÇÃO DAS ATRIZES SOCIAIS.....	42
6.2 A CONSTRUÇÃO DOS DIAGRAMAS .....	47
6.3 DIAGRAMA 1 – RECONHECENDO O NOVO CORPO .....	48
<b>6.3.1 Categoria: Corpo transformado .....</b>	<b>49</b>
<b>6.3.2 Subcategoria: Vivenciando a quimioterapia .....</b>	<b>49</b>
<b>6.3.3 Subcategoria: Enfrentando a alopecia .....</b>	<b>52</b>
<b>6.3.4 Subcategoria: Recursos utilizados frente à alopecia .....</b>	<b>61</b>
<b>6.3.5 Subcategoria: Sociedade .....</b>	<b>68</b>
6.4 DIAGRAMA 2 – DESCOBRINDO REDES DE APOIO PARA ENFRENTAR A ALOPECIA .....	73

<b>6.4.1 Categoria: Redes de Apoio .....</b>	<b>74</b>
<b>6.4.2 Subcategoria: Família .....</b>	<b>74</b>
<b>6.4.3 Subcategoria: Amigos .....</b>	<b>84</b>
<b>6.4.4 Subcategoria: Espiritualidade .....</b>	<b>85</b>
<b>6.5 DIAGRAMA 3 – A CATEGORIA CENTRAL: A ALOPECIA DA MULHER NO CÂNCER DE MAMA: ENTENDENDO AS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DA DOENÇA .....</b>	<b>87</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>92</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>94</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>100</b>
<b>ANEXO .....</b>	<b>108</b>

## 1 APRESENTAÇÃO

Desde a graduação, o convívio com pessoas que recebem o diagnóstico de câncer faz parte do meu cotidiano. No primeiro ano da Universidade, trabalhei como estagiária voluntária no Programa Materno-Infantil (PROMAI), da Santa Casa de Misericórdia de Passos, serviço referência ao suporte psicológico a pessoas que recebem o diagnóstico de câncer de mama. Foi nesse contexto que iniciei minha observação quanto aos sofrimentos, às angústias, aos medos e às incertezas que fazem parte da vida dessas pessoas.

No segundo ano da Universidade, tive a oportunidade de atuar junto à Prefeitura Municipal e à instituição de Ensino Superior em que era acadêmica em um estágio voluntário na Estratégia de Saúde da Família. Nesse contexto, acompanhar mulheres com câncer de colo de útero e de mama fez-se marcante, pois fiquei responsável pela realização do exame clínico das mamas e pelas coletas de exame de Papanicolau, sendo que, em casos de alteração, era também responsável pela busca-ativa e pelo acompanhamento do seguimento dessas mulheres.

Ainda em relação à minha formação, na Universidade, alguns professores contribuíram para a definição do meu perfil profissional. Três professoras me inspiravam muito. A primeira, pela disciplina pautada na preocupação e na cobrança da aprendizagem, não medindo esforços para a compreensão e para a aplicação de conteúdos ministrados. A segunda, pela paixão pela área de saúde pública, o que me despertou o interesse pela área e me estimulou o ingresso nela. E, por fim, a terceira, responsável por minha iniciação em pesquisa, pessoa acolhedora, envolvida com a pesquisa e com a formação dos alunos no âmbito da Universidade como pessoas.

A terceira professora consolidou-me o perfil de pesquisadora e de docente. Durante a graduação, além de minha orientadora de trabalho de conclusão de curso (TCC), desenvolvemos também um projeto de pesquisa que contou com o financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais – FAPEMIG. Foi ela minha grande incentivadora para o ingresso na área acadêmica e para meu aprimoramento dentro dela, o que foi possível por meio da aprovação e do ingresso no mestrado.

Posteriormente, fui atuar na área hospitalar, no interior do estado de São Paulo, próximo a Franca e, nesse contexto, passei a assistir pacientes com câncer. Entre recaídas e recuperações, internações e altas hospitalares, com alguns era possível estabelecer algum tipo de vínculo, pois estavam constantemente no hospital. Embora feliz por estar crescendo e aprendendo

profissionalmente, optei por abandonar a área hospitalar e seguir em busca de minha realização profissional dentro da área com que mais me identifico: saúde pública.

Assim, quatro meses após ter saído do hospital, recebi a convocação de um concurso público que havia realizado meses atrás em um município do interior do estado de Minas Gerais, próximo à minha cidade de origem. Fiquei muito feliz, pois pela primeira vez, depois de formada, iria atuar na Saúde Pública, área na qual havia me especializado. Ao iniciar minhas atividades junto à prefeitura do município, fui convidada a auxiliar na estruturação de um Centro de Referência à Saúde da Mulher, no qual tenho a oportunidade de cuidar e de realizar o acompanhamento de mulheres acometidas pelo câncer.

Estar com essas mulheres no momento do recebimento do diagnóstico fez despertar em mim uma visão mais profunda sobre essa patologia e as repercussões em suas vidas. Em especial, o câncer de mama despertou-me uma atenção maior, pois observo que, em cada etapa do tratamento, essas mulheres possuem um tipo específico de sofrimento físico e psicológico que as abala profundamente.

Observo que a mulher, ao receber o diagnóstico de câncer, inicia um conflito que vai da luta ao sofrimento, principalmente quando o órgão acometido é a mama, símbolo de feminilidade e ligado à sexualidade.

É nítido o sofrimento dessas mulheres com a queda dos cabelos, com a desconfiguração de um corpo e com a descaracterização do rosto. Não tenho ainda certeza de qual etapa representa um sofrimento maior: a mutilação do órgão ou a queda do cabelo e de pelos do corpo.

Nesse momento do diagnóstico, a assistência de enfermagem é fundamental, pois é um período permeado de medo, angústia, incertezas e dúvidas em relação à doença e ao tratamento. Receber orientações nesse momento pode fazer toda diferença na maneira como a mulher enfrentará a doença e superará as consequências que o tratamento a que será submetida acarretará em seu corpo.

Diante das diversas alterações físicas e emocionais vivenciadas por essas mulheres e da escassez de estudos sobre a temática “alopecia na mulher com câncer de mama”, considero importante compreender qual o significado de um corpo desnudo nesse contexto. Assim, o presente trabalho pretende conhecer o significado da alopecia para mulheres com câncer de mama, em tratamento quimioterápico.



## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Compreender o significado da alopecia para mulheres com câncer de mama, em tratamento quimioterápico.

### **2.2 Específico**

Construir um modelo teórico que explique o enfrentamento das mulheres em quimioterapia frente à alopecia.

### **3 LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO**

#### **3.1 O CÂNCER DE MAMA E A ALOPECIA**

O número de casos de câncer tem aumentado, principalmente a partir do século XX, e de acordo com o Projeto Globocan 2012, da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer e da Organização Mundial de Saúde (OMS), a doença é responsável por 8,2 milhões de óbitos a cada ano no mundo, constituindo-se num dos maiores problemas de saúde pública, devido ao grande número de casos diagnosticados e ao investimento financeiro necessário para o diagnóstico e para o tratamento da doença (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2014 a; RODRIGUES; FERREIRA, 2010; SCHNEIDER; D'ORSI, 2009).

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente e comum entre as mulheres, sendo que 22% dos casos novos de câncer que surgem a cada ano no mundo são de mama (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2014 b).

As taxas de mortalidade por essa neoplasia continuam elevadas em nosso país e a causa está relacionada principalmente ao diagnóstico da doença em estádios avançados. Na população mundial, a sobrevida média após cinco anos de descoberta da doença é de 61%. Apesar de esse tipo de câncer ser pouco frequente antes dos 35 anos, acima dessa idade sua incidência aumenta progressivamente. Estimaram-se 57.120 casos novos para o ano de 2014 desse tipo de câncer no Brasil (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2014 b).

O tratamento do câncer é diversificado e sua indicação pode ser um procedimento isolado ou em associação. A cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia são as modalidades mais comuns, sendo a última a terapêutica efetiva para muitas neoplasias malignas, aumentando as taxas de sobrevida (DEVITA, 2003; BONASSA; GATO, 2012).

A quimioterapia, definida como emprego de substâncias químicas isoladas ou em combinação, possui o objetivo de tratar neoplasias malignas, atuando em diferentes fases da divisão celular, destruindo, assim, células que apresentam uma disfunção no seu processo de crescimento ou divisão (GONÇALVES et al., 2009). Pode ser classificada como curativa, adjuvante, neoadjuvante e paliativa, sendo essa categorização decorrente do objetivo e do tempo em que o tratamento é realizado (BONASSA; GATO, 2012).

Entende-se por quimioterapia curativa a utilizada com o intuito de conseguir o controle completo do tumor; adjuvante quando se segue à cirurgia curativa, com finalidade de eliminar células residuais locais ou circulares, diminuindo a incidência de metástases a distância. Já a

quimioterapia neoadjuvante, é indicada para a redução parcial do tumor e posterior complementação terapêutica com cirurgia e/ou com radioterapia. Por fim, a paliativa, sem finalidade curativa, é empregada para melhorar a qualidade de sobrevivência da paciente (MASSARENTI et al., 2009).

O avanço da ciência e da tecnologia levou à melhoria dos meios de diagnósticos e de tratamento, o que possibilita a cura de alguns tipos de câncer e a diminuição da mortalidade por doenças controláveis. Contudo, ao mesmo tempo em que foi possível prolongar a vida das pessoas, esses recursos trouxeram efeitos adversos ao paciente como alterações hematológicas, gastrintestinais, cutâneas, disfunção sexual, neurotoxicidade, toxicidade pulmonar, vesical e renal, anafilaxia e outros que alteram a imagem corporal dos sujeitos, afetando sua autoestima, como a alopecia (RIVEROS; WIENS; CORRER, 2012).

O tratamento quimioterápico, utilizado no combate ao câncer, promove, no entanto, uma série de transformações na vida daqueles que o recebem, alterando seu corpo, o estado emocional e a rotina de vida (CICOGNA; NASCIMENTO; LIMA, 2010).

Assim, o paciente com câncer, além do estigma que envolve a doença, ao iniciar o tratamento quimioterápico, enfrenta os diversos julgamentos valorativos a ela atribuídos pela população leiga. A quimioterapia é vista como um tratamento que representa a vivência de sofrimentos devido aos efeitos colaterais e, também a esse tratamento, se agrega o sentimento de finitude (OLIVEIRA et al., 2010).

Em nossa sociedade, o câncer está relacionado ao pensamento de que o portador da doença está condenado à morte. O estigma em relação ao portador de câncer é devido às poucas possibilidades de cura que o paciente oncológico possuía até pouco tempo atrás. Porém, com o avanço da tecnologia na área médica, têm-se aumentado as chances de melhoria da qualidade de vida desses pacientes, uma vez que a indústria farmacêutica e os grandes centros de pesquisa tem investido em estudos no intuito de aumentar a eficácia das drogas e diminuir seus efeitos adversos, pois se sabe que a ação desses medicamentos é sistêmica e não atua somente nas células anormais, mas também nas normais, o que causa transtornos ao paciente de ordem física e emocional (BONASSA; GATO, 2012; CAETANO; GRADIM; SANTOS, 2009).

Sendo o câncer de mama uma doença crônica, a terapia adjuvante sistêmica segue-se ao tratamento cirúrgico instituído. Sua recomendação deve basear-se no risco de recorrência como tamanho do tumor, comprometimento de linfonodos, margens cirúrgicas, presença de receptores

hormonais, entre outros (GONÇALVES et al., 2009). As reações diante dos tratamentos adjuvantes representam o enfrentamento da doença devido aos efeitos colaterais que interferem na vida do paciente, gerando sentimento de angústia (CAETANO; GRADIM; SANTOS, 2009).

Os agentes antineoplásicos mais utilizados no tratamento do câncer incluem os alquilantes polifuncionais, os antimetabólitos, os antibióticos antitumorais, os inibidores mitóticos, e outros. Novas drogas estão sendo permanentemente isoladas e testadas experimentalmente (MASSARENTI et al., 2009).

Quando se fala em quimioterapia, é importante ter conhecimento das drogas mais utilizadas. Alguns quimioterápicos são utilizados de modo isolado. Dentre os quimioterápicos utilizados no tratamento de cânceres, os que mais frequentemente causam alopecia completa são a ciclofosfamida, doxorrubicina, docetaxel, dactinomicina, irinotecano, topotecano, bleomicina e paclitaxel. Já o etoposídeo, ifosfamida, mitomicina C, fluorouracil, melphalan, mitoxantrona, gencitabina, metotrexate e alcaloides da vinca, causam alopecia incompleta (OLIVEIRA et al., 2010).

Dentre os diversos esquemas ou ciclos de quimioterapia para o câncer de mama, os mais empregados são aqueles que contêm fluorouracil, epirrubicina e ciclofosfamida (FEC), ciclofosfamida, metotrexato e fluorouracil (CMF) ou doxorrubicina e ciclofosfamida (AC) (GUIMARÃES; ROSA, 2008).

No caso do câncer de mama, quando a terapia proposta é a adjuvante, no hospital em que o estudo foi realizado, os esquemas mais utilizados dos protocolos quimioterápicos que causam a alopecia completa são a doxorrubicina e ciclofosfamida (AC); doxorrubicina, ciclofosfamida e fluorouracil (FAC) e paclitaxel (PTX) (HOSPITAL REGIONAL DO CÂNCER DE PASSOS, [s.d.]).

Alguns efeitos colaterais da quimioterapia adjuvante, como a náusea e o vômito, antes temidos, estão hoje controlados devido à utilização de drogas farmacológicas e ao auxílio psicológico. Entretanto, outros efeitos colaterais que possuem consequências psicológicas, físicas e estéticas, como a perda do cabelo e de pelos que, mesmo tendo a informação antecipada, não diminui o choque devastador de sua ocorrência. Muitas afirmam que essa perda é mais estressante que a mastectomia, por ser indicador visível da doença, perceptível aos olhos das outras pessoas, e também desfigurante, pois seu rosto é transformado, seja por causa da falta do

cabelo ou devido ao uso de artifícios para disfarçar sua ausência (SANTOS; VIEIRA, 2011; SAWADA et al., 2009).

Muitos agentes quimioterápicos que são utilizados na neoplasia mamária causam efeito citotóxico nas células da raiz dos cabelos e dos pelos, afetando sua rápida proliferação, inibindo parcial ou completamente seu metabolismo e atividade mitótica, o que causa enfraquecimento e queda. (OLIVEIRA et al., 2010).

A alopecia é uma doença que preocupa e afeta uma grande parcela da população mundial. Suas causas não estão completamente definidas, mas compreendem uma série de fatores que caracterizam a doença em tipos específicos (AVCI et al., 2014). As alopecias constituem-se nas afecções caracterizadas pela diminuição ou pela ausência de pelos e/ou cabelos. Existem muitos tipos de alopecia, mas as mais conhecidas são a androgenética (em que ocorre a queda de cabelos e a substituição desses por outros mais finos, curtos e sem pigmento, devido aos níveis elevados de andrógenos e à herança autossômica dominante); a areata (devido à predisposição genética, desencadeada por fatores como estresse emocional e fenômenos autoimunes); e aquelas advindas do uso de inibidores da recaptção da serotonina (WEIDE; MILÃO, 2009).

No entanto, a alopecia a qual nos referimos é aquela causada como efeito colateral da quimioterapia do tratamento adjuvante do câncer de mama.

A alopecia constitui a manifestação adversa cutânea mais comum do tratamento quimioterápico. Após uma a duas semanas do início da quimioterapia, ocorre a falta de produção ou o afinamento do cabelo, ocasionado pela interrupção abrupta da atividade mitótica da matriz capilar. A perda dos cabelos se torna mais acentuada cerca de um a dois meses após o início do tratamento quimioterápico e, com ciclos repetidos de tratamento, pode ocorrer alopecia total. O enfraquecimento da haste capilar leva a fraturas e perda capilar durante o ato de pentear. Todas as partes do corpo que possuem pelos podem ser acometidas, como sobrancelhas, barba, pelos axilares e pubianos (SANCHES JÚNIOR et al., 2010).

Entretanto, apesar de não ser uma reação adversa clinicamente importante, a alopecia gera repercussões significativas, pois pode afetar negativamente a imagem corporal da pessoa, trazendo sofrimento, alterando suas relações interpessoais e a vida social, o que pode levar à depressão e à baixa da imunidade (OLIVEIRA et al., 2010; WIKRAMANAYAKE et al. 2012).

Muito frequentemente, encontramos a fantasia de “lindos cabelos” como ligados à ideia de atração, situação na qual quem atrai detém o poder, já que desperta no outro o desejo. O

cabelo é considerado, em nossa sociedade, como identidade feminina e cabelos longos são símbolos dessa identidade. Dessa forma, para muitas mulheres, ter de enfrentar a queda do cabelo durante o tratamento da quimioterapia torna-se bastante difícil, o que acarreta abalo em seu estado emocional (SILVA et al., 2010).

Para a mulher, os cuidados com a beleza sempre estiveram em evidência, especialmente o cuidado com os cabelos e essa preocupação torna-se maior quando estes começam a cair e a alopecia mostra seus sinais clínicos (SANTOS; VIEIRA, 2011).

No caso de mulheres com câncer de mama, o estigma da doença leva-as a conviver com sentimentos negativos e o preconceito que são por elas mesmas nutridos, pois enfrentam primeiramente a mutilação da mama, uma parte do corpo valorizada e relacionada à feminilidade, à maternidade, à sexualidade e à estética. Além disso, essas mulheres com câncer de mama enfrentam o tratamento quimioterápico e seus efeitos adversos como a alopecia e isso pode desencadear um sentimento de dor, de tristeza e até de reclusão, surgindo a sensação de que tudo ao redor é repleto de sofrimento e de morte (CAETANO; GRADIM; SANTOS, 2009).

Sendo assim, em vista da inquietude de como a queda do cabelo e/ou de pelos pode afetar a vida da mulher com câncer de mama em tratamento quimioterápico, surgiu a proposta deste estudo que poderá levar à identificação de estratégias que possam ter um impacto positivo na melhora da autoestima, compreendida como a valorização de si mesma, do amor-próprio, de mulheres nessa condição (FERREIRA, 2010).

Nos trabalhos sobre o câncer de mama, muitos fazem referência à alopecia, mas apenas como um evento adverso do tratamento quimioterápico, e não aprofundam o estudo sobre a alopecia no momento em que ocorre. Existem poucos trabalhos que abordam este tema, sendo que as pesquisas internacionais avançam no que se refere aos estudos sobre quimioterápicos e não sobre as consequências adversas desse tratamento, como no caso da alopecia. Nesse sentido, compreender as nuances que envolvem esse momento do tratamento possibilitará conhecer o que a perda do cabelo e pelos do corpo representa na vida da mulher, possibilitando a oferta de uma assistência de enfermagem individualizada à mulher que vivencia esse período e prepará-la para vivenciar esse momento com menos sofrimento, dor e surpresas.

### 3.2 O INTERACIONISMO SIMBÓLICO

Para o alcance dos objetivos elencados neste estudo, buscamos como referencial teórico o Interacionismo Simbólico (IS), no intuito de melhor compreensão do universo feminino de mulheres com alopecia, em tratamento quimioterápico.

O termo *interacionismo* tem origem na palavra interagir, que denota “agir mutuamente”. A palavra simbólico vem do grego *symbolikós* e do latim *symbolicu* e significa “aquilo que tem caráter de símbolo” (BLUMER, 1980).

O Interacionismo Simbólico teve sua origem com os estudos de George Herbert Mead, professor de filosofia da Universidade de Chicago, de 1893 a 1931. Entretanto, foi Herbert Blumer, sociólogo, ex-aluno e discípulo de Mead que apresentou de forma ordenada as suposições da abordagem interacionista (DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997).

O IS preocupa-se em interpretar e em compreender aspectos internos da conduta humana, ou seja, a maneira pela qual as pessoas percebem os fatos ou realidade à sua volta e como agem em relação às suas convicções, permitindo que pesquisadores ou profissionais de saúde estabeleçam juízo de valor sobre o fenômeno investigado (MACHADO; JORGE; FREITAS, 2009).

A aplicação do IS busca ampliar conhecimentos na construção de ações e de estratégias voltadas para um relacionamento interativo e humanizado entre as pessoas (CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010). Para a compreensão da perspectiva teórica do IS, faz-se necessária a apreensão de conceitos pertinentes à sua interação, tais como mente, *self*, símbolos, interação social e sociedade, descritos por Mead e explicados por Blumer em 1937 (BLUMER, 1980).

Entende-se por mente o processo em que o indivíduo interage consigo mesmo, usando símbolos significantes; dirigindo-os ao *self*, podemos inferir que a pessoa, ao tentar fazer algo, age em seu mundo e se comunica com o *self* por meio da manipulação de símbolos. O *self* - o ego/ a própria pessoa - é o elemento com o qual agimos; na fase “eu”, age-se de maneira espontânea e impulsiva, não se preocupando com regras socialmente impostas; na fase “mim” ocorre a autointeração, ao pensar, tem a pessoa como objeto, é a fase social (MEAD, 1972).

A mente compreende a interação simbólica com o *self* uma vez que representa a comunicação de significados ao *self*. É através da mente que o indivíduo define as coisas para si mesmo e assim tem uma ação diante da interpretação realizada. A mente é definida como um

processo que se manifesta sempre que o indivíduo interage consigo mesmo usando os símbolos (DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997).

Símbolo pode ser definido como uma classe de objetos sociais, definidos e estudados conforme seu uso e representam aquilo com que as pessoas concordam que eles deveriam representar. São usados com a intenção de comunicação entre indivíduos e do indivíduo consigo mesmo (DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997).

Os símbolos podem ser palavras, ações humanas ou objetos físicos, mas eles apenas possuem significado, pois podem ser descritos por meio de palavras. A linguagem está ligada à palavra que é um tipo especial de símbolo, a base simbólica do ser humano. Por intermédio da linguagem, o ser humano se integra à sociedade de maneira interativa e esta interação gera uma interdependência entre o homem e a sociedade, uma vez que ambos se interferem mutuamente (LIRA, 2012).

O símbolo é utilizado para pensar, comunicar e representar. A comunicação se faz por meio de símbolos e, a partir da interpretação dos mesmos, faz-se a interação social. Já a interação social, cria e define o *self*. A partir do momento em que é estabelecida a comunicação, ocorre a transmissão de significações simbólicas e a pessoa passa a ser o que o outro está vendo (CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010). Por fim, a sociedade é caracterizada como dinâmica, já que os indivíduos interagem, definindo e alterando a direção de seus atos (MEAD, 1982).

O IS é uma das formas de se interpretarem as percepções das pessoas, o significado e o sentido que elas dão às coisas e como esses relatos se relacionam com as experiências. Assim, quando uma mulher com câncer de mama se submete à quimioterapia, ela passa a vivenciar as fases propostas pelo IS, pois o impacto causado pela queda do cabelo é de início súbito, e por ser a alopecia algo visível exteriormente e difícil de esconder, leva à exposição da doença, alterando, assim, a autoestima do portador (CAETANO; GRADIM; SANTOS, 2009).

Na premissa do IS, o significado das coisas emerge da interação social que um ser tem com o outro, além de que os significados podem ser atribuídos ou modificados de acordo com a vivência e com o enfrentamento das pessoas em relação ao fenômeno.

No IS, o significado das coisas tem posição central na racionalidade da ação humana e, mais precisamente, na fonte dos significados emergindo no processo de interação social. A queda do cabelo, no contexto social, é difícil de ser escondida, mesmo quando se utilizam artifícios para melhoria dessa imagem corporal, como lenços e perucas. Isso aflora o diferente, o não belo,



revelando a pessoa adoecida e reforçando o sentimento de compaixão sentido pelas outras pessoas e pela própria mulher. A cultura reforça que o gênero feminino exiba cabelos longos e bonitos, o que dificulta a aceitação da perda tanto pela mulher quanto pela sociedade (SILVA et al., 2010).

Como consequência das mudanças físicas e emocionais, muitas mulheres em tratamento quimioterápico também experienciam mudanças sociais, sendo que as mais significativas aparecem nos casos em que a queda de cabelos as leva ao isolamento social, por se darem conta de que estão doentes ao olhar das outras pessoas. O comportamento humano envolve uma resposta às intenções dos outros, que são transmitidas por meio de gestos, que se tornam símbolos passíveis de serem interpretados.

Para oferecer uma assistência cuidadosa ao paciente submetido à quimioterapia antineoplásica, torna-se necessário desvelar seus sentimentos, conhecer as situações por ele vivenciadas, pois o cuidado não se limita à realização de uma tarefa ou procedimento, inclui também o componente moral, emocional e o aspecto cognitivo (SOARES; ALBUQUERQUE, 2013).

#### 4 JUSTIFICATIVA

A queda de cabelos na mulher com câncer de mama em tratamento quimioterápico pode ter significados diferentes de acordo com o olhar da sociedade em que ela está inserida e provocar diferentes reações em cada mulher, interferindo, ou não, em sua qualidade de vida. Em minha formação e trajetória profissional como enfermeira, por trabalhar em um Centro de Referência à Saúde da Mulher, no município de Guaxupé/MG, tive a oportunidade de acompanhar mulheres que tiveram câncer de mama. A experiência com essas pacientes evidencia que a mulher, ao receber o diagnóstico de portadora de câncer de mama, se depara com sofrimentos devido ao efeito devastador do câncer de mama e ao tratamento instituído para o controle da doença. Sabe-se que estudos abordam a alopecia após o tratamento quimioterápico, mas, como a mulher faz a construção da alopecia no momento em que ela ocorre, isso ainda é pouco discutido e leva à inquietação sobre como a mulher se enxerga diante de um corpo desnudo. Por considerar que a queda dos cabelos e/ou dos pelos pode afetar negativamente a imagem corporal da pessoa, trazendo sofrimento e alterando suas relações interpessoais e a vida toda, torna-se relevante avaliar as repercussões que a alopecia provoca na vida da mulher com câncer de mama, em tratamento quimioterápico.

Sendo assim, a assistência de enfermagem ao cliente com câncer de mama é repleta de desafios cotidianos e, embora existam aspectos semelhantes no viver com câncer, cada ser tem características únicas para lidar com a doença e enfrentá-la, devido a suas crenças, valores e maneira de ver o mundo.

## 5 CAMINHAR METODOLÓGICO

### 5.1 TIPO DE ESTUDO

O estudo é de abordagem qualitativa. Esse tipo de pesquisa surge diante da impossibilidade de se investigarem e compreenderem, por meio de dados estatísticos, fenômenos voltados para a percepção, para a intuição e para a subjetividade (AMEZCUA; ZAMBRANO, 2012). É voltada para a investigação dos significados das relações humanas, cujas ações são influenciadas pelas emoções e/ou por sentimentos aflorados diante de situações vivenciadas no dia-a-dia (STREUBERT; CARPENTER, 1995).

