PERFIL DOS ATENDIDOS NOS LABORATÓRIOS DE COSMETOLOGIA E ESTÉTICA DA UNISUL, CAMPUS DE TUBARÃO, SC*

Gabriela Mendes Zim**

Resumo: As estrias são marcas que ocorrem em oposição ao sentido da força de tração da pele de aspecto atrófico, enrugado e deprimido. **Objetivo**: Analisar o perfil dos atendidos nos Laboratórios de Cosmetologia e Estética da Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão, SC, com queixa principal de estrias de distensão. **Método**: Abordagem quantitativa e transversal, realizando a descrição retrospectiva, a partir das Fichas de Avaliação Corporal e Facial. A amostragem por senso compreendeu 26 fichas entre os anos de 2012 A a 2017 A. Um formulário estruturado permitiu a coleta de dados que foram analisados por estatística descritiva no programa *Epi Info* 3.5.2. **Resultados**: Grande parte dos atendidos foi do sexo feminino 96,2% [IC95%:80,4-99,9] com média de 26,0 ± 8,6 anos, onde 15,4% afirmaram histórico de gestação. Foi realizado um plano de tratamento das estrias para 80,8% dos documentos analisados. A combinação de três estratégias terapêuticas foram adotadas em todos os planos de tratamento, entre 21 modalidades utilizadas, tendo sido o peeling de diamante, o recurso mais empregado com maior frequência 15,9 [IC95%:7,9–27,3]. **Conclusão**: A prevalência de estrias de distensão foi inferior e a idade foi superior a estudos anteriores. Os tratamentos propostos são recomendáveis segundo a literatura. Observou-se que podem haver melhorias no procedimento de preenchimento dos campos sobre reposição e disfunção hormonal e a inclusão de espaços para anotar a avaliação objetiva e subjetiva do tratamento para conhecimento dos resultados alcançados.

Palavras-chave: estrias de distensão; tratamentos; base de dados.

---

*Artigo apresentado como trabalho de conclusão de curso Superior de Tecnologia em Cosmetologia e Estética da Universidade do Sul de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de Tecnólogo.
Orientador Professora Silvana Cristina Trauthman, Mestre, Tubarão, 2017.

**Acadêmica do Curso de Tecnologia em Cosmetologia e Estética. Universidade do Sul de Santa Catarina/UNISUL, Tubarão, SC, Brasil.

1 INTRODUÇÃO

A pele é constituída por duas camadas principais que podem ser descritas conforme sua posição, a saber, de fora para dentro tem-se epiderme e derme que repousam sobre a tela subcutânea. Trata-se de um tecido epitelial estratificado córneo, contendo na sua estrutura células epiteliais como melanócitos, Langerhans, dendríticas, sensoriais de Merkel, e queratinócitos e seus anexos (pêlos, unhas e glângulas) (AZULAY E AZULAY, 1999).

A epiderme é a camada da pele de contato com o exterior, sendo portanto o último invólucro. É composta pelos queratinócitos que em seus vários estágios de maturação, constituem um epitélio estratificado, onde se reconhecem as camadas córnea, lúcida, granulosa, espinhosa e a basal. A basal ou germinativa, região mais profunda da epiderme, é constituída por dois tipos de células, as células basais e os melanócitos. A camada espinhosa é chamada também por camada Malpighiana, ou corpo mucoso de Malpighi, e é formada pelas células escamosas ou espinhosas. A região granulosa é formada por células granulosas, caracterizando-se pela grande quantidade de grânulos, tendo tamanho e forma irregulares. A camada lúcida, evidente na pele de regiões espessa do corpo, é uma delgada camada de células achatadas e translúcidas, das quais os núcleos e organelas desapareceram. A camada córnea é constituída pelos corneócitos que possuem membranas celulares espessas e em seu citoplasma há um sistema bifásico de filamentos de queratina encerrados em uma matriz amorfa contínua (RIVITTI, 2014).

A derme é a segunda e mais profunda camada da pele, contendo estruturas próprias, encontra-se abaixo da epiderme e acima da camada subcutânea. É constituída por substâncias que são fundamentais como fibras elásticas, vasos e nervos, por folículos pilossebáceos, glândulas sudoríparas que também são encontradas na epiderme (AZULAY E AZULAY, 1999). As fibras colágenas compreendem 95% do tecido conectivo da derme. O colágeno da derme é classificado em 10 tipos diferentes, como descrito por Sampaio e Rivitti (2007).

A pele, como membrana envolvente e isolante, é um órgão que produz várias funções, produzindo uma barreira que protege contra agentes externos de qualquer natureza, pois confere proteção imunológica, produz percepção auxiliando nas funções sensoriais corpóreas, tem habilidade de secreção que é muito importante para manutenção da pele, evita a perda de água da camada córnea, tem

propriedades antimicrobianas pela presença do sebo e produz substâncias precursoras da vitamina D (RIVITTI, 2014).

A estria de distensão ocorre devido ao estiramento das fibras de colágeno e elastina da pele, caracterizada por seu aspecto linear alongado e se apresenta como uma marca cicatricial (VIENNET et al., 2005). As distintas colorações são determinadas pelo estágio de desenvolvimento, onde a estria rubra é característica da fase inicial e por ser eritematosa, possui coloração avermelhada, onde são encontradas fibras elásticas finas na derme, com fibras mais espessas na periferia da lesão (AL-HIMDANI et al., 2014). Esta nomenclatura é alterada para estria alba ao assumir a coloração branco-nacarado, em sua fase tardia, marcada pelo aspecto de lesão atrófico com visível enrugamento e depressão na área central (VIENNET et al., 2005; SAMPAIO; RIVITTI, 2007; AL-HIMDANI et al., 2014).

