

Repercussões na auto-estima provocadas pela tricotomia em craniotomia

HAIR REMOVAL REPERCUSSIONS ON PATIENT'S SELF-ESTEEM IN CRANIOTOMY

REPERCUSIONES EN LA AUTO ESTIMA PROVOCADAS POR LA TRICOTOMÍA EN CRANEOTOMÍA

Solange Diccini¹, Suellen Naomi Yoshinaga², João Fernando Marcolan³

RESUMO

O objetivo do estudo foi avaliar a repercussão da tricotomia na autoestima do paciente no pós-operatório de craniotomia. Estudo quantitativo do tipo prospectivo. Os dados mostram que a maioria dos pacientes referiu não ter sua autoestima alterada em função da tricotomia; predomina a manutenção da autoestima entre os pacientes que receberam orientação sobre a tricotomia; a maioria fez uso de acessórios como estratégia para ocultar a área raspada, e acredita que a tricotomia não prejudica a qualidade de vida nem interfere nas relações sociais. Conclui-se que os sentimentos relacionados à diminuição da autoestima são a perda da atração, a insegurança e a vergonha; há a necessidade de uso de acessórios para melhorar a autoimagem, e os profissionais da saúde devem trabalhar com os aspectos psicossociais dos pacientes no pré e pós-operatórios.

DESCRITORES

Craniotomia.
Remoção de cabelo.
Auto-imagem.
Cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

This quantitative-based, prospective-oriented study aims to evaluate the repercussion of hair removal in post-craniotomy's patient self-esteem. Data show that the majority of patients mentioned not having an altered self-esteem due to hair removal; self-esteem was kept the same among patients that were instructed about the hair removal process. The major part of patients made use of accessories as a strategy to hide shaved areas and believed that hair removal damaged neither their quality of life nor their social relationships. We conclude that the feelings directly related to the decrease of self-esteem are loss of physical attraction, insecurity and shame. The employment of accessories is made necessary towards improving self-esteem, and healthcare professionals must work with the psychosocial aspects of pre and post-surgery patients.

KEY WORDS

Craniotomy.
Hair removal.
Self concept.
Nursing care.

RESUMEN

El objetivo del estudio fue evaluar la repercusión de la tricotomía en la auto estima del paciente en el posoperatorio de craneotomía. Estudio cuantitativo del tipo prospectivo. Los datos muestran que la mayoría de los pacientes refirió no tener su auto estima alterada en función de la tricotomía; predomina el mantenimiento de la auto estima entre los pacientes que recibieron orientación sobre la tricotomía; la mayoría hizo uso de accesorios como estrategia para ocultar el área raspada y piensa que la tricotomía no perjudica la calidad de vida y no interfiere en las relaciones sociales. Se concluye que los sentimientos relacionados a la disminución de la auto estima son la pérdida de la atracción, la inseguridad y la vergüenza; hay necesidad de usar de accesorios para mejorar la auto imagen y los profesionales de la salud deben trabajar con los aspectos psicosociales de los pacientes en el pre y pos operatorio.

DESCRIPTORES

Craneotomía.
Remoción del cabello.
Autoimagen.
Atención de enfermería.

¹ Enfermeira. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. solandic@denf.epm.br
² Enfermeira do Hospital São Paulo, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. suellen_e@terra.com.br ³ Enfermeiro. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. jmarcolan@denf.epm.br

INTRODUÇÃO

Tricotomia consiste na raspagem pré-operatória dos pêlos de uma região do corpo e corresponde, em grande parte das instituições, a um dos cuidados em pacientes que se submetem à cirurgia intracraniana.

A prática da tricotomia tem seus diversos relatos na literatura e fez parte em acontecimentos históricos⁽¹⁻²⁾. A primeira descrição de tricotomia com o propósito de anti-sepsia e assepsia foi feita por Gustav Neuber, em 1886, que apoiou sua realização, pois permitia uma limpeza cuidadosa da área. Em 1895, Carl Beck afirmou que a tricotomia deveria ser realizada, mesmo na presença do mais fino fio de cabelo⁽²⁾.