A Teoria Fundamentada em Dados foi desenvolvida pelos sociólogos Barney G. Glaser e Anselm L. Strauss, no início da década de 1960 (DANTAS et al., 2009). A TFD é um método de pesquisa qualitativa, que enfatiza a importância de se conhecer, entender e interpretar a natureza de eventos e de situações, quer sejam eles passados ou presentes (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A TFD permite uma sistematização técnica e procedimentos de coleta e de análise que capacitam o pesquisador para desenvolver teorias sociológicas sobre o mundo da vida dos indivíduos, uma vez que alcança significação, compatibilidade entre teoria e observação, capacidade de generalização e de reprodutibilidade, de precisão, de rigor e de verificação (DANTAS et al., 2009). Assim, a TFD tem o propósito de construir um modelo teórico que facilite o entendimento dos fenômenos sociais a partir da perspectiva dos sujeitos investigados (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Esse referencial possui especificidades em relação às outras metodologias de cunho qualitativo. Nesse método, a revisão de literatura não é o passo inicial do processo de pesquisa; esta emergirá a partir da coleta e da análise dos dados e estes direcionarão para a busca de informações na literatura, sendo o uso desta limitado antes e durante a análise para evitar a influência na percepção do pesquisador, dificultando a descoberta de novas dimensões do fenômeno. Ainda nessa forma de tabulação dos dados, as hipóteses são criadas a partir do processo da coleta e de análise dos dados e não antes; os dados são coletados e analisados simultaneamente, sendo que, após cada entrevista, esta é transcrita e analisada; o método é circular, o que permite mudar o foco de atenção e buscar outras direções, conforme os dados vão surgindo (DANTAS et al., 2009).

Nesse método, trabalha-se com amostragem teórica, o que permite ao pesquisador buscar dados por meio do depoimento de pessoas que indicam deter conhecimento acerca da realidade estudada. É permitido haver coleta de dados em mais de um campo e ainda a reestruturação dos instrumentos com mudança no foco das perguntas ou na maneira como é questionada, procurando, assim, obter o máximo de informações. O objetivo da amostragem teórica é revelar eventos indicativos de categorias (DANTAS et al., 2009). O tamanho da amostra é determinado pela saturação dessas categorias - princípio da saturação dos dados, ou seja, repetição de informações e o fato de não se encontrarem novos dados que influenciam a constituição dos grupos amostrais (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Na TFD, a construção dos memorandos consiste em registros referentes à construção da teoria e pode ser em forma de notas teóricas, metodológicas, de observação ou subvariedades da mesma. As notas teóricas referem-se às interpretações e inferências do pesquisador em relação aos fatos dos quais ele vai tomando conhecimento, o que lhe permite formular hipóteses e conceitos; já as notas metodológicas consistem em lembretes e críticas do pesquisador acerca de suas próprias estratégias e referem-se, portanto, aos procedimentos e estratégias metodológicas utilizadas. Por fim, as notas de observação são as descrições sobre os eventos relativos à observação e à audição em campo de pesquisa (DANTAS et al., 2009).

A análise dos dados é realizada conforme o referencial metodológico do estudo. Na TFD, o processo de análise dos dados consiste em conceituá-los, sendo que, inicialmente, esses dados constituem-se em códigos preliminares, passando a códigos conceituais, depois a categorias e, então, são convergidos aos fenômenos. Ela acontece por meio de três etapas interdependentes, em que o cumprimento de uma não implica impedimento de retornar novamente a esta, uma vez que o movimento é circular. Essas etapas são denominadas de codificação aberta, axial e seletiva (STRAUSS; CORBIN, 2008).

- a) A Codificação aberta é a primeira etapa da análise dos dados. Após a transcrição da entrevista, é realizada uma leitura minuciosa com o intuito de identificar códigos abertos (palavras, frases, parágrafos), por meio dos quais se atribuem palavras e/ou expressões que possam formar os códigos preliminares;
- b) A Codificação axial ocorre após identificação dos códigos abertos, devendo-se agrupar os códigos semelhantes em subcategorias e categorias. Como estratégia para a construção das categorias sugerem-se perguntas como: quando ocorre, onde ocorre, por que ocorre,

quem provoca, com quais consequências. Essas perguntas auxiliam na construção das categorias e dos fenômenos.

- c) A Codificação seletiva tem o objetivo de refinar as categorias, levando à identificação de uma que se considere o fenômeno central, ou seja, a categoria central que permeia as demais. É a que consistirá na teoria do estudo, a teoria fundamentada.

Os dados categorizados são representados por meio de diagramas e de quadros, o que facilita a reflexão dos mesmos (STRAUSS; CORBIN, 2008).

## 5.2 CONTEXTO DO ESTUDO

O projeto foi realizado no município de Passos-MG, situado na mesorregião do Sudoeste de Minas Gerais, a 350 Km da capital Belo Horizonte (IBGE, 2010). O Sistema de Atenção Terciária deste município é composto por três hospitais e este trabalho foi desenvolvido no hospital filantrópico, geral e de grande porte, a Santa Casa de Misericórdia de Passos.

Esse hospital atende toda a população do Sudoeste de Minas Gerais. Possui um corpo clínico altamente especializado e modernos equipamentos, consolidando-se como importante polo de atendimento à saúde. Como instituição filantrópica, 70% dos seus pacientes são atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Conta com 48 especialidades médicas, dentre as quais a oncologia clínica, que teve início no ano de 2002, com o credenciamento do tratamento por quimioterapia. A implantação da quimioterapia foi o ponto de partida que culminou na construção do Hospital Regional do Câncer de Passos (HRC), inaugurado em dezembro de 2009, pertencente à Santa Casa de Misericórdia de Passos.

Desde 08 de agosto de 2011, com o credenciamento do SUS para o serviço de radioterapia, o HRC passou a ser um Centro de Alta Complexidade em Oncologia - CACON, ou seja, oferece assistência especializada e integral aos pacientes com câncer, atuando na prevenção, na detecção precoce, no diagnóstico e no tratamento. O HRC tem todos os serviços que completam o ciclo do tratamento do câncer: em seus cinco pavimentos, funcionam os atendimentos de radioterapia, de diagnóstico, de cirurgias oncológicas, de oncologia pediátrica e de braquiterapia.

O setor de quimioterapia, localizado no quinto andar, possui uma equipe multidisciplinar composta por psicólogo, nutricionista, médico oncologista, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, enfermeiro, assistente social e farmacêutico. O serviço é ofertado de segunda a sexta-feira, das 07

às 17 horas, sendo polo da macrorregião e referência ao tratamento do câncer para quarenta e dois municípios vizinhos. Diariamente, são atendidos trinta e cinco pacientes e, destes, cerca de três a cinco são mulheres que estão em tratamento quimioterápico em decorrência de câncer de mama.

Os pacientes em tratamento quimioterápico são referenciados para suporte psicológico ao Programa Materno-Infantil (PROMAI), prédio em anexo, localizado nas proximidades do HRC. Para atender às pessoas de outros municípios que necessitam de apoio durante o tratamento quimioterápico, foi construído o Grupo de Apoio aos Pacientes Oncológicos de Passos e Região (GAPOP-R), situado ao lado do HRC. O GAPOP-R acolhe cerca de 60 pessoas por dia e é mantido por doações. Com exceção da assistente social, da atendente e da auxiliar de limpeza, mantidas pelo convênio realizado com a Prefeitura do município, todos os demais colaboradores são voluntários.

É uma entidade que presta serviços de grande relevância, levando fraternidade às pessoas que passam por um momento difícil da vida e por isso merecem todo o apoio. Em virtude disso, as mulheres submetidas à mastectomia e em tratamento quimioterápico, se desejarem, podem receber gratuitamente artifícios para melhoria da imagem corporal: a prótese externa para disfarce da mutilação do órgão e lenços e/ou perucas para a alopecia.

### 5.3 ATRIZES SOCIAIS

As atrizes sociais deste estudo foram mulheres que tiveram câncer de mama e estavam realizando tratamento quimioterápico adjuvante no HRC.

Estabelecemos como critério de inclusão: ser mulher, ter tido câncer de mama e estar realizando tratamento quimioterápico que apresentasse como manifestação adversa a alopecia. Como critério de exclusão: mulheres que estivessem realizando a primeira sessão de quimioterapia, pois a queda dos cabelos e/ou de pelos é um evento adverso que aparece depois de uma a duas semanas após o início da quimioterapia, e aquelas mulheres em tratamento paliativo.

A pesquisa foi composta por 13 mulheres, sendo o tamanho desta amostra determinado pela compreensão do objeto de estudo, ou seja, repetição de informações e o fato de não se encontrarem novos dados que influenciariam a constituição dos grupos amostrais.

#### 5.4 CONHECENDO AS ATRIZES SOCIAIS DA PESQUISA

Com o intuito de fornecer mais informações acerca das participantes da pesquisa, realizamos uma descrição de cada atriz social, conforme dados coletados na entrevista, no prontuário e no registro no diário de campo.

Para garantir o sigilo dos dados e não se identificar a participante do estudo, identificamos as atrizes sociais por nomes escolhidos de modo aleatório. O nome fictício será acompanhado da letra E (entrevista) e do número correspondente à entrevista.

##### **Flora (E1)**

Flora se declarou com 43 anos, branca, casada, aposentada, católica, cursou o ensino fundamental incompleto, com renda mensal familiar de um a dois salários mínimos, com diagnóstico de câncer da mama direita. Relatou ter identificado a alteração na mama em janeiro/2013, através de exame clínico das mamas realizado pelo enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Em janeiro/2013, ter realizado mamografia, ultrassonografia e punção aspirativa por agulha fina (PAAF) como procedimentos diagnósticos, sendo os mesmos custeados pelo SUS. Submeteu-se a quadrantectomia para a remoção do tumor de estágio IIA, seguida de esvaziamento ganglionar após evento sentinela. Estava na terceira sessão de quimioterapia e relatou alopecia após a segunda sessão. No momento da entrevista, apresentava aparência abatida e muito pensativa. Tirou o lenço no decorrer da entrevista para que eu visse que estava careca. Sempre que se referia à queda do cabelo e à retirada do nódulo mamário, colocava a mão na cabeça e na mama. Relata não ter sentido o nódulo, sendo este detectado durante exame clínico das mamas realizado pela enfermeira da Estratégia de Saúde da Família. Demonstra muita preocupação com o que as pessoas acham e falam sobre a queda de seus cabelos.

**Alice (E2)**

Alice se declarou com 31 anos, branca, casada, comerciante, católica, cursou o ensino médio completo, com renda mensal familiar de cinco ou mais salários mínimos, com diagnóstico de câncer da mama esquerda. Relatou ter identificado a alteração na mama em maio/2013, através da palpação acidental, sendo a confirmação do nódulo realizada pelo médico ginecologista em maio/2013. Realizou a mamografia e ultrassonografia como procedimentos diagnósticos, sendo a mamografia custeada pelo SUS e o ultrassom por financiamento próprio. Submeteu-se à mastectomia para a remoção do tumor de estágio IIB, seguida de esvaziamento ganglionar após evento sentinela. Estava na sexta sessão de quimioterapia e relatou alopecia após a primeira sessão. No momento da entrevista, contém a emoção ao falar do dia em que a cabeleireira raspou seu cabelo em seu domicílio. Passa a mão na cabeça e no turbante em vários momentos da entrevista. Estava usando um turbante branco com uma faixa estampada. É uma moça nova, bonita, que usava brinco dourado, relógio, pulseira branca, estava com as unhas esmaltadas e maquiada. Utilizava sutiã com enchimento para disfarçar a mama mutilada. Contou sobre a dificuldade de seu filho, de seis anos de idade, em aceitar que ela usasse lenço, pois tinha vergonha dos coleguinhas da escola. Para amenizar essa situação, relatou que no dia da formatura dele uma das mães dos coleguinhas de seu filho ligou perguntando se ela concordava que todas as mães fossem de lenço na formatura, o que foi aceito e autorizado. Diante disso, ao chegar à formatura, o seu filho viu todas as mães dos seus coleguinhas de lenço e ficou em choque e não falou nada. Ela relatou que falou para ele que todas as mães achavam bonito ela usar lenço, e por isso, foram de lenço. Assim, depois desse episódio, o filho passou a aceitar melhor o uso do adereço.

**Raquel (E3)**

Raquel se declarou com 60 anos, branca, casada, pedagoga, católica, cursou o ensino superior completo, com renda mensal familiar de dois a três salários mínimos, com diagnóstico de câncer da mama direita. Relatou ter identificado a alteração na mama em dezembro/2012, através da mamografia e ultrassonografia, sendo a confirmação do nódulo realizada pelo médico ginecologista em janeiro/2013. Realizou a mamografia, ultrassonografia e punção aspirativa por



agulha fina (PAAF) como procedimentos diagnósticos, sendo custeados pelo plano de saúde. Submeteu-se à quadrantectomia para a remoção do tumor de estágio IIA, seguida de esvaziamento ganglionar após evento sentinela. Estava na quinta sessão de quimioterapia e relatou alopecia após a primeira sessão. No momento da entrevista, estava com um lenço laranja de estampas pretas. Colocava a mão no local da mutilação da mama quando se referia à cirurgia e na cabeça, quando falava da queda do cabelo. Tirou o lenço para que eu visse os fios de cabelos que estavam começando a nascer. Estava vestida com uma blusa branca de listas azuis e usava short, possuía as unhas das mãos e dos pés esmaltadas na cor vermelha e usava brinco de pérola. Relata ter uma neta de nove anos, filha de seu primogênito; ter nove irmãos e que sua mãe tem 85 anos.

#### **Carolina (E4)**

Carolina se declarou com 39 anos, parda, casada, do lar, católica, cursou o ensino médio completo, com renda mensal familiar de três a quatro salários mínimos, com diagnóstico de câncer da mama direita. Relatou ter identificado a alteração na mama em setembro/2013, através da palpação acidental, sendo a confirmação do nódulo feita pelo médico ginecologista em setembro/2013. Realizou a mamografia, ultrassonografia e punção aspirativa por agulha fina (PAAF) como procedimentos diagnósticos, custeados pelo plano de saúde. Submeteu-se à mastectomia para a remoção do tumor de estágio IIA, seguida de esvaziamento ganglionar após evento sentinela. Estava na terceira sessão de quimioterapia e relatou alopecia após a primeira sessão. No momento da entrevista, vestia uma blusa preta, calça de cor clara, lenço de oncinha na cor preta que estava amarrado apenas na frente “tipo tiara”. Estava com as unhas das mãos esmaltadas na cor rosa e usava brinco e corrente. Relata que descobriu a alteração na mama durante o banho, quando foi depilar as axilas. Contou que há um mês seu marido descobriu que está com câncer nas cordas vocais e já iniciou o tratamento quimioterápico e radioterápico e que o médico disse que ele descobriu no início e que vai ficar bom. Diante da doença do marido, afirma que tem que ser mais forte ainda para dar forças a ele, porque homem é fraco. Ele descobriu sua doença uma semana após sua cirurgia, quando começou com uma rouquidão e foi ao médico, fez exames e diagnosticou o câncer. Ela expõe que seu esposo não encara a doença de modo positivo, era fumante e, ainda agora, após a descoberta da doença, fuma escondido.

**Claúdia (E5)**

Claúdia se declarou com 37 anos, branca, casada, autônoma, testemunha de Jeová, cursou o ensino superior completo, com renda mensal familiar de três a quatro salários mínimos, com diagnóstico de câncer da mama direita. Relatou ter identificado a alteração na mama em agosto/2013, através da palpação acidental, sendo a confirmação do nódulo realizada pelo médico ginecologista em outubro/2013. Realizou a mamografia, ultrassonografia e punção aspirativa por agulha fina (PAAF) como procedimentos diagnósticos, sendo custeados pelo plano de saúde. Submeteu-se à quadrantectomia para a remoção do tumor de estágio IIB, seguida de esvaziamento ganglionar após evento sentinela. Estava na segunda sessão de quimioterapia e relatou alopecia após a primeira sessão. No momento da entrevista, estava com uma blusa preta de renda no colo, calça jeans, lenço na cabeça na cor preta com estampas vermelhas, combinando com o sapato que usava. Usava brinco e estava maquiada. Ao contar do momento em que sua sogra raspou seu cabelo, não consegue conter a emoção e chora. Relata que possui muito apoio de seu esposo, que é muito carinhoso com ela e que o fato de ele não ter mudado seu tratamento com ela, após a descoberta da doença, foi muito importante, pois se sente segura e não houve mudanças no estilo de vida do casal. A cirurgia realizada foi a quadrantectomia, com reconstrução da mama com tecido próprio. Fala que a mama ficou perfeita. Conta que, quando o cabelo começou a cair, estava na praia e, assim, sua sogra o cortou bem curtinho, chanelzinho.

**Flávia (E6)**

Flávia se declarou com 59 anos, branca, viúva, professora, católica, cursou o ensino superior completo, com renda mensal familiar de cinco ou mais salários mínimos, com diagnóstico de câncer da mama esquerda. Relatou ter identificado a alteração na mama em abril/2013, sendo o mesmo confirmado através do exame clínico das mamas pelo ginecologista em abril/2013. Realizou a mamografia, ultrassonografia e punção aspirativa por agulha fina (PAAF) como procedimentos diagnósticos, custeados pelo plano de saúde. Submeteu-se à quadrantectomia para a remoção do tumor de estágio IIA, seguida de esvaziamento ganglionar após evento sentinela. Estava na sexta sessão de quimioterapia e relatou alopecia após a primeira sessão. Era uma senhora vaidosa, muito bem arrumada, usava blusa preta estampada, calça preta,

brincos, maquiagem e tinha as sobrancelhas desenhadas. Estava de lenço rosa estampado que era amarrado com várias voltas na cabeça de forma que não estava nada sobrando ao lado. Relatou que seu esposo faleceu de câncer nas cordas vocais, pois não quis fazer o tratamento no início da descoberta da doença e acabou falecendo sete meses após a descoberta do câncer. Contém a emoção quando fala de sua neta, que queria cortar seu cabelo e dar para ela fazer uma peruca. Relata usar peruca, mas que naquele momento estava de lenço, pois havia mandado a peruca para o cabelereiro para lavar e hidratar, uma vez que aproveitava o dia da quimioterapia para isso. Era muito independente e, no final na entrevista, não aceitou minha ajuda para carregar o suporte do soro e ajudá-la a retornar ao seu leito de origem, dentro do setor de quimioterapia.

### **Clara (E7)**

Clara se declarou com 61 anos, branca, casada, doméstica, católica, cursou o ensino fundamental incompleto, com renda mensal familiar de um salário mínimo, com diagnóstico de câncer da mama esquerda. Relatou ter identificado a alteração na mama em junho/2013, através da mamografia, sendo a confirmação do nódulo realizada pelo médico ginecologista em junho/2013. Realizou ultrassonografia e não fez a punção aspirativa por agulha fina (PAAF) como procedimentos diagnósticos. Submeteu-se à quadrantectomia para a remoção do tumor de estágio IIA, seguida de esvaziamento ganglionar após evento sentinela. Estava na quinta sessão de quimioterapia e relatou alopecia após a primeira sessão. Era uma senhora séria, pensativa, pouco falante e reservada. Usava brincos e estava com um gorro preto na cabeça, “tipo touca”. Não usava maquiagem nem tinha as unhas esmaltadas. Durante a entrevista, não fez revelações sobre sua vida familiar, e ao contrário, evitou falar sobre isso.

### **Carmem (E8)**

Carmem se declarou com 54 anos, parda, casada, doméstica, católica, cursou o ensino fundamental incompleto, com renda mensal familiar de três a quatro salários mínimos, com diagnóstico de câncer da mama direita. Não soube relatar quando identificou a alteração na mama, sendo que foi confirmada através da palpação acidental pelo médico ginecologista em

setembro/2013. Realizou mamografia, e não fez ultrassonografia e punção aspirativa por agulha fina (PAAF) como procedimentos diagnósticos. Submeteu-se à mastectomia para a remoção do tumor de estágio IIIA, seguida de esvaziamento ganglionar após evento sentinela. Estava na terceira sessão de quimioterapia e relatou alopecia após a primeira sessão. No momento da entrevista, estava sem lenço, era muito falante, risonha e otimista em relação à sua doença. Usava brincos, não usava maquiagem nem estava com as unhas esmaltadas. Colocava a mão do lado da mama mutilada sempre que se referia à mastectomia.

### **Cristina (E9)**

Cristina se declarou com 60 anos, parda, casada, comerciante, católica, cursou o ensino fundamental completo, com renda mensal familiar de três a quatro salários mínimos, com diagnóstico de câncer da mama direita. Relatou ter identificado a alteração na mama em maio/2013, através da palpação acidental, sendo a confirmação do nódulo realizada pelo médico ginecologista/mastologista em junho/2013. Realizou mamografia, ultrassonografia e punção aspirativa por agulha fina (PAAF) como procedimentos diagnósticos, sendo os mesmos custeados pelo plano de saúde. Submeteu-se à mastectomia para a remoção do tumor de estágio IIA, seguida de esvaziamento ganglionar após evento sentinela. Estava na sexta sessão de quimioterapia e relatou alopecia após a primeira sessão. No momento da entrevista a paciente usava lenço preto e branco, brincos e estava sem esmalte nas unhas. Emocionou-se no momento que se referiu aos filhos e quando relatou que eles fizeram uma festa surpresa de aniversário para ela, uma festa que ela programava antes da descoberta da doença e que não quis mais organizar após o diagnóstico do câncer. Contou que raspou a cabeça e que, alguns dias depois, seu filho e vinte amigos dele, em sua casa, também rasparam a cabeça em homenagem a ela. Tem uma foto junto com todos eles carecas. Conta que é separada do esposo, porém não no papel, que vivem juntos ainda na mesma casa e que ele sempre a traiu e que tem filho fora do casamento. A relação conjugal nunca foi muito boa. Possui uma neta e sua maior preocupação é com seus filhos que são muito dependentes dela, mesmo o filho casado.

**Maria (E10)**

Maria se declarou com 56 anos, branca, divorciada, lavradora, católica, cursou o ensino fundamental incompleto, com renda mensal familiar de menos de um salário mínimo, com diagnóstico de câncer da mama esquerda. Relatou ter identificado a alteração na mama em julho/2013, através da mamografia, sendo a confirmação do nódulo realizada pelo médico da ESF em julho/2013. Não fez ultrassonografia e punção aspirativa por agulha fina (PAAF) como procedimentos diagnósticos. Submeteu-se à quadrantectomia para a remoção do tumor de estágio IIIA, seguida de esvaziamento ganglionar após evento sentinela. Estava na quarta sessão de quimioterapia e relatou alopecia após a primeira sessão. Paciente usava peruca de cor castanha escura e estava com duas presilhas, uma de cada lado na franja. A peruca tapava toda a orelha. Não usava maquiagem nem esmalte. Era uma pessoa simples e humilde, de cidade do interior e demonstrava muita preocupação ao sair na rua, pois em sua cidade todos ficavam olhando e reparando nela. Durante a entrevista a paciente respondeu apenas o que foi perguntado, sem apresentar emoções e nem falar muito acerca de suas relações familiares.

**Patrícia (E11)**

Patrícia se declarou com 50 anos, branca, casada, do lar, católica, cursou o ensino fundamental incompleto, com renda mensal familiar de um salário mínimo, com diagnóstico de câncer da mama esquerda. Não soube relatar quando identificou a alteração na mama, sendo o nódulo detectado através da palpação acidental pela médica da ESF em maio/2013. Realizou mamografia, ultrassonografia e punção aspirativa por agulha fina (PAAF) como procedimentos diagnósticos, sendo a mamografia custeada pelo SUS e os demais exames por financiamento próprio. Submeteu-se à mastectomia para a remoção do tumor de estágio IIIB, seguida de esvaziamento ganglionar após evento sentinela. Estava na segunda sessão de quimioterapia e relatou alopecia após a primeira sessão. No momento da entrevista, usava lenço com estampas em vermelho, bem amarrado e sem sobras laterais. Era uma mulher simples, humilde, tímida, que falava muito pouco. Voltava o olhar para o chão sempre que estava falando.

**Fernanda (E12)**

Fernanda se declarou com 50 anos, branca, casada, advogada, presbiteriana, cursou o ensino superior completo, com renda mensal familiar de quatro a cinco salários mínimos, com diagnóstico de câncer da mama esquerda. Relatou ter identificado a alteração na mama em abril/2013, através do exame clínico das mamas realizado pelo médico mastologista. Realizou a mamografia, mas não fez ultrassonografia e punção aspirativa por agulha fina (PAAF) como procedimentos diagnósticos. Submeteu-se à mastectomia para a remoção do tumor de estágio IIA, seguida de esvaziamento ganglionar após evento sentinela. Estava na sexta sessão de quimioterapia e relatou alopecia após a primeira sessão. É uma mulher bonita, de olhos verdes, não usava brincos nem esmalte e não estava maquiada. Estava sem nada na cabeça, mostrando a calvície. Relata que apenas utilizava lenço quando ia a audiências no Fórum. Conta que seu marido está com câncer de pulmão e também em tratamento quimioterápico. Chora quando fala da doença do seu esposo e da morte da filha no parto. Tem uma neta que cria como se fosse filha, uma vez que a mesma não conheceu a mãe que morreu quando ela nasceu. Relata que já perdeu uma irmã que teve câncer.

**Letícia (E13)**

Letícia se declarou com 42 anos, branca, solteira, técnica em enfermagem, espírita, cursou o ensino técnico, com renda mensal familiar de três a quatro salários mínimos com diagnóstico de câncer da mama esquerda. Relatou ter identificado a alteração na mama em setembro/2013, através da mamografia, sendo a confirmação do nódulo realizada pelo médico mastologista. Realizou a mamografia, ultrassonografia e punção aspirativa por agulha fina (PAAF) como procedimentos diagnósticos, sendo a mamografia e a ultrassonografia custeados pelo SUS e a PAAF, por financiamento próprio. Realizou a mastectomia para a remoção do tumor de estágio IIA, seguida de esvaziamento ganglionar após evento sentinela. Estava na terceira sessão de quimioterapia e relatou alopecia após a primeira sessão. A paciente usava bermuda jeans até o joelho, blusa branca larga e que deixava um dos ombros à mostra, não usava sutiã e, conforme se movimentava e abaixava, era possível ver a cicatriz cirúrgica da retirada da mama. Usava chinelo e boné bege “tipo de palha”. Em alguns momentos da entrevista, tirava o boné e passava a mão

na cabeça. Durante a entrevista a paciente respondeu apenas o que foi perguntado, sem apresentar emoções.

## 5.5 ASPECTOS ÉTICOS

Foi solicitada autorização junto ao provedor e diretor do HRC de Passos-MG para a realização deste estudo no serviço de quimioterapia, sendo autorizado (APÊNDICE A).

O projeto foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL-MG, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012), tendo sido aprovado, conforme parecer nº 478.376 (ANEXO A).

As mulheres, ao serem abordadas, foram esclarecidas quanto ao objetivo do estudo, ao procedimento de coleta de dados, à garantia de sigilo dos dados pessoais, ao esclarecimento que os resultados serão publicados, da liberdade em se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, respeitando, assim, as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos. Após terem ciência do exposto, foi solicitado que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE - (APÊNDICE B) em duas vias e foi entregue a elas uma cópia do documento assinado pela pesquisadora.