Nas fases de evolução destas marcas cicatriciais atróficas inicialmente está presente o quadro inflamatório, com edema dérmico e infiltrado linfocitário perivascular (CROCCO; MANTOVANI; VOLPINE, 2012). Nesta etapa ocorrem mudanças que são determinadas pelas fases do processo de cicatrização, as quais compreendem a fase inflamatória, e na sequência a granulação ou etapa proliferativa onde fibroblastos induzem a deposição de colágeno e reticulina, e a fase de remodelação da matriz de colágeno, onde a maturação do fibroblasto regula a produção e a degradação de colágeno (GONÇALVES; PARIZZOTO, 1998; TAZIMA; VICENTE; MORYA, 2008) e ocorre a perda dos anexos cutâneos (CROCCO; MANTOVANI; VOLPINE, 2012). Na estria de distensão há aumento dos glicosaminoglicanos, verticalização das fibras colágenas que se organizam adjacentes à junção dermoepidérmica, onde é reduzida a formação das fibras elásticas na derme papilar quando comparado a pele não lesada (CROCCO; MANTOVANI; VOLPINE, 2012).

A estria de distensão ocorre em inúmeras situações patológicas e fisiológicas, como ganho de peso repentino, gravidez, crescimento na adolescência, estresse mecânico como levantamento de peso, e estados de caquexia, como tuberculose, dietas exageradas e anorexia nervosa (ELSAIE; BAUMANN; ELSAAIEE, 2009; CROCCO; MANTOVANI; VOLPINE, 2012; GUIMARÃES, et al, 2013; AL-HIMDANI et al., 2014; KEDE; SABATOVICH, 2015; UD-DIN; MCGEORGE; BAYAT, 2016). Mais recentemente tem sido descrita como decorrente do implante de próteses mamárias (GUIMARÃES et al, 2013). E ela também está associada ao

uso de medicamentos, doença crônica hepática e associação com síndromes genéticas, como por exemplo, Ehlers-Danlos e Marfan flocular (ELSAIE; BAUMANN; ELSAAIEE, 2009; CROCCO; MANTOVANI; VOLPINE, 2012; AL-HIMDANI et al., 2014; KEDE; SABATOVICH, 2015; UD-DIN; MCGEORGE; BAYAT, 2016).

Al-Himdani e colaboradores (2014), constataram que a maioria das pesquisas sobre a estria de distensão tem focado em mulheres grávidas e adolescentes e atribuem ao índice de massa corporal - IMC e obesidade na infância, como fatores que influenciam no risco de desenvolverem a lesão. Outros fatores de risco foram relatados em mulheres grávidas, são eles a menor idade materna e o IMC elevado (PICARD et al, 2015).

Ainda é considerada como desconhecida a patogênese da estria de distensão, mas provavelmente, está relacionado ao fibroblasto (VIENNET et al., 2005). A pesquisa realizada por Bertin e colaboradores (2013), permitiu concluir que a estrutura cutânea da estria de distensão é diferente qualitativamente em comparação à pele saudável. Estes autores estudaram 29 voluntários com estrias de distensão, sendo 26 mulheres e 3 homens, onde foi constatado que dentro da marca cicatricial, a concentração de melanina e a dispersão da luz, foram inferiores para estria de distensão em comparação com a pele adjacente. Assim, concluíram que os resultados são atribuídos a alterações na estrutura das fibras de colágeno, que estando alinhadas espalham menos luz do que as fibras distribuídas aleatoriamente. E as medidas de elasticidade da pele tomadas por eles demonstraram a área ser significativamente menos firme (p = 0,029), menos elástica (p = 0,011) e menos deformável (p = 0,014) que o tecido normal.

Al-Himdani e colaboradores (2014), revisando sobre aspectos da estria de distensão encontraram uma enorme variação de sua prevalência nas diferentes populações, descritas entre 11,0 a 88,0%.

Na mulher as estrias de distensão são mais predominantes nas regiões das nádegas, abdômen e mamas, enquanto nos homens aparecem nas regiões dorsal, lombo sacral e na parte externa das coxas. Durante a gravidez, o abdômen e seios são locais de maior frequência (SAMPAIO; RIVITTI, 2007; AL-HIMDANI et al., 2014; KEDE; SABATOVICH, 2015).

Estrias de distensão são lesões comuns, que podem provocar um grande impacto físico e psicológico, apresentam um tratamento desafiador, pois não há evidência da cura completa. Contribuem para a melhora da sua aparência o uso de

técnicas como *lasers*, microdermoabrasão, radiofrequência, microgalvanopuntura e o uso de produtos tópicos. Do uso de terapias tópicas obtêm-se resultados satisfatórios, tanto em textura pela produção de colágeno, quanto aumento da elasticidade, melhora da hidratação da pele, ação anti-inflamatória, com efeitos colaterais mínimos. Assim, o paciente deverá ser esclarecido sobre isto quando for realizar algum tratamento (SAMPAIO; RIVITTI, 2007; BORGES, 2010; KEDE; SABATOVICH, 2015; UD-DIN; MCGEORGE; BAYAT, 2016). Na avaliação completa de um indivíduo com estria de distensão deve se levar em consideração o estágio evolutivo da estria. Pois, a modalidade de tratamento deve ser escolhida cuidadosamente, para não agravar a lesão (ELSAIE; BAUMANN; ELSAAIEE, 2009).

