

Uso do microagulhamento no tratamento de estrias albas em pele negra.

Sabrina Rosa Domingos

Resumo

O fototipo alto tem diversas particularidades nos tratamentos estéticos, sabemos que não são todos os tratamentos que podem ser usados, com esta finalidade o artigo tem como tema O Uso do Microagulhamento no tratamento de estrias albas em pele negra.

Seu objetivo geral é analisar os efeitos do uso do microagulhamento no tratamento de estrias albas em pele negra e específicos são identificar as práticas do uso do microagulhamento para tratamentos de estrias, descrever os benefícios esperados e descrever as possíveis intercorrências na pele. Através de uma pesquisa qualitativa com profissionais da área da Estética, todos do sexo feminino, sendo fisioterapeutas dermatofuncionais e esteticistas. Os resultados obtidos através da revisão bibliográfica e dos entrevistados foram que o microagulhamento é um tratamento indicado para a pele negra. Porém devemos tomar cuidados na sua aplicação e no cliente precisa estar ciente dos cuidados *home care* para evitar intercorrências.

Palavras chave: Pele negra, microagulhamento, tratamento, fototipo alto e estrias albas.

1 Introdução

O assunto central deste artigo é o uso do microagulhamento no tratamento de estrias albas em pele negra.

A Sociedade Brasileira de Cirurgia Dermatológica (2011) relata que a pele negra possui características que tem impactos consideráveis nos cuidados diários e nos tratamentos cosméticos. A produção de melanina, a firmeza e a resistência são as principais diferenças entre a pele negra e a pele clara.

Alchorne & Abreu (2008), relatam que o conhecimento das dermatoses na pele escura pode ser um desafio na prática médica diária. Sendo necessário que conheçam as diferenças de nuances adquiridas na pele negra.

Gerson, D' Angelo, Lotz, Deitz, Frangie, & Halal (2011), falam que os fototipos mais altos apresentam pele mais espessa e apresentam uma maior produção de sebo, porém podem ser mais frágeis. Sendo assim, as reações são mais raras embora quando ocorram podem ser consideradas mais intensas.

Guidi (2014), relata que por existir uma variedade étnica em nosso país, existem vários fototipos, especialmente os mais altos (IV, V e VI de Fitzpatrick). Além de ressaltar o crescimento de 15% a 20% ao ano nos Estados Unidos no mercado de produtos específicos para a pele negra.

“É crescente o número de pessoas que procuram tratamentos para suavizar estrias albas. Estas têm origem multifatorial que causam a degradação das fibras de colágeno e elastina de derme, caracterizando-se por se tornarem lesões atróficas” (Martignago, Villanova, Rebonato, Renlinger, & Dean, 2009).

Martignago et al. (2009) explicam que as estrias são lesões lineares e paralelas entre si, formadas devido ao estiramento tecidual localizada na derme. Os autores ainda falam que a sua ocorrência pode ser raras ou não, mas não indicam efeitos sistêmicos no indivíduo e sim uma desordem do tecido, que, dependendo da sua localização, causa um incômodo estético.

“O microagulhamento é uma opção de tratamento para várias disfunções estéticas da pele, como cicatrizes de acne, rejuvenescimento facial, estrias e lipodistrofia ginoide” (Lima, Souza, & Grignoli, 2015).

Justificou-se levando em conta que nem todos os tratamentos podem ser feitos na pele negra, sendo o microagulhamento um tratamento que pode ser realizado neste tipo de fototipo, levando em conta suas particularidades.

Algumas perguntas são interessantes. A pele negra é mais propensa a ter estrias? Por que devemos tomar todo cuidado com este tipo de pele? Quais impactos as estrias causam na pele? Quais os tipos de microagulhamento, devem ser usados pelos esteticistas? Por que a pele negra é mais propensa a queloides, após um tratamento mais agressivo? Quais cuidados devemos tomar tanto antes quando depois de um procedimento de microagulhamento?

Diante desses questionamentos e outros estudos, este artigo buscou responder a seguinte questão de pesquisa: “Quais os efeitos do uso do microagulhamento no tratamento de estrias albas em pele negra?”

O objetivo é analisar os efeitos do uso do microagulhamento no tratamento de estrias albas em pele negra.

Especificamente, pretendeu-se identificar as práticas do uso do microagulhamento para tratamento de estrias, descrever os benefícios esperados e descrever as possíveis intercorrências na pele negra, sob o ponto de diferentes especialistas.

2 Revisão Bibliográfica

A Revisão Bibliográfica está composta dos temas: Pele, Pele Negra, Estrias e Microagulhamento.

2.1. Pele

Gerson, D' Angelo, Lotz, Deitz, Frangie, & Halal (2011) relatam que a pele, também conhecida como sistema tegumentar, é o maior órgão do corpo humano. Sendo uma forte barreira, responsável por nos proteger contra elementos externos. Suas camadas, nervos, funções celulares, folículos pilosos e glândulas trabalham em harmonia para a regularização e proteção do organismo. A pele encontra-se mais grossa nas palmas das mãos e nas solas dos pés e mais fina nas pálpebras. Uma pele saudável é úmida, suave, macia e um tanto ácida.

Segundo Borges & Scorza (2016), a pele é de extrema importância tanto estética quanto como órgão funcional. Sabe-se que a pele, como anatomia cutânea, possui duas camadas. A epiderme, a camada mais externa, e a derme, a camada subjacente a ela, sendo a mais profunda.