## 5.6 O TESTE-PILOTO DA PESQUISA

Realizamos o teste piloto, nos dias seis e sete de janeiro de 2014. Esse teste possibilitou-nos verificar as possíveis dificuldades e necessidades de adequações na condução da coleta de dados. Participaram dessa etapa da pesquisa três mulheres que realizavam tratamento quimioterápico no HRC de Passos-MG.

Após a aplicação do teste piloto, verificamos a necessidade de se implementarem no instrumento de coleta de dados, aspectos relativos ao tratamento da paciente, pois observamos que algumas informações não estavam disponíveis em seu prontuário e também a necessidade de se conseguir um local reservado dentro do setor de quimioterapia para que a gravação não fosse prejudicada por ruídos. Tendo essas nuances sido resolvidas a partir da quarta entrevista, iniciou-se a coleta dos dados.

## 5.7 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no período de 08 a 29 de janeiro de 2014, de segunda a sexta-feira, durante os períodos matutinos e vespertinos, respeitando-se a rotina da instituição e o horário de funcionamento do setor de quimioterapia.

A rotina da coleta de dados se deu da seguinte forma: todos os dias, de segunda a sexta-feira, por volta das nove horas da manhã, ao chegar no HRC e me apresentar na portaria do hospital, dirigia-me ao quinto andar, no setor de quimioterapia. Nesse setor, no posto de enfermagem, verificava os prontuários das pacientes que faziam quimioterapia à procura de mulheres que estavam em terapia antineoplásica, devido ao câncer de mama, e que se enquadrassem nos critérios de inclusão da pesquisa.

Utilizamos um instrumento para coleta de dados (APÊNDICE C) que permitiu conhecer melhor a mulher antes da entrevista, em relação aos aspectos relacionados ao diagnóstico e ao tratamento da doença. Esse instrumento, que foi preenchido pela autora, possibilitou a criação de um elo entre a pesquisadora e a paciente, pois, além de ter possibilitado conhecê-la antes da entrevista, foi fundamental para a confirmação de informações fornecidas por ela, durante a entrevista, sobre a terapêutica instituída no combate ao câncer. O instrumento de abordagem quantitativa foi composto por 37 questões, distribuídas em quatro sessões:

- a) Dados socioeconômicos: conjunto de quatorze questões que permitiam identificar dados pessoais da paciente, idade em que descobriu a alteração na mama, idade do diagnóstico, escolaridade do chefe da família e renda mensal familiar;
- b) Aspectos relativos à descoberta e diagnóstico do câncer de mama: composto por treze perguntas relacionadas à identificação da alteração na mama, aos exames diagnósticos realizados e ao custeio;
- c) Aspectos relativos ao tratamento do câncer de mama: roteiro de nove questões relacionadas às terapêuticas a que a mulher foi submetida para o tratamento do câncer.
- d) Pergunta norteadora: composta de uma questão “Como tem sido para você a queda do cabelo e dos pelos durante o tratamento?”

Após o preenchimento no instrumento dos dados pessoais da paciente, era realizado o primeiro contato com a atriz social para convidá-la a participar da pesquisa, explicados os motivos de minha presença no local, os objetivos da conversa que estava sendo proposta e o local



em que esta aconteceria. Mediante manifestação da vontade em participar, era solicitada assinatura do TCLE, em duas vias; a mulher era direcionada ao local reservado para a conversa dentro do setor, e a equipe de enfermagem, comunicada de que a paciente estaria sendo entrevistada.

Em seguida, iniciava-se a entrevista, que é o foco do estudo, com a seguinte pergunta norteadora: “Como tem sido para você a queda do cabelo e dos pelos durante o tratamento?” Essa pergunta contemplou a problemática da pesquisa que possibilitou o alcance dos objetivos propostos. Após a pergunta norteadora, outros questionamentos foram realizados para melhor entendimento da fala das atrizes sociais e conhecimento da mulher (APÊNDICE C).

Para a entrevista, utilizou-se gravador digital marca Panasonic. O uso do gravador é indicado nas entrevistas para ampliar o poder de registro e de captação de elementos de comunicação de extrema importância, pausas de reflexão, dúvidas ou entonação da voz e aprimoramento da compreensão da narrativa, pois o mesmo preserva o conteúdo original e aumenta a acurácia dos dados coletados (CEDRO, 2011).

Utilizou-se também um caderno de anotações (diário de campo) para registros complementares que auxiliaram na geração de dados para análise. Nesse caderno, foram realizadas descrições das impressões do pesquisador, seja a respeito do campo ou do processo da pesquisa. Essas anotações, seguindo o referencial metodológico do estudo, referem-se aos memorandos que consistem em notas teóricas e notas metodológicas que subsidiam o pesquisador na condução da pesquisa, na compreensão de seu objeto de estudo e na saturação das categorias.

Essas descrições se ancoram nos objetivos propostos no planejamento inicial da pesquisa e nos aspectos de intercorrências derivadas do reconhecimento da imprevisibilidade do campo da pesquisa. Os dados do diário de campo se constituem em “dados integradores”, relevantes para a análise dos outros instrumentos empregados, pois auxiliam tanto na compreensão, como na melhor contextualização da análise do campo de pesquisa (MORAIS; QUIRINO; ALMEIDA, 2009).

Na sala de entrevista, a mulher era acomodada no leito, a porta era fechada e a entrevista iniciada. Com o término da entrevista, a mulher era redirecionada ao leito de origem e a enfermagem comunicada da conclusão da entrevista. Após, era realizada uma nova revisão no

prontuário da paciente para complementação e retirada de eventuais dúvidas acerca do roteiro de entrevista e de informações fornecidas pela mulher durante a entrevista.

Durante o período de coleta de dados foram verificados quarenta e oito prontuários de mulheres que estavam em tratamento quimioterápico para o câncer de mama sendo que destes, vinte e um foram de mulheres que estavam em terapia adjuvante para o câncer de mama, dezoito prontuários de mulheres em terapia neoadjuvante e nove de mulheres em tratamento quimioterápico paliativo para a neoplasia. Dos prontuários de mulheres em quimioterapia adjuvante para o câncer de mama que verificamos, foram abordadas dezoito mulheres para a participação na pesquisa, e destas, treze aceitaram e fizeram parte da nossa amostra final.

## 5.8 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram organizados manualmente, conforme referencial metodológico, a TFD. Respeitando-se as etapas propostas por Strauss; Corbin (2008), entrevista realizada é entrevista transcrita e analisada.

Assim, de acordo com a TFD, após a transcrição de cada entrevista, realizamos uma leitura minuciosa e atenta das palavras, frases e linhas com o intuito de verificar os códigos abertos, primeira etapa do processo de análise dos dados chamada de codificação aberta, e, assim, selecionamos trechos da entrevista que retratassem a essência do relato da depoente, como se pode ver no Quadro 1.

Trecho da entrevista	Codificação Aberta	
	Essência do relato	Código Aberto
Quando caiu? Uai, eu passei o pente, eu tinha o cabelo bem bonito, igual o seu, lisinho assim (...), bem compridão, aí eu já tinha cortado ele, assim, porque eu sabia que ia cair. Aí eu passei o pente e saiu um punhadão, aí eu falei assim pra minha menina: Pega a tesoura e corta!	“eu passei o pente, eu tinha o cabelo bem bonito, bem compridão, eu passei o pente e saiu um punhadão, aí eu falei assim pra minha menina: Pega a tesoura e corta!”	Passando o pente no cabelo bonito e compridão Saindo um punhadão de cabelo Cortando o cabelo

Quadro 1 – Codificação Aberta segundo modelo da TFD (Formando códigos abertos).

Passos, 2014.

Fonte: Do autor

Após essa etapa, nova leitura era realizada, agora com foco nos códigos abertos que emergiram da primeira etapa da análise de dados. Esse processo, segunda etapa da análise dos dados, denominada de codificação axial, permitiu-nos a aproximação dos fatos sociais, o que contribuiu para melhor conhecimento e reflexão sobre os dados que emergiam. Essa análise possibilitou agrupar os códigos semelhantes em subcategorias e categorias, conforme Quadro 2.

Código aberto	Codificação Axial	
	Subcategoria	Categoria
Passando o pente no cabelo bonito e compridão Saindo um punhadão de cabelo Cortando o cabelo	O corpo transformado	Quimioterapia

Quadro 2 – Codificação Axial segundo modelo da TFD (Formando subcategorias e categorias).

Passos, 2014.

Fonte: Do autor

Nas primeiras leituras, durante a análise dos dados, um grande número de categorias emergiu, sendo que, na primeira análise que realizamos, surgiram treze categorias e onze subcategorias. Seguindo o enfoque metodológico proposto, realizamos leitura exaustiva de todos os códigos abertos que emergiram da primeira análise, de uma só vez, na expectativa de rever os depoimentos, reduzindo e agrupando de modo a concentrar em categorias mais amplas. Mediante essa análise, as categorias foram redefinidas e emergiram três categorias e doze subcategorias. Ainda na tentativa de reduzir e agrupar subcategorias e categorias, realizamos uma terceira análise e, dessa vez, foi possível reordenar as subcategorias de maneira que ficassem mais coerentes e fossem possíveis pontes de ligação entre as diversas categorias. Dessa análise, resultou a criação de quatro categorias e treze subcategorias. Após a realização da quarta e última análise, obtivemos duas categorias e sete subcategorias. Na TFD, todos os passos são um caminhar que leva à construção da teoria densa por intermédio da realidade e da experiência dos atores sociais da pesquisa. Essa etapa possibilitou-nos, ainda, a criação de quadros e de diagramas que demonstram a reflexão dos dados categorizados.

É importante destacar que as três análises descritas anteriormente correspondem à primeira e à segunda etapa do processo de análise de dados proposta pela TFD, ou seja, a codificação aberta e axial. A TFD é um método que permite a realização de quantas análises forem necessárias, pois cada etapa do processo de análise de dados é interdependente, e o cumprimento de uma etapa não impede o retorno à etapa anterior nem a realização de nova análise na etapa que acaba de ser concluída, pois o método é circular e nos permite ir e vir sempre que necessário.

Por fim, realizamos a terceira e última etapa do processo de análise dos dados, com o objetivo de refinar e integrar categorias, desvelando uma categoria que fosse central, que incluísse todas as demais, fazendo emergir a teoria do estudo, a teoria fundamentada, que foi definida como: A alopecia da mulher no câncer de mama: entendendo as estratégias de enfrentamento da doença. Dessa etapa, resultou a criação de um diagrama referente aos dados categorizados.

Realizamos, ainda, a análise das falas dos sujeitos e selecionamos as que melhor retratassem a essência do relato e da categoria para serem utilizadas na discussão dos dados da pesquisa. As falas passaram por um processo de refinamento com retirada dos vícios e com padronização na linguagem culta.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 6.1 CARACTERIZAÇÃO DAS ATRIZES SOCIAIS

Serão apresentados os dados obtidos através do roteiro de entrevista, que se referem aos aspectos socioeconômicos, aos relativos à descoberta, ao diagnóstico e ao tratamento da doença das atrizes sociais da pesquisa.

O estudo foi composto por 13 mulheres com idade média de 49,4 anos, com predomínio na faixa etária de 51 a 60 anos (38,46%). Chama-nos a atenção a ocorrência da doença em três mulheres com idade inferior a 40 anos, pois, o câncer de mama, no Brasil, apresenta maior incidência na faixa etária entre 40 e 69 anos, sendo a maior causa de morte por câncer entre as mulheres (KOLLING; SANTOS, 2009).

O grupo foi formado, em sua maioria, por mulheres que afirmaram serem católicas (76,92%), de todos os níveis de escolaridade, com renda familiar de três ou mais salários mínimos, o que reflete o perfil da população da região. Em relação à cor, se autodeclararam brancas; que vivem com companheiro e inseridas no mercado de trabalho.

Estudos epidemiológicos apontam que a incidência e sobrevida de câncer de mama são influenciados por fatores socioeconômicos e demográficos. Em nosso estudo não houve um aspecto significativo da escolaridade e estadió de tumor e a maioria das mulheres era da raça branca, fator de predisposição para o câncer de mama. A raça/cor é um fator importante na sobrevida sendo que mulheres africanas apresentam potencial elevado de morte (GUERRA et al., 2009; SCHNEIDER; D'ORSI, 2009).

Quanto à classificação do tumor, os estádios II e III foram os prevalentes, sendo o estádio IIA responsável por 61,53% dos casos. O que chamou a atenção foi o fato de que as mulheres tiveram acesso aos serviços de saúde, mas que a descoberta da doença ainda acontece tardiamente, pois os estádios demonstram que os nódulos, quando descobertos, tinham mais de um centímetro, o que é considerado um diagnóstico tardio da doença. Sabe-se que o diagnóstico e o tratamento precoce do câncer de mama podem reduzir a mortalidade por esta neoplasia e o atraso na investigação das lesões suspeitas pode comprometer o prognóstico e a sobrevida das pacientes com câncer de mama avançado (GONÇALVES, 2013).

No ano de 2013, estimaram-se cerca de 610 casos novos de câncer de mama para a região Sudeste, sendo a taxa bruta de incidência, 72 casos por 100 mil mulheres. Nesse

mesmo ano, esperaram-se 120 óbitos por esse câncer, o correspondente a 14,5 óbitos por 100 mulheres. Por meio de análise realizada no sistema de informação sobre mortalidade (SIM) em 2010, obteve-se que, na macrorregião Sudeste, ocorreram 114 óbitos por câncer da mama feminina, o que corresponde a 14,4% dos óbitos por neoplasias no sexo feminino nesse ano. Do total de casos hospitalares referentes ao câncer de mama, procedentes da macrorregião Sudeste, em cada grupo de 10 casos, três chegaram ao hospital em estádios III e IV, ou seja, em fase avançada da doença (MINAS GERAIS, 2013).

Pacientes com estágio 0 ou I apresentam melhor prognóstico e cerca de uma a cada oito mulheres morrem em dez anos após a descoberta da doença. Para mulheres com diagnóstico em estágio II, um terço morre em dez anos; para estádios III e IV, o prognóstico é muito ruim, sendo que são poucas as mulheres que permanecem vivas ao fim de dez anos (SCHNEIDER; D'ORSI, 2009).

Quanto à lateralidade da mama, 46% na mama direita e 54% na mama esquerda, resultados divergentes do estudo de Lopes; Franco; Gradim (2014) em que 62,8% foram na mama direita.

Todas as mulheres foram submetidas a procedimento cirúrgico para a remoção do tumor, seguido de esvaziamento ganglionar após evento sentinela, predominando nesse grupo a cirurgia de mastectomia (53,85%), seguida da retirada dos gânglios axilares. Independentemente do tipo de cirurgia, todas as mulheres estavam em tratamento quimioterápico e, no momento da coleta de dados, onze (84,61%) já haviam realizado três ou mais sessões de quimioterapia e apresentaram alopecia após a primeira sessão.

No serviço onde os dados foram coletados, segue-se protocolo de aplicação de antineoplásicos, conforme recomendações do Instituto Nacional do Câncer (INCA). Esse protocolo foi elaborado com o objetivo de padronizar os cuidados de instalação de quimioterápicos a fim de estabelecer a ordem de administração de cada antineoplásico para avaliar seu mecanismo de ação e definir os cuidados de enfermagem em cada ciclo de quimioterapia. Para o tratamento do câncer de mama nesse serviço, verifica-se que 69,23% das entrevistadas faziam uso do protocolo FAC.

Foi possível verificar que o tempo entre a descoberta da alteração na mama e a primeira consulta variou de 0 a 2 meses, correspondendo o tempo máximo de 60 dias, o que foi declarado pela quinta entrevistada. Cabe ressaltar que duas das pacientes não souberam informar quando identificaram a alteração na mama e dez mulheres (76,92%) realizaram a primeira consulta em até um mês a partir da detecção da alteração.

Em relação ao tempo entre descoberta dos sinais e dos sintomas, a visita a um médico e o acesso ao centro de referência especializado, considera-se que o fluxo de atendimento foi rápido. Esse fator pode estar atrelado à Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.072, de 20 de março de 2012, que estabelece as diretrizes do Programa Estadual de Controle do Câncer de Mama de Minas Gerais, e também à Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.115, de 18 de abril de 2012, que prevê encaminhamento e o tratamento da mulher com exame de mamografia alterado em tempo oportuno, no máximo 30 dias, para fechar o diagnóstico e propor o tratamento e a organização do serviço de saúde do município.

A palpação acidental foi a forma mais citada de descoberta de alteração nas mamas (46,15%), o que as levou à procura do serviço de saúde. Das treze atrizes sociais da pesquisa, sete fizeram referência a referiram nódulo e apenas duas relataram outros sintomas como dor e descarga papilar mamária, que não podemos afirmar serem diagnósticos de câncer de mama, pois a que se referiu à descarga papilar mamária não soube descrever o aspecto da secreção que saía do mamilo. A maior parcela das mulheres (83,33%) que fizeram a descoberta do nódulo na mama, através da palpação, foi atendida pelo ginecologista, quando procurou por assistência médica.

Em relação aos exames de imagem e ultrassonografia, todas as entrevistadas referiram-se tê-los realizado, sendo que a maioria utilizou o plano de saúde. A punção aspirativa por agulha fina (PAAF) foi realizada como procedimento diagnóstico em 61,53% dos nódulos detectados, sendo também a maior parcela (62,50%) paga pelos planos de saúde. Das treze mulheres, somente uma (7,69%) não realizou biópsia incisional.

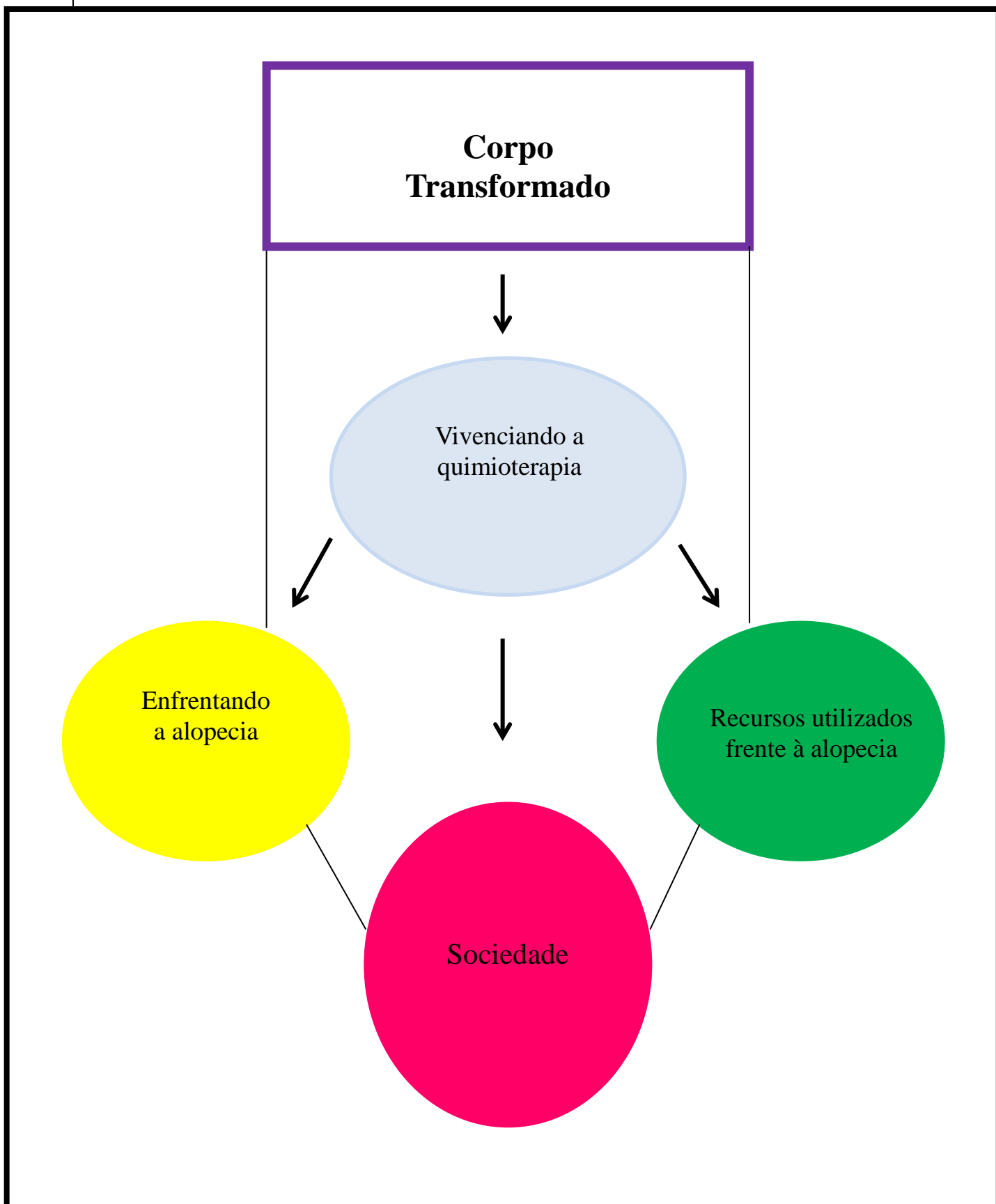
Independente da forma de custeamento dos exames diagnósticos, todas as mulheres foram atendidas de modo igualitário, sem privilégios ou favorecimentos no serviço de quimioterapia do HRC, que por ser um CACON disponibiliza o tratamento custeado pelo SUS.

## 6.2 A CONSTRUÇÃO DOS DIAGRAMAS

Após a transcrição e a análise das entrevistas, emergiram as categorias e os diagramas que apresentamos a seguir utilizando a metodologia da TFD. O método proposto nos levou a contextualizar o que significa a perda do cabelo e pelos do corpo, em decorrência do tratamento quimioterápico, para a mulher que teve câncer de mama e, ainda, a identificar suas estratégias de enfrentamento, perante sua nova condição física. É o que iremos discutir a seguir, para alcançarmos os objetivos propostos neste trabalho.



## 6.3 DIAGRAMA 1 – RECONHECENDO O NOVO CORPO



### 6.3.1. Categoria: Corpo Transformado

O diagrama 1 se refere às consequências do tratamento quimioterápico e às estratégias de enfrentamento da mulher perante a alopecia.

Neste diagrama, que chamamos de “Reconhecendo o novo corpo”, temos uma categoria: 1- Corpo transformado. Essa categoria é formada por subcategorias que são: vivenciando a quimioterapia; enfrentando a alopecia; recursos utilizados frente à alopecia e sociedade.

Neste estudo, corpo transformado refere-se às alterações físicas advindas do tratamento quimioterápico como a queda do cabelo e dos pelos do corpo.

### 6.3.2 Subcategoria: Vivenciando a quimioterapia

A quimioterapia constitui uma das modalidades mais utilizadas no tratamento do câncer. Ela envolve o uso de substâncias citotóxicas, administradas preferencialmente por via sistêmica. Os quimioterápicos são bem tolerados pelos pacientes e seus efeitos colaterais são moderados. As principais toxicidades são náuseas e vômitos, supressão da medula óssea, imunossupressão, alopecia, toxicidade pulmonar e esterilidade (SAWADA et al., 2009).

Em nosso estudo, os eventos adversos mais relatados pelas atrizes sociais foram náusea, ganho de peso corporal e uma das pacientes referiu-se ao odor do quimioterápico, que a incomodava muito.

*“nada me incomodou mais do que a quimioterapia, nada (risos)! Tomar esses remédios aqui (...) para mim, nossa senhora (...)! Não sei se é o cheiro da sala, o que que é, se é aquele potinho vermelho que eles põe aqui que me irrita e elas mandam eu vigiar e eu não gosto de olhar para cima (...) (risos)! Sabe quando você vê a coisa ali e já não quer olhar? O mais chato até hoje, que mais me incomodou, foi a quimioterapia. As reações dela (quimioterapia) que incomoda, mais saber que ia raspar a cabeça (...) o dia que eu raspei, nem liguei (...), de jeito nenhum! É esse enjoio, essa coisa, essa reação dela, que eu achei que não fosse ter! Sinceramente, eu achei que não fosse!” (E3)*

*“eu engordei quase quatro quilos da quimio (...), o médico falou que é normal, mas fica inchado! Eu noto assim pela sandália, mas assim (...) normal!” (E4)*

Alguns efeitos colaterais hoje são controlados e não mais temidos pela paciente, como a náusea e o vômito, pois são administrados, antes do quimioterápico, medicamentos antieméticos. Entretanto, outros eventos adversos ainda amedrontam as pacientes, como a alopecia, uma vez que não é possível evitar sua ocorrência.

As mulheres relatam que as dificuldades e sofrimento do tratamento quimioterápico são transpostas devido à ajuda da equipe multiprofissional que atua no serviço de oncologia e, neste estudo, é citado o apoio da equipe de enfermagem e de psicologia.

*“Aqui a gente é bem tratado, tem os enfermeiros muito bons, muito educados, que trata a gente com carinho e isso também ajuda muito!” (E1)*

O câncer de mama é uma doença que envolve componentes ambientais, pessoais, genéticos, entre outros que atingem mulheres de todas as raças, classe social, religião, estado civil, o que nos leva a constatar a necessidade de uma assistência diferenciada pelos profissionais de enfermagem. O objetivo principal da enfermagem é cuidar do indivíduo que esteja passando por um processo de doença de modo que ele o atravesse da melhor maneira possível. A mulher com câncer de mama possui várias necessidades humanas básicas alteradas e cabe ao enfermeiro identificá-las e ajudar na mudança desse quadro (PRIMO et al., 2010).

Neste trabalho, a paciente refere-se aos cuidados que recebeu da equipe de enfermagem e generaliza essa categoria profissional quando fala “tem os enfermeiros muito bons”. Essa fala evidencia que a mesma não percebe a subdivisão dentro da categoria e, assim, não fica evidente a participação do enfermeiro na assistência e, ainda, se ela realmente ocorre.

A enfermagem necessita conquistar seu espaço e apropriar-se da autonomia que em tese possui. A consulta de enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro que o auxilia no estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem e na elaboração da assistência de enfermagem. Ela deve estar mais presente em seu cotidiano de trabalho para que a profissão ganhe mais visibilidade e seja mais efetiva em sua atuação junto ao paciente.

As atrizes sociais desta pesquisa relatam também que os profissionais que trabalham no hospital tratam os pacientes muito bem, mas não explicitam quem são esses profissionais. O fato de algumas residirem no mesmo município onde o tratamento é ofertado facilita suas vidas e diminui o desgaste físico e o estresse, visto que não

necessitam enfrentar a estrada para realizar a quimioterapia. Uma das entrevistadas relata ainda sobre o atendimento ofertado pelo SUS, afirmando que foi de ótima qualidade.