Este trabalho pretende fornecer informações sobre o perfil do público alvo e identificar os tratamentos que foram propostos, conforme os dados que serão encontrados registrados na análise documental. Espera-se que, caso seja conveniente, estas informações possam fornecer embasamento aos responsáveis pelo Laboratório de Cosmetologia e Estética – LCE, campus Tubarão, para tomada de decisões no que concerne à oferta do melhor tratamento e acompanhamento dos resultados dirigidos às estrias. Entende-se, que melhorias no processo são importantes para beneficiar o público atendido e ainda possibilitar o alcance dos propósitos pedagógicos do LCE. Deste modo, este trabalho pretendeu analisar a população dos indivíduos atendidos nos LCE da Unisul, Tubarão, SC, e os tratamento para as estrias. E de modo específico verificar o perfil demográfico dos clientes com estrias; levantar as condições clínicas dos clientes; e analisar os tratamentos realizado para tratar as estrias e os resultados alcançados.

2 MÉTODOS

Estudo de abordagem quantitativa, transversal, de levantamento de dados históricos exploratório retrospectivo em fontes documentais, a partir das Fichas de Avaliação Corporal e Facial dos pacientes atendidos nos LCE da Universidade do Sul de Santa Catarina, abrangendo os registros compreendidos entre março de 2012 até julho de 2017.

A população no período delimitado é de 1106 registros, para este estudo foram incluídas todas as Fichas de Avaliação Corporal e Facial com presença de

estria de distensão identificada na queixa principal referida. O que determinou a obtenção de uma amostra (censo) de 26 fichas.

A coleta de dados foi realizada com o uso de um instrumento de coleta de dados (Apêndice A). Obtendo-se as seguintes variáveis: a) demográficas – idade, gênero; b) condição clínica – queixa principal, disfunção hormonal, tempo de presença da estria, uso de medicamentos, número de gestações e reposição hormonal; c) características dos pacientes - produtos em uso, d) informações sobre o(s) tratamento(s): esquema de tratamento; modalidade de tratamento; número de sessões; ano do atendimento; resultados.

Os documentos foram sistemática e diretamente analisados, sendo as observações transcritas conforme o formulário estruturado desenvolvido pelos pesquisadores. O procedimento de coleta de dados foi iniciado após inclusão de todas as fichas, conforme definido no critério de inclusão.

Os dados coletados foram registrados no instrumento de coleta de dados e transferidos a um banco de dados no programa *Microsoft Excel®* para a tabulação. A análise estatísticas foi realizada pelo programa *Epi Info* 3.5.2, por estatística descritiva das informações quantitativas, estas apresentadas pelas médias e desvio padrão e as qualitativas por número absoluto, frequência e intervalo de confiança de 95% [IC95%].

Este projeto de Trabalho de Conclusão de Curso se adequa às resoluções do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisa com seres humanos, com a aprovação deste projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unisul, de acordo com o parecer de número 2.243.838 (Anexo A).

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Entre as 1106 Fichas de Avaliação Corporal e Facial resultantes dos atendimentos no período em estudo, 26 registravam estrias de distensão e totalizou a prevalência de 2,4 % [IC95%:1,6-3,5], notadamente mais frequente no sexo feminino 96,2 % [IC95%:80,4-99,9] e ocorrendo em diferentes faixas etárias em média 26,0 ± 8,6 anos, em indivíduos entre 13 a 50 anos, o que pode ser visto na Tabela 1.

Tabela 1 - As características e condições clínicas dos pacientes com queixa de estrias de distensão atendidos nos Laboratórios de Cosmetologia e Estética da Universidade do Sul de Santa Catarina entre os primeiros semestres de 2012 e 2017.

Variáveis	N	% [IC 95%]
Queixa principal		
Estrias rubras	1	3,8 [0,1 – 19,6]
Estrias Albas	1	3,8 [0,1 – 19,6]
Estrias	24	92,3 [74,9 – 99,1]
Disfunção hormonal		
Sim	2	7,7 [0,9 – 25,1]
Não	18	69,2 [48,2 – 85,7]
Não informado	6	23,1 [9,0 – 43,6]
Medicamentos em uso		
Corticosteróides	1	3,8 [0,1 – 19,6]
Anticoncepcional	10	38,5 [20,2 – 59,4]
Outros sem ação hormonal	1	3,8 [0,1 – 19,6]
Levotiroxina sódica	1	3,8 [0,1 – 19,6]
Não informado/não usa	13	50 [29,9 – 70,1]
Número de gestações		
1	3	11,5 [2,4 – 30,2]
5	1	3,8 [0,1 – 19,6]
Não informado/nega gestação	22	84,6 [65,1 – 95,6]

IC 95%: intervalo de confiança para a proporção de 95%.
Fonte: Elaboração da autora, 2017.

A prevalência de estrias de distensão encontrada foi inferior a constatada entre mulheres não grávidas, como descrevem Al-Himdani e colaboradores (2014), que apontam ser de maior ocorrência em mulheres adultas não grávidas 35,0%. Estes autores detalham ser de maior ocorrência quando relacionada a causas como a obesidade e puberdade, como também, em inúmeras outras condições médicas.

Em outros estudos o perfil mais comum dos pacientes revelou ocorrência superior no sexo feminino (ELSAIE; BAUMANN; ELSAAIEE, 2009; AL-HIMDANI et al., 2014; KEDE; SABATOVICH, 2015). Tendo o surgimento provável, a partir da

adolescência ou durante a gravidez, assim a maior prevalência é encontrada na faixa etária entre 14 a 20 anos (ELSAIE; BAUMANN; ELSAAIEE, 2009; AL-HIMDANI et al., 2014; KEDE; SABATOVICH, 2015). Ainda que se observem os números resultantes da dispersão em torno da média de idade da população atendida no LCE com queixa de estrias, o que se verifica é que a faixa etária encontrada é mais elevada que faixa determinada pelos autores anteriormente citados. Este fato possivelmente reflete a característica etária mais frequente da população em atendimento.