Tradicionalmente, justifica-se a remoção dos pêlos adjacentes ao local operatório para facilitar a visualização e a técnica operatória, assim como para diminuir a contaminação da incisão com microrganismos presentes nos pêlos⁽³⁾. Entretanto, pesquisas demonstraram que neurocirurgias sem tricotomia apresentaram resultados similares às com tricotomia^(1,4-7). Estudo realizado com 638 pacientes que foram submetidos a diferentes tipos de operação sem tricotomia, constatou um total de infecção em 7 (1,1%) casos e concluiu que a tricotomia não diminui o risco para infecção da ferida cirúrgica⁽¹⁾.

Os estudos provaram que a taxa de infecção nos procedimentos cranianos não apresentaram divergências significativas entre os que realizaram tricotomia e os que não realizaram. Contudo, concluiu-se que ao conservar os cabelos, tanto o estresse psicológico quanto à mudança na auto-estima do paciente eram evitados^(1,4-7).

Certamente, a manutenção dos cabelos exerce um papel fundamental na condição psicológica no pós-operatório dos pacientes, uma vez que os cabelos refletem a imagem corporal de um indivíduo não só perante si mesmo, mas também à sociedade. Além disso, os cabelos contribuem na auto-estima do indivíduo por estar relacionado com a aparência, com a atração física e até mesmo com a saúde.

O conceito de auto-estima tem sido estudado e considerado como um importante indicador de saúde mental. A auto-estima pode ser definida como a confiança em nossa capacidade para pensar e enfrentar os desafios da vida. A confiança em nosso direito de sermos felizes, a sensação de sermos merecedores, dignos, qualificados para expressar nossas necessidades, desejos e desfrutar os resultados dos nossos esforços. Ter baixa auto-estima é sentir-se inadequado à vida, sentir-se errado e sentir-se incapaz⁽⁸⁾.

Na auto-estima inclui-se a avaliação subjetiva que uma pessoa faz de si mesma como sendo positiva ou negativa em algum grau, entrelaçando-se crenças auto-significantes

e emoções auto-significantes associadas e tendo expressão no comportamento. Também pode ser construída como uma característica permanente de personalidade (traço) ou como uma condição psicológica temporária (estado)⁽⁹⁾.

A aparência física é uma das fortes causas que influenciam a auto-estima, que é uma tendência estável para sentir-se bem ou mal a respeito de si mesmo⁽¹⁰⁾.

Em pacientes que não realizaram tricotomia verificou-se que houve melhora na auto-estima e um rápido retorno às atividades diárias. Particularmente, os pacientes que têm uma ocupação em que a aparência é importante, relataram que não teriam retornado ao trabalho com uma incisão cirúrgica aparente, com medo da reação negativa das pessoas⁽⁴⁾.

Estudo realizado com 1128 pessoas mostrou que 677 (60%) delas prefeririam ter seus cabelos removidos se tivessem que passar por uma cirurgia craniana, 316 (28%) estavam indecisas e 135 (12%) não prefeririam a tricotomia. Depois de escolherem suas preferências, os pesquisadores explicavam que o resultado da cirurgia era similar tanto com tricotomia e sem tricotomia. Novamente, perguntava-se a

Em pacientes que não realizaram tricotomia verificou-se que houve melhora na auto-estima e um rápido retorno às atividades diárias.

predileção, resultando em 542 (48%) pessoas que preferiam a remoção por acreditarem ser mais conveniente, 169 (15%) estavam indecisas, sendo que algumas deixariam a decisão para o cirurgião e outras verificariam a conveniência, facilidade e segurança da cirurgia. Das 417 (37%) pessoas que não optaram pela tricotomia, a maioria eram mulheres e jovens com alto nível de educação, tinham uma vida social ativa e afirmavam que não queriam perder ou afetar sua personalidade, beleza, aparência e/ou confiança⁽¹¹⁾.

