



Universidade Federal de Campina Grande - UFCG

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Unidade Acadêmica de Medicina

**O Luto da Queda de Cabelo e seu Impacto no Paciente da
Oncologia Pediátrica**

Chahine Pereira Marinho

Campina Grande – PB

2017

Chahine Pereira Marinho

**O Luto da Queda de Cabelo e seu Impacto no Paciente da
Oncologia Pediátrica**

**Projeto de Pesquisa apresentado ao Curso
de Medicina do Centro de Ciências
Biológicas e da Saúde (CCBS) da UFCG
como requisito parcial à obtenção do título
de Médico.**

**Professor Orientador: Prof^a Me. Mônica
Cavalcanti Trindade**

Campina Grande – PB

2017

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial do HUAC - UFCG

M338I

Marinho, Chahine Pereira.

O luto da queda de cabelo e seu impacto no paciente da Oncologia Pediátrica / Chahine Pereira Marinho. – Campina Grande, 2017.

41f.

Monografia (Graduação em Medicina) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Unidade Acadêmica de Ciências Médicas, Curso de Medicina, Campina Grande, 2017.

BSHUAC/CCBS/UFCG

CDU 616-006-053.2:616.594.1(043.3)

CHAHINE PEREIRA MARINHO

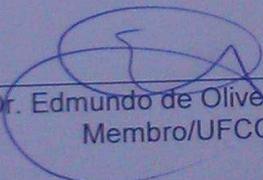
O Luto da Queda de Cabelo e seu Impacto no Paciente da
Oncologia Pediátrica

Dissertação submetida à Banca Examinadora do Trabalho de Conclusão de Curso em Medicina da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Bacharel em Medicina.

Aprovada em: 12/09 2017

Mônica Cavalcanti Trindade

Profª Me. Mônica Cavalcanti Trindade
Orientadora/UFCG


Profª Dr. Edmundo de Oliveira Gaudêncio
Membro/UFCG

Ana Raquel Vilar Santos Santiago
Profª Ana Raquel Vilar Santos Santiago
Membro/UFCG

Dedico este trabalho a todas as crianças pacientes da oncologia pediátrica, que nos engrandecem com seus ensinamentos, nos inspiram com sua força frente a dificuldades, que nos emocionam com sua alegria de viver e nos ensinam a sempre continuar sonhando.

Agradecimentos

À Deus, pela minha vida e saúde, por me guiar em todo o caminho, iluminando e dando forças em todos os momentos.

À minha família, pelos ensinamentos e por ser fazer presente sempre; ao carinho e compreensão nas horas de ausência. Agradeço, em especial, à minha mãe, pai e irmã, Claudete, Ady e Lorrana, que estiveram presentes em todos os momentos, por serem apoio, incentivo, amor e generosidade. Vocês são meu porto segura e o espelho no qual me inspiro. Sou grata a todo esforço e confiança depositados em mim até aqui.

A minha orientadora, Mônica Cavalcanti Trindade de Figueiredo, pelo exemplo de dedicação, pelo carinho, pela paciência e pelas preciosas orientações. Agradeço por compartilhar comigo seu amor por essa arte de cuidar e pela alegria de trabalhar na pediatria, levarei como exemplo essa médica incrível que conheci.

Aos professores Edmundo Gaudêncio e Ana Raquel Vilar pela disponibilidade, atenção e conhecimentos compartilhados nesse trabalho, por participarem da banca examinadora. Em especial, professor Edmundo, obrigada por ser a luz que deu inicio a esse projeto e com tanta humildade me ajudou a trilhar os passos iniciais e incentivou até o fim do percurso.

A todas as crianças da pediatria oncológica do HUAC, que me receberam sempre com muito carinho, disponibilidade, sorriso no rosto e uma alegria contagiante, compartilhando comigo aprendizados para toda a vida. Vocês foram minha inspiração, incentivo e alegria na realização desse trabalho.

Aos meus amigos, não importa de que Estado sejam, que compreenderam o meu momento e estiveram sempre por perto, dispostos a me ajudar, acalmar, incentivar e alegrar. Vocês de diferentes maneiras foram essenciais na conclusão desse trabalho, em especial as Amigas (Priscylla, Malu, Paula, Renata, Mari, Mayra e Jéssica), meu eterno ADM (Matheus, Júlia, Lucas e Ed) e Grupo Despacito (Rivaldo, Suassuna e Jéssica).

Às preceptoras e residentes da pediatria e oncologia pediátrica do

HUAC, pelos inúmeros ensinamentos durante minha passagem, que foram essenciais na minha formação pessoal e profissional. Levarei todos os ensinamentos de dedicação e humanidade.

A todos os professores do curso, pelos ensinamentos e contribuições na minha educação profissional.

Por fim, a todos, que participaram e contribuíram de alguma forma, na realização deste trabalho. Foi uma longa caminhada e sou grata a todos que junto a mim realizaram o percurso.

"Eu acho que o que está acontecendo comigo é tão maravilhoso, e não apenas o que pode ser visto no meu corpo, mas tudo que está acontecendo dentro de mim." Anne Frank, 1944.

RESUMO

Em oncologia pediátrica, as modalidades terapêuticas mais utilizadas são aquelas que levam a um maior número de efeitos adversos considerados temidos, sendo a alopecia um dos mais conhecidos. A presente pesquisa teve como objetivo investigar o impacto do luto da alopecia em pacientes oncopediátricos. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa. Nesta perspectiva, o estudo teve como sujeito sete crianças entre 5 e 16 anos acompanhadas no serviço de oncologia pediátrica do Hospital Universitário Alcides Carneiro de Campina Grande - PB. A coleta de dados foi realizada a partir de entrevistas semiestruturadas, nos quais os participantes foram selecionados pelo método de inclusão progressiva sendo interrompida por critério de saturação. A análise foi conduzida conforme o referencial teórico-analítico da Análise do Conteúdo. Este estudo identificou que para os pacientes da oncologia pediátrica a queda de cabelo gera impactos na sua imagem corporal e relações sociais. Diante disso, detecta-se a necessidade do fornecimento de orientações necessárias aos profissionais de saúde que interagem com essas crianças na vivência de seus lutos. Os resultados obtidos também revelam a necessidade de refletir acerca do tema proposto e sugerem a necessidade de novas pesquisas dedicadas aos assuntos em pauta.

Palavras-chave: Oncologia Pediátrica; Luto; Alopecia; Câncer Infantil

ABSTRACT

In pediatric oncology, the most used therapeutic modalities are those that lead to a greater number of adverse effects considered feared, with alopecia being one of the most known. The present research had the objective of investigating the impact of mourning of alopecia in oncopediátrico patients. This is a study with a qualitative approach. In this perspective, the study had as subject seven children between 5 and 16 years old accompanied at the pediatric oncology service of the Alcides Carneiro University Hospital of Campina Grande - PB. Data collection was performed from semi-structured interviews, in which the participants were selected by the progressive inclusion method and interrupted by saturation criteria. The analysis was conducted according to the theoretical-analytical framework of Discourse Analysis. This study identified that for pediatric oncology patients, hair loss generates impacts on their body image and social relationships. In view of this, it is detected the need to provide the necessary guidance to health professionals who interact with these children in the experience of their grievances. The results also reveal the need to reflect on the proposed theme and suggest the need for new research dedicated to the issues at hand.

Keywords: Pediatric Oncology; Mourning; Alopecia; Childhood Cancer

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO _____	11
2. OBJETIVOS _____	13
2.1 OBJETIVO GERAL _____	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS _____	13
3. REVISÃO DA LITERATURA _____	14
3.1 LUTO INFANTIL _____	14
3.2 CÂNCER INFANTIL _____	16
4. METODOLOGIA _____	20
4.1 TIPO DE ESTUDO _____	20
4.2 LOCAL DO ESTUDO _____	20
4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO _____	20
4.3.1 CRITÉRIO DE INCLUSÃO _____	21
4.3.2 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO _____	21
4.4 COLETA DOS DADOS _____	21
4.5 ANÁLISE DOS RESULTADOS _____	22
4.6 ASPECTOS ÉTICOS _____	23
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO _____	25
5.1 CONHECIMENTO E MEDO _____	25
5.2 OBSTÁCULO DA ALOPECIA _____	26
5.3 IMAGEM CORPORAL _____	28
5.4 REALIDADE APÓS A QUEDA DE CABELO _____	29
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS _____	31
7. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS _____	33
8. APÊNDICE _____	36
9. ANEXOS _____	37

1. INTRODUÇÃO

O luto pode ser definido como uma emoção no contexto de uma síndrome complexa do comportamento humano, ou seja, se constitui a partir dos significados que o indivíduo interpõe ao que vivencia, mediante suas crenças e valores culturais (STROEBE, STROEBE & HANSSON, 1993).

Portanto o conceito de luto é deveras complexo, dado em que cada sujeito constrói suas acepções de uma perda que considera significativa, não se aplicando apenas a morte, mas a qualquer privação que desencadeie uma quebra de vínculo emocional ou transição psicossocial.

Por meio do trabalho com crianças, a psicanálise demonstra a existência do luto infantil, expresso de acordo com seu desenvolvimento cognitivo, mas possível a partir de percepções do seu entorno e do sofrimento. Ao nascimento e desenvolvimento, criamos laços afetivos intensificados com o tempo que revelam afecções de amparo, seguridade e conhecimento como indivíduo. A quebra desses laços, desde a infância, podem se apresentar como percepção de luto (BOWLBY, 1973).

No caso de crianças que adoecem gravemente, como as pacientes oncológicas, o defrontamento com o luto é mais presente. Ela convive com problemáticas que condizem a si própria, bem como aos pais e outras crianças aos quais são expostas, tendo uma maior percepção do que lhe é revelado. Além de afrontar com a perda da sua identidade, visto a alterações fisiológicas e corporais consequentes do tratamento e da própria doença (MARIA, GUIMARÃES E RIBEIRO, 2004).

No contexto oncológico, os pacientes recebem tratamento quimioterápicos geradores de efeitos adversos que por vezes exigem recursos adaptativos ao cotidiano. A queda de cabelo está intimamente relacionada ao uso de alguns quimioterápicos que atingem células responsáveis pelo crescimento de pelos, sendo vivida como um obstáculo a ser enfrentado.

Estudos realizados diretamente com a criança a cerca das experiências

de perda vivenciadas por ser portadora de câncer são escassos. No entanto, é necessário um olhar crítico e compreender que a percepção da criança e sua forma de expressá-la em situações de luto por vezes são diferentes do adulto. Reforçando a ideia de que elas são os melhores indicadores para nos fornecer conhecimento acerca das situações de luto vivenciadas. Somente a partir de então podemos repensar o cuidado e o manejo multidisciplinar acerca da intervenção que estabeleça um real e correto conforto.

Desde o início da graduação no curso de medicina fui conduzindo minha formação com ênfase no cuidado à criança, em muitos aspectos principalmente na pediatria oncológica. O interesse no estudo do luto na perspectiva das crianças, para construção desse trabalho, surgiu quando ao comunicar a outrem meu interesse nessa prática clínica por vezes sempre era questionada acerca das dificuldades emocionais que poderiam se apresentar no meu cotidiano. No entanto, no desenvolver desses apontamentos um fator a ser questionado me intrigava: qual significado das suas perdas para essas crianças? Desse modo, meu objeto de estudo se transformou em uma ponte para um fornecimento de elementos que possam auxiliar minha prática profissional futura.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar as repercussões da queda de cabelo em crianças e adolescentes pacientes da oncologia pediátrica do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar o impacto da queda de cabelo na imagem corporal e relações sociais das crianças e adolescente atendidas na oncopediatria do HUAC;

- Comparar entre as faixas etárias de crianças escolares e adolescentes a percepção e impacto do luto da queda de cabelo no seu convívio social.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 LUTO INFANTIL

O luto é caracterizado como a perda de um elo significativo entre uma pessoa e seu objeto, portanto um fenômeno mental natural e constante durante o desenvolvimento humano. A ideia de luto não se limita apenas à morte, mas o enfrentamento das sucessivas perdas reais e simbólicas durante o desenvolvimento humano. Deste modo, pode ser vivenciado por meio de perdas que perpassam pela dimensão física e psíquica, como os elos significativos estabelecidos como indivíduo (CAVALCANTI; SAMCZUK; BONFIM, 2013).

O luto é um processo lento e doloroso, que tem como características uma tristeza profunda, afastamento de toda e qualquer atividade que não esteja ligada a pensamentos sobre o objeto perdido, a perda de interesse no mundo externo e a incapacidade de substituição com a adoção de um novo objeto de amor (FREUD, 1915).

Durante o desenvolvimento, o indivíduo passa por constantes experiências de perdas que se constituem em modelos de estados psíquicos que são incorporados na mente e poderão ser vividos em situações semelhantes. A perda de algum objeto amado traz, ainda que momentânea, a fragmentação e desestruturação do sujeito. Portanto, é possível concluir que o luto é um processo de reconstrução e reorganização diante de uma perda, desafio psíquico com o qual o sujeito pode lidar (CAVALCANTI; SAMCZUK; BONFIM, 2013).

A Teoria do Apego de Bowlby (2006) toma como exemplo, para explicar o processo de luto na criança, a observação de crianças saudáveis no segundo ou terceiro ano de vida que foram expostas ao afastamento de suas mães por um momento, ficando em creches ou hospitais. Nessa situação foram observadas as reações que as crianças tiveram, apresentando fases de luto, sendo elas: fase de protesto, desespero e desapego (BOWLBY, 2006).