A forma de registro nas fichas quanto a queixa sobre as estrias de distensão foi mais frequente quando feita de modo inespecífico 92,3% [IC95%:74,9–99,1] quanto ao aspecto da lesão. Este fato pode refletir que ao realizar a anamnese o avaliador tenha feito registro apenas com base na informação referida pelo cliente e não realizou a descrição do tipo da lesão vista ao realizar a análise física.

Para além de reportar estrias de distensão outras queixas foram manifestadas pelos atendidos, um total de 64 queixa foram registradas, onde 53,8% mencionaram ao menos duas e 38,4% referiram até três queixas. A saber em ordem decrescente de ocorrência as demais foram gordura localizada (45,3%), celulite (6,3%) e em frequência de 1,6% para cada queixa a seguir retenção de líquido, rugas, melasma, acne e manchas na virilha.

Observa-se que 23,1% [IC95%:9,0-43,6] das fichas avaliadas não apresentavam o campo para anotar a presença de disfunção hormonal. Esse fato decorreu devido a inexistência deste campo na ficha até o ano de 2012. Contudo, a sua presença serve para evidenciar uma das possíveis causas que contribuem para a instalação das estrias de distensão.

Nas anotações existentes de ocorrência de disfunção hormonal o que se documentou foram informações que não traduziam a natureza da disfunção, sendo visto grafadas as expressões “alterado” e “dermatite”. Quanto ao levantamento sobre a realização de reposição hormonal apenas uma ficha foi preenchida para uma cliente com 26 anos de idade, e este campo permaneceu não preenchido para as demais fichas inclusive no atendimento de uma cliente de 50 anos.

Em decorrência das formas de registro verificadas para os itens disfunção e reposição hormonal, o que se pode ponderar é que muitos avaliadores ao realizar a anamnese podem ter tido dificuldades em compreender o significado e ou aplicação da informação. Deste modo, ressalta-se haver a sugestão de que para a

manutenção destes uma reavaliação seja feita, visando que as fichas possam ser preenchidas por completo.

A investigação do uso de medicamentos possívelmente se relaciona ao fato de a etiologia da estria de distensão, entre outros fatores, também possa estar associada a uso de medicações como corticosteróides e as condições de doença crônica hepática, síndromes genéticas, como por exemplo, Ehlers-Danlos e Marfan flocular (CROCCO; MANTOVANI; VOLPINE, 2012).

Dentre as atendidas 15,4% afirmaram histórico de gestação. A gestação é considerada fator de predisposição ao aparecimento das estrias de distensão (PICARD et al, 2015). Nesta condição fatores hormonais (hormônios adrenocorticais, estrogênio e relaxina), juntamente com a força de distensão a que o tecido conjuntivo é submetido parecem favorecer a ocorrência (LAWLEY TJ, YANCEY, 2003).

Descreve-se que a chance de mulheres grávidas com idade inferior a 20 anos desenvolverem a lesão é 24,61 vezes maior que naquelas acima de 30 anos. Ainda são fatores que aumentam a chance: a) gravidezes múltiplas elevando a 5,35 vezes comparada com haver uma única gestação; b) aumento do IMC que aumenta a chance em 1,25 vezes comparado ao IMC pré-gestacional; c) o ganho de peso gestacional o qual reforça em 1,13 vezes a chance de ter estria de distensão comparado com o peso pré-gestacional (PICARD et al, 2015). Os dados acima nos permite inferir que a baixa prevalência pode ter relação com o fato de poucas delas terem experimentado a gestação.

Quanto às medidas de auto cuidado diário 46,1% das fichas apresentavam dados de uso de produto pelo atendido, os quais estão foram descritos como hidratante corporal 64,3% [IC95:35,1–87,2] óleo corporal 14,3 % [IC95:1,8–42,8], filtro solar 14,3 % [IC95:1,8–42,8] e vitamina C facial 7,1 % [IC95:0,2–33,9]. O uso de produtos hidratantes conferem a manutenção da água na pele, permitindo que esse órgão permaneça com sua funcionalidade e aparência normais (COSTA, 2009). Agentes hidratante contendo extrato de *Centella asiatica,* vitamina A, E, hidrolisados de colágeno e elastina, pantenol, ácido hialurônico, mentol, alantoína, entre outros tem sido usado para manter a hidratação com o intuito de prevenir estrias (ELSAIE; BAUMANN; ELSAAIEE, 2009).

Além dos ativos mencionados, os óleos determinam a hidratação por suas ações oclusivas e emolientes (COSTA, 2009). Cremes feitos com óleo de oliva

demonstram grande capacidade de hidratação e aumento da elasticidade da pele, contudo compreende-se de fato haver a ação de proteção e hidratação da epiderme, justificando o efeito cosmético (RUIZ; ARIAS; GALARDO, 2010). Possibilitando assim, a sugestão de emprego de óleos com massagens como preventivo do surgimento das estrias de distensão (ELSAIE; BAUMANN; ELSAAIEE, 2009; TAAVONI et al., 2011).

Ressalta-se que alguns estudos tem evidenciado que a hidratação, quer seja por ativos hidratantes tais como óleos ou outros, não tem apresentado um potencial significativo de redução da formação da estrias de distensão (BUCHANAN; FLETCHER; REID, 2010; TAAVONI et al., 2011; SOLTANIPOUR et al., 2014).