A perda do cabelo tem uma influência negativa na qualidade de vida, afeta a auto-estima e pode causar problemas nas interações sociais⁽¹²⁻¹³⁾. A prática da tricotomia é um dos cuidados da enfermagem, portanto a equipe de enfermagem exerce um papel fundamental na preparação psicológica do paciente que se submete a uma tricotomia, durante o pré-operatório.

Durante a nossa prática, na unidade de neurocirurgia de um hospital universitário no município de São Paulo, observamos a realização da tricotomia parcial ou total como um dos procedimentos realizados pela enfermagem no pré-operatório de cirurgias intracranianas. Verificamos que a remoção dos cabelos afeta o paciente em relação a sua auto-imagem e auto-estima no pós-operatório e no seu retorno às atividades diárias.

OBJETIVOS

Este estudo teve por objetivos avaliar os principais tipos de tricotomia no couro cabeludo realizados no pré-

operatório de cirurgias intracranianas e relacionar a tricotomia com as alterações da auto-estima do paciente no pós-operatório.

MÉTODO

Estudo prospectivo realizado na Unidade de Neurocirurgia do Hospital São Paulo, no período de agosto de 2004 a outubro de 2005. Os critérios de inclusão foram: pacientes submetidos à cirurgia intracraniana eletiva, com idade superior ou igual a 18 anos. Foram excluídos deste estudo, pacientes com alteração de nível de consciência no pós-operatório ou que anteriormente foram submetidos à cirurgia intracraniana. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, sob o número CEP 0889/04. Os pacientes foram informados quanto aos objetivos do trabalho, finalidades e forma de divulgação dos resultados, sobre os riscos e desconforto e esclarecidas as dúvidas; após a aquiescência dos mesmos em participar do estudo fizeram tal declaração por meio do termo de consentimento livre e esclarecido.

Os objetivos foram alcançados por meio da aplicação de dois instrumentos de coleta de dados, sendo um formulário para os dados de identificação do paciente e um questionário sobre a auto-estima do paciente.

Na identificação do paciente foram coletados os seguintes dados: iniciais do nome, sexo, idade, diagnóstico médico, tempo de pré-operatório, tempo de pós-operatório, tempo total de internação e tipo de tricotomia realizada: total (couro cabeludo é tricotomizado totalmente), hemisferiana (tricotomia da metade do hemisfério direito ou esquerdo), bicoronal (onde a tricotomia é feita da sutura coronal para frente), em faixa (que nesse serviço é feita de

aproximadamente oito centímetros ao redor da incisão) e occipital (tricotomia da região occipital).

Em relação ao questionário, foram realizadas perguntas fechadas com a finalidade de verificar a auto-estima do paciente e a repercussão da realização da tricotomia no pós-operatório em relação ao aspecto psicológico.

Para a avaliação da auto-estima foram tomadas por base as características mais comuns das pessoas com baixa auto-estima, como: desgostar-se, odiar-se ou rejeitar-se, sentir-se inseguro, sentir-se menos atraente, sentir-se velho, redução da autoconfiança, timidez, complexo de inferioridade, ter dificuldades de interação social e sentimentos de depressão⁽⁸⁾.

Quanto à repercussão no pós-operatório, as questões foram enfocadas na recuperação do paciente e nos sentimentos relacionados à sua saída do hospital, tais como o medo da reação das pessoas ao vê-lo e as dificuldades para retornar as atividades diárias e a vida social.

RESULTADOS

O estudo contemplou 50 pacientes em pós-operatório (PO) de cirurgia intracraniana eletiva, dos quais 30 (60%) eram do sexo feminino e 20 (40%) do masculino. A idade variou entre 20 a 80 anos (Tabela 1), sendo que 9 (18%) pacientes tinham entre 20 a 30 anos, 7 (14%) entre 31 a 40 anos, 18 (36%) entre 41 a 50 anos, 10 (20%) entre 51 a 60 anos, 5 (10%) entre 61 a 70 anos e 1 (2%) entre 71 a 80 anos.

Quanto às demais variáveis quantitativas como idade, tempo total de internação, tempo de pré-operatório, tempo de pós-operatório (PO) na UTI e tempo de PO na enfermaria em dias foram calculados a média, desvio padrão, mediana, limite superior e inferior, observadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição da idade, tempo de pré-operatório, tempo de pós-operatório na UTI, tempo de pós-operatório na enfermaria e tempo total de internação dos pacientes submetidos a craniotomia - São Paulo - 2005

Variáveis	Média	Desvio Padrão	Mediana	Limite Superior	Limite Inferior
Idade (anos)	45,3	13,3	46,5	80	20
Tempo pré-operatório (dias)	10,5	7,9	8	32	1
Tempo PO UTI (dias)	2,7	1,8	2	10	1
Tempo PO enfermaria (dias)	2,5	1,5	2	8	1
Tempo total internação (dias)	18,3	9,7	16,5	43	3

Os diagnósticos médicos foram divididos entre PO de tumores supra-tentoriais, PO de tumores infra-tentoriais, PO de clipagem de aneurisma cerebrais, PO de Síndrome de Moya Moya, PO de correção de falha óssea e PO de craniectomia para correção de malformação de Arnold Chiari (Tabela 2). Em relação ao primeiro, estão incluídos PO de exérese de tumor temporal, tumor frontal, tumor

parietal, tumor parieto-occipital, tumor fronto-parietal, tumor temporo-parietal, tumor intraventricular (3º ventrículo), PO III Ventriculostomia e PO de exérese de meningioma de asa de esfenóide. O segundo engloba PO de exérese de tumor de fossa posterior e PO de exérese de neurocistocercose de fossa posterior e PO de tumor de ângulo de ponto cerebelar.

Tabela 2 - Pacientes incluídos no estudo segundo o diagnóstico médico no pós-operatório (PO) - São Paulo - 2005

Diagnóstico Médico	N	%
PO tumores supra-tentoriais	28	56
PO tumores infra-tentoriais	6	12
PO clipagem de aneurismas cerebrais	13	26
PO síndrome de Moya Moya	1	2
PO correção de falha óssea	1	2
PO craniectomia para correção malformação de Arnold Chiari	1	2
Total	50	100

A orientação recebida quanto à necessidade de tricotomia no pré-operatório foi relatada por 32 (64%) pacientes e 18 (36%) referiram que não a receberam. Dos que receberam orientação, o cirurgião foi responsável por fazê-la em 26 (81,2%) pacientes e a enfermeira em 6 (18,8%) pacientes.

Ao se relacionar a diminuição da auto-estima com a orientação recebida durante o pré-operatório, verificou-se que dos 32 (64%) pacientes que receberam orientação, 23 (71,9%) relataram que não estavam com a auto-estima diminuída e em 9 (28,1%) se achava diminuída. Dos 18 (36%) pacientes que referiram não terem sido orientados quanto à tricotomia, 10 (55,5%) afirmaram que a auto-estima estava diminuída e 8 (44,5%) que não estava.

Em relação aos tipos de tricotomia realizadas (Tabela 3), 29 (58%) foram em forma de faixa, dessas, 14 (48,3%) foram na região fronto-parieto-temporal, 8 (27,6%) na região fronto-parietal, 4 (13,8%) na região parieto-temporal, 2 (6,9%) na região parieto-occipital e 1 (3,4%) na região fronto-parieto-occipital.

Tabela 4 - Sentimentos de auto-estima diminuída em relação à tricotomia no pós-operatório - São Paulo - 2005

Sentimentos	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Inseguro	24	48	26	52	50	100
Deprimido	0	0	50	100	50	100
Mais velho	6	12	44	88	50	100
Incapaz de interagir socialmente	7	14	43	86	50	100
Menos atraente	26	52	24	48	50	100
Inferior	2	4	48	96	50	100
Vergonha	13	26	37	74	50	100
Auto-Confiança Diminuída	5	10	45	90	50	100

Quanto à utilização de algum acessório a fim de ocultar a tricotomia, 35 (70%) pacientes pretendiam usá-lo, sendo relatado por estes que 16 (45,7%) utilizariam boné, 10 (28,6%) lenço, 4 (11,4%) faixa, 4 (11,4%) peruca e 1 (2,9%) chapéu, enquanto os demais 15 (30%) não usariam nada.

Ao se relacionar a diminuição da auto-estima após tricotomia e utilização de algum acessório, 15 (79%) dos pa-

Tabela 3 - Distribuição do tipo de tricotomia realizada antes da realização da craniotomia - São Paulo - 2005

Tipo de Tricotomia	N	%
Total	6	12
Faixa	29	58
Bicoronal	7	14
Hemicraniana	3	6
Região Occipital	5	10
Total	50	100

A satisfação dos pacientes quanto ao tipo de tricotomia realizada mostrou que 40 (80%) estavam satisfeitos e 10 (20%) estavam insatisfeitos.

Quando questionado aos pacientes sobre a sua opção quanto ao tamanho da região a ser tricotomizada em comparação com a realizada, 26 (52%) deixariam igual, 13 (26%) escolheriam uma área maior e 11 (22%) uma área menor. Entretanto, ao ser perguntado sobre a escolha por outro tipo de tricotomia em relação à realizada, 32 (64%) não optaram por outra forma e 18 (36%) escolheriam outro tipo, sendo 16 (88,9%) preferindo a tricotomia total e 2 (11,1%) a em faixa.

Em relação à importância dos cabelos na aparência física, 44 (88%) pacientes acreditavam que os cabelos eram importantes e 6 (12%) que não eram importantes.

As alterações da auto-estima foram avaliadas por meio dos sentimentos de insegurança, depressão, incapacidade de interação social, inferioridade, vergonha, autoconfiança diminuída, sentimento de estar mais velho e de estar menos atraente (Tabela 4).

cientes com auto-estima baixa após tricotomia usariam acessórios – sete utilizariam boné, seis lenço, um peruca e um chapéu. Dos 20 (65%) pacientes sem alteração na auto-estima, nove escolheram usar boné, quatro usar faixa, quatro o uso de lenço e três o de peruca.

Na análise da associação entre a diminuição da auto-estima após tricotomia e a pretensão dos pacientes sobre

o que farão com os cabelos ao saírem do hospital, dos 19 pacientes que afirmaram apresentar auto-estima baixa, 7 (37%) fariam um corte diferente, 6 (32,5%) não mudariam os cabelos e 6 (32,5%) cortariam tudo. Dos pacientes que negaram estar com a auto-estima diminuída, 10 (32%) não mudariam os cabelos, 10 (32%) fariam um corte diferente e 11 (36%) raspariam todo o cabelo.

Em relação à opção dos pacientes quanto à retirada ou manutenção do curativo cefálico devido a sua interferência na auto-estima, 26 (52%) manteriam o curativo, 19 (38%) eram indiferentes e 5 (10%) retirariam-no.

Quando solicitado a opinião dos pacientes sobre a relação entre a recuperação no pós-operatório e o sentimento gerado pela tricotomia quanto à aparência, 30 (60%) pacientes acreditavam nessa relação e 20 (40%) não.

Os pacientes foram questionados quanto ao sentimento de medo da reação das pessoas em relação à tricotomia, obtendo-se como resultado que 35 (70%) não estavam com medo e 15 (30%) sentiam medo.

A interferência da tricotomia na qualidade de vida dos pacientes foi pesquisada e 43 (86%) pacientes acreditavam que a tricotomia não a prejudicava e 7 (14%) que sim.

Em termos de repercussão da tricotomia após a alta hospitalar, foram analisadas as pretensões dos pacientes quanto ao retorno às atividades diárias, onde os 50 (100%) pacientes afirmaram que retornariam normalmente. Quando analisada a opinião dos mesmos sobre se a tricotomia prejudicaria as relações sociais, 45 (90%) pacientes referiram que não e 5 (10%) que isto ocorreria. Foi perguntado se a tricotomia afetaria as saídas dos pacientes de casa e 46 (92%) pacientes acreditavam que não sairiam menos de casa e 4 (8%) que as saídas ficariam prejudicadas.