Galdino, Dias & Caixeta (2010) descrevem que a epiderme é impermeável avascular e possui uma camada queratinizada, a camada córnea. Já a derme possui tecido conjuntivo e estruturas fibrosas, filamentos e amorfos juntamente com os fibroblastos, histiócitos, células dendríticas, mastócitos, linfócitos, plasmócitos e demais elementos celulares.

Bravim & Kimura (2007) relatam que a pele é uma estrutura complexa, com principal função revestimento do organismo. Protegendo todas as estruturas internas do corpo humano. Tem como outras funções proteção imunológica, termorregulação e secreção. A epiderme, camada mais externa, formada principalmente por queratinócitos, responsáveis pela produção de queratina, sua função é a proteção. Estão presente nesta camada os melanócitos, células de Langerhans e células de Merckel. Divide-se em camadas que são elas: germinativa, basal, espinhosa, granulosa e córnea, que é formada por células mortas. A derme, camada abaixo da epiderme é formada principalmente por tecidos conectivos fibrosos de elastina e colágeno, sendo a camada responsável pela elasticidade e tonicidade da pele.

2.2. Pele Negra

Segundo Guidi (2014), a pele negra apresentada algumas diferenças em comparação com a pele mais clara. Estas diferenças são: o estrato córneo mais compacto, maior número de camadas de células, tornando-a mais resistente a agressões externas e a penetração de substâncias ativas.

Gerson, D' Angelo, Lotz, Deitz, Frangie, & Halal (2011) descrevem que o número de melanócitos presentes tanto nas peles mais escuras quanto nas mais claras são os mesmos, o que acontece é que a quantidade de melanina transferida pelos melanossomas para os

queratinócitos é maior na pele negra. São os melanossomas que produzem a melanina, eles são grânulos pigmento das células melanócitos.

Alchorne & Abreu (2008) relatam que o método mais usado para definir o fototipo é o de Fitzpatrick. Inicialmente a pele escura foi classificada como fototipo V, mas por abranger várias gradações de cores, a pele negra foi classificada em IV, V e VI. Este sistema de classificação foi desenvolvido para definir como os diferentes tipos de pele respondiam à luz ultravioleta solar, através de queimadura e bronzeamento, que baseado na propensão da pele a se tornar hiperpigmentada por estímulos inflamatório e sustentar essa hiperpigmentação por período prolongado, sendo uma característica da pele pigmentada.

Gerson et al. (2011) falam que a pele negra está propensa à hiperqueratose, que é a rotatividade excessiva e acúmulo de células mortas, sendo necessário esfoliações e limpezas profundas com mais frequência. Outra problemática encontrada na pele negra é a cicatrização hipertrófica anormal, os famosos queloides. Hormônios, traumas, extrações, danos causados pelo sol e tratamentos mais agressivos podem resultar na hiperpigmentação pós-inflamatória.

Alchorne & Abreu (2008) explicam que a melanina presente na epiderme proporciona naturalmente fator de proteção solar (FPS) de 13, 4 à pele negra. O principal local de filtração da radiação ultravioleta é a camada malpighiana diferente da pele branca que é a camada córnea.

Guidi (2015) relata a importância da fotoproteção, uma vez que pessoas de pele negra não usam o protetor solar regularmente. O ideal é a aplicação de filtro solar com FPS mínimo de 15 com proteção anti UVA e UVB, a fim de evitar a hiperpigmentação e o envelhecimento precoce.

Segundo Alchorne & Abreu (2008), o extrato córneo da pele negra possui mais camadas do que a pele branca, porém a espessura de ambas é a mesma. Sendo a pele negra mais compacta por causa da maior coesão intercelular. Na derme, os fibroblastos presentes na pele negra são maiores, bi ou multinucleados, sendo numerosos e hiperativos que quando combinados com à diminuição da atividade da colagenese, aumenta a probabilidade de formação de queloides.

Sabendo-se que a pele negra possui diversas particularidades, o uso de novas tecnologias deve ser levado pelos profissionais como um aspecto importante. Deve-se escolher procedimentos não ablativos ao invés de procedimentos ablativos, uma vez que a pele negra é propensa a hiperpigmentação pós-inflamatória (Guidi, 2014).

2.3. Estrias

Uma das maiores insatisfações estéticas tanto para homens quanto para mulheres, são as estrias. Causadas pela ruptura das fibras elásticas presentes na derme, são perpendiculares ao eixo de maior tensão da pele acompanhando as linhas de clivagem (linhas de Langer) sendo na sua maioria bilaterais (Borges & Scorza, 2016).

“As estrias ocorrem pelo rompimento das fibras que dão elasticidade à pele, com comprimento e largura variáveis. Inicialmente, elas aparecem como pequenas linhas avermelhadas ou roxeadas, sem nenhuma depressão ou apenas com uma elevação mínima. Com o tempo, a coloração vai diminuindo e ficando branco-perolada ou, em alguns casos, do tom natural da pele.” (Borges, 2010, p. 143).

Para Martignago, Villanova, Rebonato, Remlinger & Deon (2009), a estria pode ser classificada quanto a sua coloração. A estria rubra, apresenta linfócitos, monócitos e neutrófilos ao redor dos vasos sanguíneos, um incremento nas células mesenquimais e fibroblastos ativos, demonstrando a fase inflamatória. Com o passar do tempo, apresenta uma coloração mais clara, com diminuição ou até mesmo ausência das fibras colágenas, com perda de tensão e turgor e rarefação de folículos pilosos e outras estruturas.

“São chamadas rubras quando se apresentam em uma fase inicial, chamada de inflamatória, e com uma coloração avermelhada. Quando o processo de formação está praticamente finalizado, as lesões se tornam esbranquiçadas, sendo chamadas de alba, apresentando-se numa fase atrófica” (Lima & Pressi, 2005 citado por Bravim & Kimura, 2007, p.14).

Muitas vezes adquirem uma característica queiloideana e em outras vezes uma coloração espontânea ou até mesmo durante a terapêutica de tratamento (Sakakibara & Gardenghi, n.d).

Sabe-se que as estrias podem ser apresentar como tiras ou linhas, com depressões ou elevação do tecido, com mudança na cor e na textura da pele (Moreira & Giusti, 2013).

Segundo vários autores as estrias possuem maior incidência em regiões como: seios, quadris, glúteos, abdome, região lombossacra e coxas (Borges & Scorza, 2016; Borges, 2010; Bravim & Kimura, 2007; Moreira & Giusti, 2013).

Borges & Scorza (2016), fala da predominância das estrias no sexo feminino, com incidência entre 12 e 14 anos, uma vez que nos meninos ela aparece entre os 12 e 15 anos. O mesmo autor relata que a etiologia é bastante controversa, acreditando-se que uma combinação de fatores predisponentes pode influenciar seu aparecimento.

Para Sakakibara & Gardenghi (n.d), existem três teorias que justifiquem o aparecimento das estrias, a teoria mecânica, que pode ser descrita pelo excesso de gordura depositado nas células adiposas, quando isso acontece repentinamente, a um rompimento nas fibras elásticas. Outro fator que pode levar ao rompimento mecânico é o crescimento rápido que leva o estiramento da pele promovendo a ruptura ou perda dessas fibras. A teoria endócrina, fala da desordem do sistema endócrino, uso tópico ou sistêmico de esteroides como cortisona, a intensa realização de atividades físicas, stress excessivo e desequilíbrio hormonal entre eles o estrogênio, a progesterona e o cortisol. A teoria infecciosa, fala dos processos infecciosos provocando um dano nas fibras elásticas, promovendo o aparecimento das estrias.

Ammar et al. (2000) citado por Sakakibara & Gardenghi (n.d) relatam que por mais que existam fortes evidências de que a etiologia seja multifatorial, além dos fatores endócrinos e mecânicos, ainda existe a predisposição genética devido a individualidade dos genes responsáveis pela formação de colágeno, elastina e fibrina.

Borges & Scorza (2016) sugere que os genes determinantes para a formação do colágeno, da elastina e da fibronectina, estão diminuindo em pacientes portadores da atrofia linear cutânea, ocasionando uma alteração no metabolismo do fibroblasto.

Guiro & Guiro (2002) citado por Sakakibara & Gardenghi (n.d) explicam que os sintomas iniciais de um surgimento de estria são variáveis, muitas vezes os primeiros sinais clínicos podem ser caracterizados por prurido, dor (em alguns casos), erupção papilar plana e leve eritematosa.

Bravim & Kimura (2007) falam que geralmente as estrias não apresentam sintomas, porém muitos pacientes relatam um leve prurido na fase inflamatória.

Apesar de ser considerada uma lesão irreversível, Sakakibara & Gardenghi (n.d) relatam que existem tratamentos e abordagens que auxiliam na melhora tecidual da pele e minimizam a estria.

Vários autores relatam que para a eficácia do tratamento depende de variáveis controladas, como a cor da pele, idade, tamanho e fase de evolução das estrias. Sabendo-se que o resultado varia de indivíduo para indivíduo. Sendo indicado o tratamento na fase inicial da estria, quando há presença da coloração avermelhada, com presença de elementos celulares e capilares sanguíneos, possibilitando maiores possibilidades de regeneração (Sakakibara & Gardenghi, n.d; Galdino, Dias & Caixeta, 2010).

2.4. Microagulhamento

Também conhecido como Terapia de Indução de Colágeno (TIC), foi inserido no meio de recursos para lesionar a pele em tratamentos de cicatrizes cutâneas, rugas e estrias em meados dos anos 1990. Com sua aceitação no Congresso de Cirurgia Plástica e Reconstructora em Madri, na Espanha, no ano de 1992 e no XII Congresso Internacional de Cirurgia Plástica e Estética em Paris, na França em 1993 (Borges & Scorza, 2016).

Segundo Lima, Souza & Grignoli (2015), o microagulhamento somente ficou conhecido mundialmente em 2006, porém tenha surgido na década de 1990 na Alemanha.

Lima, Lima & Takano (2013), relatam que os pioneiros a relatar a utilização de agulhas com o objetivo de estimular a produção de colágeno foram Orentreich e Orentreith, dando o nome de subincisão.

Borges & Scorza (2016) falam que atualmente a técnica por meio de múltiplas perfurações na pele tem como objetivo gerar microlesões cutâneas induzindo a intensa produção de colágeno. Além de potencializar a permeação de medicamentos e/ou cosméticos de uso tópico. A técnica ficou popularmente conhecido comercialmente como *Dermaroller*®, porém existem outras denominações como: Terapia de Indução de Colágeno, Indução Percutânea de Colágeno, Agulhamento, Agulhamento de Superfície, Sistema Terapêutico de Microagulhas, Dermoabrasão com Agulhas, Agulhamento Dérmico, Terapia com Microagulhas e Microagulhamento.

“O instrumento utilizado para a realização do microagulhamento é constituído para a realização por um rolo de polietileno encravado por agulhas de aço inoxidável e estéreis, alinhadas simetricamente em fileiras perfazendo um total de 190 unidades, em média, variando segundo o fabricante. O comprimento das agulhas se mantém ao longo de toda a estrutura do rolo e varia de 0,25 mm a 2,5 mm de acordo com o modelo.” (Lima, Lima & Takano, 2013, p. 3).

“O *roller* ou *dermaroller* é normalmente constituído de um pequeno cilindro-rolo arquitetado com uma quantidade de finas agulhas que, dependendo do tipo e finalidade de uso, pode variar de 190 a 1.080 agulhas de 0,20 mm e 3 mm de comprimento e vão de 0,1 mm a 0,12 mm de diâmetro no ponto máximo de penetração.” (Borges & Scorza, 2016, p. 192).

Segundo Arantes (2016), existem agulhas de variados tamanhos para tratamentos diferentes, sendo de 0,2 até 2,0 mm. O mesmo autor relata que agulhas de 0,2 a 0,5 mm são utilizadas para

esteticistas. Até 1,5 mm por fisioterapeutas, biomédicos e enfermeiros e acima de 2,0 mm apenas por médicos.

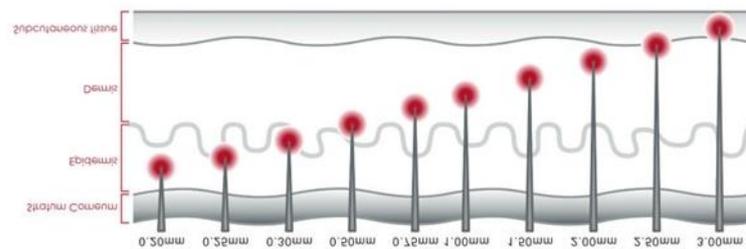


Figura 1 -Tamanho das agulhas.

Fonte: Clínica Wulkan (n.d)

Lima, Souza & Grignoli (2015), relatam que a técnica do microagulhamento tem como finalidade estimular a produção do colágeno, através de microperfurações que causam um processo de inflamação, que provoca a liberação de fatores de crescimento, favorecendo a proliferação celular, em especial os fibroblastos e a síntese de proteínas de sustentação.

O microagulhamento é um tratamento indicado para homens e mulheres, podendo ser realizado em diversas áreas do corpo como rosto, colo, pescoço, mãos, braços, seios, glúteos, coxas e outras regiões. Sendo usado para tratar estrias, rejuvenescimento, manchas, celulite, cicatrizes, alopecia e flacidez corporal e facial (Alethea, 2013).

Durante o procedimento, o aparelho é rolado sobre a pele, de forma suave, mas com pressão moderada, em torno de 6N (Newton), pressão maior que isso pode provocar danos a pele, O aparelho é passado de oito a dez vezes, na horizontal, vertical e diagonal esquerda e direita formando um asterisco. Todas as vezes que a direção for alterada deve-se levantar o aparelho ao invés de arrasta-lo sobre a pele, evitando formar ranhuras que resultaram em cicatrizes (Connors & Nagel, n.d).

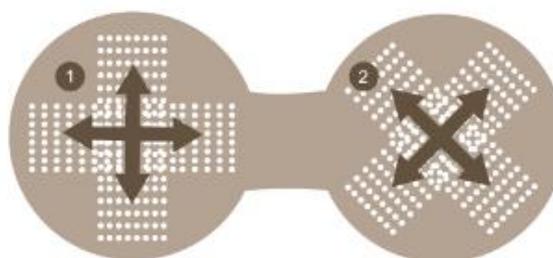


Figura 2 – Direção do microagulhamento.

Fonte: Buona Vita (n.d)

Lima, Lima & Takano (2013), recomenda-se que o aparelho seja posicionado entre os dedos indicador e polegar como se estivesse segurando um *hâshi* controlando a pressão exercida.

Os mesmos autores ainda relatam que o uso do anestésico local em técnicas que utilizam agulhas até 1mm de comprimento tornam o procedimento bem tolerável. Acima desse tamanho recomenda o bloqueio anestésico por anestésico infiltrado ou nos casos de uma injuria mais profunda recomenda-se anestésico local com associação de sedação promovendo um conforto maior para o paciente.

Borges & Scorza (2016), falam dos efeitos fisiológicos do microagulhamento que são estímulo à produção de colágeno; melhora da qualidade da epiderme e derme e angiogênese.

Estímulo à produção de colágeno: durante o procedimento a epiderme fica intacta, apenas com alguns orifícios causados pela agulha. O ferimento causado pode ocasionar um sangramento mínimo pela ruptura dos vasos sanguíneos. A pele desenvolve um mecanismo de autocura, onde essa cicatrização é feita em três fases: Inflamação (1 a 3 dias) nas primeiras 48 horas os neutrófilos são predominantes, porém os macrófagos são os mais importantes na fase inicial, sem eles a cicatrização seria pouca ou não nenhuma. São eles responsáveis por remover bactérias e detritos por fagocitose e liberar fatores de crescimento que migram e fazem a divisão celular na fase proliferativa. O novo tecido depende desses Fatores de Crescimento Derivados de Macrófagos (MDGF), que também inclui: fator de crescimento derivado de plaquetas (PDGF), fator de crescimento transformador alfa (TGF-alfa), fator de crescimento transformador beta (TGF-beta), interleucina-1 (IL-1) e fator de necrose tumoral (TNF). Cerca de 72 horas depois os linfócitos T liberando a interleucina-1 e linfocinas formando anticorpos para uma resposta imunológica. Proliferativa (3 a 5 dias) os fibroblastos formam uma nova matriz extracelular provisória, excretando colágeno e fibronectina, e junto com a angiogênese formam o tecido de granulação. Os monócitos entram no tecido conectivo e diferenciam em macrófagos fixos e livres, que estimulam processos de cura, atraindo fagócitos que estimulam a formação de vasos e tecido conjuntivo, fazendo com que as prostaglandinas sustentem o processo inflamatório, dilatando os vasos. A interleucina atrai neutrófilos liberando enzimas para destruir detritos acumulados na ferida. Com a diminuição da inflamação o ambiente da ferida altera-se permitindo a formação do tecido novo. Entra-se na fase fibroblástica onde os fibroblastos proliferam e migram para o local da lesão. Remodelagem (28 dias a 2 anos): o processo de maturação do colágeno inclui o desenvolvimento de ligações cruzadas entre as cadeias peptídicas ou entre as moléculas de colágeno. São estas ligações que dão força a cicatriz. A enzima collagenase quebra as moléculas de colágeno orientadas de forma inadequada. O resultado é um novo colágeno saudável (Borges & Scorza, 2016).

Efeitos na epiderme e derme: na epiderme, a liberação de fatores de crescimento, principalmente o fator de crescimento epidérmico, a uma melhora na distribuição do pigmento de melanina e aumento na permeação de cosméticos na pele. Na derme, a resposta de fibroblastos na produção de colágeno e aumento de ativos cosméticos nas camadas mais profundas da pele (Borges & Scorza, 2016).

Angiogênese: com o estímulo do microagulhamento, a formação de novos capilares que aumentam o fornecimento de sangue para a pele (Borges & Scorza, 2016).

Segundo Connors & Nagel (n.d), apesar de ser um tratamento simples e não possui quase nenhum risco devemos tomar alguns cuidados, por ser um procedimento invasivo e que induz a regeneração celular de forma natural.

Arantes (2016), descreve alguns cuidados ao realizar o procedimento com o microagulhamento, como: não utilizar nas primeiras quatro horas nenhum cosmético e nem protetor solar, apenas aqueles utilizados pelos profissionais que podem ou não possuir ativos. Não usar ativos calmantes para não diminuir o processo inflamatório. As sessões devem ser em média uma vez por mês, respeitando a renovação, reparação e cicatrização da pele. Além respeitar as contraindicações.

Para vários autores, as contraindicações são várias, sendo elas, diabetes, gestantes, peles sensíveis, pacientes que fazem uso de anticoagulantes ou deficiência de coagulação, processos

infeciosos e inflamatórios, uso de isotretinoína, acne ativa e herpes ativa, rosácea e queimaduras (Connors & Nagel, n.d; Arantes, 2016; Alethea, 2013).

Arantes (2016), relata que pessoas com fototipo alto possui tendência a hiperpigmentações, assim a avaliação deve ser feita com cuidado para ver se a técnica é indicada, evitando a hiperpigmentações pós-inflamatória. O mesmo autor também relata da importância do aparelho ser registrado pela ANVISA e ser descartado após seu uso. Além de ser utilizado por um profissional capacitado a fim de evitar intercorrências.

Alethea (2013) descreve os resultados que podemos obter com o microagulhamento, como a melhoria da textura da pele, aspecto mais novo e jovial, redução de cicatrizes, a pele se torna mais homogênea e pontos pigmentados podem desaparecerem, melhora de vascularização da pele, renovação celular e aumento do colágeno.

3 Metodologia

Este artigo trata de uma pesquisa descritiva de natureza qualitativa. Segundo Vergara (2009, pg.42), a pesquisa descritiva expõe características de determinada população ou determinado fenômeno. Merriam (2002) reforça que poderão ser também descritos, a título de ilustração, os relatos a respeito do que os diversos atores relatam acerca do fenômeno ou situação, descrevendo-se a dinâmica da situação estudada. O estudo caracteriza-se por uma abordagem qualitativa onde, segundo Richardson (1999) busca-se entender as situações pelas quais os indivíduos passam. Incorpora-se, portanto, a questão do significado e da intencionalidade como inerentes ao ato às relações sociais, sendo essas últimas tomadas, tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (Minayo,1996Busca-se compreender a realidade como proposto por Vergara (2009).

A pesquisa qualitativa foi realizada utilizando de um roteiro de entrevista (Apêndice A) com profissionais da área da estética, desenvolvido a partir da teoria descrita. Os entrevistados foram escolhidos pelo critério de intencionalidade onde foram envolvidos três fisioterapeutas dermatofuncional e dois esteticistas. Segundo Gil (2008) pode-se definir entrevista como a técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação.

A partir das informações descritas por estes diferentes profissionais espera-se comparar com a teoria e avançar nas discussões sobre o tema.

4 Resultados e Discussões

A pesquisa foi realizada de forma qualitativa, com especialistas na área da Estética, com intuito de responder o objetivo geral e os específicos deste trabalho. Foi entregue um questionário para cada entrevistado, onde as respostas foram colocadas nesse capítulo e comparadas com os autores da Revisão Bibliográfica.

4.1 Características dos Entrevistados.

Os entrevistados deste trabalho foram três fisioterapeutas dermatofuncional (F1, F2, F3) e dois esteticistas (E1 e E2) sendo todos do sexo feminino.

4.2 Práticas do Uso do Microagulhamento para Tratamentos de Estrias.

Os profissionais F1, F2, F3 e E1 relataram que o microagulhamento é uma técnica que utiliza um aparelho recoberto por agulhas finas, que promovem microlesões desde o estrato córneo até a derme, que gera uma remodelação do colágeno da pele. Segundo F1 os movimentos do roller devem ser realizados de cima para baixo, da direita para a esquerda e também na diagonal, sendo cerca de seis movimentos. Além disso E2 relatou que é necessário realizar a assepsia do local a ser tratado assim como aplicação de anestésico, em que pode ser realizada manobras para aplicação do mesmo. Para finalização da técnica aplica-se produtos cosméticos com ativos e protetor solar.

Sobre o tamanho da agulha utilizada cada profissional relatou que utiliza um determinado tamanho: F1 utiliza uma agulha de 0,5 mm, F2 utiliza de 0,5 a 1,0 mm, F3 utiliza de 0,5 a 1,5mm, E1 utiliza 2,0 mm e E2 utiliza 0,5mm e 1,0 mm facial e 1,5 corporal.

O microagulhamento necessita de alguns cuidados quando aplicado em pele negra, F1 e E2 relataram sobre o uso do protetor solar. Além de F1 relata que devemos realizar uma avaliação na pele e que devemos solicitar ao paciente que não se exponha ao sol e E2 fala que devemos ficar atentos e acompanhar de perto o cliente para impedir a hiperpigmentação pós-inflamatória. Já para F3 devemos ter cuidado com a incidência de queloides. E os entrevistados F2 e E1 não aplicam em peles negras.

Quando ao intervalo das sessões, F1 fala que no mínimo 20 dias, porém o mesmo prefere um intervalo de 30 dias. Já os profissionais F2 e F3 falam que o intervalo deve ser entre 40 e 60 dias. Já para E1 devemos dar um intervalo entre 30 e 60 dias e para E2 devemos dar um intervalo de 20 dias, para a indução de novo colágeno, porém em estrias a sessão é realizada a cada 10 dias para manter o processo inflamatório, mas devemos ficar atento para não intensificar demais esse processo.

Após o procedimento, todos os profissionais entrevistados utilizam ativos. Os profissionais F1, F2, E1 e E2 recomendam para que os clientes não se expõem ao sol. Além de F2, E1 e E2 indicarem aos clientes a não utilizarem roupas justas. O profissional F1 utiliza silício orgânico após a sessão e indica para o cliente utilizar o silício orgânico tópico ou oral, antiglicante ou retirar o açúcar da dieta, retirar a lactose da alimentação e o consumir proteína animal na alimentação, além do uso do protetor solar diariamente. Já F2 não recomenda utilizar protetor solar durante dez horas após o procedimento, indica o paciente a passar um hidratante com ativo a cada uma hora no primeiro dia após a sessão e não tomar banho quente durante os dois primeiros dias. Para E1 não devemos utilizar nenhum creme que possa irritar a pele e para E2 devemos indicar ao cliente para utilizar diversas vezes hidratante para manter a integridade da pele. O profissional F3 relatou que utiliza diversos ativos como Alistin, Coenzima Q 10, Adenin, Kinetin-L, Alfa Lipóico, Hyaxel, Raffermine, Argireline, Matrixyl Synthe 6, Ascorbosilane C, Lipossoma de Vit. C, Silício Orgânico, Niacinamida, Oligoelementos, Ácido Hialurônico e PCA-NA.

Os autores Borges & Scorza (2016), Connors & Nagel (n.d) e Lima, Lima & Takano (2013) concordam com os profissionais F1, F2, F3 e E1 sobre o microagulhamento ser uma técnica que utiliza um aparelho com agulhas que geram microlesões na pele. O Aparelho, segundo Connors & Nagel, n.d, deve ser passado em direções diferentes assim como relata o profissional F1. Já os autores Lima, Lima & Takano, falam do uso do anestésico local para que o procedimento seja mais tolerável assim como relatou o profissional E2.

Quanto ao tamanho das agulhas Arantes (2016) discorda do profissional E1 e E2, o autor relata que esteticistas devem usar agulhas de 0,2 a 0,5 mm.

Para os cuidados e o uso de ativos no final do procedimento os autores Connors & Nagel (n.d) e Arantes (2016) concordam com os profissionais F1, F2, F3, E1 sobre os cuidados que devemos tomar quanto ao procedimento. Porém quanto ao uso do protetor solar Arantes (2016) discorda do profissional E2 que utiliza protetor logo em seguida ao procedimento, o autor relata que deve esperar as primeiras quatro horas para usar protetor solar ou cosméticos, devem ser usados apenas cosméticos com ativos.

4.2 Os Benefícios Esperados.

Os profissionais F1, F2, F3, E1 e E2 relataram que a finalidade do microagulhamento no tratamento de estrias na pele negra é induzir a formação de novas fibras de colágeno e elastina com a finalidade de reduzir ou mesmo eliminar as estrias e melhorar a textura da pele.

Quanto aos resultados esperados, F1 relatou que quando o cliente segue o *home care*, temos redução de 90% das estrias. Os profissionais F2, F3 e E2 relataram que com o microagulhamento temos melhora das rugas e redução da flacidez, diminuição das cicatrizes e redução das aparências das estrias, proporcionando uma pele mais firme, mais uniforme e com mais viço. E o profissional E1 relata que melhora a aparência das estrias, ficando menos perceptíveis, proporcionando uma pele mais firme.

Os autores Lima, Souza & Grignoli (2015), Borges & Scorza (2016) e Alethea (2013) concordam com todos os profissionais quanto a finalidade e resultados esperados.

4.3 Possíveis Intercorrências na Pele Negra.

Os profissionais F1, F2, F3, E1 e E2 relataram que as contraindicações para realizar o microagulhamento são mulheres grávidas, processo infeccioso ou inflamação no local da aplicação, neoplasias ativas ou antes do período de 5 anos após cura, lúpus, herpes zoster e dermatites de contato ativas, uso de medicamentos (isotretinoína, anticoagulantes e antiinflamatórios, diabetes compensadas, doenças vasculares, cicatrizes com menos seis meses, imunidade baixa e tendência a queloides.

Quanto as intercorrências todos os profissionais relataram que a pele negra tem mais propensão a ter uma hiperpigmentação inflamatória e uma cicatrização comprometida, como os queloides.

Os autores Connors & Nagel (n.d), Arantes (2016) e Alerthea (2013) concordam com todos os profissionais sobre as contraindicações e acrescentam algumas como: peles sensíveis e rosácea.

Sobre as intercorrências Gerson, D' Angelo, Lotz, Deitz, Frangie & Halal (2011), Guidi (2014) e Arantes (2016) concordam com os profissionais. Sendo que Arantes (2016) ainda reforça a importância da avaliação para que estas intercorrências sejam evitadas.

5 Conclusões

O objetivo do trabalho foi analisar os efeitos do uso do microagulhamento em estrias albas em pele negra. Foi realizada uma pesquisa qualitativa com profissionais da área da Estética, foram entrevistados cinco profissionais, sendo três dermato-funcionais e duas esteticistas, todos do sexo feminino.

Segundo os profissionais e a literatura pesquisada o microagulhamento pode ser usado na pele negra para o tratamento de estrias, mas devemos ficar atento as intercorrências que podem surgir durante o tratamento, uma boa anamnese deve ser feita antes do procedimento, respeitar as contraindicações e indicar ao cliente que utilize protetor solar diariamente ajuda a evitar que prováveis intercorrências apareçam. O tamanho da agulha deve ser observado pelo profissional e os intervalos das sessões devem ser respeitados para que o processo inflamatório não seja prejudicado.

Durante o estudo foram encontradas dificuldades para a pesquisa da revisão bibliográfica, onde não encontramos tantos artigos que relatassem o microagulhamento para estrias e sim para outras disfunções estéticas. Principalmente, tratamentos faciais.

O estudo tem sua importância nos tratamentos para a pele negra, onde podemos perceber que não encontramos muitos estudos, sabendo que o Brasil possui uma grande diversidade étnica. Também para conhecer que nem todos os tratamentos são indicados para o a pele negra, podendo causar intercorrências.

Propõem-se novos estudos como: novos tratamentos para estrias em pele negra, particularidades da pele negra e estudos relacionando a miscigenação ao aparecimento de estrias albas.

Conclui-se que o microagulhamento é indicado para estrias albas em pele negra, porém o profissional deve ficar atento a possíveis intercorrências que podem aparecer como hiperpigmentação pós-inflamatória, queloides e outras.