Houve registro de um plano de tratamento para estrias de distensão com a característica de ser composto de uma combinação de três estratégias terapêuticas para apenas 80,8% as demais não apresentavam protocolos de tratamento, conforme pode ser visto na Tabela 2. Constaram as 21 distintas modalidades terapêuticas, as quais foram empregadas 63 vezes. Nem todos os atendidos que reportaram estrias distensas receberam tratamentos específicos para estas, possivelmentes por priorizarem tratar as outras queixas referidas na anamnese.

Tabela 2 - Informações sobre os tratamentos realizados nos pacientes com estria de distensão atendidos nos Laboratórios de Cosmetologia e Estética da Universidade do Sul de Santa Catarina entre os primeiros semestres de 2012 e 2017.

Tratamento proposto	N	% (IC95%)
Peeling diamante (microdermoabrasão)	10	15,9 (7,9 – 27,3)
Eletrolifiting/ Estriat (galvanopuntura)	9	14,3 (6,7 – 25,4)
Endermologia (pressão negativa+ massagem)	7	11,1 (4,6 – 21,6)
Massagem Modeladora	6	9,5 (2,6 – 17,6)
Heccus (ultrassom + corrente Aussie e corrente polarizada)	5	7,9 (2,6 – 17,6)
Fator de crescimento	5	7,9 (2,6 – 7,6)
Radiofrêquencia	4	6,3 (1,8 – 15,5)
Esfoliação corporal	3	4,8 (0,4 – 11,0)
Vitamina C	2	3,2 (0,4 – 11,0)
Gel bioestimulante	2	3,2 (0,4 – 11,0)

Sabonete com ácido glicólico	2	3,2 (0,4 – 11,0)
Peeling quimíco	2	3,2 (0,4 – 11,0)
Alcool 70%	1	1,6 (0,0 – 8,5)
Ácido mandélico	1	1,6 (0,0 – 8,5)
Corrente russa	1	1,6 (0,0 – 8,5)
Óleo de rosa mosqueta	1	1,6 (0,0 – 8,5)
Creme de massagem Modeladora	1	1,6 (0,0 – 8,5)
Drenagem linfática	1	1,6 (0,0 – 8,5)
Pipeta de vidro	1	1,6 (0,0 – 8,5)
Peeling mecânico	1	1,6 (0,0 – 8,5)
Esfoliante corporal	1	1,6 (0,0 – 8,5)

IC 95%: intervalo de confiança para a proporção de 95%.
Fonte: Elaboração da autora, 2017

Estrias de distensão são lesões comuns, que podem provocar um grande impacto físico e psicológico, apresentam um tratamento desafiador, pois não há evidência da cura completa. Terapias simples ou ainda combinadas podem ser necessárias, empregando cosméticos e equipamentos cuja indicação se orienta pelo tempo decorrido de aparecimento da lesão (SAMPAIO; RIVITTI, 2007; KEDE; SABATOVICH, 2015). Autores afirmam que contribuem para a melhora da sua aparência o uso de técnicas como *lasers,* ainda que esta técnica não seja de emprego no LCE (SINGH, KUMAR, 2005; SAMPAIO; RIVITTI, 2007; KEDE; SABATOVICH, 2015; UD-DIN; MCGEORGE; BAYAT, 2016, BORGES, 2010), microdermoabrasão, radiofrequência, microgalvanopuntura e o uso de produtos tópicos (SAMPAIO; RIVITTI, 2007; KEDE; SABATOVICH, 2015; UD-DIN; MCGEORGE; BAYAT, 2016, BORGES, 2010).

O método utilizado específico para estrias de distensão que apareceu com mais frequência nos tratamentos foi o *peeling* de diamante. Embora neste estudo não tenha sido possível determinar o período em que houve a busca por tratamento, pois a anotação do tipo de estria só apareceu em 7,6 % das fichas. Sabe-se que é sugerido que sejam realizados durante o estado ativo da estria de distensão, ou seja na fase onde a coloração vermelha seja visível; bem antes que o processo de cicatrização seja dado por completo (SINGH, KUMAR, 2005; ELSAIE; BAUMANN; ELSAAIEE, 2009).

A microdermoabrasão é uma técnica de esfoliação que pode ser realizada de forma não invasiva, a qual determina incremento da mitose celular fisiológica, resultando em atenuação de rugas superficiais, corrigindo a espessura do tecido epitelial, melhorando o aspecto de cicatrizes atróficas, clareando as camadas mais superficiais da epiderme (BORGES, 2010).

É uma técnica indolor que pode ser executada por dois diferentes meios. Uma delas se vale de aplicação com cristais (óxido de alumínio) feita em movimentos lineares repetitivos sobre a pele, conhecido como *Peeling* de Cristal. No seu emprego nas estrias, deve-se realizar o procedimento sobre as bordas, para que sejam mais agredidas, para diminuir o degrau existente no local (GUERRA; KAMEI; BURKLE, 2013). O outro meio, uma das técnicas mais adotadas no LCE, é *Peeling* de Diamante que utiliza um equipamento cuja “ponteira diamantada” de diferentes granulometrias atua sobre a pressão negativa, proporciando que a pele seja sugada pela manopla. Os terminais diamantados variam de 50 a 200 micras (BORGES, 2010).

O *eletrolifting* ou galvanopuntura, também muito empregado no LCE, trata-se do emprego de corrente contínua de microamperes utilizando eletrodo ativo com formato de caneta acoplada a uma agulha descartável. A ponta da agulha e a descarga liberada provocam uma lesão traumática na epiderme, ocorrendo uma necrose tecidual, a lesão das células do estrato espinhoso obriga o organismo a produzir uma reação reparadora visando suavizar, atenuar e eliminar a estria de distensão (BORGES, 2010). Um estudo entre mulheres demonstrou que a microcorrente galvânica sobre as estrias albas causa alteração na aparência estética da pele na área tratada, tais como a coloração das estrias, onde ao final do tratamento a tonalidade chegou mais próxima à da pele sã e promoção do trofismo do tecido, com redução de comprimento e espessura das marcas (REBONATO et al, 2012).