DISCUSSÃO

Em pacientes com patologias neurocirúrgicas, a tricotomia do couro cabeludo é freqüentemente realizada no centro-cirúrgico antes do início da cirurgia, após a indução anestésica. Para muitos pacientes, a tricotomia no couro cabeludo é vista como uma infelicidade a ser suportada, na busca de se obter o sucesso neurocirúrgico⁽¹⁾.

Desse modo, percebe-se que o cabelo é um símbolo de vida e identidade, e tem um papel importante na comunicação social. Pode refletir a classe social, sexo, profissão, religião, crença ou convicção política, indica personalidade, atração e feminilidade nas mulheres⁽¹⁴⁾.

Neste estudo, identificamos que a maioria dos pacientes, 44 (88%), acreditava que os cabelos eram importantes para a aparência física e destaca-se que dos 50 pacientes, 31 (62%) responderam que a auto-estima não diminuiu após a tricotomia e 19 (31%) afirmaram que diminuiu. Porém, 26 (52%) se sentiram menos atraente, 24 (48%) inseguros e 13 (26%) com vergonha em relação à tricotomia.

Verifica-se também em outros estudos esta relação da aparência pessoal e auto-estima como fator de importância para a assistência na recuperação dos pacientes⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Em pacientes com câncer, a alopecia é na maioria das vezes uma experiência traumática e difícil de lidar, devido a sua influência na auto-estima. A imagem corporal em pacientes que sofreram alopecia devido à quimioterapia se tornou menos importante quando avaliações de valores e sobrevivência se tornaram mais importantes. Não houve associação negativa entre alopecia e imagem corporal, pois muitos pacientes reformularam a auto-imagem, enfocando-a não na aparência física, mas em assuntos espirituais, senso de valores pessoais e fortes laços familiares⁽¹⁵⁾.

A perda dos cabelos pode vir a ter uma implicação psicossocial e pode afetar a imagem corporal, conseqüentemente a auto-estima. Porém, são fatores culturais e pessoais que determinam como os indivíduos lidam com isso⁽¹⁶⁾. Há pacientes com alto nível de auto-estima e que se encontram satisfeitos consigo mesmo; eles não têm a necessidade de mudar algo em si nem de que outras pessoas reconheçam os seus atos, mesmo sendo portadores de alteração da imagem corporal⁽¹⁷⁾.

Os profissionais de saúde devem tentar ajudar o paciente a se preparar para as mudanças psicológicas e sociais devido a tricotomia dos cabelos, prestando orientação quanto à necessidade da mesma no intra-operatório.

Verificou-se que houve uma relação entre a auto-estima e o recebimento dessa informação por parte da equipe médica e de enfermagem, pois dos 32 (64%) pacientes que receberam orientação, 23 (71,9%) relataram que não estavam com a auto-estima diminuída e 9 (28,1%) que sim e dos 18 (36%) pacientes que referiram não terem sido orientados quanto à tricotomia, 10 (55,5%) afirmaram que a auto-estima estava diminuída e 9 (28,1%) que não.

Observamos que em relação aos 32 pacientes que receberam orientação sobre a tricotomia, na maioria das vezes (26 pacientes) esta foi realizada pelo médico, indicando que a enfermeira deve se apropriar mais adequadamente do preparo dos pacientes e atuar quanto aos aspectos psicossociais envolvidos no pré e pós-operatórios.

Há estudo mostrando que uma das estratégias a fim de lidar com a alopecia é o uso de algum acessório⁽¹⁸⁾. Em nosso estudo verificamos que houve tal estratégia, sendo que 35 (70%) pacientes escolheram o boné, o lenço, a faixa, a peruca e o chapéu, como acessórios. Podemos entender que essa estratégia é indicativa de melhorar a auto-imagem e por conseqüência a auto-estima, sendo usada inclusive pela maioria (68%) dos participantes que declararam não ter a auto-estima afetada pelo procedimento.

Outro fato importante a ser apontado é a relação da recuperação pós-operatória e a aparência pessoal, onde 30 pacientes (60%) referem acreditar nesta relação como de influência na sua recuperação.

CONCLUSÃO

Os dados obtidos nesse estudo permitem concluir que o tipo mais freqüente de tricotomia utilizada em pacientes submetidos a cirurgias intracranianas foi a do tipo faixa.

Verificou-se que a tricotomia afetou a auto-estima para 19 (38%) pacientes e os sentimentos mais intensamente relacionados foram a perda da atração, a insegurança e a vergonha.

REFERÊNCIAS

1. Winston KR. Hair and Neurosurgery. *Neurosurgery*. 1992;31(2):320-9.
2. Beck WC. Hair and asepsis and antiseptics. *Surg Gynecol Obst*. 1986;163(5):479.
3. Fernandes AT, Fernandes MOV, Filho NR, editores. *Infecção hospitalar e suas interface na areada saúde*. São Paulo: Atheneu; 2000.
4. Sheinberg MA, Ross DA. Cranial procedures without hair removal. *Neurosurgery*. 1999;44(6):1263-6.
5. Bekar A, Korfah, Doğan S, Yilmazlar S, Baskan Z, Aksoy K. The effect of hair on infection after cranial surgery. *Acta Neurochir*. 2001;143(6):533-7.
6. Dvilevicius AE, Machado S, Rêgo JIM, Santos DS, Pietrowski F, Reis AD. Craniotomia sem tricotomia. *Arq Neuropsiquiatr*. 2004;62(1):103-7.
7. Ratanalert S, Saehaeng S, Sripairojkul B, Liewchanpattana K, Phuenpathom N. Nonshaved cranial neurosurgery. *Surg Neurol*. 1999;51(4):458-63.
8. Branden N. *O poder da auto-estima*. 3ª ed. São Paulo: Saraiva; 1995.
9. Sedikides C, Gregg A P. Portraits of the self. In: Hogg M A, Cooper J, editors. *Sage handbook of social psychology*. Londres: Sage; 2003. p.110-38.
10. Bandeira M, Quaglia MAC, Bachetti LS, Ferreira TL, Souza GG. Comportamento assertivo e sua relação com ansiedade, *locus* de controle e auto-estima em estudantes universitários. *Estud Psicol*. 2005;22(2):111-21.
11. Ratanalert S, Sriplung H. Social attitudes toward shaving for cranial neurosurgery. *Br J Neurosurg*. 2001;15(2):132-6.
12. Cash TF. The psychosocial consequences of androgenetic alopecia: a review of the research literature. *Br J Dermatol*. 1999;141(3):398-405.
13. Donk JVDD, Hunfeld JAM, Passchier J, Knegt-Junk KJ, Nieboer C. Quality of life and maladjustment associated with hair loss in women with alopecia androgenetica. *Soc Sci Med*. 1994;38(1):159-63.
14. Rosman S. Cancer and stigma: experience of patients with chemotherapy-induced alopecia. *Patient Educ Couns*. 2004;52(3):333-9.
15. Wagner L, Gorely M. Body image and patients experiencing alopecia as a result of cancer chemotherapy. *Cancer Nurs*. 1979;2(5):365-9.
16. Batchelor D. Hair and cancer chemotherapy: consequences and nursing care: a literature study. *Eur J Cancer Care*. 2001;10(3):147-163.
17. Silva MF, Silva MJP. A auto-estima e o não verbal dos pacientes com queimaduras. *Rev Esc Enferm USP*. 2004;38(2):206-16.
18. Hesketh PJ, Batchelor D, Golant M, Lyman GH, Rhodes N, Yardley D. Chemotherapy-induced alopecia: psychosocial impact and therapeutic approaches. *Support Care Cancer*. 2004;12(8):543-9.