Referências

- Alchorne, M. M. D. A., & Abreu, M. A. M. M. D. (2008). Dermatologia na pele negra. *Anais Brasileiros de Dermatologia*.
- Alethea, T. (2013) *Microagulhamento parte 2*. Recuperado em 1 de Setembro, 2016, de www.negocioestetica.com.br/microagulhamento-parte-II/.
- Alethea, T. (2013). *Microagulhamento parte 1*. Recuperado em 1 de Setembro, 2016, de www.negocioestetica.com.br/microagulhamento-PARTE-1/.
- Arantes, P. (2016). *Microagulhamento parte 1*. Recuperado em 1 de Setembro, 2016, de www.negocioestetica.com.br/microagulhamento-parte-1/.
- Arantes, P. (2016). *Microagulhamento parte 2*. Recuperado em 1 de Setembro, 2016, de www.negocioestetica.com.br/microagulhamento-parte-2/.
- Borges, F. S., & Scorza, F. A. (2016). Terapêutica em Estética – conceitos e técnicas. São Paulo, PHORTE editora, 2016.
- Borges, F. S., (2010). Modalidades Terapêuticas nas Disfunções Estéticas. São Paulo, PHORTE editora, 2010.
- BRAVIM, A. R. M., & KIMURA, E. M. (2007). O uso da eletroacupuntura nas estrias atroficas: uma revisão bibliográfica. *Monografia de especialização em acupuntura*. Brasília: Faculdade de educação, Ciências e Tecnologia-UNISAÚDE.
- Connors, T. J., & Nagel, V. (n.d). Manual científico: microagulhamento.
- Corrêa, A., Santos, S. & Santos, C. (2011). *Pele negra: o que você precisa saber para seus cuidados específicos*. Recuperado em 24 de Agosto, 2016, de <https://www.sbcd.org.br/pagina/2264>.
- de Andrade Lima, E. V., de Andrade Lima, M., & Takano, D. (2013). Microagulhamento: estudo experimental e classificação da injúria provocada. *Surgical & Cosmetic Dermatology*, 5(2), 110-114.
- de Lima, A. A., de Souza, T.H., & Grignoli, L. C. E. (2015). Os benefícios do microagulhamento no tratamento das disfunções estéticas. *Revista Científica da FHO/UNIARARAS* v.3, n.1/2015
- Galdino, A. P. G., Dias, K. M., & Caixeta, A. (2010). Análise comparativa do efeito da corrente microgalvânica: Estudo de caso no tratamento de estrias atroficas. *Revista Eletrônica "Saúde CESUC"–Nº*.
- Gerson, J., D'angelo, J. M., Lotz, S., Deitz, S., Frangie, C.M, & Halal, J. (2010). Fundamentos de estética 3 – Ciência da pele. São Paulo, CENGAGE Learning, 2010.
- GIL, Antônio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

Guidi, R. (2014). *Tratamento seguro e eficaz para pele negra*. Recuperado em 28 de Agosto, 2016, de www.negocioestetica.com.br/tratamento-seguro-e-eficaz-para-a-pele-negra/

Guidi, R. (2015). *Tecnologias e suas particularidades para a pele negra*. Recuperado em 28 de Agosto, 2016, de www.negocioestetica.com.br/tecnologias-e-suas-particularidades-para-pele-negra/.

<http://clinicawulkan.com.br/dermatologia-estetica-2/microagulhamento-dermaroller-dermatologista-sao-paulo/> (n.da)

<http://www.buonavita.com.br/rejuvenescimento-microagulhamento/p> (n.da)

Martignago, C. C. S., & Villanova, V. H. MICROCORRENTE GALVÂNICA COMO RECURSO FISIOTERAPÊUTICO PARA O TRATAMENTO DE ESTRIAS ALBAS.

Merriam, S. B. (2002). *Qualitative research in practice: Examples for discussion and analysis*. Jossey-Bass Inc Pub.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento Pesquisa qualitativa em Saúde. HUCITEC-ABRASCO. SP, 1996.

Moreira, J. A. R., & Giusti, H. H. K. D. (2013). A fisioterapia dermato-funcional no tratamento de estrias: Revisão de literatura. *Revista Científica da UNIARARAS*, 1(2).

Negrão, M. (2014). *Microagulhamento e filtro solar*. Recuperado em 01 de Setembro, 2016, de www.negocioestetica.com.br/microagulhamento-e-o-filtro-solar/.

Portal Negócio Estética (2015). *Estrias: Por que surgem, como prevenir e tratar*. Recuperado em 29 de Agosto, 2016, de www.negocioestetica.com.br/estrias-por-que-surgem-como-prevenir-e-tratar/.

Richardson, R. (1999). Jarry e colaboradores. *Pesquisa social: métodos e técnicas*, 3.

Sakakibara, E.K., & Gardenghi, G. (n.d). Atuação dermatofuncional no tratamento das estrias corporais: Revisão de Literatura.

VERGARA, S. C. Métodos de pesquisa em Administração. São Paulo: Atlas, 2005.

VERGARA, Sylvia Constant, Projetos e relatórios de pesquisa em administração. Atlas: São Paulo, 2004.

Apêndices

Apêndice A

Acadêmica: Sabrina Rosa Domingos.

Orientadora: Cristiana Fernandes de Muylder⁰.

Este questionário refere-se a pesquisa de campo para o trabalho de conclusão de curso (TCC) de bacharelado em Estética da Universidade FUMEC. O questionário é rápido e suas respostas são extremamente importantes para o desenvolvimento do trabalho. Suas informações serão mantidas em sigilo. Desde já agradeço.

Questões Demográficas:

Nome: _____.

Formação: _____.

Especialidade: _____.

Tempo de formação: _____.

Roteiro de Entrevista:

1. Sobre o microagulhamento, como é realizado o procedimento?
2. Qual o tamanho da agulha que você normalmente utiliza?
3. No tratamento de estrias na pele negra, qual sua finalidade?
4. Quais os cuidados devemos tomar ao realizar este procedimento nas estrias em pele negra?
5. Quais as contraindicações do microagulhamento?
6. Qual o intervalo das sessões?
7. Depois do procedimento, você utiliza algum ativo? E quais as recomendações ao cliente?
8. Quais os resultados obtidos com o microagulhamento?
9. Quais as intercorrências podem ocorrer na pele negra?

Obrigada você foi muito importante para nossa pesquisa!