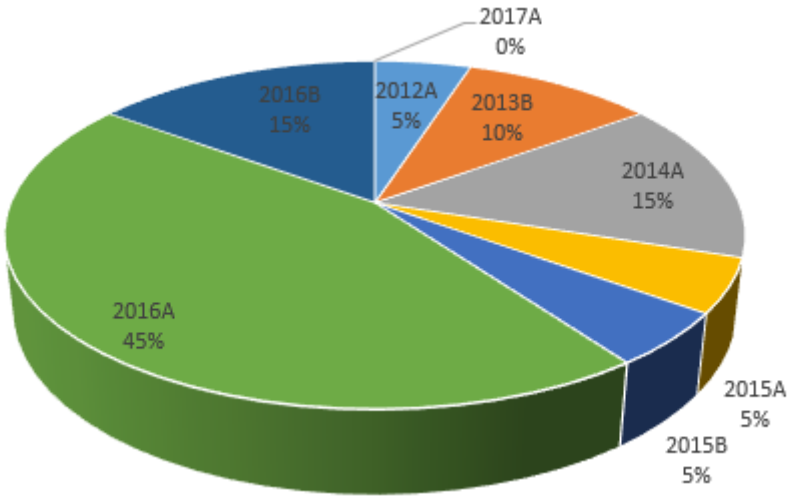
A endermologia, uma das técnicas mais adotada, utiliza-se da pressoterapia, por pressão negativa, visando melhoria da circulação venosa e linfático, aliada à massoterapia por rolagem (BORGES, 2010). Assim como a endermologia a massagem modeladora confere melhor distribuição de oxigênio cutâneo, tônus vascular e remodelação da gordura, sendo capaz de conferir hidratação e descongestão de líquidos acumulados por auxiliar o sistema linfático. (BORGES, 2010).

A Terapia Combinada de ultrassom e corrente Aussie e corrente polarizada (Heccus) é uma técnica empregada possivelmente dirigida ao cuidado da adiposidade localizada, emprega a energia do ultrassom cujos efeitos fisiológicos são térmicos e não térmicos; com a vasodilatação ocasionada pode favorecer a permeação de cosmético (BORGES, 2010). Capaz ainda de aumentar da proliferação das fibras de colágenos beneficiando a área tratada (GUIRRO; GUIRRO, 2002).

O uso diário de terapias cosméticas tópicas para o sucesso do tratamento, tem sido associado com tratamentos estéticos com uso de equipamentos, demonstram algum benefício ao tratamento das estrias albas (SAMPAIO; RIVITTI, 2007). Do uso de terapias tópicas obtêm-se resultados satisfatórios, tanto em textura pela produção de colágeno, quanto aumento da elasticidade, melhora da hidratação da pele, ação anti-inflamatória, com efeitos colaterais mínimos e em pacientes de todos os tipos de pele (SAMPAIO; RIVITTI, 2007; KEDE; SABATOVICH, 2015; BORGES, 2010). A tretinoína por sua afinidade para fibroblastos e indução de síntese de colágeno, tem sido descrita como possuindo eficácia máxima na estria rubra (SINGH, KUMAR, 2005), mas já em estria alba, o tratamento não obtém resultado positivo (AL-HIMDANI et al., 2014). E o ácido glicólico a 20% combinado com tretinoína a 0,05% pode demonstrar melhorar clínica para a estria alba, pelo aumento da elastina, do colágeno, espessando a epiderme. Esta modulação da degradação da matriz colágena decorre das citocinas liberadas pelos queratinócitos (CARRERA, 2016). Entretanto, esta formas de tratamento não foram referidas pelas pacientes entre os produtos de uso diário.

O período em que mais se realizou tratamentos (60,0%) para estria de distensão foi o ano de 2016 (Figura 1), possivelmente por haver maior número de profissionais disponíveis neste período no LCE incrementando o número de atendimentos global em especial no primeiro semestre.

Figura 1 - Informações sobre número de tratamentos realizados nos pacientes atendidos com estria de distensão nos Laboratórios de Cosmetologia e Estética da Universidade do Sul de Santa Catarina entre os primeiros semestres de 2012 e 2017.



A – Primeiro semestre
B – Segundo semestre
Fonte: Elaboração da autora, 2017

Em todas as fichas de avaliação não havia registro de resultados de tratamentos. Por esta razão se ousa expor a sugestão de acrescentar campos específicos no plano de cuidado para o registro dos resultados que dados subjetivos resultante da avaliação visual e sensorial pelo profissional e referidas pelo cliente expressando a satisfação, e ou ainda medidas objetivas como fotos e medições de comprimento e largura com paquímetro. Miguel e Salomi (2004), apontam que medidas objetivas são contribuíntes para possibilitar avaliar a qualidade de um serviço.

4 CONCLUSÃO

A prevalência de estrias foi menor nas clientes do LCE do que visto em outros estudos, bem como a faixa etária encontrada foi superior a vista em outros estudos. Nas fichas não havia rigor em caracterizar o tipo de estria com base na inspeção visual pelo profissional. Os clientes com frequência utilizam hidratantes e óleos corporais para o auto cuidado diário, os quais produzem pouco potencial de reduzir as estrias de distensão.