*“E tendo um hospital desse que todo mundo te trata tão bem (...) porque aqui é bom, gente, elas sabem o nome da gente! O que mais me surpreendeu foi isso! Porque é gente demais, não é uma pessoa, duas, dez! Aqui é cinquenta por dia! Olha para você ver! Todo mundo te trata pelo nome!” (E3)*

*“Olha só para você ver, eu moro aqui, o hospital é aqui, mais fácil, muito mais fácil! Os médicos maravilhosos, então Deus colocou assim, pessoas excelentes na minha vida e eu tenho só que agradecer, né!” (E5)*

*“o carinho do povo, do pessoal eu fiquei encantada! Nossa é um carinho desde o começo do tratamento sabe o doutor que eu comecei na mesma hora já me encaminhou para cá e foi assim muito rápido (...) que começa assim a gente vai para o Promai, e do Promai depois que vai encaminhando a gente e aqui a mesma coisa então não tenho sabe (...) até eu tive uma avaliação pelo SUS (...) eu recebi para avaliar e para mim assim foi tudo muito ótimo eu não tenho que reclamar não.” (E6)*

Chamou-nos a atenção que uma das atrizes relata que ela queria ser voluntária do hospital, mas que acabou conhecendo o hospital como paciente.

O relato de uma das entrevistadas evidencia que o fato de ser acometida por um câncer nunca passou pela sua cabeça, uma vez que não esperava entrar no hospital como paciente, pois seus planos eram de entrar para servir aos pacientes em um trabalho voluntário.

*“Aí eu passava aqui de frente e eu via, esse tanto de gente neste hospital. Aí eu nunca imaginei que eu ia entrar como paciente. Eu achava assim que eu ia entrar num hospital desse para ser voluntária (...) eu achava que eu ia fazer parte assim, não como paciente!” (E4)*

Essa fala nos mostra que a doença é encarada como uma surpresa em sua vida, pois, embora saibamos que ela existe e pode acometer qualquer um de nós, nunca estaremos preparados para receber esse diagnóstico, repleto de significados e de implicações em nossas vidas e na sociedade.

### 6.3.3 Subcategoria: Enfrentando a alopecia

Entende-se por enfrentamento os esforços comportamentais e cognitivos voltados para o manejo de exigências ou de demandas externas ou internas avaliadas como sobrecarga aos recursos pessoais. As respostas de enfrentamento frente às situações estressantes sofrem a mediação de avaliações cognitivas. Assim, em primeiro lugar, o indivíduo avalia se a situação é estressante e ameaçadora e, depois, ele analisa os recursos disponíveis para enfrentar a situação estressante, buscando alternativas para amenizar a situação. Nessa concepção, uma pessoa pode apresentar estratégias de enfrentamento diversificadas em situações distintas (NUNES, 2010).

A alopecia é o evento adverso quimioterápico que traz maiores efeitos devido à alteração estética. A esse fato, é atribuído o sentimento de pior efeito trazido pelo tratamento, pois deixa sobressair uma imagem que não é saudável (CIGONA; NASCIMENTO; LIMA, 2010).

A alopecia é a queda dos cabelos e dos pelos. Neste estudo, refere-se à ocorrida como efeito colateral do tratamento do câncer de mama.

Dentre as alterações provocadas pelo tratamento quimioterápico, a alopecia é vista como uma consequência devastadora que pode ser temporal ou não, pois afeta não somente a imagem corporal da mulher, mas também implica em transtornos psicológicos e sociais, uma vez que durante o período da terapia antineoplásica as alterações decorrentes desse tratamento afetam a vida da mulher como um todo. Nesse período ocorrem mudanças em seu cotidiano de vida pessoal, familiar, profissional e ela tem seu estado emocional abalado, visto que, na maioria das vezes, não está preparada para vivenciar essa etapa do tratamento.

As consequências ocasionadas pelo tratamento quimioterápico podem ser temporais uma vez que, após o seu término, muitas dessas mulheres retomam suas vidas sem grandes prejuízos físicos e emocionais, porém, para outras, as marcas físicas, psicológicas e sociais não são superadas porque esse tratamento pode deixar sequelas que irão lembrá-las diariamente que sofreram uma quimioterapia, como o cabelo diferente, a menopausa precoce e em consequência o ressecamento vaginal, o aparecimento de linfedema, entre outros.

Ao se deparar com uma imagem diferente das outras mulheres, a mulher comunica-se com seu *self*. Na fase “eu”, a mulher se percebe diferente, com um novo rosto, alterado

em relação àquele que exibia anteriormente, mas esse fato não interfere necessariamente em sua vida e nas suas relações interpessoais. Na fase “mim”, a mulher, ao interagir com as outras pessoas, percebe que perdeu sua identidade e, assim, passa a se ver diferente e o seu *self* é redefinido e transformado.

Consideramos símbolos os objetos físicos, as ações humanas ou as palavras. No caso, poderíamos citar como exemplos de objetos físicos os lenços, as perucas, os turbantes, enfim, os artifícios utilizados pelas mulheres para o disfarce da alopecia. As ações humanas, nesse contexto, seriam as interações que dão significado a esses símbolos, como o fato de as pessoas nas ruas ficarem reparando a mulher quando ela usa um lenço para encobrir a falta do cabelo.

O olhar do outro remete à mulher uma interpretação sobre o lenço, pois ela se comunica com a sua mente, ou seja, nesse momento, acontece uma interação simbólica com o seu *self* e, a partir de então, o modo como ela agirá torna-se uma resposta à interpretação que o indivíduo faz da ação humana. Se a interação for negativa, a mulher pode isolar-se do convívio social, uma vez que a interação pode definir e alterar a direção dos atos uns dos outros.

No câncer de mama, a quimioterapia é citada como a modalidade de tratamento mais temida pelas mulheres, devido à queda do cabelo, pois a mulher considera que perdeu a sua identidade. Em nosso estudo, as mulheres relatam que, quando pensavam na quimioterapia, associavam a esse tratamento a perda do cabelo. Essa etapa foi considerada por elas uma fase muito difícil.

*“quando falava da quimio, eu já ficava com medo da perda do cabelo. Foi difícil! Mas (...) foi preciso (risos). Quinze dias certinho após a primeira quimio começou a cair. Essa etapa do cabelo para a mulher é a parte mais difícil.” (E2)*

A queda do cabelo é um evento apavorante para essas mulheres. Elas contam que, após o início do tratamento quimioterápico, o cabelo perde a vitalidade e torna-se seco e sem movimento. Para elas, a queda do cabelo é a confirmação de que estão doentes e isso é vivenciado de modo marcante e consciente no momento em que se dão conta de que estão sem cabelo, retratando, assim, a importância dada ao cabelo pela figura feminina.

*“Agora a queda de cabelo! Ah! É apavorante, né? Eu olhava assim e falava (...) Ah! Está com câncer (risos)! Demorou um pouco para cair (...) tem gente que cai na primeira aplicação (...) na realidade começou a cair vinte dias após. Para mim, foi uma das piores partes, pior até que a cirurgia em si, a descoberta! O cabelo fica*

*bem opaco (...) sem vida, tipo assim, parece que está morto, sabe?! Doeu para cair um pouquinho, depois doeu para nascer alguns fios (...) dói como se você tivesse puxado o cabelo quando você era criança, mãe prende o cabelo da gente assim, fica dolorido!” (E4)*

*“eu já estava sabendo que ia cair porque esse tratamento cai o cabelo! Acho que, se não fosse a queda do cabelo, ninguém falaria que eu estou fazendo esse tratamento!” (E5)*

*“eu passava a mão e caía de monte, era mesmo que um (pausa) é palha de milho, o cabelo do milho, igualzinho àquilo, aquela coisa seca, morta, né, aí ficou uns quatro dias, logo já fui dar um jeito de encontrar a bendita peruca. É muito ruim a gente tem assim é (...) cabelo, mulher tem vaidade então nessa hora eu baquiei um pouco! (...) nessa hora que você vê que você está com câncer mesmo. Ah, para mim foi difícil! (...) a pior parte foi essa! No dia do cabelo eu achei que foi duro! Essa parte do cabelo para mim foi mesmo, foi difícil! Foi o dia que eu chorei (risos)!” (E6)*

No intuito de evitar essas alterações indesejáveis, atualmente, estão sendo desenvolvidos estudos acerca da prevenção da queda do cabelo em pacientes que estão em tratamento quimioterápico. Pesquisas têm sido realizadas com a utilização de toucas hipotérmicas que têm a finalidade de resfriar o couro cabeludo a temperaturas entre 22°C e 28°C no intuito de diminuir a circulação sanguínea no folículo piloso e, assim, restringir a passagem de medicação no local, diminuindo a queda capilar (KARGAR et al., 2011).

Neste estudo, fica evidente que a queda do cabelo inicia-se logo após a primeira sessão de quimioterapia. As participantes da pesquisa fazem referência de que o início da queda ocorreu quinze dias após a realização da primeira sessão. Para muitas mulheres, a queda do cabelo foi mais apavorante do que a mutilação da mama, o que corrobora com o estudo de Sampaio (2013).

*“Em quinze dias começou a cair, aí eu raspei. Estava caindo e estava feio, sem vida o cabelo! Aquele cabelo morto (...) aquele cabelo que você pega e solta, você lavava e parecia que estava sujo. Estava doendo muito a cabeça, doía e coçava! Doía para cair! Doía assim no couro, coçava muito!” (E3)*

Para algumas mulheres, a queda do cabelo é um evento adverso esperado do tratamento quimioterápico. Elas sabem que terão que passar por essa situação e que não há nada que possa ser feito para modificá-la.

*“Ah! Então esse negócio de cair o cabelo eu não fiquei muito comovida não porque a gente já sabia que ia fazer e que ia cair o cabelo (...) eu tomei a quimio, passou quinze dias começou a cair o cabelo.” (E7)*

*“É muito ruim! Nada bom! Mas fazer o quê (...) não tem jeito (pausa)! E demora a nascer! No começo eu falei ah não vou querer*

*que cai meu cabelo não mas não tem jeito (...) não tem jeito de segurar, fazer o quê !? A gente acha ruim!” (E11)*

*“Eu já estava esperando! A gente já sabe como que é o tratamento então eu (...) eu estava tranquila quanto a isso e a queda de cabelo não me afetou em nada” (E12)*

O fato de esperar pela queda do cabelo pode estar associado à orientação que a mulher recebeu sobre as consequências do tratamento a que seria submetida e à assistência de enfermagem durante esse tratamento. Sabe-se que a enfermagem desempenha papel fundamental na informação antecipada para a mulher sobre as alterações que o câncer de mama e seu tratamento provocam na vida daquelas que o vivenciam e recebem.

No entanto, nenhuma das mulheres referiu ter recebido orientações dos profissionais de saúde que atuavam no setor de quimioterapia do hospital e, sim, o conhecimento estava ligado às experiências anteriores de familiares ou de conhecidos que haviam passado pela doença. Esse fato pode ter contribuído para que esse período fosse vivenciado com maiores dificuldades e sofrimento, pois elas, apesar de conhecerem o evento adverso do tratamento, apresentaram sentimentos e não tiveram orientação sobre como proceder frente à alopecia que iria acontecer.

Antes do início da quimioterapia, é necessário esclarecer dúvidas e fornecer informações sobre quando ocorrerá o início da queda do cabelo e dos pelos do corpo, dos recursos existentes para o disfarce da alopecia e onde adquiri-los. É importante, ainda, informar sobre uma possível variação no estilo, que esses recursos podem ser utilizados de diversas maneiras e concomitantemente a acessórios diversificados em cores, em estampas e em modelos que deixam a pessoa com um ar mais jovial e despojado, para aquelas que assim o preferirem.

A queda do cabelo representa uma etapa do tratamento e, a esse evento, as mulheres associam o fato de que fica mais fácil aceitar a doença e suas implicações em seu corpo, pois quando ele cai, a aceitação vem, por ser uma mudança real.

*“Acho que depois que caiu o cabelo parece que você aceita mais (...) você fala assim, não agora, o que tinha para acontecer já aconteceu (pausa)! (E13)*

Mas não é apenas o cabelo da cabeça que cai nesse tratamento. Todas as partes do corpo que possuem pelo também são acometidas como a região pubiana, as axilas, as pernas e as sobrancelhas. É a representação de um corpo desnudo e transformado que a mulher vivencia nesse contexto do tratamento quimioterápico.



*“sobrancelha, ela já era rala mesmo, até aqui caiu um poquinho (risos), das pernas não caiu não, de baixo do braço tem que ficar rapando também, depilando (...)” (E1)*

*“ Caiu tudo [pelos pubianos]!” (E2)*

*Ah! Lá está caindo [pelos pubianos]” (E4)*

*“Não, só mesmo da cabeça que nem a sobrancelha não caiu, mas da cabeça até que não caiu tudo! Assim de ficar limpinho mesmo não ficou não! Caiu um pouco também [pelos pubianos]! Aqui eu quase não tinha (axila), das pernas não caiu!” (E7)*

*“Do corpo inteiro! Das axilas, não tem nada! Só aqui que ficou um pedacinho, na sobrancelha! Aqui também não caiu [pelos pubianos], eu acho que não (risos)!” (E9)*

*“Agora caiu da cabeça, a sobrancelha está caindo e da parte aqui [da vagina] caiu também tem só uns fiozinhos! Da vagina! Caiu (...)” (E10)*

*“Aqui embaixo na virilha caiu um lado (...) só (...) nem na perna não caiu ainda, a sobrancelha também (...) não sei se ela raleou, acho que ela raleou, raleia!” (E11)*

*“(...) só as pernas que não caiu muito! Sobrancelha porque eu tenho ela (...) caiu um pouco não caiu tudo, não, mas eu já tinha feito definitiva então aparece mais um pouco.” (E12)*

Porém o maior sofrimento relatado por estas mulheres foi da perda do cabelo e das sobrancelhas, pois são locais difíceis de disfarçar perante as pessoas e isso reflete a pessoa adoecida que elas querem esconder. A sobrancelha é alvo de lamentações, pois gostariam de ter tido mais vaidade em relação a ela, mantendo-a delineada e bonita, antes da descoberta da doença e do início do tratamento.

*“Igual à sobrancelha, eu falo, nossa! Eu vou fazer porque pode ser que mês que vem eu não tenha (risos). Nas axilas (...), na perna ainda tá nascendo, está normal! Nesses, eu achei foi até bom (risos), não precisa depilar. O problema é só o cabelo mesmo e a sobrancelha. A sobrancelha até então a minha não caiu. (E2)*

*“o pelo da vagina caiu, o da perna eu achei que fosse cair, tem pouco, mas caiu, debaixo do braço também não está nascendo, mas a sobrancelha caiu pouco. Não liguei porque eu depilava! Foi ele [marido] que percebeu porque eu nem olho, nem percebi!” (E3)*

*“da axila deu uma diminuída um pouco, mas não caiu, não! A gente fica preocupada com o cabelo da cabeça, o resto (...) está mais escondidinho. (E4)*

*“É, caiu tudo! É (...) tudo! [pelos pubianos]. O corpo eu não tive preocupação muito, não! Eu vou ser sincera, foi o cabelo da cabeça e sobrancelha menos, mas o cabelo da cabeça que eu senti muito mesmo, dos outros eu não importei não!” (E6)*

*“você valoriza o cabelo que antes você não valoriza tanto, você fala assim: eu vou valorizar a minha sobrancelha porque eu não sei se eu vou ficar sem ela também! Acho que tudo bem, se cair, a gente passa um lapisinho” (E13)*

Como um modo de diminuir a dor de vivenciar a queda gradativa do cabelo, as mulheres deste estudo preferem colocar um fim nessa situação, cortando ou raspando o cabelo. Percebe-se que as mulheres relataram que o fato de elas resolverem cortar o cabelo surge como um domínio delas sobre a doença.

*“eu tinha o cabelo bem bonito, bem compridão, aí eu passei o pente e saiu um punhadão, aí eu falei assim pra minha menina: Pega a tesoura e corta!” (E1)*

*“no início, eu tive muito medo como que seria e quando começou a cair, eu raspei (pausa), não esperei cair completamente não, na hora que eu comecei a puxar e ele começou a cair (...), aí eu já raspei. Esperei dois dias, aí eu chamei a cabeleireira e pedi para ela ir lá em casa. Achei que eu iria chorar mas não, em momento algum eu chorei.” (E2)*

*“Fui cortando aos poucos!” (E4)*

*“cortei bem chanelzinho (...) bem na nuquinha assim e chanelzinho na frente. Minha sogra tem a maquininha aí a gente foi lá na casa dela, passou a maquininha e ela chorando e eu também (risos)!” (E5)*

*“a gente passava a mão saía aqueles punhado de cabelo, aí eu pedi meu filho que passasse a maquininha para tirar o resto porque todo dia aquilo incomodava, você vestir a blusa e estava aquela cabelada na blusa, ia tomar banho saía aqueles punhadão, aí passou a maquininha no resto” (E7)*

*“chegou lá na Aparecida do Norte, eu levei a tesoura, fui na sala dos milagres, peguei uma sacola e as meninas cortou ele aqui, eu deixei lá! Na hora que está tirando, você acha dor, mas tem que dar uma de forte!” (E10)*

*“Cortei curtinho assim aqui” (E11)*

*“ele começou a cair eu fui e já pedi para passar a máquina mesmo, não fiquei esperando ele cair muito porque é ruim, as experiências que a gente tem da pessoa que fica vendo ele cair aos pouco é pior, então eu fui e cortei!” (E13)*

A justificativa encontrada por essas mulheres para amenizar a situação é que cabelo cai, mas nasce de novo. Isso serve de consolo e elas se apegam nesse argumento para enfrentar a situação. Para elas, o importante é a cura e a perda do cabelo é necessária para que a cura aconteça. Isso faz com que esse momento seja menos dramático e tenha menor repercussão em suas vidas, além do fato de que elas se apegam ainda na esperança de que vai nascer um cabelo mais bonito e forte do que o anterior.

A alopecia possui implicações psicossociais, pois o cabelo é visto como sendo símbolo social, político e cultural, e sua perda pode ser associada à ausência de atratividade e de individualidade. As reações dos pacientes diante da alopecia podem variar segundo a importância que dão ao cabelo e a sua representatividade em suas vidas. Muitos pacientes

encaram esse efeito adverso como algo normal, inerente ao tratamento, e aceitam a queda do cabelo, percebendo que é um evento passageiro e temporário (CIGONA; NASCIMENTO; LIMA, 2010).

*“Eu não fico preocupando com o cabelo, eu preocupo em sarar e depois nascer. Depois que acabar o tratamento, vai nascer de novo.” (E1)*

*“pensa que é uma fase, passa! De perda para o bem, mas (...) é difícil, mas tem que passar, faz parte do tratamento.” (E2)*

*“a gente já sabe como é que é, já põe na cabeça que vai cair, que vai nascer de novo” (E3)*

*“dá um baque! Mas (...) tem que passar (...) cabelo cresce de novo! Cabelo cresce!” (E4)*

*“eu acho assim que é uma coisa passageira, vai passar, vai nascer, todo mundo falando que vai nascer três vezes mais forte, mais bonito, mais grosso, meu cabelo era muito fininho (risos), vai nascer mais bonito!” (E5)*

*“Falei eu não, para que eu vou chorar, ué! Tem cura, a gente faz o possível e o impossível para tratar, o cabelo vai nascer de novo não sei se vai nascer mais feio ou se mais bonito mas que vai nascer vai (risos)! Então, eu estou tranquila!” (E8)*

*“eu coloquei nas mãos de Deus, sabe, então falei cabelo nasce outro! Ah não dei bola! Falei ah cabelo, pelo nasce outro, isso não faz diferença, voltando eu com saúde porque eu quero é sarar! Cabelo nasce outro o importante é eu sarar! Falei (...) cabelo não faz diferença!” (E10)*

*“Cai, mas nasce outro! O importante é sarar! Cabelo nasce outro né!? Cabelo nasce outro! Demora a nascer, mas nasce!” (E11)*

*“o cabelo eu acho que foi o de menos, a mama eu acho que é pior porque o cabelo vai nascer outro (...) a mama eu vou ter que colocar outra.” (E13)*

Encontrar um meio de refúgio diante de tanto sofrimento é necessário. Essas mulheres se apegam à condição de que a perda do cabelo é para o seu bem, pois sem o tratamento não haverá a cura, e sem a cura, elas estão condenadas à morte. A vontade de viver se faz presente, pois elas não querem deixar aqueles que amam e que dependem de seus cuidados.

Mas a angústia e o sofrimento por perder seus cabelos é algo inevitável mesmo diante das justificativas que encontram para enfrentar a situação. Um momento difícil para as mulheres é quando elas se olham no espelho e veem uma imagem que foge da sua aparência anterior ao tratamento. Nesse momento, elas vivenciam um sofrimento associado ao seu corpo transformado.

*“olhar no espelho é muito difícil e ver sem cabelo. Não parecia eu, parecia outra pessoa porque perde um pouco da identidade. Não*

*parecia eu, eu falei, gente (...) ficou muito feio (risos). Eu achava tudo muito feio porque eu sem cabelo, sem mama, é tudo diferente (...) como mulher me sinto mal!” (E2)*

Sentir-se mal enquanto mulher retrata a interação simbólica com o *self* à medida que a mente define as coisas ao modo que o indivíduo as interpreta. A ação é uma resposta advinda da atividade da mente que se manifesta sempre que o indivíduo interage consigo mesmo. Assim, ao interagir com o seu *self*, quando se olham no espelho, as mulheres interpretam que estão diferentes e se sentem feias, pois a imagem refletida revela a pessoa doente, em transformação, seja para a cura ou não.

*“Aí, você olha assim e você sente (...) ah, feia mesmo! Mas assim é você olhar no espelho, igual assim você tem o costume de olhar todos os dias, você vê que não está do jeito que você quer.” (E4)*

*“não sou eu mesmo, eu olho no espelho e falo, nossa que feiúra! Parece uma bruxa, ah, eu acho horrível, vou ser muito sincera, parece uma capetinha porque eu acho minha orelha muito grande, aquela cabeça careca, nossa, que coisa feia, é horrível! Então, não olho muito não, vou ser sincera, não me faz bem, sabe!” (E6)*

*“A gente acha esquisito fica assim esquisito a cabeça!” (E7)*

Cada sociedade constrói sua cultura, que é enraizada ao longo do tempo, sendo esta cultura a norteadora das ações de seus habitantes. Em nossa sociedade, é cultural que a figura feminina exiba cabelos longos e, a masculina, cabelos curtos, sendo ainda esperado que o sexo masculino não exiba cabelo algum. Esse fato é evidenciado por meio da fala de uma das nossas atrizes sociais.

*“Olhei assim e vi meu pai! Meu pai era careca!” (E3)*

Mas cada mulher vivencia de uma maneira essa circunstância em sua vida e, assim, cada uma atribui um significado à imagem que vê refletida no espelho. Para umas, se ver sem cabelo é sinônimo de sofrimento, mas, para outras, é normal e elas não associam esse evento a sofrimento ou a luto. A partir da interpretação de cada pessoa, os significados são modificados e manipulados conforme o momento em que se vive.

*“eu não achei estranho não (...) eu, assim (...) eu olho no espelho e penso assim: estou bonita até careca (risos)! (E1)*

*“Mas eu estou tranquila, eu olho no espelho e não sinto nada! Tem gente que chora, muitas amigas minha falou que chora, fica deprimida, falei, ah não vou mexer com isso não!” (E8)*

*“na hora que cheguei e olhei no espelho falei: não caiu tudo (...) para mim foi normal!” (E9)*

*“Ah! Eu me senti estranha! Eu achei que não era eu! Mas depois com o tempo eu fui acostumando! Agora eu já olho e não (...) sinto normal! Eu sinto que eu não tenho cabelo, mas que estou normal, que sou eu mesma! Porque primeiro eu não sentia que era eu, sabe,*

*sentia outra pessoa, agora, eu me sinto eu mesma como eu era de cabelo!” (E10)*

*No início assim, eu estranhei, mas depois foi normal” (E13)*

A perda do cabelo pode ser encarada com naturalidade e tranquilidade ou, ainda, esse estágio pode ser alcançado quando as mulheres se acostumam com seu corpo transformado e passam a se conhecer na nova imagem refletida no espelho. Porém, a preocupação com a sociedade persiste, reforçada pelo aspecto cultural:

*“na hora que eu olhei no espelho eu falei (...) gente, mas até que não ficou tão ruim assim não (risos)! Na hora que eu olhei eu falei (...) gente, tranquilo! Então sou eu mesma, continuo a mesma pessoa, quem gosta de mim vai continuar gostando, eu não vou ser uma pessoa melhor ou pior por isso (...) então eu encarei numa boa!” (E5)*

A interação social pode ser responsável por nossa maneira de agir e de ver o mundo e pode influenciar o modo como encaramos e enfrentamos as adversidades de nossas vidas, uma vez que a ação de cada um depende, em parte, do que os outros fazem na situação. Não é o outro que determina o que fazemos, mas sim o fruto dessa interação, pois isso guiará nossas atitudes perante a situação vivenciada.

A imagem não é apenas a aparência física, mas também uma projeção da identidade pessoal de alguém. A imagem corporal é a maneira como percebemos nosso corpo, ou seja, a representação mental da forma corporal, da cor, do tamanho, dos traços, das feições e a autoimagem é aquela imagem que possuímos tanto do nosso interior quanto do nosso exterior. É ela que controla nosso comportamento e personalidade, sendo responsável pelo que somos no momento (PEÑA, 2013).

Assim, autoestima é a maneira como nos sentimos em relação a nós mesmos, é o valor que atribuímos a nós próprios de acordo com a nossa imagem e com a estima que gozamos das outras pessoas. A aceitação e a aprovação das outras pessoas são de extrema importância no desenvolvimento de nossa autoestima (PEÑA, 2013).

Nesse contexto, considera-se que a mulher que apresenta alopecia, em decorrência de tratamento quimioterápico, pode ter sua autoestima diminuída em virtude do preconceito que pode sofrer da sociedade devido à sua aparência física transformada. A imagem corporal que a mulher passa a ter de si mesma, a partir da queda do cabelo, é a de uma pessoa desfigurada, diferente das demais que fazem parte do seu círculo de convivência.

### 6.3.4 Subcategoria: Recursos utilizados frente à alopecia

As mulheres, ao apresentarem a alopecia, sentem a necessidade de disfarçar ou de escondê-la e, para isso, utilizam algum recurso estético. Ao se comunicarem com o seu *self*, elas fazem indicações para si mesmas e percebem que o uso de artifícios pode melhorar sua imagem corporal.

Neste estudo, foi citado o uso de estratégias como lenço, peruca, chapéu, boné e touca. A escolha do tipo de artifício deve-se à melhor adaptação da mulher a ele e de acesso.

*“eu pensava se eu colocar a peruca ameniza um pouco (...) a peruca foi assim umas amigas minhas que cortou o cabelo e me deu, aí uma mulher daqui que fez. Precisa de muito cabelo, então foi cinco pessoas que cortaram. Ela é do tamanho do meu cabelo. A peruca é bem parecida com meu cabelo, ela é lisa, até a cor, ela não chega a ser preta, é mais clara, sabe, mas foi da cor do meu cabelo, não precisou pintar (...) é um castanho assim!” (E2)*

*“Não, não quis! Meu marido quis comprar eu falei assim (...) não, não quero isso [peruca] não! Ah! Não! Muito feio, não gosto daquilo lá, não!” (E3)*

*“Só que eu prefiro mais é o chapéu mesmo. O chapéu corre ar” (E10)*

*“É porque o lenço eu achei mais fácil! Põe o lenço e já sai, a peruca e o chapéu eu achei mais estranho. O chapéu até que não, eu já saí na rua com ele” (E11)*

O uso de peruca pode ser interpretado como o disfarce perfeito para mascarar a exibição de um rosto descaracterizado, sem cabelo.

*“raspei o cabelo lá no salão mesmo que a moça já raspou e já colocou a peruca. Então, hoje, eu estou sem porque foi para lavar, eu só tiro mesmo o dia de lavar, que é o dia que eu faço a quimio, que aí eu nem vou trabalhar. Eu consegui o cabelo quase igual ao meu, nossa (...) ninguém acredita que eu faço quimio, que eu faço tratamento de tão assim perfeito que ficou! Eu tiro a peruca para dormir. Só à noite, na hora que eu vou dormir! E sozinha! Eu tenho luzes, eu peguei um pedacinho lá na hora que a moça raspou entreguei para a minha cabeleireira e falei eu quero igualzinho e ela fez realmente igual então vou ser sincera o povo ninguém acredita. Ela é assim é castanho escuro e com uma coisas dourada né uns fiozinhos dourados (...) a gente soa nossa menina você não imagina a gente pinga com ela, esquentada! Ela é assim, é mais moderna do que as que eu vi aqui é bem grande assim a rede! Eu mando na cabeleireira porque ela já tem que fazer hidratação por causa das luzes que resseca (...) tem que ser lá!” (E6)*

A fala acima nos mostra uma preocupação excessiva com detalhes, pois ela faz uma peruca exatamente igual ao seu cabelo original, e somente fica sem a peruca no dia em que faz quimioterapia. Isso mostra que, apesar de a depoente não negar a doença, ela não compartilha com ninguém sua condição física, a não ser em casos em que é questionada sobre ela.

Observa-se que a autoaceitação do corpo transformado é difícil, e que a busca de recursos para escondê-lo se faz presente de um modo a manter seu *self*. Essa mulher acredita que a estratégia do uso da peruca o tempo todo leva as pessoas a não a verem como um ser adoecido.

Essa fala revela o indivíduo estigmatizado, numa situação em que é mais cômodo não revelar sua condição física a ter que enfrentar os olhares de desaprovação ou de rejeição das pessoas, além ainda de ser uma maneira de se afastar de comentários que possam diminuir sua autoestima.

Mas o uso desse artifício, por outras mulheres, é tido como desconfortável. As falas a seguir revelam que o uso da peruca é visto pelas mulheres como um artifício para ser utilizado, mas que gera desconforto devido à pouca ventilação e que, por ser um cabelo diferente do seu, aflora a pessoa adoecida. Muitas mulheres acabam por usar a peruca apenas eventualmente e, no restante do tempo, preferem usar lenços ou turbantes por se sentirem mais confortáveis.

Independentemente do artifício utilizado, elas usam por causa da sociedade. A alopecia é uma condição que deixa a mulher vulnerável a olhares e a comentários, e isso faz com que ela tenha uma imagem negativa de si mesma, gerando a autoimagem de uma pessoa adoecida e que relembra as consequências do tratamento sobre seu corpo e sua vida.

*“Ah! Eu sempre vejo as mulheres aí e não gostei muito não [peruca]! Ah, parece que achei esquisito, um cabelo esquisito!”  
(E7)*

*“Eu não (...) tenho nojo, eu não acho graça naquilo, tenho nojo (peruca)” (E9)*

*“eu uso, só que eu não uso direto porque esquenta muito! Eu sinto diferente eu sinto parece que estou com o meu cabelo, aí eu reparo e vejo que não é o meu! Aí, eu vejo que está torto, eu vejo o corte diferente, não é igual” (E10)*

*“Até arrumei uma peruca, mas não quis colocar! Ah! Não tenho costume, é um trem desajeitado, fica até bonitinho o cabelo, o cabelo fica parecendo igual, mas eu prefiro o lenço do que a peruca. É porque as mulheres mais põe lenço, a gente vê mais lenço. Eu fico assim, ah eu vou usar a minha peruca, depois eu*

*ponho ela na cabeça e tiro (...) Ah! Não! Não vou usar não! Quando eu ponho ela até que não fica feio não, fica bom, mas eu não tive coragem de sair com ela não! Quando a gente vê uma pessoa, a gente o que mais repara é o cabelo, aí vê a gente não tem aí fica com a peruca (...)" (E11)*

As perucas são artifícios que possuem inúmeros modelos, preços, materiais utilizados em sua confecção e que tornam esse recurso mais ou menos acessível devido ao seu custo. A mulher deve ser informada de que, antes do início da queda do seu cabelo, ela pode cortar o mesmo e guardá-lo para que confeccione sua peruca com seu próprio cabelo e que apenas o cabelo de uma pessoa não é suficiente para fazer uma peruca, sendo necessário cabelo de cerca de três ou mais pessoas, em torno de 200 gramas, pois existem muitas perdas durante seu processo de confecção.

A mulher necessita receber orientações sobre os locais em que pode confeccionar sua peruca, sobre os valores deste artifício que variam conforme o tipo de rede, cabelo natural ou artificial, tamanho, tonalidade, entre outros. Por ser um artifício que pode ter um valor entre R\$ 300,00 a R\$ 800,00 muitas dessas mulheres acabam não o utilizando devido ao investimento financeiro necessário para sua aquisição e/ou por não conhecerem os locais onde poderiam ter acesso, como os grupos de apoio a pacientes com câncer.

É necessário orientar que existem perucas apropriadas para cada tipo de rosto: oval, redondo, retangular, quadrado, triangular e que a opção pelo estilo e tipo deve ser o que mais agrada e mais apropriado for para o tipo de rosto da mulher, uma vez que isso proporcionará conforto, segurança e tranquilidade para a mulher sair em público e não ter suas atividades cotidianas interrompidas e/ou modificadas.

O lenço também foi um recurso utilizado pelas mulheres de nosso estudo.

*"falei vamos colocar uns lencinhos! Esses dias eu estava vendo a novela da Catarina, do Cravo e a Rosa, ela usa os lencinhos, está vendo (...) ela usa os lencinhos (...) então eu gostei, se eu não tivesse gostado, me sentindo bem, eu ia até procurar outro recurso sabe, mas eu gostei. Tem um casamento mês que vem, eu vou ser madrinha, já estou começando a ver um lenço chique (risos), então não mudei em nada a minha vida (...) continuar desse jeito" (E5)*

Um outro recurso, o turbante, também foi utilizado por duas das entrevistadas. Para elas, o turbante as deixa mais joviais e com uma imagem mais suave, pois consideram que o lenço as envelhece, relatando que ele solta e é difícil de amarrar.

O uso de turbante pode ser uma alternativa útil e confortável, principalmente se o couro cabeludo estiver irritado. É um recurso que permite o uso de adornos como algumas



mechas de cabelo ou com parte da franja (PEÑA, 2013). É possível ainda a utilização de faixas, com características de tiara, o que o deixam bem despojado, elegante e variações de cores e de estampas são possíveis em um único turbante.

*“aí, eu olho para o espelho assim e tenho que colocar um lenço, colocar alguma coisa, aí eu me sinto (...) sabe (...) me sinto feia, aquele trem. Os lenços mesmo eu odiei todos! Não gostei daquele trem, sabe aquele rosto redondo, aí fica aquele trem largo, eu odiei! Agora o que eu gostei foi dos turbantezinhos (...) ele coloca na cabeça, de malha, aí você muda só a frente! Aqueles lenços, dá um ar assim (...) envelhece a gente né, entendeu? E o turbante dá um ar assim de mais alegre, entendeu? Tenho um tanto lá em casa! Dá um arzinho mais chique assim, suave (...) com o lenço dá um ar assim envelhecida! Não sei (...) porque minha avó usava lenço!”*  
(E4)

*“no início, eu tive resistência a lenço, tanto é que eu tenho peruca, aí eu falei (...) não quero, falei que eu nunca ia usar lenço, e agora, eu uso muito mais o lenço do que a peruca (pausa). Porque o lenço me trazia tipo a (...) doente sabe (...) agora está bem, estou me sentindo à vontade, ele já é familiar (risos), no começo, eu tive resistência, mas agora com o decorrer do tempo (...), e agora eu não me importo mais. Esse aqui ele é pronto, esse é só de enfiar a cabeça mesmo, ele é de malha (...), e esse aqui ele é uma faixa que vem separado. Ah! Isso facilita muito porque eu num tenho jeito pra amarrar o lenço, não! Aí, eu preferi comprá desse pronto, que é superprático porque já tem um buraco da cabeça e é só colocá! Pode variar bastante porque a faixa é independente do lenço. Tenho preto, tem rosa, tem bege (...) o lenço ele é mais confortável, deixa mais à vontade! A peruca, ela é muito quente”* (E2)

Para algumas mulheres, o uso de artifícios para disfarce da falta do cabelo é imprescindível na presença de outras pessoas, sendo que apenas ficam sem nada na cabeça quando estão absolutamente sozinhas, o que explicita a pressão da sociedade.

*“Quando tem gente, eu ponho o lenço, se a minha filha vem dormir comigo, que ela mora em Campinas, quando ela está aí, aí eu ponho o lenço para dormir! Eu não gosto de lenço, ele dá uns (...) ele cai, solta!”* (E6)

Mas é evidente que tanto o uso de peruca quanto o do lenço causa incômodo e desconforto a essas mulheres. Elas apontam desvantagens no uso desses artifícios e não percebem vantagens quanto ao seu uso, nem mesmo a vantagem do disfarce da alopecia. Esse fato explicita que o seu uso é necessário e que não lhes resta outra opção nesse momento de suas vidas, porque internamente querem se apresentar à sociedade sem a doença.

*“Aí, logo coloquei o lenço, sai, que estava muito pior ficar com o cabelo caindo, que ficar com aquilo (...)” (E3)*

Apenas uma das mulheres desta pesquisa relatou não utilizar artifício algum para disfarce da alopecia, demonstrando aceitação por seu novo *self*.

*“eu nunca tive vaidade demais não! Então não sei como que as pessoas aguentam, aquele lenço me incomoda muito.” (E13)*

Mas as mulheres apresentaram justificativas para o uso dos artifícios. Elas acabam utilizando-os, pois acham feio sair à rua sem nada para disfarçar a alopecia, porque ficariam diferentes das outras pessoas, uma vez que estão carecas ou com falhas no cabelo.

*“Ah! Eu fico diferente, as outras pessoas com cabelo e eu assim andando na rua assim (...) eu não tiro! Eu não ligo, eu vou na padaria de lenço, saio na rua, normal! Mas eu não importo de ficar dentro de casa não [sem lenço]. Às vezes, chega visita (...) vê, parente meu chega lá, mas já sabe (...) aí (...) (pausa).” (E1)*

*“Ah! Eu saio porque eu acho que fica feio! Não incomoda não! Fica feio, fica falho, o cabelo da gente! Eu falo fica feio, o negócio é feio, não adianta eu falar para você que é bonito porque não é! Porque um homem careca é uma coisa, agora, uma mulher careca?” (E3)*

Andar pelas ruas sem nenhum artifício representa vivenciar a cada olhar um preconceito e a lembrança de que se é portadora de câncer, doença que representa para a sociedade a condenação à morte. Mas ficar sem nada na cabeça é permitido nas situações em que essas mulheres estão na presença de familiares e de amigos.

*“desde o início! No outro dia, já fiquei sem lenço, falei (...) não, está mais fresquinho e até que fiquei bonitinha (risos), até o pessoal que vai lá em casa, os amigos mais assim íntimos, às vezes, a gente está assim tomando um lanche, eu fico sem lenço! Oh gente, vocês não reparam não que está muito calor (...). Então, eu já acostumei, não fico constrangida, de jeito nenhum! Assim, de coração mesmo, não fico!” (E5)*

*“Não lá em casa eu fico, na roça eu fico, quando está só eu com os meus filhos eu fico, mas chegou alguém eu coloco. Não por (...) por mim eu ficava, mas pelos filhos.” (E9)*

*“Só para sair! Em casa eu fico sem!” (E10)*

*“normalmente, as pessoas que você vai em casa visitar você vê elas (...) em casa normal, o normal delas é ficar sem nada (...) na hora que a campainha toca elas vão lá e dão uma (...) eu não, chega gente lá em casa, eu não coloco nada não! Pode ser a pessoa que for fico sem nada!” (E13)*

Outras justificativas também foram apresentadas para o uso de artifícios como lenços e peruca como para proteger-se da exposição aos raios solares.

*“Começou a esquentar eu arranco porque na minha casa eu não uso, quando eu vou caminhar à noite eu não uso, só uso quando está o sol quente porque fica queimando, aí eu ponho senão não! Eu só coloco quando eu vou para a rua com sol por causa da minha menina (...) mãe, põe, os outros fica perguntando para a senhora! Porque quem me vê de sutiã não vai falar que eu tirei o seio só vê quando olha porque eu estou sem cabelo!” (E8)*

*“Às vezes, eu coloco um bonezinho assim quando eu vou sair muito no sol, mas é o máximo! Agora, quando eu vou para uma audiência, aí eu coloco o lenço arrumadinho, mas acabou também ali mesmo eu já tiro porque eu não suporto nada” (E12)*

*“No quarteirão lá de casa que eu faço fisioterapia eu costumo andar sem nada porque eu sinto muito calor na cabeça, lenço me incomoda (...) agora, quando eu vou no centro, aí eu já não gosto de ir sem não mesmo por causa do calor, né, esquenta muito, o sol bate e não tem o cabelo para proteger e as pessoas olham muito para a gente” (E13)*

Mas o fato de saírem sem nada na cabeça também é levado em consideração pelas depoentes, uma vez que elas vivenciam um momento de enfrentamento da alopecia e da representação dela para a sociedade. A reconstrução do *self* as faz ir vagarosamente assumindo a sua nova imagem perante a sociedade, iniciando pelo universo menor, que é a família.

*“Agora eu fico sem lenço.” (E2)*

*“E se um dia eu quiser sair com a cabeça pelada, eu não estou nem aí! Vou sair e ninguém tem nada a ver com minha vida não!” (E4)*

As falas evidenciam que essas mulheres estão vivendo um momento de aceitação da sua condição física, em que não descartam a possibilidade de não mais utilizar artifícios para a melhoria da imagem corporal perante a sociedade.

A alopecia levou a mulher a buscar estratégia para enfrentamento de sua nova condição física, e isso provocou aumento de sua vaidade. Antes da queda do cabelo, muitas não tinham o costume de usar maquiagem, não se preocupavam com a roupa que vestiam e não usavam brincos.

*“passar um batonzinho, colocar um brinco se quiser, cuidar, não preocupar, achar que porque está doente não tem que esquecer da vaidade, de ser um pouquinho vaidoso, tem que gosta de arrumar!” (E1)*

*“maquiagem eu sempre usava mesmo por conta do trabalho, mas (...) em dia normal não usava, é (...) não ligava muito, não! Agora, pela perda do cabelo (...) é (...) assim, eu tento ficar mais vaidosa. Brinco eu já usava, mas (...) maquiagem como eu usava todos os dias assim, aí dia de final de semana eu não queria (...) agora, eu já*

*não fico sem! Ah, mais (...) é agora com tudo (risos) eu preocupo, roupa também.” (E2)*

*“Eu gosto de lápis, de um batom, mas acho que ajuda a gente a levantar o astral da gente!” (E3)*

*“eu nem usava maquiagem muito não, eu era desligada, aí depois disso, aí, eu falei, não, eu passando uma maquiagem, passando alguma coisinha, eu acho que dá para amenizar um pouco (...) foi onde eu comecei a usar mesmo, eu não preocupava não!” (E6)*

A falta do cabelo implicou apropriar-se de outros meios para sentir-se bela e atraente. Isso fez com que as mulheres se preocupassem com detalhes que até então não eram considerados essenciais em seu cotidiano, mas que se tornaram necessários, para o aumento da autoestima.

O aumento da vaidade foi uma estratégia de enfrentamento da alopecia vivenciada pelas mulheres do nosso estudo como um recurso encontrado para se sentirem bem consigo mesmas. O cuidado também se estendeu às unhas, embora elas tivessem consciência de que não podiam retirar a cutícula da mão localizada no braço homolateral à cirurgia. Esse fato não as impediu de cuidar das mesmas, mantendo-as sempre esmaltadas.

*“Porque mulher tem um pouquinho de vaidade, arrumar a unha do pé (...) só que eu não tiro a cutícula, não, eles falaram que não pode.” (E1)*

*“A gente não pode tirar muito cutícula então na mão eu passo esmalte não, porque fica feio, olha para você ver (...) fica escuro! A unha, ela fica escura! Mas o pé sem esmalte fica marmota! Na mão você vai limpando, lixando e não pode tirar a cutícula” (E3)*

*“minha unha eu não posso fazer, tirar cutícula, mas eu continuo fazendo unha, eu sempre gostei de (...), não fico sem esmalte!” (E4)*

A autoestima está presente em todos os sujeitos e se refere ao que o indivíduo pensa e sente sobre si mesmo e sua importância é atribuída ao fato de ela estar relacionada ao modo como o indivíduo reage ativa e positivamente às oportunidades da vida. A autoestima é formada em função de dois componentes: o cognitivo, relacionado ao pensamento sobre determinado objeto e o afetivo, que origina a atitude negativa ou positiva do indivíduo em relação ao objeto (FELICISSIMO et al., 2013).

A preocupação em estar bonita, principalmente quando vão sair de casa, é evidenciada na fala de uma das atrizes sociais da pesquisa.

*“Eu acho que mudou, dentro de casa não (...) mas, para sair, mudou! A gente tem que arrumar um pouquinho mais (...) eu saio mais arrumada” (E3)*

As mulheres consideram que existia uma vaidade anterior à doença e que esta aumentou em função da necessidade de se sentir bonita e arrumada para o aumento do seu bem-estar, reforçando, assim, a importância do autocuidado.

*“Sempre fui vaidosa! (...) antes você arruma o cabelo ficava e pronto, agora você tem que ficar toda hora preocupada” (E4)*

*“Gosto de me cuidar, nunca fui relaxada não!” (E5)*

*“eu não sei se porque a gente está mais velha, eu acho que quando a pessoa é mais nova o rosto bonito né não sente muito o peso da idade.” (E6)*

Assim, as atrizes sociais deste estudo relatam que utilizam vários recursos para se manterem ou melhorarem a autoimagem e, conseqüentemente, a autoestima.

### **6.3.5 Subcategoria: Sociedade**

Em nossa sociedade, é atribuída importância às mamas femininas. As normas sociais impõem que a mulher as exiba de forma bela e cabelos longos, visto que esses símbolos são necessários para a construção da feminilidade (SALCI; MARCON, 2010).

Cada sociedade tem a sua cultura e é esta que guia a maneira de agir das pessoas que ali vivem. Cada grupo, organização ou situação de interação é considerado como uma sociedade. Todos esses elementos são constituídos de indivíduos que interagem e, quando esta interação acontece, ou seja, quando os indivíduos agem cooperativamente, eles constroem uma sociedade (LIRA, 2012).

Em nossa sociedade, as sequelas advindas do adoecimento pelo câncer de mama, e por seu tratamento, geram conseqüências na vida da mulher acometida pela doença, que podem ser permanentes ou temporárias.

A perda do órgão representativo de feminilidade, o comprometimento da funcionalidade do membro superior homolateral à cirurgia devido à dissecação dos linfonodos axilares e a alopecia provocada pelo efeito do agente quimioterápico implicam uma (re) elaboração de uma imagem corporal e a uma (re) construção de um estilo de vida pessoal, familiar e dentro da sociedade em que se vive. O impacto ocasionado pelo câncer é enorme, pois provoca mudanças de ordem social, psíquica e econômica (SANTOS; VIEIRA, 2011).

A alopecia, um dos eventos adversos do tratamento quimioterápico, pode acarretar um sofrimento maior do que a mutilação da mama, visto que aos olhos dos outros é mais difícil de esconder essa alteração da imagem corporal frente a outras pessoas.

*“eu vou ser sincera: o povo fica olhando! Fica perguntando, aí eu sinto assim que eu estou doente, sabe!? A pessoa que olha ela não vai te olhar normal, isso aí não adianta que ninguém te olha normal. Se te olhar, vai ser um sentimento assim de dó, de pena, de piedade, não sei se é orgulho eu não querer esse olhar para mim. Eu acho que eu não preciso desse olhar que eu tenho um outro olhar que eu me sinto melhor quando eu estou com a peruca, entendeu?” (E6)*

A sociedade acaba por estigmatizar a mulher, pois os olhares com expressões indicadoras de pena, de desaprovação, de reparo e de curiosidade acabam levando-a ao isolamento social.

Se a mulher se sente estigmatizada, desenvolve a sensação de não saber o que os outros estão realmente pensando dela. É provável que o indivíduo estigmatizado sinta que se encontra em exibição e leve sua autoconsciência e seu controle sobre a impressão que está causando a extremos e áreas de condutas que supõe que os demais não alcançam (GOFFMAN, 1993).

A sociedade influencia na maneira como a mulher com câncer de mama agirá frente à sua alopecia. Ela nutre sentimentos negativos em relação a si mesma, pois se sente feia e diferente das demais pessoas. Neste estudo, verifica-se, pelas falas seguintes, que os sentimentos negativos são relatados por essas mulheres, e este fato pode levá-las a utilizar artifícios, como lenços e/ou peruca, para a melhoria de sua imagem corporal, quando elas estão diante de pessoas que não fazem parte de sua rede familiar ou de amizade.

*“eu andar sem nada? Ah! Eu acho que eles vão ficar olhando porque vai pensar assim (...) o que que aconteceu com o cabelo dela? Ela tinha um cabelo comprido (risos).” (E1)*

*“Eu só não ando sem lenço na rua porque é feio. Eu ando lá perto de casa, mas falar assim para você que eu saio num lugar assim(...). Porque não é aquele ar assim, é feio e as pessoas parece que ficam olhando para você, não sei, não é que você sente que está olhando para você (...) parece que incomoda.” (E3)*

*“eu coloco porque lá minha cidade tem muita gente que acho que não tem o que fazer! O primeiro dia que eu saí na rua de lenço eu fui na lotérica pagar água, aí, estava uma fila enorme na lotérica, aí eu cheguei na fila eu estava com o lenço e o chapéu em cima aí todo mundo virou assim (pausa) olhava, virava, aí, falei assim se começar a olhar demais vou perguntar o que que elas estão me vendo que eu tenho? A próxima vez que eu sair e os outros me*

*olhar, eu vou tirar o chapéu ou o lenço se tiver e ficar assim com a cabeça normal! Vocês querem ver, então vocês vão ver! Parece que a gente sente assim rejeitada! Parece assim que eles pensam que é uma doença que pega só que não é doença que pega, eu acho que eles pensam que pega (pausa), então eu acho é isso que eles acham que é uma doença que pega! Tirando isso do povo (...) só que eu não vou lá mais não se o outros olhar eu falo eu não estou nem aí, quer olhar olha.” (E10)*

A sociedade exerce influência ainda na escolha do artifício que a mulher usa para disfarçar a queda do cabelo. Isso é revelado na fala de depoentes deste estudo.

*“Ah! Eu sinto assim que os outros vão ver, que o outros vão reparar (...). Que vai ver eu com a peruca, vai reparar, vai achar feio!” (E11)*

O pensamento, os gestos, as palavras e as expressões são considerados símbolos. A interpretação desses símbolos é realizada por meio da interação de um indivíduo com os demais e por intermédio da sua autointeração, sendo que a definição dada a esses símbolos remete a uma ação humana. Nesse caso, a mulher, ao interpretar as expressões faciais das pessoas diante de seu corpo transformado, interage consigo mesma e remete interpretações em relação aos olhares alheios e assim ela tem uma ação diante da interpretação realizada, que, no caso, a leva a utilizar artifícios para amenizar a falta do cabelo.

O convívio social causa angústia nas mulheres, pois a curiosidade e os comentários são considerados inconvenientes e desnecessários.

*“me causa angústia as pessoas ficar questionando sabe, aí quer saber de tudo (...) fala ah (...) e o seu cabelo, sempre tem uns inconveniente. Eu não importo desde que seja alguém conhecido meu, agora de fora, aí eu não gosto. Eu falava assim (...) nossa eu não quero sair na rua e as pessoas me falar (...) Ah! Coitadinha (...) está fazendo tratamento. Tem pessoa que não conversa com a gente e nessa fase, é (...), aproxima às vezes pra ajudar, às vezes de curioso. Então eu não gostava mais de sair. É (...) a curiosidade é que incomoda.” (E2)*

*“Eu fui para casa e no dia eu fiquei um pouco abatida, assim é uma coisa diferente, você pensa como que as pessoas vão te olhar, mas depois, numa boa! Nos primeiros dias que a gente sai de casa, não tem aquele impacto? Tem! Algumas pessoas perguntam (...)” (E5)*

De acordo com a perspectiva psicossocial, a estigmatização se refere à perda de status, à desvalorização e à conseqüente desvalorização do indivíduo devido à atribuição de estereótipos negativos em função de características pessoais e físicas que ele possui, as quais não são socialmente aceitas. Essa situação leva a conseqüências negativas devido à internalização do estigma à medida que o indivíduo se torna consciente de sua situação de

saúde e do estigma relacionado a essa condição quando ele passa a concordar com este e a aplicar estereótipos negativos a si próprio. Os efeitos dessa estigmatização acarretam danos irreparáveis ao indivíduo como perda da identidade, oportunidades de vida, de esperança, entre outros (FELICISSIMO et al., 2013).

A doença se torna ainda mais estigmatizante quando a sociedade muda hábitos e condutas diante da nova condição física dessas mulheres. Ao atravessar a rua, sabemos que muitas vezes os motoristas não respeitam a faixa de pedestres e não param os carros respeitando a passagem dos mesmos. Mas ao se depararem com uma mulher que esteja usando lenço, essa situação apresenta-se de modo diferente, pois a condição da mulher revela a pessoa adoecida e isso gera compaixão, acarretando a parada do carro, mesmo que a mulher não esteja atravessando na faixa de pedestres.

*“sabe igual agora, a gente às vezes está na rua e vai atravessar os carros param para a gente passar, aí, eu dou uma olhada e faço assim sabe eu levo na brincadeira” (E9)*

Algumas mulheres relatam não darem tanta importância aos comentários e curiosidades alheias, respondem quando questionadas sobre a doença e a alopecia e fazem menção de que continuaram tendo uma vida normal após a queda do cabelo.

*“deixa os outros perguntar, não ligo para isso não pode perguntar, eu respondo! Esses dias, estava numa loja comprando uns negócios, uma senhora chegou perto de mim (...) posso perguntar uma coisa para a senhora? Falei pode! A senhora está doente, a senhora está fazendo tratamento? Falei estou! Aí tirei o lenço, aí meu cabelo caiu, mostrei o seio para ela. Até gosto que pergunta porque eu respondo, já arranco o lenço para a pessoa ver que eu estou careca mesmo estou tranquila pode ficar sossegada!” (E8)*

*“eu nem lembro para mim na hora que eu vejo que as pessoas estão me olhando eu falo: Ah! Tá (...) mas eu não esquento, não, sabe, para mim foi vida normal nada, nada, nada (...) como se eu tivesse cabelo, como se eu tivesse saído da cabeleireira.” (E12)*

Sabe-se que muitas mulheres apresentam mudanças em atividades que faziam parte de sua rotina habitual, como ir à igreja ou ao supermercado, o que retrata o isolamento social e a mudança de hábitos e rotinas de vida devido à sua nova aparência física.

*“As pessoas às vezes não saem de casa (...)” (E12)*

A maioria das mulheres da pesquisa teve uma reação diferente, pois não se isolou nem deixou de realizar atividades corriqueiras que estava habituada a realizar.

*“o único lugar assim que eu vou assim é mais é (...) supermercado, esse tipo de coisa.” (E2)*

*“falar que fez mal, que eu fiquei chateada, que eu deixei de sair, isso não (...), capaz!” (E3)*

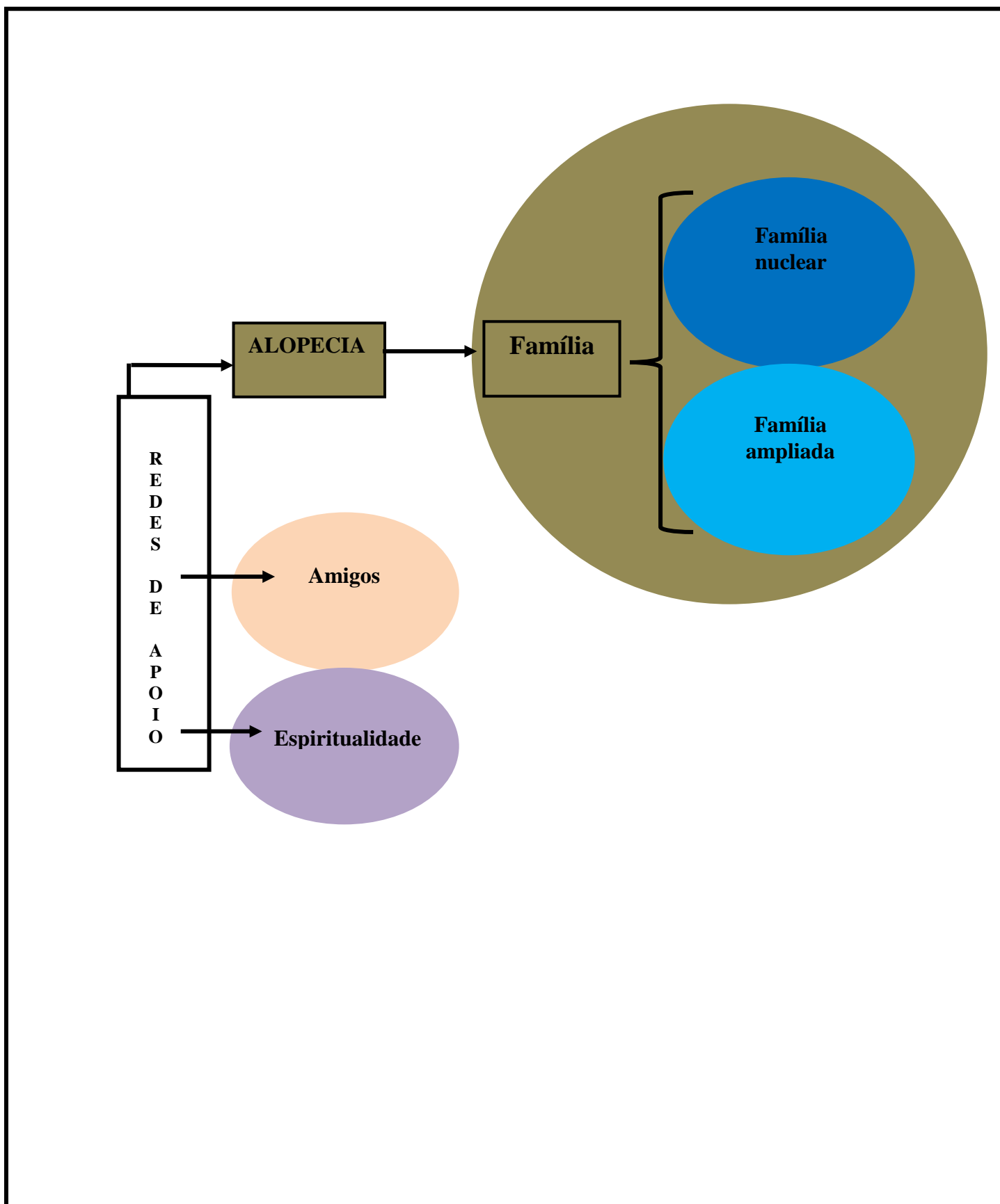


*“não isolando de forma alguma, acho isso muito importante (...) eu sei de casos de mulheres que cai o cabelo, acha que fica feia e isola dentro de casa, eu acho que isso não é o caminho.” (E5)*

*“mas isso não me incomodou assim não de ter vergonha de sair de casa em nenhum momento.” (E13)*

As falas das atrizes sociais nos levam a ver que a sociedade é responsável pela aceitação da doença e do corpo transformado, pois, assim como ela discrimina, ela também permite o acolhimento do doente em várias facetas diárias.

6.4 DIAGRAMA 2 – DESCOBRINDO REDES DE APOIO PARA ENFRENTAR A ALOPECIA



#### **6.4.1 Categoria: Redes de Apoio**

O diagrama 2 se refere às instituições de apoio que fortalecem a mulher para o enfrentamento da doença e das consequências do tratamento quimioterápico, como a alopecia.

Nesse diagrama, que chamamos de “Descobrimos Redes de Apoio para enfrentar a alopecia”, temos uma categoria: 1- Redes de Apoio. Essa categoria é formada por subcategorias que são: a subcategoria família, que está subdividida em família nuclear e família ampliada; a subcategoria amigos e a subcategoria espiritualidade.

Neste estudo, foram consideradas redes de apoio a família, os amigos e a espiritualidade que contribuíram, dando suporte no auxílio para a reabilitação das mulheres.

#### **6.4.2 Subcategoria: Família**

A percepção de que outras pessoas estão próximas e disponíveis para oferecer apoio pode auxiliar o paciente a enfrentar situações de estresse. Os mais citados como fonte de apoio significativa são os familiares e os amigos, mas a equipe de saúde também vem aparecendo como recurso importante e que fortalece a rede de apoio social (HOFFMANN; MULLER; RUBIN, 2006).

A Teoria Geral dos Sistemas, apresentada por Von Bertalanffy, em 1936, para entender e explicar o funcionamento das famílias, explora que um sistema pode ser definido como elementos que estão em interação ordenada, não se limitando aos sistemas materiais, mas, sim, ao todo, constituído por componentes que estão em interação. Sendo assim, um sistema é parte de um todo formado pela união de várias partes (subsistemas), sendo este geral para as partes que o compõem, e parte da composição de um outro sistema mais amplo. Todas as partes do sistema dão suporte para a integridade deste e mantêm um certo grau de organização diante de mudanças internas ou externas (BERVIAN; PERLINI, 2006).

Nessa teoria, a família representa um sistema e cada indivíduo que faz parte dela, um subsistema. O funcionamento da família pode ser explicado utilizando-se o exemplo de um móvel que, ao movimentarmos uma de suas peças, as demais também se movimentam e desorganizam. Isso nos permite compreender que a família é um sistema interligado, e

que cada um dos seus membros exerce influência sobre o outro, sendo que o adoecimento de um de seus integrantes pode ter reflexos no comportamento e no estado emocional dos demais (BERVIAN; PERLINI, 2006).

A família representa a principal instituição social em que o indivíduo inicia suas relações afetivas, cria vínculos e internaliza valores. Essa relação apresenta-se de maneira interligada como se um fosse a extensão do outro e acredita-se que a experiência da doença traz modificações no modo de pensar, de agir e de sentir das pessoas. Assim, acredita-se que mudanças em um membro da família podem afetar todos os outros, bem como o sistema como um todo (FERREIRA et al., 2010).

Para a mulher que recebe o diagnóstico de câncer de mama, o apoio familiar torna-se de suma importância, pois o afeto permitirá que a mulher tenha força e coragem para lutar e enfrentar a doença. A família representa uma peça fundamental no contexto do tratamento, pois quem a tem passará por esse tratamento e enfrentará as adversidades com mais força e coragem para vencer os obstáculos e os desafios.

Torna-se importante reforçar que estamos nos referindo à família nuclear, ou seja, aquela constituída de um homem, uma mulher e seus filhos, e que vivem na mesma moradia (SINGLY, 2007).

Nesse sentido, dentro da família nuclear, a mulher tem sua preocupação voltada para os seus filhos e para o marido. A figura feminina, dentro do contexto familiar, representa o suporte e acalento para a família e, quando essa adoece, a família inteira adoece e pode se desestruturar. A mulher encontra-se diante da necessidade de acalantar seus filhos, mas também da obrigação de se cuidar para se manter viva e continuar perto deles.

As repercussões físicas e sociais ocasionadas pelo câncer de mama levam as mulheres a temer pelo sofrimento de seus filhos, pois, nesse tipo de câncer, as mudanças físicas são visíveis aos olhos de todos e não é diferente em relação ao olhar de seus filhos. A doença se manifesta inicialmente com a mutilação da mama, que retrata uma aparência feminina descaracterizada, pois é natural da imagem feminina a exibição de seios e, posteriormente, com o início do tratamento quimioterápico, a alopecia mostra seus sinais, uma vez que a queda do cabelo se inicia logo após esse.

Diante dessa situação, a preocupação volta-se em relação a esse novo rosto, em que a falta dos cabelos necessita ser escondida para amenizar o impacto diante das outras

peessoas. Nesse momento, a imagem dos filhos se faz presente, principalmente quando estes ainda são crianças, pois é necessário encontrar um modo de agir natural para que essa situação não cause traumas e não seja tão impactante em suas vidas.

Em nosso estudo, as mulheres procuraram contar aos seus filhos sobre a alopecia, iniciando pelo tratamento, em que estas tomariam um “remedinho” e, em consequência, seus cabelos cairiam.

*“a mamãe vai tomar um remédio e o cabelo da mamãe vai cair”*  
(E2)

*“Meu menino tem três anos, aí ele falou assim (...) Mamãe, seu cabelo está mole! Eu falei assim, a mamãe está tomando uns remédios, a mamãe está dodói, aí o cabelo da mamãe está caindo! Então assim, eu trato normal, olha para você ver (...) a mamãe está ficando careca! A mamãe está ficando careca! Minha filha falou assim quando eu cortei meu cabelo mamãe eu quero cortar o cabelo igual ao seu!”* (E4)

Para muitas dessas mulheres, o sofrimento acentua-se ao ver a queda do cabelo ocorrer de forma gradativa, e a maneira encontrada para acabar com esse sofrimento é antecipando essa queda ou eliminando-o de uma só vez, cortando ou raspando o cabelo.

Essa situação é difícil tanto para essas mulheres quanto para seus filhos, pois ficar sem cabelo representa uma desfiguração do ser mulher, e os filhos se comovem de tal forma que acabam por querer compartilhar desse sofrimento junto com suas mães, principalmente se ainda forem crianças, seja oferecendo para raspar também seu cabelo ou para utilizar os artifícios que a mãe usa para disfarçar um rosto transformado.

*“Aí, ontem ela falou assim (...) mamãe, eu quero usar esse negócio, é o lenço!”* (E4)

*“o dia que caiu o cabelo eu cheguei no quarto e falei assim, olha caiu tudo! Ele [filho] falou, oh, mãe, vamos ligar a maquininha e vamos raspar o resto? Eu falei vamos! Aí sentei ele ligou a maquininha, raspou o resto. Na outra semana, aí ele [filho] baqueou! Me filho caçula, aí ele baqueou! Ele baqueou (...) eu senti nele que ele baqueou”* (E9)

*“quando eu fui raspar o cabelo, elas falaram que iam raspar também. Falei, não senhora! Vocês não vão raspar a cabeça por causa de mim! Falei assim (...) o meu vai nascer de novo, e se não nascer, não tem problema, mas vocês não vão raspar o de vocês!”*  
(E10)

*“Eles falam, ah! mãe, o cabelo caiu! Aí eu falo: caiu! Ah! Mas num instantinho nasce outro (risos), num instantinho nasce outro!”*  
(E11)

Mas o sofrimento diante dessa situação é inevitável tanto para a mulher quanto para seus filhos. O momento em que essa raspa sua cabeça é rodeado de angústia, de negação e de revolta.

*“quando eu raspei a cabeça (...), eu fui passar uns dias com minha filha, na hora que eu raspei a cabeça eu notei que ela estava com a cabeça baixa, porque ela sofreu mesmo (...) sofreu, chorou demais, deu trabalho, teve que minha sobrinha médica ligar para ela [filha], chorou uns dois dias.” (E3)*

As mulheres compreendem, então, que a reação de seus filhos vai depender da maneira como elas encaram a situação frente à sua alopecia e, então, começam a agir naturalmente na presença de seus filhos, no intuito de passar para eles uma imagem de que isso não representa um sofrimento, e que passar por essa situação é necessário para que ela fique curada, afastando, assim, o medo do filho de perdê-la.

*“A reação dela vai depender da minha reação. Então, eu cheguei, expliquei que eu ia ter que fazer uma cirurgia, que a mamãe estava doente, expliquei que depois eu ia ter que fazer um tratamento que depois meu cabelo ia cair. A queda do cabelo, ela já ficou mais assim (...). Ah! Mas eu não quero que você fica careca (risos)! No dia que eu fui passar a maquininha, ela ficou com medo de machucar a minha cabeça mas depois ficou numa boa, passava a mão e eu dentro de casa fico sem lencinho, numa boa! Eu acho que ela está encarando assim de uma maneira muito natural, em momento algum, eu falei para ela assim, perto dela o medo de morrer, essas coisas, nunca falei porque também eu não sinto isso (...) eu sei que eu vou viver muito ainda! Então, ela não tem esse medo de me perder” (E5)*

Mas a reação de seus filhos interfere na conduta dessas mulheres frente à sua alopecia. O uso de artifícios pode ser justificado devido à necessidade que elas veem de não afetar as relações sociais de seus filhos, por causa de sua nova condição física. Elas percebem que a falta de seus cabelos provoca um afastamento do seu filho do convívio social e afeta sua vida como um todo, uma vez que ele se sente incomodado com o modo como as outras pessoas olham e se referem à sua mãe, por causa dos artifícios de que ela se utiliza.

*“Baqueei assim no sentido de ter que passar para eles, não para mim! Para eles, a minha preocupação é com eles! Para mim, está normal, eu se eu quiser andar sem lencinho tirar lencinho aqui está normal, entendeu? Eu não importo!” (E9)*

Fica evidente em nosso estudo que os filhos, de um modo geral, mas principalmente se estes ainda forem crianças, preferem o uso da peruca ao lenço. Na sua concepção, a peruca aproxima-se da imagem anterior que eles guardam da e o lenço caracteriza a doença,

o diferente, aquilo que aos olhos dos outros fica mais evidente e forte, a mãe portadora de câncer, doença estigmatizante.

*“eu uso mais [a peruca] por causa do meu filho porque ele não gosta que eu uso lenço. Quando é coisa da escola, eu tenho que ir de peruca porque ele fala (...) mamãe, eu não quero que você vai de lenço, eu quero que você vai de peruca! Para os coleguinha não ver, ele fala! Para melhorar isso nele, no dia da formatura dele, todas as mães da salinha foram de lenço (...), para ele não achar que é muito diferente, sabe?! Eu acho é bom porque ele vai ver que não é só eu que uso (...) na cabecinha dele! Foi bom! Depois disso, agora parece que eu vi que ele já num tem mais a vergonha que ele tinha!” (E2)*

*“ela chegou a falar algumas vezes para mim porque que eu não coloco peruca! Só que aí eu fui olhar e não gostei, sabe, eu fiquei assim (...), achei que ficou muito artificial, que ficou uma coisa que não combinou comigo sabe! Então, eu descartei a possibilidade de usar peruca e falei para ela, falei: a mamãe não gostou, então vai ser os lencinhos mesmo! E, menina, morreu o assunto, não falou mais nada. Trato naturalmente, tem dia que ela pega meus lencinhos e põe, sabe, então criança é assim, muito fácil de lidar, mas desde que você transmita para eles assim, as coisas de um modo suave” (E5)*

*“Mãe fica bonitinho, mãe! Põe a peruca em mim, põe nelas, até o namorado dela colocou a peruca, tudo brinca (risos)! Põe, põe em mim, manda eu colocar, ela que amarra o lenço para mim. Hoje ela levantou cedo na hora que eu vinha, amarrou o lenço. Ela fala, mãe, põe peruca!” (E11)*

Entretanto, o pedido do uso da peruca pelos filhos não é uma regra e, em nosso estudo, uma das filhas prefere que a mãe use o lenço.

*“a menina minha ainda fala: eu acostumei com a senhora sem peruca então a senhora sem peruca fica mais legal! A senhora de peruca não está legal Não está igual o cabelo da senhora!” (E10)*

No contexto da família nuclear, as relações também se estabelecem com o marido e a maneira como este encara a condição da alopecia de sua esposa também tem representatividade no modo como esta se comporta e na escolha dos artifícios a que ela recorrerá.

*“Ah, ele [marido] num importa assim, ele me deixa mais à vontade mesmo! Tanto é que ele falava: o lenço fica tão bonito! Não precisa da peruca! Aí ele tentava amenizar a situação com o [filho]. Duas noites eu dormi de lenço, aí ele [esposo] falou (...), não, tira o lenço, para que isso! Eu não sentia bem sem lenço, sem nada! Aí eu comecei ficar sem nada, eles reagiram super bem! Eu não sentia bem e ficava meio assim com receio deles também (...) estranhar*

(...) (pausa). *Fico também [sem lenço] perto dos meus pais, dos meus irmãos eu fico” (E2)*

*“aí eu cheguei lá na minha cidade, meu marido tirou o lenço e brincou comigo numa boa! Ah! Brincando! Brincou o tempo todo, a carequinha! A carequinha! Aí tirou o lenço, primeiro eu não queria deixar tirar, não, mas depois eu deixei!” (E3)*

*“Só um dia que ele falou assim (...) porque você já não começa a usar logo os lenços (...) já está uma falhinha aqui” (E4)*

Quando o casal mantém uma relação saudável, possui cumplicidade e serve de suporte e apoio um para o outro, a alopecia é vivenciada de maneira positiva pela mulher, pois ela não enfrenta o medo de uma separação, de uma rejeição ou do abandono do marido.

Porém, quando a relação do casal já não é estável, como no caso de uma de nossas mulheres, que era separada do marido, mas ainda residiam juntos na mesma casa, as críticas que este fazia poderiam levar ao abalo do seu estado emocional devido à desaprovação do ex-marido em relação ao uso do lenço.

*“Às vezes, ele critica de algum lenço fala ah! Esse aí ficou muito feio para você! Às vezes, critica, às vezes, não! Normal!” (E9)*

Outro fator que surge das falas é a preocupação com os filhos no sentido de criá-los e vê-los adultos. A fala de algumas das entrevistadas retrata muito bem essa situação de preocupação de estar doente e de não poder cuidar da mesma maneira que antes de sua família e, ainda, do medo da morte devido a sua doença.

*“Eu tenho dois meninos para criar! Meu marido não vai cuidar do jeito que eu cuido! Minha mãe também (...) pode até ser, mas igual eu, não! Entendeu? E eu sou mãe! Eu quero ver minha filha crescer, ver meu filho crescer!” (E4)*

O papel da mulher enquanto elemento de cuidado na família está presente em todas as situações de sua vida, ela está o tempo todo cuidando. No âmbito domiciliar, ela está sempre disponível às solicitações de seus familiares, sendo o centro dos cuidados em todos os sentidos no que se refere à sua família nuclear (GUTIERREZ; MINAYO, 2010).

Por isso, a função de cuidadora é assumida com grande naturalidade pelas mulheres, que muitas vezes nem se dão conta de que desempenham uma infinidade de ações em seu cotidiano como alimentação, o estudo, o vestir, a compra de mantimentos, entre outros. Diante do exposto, observamos que o cuidar sempre norteou a vida das mulheres, seja com seus entes queridos ou com as outras pessoas que as rodeiam, e quando elas adoecem, é natural que haja o abalo da estrutura familiar, pois todos saem da condição de serem cuidados e vão para a condição de cuidadores (FERREIRA et al., 2010).



Uma forma de resiliência à doença e ao tratamento é observada quando essa mulher vivenciou um sofrimento anterior maior ao qual ela vivencia neste momento de sua vida, como a perda de um filho. Esse fato é revelado na fala abaixo.

*“eu perdi minha menina, para você ver, hoje eu já estou bem assim (...) esquecer você não esquece, mas isso machuca muito a gente (paciente chora!) mas passa, sabe, com o passar do tempo, você vai aceitando porque não tem jeito, não tem o que fazer!” (E12)*

Frente a essa nova situação de ter que receber cuidado, as mulheres se sentem amparadas e confortadas com o apoio que recebem de suas famílias. Esse apoio é fundamental para que elas se sintam fortalecidas e enfrentem essa situação em suas vidas.

A importância do apoio familiar nas situações de enfermidade é de suma importância e foi apontado como um evento fortalecedor pelas mulheres que passaram por tratamento quimioterápico. Elas relatam que o apoio recebido da família, após o diagnóstico de câncer, foi fundamental para que tivessem segurança e enfrentassem tanto a doença quanto o tratamento.

*“Sexta-feira foi o mais velho [filho] que me trouxe (...), então (...), assim, o apoio da família é essencial, porque tem casos que a gente vê que abandona, larga (...).” (E3)*

*“Então eles [filhos] dão muito apoio para a gente, para a gente não ficar assim (...) como que fala (...) ficar assim triste pensando que não vai sarar (...) eles dão muito apoio!” (E7)*

*“Se puder me carregar no colo, eles me carregam, sabe! [filhos, marido]” (E3)*

A atitude do marido ao diagnóstico da esposa é relatado por uma de nossas entrevistadas como de perplexidade, pois este ficou sem reação diante da notícia.

*“Agora, a reação dele [marido] no dia que ele ficou sabendo que eu estava com câncer, foi interessante! Minha sobrinha estava lá em casa e nós fomos olhar pela internet. Ele estava deitado no sofá e ali ele ficou, não deu uma prosa, não falou nada! Falei, gente, mais que coisa estranha (...) será que ele não vai me apoiar? Na hora, eu pensei, fiquei quieta! Mas foi a reação dele, eu acho que ele não estava acreditando no que ele estava escutando aquilo, porque graças a Deus, o apoio dele foi uma das coisas mais importante (...), na vida da gente é a família te apoiar (...). Ele não me trouxe hoje porque ele estava trabalhando, mas na cirurgia tudo, foi ele! Ele e meus filhos! Graças a Deus, a família inteira e as amigas que você tem é muito grande, a oração a gente tem muita, eu falo, eu brinco muito com eles, o que me ajudou, foi a família e os amigos!” (E3)*

*“uma coisa que me ajudou muito é assim (...) ele continuou com a vida dele normalmente e continuou me tratando como ele me*

*tratava antes, então, não ficou assim aquela coisa de pena, muito muito cuidado extremo, não, então eu achei, para mim, isso foi bom, sabe?! Acho que se ele ficasse em volta, me paparicando ou com muita dó, demonstrasse assim medo, fraqueza, eu também ia ficar mais fraca! E o apoio assim de estar sempre me reafirmando o amor, que não mudou em nada tal e a questão sexual também é a mesma coisa, então isso é importante! Alguns maridos que quando fala que a esposa tem que tirar a mama, eles não aceitam, alguns chegam até a largar da esposa, então eu vejo assim, eu passei a valorizar muito mais ainda a minha família, meu marido que imagina que ele falou, pensou nessa possibilidade de largar ou de deixar de ter interesse em mim por causa de uma mama, então isso foi muito importante!” (E5)*

*“meu marido é muito assim (...) muito humilde, muito bom e ele (...) assim ele procurava me ajudar, né! Minha família, eles dão muito apoio para a gente, graças a Deus ninguém questionou, só fala assim se Deus quiser vai passar, voltar ao normal” (E7)*

Porém, sabe-se que essa situação não ocorre em todas as famílias que recebem o diagnóstico de câncer de mama, e que algumas vezes existe a dificuldade do marido em aceitar a condição de enfermidade da esposa e de aprender a conviver com ela.

*“Mas assim, igual meu marido (...) até hoje ele não quis ver a cirurgia, ele não viu como que ficou, não viu porque não teve coragem. Minha mãe também no primeiro dia não quis ver, porque realmente você olha assim é muito feio! Para mim, é uma opção dele entendeu, ele é (...) não quis ver, entendeu? Tudo bem, não quis, tudo bem! Falou assim (...) não, deixa passar essa fase! Não sei, ele não quis então para mim eu não vou forçar, entendeu? Cada um reage de uma forma (...) minha mãe também não quis ver e depois ela ficou com curiosidade. Então, o dia que ele tiver curiosidade, ele vai ver, vai querer ver, entendeu? Aí ele está tomando conta dos meninos hoje para mim para eu não preocupar” (E4)*

Quando as mulheres admitem que necessitam de ajuda e de cuidado, elas se dão conta de que esses cuidados vêm também de outros integrantes da família, além da família nuclear (pai, mãe e filhos). Muitos dos cuidados que ela recebe advêm dos integrantes da família ampliada como sua mãe, pai, irmãos, netos, primos, entre outros membros de laços consanguíneos, como se observa no relato abaixo.

*“a minha sogra, essa que está aí, ela trabalhava, ela saiu do emprego e ficou um mês comigo. A minha mãe é muito frágil, tanto é que quem sempre me acompanha é minha sogra. O que eu precisar dela [mãe] posso contar, mas não nessa parte assim de doença, de ficar no hospital sabe, e ela o emocional dela é bem*

*abalado, ela é mais sensível, então eu também procurei não passar nada assim de preocupação a mais para ela. Tem um mais velho e uma irmã, tenho dois sobrinhos, então a família em peso está me apoiando!” (E5)*

*“familiares e amigos eu só tenho a agradecer!” (E13)*

As mulheres que possuem algum ente querido da família que faleceu apoia-se nas energias que acreditam serem advindas destes que, estejam onde estiverem, zelam por elas e por sua recuperação.

*“na hora que parou o carro, que eu olhei assim, foi como se a minha mãe estivesse lá me olhando. Porque antes dela falecer, toda vida ela gostava de ficar sentada esperando a gente naquele lugar. Então, eu senti a presença dela ali. Eu perdi a minha mãe fazia um ano, então estava assim recente para a gente, então eu senti (...) parece que ela me deu aquela força dela, eu sabia que se ela tivesse a presença dela ia estar constante, então foi como se ela estivesse comigo o tempo todo.” (E6)*

*“Eu tive sorte, fui privilegiada porque é (...) Deus deixou a menininha [neta] para mim. Eu falo assim tantas mães perde os filhos e não fica nada ainda ficou a menininha [neta] para mim!” (E12)*

Uma de nossas depoentes informa ainda que a doença não pode ser considerada um peso maior do que a perda de um filho. Para ela, a dor maior que ela poderia ter sentido, já foi sentida, que foi ver seu filho sendo enterrado.

*“Eu tenho quatro filhos, são maravilhosos, mas Deus me levou um com vinte e dois anos de acidente. Então a dor maior eu já passei. Eu tenho (...) eu acho que eu tenho meus momentos de tristeza, meus momentos de angústia, eu fico preocupada se eu morrer eu vou deixar meus filhos, eles vão depender muito (...) até que eles vão adaptar a vidinha deles vai ser difícil (...) isso tudo eu tenho medo lógico, mas se a doença me der vinte anos desse jeito eu vou, vinte anos desse jeito entendeu? Não estou nem aí eu vou!”. (E9)*

*“igual quando aconteceu e a minha menina pegou a biópsia, eles ficaram apavorados, aí chamei os três, inclusive minha mãe e minhas irmãs. Chamei e falei oh (...) não está mais pesado do que ter empurrado um filho para o cemitério, então, vocês podem ficar tranquilos (...). Morrer eu vou, não sei se é disso ou de outra coisa. Se vocês me ajudarem, eu vou fazer o tratamento, se vocês não me ajudarem, eu vou deitar na cama e vou morrer, que para mim normal!” (E9)*

A preocupação dessas mulheres, quando são avós, é em relação à reação dos netos diante de sua nova aparência física, um corpo transformado. Neste estudo, fica explícito que as crianças sofrem com a queda do cabelo das avós e que elas não gostam de vê-las

carecas e preferem que usem artifícios para a melhoria da imagem corporal, visto que se preocupam com a exposição da avó diante das outras pessoas.

*“A minha neta que não gosta de me ver sem lenço! Ela [neta] não entendeu muito bem não, mas depois ficou perguntando, aí eu cheguei e falei (...), você quer ver a vovó sem lenço? Ela falou assim (...), não! Aí, depois ela falou assim (...), Ah, deixa eu ver! Ela olhou, falei assim (...) e aí? Ela falou: Não gostei! Agora estou ficando sem lenço perto dela [neta] mas só se chegar alguém ela manda eu colocar o lenço. Ah, não sei se é dó que ela tem, se ela está me achando feia, eu acho que é isso! Às vezes, eu estou assim lá em casa aí chega alguém, ela fala assim: vovó, põe o lenço! Se vai alguém buscar ela lá em casa, se é uma amiguinha dela, a mãe assim, ela fala assim: Vovó, põe o lenço para você sair lá fora!”* (E3)

*“a vovó está tomando um remédio, esse remédio vai cair o cabelo da vovó e depois vai nascer outro e outro mais bonito ainda , aí tirei o lenço dela ela deu aquela risada mais gostosa do mundo!”* (E9)

*“Ah! Então, eu fui explicando para ela [neta] que eu ia fazer um tratamento, que o cabelo ia cair mas ele ia nascer de novo. O engraçado é que nos primeiros dias aí eu levava ela na escola ela tinha vergonha de eu estar careca! Você vai descer careca? Você não vai colocar o lenço? Ela é muito engraçada! Mas aí depois não, depois ela começou a (...) normal (...) foi só os primeiros dias assim de eu aparecer na escola por exemplo, mas, depois não, acabou!”* (E12)

As crianças ficam sensibilizadas com a situação e acreditam que podem ajudar a aliviar o sofrimento da avó se elas cortarem seus cabelos e doarem para ela fazer uma peruca.

*“minha neta queria cortar o cabelo dela para dar para mim que ela tem o cabelo longo (...). Ah! Vovó, você não quer que eu corto o cabelo? Você faz uma peruca! Ela parece que ficou mais chocada sabe ela olha para mim e pergunta se está nascendo, mas a maior preocupação foi com a minha neta mesmo.”* (E6)

Mas o sofrimento com a queda do cabelo se estende aos demais familiares e estes interpretam que a melhor maneira de compartilhar desse sofrimento e demonstrar apoio é raspando seu cabelo.

*“Ah! Eles ficam meio baqueados (...) meu marido foi lá raspou a cabeça também, meu irmão foi lá raspou a cabeça também”* (E12)

A família é a principal fonte de apoio para a paciente e deve participar ativamente no enfrentamento das dificuldades, despertando coragem e esperança. O apoio dos filhos acontece por meio de gestos de afeto, de aceitação e de ajuda, e do companheiro, por meio

da participação ativa deste no tratamento e na retomada da vida conjugal (ANDOLHE; GUIDO; BIANCHI, 2009).

O gênero masculino demonstrando sinais de cuidado pode ser devido à influência dos meios de comunicação e das campanhas que hoje não medem esforços para divulgar amplamente as questões relacionadas ao câncer de mama, seja nos aspectos físicos ou psicológicos, que envolvem a mulher acometida pela doença e a importância do apoio da família.

#### **6.4.3 Subcategoria: Amigos**

Tornar-se paciente e receber cuidados de saúde implica uma série de eventos que compreendem a interação de várias pessoas, incluindo os amigos, a família e os profissionais de saúde (ANDOLHE; GUIDO; BIANCHI, 2009).

O indivíduo faz parte de um universo relacional que abrange os contextos históricos, políticos, econômicos, religiosos e culturais. A rede social pessoal compreende todas as relações que o indivíduo classifica como significativa e diferenciada da massa anônima da sociedade e inclui todos aqueles indivíduos com quem ele se relaciona em sua vida (ANDOLHE; GUIDO; BIANCHI, 2009).

Os vínculos obtidos por meio das relações interpessoais são de importância significativa para os seres humanos, o que revela que uma pessoa pode influenciar atitudes e comportamentos de outras (FONSECA; MOURA, 2008).

As mulheres do nosso estudo percebem que são queridas por muitas pessoas e o apoio do círculo de amizades foi fundamental nesse momento de suas vidas. Todas as pessoas possuem importância na vida dessas mulheres porque, no câncer de mama, a maneira de encarar a doença pode estar relacionada à forma como essas mulheres serão vistas e recebidas no meio em que convivem.

*“nossa, como a gente tem amigos e não sabe! Tem gente que eu conheço por causa de escola, então assim vem e fala para mim que está rezando, sabe, assim, isso emociona a gente! Então, eu acho assim que isso que ajuda a gente, as amizades, as orações e Deus né! Ah! Dos amigos, da escola, todas as escolas que eu trabalhei, olha eu não sabia que eu tinha tanta amizade! Faz bem porque a gente lembrava, alguma coisa a pessoa tem com você! Olha, apoio (...) você tendo Deus e apoio da família, dos amigos a gente não precisa de mais nada!” (E3)*

Nesse contexto, a interação social se faz presente e a mulher pode ter enfrentamento positivo perante a doença se as redes de apoio a fortalecem, pois a interação simbólica ocorre com e entre as pessoas envolvidas, sendo que o processo de interação pode ser mudado, dependendo da adaptação que ocorre nas ações dos autores envolvidos.

O fato das mulheres perceberem que são queridas e que os amigos as apoiam faz com que elas não temam ficar sem artifícios na presença deles, visto que, para elas, mostrar o rosto descaracterizado em decorrência do tratamento quimioterápico é permitido para aquelas pessoas por quem ela tem afeto e que as apoiam.

O acolhimento faz com que essas mulheres se sintam fortalecidas e encorajadas a assumirem sua nova imagem corporal, pois para elas, a rede social é um aspecto positivo que auxilia no enfrentamento de viver um período de suas vidas sem cabelo e pelos no corpo.

Assim, o que cada um faz depende em parte da atitude do outro na situação. Não são os outros que determinam o que fazemos, nós interagimos com eles e é essa interação que gera o que fazemos (DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997).

#### **6.4.4 Subcategoria: Espiritualidade**

A Organização Mundial de Saúde (OMS) vem reconhecendo a importância da dimensão espiritual dentro do seu conceito de saúde. A Espiritualidade pode ser definida como um sistema de crenças que focaliza elementos intangíveis responsáveis por transmitir significado e vitalidade a eventos da vida, não se limitando a qualquer tipo específico de prática religiosa ou crença, mas sendo capaz de mobilizar energias positivas, que podem melhorar de modo exorbitante a qualidade de vida da pessoa. O bem-estar espiritual foi apontado como fator de proteção capaz de levar a atitudes positivas de combate à enfermidade em pacientes com câncer (HOFFMANN; MULLER; RUBIN, 2006).

A busca por suporte espiritual foi relatado por algumas entrevistadas. Percebe-se que a religião fortalece essas mulheres para superarem os obstáculos, uma vez que fornece conforto e esperança de cura da doença e força para enfrentar a queda do cabelo e pelos do corpo.

*“igual um dia, eu estava tomando um soro vermelho, aí eu fiquei pensando, igual minha irmã falou (...) esse é o sangue de Jesus que está correndo nas minhas veias e que vai livrar eu dessa doença,*

*que vai tirar isso de mim e não vai dar de novo de jeito nenhum e eu vou ficar libertada! Eu falo assim, obrigado, porque Deus, descobriu no começo, que eu estou sendo curada” (E1)*

*“a gente tendo fé em Deus parece que nada muito abala, não fiquei muito abalada, não! Esperar que Deus ajude que ele está crescendo de novo!? Está bem crescidinho já!” (E7)*

*“o fato de eu ser espírita, meus amigos são a maioria espírita, então dá muita força para a gente que a gente sabe que tudo o que acontece é uma razão de ser! Eu acho que a religião ajuda muito aceitar as coisas!” (E13)*

Os pacientes, diante do sofrimento causado pela doença, buscam na espiritualidade um sentido positivo para suas vidas, o que auxilia no enfrentamento do câncer e das consequências do tratamento quimioterápico, como a alopecia, na visão do paciente.

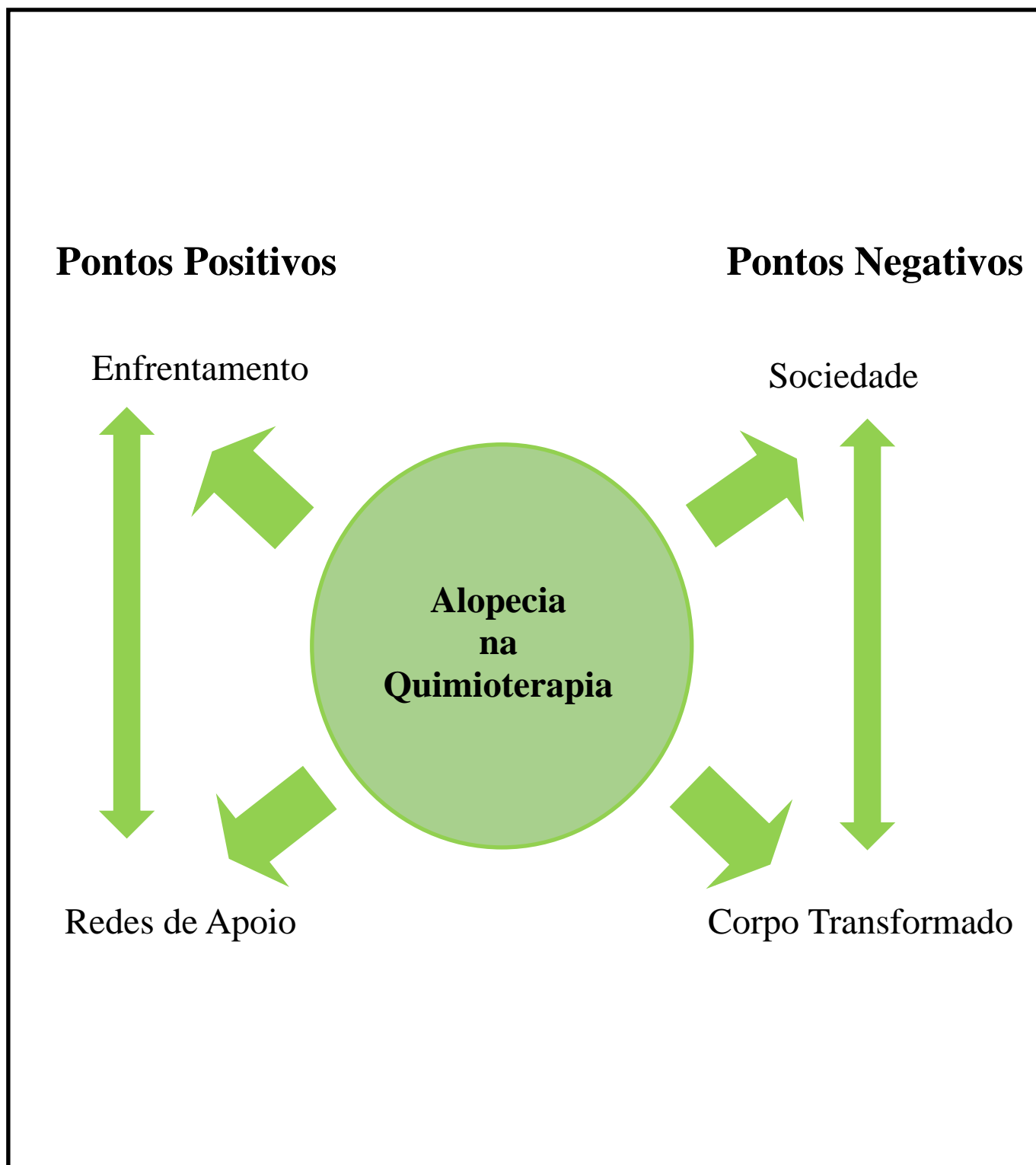
Os depoimentos neste estudo corroboram com outro estudo que as mulheres percebem que devem enfrentar o problema e a cura torna-se sua principal meta, podendo ser alcançada pela medicina ou pela espiritualidade. A busca divina tem sido uma opção alternativa na vida de pacientes oncológicos e, com a fé religiosa, estes pacientes assumem uma postura mais forte como forma de ajudar a si mesmos (CAETANO; GRADIM; SANTOS, 2009).

As mulheres acreditam que através da fé em Deus, o cabelo crescerá novamente mais forte e bonito do que o que elas tinham antes da doença e do tratamento. A espiritualidade contribui no sentido de torná-las mais forte para vivenciar e enfrentar este período do tratamento, marcado por mudanças físicas difíceis de serem escondidas aos olhos das outras pessoas, o que as deixam com uma imagem de portadora de câncer, descaracterizada em função da utilização de artifícios, como lenços ou perucas.

A espiritualidade, como uma possibilidade de o ser humano vivenciar um sentido de transcendência, está relacionada com a religiosidade intrínseca, que envolve a contemplação e a reflexão sobre as experiências da vida (FERREIRA et al., 2010).

Assim, verifica-se que mesmo que para muitos a espiritualidade não seja um apoio para a mulher, ela aparece como um dos fatores que dá suporte e que fortalece a rede de suporte, visto que depende dela o seu desenvolvimento.

6.5 DIAGRAMA 3 – A CATEGORIA CENTRAL: A ALOPECIA DA MULHER NO CÂNCER DE MAMA: ENTENDENDO AS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DA DOENÇA





As repercussões referentes à alopecia, provocada devido aos efeitos colaterais do tratamento quimioterápico, precisam ser estudadas no contexto do significado dessas experiências para as mulheres que as vivenciam e para as pessoas com as quais elas convivem e interagem.

O Interacionismo Simbólico fundamenta-se em três premissas: o sentido que as coisas têm para o ser humano; as coisas passam a ter um sentido para ele a partir da interpretação que ele faz delas; e o sentido que as coisas têm para ele devido à sua interação com o outro. Isso possibilita um conhecimento baseado na realidade do sujeito, a partir da interação que ele faz consigo próprio e com os outros, considerando o que acontece no presente.

O estudo sobre a alopecia, neste grupo de mulheres que vivenciaram o câncer de mama, trouxe-nos conhecimentos e chamou-nos a atenção para a importância da assistência de enfermagem à mulher nessa condição.

Estudar a alopecia no momento em que ela está ocorrendo possibilitou conhecer o significado que é atribuído a este evento e as implicações que este possui na vida dessas mulheres. Vários fatores foram mostrados nas categorias discutidas, mas podemos fazer uma reflexão teórica de que a alopecia possui aspectos positivos e negativos para a mulher.

Depois de todas as categorias discutidas, verificamos na categoria central que a alopecia no cotidiano da mulher em tratamento quimioterápico possui efeitos negativos e positivos que merecem ser destacados e reforçados, pois é um cotidiano repleto de significações devido à problemática estar atrelada às dimensões que perpassam as informações previamente fornecidas à mulher que vivenciará essa situação.

A terapêutica instituída no combate ao câncer de mama implica transformações no corpo da mulher e a falta do cabelo e pelos gera angústia, tristeza e a afasta do convívio social por entender que está fora dos padrões aceitos pela sociedade e que ser “diferente” gera curiosidade, implica comentários e olhares de desaprovação de sua nova imagem, ou mesmo sentimentos de piedade, o que lhe causa sofrimento.

O que chama a atenção e ficou relatado de forma explícita é que as mulheres acham que a queda do cabelo e das sobrancelhas, que socialmente são exibidos como símbolo de feminilidade, é o que gera o sofrimento, por serem locais visíveis e difíceis de disfarces. No entanto, os pelos das regiões pubiana, axilar, das pernas e braços não geram sofrimento, pois, além de estarem escondidos, elas relatam não ser mais necessário a depilação, sendo

este evento tido como positivo por estas mulheres, uma vez que não teriam que se preocupar em removê-los.

Frente à alopecia, é importante a mulher saber quais as opções para melhoria de sua imagem corporal como lenços, perucas, turbantes, chapéus, entre outros, e ainda onde e como adquirir esses recursos. No local onde a pesquisa foi desenvolvida, era possível obter esses recursos para melhoria da imagem corporal no GAPOP. Nesse local, esses artifícios encontravam-se à disposição para serem emprestados às mulheres durante o período do tratamento quimioterápico. Eram emprestados lenços, perucas, próteses mamárias e ainda existia a possibilidade da aquisição de cabelos naturais para a confecção de perucas, caso esta fosse a vontade da mulher.

Neste estudo, as mulheres relataram terem utilizado artifícios para a melhoria de sua imagem corporal e que se sentiam mais confortáveis para sair em público utilizando-os. Não houve relatos de que tenham sido orientadas antecipadamente pela enfermagem sobre esse evento adverso e tampouco sobre como poderiam enfrentar esta fase do tratamento.

É necessário reforçar que existem locais que doam perucas e que também recebem doações de cabelos para a confecção desse recurso, sendo que no nosso estudo este local seria o GAPOP. Mobilizar as pessoas em prol de uma causa como esta é um ato de amor ao próximo e uma questão que merece destaque e relevância dentro da problemática estudada, pois isso pode mudar a maneira como a mulher enfrentará e agirá diante da sociedade, e se suas relações interpessoais e estilo de vida serão ou não afetados em função da sua condição física.

Se a mulher for preparada para enfrentar esse momento, as adversidades serão menores, os obstáculos transpostos com mais serenidade e os efeitos desse tratamento, menos intensos em suas vidas, uma vez que a alopecia acomete cada pessoa de maneira diferente, sendo, então, necessária uma assistência individualizada.

A sociedade é uma organização que afeta o modo como as mulheres encaram sua doença e a maneira como elas a enfrentam. Estas tendem ao isolamento social pois, ao interagirem com o outro, constroem um significado para a sua imagem corporal e a sua autoimagem se torna aquilo que foi interpretado a partir dessa interação. Muitas vezes, essa interpretação é negativa e, quando isso ocorre, ela passa a se sentir feia e diferente das demais pessoas.

Refletindo acerca do interacionismo simbólico, a mulher interpreta o eu de modo negativo, aceitando a imposição da sociedade, que também é negativa. Ao interpretar esses dados, foi possível observar, neste estudo, que as mulheres tiveram seus hábitos e rotinas de vida modificados, uma vez que deixaram de frequentar lugares em que normalmente iam, sendo que algumas optaram por se isolarem no canto seguro, que é seu lar.

O uso de artifícios para esconder um rosto sem cabelo também foi um fator imposto pela sociedade a essas mulheres, que preferiram utilizá-los, pois queriam se apresentar à sociedade sem a doença, uma vez que se sentiam mal com os olhares de reprovação do seu rosto sem cabelo. Sentir-se mal retrata a interação dessas mulheres com o seu *self* em que a ação (utilização de artifícios) é uma resposta que vem da mente quando acontece a autointeração.

As redes de apoio, neste estudo, foram apontadas como sendo a família (nuclear e ampliada), amigos e a religião. Essas instituições de apoio foram de extrema importância e um fator mediador para que essas mulheres enfrentassem e vencessem o sofrimento causado pela perda do cabelo e pelos.

Receber carinho e afeto, muitas vezes relacionados a vivenciar junto e compartilhar da mesma dor, como, por exemplo, quando entes familiares resolveram raspar o cabelo para ficarem iguais às mulheres submetidas à terapêutica quimioterápica, é uma demonstração de apoio que fortalece o paciente que está lutando contra uma doença tão temida e enfrentando as repercussões que esta luta implica sobre seu corpo, ou seja, as transformações físicas que este tratamento ocasiona mudando sua imagem corporal.

Ainda em relação às redes de apoio, não foram citadas instituições de apoio, como grupos de autoajuda. A busca de redes de apoio restringiu ao movimento realizado pelas mulheres ou seus familiares. Não houve relato de orientação dos profissionais quanto aos grupos de apoio existentes no município em que a coleta de dados foi realizada.

Para enfrentar a alopecia faz-se necessário receber orientações dos profissionais de saúde para que a mulher saiba o que buscar e onde buscar ajuda para vivenciar esse período com menos sofrimento, angústia ou isolamento. Estar junto com outras mulheres que estão vivenciando a mesma situação é importante pois a troca de experiências e conhecimentos acerca desse momento pode fazer toda a diferença na maneira como o mesmo será vivido e superado.

Assim, observa-se que o modelo teórico de enfrentamento é um fator individual, que está ligado a como a mulher se percebe na sociedade e que o *self* sofre modificações na quimioterapia, podendo caminhar para a resiliência ou para o inconformismo. A busca de adornos ocorreu em 90% das atrizes, mas ficou claro que o cabelo e as sobrancelhas têm um significado marcante frente ao câncer de mama.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao iniciar este estudo, não imaginávamos a trajetória que percorreríamos, visto que a problemática é ainda pouco difundida no que se refere a estudos decorrentes da alopecia no momento em que esta ocorre.

Nos estudos que abordam a questão do câncer de mama, observamos que o tema alopecia sempre é citado, mas se restringe à referência que é um evento adverso do tratamento quimioterápico que gera tristeza na mulher, e as informações acerca da maneira como este evento repercute na vida da mulher, não são aprofundadas.

Buscar um conhecimento sobre essa problemática nos possibilitou refletir melhor, enquanto profissionais da área da saúde, sobre as questões que permeiam o cuidado de enfermagem, em especial o do enfermeiro, sobre a alopecia da mulher em tratamento quimioterápico.

Buscando conhecer o significado da alopecia para mulheres com câncer de mama, em tratamento quimioterápico, encontramos aspectos positivos e negativos que interferem neste enfrentamento. A compreensão deste significado fez-se importante por considerarmos que isso é fundamental para oferecer suporte e prepará-las para vivenciar esse período do tratamento, orientando em relação às estratégias, considerando a sua individualidade, para o enfrentamento da situação.

Isso ainda nos permitiu a construção de um modelo teórico que explicasse o enfrentamento das mulheres em quimioterapia frente à alopecia, possibilitando a compreensão sobre as nuances que estão diretamente relacionadas a vivências de mulheres nessa condição.

Nesse contexto, a enfermagem é considerada uma peça fundamental pois ao ofertar cuidados, deve atentar-se para utilizar deste momento para orientar sobre a alopecia e suas implicações no cotidiano de vida da mulher.

Faz-se necessário que outros estudos sejam realizados sobre a problemática em questão, com ampliação da amostra e repetição em outros locais, para que o conhecimento seja aprofundado, ampliado e modificado com novas informações e considerações sobre a alopecia.

O significado atribuído à perda do cabelo está relacionado à importância que a mulher dava a ele anteriormente à doença. No entanto, identificamos que, mesmo para

aquelas mulheres que não relataram que a perda foi significativa, ficou evidente que a queda do cabelo e das sobrancelhas foi fator mais representativo dentro deste grupo do que a dos demais pelos do corpo, por estarem em locais difíceis de esconder a ausência.

Aos pelos localizados em regiões do corpo que não estão à mostra e/ou que culturalmente devem ser depilados, não foi atribuída significação de perda, visto que socialmente eles devem ser retirados, o que é aceito pela sociedade, e a mídia ressalta corpos sem pelos como representação de beleza feminina.

No local em que este estudo foi realizado, observou-se, por meio dos relatos das atrizes sociais da pesquisa, que a mulher não é orientada pela enfermagem quanto à alopecia e nem é informada sobre os grupos de ajuda existentes, o que deve ser revisto e modificado para a melhoria da qualidade da assistência e enfrentamento das adversidades do tratamento quimioterápico.

O que nos chamou a atenção foi que em nenhum momento os profissionais da equipe multiprofissional que atuava no setor de quimioterapia foram citados como um órgão de apoio, nem para encaminhamento de redes. Isso leva a acreditar que a equipe que atua no setor não está preparada para fornecer informações acerca deste momento do tratamento e que, na maioria das vezes, esta informação nem é concedida à mulher o que faz com que o momento da queda do cabelo e do pelo seja vivenciado de modo assustador, pois a mulher não é preparada para enfrentá-lo, o que torna se um ponto negativo.

Ao chegarmos ao término deste trabalho, esperamos que os resultados aqui apresentados sejam úteis, relevantes e que subsidiem o trabalho de profissionais que prestam assistência a mulheres com câncer de mama e que, neste sentido, seja dada uma importância à questão da alopecia advinda do tratamento quimioterápico.

Esperamos que estes resultados sejam convertidos em estímulo para novos estudos na área da alopecia de mulheres que estão em tratamento quimioterápico. Este item pesquisado, juntamente com outros interligados, deve ser pesquisado mais profundamente, principalmente para a verificação se esses profissionais, e em especial o enfermeiro, estão preparados para prestar este tipo de assistência à mulher neste período do tratamento.

Assim, esperamos que os profissionais que trabalham com o paciente oncológico utilize o momento da assistência e oriente a mulher sobre os órgãos e redes do município que oferecem atendimento a mulheres com câncer de mama e alopecia.

## REFERÊNCIAS

AMEZCUA, M.; ZAMBRANO, S. M. H. Investigación sobre el cotidiano del sujeto: oportunidades para uma ciência aplicada. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 675-683, jul/set, 2012. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a24.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2014.

ANDOLHE, R.; GUIDO, L. A.; BIANCHI, E. R. F. Stress e coping no período perioperatório de câncer de mama. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, n. 3, p. 711-720, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a30v43n3.pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2014.

AVCI, P.; GUPTA et al. Low-level laser (light) therapy (LLT) for treatment of hair loss. **Lasers in surgery and medicine**, v. 46, p. 144-151, 2014.

BERVIAN, I. B.; PERLINI, N. M. O. G. A família (con)vivendo com a mulher/mãe após a mastectomia. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 52, n. 2, p. 121-128, 2006. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/rbc/n\\_52/v02/pdf/artigo1.pdf](http://www1.inca.gov.br/rbc/n_52/v02/pdf/artigo1.pdf)>. Acesso em 08 set.2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. DOU. n. 12, seção 1, p. 59. 13 de junho de 2013. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 27 jul.2013.

BLUMER, H. **A natureza do Interacionismo simbólico**. Teoria de comunicação: textos básicos. São Paulo: Mosaico, 1980, p. 119-138.

BONASSA, E. M. A.; GATO, M. I. R. **Terapêutica oncológica para enfermeiros e farmacêuticos**. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2012. 650 p.

CAETANO, E. A.; GRADIM, C. V. C.; SANTOS, L. E. S. Câncer de mama: reações e enfrentamento ao receber o diagnóstico. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 257-261, abr/jun, 2009. Disponível em:

<<http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a21.pdf>>. Acesso em: 25 jun.2012.

CARVALHO, V. D.; BORGES, L. O.; RÊGO, D. P. Interacionismo Simbólico: origens, pressupostos e contribuições aos estudos em psicologia social. **Psicologia, Ciência e Profissão**. v. 30, n. 1, p. 146-161, 2010. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v30n1/v30n1a11.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2014.

CEDRO, M. Pesquisa social e fontes orais: particularidades da entrevista como procedimento metodológico qualitativo. **Revista Perspectivas Sociais**. v. 1, n. 1, p. 125-135, mar, 2011. Disponível em: <

<http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/percsoc/article/viewFile/2341/2193>>. Acesso em: 02 nov. 2014.

CICOGNA, E. C.; NASCIMENTO, L. C.; LIMA, R. A. G. Children and Adolescents with Cancer: Experiences with Chemotherapy. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 5, sept/oct, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692010000500005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000500005)>. Acesso em: 11 out.2012.

DANTAS, C.C. et al. Teoria Fundamentada nos Dados – Aspectos Conceituais e Operacionais: Metodologia possível de ser aplicada na pesquisa em enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**. v. 17, n. 4, jul/ago, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n4/pt\\_21.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n4/pt_21.pdf)>. Acesso em: 27 jul.2012.

DEVITA, J. T. **Principles of Chemoteraphy**. In De Vita: Cancer: principles and practice of oncology, ed4, Philadelphia: JB Lippincott, 2003.

DUPAS, G.; OLIVEIRA, I.; COSTA, T. N. A. A importância do Interacionismo Simbólico na Prática de Enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 31, n. 2, ago, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v31n2/v31n2a04.pdf>>. Acesso em: 23 jun.2014.

FELICISSIMO, F.B. et al. Estigma internalizado e autoestima: uma revisão sistemática da literatura. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**. v. 15, n. 1, p. 116-129, jan/abr, 2013. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v15n1/10.pdf>>. Acesso em: 22 set.2014.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 5. ed. Curitiba: Positivo, 2010. 2272 p.

FERREIRA, N. M. L. et al. Câncer e Família: compreendendo os significados simbólicos. **Cien Cuid Saúde**. v. 9, n. 2, p. 269-277, abr/jun, 2010. Disponível em: <<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/8749>>. Acesso em: 03 nov. 2014.

FONSECA, I. S. S.; MOURA, S. B. Apoio social, saúde e trabalho: uma breve revisão. **Psicol. Am. Lat.**, n. 15 México, dez, 2008. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1870-350X2008000400012&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1870-350X2008000400012&script=sci_arttext)>. Acesso em: 09 set.2014.

GOFFMAN, E. **Estigma: la identidade deteriorada**. 5. ed. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1993, 172p.

GONÇALVES, L. L. C. et al. Mulheres com câncer de mama: ações de autocuidado durante a quimioterapia. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 575-580, out/dez, 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n4/v17n4a21.pdf>>. Acesso em: 25 jun.2012.

GONÇALVES, L. L. C. **Trajetória de mulheres com câncer de mama: dos sinais e sintomas ao tratamento**. 2013. 143f. Dissertação (Mestrado Em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, Ribeirão Preto, 2013.



GUERRA, M.R. et al. Sobrevida de cinco anos e fatores prognósticos em coorte de pacientes com câncer de mama assistidas em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 25, n. 11, p. 2455-2466, nov, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009001100015&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009001100015&script=sci_arttext)>. Acesso em: 30 out. 2014.

GUIMARÃES, J. L. M.; ROSA, D. D. **Rotinas em Oncologia**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

GUTIERREZ, D. M. D.; MINAYO, M. C. S. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 15, n. 1, p. 1497-1508, 2010. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v15s1/062.pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2014.

HOFFMANN, F. S.; MULLER, M. C.; RUBIN, R. A mulher com câncer de mama: apoio social e espiritualidade. **Mudanças-Psicologia da Saúde**, v. 14, n. 2, p. 143-150, jul/dez, 2006. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/view/645/645> >. Acesso em: 08 set.2014.

HOSPITAL REGIONAL DO CÂNCER DE PASSOS. **Manual de Normas e Rotinas de Aplicação de Antineoplásicos**. Passos. [s.d.]

IBGE, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População e domicílios: divisão territorial**. Cidades. Minas Gerais, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 30 jul.2014.

INCA, INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (a). **Estimativa 2014**. Incidência de Câncer no Brasil, 2014. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/index.asp?ID=2>>. Acesso em: 07 fev. 2015.

\_\_\_\_\_(b). **Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama**, 2014. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/cancer\\_mama++](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/cancer_mama++)>Acesso em: 23 jun. 2014.

KARGAR, M. et al. Efficacy of penguin cap as scalp cooling system for prevention of alopecia in patients undergoing chemotherapy. **Journal of advanced nursing**. p. 2473-2477, 2011.

KOLLING, F. L.; SANTOS, J. S. A influência dos fatores de risco nutricionais no desenvolvimento de câncer de mama em pacientes ambulatoriais do interior do Rio Grande do Sul, Brasil. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 19, n. 3, p. 115-121, jul/set, 2009. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/view/4562/7802>>. Acesso em 30 out.2014.

LIRA, R. A. Trajetórias do Interacionismo: suas raízes e seus frutos. **Revista UNIABEU**. v. 5, n. 9, jan/abr, 2012. Disponível em: <[http://www.uniabeu.edu.br/publica/index.php/RU/article/view/366/pdf\\_146](http://www.uniabeu.edu.br/publica/index.php/RU/article/view/366/pdf_146)>. Acesso em: 04 nov. 2014.

LOPES, F. C.; FRANCO, T. L. B.; GRADIM, C. V. C. Measurement of risk factors of women with breast cancer through the gail index. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 8, n. 8, p. 2724- 2728, ago, 2014. Disponível em: <[http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6007/pdf\\_5891](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6007/pdf_5891)>. Acesso em: 06 dez.2014.

MACHADO, A. L. G.; JORGE, M. S. B.; CONSUELO, H. A. F. A vivência do cuidador familiar de vítima de acidente vascular encefálico: uma abordagem interacionista. **Rev. bras. enferm.** v. 62. n. 2, mar/abr, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672009000200012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000200012)>. Acesso em: 02 nov.2014.

MASSARENTI, M. et al. Avaliação da presença de acompanhante durante as sessões de quimioterapia no Instituto Brasileiro de Controle do Câncer (IBCC). **O Mundo Da Saúde São Paulo**. v. 33, n. 1, p. 31-34, 2009. Disponível em: <[http://www.saocamilosb.br/pdf/mundo\\_saude/66/31a34.pdf](http://www.saocamilosb.br/pdf/mundo_saude/66/31a34.pdf)>. Acesso em: 14 jan.2013.

MEAD, G. H. **Mind, Self and society**: from the standpoint of a social behaviorist. 8th ed. Chicago (USA): University of Chicago Press; 1972.

\_\_\_\_\_. **Espiritu, persona y sociedade**: desde el punto de vista del conductismo social. Barcelona: Paidós, 1982.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Programa de Avaliação e Vigilância do Câncer e seus fatores de risco de Minas Gerais. **Situação do Câncer em Minas Gerais e suas macrorregiões de saúde**: estimativas de incidência e mortalidade para o ano de 2013, válidas para 2014: perfil da mortalidade: perfil da assistência na alta complexidade/Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, Belo Horizonte: SES-MG, v.1, 2013.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.115, de 18 de abril de 2012**. Aprova a prestação de serviços de definição de diagnóstico e início de tratamento do Câncer de Mama nas Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia/UNACON, Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia/CACON e Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Deliberacao%201.115%20CACON.pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2014.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.072, de 20 de março de 2012**. Estabelece as diretrizes do Programa Estadual de Controle do Câncer de Mama de Minas Gerais. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Deliberacao%201.072%20Controle%20de%20Cancer%20de%20Mama.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2014.

MORAIS, A. C.; QUIRINO, M. D.; ALMEIDA, M. S. O cuidado da criança prematura no domicílio. **Acta Paul Enferm.** v. 22, n. 1, p. 24-30, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n1/a04v22n1>>. Acesso em: 02 nov. 2104.

NUNES, C. M. N. S. O conceito de enfrentamento e a sua relevância na prática da psiconcologia. **Revista de Psicologia.** v. 13, n. 19, 2010. Disponível em: <<http://sare.anhanguera.com/index.php/rencp/article/view/1272/1238>>. Acesso em: 03 nov. 2014.

OLIVEIRA, R.R. et al. Ser mãe de um filho com câncer em tratamento quimioterápico: uma análise fenomenológica. **Rev. Cienc Cuid Saúde.** v. 9, n. 2, p. 374-382, abr/jun, 2010. Disponível em: <<http://eduemojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/11250>>. Acesso em: 14 jan.2012.

PEÑA, C. G. **Enfrentando o câncer:** cuidados com a imagem pessoal. São Paulo: Editora Senac, São Paulo, 2013.

PRIMO, C.C. et al. Uso da Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem na assistência a mulheres mastectomizadas. **Acta Paul Enferm.** v. 23, n. 6, p. 803-810, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n6/14.pdf>>. Acesso em: 10 set.2014.

RIVEROS, B. S.; WIENS, A.; CORRER, C. J. Análise de Custo-Utilidade do Tratamento Adjuvante de Câncer de Cólon Estádio III. **Revista Brasileira de Cancerologia.** v. 58, n. 4, p. 629-637, 2012. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_58/v04/pdf/08-artigo-analise-custo-utilidade-tratamento-adjuvante-cancer-colon-estadio-3-dukes-c.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_58/v04/pdf/08-artigo-analise-custo-utilidade-tratamento-adjuvante-cancer-colon-estadio-3-dukes-c.pdf)>. Acesso em: 10 dez.2013.

RODRIGUES, J. S. M.; FERREIRA, N. M. L. A. Caracterização do Perfil Epidemiológico do Câncer em uma cidade do interior paulista: conhecer para intervir. **Revista Brasileira de Cancerologia.** v. 56, n. 4, p. 431-441, 2010. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/Rbc/n\\_56/v04/pdf/05\\_artigo\\_caracterizacao\\_perfil\\_epidemiologico\\_cancer\\_cidade\\_interior\\_paulista\\_conhecer\\_para\\_intervir.pdf](http://www.inca.gov.br/Rbc/n_56/v04/pdf/05_artigo_caracterizacao_perfil_epidemiologico_cancer_cidade_interior_paulista_conhecer_para_intervir.pdf)>. Acesso em: 02 nov. 2014.

SAMPAIO, B. A. L. **Significado da alopecia para mulheres submetidas à quimioterapia para o câncer ginecológico ou mamário.** 2013. 97f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, Ribeirão Preto, 2013.

SANCHES JUNIOR, J.S. et al. Reações tegumentares adversas relacionadas aos agentes antineoplásicos - Parte I. **An Bras Dermatol.** v. 85, n. 4, p. 425-437, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v85n4/v85n4a03.pdf>>. Acesso em: 24 jul.2012.

SANTOS, D. B.; VIEIRA, E. M. Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 16, n. 5, p. 2511-2522, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000500021&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000500021&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 30 out. 2014.

SAWADA, N.O. et al. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43,n. 3, p. 581-587, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a12v43n3.pdf>>. Acesso em 10 set.2014.

SCHNEIDER, I. J. C.; D'ORSI, E. Sobrevida em cinco anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Santa Catarina, Brasil **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1285- 1296, jun, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009000600011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009000600011&script=sci_arttext)>. Acesso em: 30 out. 2014.

SILVA, S. E. D. et al. Representações sociais de mulheres mastectomizadas e suas implicações para o autocuidado. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 727-734, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v6n5/06.pdf>>. Acesso em: 25 jul.2012.

SINGLY, F. **Sociologia da Família contemporânea**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

SOARES, S. G. S. C.; ALBUQUERQUE, J. O. L. Intervention nurses in chemotherapy in women with breast cancer. **Rev. Enferm UFPI**. v. 2, n. 4, p. 58-65, oct/dec, 2013. Disponível em: < <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/1238/pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2014.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Técnicas e Procedimentos para o desenvolvimento de Teoria Fundamentada**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

STREUBERT, H. J.; CARPENTER, D. R. **Qualitative Research in nursing: advance the humanistic imperative**. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1995. cap.7, p. 145-161.

WIKRAMANAYAKE, T.C. et al. A novel rat model for chemotherapy-induced alopecia. **Clinical and Experimental Dermatology**, v. 37, p. 284-289, 2012.

WEIDE, A. C.; MILÃO, D. A utilização da Finasterida no Tratamento da Alopecia Androgenética. **Revista da graduação**. v. 2, n. 1, 2009. Disponível em: < <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/graduacao/article/view/5035>>. Acesso em: 08 set.2012.

## APÊNDICE A – Autorização do Hospital Regional do Câncer de Passos (HRC)

### APÊNDICE A – Autorização do Hospital Regional do Câncer de Passos (HRC)



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL-MG  
Estrada José Carlos de Almeida Filho, s/n - Alfenas, MG - 13.161-900  
Fone: (35) 3209-1000 - Fax: (35) 3209-1001 - e-mail: unifal@unifal-mg.br



Alfenas, 10 de outubro de 2013

Prezado Senhor,

Solicitamos à V. Sa. autorização para desenvolver o projeto de pesquisa intitulado "Alopecia: uma etapa no cotidiano da mulher em tratamento quimioterápico", que será realizado no Hospital Regional do Câncer de Passos (HRC). A análise dos dados obtidos será utilizada no trabalho de obtenção ao título de Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG).

Trata-se de um estudo qualitativo, cujo referencial teórico utilizado será o Interacionismo Simbólico, e a Teoria Fundamentada em Dados. Como estratégia para a coleta de dados será utilizado um instrumento que abrangerá dados socioeconômicos, tipo de cirurgia, estágio do tumor, número e sessão da quimioterapia em que os pelos caíram. Será realizada entrevista partindo da seguinte questão norteadora: "Como foi para você a queda do cabelo e dos pelos de todo o corpo durante o tratamento?" Para tanto, será utilizado gravador digital e caderno de anotações.

Esclarecemos que haverá um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que será lido e explicado às mulheres que farão parte da pesquisa e que será resguardado o anonimato das usuárias participantes.

O presente estudo será desenvolvido pela discente Ana Paula Alonso Reis sob orientação da Profª Drª Clícia Valim Côrtes Gradim.

Contamos com a colaboração desta Instituição.

Atenciosamente,

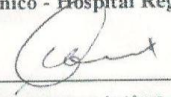
Ana Paula Alonso Reis

Profª Drª Clícia Valim Côrtes Gradim

Profª Dra. Clícia Valim C. Gradim  
Enf.ª Obstetra e Somatista  
COREN/MG 17.261

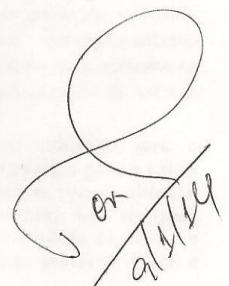
Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar cumprindo as Resoluções Éticas Brasileiras, especial a Resolução CNS 466/12”

**Dr. Marcos Antônio de Oliveira**  
**Diretor Técnico - Hospital Regional do Câncer de Passos (HRC)**

X 

Autorizado em: 21/10/13

Dr. Marcos Antônio de Oliveira  
CRM 20581  
CPF: 475 489 186-04  
Diretor Técnico

  
or  
9/1/14

*[Faint, mostly illegible text from the document body]*

  
or  
9/1/14

## APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



### PROJETO DE PESQUISA: ALOPECIA: COTIDIANO DA MULHER COM CÂNCER DE MAMA EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO.

**Discente Responsável:** Ana Paula Alonso Reis

**Orientadora:** Prof. Dra. Clícia Valim Côrtes Gradim - Professora Associada da Escola de Enfermagem - UNIFAL-MG

Estamos desenvolvendo uma pesquisa como exigência para obtenção do título de mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG), intitulada como: "Alopecia: cotidiano da mulher com câncer de mama em tratamento quimioterápico".

Esse estudo tem como objetivo conhecer o significado da queda do cabelo e dos pelos do corpo em mulheres que tiveram câncer de mama e estão fazendo quimioterapia. Caso você aceite participar do estudo, realizaremos algumas perguntas e, enquanto estivermos conversando, caso você autorize, um gravador será ligado e tudo o que conversarmos irá ser gravado. Faremos também, sempre que necessário, anotações num caderno. Essa conversa poderá ser realizada em dia, lugar e horário que seja melhor para você.

Para isso convidamos você a participar deste trabalho e solicitamos seu consentimento. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é voluntária e você tem total liberdade para desistir, retirando sua autorização em qualquer fase ou momento da pesquisa, não tendo nenhum prejuízo no seu tratamento. Garantimos que será mantido o respeito, o sigilo, e o anonimato, ou seja, o seu nome ou qualquer dado que possa identificá-la não aparecerá no trabalho. Você não terá nenhum gasto com a pesquisa, bem como riscos e dano físico.

Tendo recebido todas as informações acima e ciente dos meus direitos, concordo em participar da pesquisa assumindo não ter sofrido nenhuma pressão para tanto.

Passos, \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

---

Entrevistado – RG

---

Ana Paula Alonso Reis

---

Prof. Dra. Clícia Valim Côrtes Gradim

## APÊNDICE C – Instrumento para Coleta de Dados



### PROJETO DE PESQUISA: ALOPÉCIA: COTIDIANO DA MULHER COM CÂNCER DE MAMA EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO.

**Discente Responsável:** Ana Paula Alonso Reis

**Orientadora:** Prof. Dra. Clícia Valim Côrtes Gradim - Professora Associada da Escola de Enfermagem - UNIFAL-MG

#### PARTE I

#### DADOS SOCIOECONÔMICOS

(1) Nome: \_\_\_\_\_

(2) Endereço: \_\_\_\_\_ nº: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_

(3) Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

(4) Telefone: (        ) \_\_\_\_\_

(5) Idade: \_\_\_\_\_ anos

(6) Anos completos que descobriu alteração na mama: \_\_\_\_\_ anos

(7) Idade do diagnóstico: \_\_\_\_\_ anos

(8) Estado Civil: (    ) solteira (    ) casada ou união estável (    ) divorciada (    )  
viúva

(9) Ocupação: \_\_\_\_\_

(10) Religião: \_\_\_\_\_

(11) Nível de escolaridade da paciente:

- analfabeto     fundamental incompleto     fundamental completo  
 ensino médio incompleto     ensino médio completo     ensino técnico  
 superior incompleto     superior completo     especialização  
 mestrado     doutorado     pós-doutorado

(12) Nível de escolaridade do companheiro:



- analfabeto    fundamental incompleto    fundamental completo  
 ensino médio incompleto    ensino médio completo    ensino técnico  
 superior incompleto    superior completo    especialização  
 mestrado    doutorado    pós-doutorado

(13) Qual a sua cor? (ler as alternativas)

- branca  
 parda  
 preta  
 oriental  
 indígena

(14) Renda mensal familiar:

- menos de 1 salário mínimo  
 1 salário mínimo  
 de 1 a 2 salários mínimos  
 de 2 a 3 salários mínimos  
 de 3 a 4 salários mínimos  
 de 4 a 5 salários mínimos  
 mais de cinco salários mínimos

#### ASPECTOS RELATIVOS À DESCOBERTA E DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DE MAMA

(15) Quando descobriu os sinais e sintomas de alteração na mama? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(16) Como a senhora descobriu os sinais e sintomas de alteração na mama?

- autoexame das mamas  
 exame clínico das mamas  
 ultrassonografia  
 mamografia  
 palpação acidental  
 outro: \_\_\_\_\_

(17) O que a senhora sentiu na mama que fez com que procurasse assistência em saúde?

- nódulo  
 dor  
 descarga papilar  
 úlcera  
 edema  
 eritema  
 prurido  
 retração do mamilo

**(18) Quando a senhora fez a primeira consulta após a descoberta do sinais e dos sintomas de alteração na mama? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**

**(19) Com qual profissional a senhora realizou a 1ª consulta? (20) Quem pagou pela consulta?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Médico clínico           | <input type="checkbox"/> SUS            |
| <input type="checkbox"/> Médico PSF               | <input type="checkbox"/> Plano de Saúde |
| <input type="checkbox"/> Ginecologista Particular | <input type="checkbox"/>                |
| <input type="checkbox"/> Mastologista             | <input type="checkbox"/> não            |
| <input type="checkbox"/> Enfermeiro               | <input type="checkbox"/> não se aplica  |
| <input type="checkbox"/> Enfermeiro PSF           |   |
| <input type="checkbox"/> Oncologista              |   |
| <input type="checkbox"/> não sabe informar        |   |
| <input type="checkbox"/> não se aplica            |   |

**(21) Fez mamografia da mama após a descoberta dos sinais e dos sintomas de alteração na mama?**

- sim  
 não  
 não se aplica

**(22) Quem pagou por esse procedimento?**

- SUS  
 Plano de Saúde  
 Particular  
 não soube informar  
 não se aplica

**(23) Fez ultrassonografia da mama após a descoberta dos sinais e dos sintomas de alteração na mama?**

- sim  
 não  
 não se aplica

**(24) Quem pagou por esse procedimento?**

- SUS  
 Plano de Saúde  
 Particular  
 não soube informar  
 não se aplica

(25) A senhora realizou punção na mama? Quando? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (se não souber: 09/09/9999)

- sim  
 não  
 não se aplica

(26) Quem pagou por esse procedimento?

- SUS  
 Plano de Saúde  
 Particular  
 não soube informar  
 não se aplica

(27) A senhora realizou biopsia incisional? Quando? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (se não souber: 09/09/9999)

- sim  
 não  
 não se aplica

(28) Quem pagou por esse procedimento?

- SUS  
 Plano de Saúde  
 Particular  
 não soube informar  
 não se aplica

#### **ASPECTOS RELATIVOS AO TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA**

(29) A senhora realizou algum tipo de cirurgia na mama? Quando?

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (se não souber: 09/09/9999)

- sim  
 não  
 não se aplica

(30) Quem pagou por esse procedimento?

- SUS  
 Plano de Saúde  
 Particular  
 não soube informar

**Quadrantectomia**

- Particular  
 não soube informar

\_\_\_\_\_  
 não se aplica  
informar

(31) Qual cirurgia?

- Mastectomia

- Nodulectomia  
 Outra:

não soube

não se aplica

(32) Houve retirada da rede linfática? \_\_\_\_\_

**(33) Estádio do Tumor (classificação TNM):****Tamanho tumor (T):**

0 \_\_\_     I \_\_\_     II \_\_\_     III \_\_\_     IV \_\_\_

**Linfonodos regionais (N):**

0 \_\_\_     I \_\_\_     II \_\_\_     III \_\_\_     IV \_\_\_

**Metástase à distância (M):**

0 \_\_\_     I \_\_\_     II \_\_\_     III \_\_\_     IV \_\_\_

**(34) A senhora fez ou está fazendo radioterapia antes da cirurgia?**

- sim  
 não  
 não se aplica

Quando começou? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Terminou? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  em curso

**(35) A senhora fez ou estava fazendo quimioterapia antes da cirurgia?**

- sim  
 não  
 não se aplica

Quando começou? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Terminou? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  em curso

**(36) Número da sessão de quimioterapia: \_\_\_\_\_ sessão**

**(37) Sessão de quimioterapia em que os pelos caíram: \_\_\_\_\_ sessão.**

**PARTE II****PERGUNTA NORTEADORA**

**(01) Como tem sido para você a queda do cabelo e dos pelos de todo o corpo durante o tratamento?**


**Outras perguntas:**

A queda de cabelos/pelos foi gradativa?

Qual foi a reação dos familiares?

Como você cuidou dos cabelos nessa etapa?

**ANEXO A – Declaração do Comitê de Ética em Pesquisa**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS		
<b>PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>		
<b>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</b>		
<b>Título da Pesquisa:</b> ALOPECIA: UMA ETAPA NO COTIDIANO DA MULHER EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO		
<b>Pesquisador:</b> Clícia Valim Côrtes Gradim		
<b>Área Temática:</b>		
<b>Versão:</b> 2		
<b>CAAE:</b> 22965213.7.0000.5142		
<b>Instituição Proponente:</b> UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG		
<b>Patrocinador Principal:</b> Financiamento Próprio		
<b>DADOS DO PARECER</b>		
<b>Número do Parecer:</b> 478.376		
<b>Data da Relatoria:</b> 03/12/2013		
<b>Apresentação do Projeto:</b>		
Boa apresentação, apresenta o objeto de estudo. Define os critérios de inclusão.		
<b>Objetivo da Pesquisa:</b>		
Conhecer o significado da alopecia em mulheres com câncer de mama, em tratamento quimioterápico.		
<b>Avaliação dos Riscos e Benefícios:</b>		
Não há risco aos participantes, apenas a necessidade de disponibilidade em responder a questão norteadora, e autorização de uso do gravador.		
Benefícios - descobrir os fatores que interferem no efeito colateral da quimioterapia.		
<b>Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:</b>		
A abordagem do estudo será a qualitativa. O projeto será desenvolvido em um Centro de Alta Complexidade em Oncologia, no município de Passos-MG.		
<b>Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:</b>		
Consta Termo de anuência da Instituição.		
TCLE adequado.		
Consta Declaração de Instituição Coparticipante.		
<b>Endereço:</b> Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700		
<b>Bairro:</b> centro <b>CEP:</b> 37.130-000		
<b>UF:</b> MG <b>Município:</b> ALFENAS		
<b>Telefone:</b> (35)3299-1318 <b>Fax:</b> (35)3299-1318 <b>E-mail:</b> comite.etica@unifal-mg.edu.br		

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALFENAS



Continuação do Parecer: 478.376

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O CEP acata o parecer do relator.

ALFENAS, 04 de Dezembro de 2013

Assinador por:

Maria Betânia Tinti de Andrade  
(Coordenador)

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700

Bairro: centro

UF: MG

Município: ALFENAS

CEP: 37.130-000

Telefone: (35)3299-1318

Fax: (35)3299-1318

E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br