A fase inicial, de protesto, com lágrimas e raiva tem duração de horas ou dias, no qual a criança demanda que sua mãe retorne e entende que conseguirá revê-la. Na fase de desespero, há oscilação entre a esperança em desespero e o desespero da esperança. Na terceira fase, de desapego, há uma observação aparente que a criança esqueceu a mãe, e quando esta retorna permanece desinteressado ou não a reconhece (BOWLBY, 2006).

Quando esse período se desfaz, a criança ainda apresenta uma ambivalência dos seus sentimentos em relação à mãe. Observa-se que após várias separações repetidas, quando um estado de desligamento avançado esteve presente, poderá acontecer de a criança permanecer desvinculada e não recuperar afeição pelos pais. O pesquisador conclui que a qualidade do vínculo que foi estabelecido na criança determinará seus futuros vínculos e os recursos disponíveis para enfrentar e elaborar as perdas e os rompimentos (BOWLBY, 2006).

Durante seus estudos e pesquisas, Bowlby (2006) deu ênfase à separação mãe-criança como causadora de sérios prejuízos para o desenvolvimento da criança. No entanto, ao longo dos anos, passou a considerar fortemente a ideia de que outras variáveis teriam grande influência nas consequências de uma separação e que, portanto, nem todas as crianças sofreriam o mesmo prejuízo e teriam seu desenvolvimento comprometido. É possível acreditar que estudiosos mais atuais da Teoria do Apego têm, nesta ampliação de pensamento, respostas para muitas de suas críticas (BOWLBY, 2006).

A vivência do processo de luto é pensada, portanto, como etapa necessária para possibilitar a reorganização em crianças que sofreram abandono e tiveram vínculos rompidos. A criança que vivencia situações de separação e perda passa por um processo de luto, que pode ser vivido de diferentes maneiras.

Diversos tipos de sentimentos e reações intensas são características do processo de luto, tendo sensações como insegurança, abandono, medo de outra perda, raiva, fantasia de culpa. Esses sentimentos exigem a elaboração

do processo de luto para a significação da criança e integração à vida (MAZORRA; TINOCO, 2005).

A criança constrói concepções de mundo a partir de suas referências e relações. Se o mundo no qual conhecem for interferido pelo adoecimento e luto, o infante se sente inseguro diante do desconhecido, perdendo o controle dentro do ambiente social que ela conhece (BORGES et al., 2006).

Na idade pré-escolar, as crianças não tem a percepção completa do significado de morte, entretanto a perda do conhecido lhe é sentida. As crianças de idade escolar, no entanto, poderão ter um melhor entendimento do processo de perda definitiva, podendo ter então uma percepção da vivência do luto mais duradoura que o grupo anterior. Já os adolescentes tem sua relação com a morte e a perda mais configurada, sendo definida a partir da fase de desenvolvimento que ele se encontra e do patamar da construção da sua identidade (ABERASTURY, 1984).

A criança com câncer tem a experiência de um luto antecipatório, não necessariamente ligado a sua possibilidade de morrer, mas às perdas do adoecimento. Em seu período de tratamento ela lida com suas perdas e incômodos, tornando-se vulnerável aos procedimentos invasivos. Além de fatores emocionais que podem ser observados diante da situação hospitalar, como estresse, dor, perda da autonomia, ruptura da rotina, adaptação do cotidiano, convivência com a enfermidade, perda do âmbito familiar, entre outros (MOTA; ENUMO, 2004).

3.2 CÂNCER INFANTIL

O câncer infantil é uma doença crônica que demanda um tratamento longo e invasivo, que mesmo com todos os avanços terapêuticos o tratamento continua um processo desgastante e de perda para as crianças. A criança doente está diante de situações que lhe remetem à perdas. No caso da criança com câncer existe uma percepção do que ocorre consigo quanto aos aspectos físico bem como aos aspectos psicológicos, tendo suas angústias

intensificadas diante da doença (CAPPARELLI, 2004).

Corresponde a um grupo de várias doenças que têm em comum a proliferação descontrolada de células anormais e que pode ocorrer em qualquer local do organismo. As células cancerosas dividem-se rapidamente e tendem a ser muito agressivas, determinando formação de tumores ou neoplasias malignas. Os mais frequentes na infância e na adolescência são as leucemias, que afetam os glóbulos brancos; os tumores do sistema nervoso central e os linfomas, que afetam o sistema linfático (INCA, 2006).

O Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) atesta que, no Brasil, o câncer já representa a primeira causa de morte (8% do total) por doença entre crianças e adolescentes de 1 a 19 anos. Dados do mesmo instituto estimam que ocorrerão cerca de 12.600 casos novos de câncer em crianças e adolescentes no Brasil por ano em 2017. As regiões Sudeste e Nordeste apresentarão os maiores números de casos novos, 6.050 e 2.750, respectivamente, seguidas pelas regiões Sul (1.320), Centro-Oeste (1.270) e Norte (1.210) (INCA, 2016).

Ainda de acordo como o INCA (2016), estudos demonstram que cerca de 80% dos pacientes pediátricos acometidos com câncer podem ser curados se diagnosticados precocemente e tratados por centros de referência. As crianças e adolescentes que vivenciam essas situações por vezes apresentam representatividades diferentes de luto, seja por se submeterem a longos períodos de hospitalização, seja por procedimentos diagnósticos e terapêuticos, saída do seu meio social, medidas invasivas de tratamento, mudança da sua autoimagem corporal.

O câncer que acomete crianças apresenta em sua maioria curtos períodos de latência, sendo mais agressivos, com crescimento rápido, no entanto, responde melhor aos tratamentos. As associações entre fatores de risco e o câncer pediátricos não estão totalmente estabelecidas, pouco se conhece acerca da etiologia do câncer infantil. Os tumores infantis têm sua origem celular nos folhetos embrionários, mesoderma e ectoderma, diferentemente dos tumores no adulto. Tal fato torna a comparação do câncer

infantil com o adulto difícil (ANDRÉA, 2008).

Segundo estimativas do INCA, nas últimas quatro décadas, o progresso no tratamento do câncer na infância e na adolescência foi de extrema significância. A estimativa é que em torno de 80% das crianças e adolescentes acometidos de câncer podem ser curados, se diagnosticados precocemente e tratados em centros especializados. Quanto mais rápido o diagnóstico for realizado, maior será a chance de cura para a criança (INCA, 2016).

Por serem predominantemente de natureza embrionária, tumores infanto-juvenis são constituídos de células indiferenciadas, o que, geralmente, proporciona melhor resposta aos tratamentos atuais. Compreende três modalidades principais (quimioterapia, cirurgia e radioterapia), sendo aplicada de forma racional e individualizada para cada tumor específico e de acordo com a extensão da doença (DALL'ANESE, SCHGULTZ, 2007).

Esses tipos de tratamentos específicos podem despersonalizar a criança, além de conter muitos fatores iatrogênicos como rigidez de horários, regras dietéticas, afastamento do convívio familiar e social, mobilidade prejudicada, dificuldades para compreender a linguagem técnica dos profissionais de saúde, medo da morte (DALL'ANESE, SCHGULTZ, 2007).

Frente a esses fatores iatrogênicos estão os efeitos colaterais do tratamento, que podem apresentar efeitos adversos como: alopecia, náusea, vômitos, fadiga, alterações renais e digestivas. Tais efeitos são variáveis de acordo com cada paciente, tratamento de escolha, tipo de câncer e combinação de drogas (TRATAMENTO PARA O CÂNCER INFANTIL: FICHA PARA PEDIATRAS GERAIS, 2006).

A alopecia ou queda de cabelo é um dos efeitos colaterais do tratamento quimioterápico que pode trazer mais sofrimento, apresentando variabilidade, a depender da droga utilizada e resposta individual do paciente. Apesar de a queda ser mais comum na cabeça, manifesta-se também em outros locais do corpo, podendo iniciar-se em média após três semanas do início do tratamento. Esse processo é explicado porque a raiz do cabelo apresenta um número

significativo de células em multiplicação, células estas que são agredidas pelas drogas utilizadas (PEREIRA; ROSENHEIN, 2006).

A queda de cabelo pode gerar um profundo impacto na autoimagem dos pacientes. Na pediatria, não existem muitos estudos com essa temática, no entanto os existentes apontam a dificuldade dos pacientes em enfrentar a problemática no âmbito do convívio social e na relação com outras crianças. Gerando assim o sentimento de luto pela perda do vínculo que o cabelo gera na sociedade atual (BONASSA, 1992).

4. METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Foi desenvolvido pesquisa do tipo descritiva exploratória com abordagem qualitativa.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O local que foi realizada a pesquisa consiste na enfermaria e ambulatório da oncologia pediátrica do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), localizado na cidade de Campina Grande. O serviço, que foi implantado em janeiro de 2008, atende crianças e adolescentes na faixa etária entre o nascimento e dezesseis anos de idade, realizando diagnóstico, tratamento e seguimento de neoplasias benignas e malignas.

As atividades são disponibilizadas não só à população campinense, mas também para os cento e oitenta e sete municípios pactualizados com Campina Grande pelo Sistema Único de Saúde.

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Para realização da pesquisa foram selecionados crianças e adolescentes com idade entre cinco e dezesseis anos da enfermaria e ambulatório de Oncologia Pediátrica do HUAC, considerando escolares as crianças na faixa etária de cinco a dez anos e adolescentes entre dez e dezesseis anos.

A amostra foi selecionada por conveniência, sem delimitação prévia do número de participantes, sendo interrompido por critério de saturação. Foram respeitados os critérios de inclusão e exclusão.

4.3.1 Critérios de Inclusão

- Crianças entre cinco e dez anos, e adolescentes entre dez e dezesseis anos com diagnóstico prévio de doença oncológica atendidas na enfermaria ou ambulatório da oncologia infantil. A faixa etária selecionada representa o grupo de estudo que será utilizado na comparação dos resultados.

- Crianças submetidas a tratamentos quimioterápicos ou radioterápicos a partir do diagnóstico. As formas de tratamentos supracitadas são as de maior recorrência de queda de cabelo como efeito adverso.

4.3.2 Critérios de Exclusão

- Crianças com menos de cinco anos de idade e adolescentes maiores de dezesseis anos.

- Crianças que não foram submetidas a tratamento de quimioterapia ou radioterapia.

4.4 COLETA DOS DADOS

Na abordagem qualitativa, o pesquisador objetiva aprofundar-se na compreensão dos fenômenos que estuda, interpretando-os segundo a perspectiva dos próprios sujeitos que participam da situação, sem preocupações quanto a representatividade numérica, estatísticas e causa-efeito. O estudo baseia-se na objetivação, reconhecendo a complexidade do objeto de estudo, utilizando técnicas de coleta de dados adequadas e análise de material contextualizada (MINAYO, 2008).

Nesse contexto, para coleta de dados foi selecionada a técnica de entrevista na modalidade semiestruturada, no qual o roteiro possui perguntas fechadas de identificação ou classificação, mas principalmente perguntas abertas norteadoras, dando liberdade ao entrevistado acerca do tema (Apêndice 1). O objetivo da utilização da entrevista como técnica de coleta foi

de compreender de maneira detalhada as atitudes e valores em relação aos entrevistados em relação a seus contextos sociais e crenças.

Foram entrevistadas sete crianças, dos quais 4 eram meninas e 3 eram meninos, possuindo entre 5 e 15 anos, a média de idade foi de 10,4 (DP= 8,1). A identificação dos participantes e suas falas foram feitas com nomes ou apelidos fictícios entre parênteses ao final de cada relato e na transcrição das entrevistas para resguardar a não identificação dos pacientes. Foram adotados os seguintes nomes fictícios: Bel, Lara, Lili, Malu, Dudu, Gui e João.

No momento de coleta foi iniciado com conversa livre, visando ultrapassar inibição e maior interação com o sujeito pesquisado, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Adulto e do Menor, em um ambiente intimista e não intimidador, na presença de responsável legal, respeitando sua disponibilidade e vontade do entrevistado, visando cooperação dos dois sujeitos com o pesquisador.

A entrevista e interação no momento de coleta foram gravadas com aparelho de áudio, facilitando o registro fiel das falas, contribuindo na transcrição das informações integralmente para a análise do conteúdo.

4.5 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os dados da pesquisa qualitativa devem ser analisados a partir de abordagens preestabelecidas, sendo escolhida a análise de conteúdo para esse estudo. Tal técnica visa à interpretação de material de caráter qualitativo, assegurando uma descrição objetiva com a riqueza apresentada na coleta (BARDIN, 2009).

Posteriormente à coleta dos dados, as gravações de áudio foram transcritas na íntegra. A captura do caráter integral da discussão é essencial à qualidade da pesquisa. Segundo o método proposto por Bardin, a modalidade definida para a análise de conteúdo do presente trabalho foi análise da temática que se baseia nos sentidos que compõe a comunicação, organizando-

se em torno de três polos: pré-análise, organização do material a partir da escolha de informações relevantes; exploração do material, com transformação de dados brutos dos textos até que a codificação alcance a representação do conteúdo e sua expressão; e tratamento dos resultados, a partir de inferência e interpretação da teoria escolhida (BARDIN, 2009).

Durante o desenvolvimento da análise, as fases de codificação e categorização se destacaram no auxílio ao tratamento dos resultados. Em relação à codificação, a transformação das transcrições textuais das gravações baseou-se em recorte, agregação e enumeração das falas, buscando a representação do conteúdo. Após essa fase iniciou-se a categorização com a classificação de elementos constitutivos por diferenciação e reagrupamento, segundo o conteúdo do discurso. Vale salientar que a escolha das unidades de agrupamentos em categorias se baseou na ocorrência de relatos acerca de um mesmo ponto discursivo, como sugere a análise de conteúdo proposta por Bardin (2009).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Os responsáveis legais autorizaram a participação das crianças desse estudo, além de terem sido informados acerca da temática do estudo e sua natureza, do sigilo das identidades das informações colhidas, voluntariamente, sem custo algum ou vantagem financeira, bem como a possibilidade de saída do estudo em qualquer fase da pesquisa. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Assentimento para o menor foram apresentados ao responsável, contendo todas as informações relevantes e necessárias, além da autorização, mediante assinatura, para a coleta de dados. Os dados coletados ficarão arquivados com a pesquisadora responsável durante o período de cinco anos e, após esse tempo, serão incinerados.

A pesquisa atendeu às exigências científicas e começou a ser desenvolvida somente após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Universitário Alcides Carneiro (CEP - HUAC),

CAEE número 68255717.9.0000.5182. Dessa forma, seguiram-se os princípios éticos de pesquisa da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde sobre a pesquisa envolvendo seres humanos.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados encontrados nesse estudo são apresentados de acordo com as seguintes categorias analíticas: conhecimento e medo, obstáculo da alopecia, imagem corporal e realidade após queda de cabelo.

5.1 CONHECIMENTO E MEDO

Nos discursos observaram-se níveis de desconhecimento acerca da doença, as crianças convivem com a enfermidade, mas projetam significados formulados a partir de experiências vivenciadas com o câncer, não sendo adquirido previamente ao diagnóstico. Essas crianças que apresentaram certo grau de desconhecimento são aquelas que demonstraram a não existência de medos e receios no desenvolver do tratamento e suas possíveis consequências.

“Fiquei não (sobre medo ou receio). Gostava de vim pro médico.” (Gui, 8 anos)

Em contrapartida, as crianças que apresentaram algum conhecimento acerca da doença vêm a apresentar significações e medos mais presentes no discurso. No estudo, observou-se que essas crianças foram os adolescentes entrevistados, que por experiências de convivência com a enfermidade ou conhecimento adquirido com o decorrer do tempo apresentaram um maior embasamento quando comparadas aos escolares.

“Não, porque, meu primo já tinha feito (sobre medo ou receio). E eu já sabia.” (Dudu, 15 anos)

“Tive... de morrer.” (Lili, 13 anos)

Presentemente, o câncer tornou-se uma doença de evolução progressiva, mas curável, quando comparada a conceituações anteriores de uma enfermidade inevitavelmente fatal. No entanto, para as crianças o enfrentamento da morte faz parte da conscientização em relação à doença, a criança passa a entender que todo o sofrimento com o tratamento serve para alcançar o objetivo final da cura, mas a possibilidade de morte é factível

(CAGNIN; LISTON; DUPAS, 2004).

O medo da morte foi observado no discurso, mas de alguma forma baseado em situações nas quais demonstram que o desconhecido sugere tal sentimento. Os adolescentes foram aqueles que apresentaram o medo de morrer no seu discurso, corroborando o explicitado anteriormente que seria esse grupo o que retrata algum conhecimento acerca do câncer.

“Tive... de morrer. [...] é por causa que as vezes eu caia e aí eu tinha medo de ficar sem as pernas; por causa que quando eu andava né, daqui pra essa porta aí, se eu andasse um pouco rápido eu desmonhecava das pernas, caia né. Aí eu tinha medo de perder as pernas e morrer. E por causa da tontura perder o olho também.” (Lili, 13 anos)

5.2 OBSTÁCULO DA ALOPECIA

O sentimento de adoração aos cabelos atingiu a mitologia, a cultura, a ciência, a religião e as classes sociais, cobrando ao indivíduo práticas e comportamentos, como em algumas religiões o uso de cabelo comprido e acessório na cabeça (GOUVEIA, 2005).

O cabelo é considerado um dos aspectos mais definidores da aparência humana, sendo importante, principalmente, na esfera psicossocial (JESUS; LOPES, 2003). Em contrapartida, para as crianças essas representações ainda estão em construção, ocasionando sua significação como uma consequência normal do tratamento. Situações observadas nos seguintes relatos:

“Caiu. Fiquei careca. Não fiquei com medo.” (Bel, 5 anos)

“Caiu, lembro mais não. Quem raspou foi a enfermeira. Não fiquei triste, não senti nada.” (Malu, 10 anos)

Do ponto de vista físico, para o ser humano, o cabelo é importante, por oferecer proteção ao crânio contra frio, radiações solares e traumatismos. Entre as consequências físicas da queda de cabelo há a perda de calor pelo couro cabeludo (WILLIAMS; WOOD; CUNNINGHAM-WARBURTON, 1999). No âmbito das crianças, a consequência da alopecia, em alguns casos, pode ser levada nesse contexto físico, as representações psicossociais não vêm a ser tão representativas quanto para o adulto.

“Eu não senti nada, eu senti frio na cabeça.” (Dudu, 15 anos)

A criança paciente oncológica tem a experimentação de um luto antecipatório, podendo não se relacionar com sua possibilidade de morrer, mas às perdas do adoecimento, como a do cabelo (MOTA; ENUMO, 2004). A alopecia pode ser considerada emblemática no tratamento do câncer, sendo temida a partir do diagnóstico da doença, como exemplificado por João e Gui:

“Caiu ainda não. Tomara que não caia.” (João, 10 anos)

“Tinha medo de cair.” (Gui, 8 anos)

Segundo Móyses (2007) o gênero influencia na autoimagem e autoestima, sendo reflexo dos papéis sociais ocupados na comunidade. Comprovando esse apontamento na análise dos discursos apreendeu-se que o impacto causado na queda de cabelo tem mais significado para as meninas entrevistadas, independente das idades apresentadas.

“Eu senti uma tristeza né, um cabelo tão... tão coisado. Eu nunca tinha cortado o cabelo na vida, então.” (Lili, 13 anos)

“Eu não achei bom.” (Bel, 5 anos)

“[...] é doloroso um pouco, mas eu gostei.” (Lara, 12 anos)

Na análise dos discursos também foi possível detectar um fator importante relacionado à temporalidade. As crianças, independente se escolares ou adolescentes, retêm o momento e acontecimentos que envolvem o desfecho final que a queda de cabelo pelo tratamento leva a ocorrer, raspar o cabelo.

“Ué, caiu caindo, aí depois veio a mulher e foi rapar tudo.” (Lili, 13 anos)

“Lembro que eu raspei com a maquininha. Foi minha tia. A segunda vez foi meu cunhado.” (Dudu, 15 anos)

“Caiu, e foi caindo caindo. Foi minha tia que raspou.” (Lara, 12 anos)

Ainda na observação dos discursos, um sentimento esteve presente em alguns depoimentos, a tristeza. Para algumas crianças a queda de cabelo representou maior angústia e sofrimento, conversando com a Teoria do Apego de Bowlby (2006) em relação consequências de uma separação ou perda.

“Eu não achei bom.” Bel, 5 anos

“Eu senti uma tristeza.” Lili, 13 anos

5.3 IMAGEM CORPORAL

A importância da aparência física para o ser humano se constrói desde a infância. As crianças conseguem perceber como as diferentes características físicas são vistas pela sociedade, podendo gerar a estruturação de um ideal de imagem corporal, conforme distinguem conceitos do que é valorizado como atraente e do que tende a ser “rejeitado” na aparência física (FERNANDES, 2007).

Algumas crianças apontaram a queda de cabelo como um defeito que leva a uma imagem corporal negativa, construído a partir de um ideal no qual deixam de se encaixar com a queda de cabelo. Observado no discurso quando a pessoa seria feia sem cabelo, não sendo específico a si mesmo.

“É feio a pessoa sem cabelo.” (Lili, 13 anos)

Outras crianças também partiram de imagem corporal negativa, no entanto baseando-se em visões próprias criadas a partir de suas vivências e desejos. Observando no discurso quando detalha o motivo em suas próprias características que o tornaria feio, ou quando exemplifica desejos que seriam impedidos com a queda de cabelo.

“Eu acho feio. [...] Porque eu tenho as bochechas grandes e eu fico com a cabecinha pequenininha e a bochechona. Eu já sabia que ia ficar assim.” (Dudu, 15 anos)

“Caiu ainda não. Tomara que não caia. Porque eu gosto. Medo não, mas eu preferia que ele ficasse (sobre medo da queda). Porque eu acho bom, eu gosto de ficar mexendo com ele.” (João, 10 anos)

Tanto meninos quanto meninas temem uma avaliação corporal negativa pelos colegas. Os amigos podem ajudar as crianças reforçarem a autocrítica na imagem corporal, o que permite entender que os amigos são relevantes aos pensamentos, atitudes e à autoestima corporal (TANTAGELO; RICCIARDELLI, 2013).

“Meus coleguinhas acharam careca. Sim (sobre os colegas rirem). Não (sobre importância dada às brincadeiras).” (Bel, 5 anos)

“Pra mim, praticamente nada. Pra o meus colegas eu acho que mudou.” (Malu, 10 anos)

A aparência física vem a tomar um papel mais importante com o avançar da idade, nos adolescentes que foram entrevistados a imagem corporal apresentou-se de forma mais detalhada, mesmo que o impacto da queda de cabelo quando comparado ao dos escolares sejam o mesmo.

“[...] um cabelo tão... tão coisado. Eu nunca tinha cortado o cabelo na vida, então.” (Lili, 13 anos)

“[...] eu tenho as bochechas grandes e eu fico com a cabecinha pequenininha e a bochechona.” (Dudu, 15 anos)

“Mudou que meu cabelo era mais liso e agora depois da quimioterapia tá ficando cacheadinho.” (Lara, 12 anos)

Observou-se que as crianças apresentaram sentimentos e atitudes na concepção de imagem corporal, muitas vezes baseados em padrões sociais estabelecidos por mídias, pais e colegas. Quebras nesses padrões estabelecidos, como a queda do cabelo, no entanto, não geram grandes impactos nos sentimentos e atitudes das crianças, que com uma maior facilidade que o adulto, reverterem a situação com reconstrução e reorganização diante da perda, no qual o processo de luto se baseia.

“Eu vi que uma menina que tinha cabelo não ia passar por aquilo, mas eu passei e vi que o cabelo não tinha tanta importância.” (Lara, 12 anos)

5.4 REALIDADE APÓS A QUEDA DE CABELO

Estudos com mulheres submetidas a quimioterapia revelam que há uma estigmatização da alopecia, no qual as mulheres lidam com estereótipos do perfil do que é considerado “normal” pela sociedade, em relação também a conduta e caráter (GOFFMAN, 1994).

Comparativamente, para as crianças essa representação social de “ser diferente” incorpora diferentes significados. Como exemplificado por Lili de treze anos:

“Não mudou nada. Todo mundo ficou falando aqui comigo normal. Eu senti um pouco de pena. E depois tudo normal.” (Lili, 13 anos)

No adulto a estigmatização ultrapassa parâmetros sociais e atinge conduta e caráter, como dito anteriormente. No âmbito infantil, não há essa diferenciação em caráter a partir de componentes físicos como a queda de cabelo. Para as crianças, essa situação apresenta-se como algo “normal” e sem mudanças nos olhares quanto a índoles e personalidade.

“Um amigo assim, é a mesma coisa, é a mesma pessoa, só o cabelo não muda nada.” (João, 10 anos)

Nos discursos emergiram que quando questionadas quanto a relações sociais após a queda de cabelo, as crianças não apontavam diferenciações temporais e de comportamento.

“Mudou não. Só eu que acho feio.” (Dudu, 15 anos)

“Tava igual.” (Gui, 8 anos)

A criança tem percepções das visões que os outros estabelecem para elas, tendo percepção da estigmatização que a doença gera. Em contrapartida, as crianças tem habilidades de superação e reorganização de suas percepções a partir de suas vivências, de forma que venham a quebrar paradigmas estabelecidos a partir de um enfrentamento da enfermidade e as consequências do tratamento.

“Eu acho que sim. Tem gente que vem com olhar de pena, mas eu não quero isso, por que eu tô curada.” (Lara, 12 anos)

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nas intervenções desse estudo, pode-se observar que para as crianças o luto da queda de cabelo é um processo que demanda impactos na sua autoimagem e relações sociais. No entanto, em comparação ao adulto, elas demonstram habilidades de vivenciar esse processo de maneira amena e natural, não desenvolvendo significativos sofrimentos e traumas.

Apesar de o estudo tratar-se de uma abordagem qualitativa, que se limita ao universo pesquisado, poderá ser utilizado para compreensão de que no âmbito infantil o desconhecimento acerca da doença leva projeções menos significativas de medo, bem como, as crianças apresentam autocrítica no entendimento de imagem corporal baseados em padrões sociais estabelecidos e a quebra desses padrões não desencadeiam grandes impactos nas atitudes das crianças.

Os processos de reconstrução e ressignificação inerente ao luto atingem diferentes proporções na realidade da criança. Para elas essa construção se dá de forma natural ao transcurso. A queda de cabelo é vista como um obstáculo presente no desenvolvimento do tratamento, podendo vir a ser considerada como uma preocupação, no entanto com diferentes significações quando comparada ao adulto.

Esse trabalho também vem contribuir no fornecimento de elementos para auxiliar na prática profissional, em decorrência de que os resultados apontados podem beneficiar a atuação do profissional de saúde na assistência hospitalar a pacientes oncopediátricos na vivência dos seus lutos. Um desses elementos se dá no sentido de evidenciar que a intervenção de cuidados em situações de perdas deve ser baseada na individualidade da criança quanto a sua totalidade do ser e experiências vivenciadas, ficando claro a diferenciação das significações do adulto.

Em relação à exploração do tema, poucas referências bibliográficas foram encontradas, fomentando a necessidade de discussão sobre o assunto.

Partindo desse pressuposto, pode-se fazer um convite aos demais pesquisadores na área da saúde para que se envolvam nesse campo, pois a produção científica versando essa temática ainda é muito escassa, principalmente no âmbito médico.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABERASTURY, A. A percepção da morte nas crianças (M. N. Folberg, Trad.). Em A. Aberastury & cols. (Org.), A percepção da morte na criança e outros escritos (pp. 128-139). Porto Alegre: Artes Médicas, 1984. (Original publicado em 1978)
- ANDREA, M. L. M. Oncologia Pediátrica. In: CARVALHO, V. A. et al (Org). Temas em psico-oncologia. São Paulo: Ed. Summus, 2008.
- BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70., 2009.
- BESSA, L. C. L. Adolescer do paciente com câncer. Ribeirão Preto, 1997. 131p. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 1977.
- BONASSA, E. M. A. Enfermagem em quimioterapia. São Paulo/Rio de Janeiro, Atheneu, 1992.
- BORGES, A. D. V. S. et al. Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 11, n. 2, p.361-369, 2006.
- BOWLBY, J. Apego e perda. Vol. III. Perda, tristeza e depressão. São Paulo: Martins Fontes, 1973.
- BROMBERG, M. H. P. F. Luto: a morte do outro em si. In: M.H.P.F Bromberg, et al. Vida e morte: laços de existência. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.
- CAGNIN, E. R. G.; LISTON, N. M.; DUPAS, G. Representação social da criança sobre o câncer. Rev Esc Enferm USP, São Paulo, v. 38, n. 1, p.51-60, 2004.
- CAPPARELLI, F. B. A. O câncer infantil e a relação médico-paciente-doença. In: VALLE, E. R. M. (Org.). O cuidar da criança com câncer. São Paulo: Editora Livro Pleno, 2004.
- CAVALCANTI, A. K. S.; SAMCZUK, M. L.; BONFIM, T. E. Psychoanalytic concept of grief from Freud and Klein. Psicólogo Informação, São Paulo, v. 17, n. 17, p.87-105, 31 dez. 2013. Instituto Metodista de Ensino Superior.
- DALL'ANESE, A. P. M. S.; SCHULTZ, K. Equipe multidisciplinar. In: CAMARGO, B.; KURASHIMA, A. Y. Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: o cuidar além do curar. São Paulo: Lemar, 2007.
- DENZI, N. K.; Lincoln, Y. S.; et al. O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- DIAS, C. A. Grupo focal: técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas. Revista Informação & Sociedade: Estudos, v. 10, n. 2, 2000.
- DOMINGUES, J. Uma janela para a alma: olhando a morte e a criança. Revista

Paulista de Enfermagem, 1996.

DUPAS, G. Buscando superar o sofrimento impulsionado pela esperança: a experiência da criança com câncer. São Paulo, 1997. 185p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

ENSKAR, R.N. et al. Symptom distress and life situation in adolescents with cancer. *Cancer Nurs.*, 1997.

FERNANDES, A. E. R. Avaliação da Imagem Corporal, hábitos de vida e alimentares em crianças e adolescentes de escolas públicas e particulares de Belo Horizonte. 2007. 1 v. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007

FREUD, S. (1917 [1915]). Luto e melancolia, In Freud S: Obras Completas de Sigmund Freud, Rio de Janeiro: Imago; 1996.

GOFFMAN, E. Estigma: la identidad deteriorada. 5. ed. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1994.

GOUVEIA, V. V., et al. Autoimagem e sentimento de constrangimento. *Revista Psico da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa*, v. 36, n. 3, p. 231-241, 2005.

INCA. Disponível em: <
<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/infantil>>
Acesso em: 15 de maio de 2017

JESUS, L. L. C., LOPES, R. L. M. Considerando o câncer de mama e a quimioterapia na vida da mulher, *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 208-211, 2003.

KOVÁCS, M. J. Morte no processo do desenvolvimento humano: a criança e o adolescente diante da morte. In: M.J. Kovács (Coord), *Morte e desenvolvimento humano*. (pp. 48-57). São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992

KOVÁCS, M. J. A morte em vida. In: M.H.P.F. Bromberg, et al., *Vida e morte: laços de existência*. (pp. 12-33). São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

MARIA, E. B. S., GUIMARÃES, R. N. & RIBEIRO, C. A. O significado da medicação intra-tecal para criança pré-escolar, expresso em sua brincadeira. *Revista Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 268-277, 2004.

MAZORRA, L.; TINOCO, V. Luto na infância: intervenções psicológicas em diferentes contextos. São Paulo: Ed. Livro Pleno, 2005.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MOTTA, A. B. & ENUMO, S. R. F. Câncer infantil: uma proposta de avaliação das estratégias de enfrentamento da hospitalização. *Estudos de Psicologia*, v. 21, a. 3, p. 193-202, 2004.

MOYSÉS, L. A autoestima se constrói passo a passo. Papirus, Campinas, v. 7, p. 18-19, 2007.

PEREIRA, S. G.; et al. Vivências de cuidados da mulher mastectomizada: uma pesquisa bibliográfica. Revista Brasileira de Enfermagem REBEn. 2006.

PERINA, E. M. Estudo clínico das relações interpessoais da criança com câncer nas fases finais. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1992.

PERINA, E. M. O câncer infantil: a difícil trajetória. In: M. M. M. J. Carvalho (Coord.), Introdução a psico-oncologia. São Paulo: Editorial Psy, 1994.

STROEBE, M., STROEBE, W. & HANSSON, R. Handbook of Bereavement: theory, research and intervention. Cambridge: University Press, 1993.

TANTAGELO, G. L., RICCIARDELLI, L. A.. A qualitative study of preadolescent boys' and girls' body image: Gendered ideals and sociocultural influences. Body Image, v.10, p.591-598, 2013.

TORRES, W.C. A criança diante da morte. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

TRATAMENTO PARA O CÂNCER INFANTIL: FICHA PARA PEDIATRAS GERAIS: Treatment for childhood cancer: fact sheet for GPs. Careaçu, Mg: Children's Cancer And Leukaemia Group, 2006.

WILLIAMS, J., WOOD, C., CUNNIGHAM-WARBURTON, P.A. A narrative study of chemotherapy-induced alopecia. Oncology Nursing Forum, v. 26, n. 9, p. 1463-1468, 1999.

8. APÊNDICE

Questões norteadoras

Identificação

1. Idade _____
2. Gênero feminino masculino
3. Procedência _____
4. Tratamento Quimioterapia Radioterapia
5. Duração Tratamento _____

Guia

1. Desde adoecimento, o que mais lhe causou medo/receio?
2. Houve queda de cabelo? Como você se sentiu?
3. O que mudou depois da queda de cabelo?

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O Luto da Queda de Cabelo e seu Impacto no Paciente da Oncologia Pediátrica

Pesquisador: Mônica Cavalcanti Trindade

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 68255717.9.0000.5182

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.163.749

Apresentação do Projeto:

O luto pode ser definido como uma emoção considerada como uma síndrome complexa do comportamento humano, ou seja, se constitui a partir dos significados que o indivíduo interpõe ao que vivencia, mediante suas crenças e valores culturais. Portanto o conceito de luto é deveras complexo, dado em que cada sujeito constrói suas acepções de uma perda que considera significativa, não se aplicando apenas a morte, mas a qualquer privação que desencadeie uma quebra de vínculo emocional ou transição psicossocial. Por meio do trabalho com crianças, a psicanálise demonstra a existência do luto infantil, expresso de acordo com seu desenvolvimento cognitivo, mas possível a partir de percepções do seu entorno e do sofrimento. Ao nascimento e desenvolvimento, criamos laços afetivos intensificados com o tempo que revelam afecções de amparo, seguridade e conhecimento como indivíduo. A quebra desses laços, desde a infância, podem se apresentar como percepção de luto. (BOWLBY, 1973) Na idade pré-escolar, as crianças não tem a percepção completa do significado de morte, entretanto a perda do conhecido lhe é sentida. As crianças de idade escolar, no entanto, poderão ter um melhor entendimento do processo de perda definitiva, podendo ter então uma percepção da vivência do luto mais duradoura que o grupo anterior. Já os adolescentes tem sua relação com a morte e a perda mais configurada, sendo definida a partir da fase de desenvolvimento que ele se encontra e do patamar da construção da sua identidade. (ABERASTURY, 1984) Os pacientes oncopediátricos vivenciam

circunstâncias de constante confronto com a morte. No entanto, vale ressaltar que o sentimento de morte para a criança não se restringe a quando ela ocorre de fato, mas também em circunstâncias que representam perdas, como o ato de internação hospitalar, imobilização de um membro, mudança de lar, distância de amigos, saída da escola, queda de cabelo, entre outros. (DOMINGUES, 1996) No caso de crianças que adoecem gravemente, como as pacientes oncológicas, o defrontamento com o luto é mais presente. Ela convive com problemáticas que condizem a si própria, bem como aos pais e outras crianças aos quais são expostas, tendo uma maior percepção do que lhe é revelado. Além de afrontar com a perda da sua identidade, visto a alterações fisiológicas e corporais consequentes do tratamento e da própria doença. (MARIA, GUIMARÃES E RIBEIRO, 2004) No contexto oncológico, os pacientes recebem tratamento quimioterápicos geradores de efeitos adversos que por vezes exigem recursos adaptativos ao cotidiano. A queda de cabelo está intimamente relacionada ao uso de alguns quimioterápicos que atingem células responsáveis pelo crescimento de pelos, sendo vivida como um obstáculo a ser enfrentado. Estudos em mulheres com câncer que vivenciaram queda de cabelo durante tratamento demonstram diminuição da autoestima e qualidade de vida, quando comparadas àquelas que não apresentaram esse efeito adverso. No âmbito da oncologia pediátrica são escassos os estudos que abordem a representação e significados da alopecia no cotidiano dos pacientes. A pesquisa que ora se desenha propõe-se a avaliar de forma comparativa a significação da alopecia durante o tratamento para escolares e adolescentes.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar as repercussões da queda de cabelo em crianças e adolescentes pacientes da oncologia pediátrica do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC).

Objetivo Secundário:

Analisar o impacto da queda de cabelo na imagem corporal e relações sociais das crianças e adolescente atendidas na oncologia pediátrica oncopediatria do HUAC; Comparar entre as faixas etárias de crianças escolares e adolescentes a percepção e impacto do luto da queda de cabelo alopecia no seu convívio social.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos serão inerentes ao estudo com abordagem qualitativa e coleta a partir de entrevistas semiestruturadas, nos quais os discursos podem manifestar as experiências dos sujeitos e significados a elas empregados. Nesse contexto, falar sobre o luto relacionado à queda de cabelo no momento de enfrentamento do câncer, pode ocasionar inibição e constrangimento aos entrevistados, limitando suas falas e exposição dos sentimentos. Para minimizar os riscos, o entrevistador fará visitas prévias aos setores da oncopediatria no sentido de tornar-se parte do contexto, diminuindo a impressão de que possa ser alguém estranho. Além disso, as entrevistas ocorrerão em ambiente intimista e confortável às crianças e adolescentes, na presença de seu responsável legal, respeitando sua disponibilidade e vontade do entrevistado, proporcionando cooperação dos sujeitos com o pesquisador. Diante de qualquer problema observado a entrevista será suspensa.

Benefícios:

A pesquisa que ora se desenha trará como benefícios para os sujeitos um maior conhecimento acerca da temática, compreendendo o luto e o enfrentamento relacionados à queda de cabelo dos pacientes em tratamento do câncer infantil. Dessa forma, possibilitará ao serviço, aos profissionais e aos cuidadores das crianças planejamento e seguimentos adequados para o apoio necessário.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O trabalho em tela, mostra a importância da avaliação do luto que acompanha a vida dos pacientes pediátricos na oncologia. A queda de cabelo por ser marcante na figura dos pacientes, se torna um marco no tratamento. Assim sendo, considero o trabalho de extrema importância.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_910392.pdf	10/05/2017 18:08:51		Aceito
Outros	questoes_norteadoras.docx	10/05/2017 18:07:10	Mônica Cavalcanti Trindade	Aceito
Outros	Resumo.docx	10/05/2017 18:06:41	Mônica Cavalcanti Trindade	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	10/05/2017	Mônica Cavalcanti	Aceito

		18:06:12	Trindade	
Declaração de Pesquisadores	divulgacao_Resultados.pdf	10/05/2017 18:05:50	Mônica Cavalcanti Trindade	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Compromisso_Pesquisador.pdf	10/05/2017 18:05:26	Mônica Cavalcanti Trindade	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia_Setorial.pdf	10/05/2017 18:04:48	Mônica Cavalcanti Trindade	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia_Institucional.pdf	10/05/2017 18:04:31	Mônica Cavalcanti Trindade	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	10/05/2017 18:04:07	Mônica Cavalcanti Trindade	Aceito
Brochura Pesquisa	Metodologia.docx	10/05/2017 18:03:59	Mônica Cavalcanti Trindade	Aceito

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	O_Luto_da_queda_de_cabelo_e_seu_impacto_no_paciente_da_oncologia_pediatria.pdf	10/05/2017 18:03:47	Mônica Cavalcanti Trindade	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_ASSENTIMENTO_MENOR.docx	10/05/2017 18:03:32	Mônica Cavalcanti Trindade	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_CONSENTIMENTO_PARA_MAIORES.docx	10/05/2017 17:45:08	Mônica Cavalcanti Trindade	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostro.pdf	10/05/2017 17:38:39	Mônica Cavalcanti Trindade	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINA GRANDE, 08 de Julho de 2017

Assinado por:

Januse Nogueira de Carvalho (Coordenador)