Os planos de tratamento para as estrias de distensão se valem da associação de recursos recomendáveis para os distúrbios estéticos, embora nem todas as técnicas e produtos empregados ofereçam resultados dirigidos a estria de distensão. Os campos relativos ao registro de disfunção e reposição hormonal correspondem a espaços que necessitam de um registro mais apropriado. Propõem-se a inclusão de campos para registrar os resultados de avaliações objetivas e subjetivas do tratamento, o que possibilita a análise do que foi alcançado a qualquer tempo.

PROFILE OF THE SERVED AT COSMETOLOGY AND AESTHETIC LABORATORIES OF UNISUL, CAMPUS DE TUBARÃO, SC

Abstract: Stretch marks are marks that occur in opposition to the direction of the traction force of the atrophic, wrinkled and depressed cicatricial-looking skin. **Objective:** To analyze the population of individuals attended at the Cosmetology and Aesthetics Laboratories of the University of Southern Santa Catarina, Tubarão, SC, with a main complaint of Striae Distensae. **Method:** Transversal approach, with retrospective description, from the Body and Facial Assessment Sheets. Sampling comprised the entire population that was equal to 26 records between the years 2012 to 2017 A. A structured form allowed the collection of data that were analyzed by descriptive statistics in the program Epi Info 3.5.2. **Results:** A large proportion of the patients attended were women 96.2% [95% CI: 80.4-99.9], mean of 26.0 ± 8.6 years, of these 15.4% reported a history of gestation. A treatment plan for striae distensae was performed for 80.8% of the documents analyzed. The combination of three therapeutic strategies was adopted in all treatment plans, among 21 modalities have been used, diamond peeling was most frequently employed (15.9 [IC95%:7.9–27.3). **Conclusion:** The prevalence of striae distensae was lower and age was higher than previous studies. The treatments performed are recommended according to the literature. It was observed that in the records there may be improvements in the filling procedure of the fields on hormone replacement and dysfunction and the inclusion of spaces to note the objective and subjective evaluation of the treatment to know the results achieved.

Keeywords: Striae Distensae. Therapeutics. Database.

REFERÊNCIAS

AL-HIMDANI, S.; UD-DIN, S.; GILMORE, S.; BAYAT, A. Striae distensae: a comprehensive review and evidence-based evaluation of prophylaxis and treatment. **British Journal of Dermatology,** Brisbrani, v. 170, n. 3, p. 527-547, mar. 2014. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/bjd.12681/full>. Acesso em: 29 mai. 2017.

AZULAY, R.D; AZULAY, D.R. **Dermatologia.** 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. xviii, 516 p.

BERTIN, C.; CUNHA, A.L; NKENGNE, A.; ROURE, R.; STAMATAS, G.N. Striae distensae are characterized by distinct microstructural features as measured by non-invasive methods in vivo. **Skin Research and Technology**, Cingapura, v. 20, n. 1, p. 81-86, fev. 2013. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/srt.12088/full>. Acesso em 26 de abr. de 2017.

BUCHANAN, K.; FLETCHER, H.M.; REID, M. Prevention of striae gravidarum with cocoa butter cream. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**. Kingston, v. 108, p. 65-68, jan. 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19793585> Acesso em: 17 de novembro de 2017.

BORGES, F.S. **Dermato-funcional**: modalidades terapêuticas nas disfunções estéticas. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Phorte, 2010. 678 p.

CARRERA, A.R. **Modalidades terapêuticas de estrias**: evidencia de efectividad y seguridad. 1 ed. Rev. Barcelona: 2016. 90 p.

COSTA, Adilson. Hidratação cutânea. **Revista Brasileira de Medicina**. São Paulo, v. 66, p.15-21, 2009.

CROCCO, E.I; COSTA, N. Tratamento de cicatriz atrófica em paciente asiático com laser fracionado não ablativo Er: Glass 1550nm. **Surgical & Cosmetic Dermatology**, vol. 4, n. 4, p. 354-356, out.-dez. 2012. Disponível em: < http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265525264013> Acesso em 18 de junho de 2017.

CROCCO, E.; MANTOVANI, P.; VOLPINE, B. Em busca dos tratamentos para Striae Rubra e Striae Alba: o desafio do dermatologista. **Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal**, São Paulo, v. 4, n. 4, oct.-dez. 2012. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/2655/265525264006/> Acesso em 18 de mai. de 2017.

ELSAIE, M.L.; BAUMANN, L.S.; ELSAAIEE, L.T. Striae Distensae (Stretch Marks) and Different Modalities of Therapy: An Update. **American Society for**

Dermatologic Surgery, Cairo, v. 35, n. 4, p. 563-573, 2009. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1524-4725.2009.01094.x/full>. Acesso em: 29 mai. 2017.

GONÇALVES, G.; PARIZOTTO, N.A. Fisiopatologia da reparação cutânea: atuação da Fisioterapia. **Rev. Bras. de Fisiot**., v. 3, n. 1, p. 5-13, 1998.

GUERRA, F.M.R.M.; KAMEI, M.C.S.L.; BURKLE, A.B. Estudo do efeito da microdermoabrasão no tratamento de estrias atróficas: estudo de caso. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 6, n. 3, p. 533-541, set.-dez. 2013.

GUIMARÃES, P.A.; HADDAD, A.; SABINO NETO, M.; LAGE, F.C.; FERREIRA, L.M. Striae distensae after breast augmentation: treatment using the nonablative fractionated 1550-nm erbium glass laser. **Plastic & Reconstructive Surgery**, v. 131, n. 3, p. 636-42, mar. 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23446573>. Acesso em 05 de jun. de 2017.

GUIRRO, E. C. O.; GUIRRO, R. R. J. **Fisioterapia Dermato-Funcional:** fundamentos, recursos, patologias. 3. ed. São Paulo,SP: Manole. 2002.

KEDE, M.P.V; SABATOVICH, Oleg (Ed.). **Dermatologia estética.** 3. ed. atual. e ampl. São Paulo: Atheneu, 2015. 1280 p.taz

LAWLEY, T.J; YANCEY, K.B: Cutaneous manifestations of alterations and disorders of endocrine system. **Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine**. 6. ed. New York: Mc Graw Hill, 2003. 1361-6 p.

MIGUEL, P.A.C.; SALOMI, G.E. Uma revisão dos modelos para medição da qualidade em serviços. **Revista Produção**. São Paulo, v. 14 n. 1, p. 12-30, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prod/v14n1/v14n1a03.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2017.

PICARD, D. et al. Incidence and risk factors for striae. **J Am Acad Dermatol**, v. 73, n. 4, p. 699–700, out. 2015. Disponível em: <http://www.jaad.org/article/S0190-9622(15)01816-2/pdf>. Acesso em 26 de abr. de 2017.

REBONATO, T.A; DEON, K.C; FORNAZARI, L.P; BARP, S. Aplicação de microgalvanopuntura em estrias cutâneas albas. **Revista Inspirar**. Guarapuava, v. 6, n. 4, p. 1-6, nov.-dez. 2012. Disponível em: https://www.inspirar.com.br/novosite/wp-content/uploads/2013/01/aplicacao-microgalvanopuntura-artigo-265.pdf> Acesso em: 09 de novembro de 2017.

RIVITTI, E.A. **Manual de dermatologia clínica de Sampaio e Rivitti.** São Paulo: Artes Médicas, 2014. xii, 736 p.

RUIZ, M.A; ARIAS, J.L.; GALARDO, V. Skin Creams Made with Olive Oil. In: PREEDY, V.R.; WATSON, R.R. **Olives and Olive Oil in Health and Disease Prevention**. Elsevier Inc, 2010, p. 1133–1141.

SAMPAIO, S.A. P.; RIVITTI, E.A. **Dermatologia.** 3. ed. rev. e ampl. São Paulo: Artes Médicas, 2007. 1585 p.

SINGH, G.; KUMAR, L.P. Striae distensae. **Indian Jornal of Dermatology, venereology and leprology**. v. 71, n. 5, p. 370-372, 2005. Disponível em: <http://www.ijdvl.com/article.asp?issn=0378-6323;year=2005;volume=71;issue=5;spage=370;epage=372;aulast=Singh> Acesso em: 17 de novembro de 2017.

SOLTANIPOUR, F.; DELARAMB, M.; TAAVONI, S.; HAGHANI, H. The effect of olive oil and the Saj® cream in prevention of striae gravidarum: A randomized controlled clinical trial. **Complementary Therapies in Medicine**. v. 22, p. 220-225, abr. 2014. Disponível em: < https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24731892> Acesso em: 17 de novembro de 2017.

TAAVONI, S.; SOLTANIPOUR, F.; HAGHANI, H.; ANSARIAN, H.; KHEIRKHAH, M. Effects of olive oil on striae gravidarum in the second trimester of pregnancy. **Complementary Therapies in Clinical Practice**. Teerã, v. 17, p. 167-169, 2011. Disponível em: <https://www.journals.elsevier.com/complementary-therapies-in-clinical-practice> Acesso em: 17 de novembro de 2017.

TAZIMA, M.F.G.S; VICENTE, Y.A.M.V.A; MORIYA T.: Biologia da ferida e cicatrização. **Medicina**. Ribeirão Preto, v. 41, n. 3, p. 259-264, 2008. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2008/VOL41N3/SIMP_2Biologia_ferida_cicatrizacao.pdf>. Acesso em 26 de abri. De 2017.

UD-DIN, S; MCGEORGE, D; BAYAT, A. Topical management of striae distensae (stretch marks): prevention and therapy of striae rubrae and albae. **Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology**, Manchester, v. 30, n. 2, p. 211-222, 2016. Disponível em: < https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26486318>. Acesso em 29 de mai. de 2017.

VIENNET, C. et al. Contractile forces generated by striae distensae fibroblasts embedded in collagen lattices. **Arch Dermatol Res**, Besançon, v. 297, n. 1, p. 10-17, 2005. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00403-005-0557-9>. Acesso em 26 de abr. de 2017.

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

Dados demográficos

a) Idade: _____ anos b) Sexo: 1- feminino( ) 2- masculino( )

Condições clínicas

Queixa principal (QP)	c) QP 1	d) QP 2	e) QP 3
1- estria rubra 2- estria alba 3- outros			

f) Algum tipo de disfunção hormonal? 1- sim ( ) 2- não ( )

g) Tipo de disfunção hormonal _____

Uso de medicamentos	h) MED 1	i) MED 2	j) MED 3
1- corticoide 2- esteroide 3- anticoncepcional Outros			

k) Número de gestações _____

l) Reposição hormonal 1- sim ( ) 2- não ( )

Características dos pacientes

Produtos em uso	m) PRODUSO 1	n) PRODUSO 2	o) PRODUSO 3
1- 2- 3-			

Informações sobre o(s) tratamento(s)

t) Tipo de esquema de tratamento: 1- combinado ( ) 2- Isolado ( )

Tratamento proposto	u) TTO 1	v) TTO 2	x) TTO 3
1- peeling diamante 2- ác. glicólico 3- vitamina C 4- eletrolifting 5- radiofrequência 6- ác. mandélico 7- ác. lático 8- outros			
	y) N° sessões	z) N° sessões	ab) N° sessões

ac) Resultados registrados:

ad) Ano do tratamento:

ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP