

Principais Tipos de Alopecias não cicatriciais e suas Fisiopatogenias¹

Lorena Almeida Pereira

Resumo

A alopecia (queda do fio capilar) é uma das disfunções que há mais procura nos consultórios dermatológicos e que afeta ambos os sexos por trazer grande prejuízo psicossocial. Neste contexto, este trabalho procura identificar os principais tipos de alopecia não cicatriciais, que são casos específicos de queda reversível do fio capilar, além de avaliar a causa de cada uma destas. A pesquisa desenvolvida foi do tipo qualitativa, bibliográfica e com dados secundários nos quais usaram artigos científicos acadêmicos e dados da Sociedade Brasileira de Dermatologia. Os resultados descreveram os tipos das alopecias não cicatriciais e indicaram, como causas recorrentes, os fatores genéticos e hormonais, sem diferenciação entre gêneros. Pode-se concluir que a incidência da disfunção é relevante tema para estudo e pode-se sugerir, como pesquisa futura, uma pesquisa de campo com dados primários e abordagem quantitativa que permita generalizar as principais causas e tratamentos da alopecia não cicatricial no contexto brasileiro.

Palavras-chave: Alopecia, Alopecia não cicatricial, Causas, Fisiopatogenias, Tratamentos.

Abstract

Alopecia (falling of the hair strand) is one of the dysfunctions that there is more demand in doctors' offices skin and that affects both genders by bringing great loss to psychosocial. In this context, this work seeks to identify the main types of alopecia non-scarring, which are specific cases of fall reversible hair strand, in addition to evaluating the cause of each of these. The research conducted was qualitative, bibliographic and secondary data in which they used scientific articles and academic data from the Brazilian Society of Dermatology. The results described the types of alopecias do not scar, and indicated, as recurring causes, the genetic factors and hormonal, with no differentiation between genders. It can be concluded that the incidence of dysfunction is a relevant theme for study, and might suggest, as future research, a field research with primary data and quantitative approach that allows to generalize the main causes and treatments of alopecia non-scarring in the brazilian context.

Keywords: Alopecia, Alopecia non-scarrin, Causes, Physiopathogeny, Treatment.

1 Introdução

De acordo com a Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD, 2016), a queda excessiva de cabelo, tem um grande impacto tanto na aparência quanto na preocupação entre mulheres e homens.

A pele é o maior órgão do corpo humano e possui pelos como estruturas anexadas especializadas, que possui função de barreira na regulação das trocas térmicas e hídricas, na

¹ Artigo apresentado como requisito parcial para conclusão do Curso de Bacharelado em Estética.

proteção mecânica, possui barreira contra radiações ultravioletas e nas percepções táteis (Robbins, 2012). Embora o cabelo não tenha função vital, ele é de grande importância e pode ser vista pela procura de tratamentos para alopecia (Boulduc, & Chapirot, 2001). A queda de cabelo é uma das maiores causas de idas ao profissional da área, já que há uma importância psicossocial que reflete no sofrimento e ansiedade dos pacientes (Mulinari-Brenner, & Hepp, 2012).

Segundo o dicionário de termos médicos de Costa (2014), o termo alopecia vem do grego *alopekía*, que significa ausência, rarefação ou queda, transitória ou definitiva, dos cabelos ou dos pelos, com expressão local, regional ou total.

As alopecias têm várias causas e diferentes apresentações clínicas (Kede & Sabatovich, 2004). Segundo Kasper, Braunwald, Fauci, Hauser, Longo e Jamesn (2006) citado por Kleinhans (2012), existem uma classificação que separa as alopecias em cicatricial e não cicatricial. Apresentando diferentes causas, as alopecias cicatriciais incluem algumas doenças sistêmicas e distúrbios cutâneos primários como metástases cutâneas, sarcoidose e lúpus eritematoso, porém as alopecias não cicatriciais subdividem-se em distúrbios cutâneos primários como eflúvio telógeno, alopecia areata e traumática (Kleinhans, 2012).

Diante deste contexto pretende-se elucidar o seguinte problema: Quais são as causas apontadas para cada tipo de alopecias cicatriciais?

Este artigo tem como objetivo identificar os principais tipos de alopecias e as principais causas de alopecia não cicatriciais (Eflúvio Telógeno, Alopecia Androgenética, Alopecia Areata e Tricotilomania).

São duas ênfases para justificar a elaboração deste artigo. A justificativa social possui apoio em indicadores do último censo da SBD - não atualizado - (2006), a queixa da alopecia está entre as dez mais frequentes nos consultórios dermatológicos em pacientes de 15 a 39 anos. Além disso, a valorização do cabelo na sociedade é tanta e é relacionada com vitalidade, saúde e virilidade do indivíduo. O impacto da perda dos cabelos é tão grande, principalmente em mulheres que pode ser comparada a perda das mamas (Silva, 2011; Makishi *et al.*, 2015). Do ponto de vista acadêmico, busca-se aprofundar sobre o tema considerando que a dermatologia visa solucionar os problemas mais recorrentes na sociedade.

Além desta sessão introdutória onde tema, problema, objetivos e justificativas são expostos, o trabalho possui outras quatro sessões. O segundo refere-se ao referencial teórico, o terceiro a metodologia, o quarto os resultados e discussões seguidos das conclusões e referências.

2 Referencial Teórico

Maier (2008 como citado em Silva, 2011) diz que na medicina, as disfunções que envolvem diferenças e mudanças no padrão dos cabelos, tanto o crescimento exagerado quanto à queda dele, tem sido alvo de investigação para estudiosos que analisam principalmente os mecanismos que levam a pessoa a ter essas patologias e o envolvimento que os hormônios sexuais sofrem no ciclo capilar.

2.1 Sistema Tegumentar

“O tegumento comum é uma capa elástica que separa as estruturas subcutâneas do meio ambiente. A existência de numerosos receptores especializados e terminações nervosas livres fazem da pele uma estrutura sensorial, tátil, térmica, dolorosa e de pressão” (Dangelo, & Fattini, 2007, p. 215). Duas camadas são reconhecidas na pele, a derme e a epiderme, cada uma com suas particularidades e complexas estruturas microscópicas (Dangelo, & Fattini, 2007).

Como observamos na Figura 1, de acordo com Habif (2012) e Dangelo, & Fattini (2007) a epiderme é a porção mais externa da pele e nela são identificados cinco camadas ou estratos: estrato córneo, estrato lúcido, estrato granular, estrato espinhal e estrato basal. Há três tipos de células da epiderme: o melanócito, que produz melanina; as células de Langerhan, que ajudam na imunologia da pele e as células de Merkel, que a função ainda não é totalmente conhecida (Habif, 2012).

A derme está localizada mais profundamente e é composta por três tipos de tecido conjuntivo: colágeno, fibras reticulares e tecido elástico (Habif, 2012). A derme é dividida em duas camadas: camada papilar e a camada reticular. É na derme que estão localizados os folículos pilosos, os nervos sensitivos, as glândulas sebáceas e as glândulas sudoríparas (SBD, 2015).

A derme se localiza sob a tela subcutânea, antigamente chamada de hipoderme - rica em tecido adiposo (Dangelo & Fattini, 2007). A hipoderme serve de suporte e união da derme com os órgãos subjacentes, além de permitir à pele uma considerável amplitude de movimento (Junqueira & Carneiro, 2004).

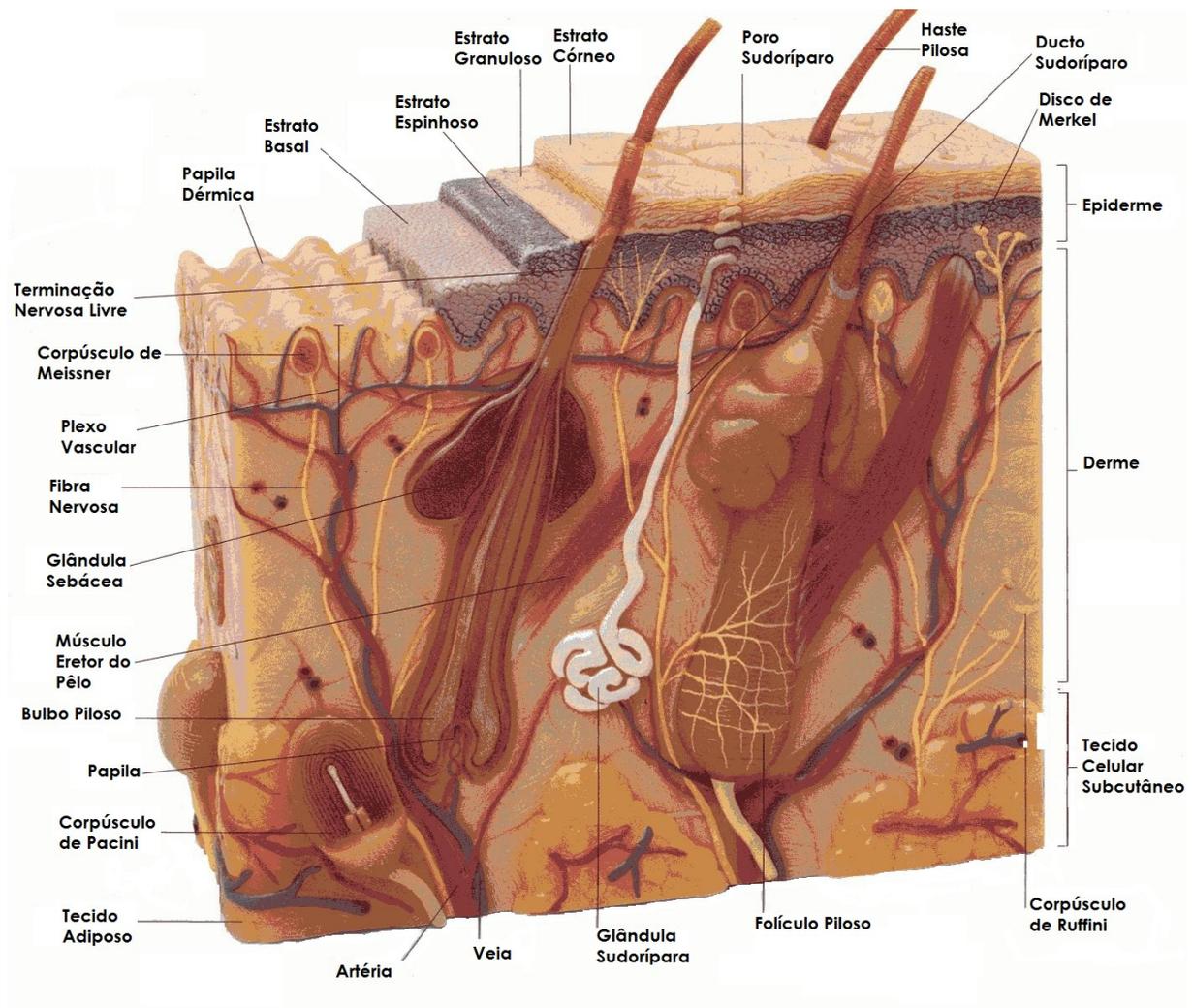


Figura 1: Tecido Tegumentar com Camadas, Anexos e Estruturas da Pele.

Fonte: Torres, H. (2012). Noções de anátomo-fisiologia da pele. *Cosmetologia*. Recuperado em 20 fevereiro, 2016 de, <http://www.ebah.com.br/content/ABAAABqeEAC/02-anatomo-fisiologia-pele>

2.2 Estruturas do Pelo e Couro Cabeludo

Os pelos são estruturas delgadas e queratinizadas, com origem a partir de uma invaginação da epiderme chamada folículo piloso, que apresenta uma dilatação terminal denominada bulbo piloso, que contém papila dérmica, vascularizada (Kleinhans, 2012). A haste capilar é composta por três partes: cutícula, córtex e medula (Harris, 2005). A cutícula tem a função de proteger o córtex e controlar o conteúdo de água da fibra, já o córtex é responsável pela estrutura do pelo, enquanto a medula consiste em células na parte mais interna da haste capilar (Harris, 2005).

De acordo com Junqueira e Carneiro (2004), a medula, o córtex e a cutícula do pelo são originados por diferentes conjuntos celulares, e as células mais periféricas formam a bainha interna e a bainha externa que são envolvidos pelo eixo do pelo que se posicionam de forma oblíqua à pele (Figura 2).

Os pelos estão presentes e distribuídos ao longo de todo o corpo com diferentes expressões fenotípicas dependendo de onde se localiza. Eles podem ser divididos em dois tipos: os terminais e os velos. Os pelos velos são finos, despigmentados e sem medula, já os pelos terminais são grossos, longos, pigmentados e se localizam somente no couro cabeludo, cílios e sobrancelha até a puberdade (Vogt, McElwee & Blume-Peytavi, 2008; Silva, 2011; Mulinari-Brenner & Hepp, 2012).

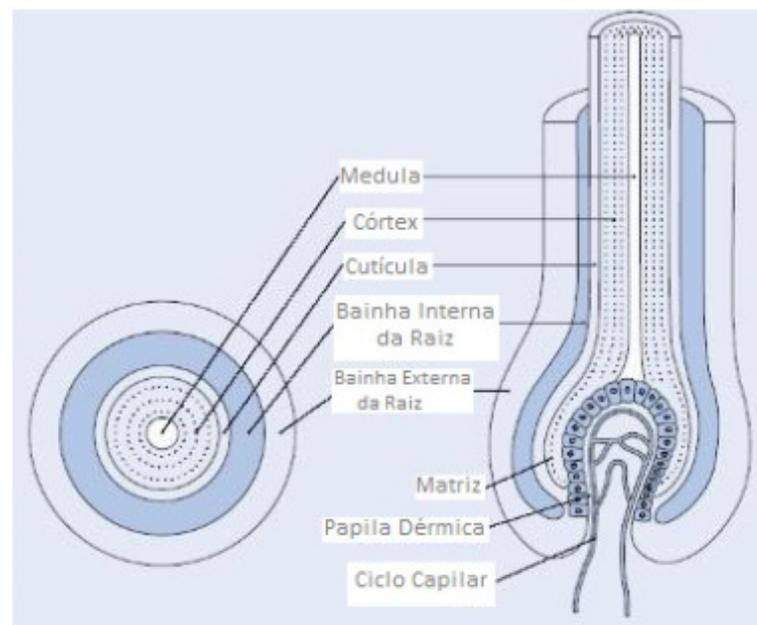


Figura 2: Estrutura do Fio Capilar

Fonte: Carvalho et al., 2005. Esquema de um fio de cabelo. *Bioquímica da Beleza*. Recuperado em 27 abril, 2016 de, <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAAGQcAC/bioquimica-beleza?part=3>

Normalmente, quando se fala ou se pensa em um elemento único (Figura 2), não se percebe além do próprio fio de cabelo e não se reflete sobre a estrutura complexa de elementos em sua formação, e é esta diversidade de elementos que permite diferentes estudos de fatores que geram ou que tratam patologias.

2.3 Ciclo Do Pelo

O ciclo de vida do cabelo é a mudança na morfologia do pelo e a mudança histológica do folículo (Rebelo, 2015). Ligados ao folículo piloso estão o músculo eretor do pelo e a glândula sebácea (Junqueira & Carneiro, 2004). Ciclo capilar são fases onde há o desenvolvimento alternado tanto do repouso quanto do crescimento e queda do pelo (Kleinhans, 2012).

O ciclo do pelo pode ser dividido em três fases (Figura 3: fase anágena ou fase de crescimento, onde há o crescimento da estrutura capilar. Está em constantes divisões mitóticas na matriz do folículo, ou seja, há uma grande atividade celular (Kleinhans, 2012; Rebelo, 2015). Fase catágena ou fase de regressão é caracterizada pelo encurtamento epitelial da sua base, onde ocorre uma involução do folículo piloso (Kleinhans, 2012; Rebelo, 2015). E por último a fase telógena ou fase de repouso que caracteriza a fase de desprendimento do cabelo.

Segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Dermatológica (SBCD, 2016), aproximadamente 90% dos cabelos estão na fase anágena. O restante encontra-se em telógena, cuja duração aproximada é de 2 a 4 meses. Ao final da fase telógena, inicia-se uma nova fase anágena (Kleinhans, 2012).

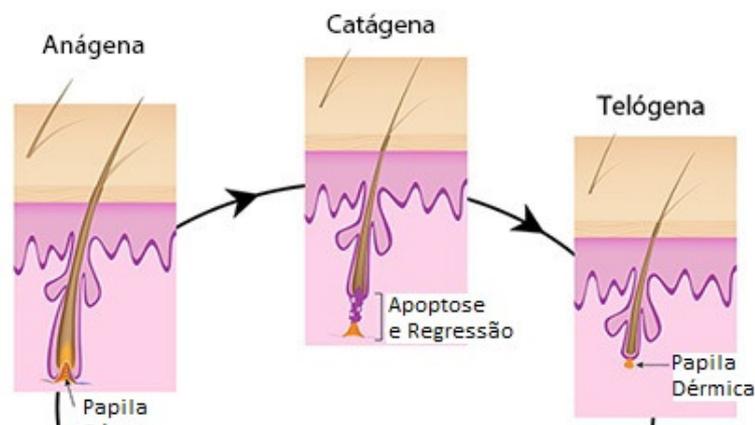


Figura 3: Ciclo de Vida do Cabelo

Fonte: Ribeiro, F (2013). Ciclo de Vida do Cabelo. *Implante Capilar*. Recuperado em 20 fevereiro, 2016 de <http://www.drfabricioribeiro.com.br/blog/ciclo-vida-cabelo/>

2.4 ALOPECIA

“O termo alopecia descreve uma condição definida pela perda de pelos em determinadas regiões ou em todo corpo.” (Silva, 2011). É considerada uma disfunção dermatológica inflamatória crônica comum que afeta os folículos pilosos (Hunt & McHale, 2005).

A alopecia é um distúrbio folicular que pode ser classificado em dois tipos: a alopecia cicatricial e a alopecia não cicatricial (Weide & Milão, 2009). De acordo com Gordon & Tosti (2011), a alopecia cicatricial é caracterizada por uma inflamação e logo depois uma destruição do folículo piloso, tendo como resultado a perda de cabelo irreversível, que pode diferenciar-se em primária ou secundária. A primária é uma inflamação onde afeta o folículo piloso principalmente e a secundária acontece por distúrbios sistêmicos, como por exemplo, inflamação granulomatosa, doenças neoplásicas e sarcoidose (Gordon & Tosti, 2011).

Diferente da alopecia cicatricial, a alopecia não cicatricial é reversível já que o folículo piloso não é destruído pela queda do cabelo (Sporting & Lupton, 1995 citado por Rebelo, 2015). Esse tipo de alopecia tem diferentes patogenias, o que faz ser mais complexa e esta é ligada a entrada precoce de folículos na fase telógena e o encurtamento da fase anágena, tornando o fio mais curto, fino e despigmentado (Weide & Milão, 2009; Gordon & Tosti, 2011).

Os principais tipos de alopecia não cicatriciais são a alopecia androgenética (AAG), alopecia areata (AA), eflúvio telógeno (ET) e a tricotilomania (Rivera & Gerra-Tapia, 2008 citado por Rebelo, 2015; Miteva & Tosti, 2012).

2.5 Alopecia Areata

A Alopecia Areata (AA) ou “pelada” é caracterizada pela perda assintomática, não cicatricial e recorrente de pelos em qualquer área pilosa e atinge principalmente o couro cabeludo (Almeida, 2004). Raro os casos, em que “o paciente perde todo o cabelo da cabeça, alopecia areata total; ou caem os pelos de todo o corpo, alopecia areata universal” (SBD, 2016).

A Alopecia Areata pode ocorrer em qualquer idade e não há predomínio de sexo ou idade, já que segundo a *National Alopecia Areata Foundation* (NAAF), dos Estados Unidos da América, definiram a Alopecia Areata como uma doença como uma enfermidade autoimune mediada por linfócitos T (Rey & Bonamigo, 2006).



Figura 4: Alopecia Areata

Fonte: Garcia, S. (2016). Alopecia Areata. *Alopecia Areata: Os Estágios de Regeneração* (Tradução Nossa). Recuperado em 20 fevereiro, 2016 de, <https://wholeearthlife.wordpress.com/2016/01/08/alopecia-areata-the-stages-of-regrowth/>

A Alopecia Areata pode afetar qualquer indivíduo em qualquer idade e se apresenta por “manchas” bem definidas sem deixar cicatrizes aparentes, é uma disfunção como podemos ver na Figura 4 (Alkhalifah, A; Alsantali, A; Wang, E; McElwee, K.J.; Shapiro, J, 2010).

2.6 Alopecia Androgenética

A Alopecia Androgenética é a forma mais comum de calvície em homens e mulheres (Gordon & Tosti, 2011). Como o próprio nome já diz o termo “androgenética” descreve principais fatores da causa dessa disfunção: fatores hormonais e genéticos. É caracterizada por uma perda progressiva do diâmetro, comprimento e pigmento do fio (Gordon & Tosti, 2011).

Sabe-se que essa disfunção é proporcional ao aumento da frequência e severidade com o aumento da idade (Gordon & Tosti, 2011; Blumeyer et al., 2011; Rebelo, 2015). Sendo assim, esse tipo de alopecia é identificado pela Classificação Internacional de Doenças (CID 10) através do código L64, nessa patologia ocorre à escassez de fios capilares dos indivíduos através de um padrão de perda definido, sendo a causa mais comum de calvície (Blumeyer *et al.*, 2011).

2.7 Eflúvio Telógeno

Eflúvio telógeno é um tipo de alopecia, caracterizada pela queda de cabelo difusa (Lynfield 1960 como citado em Bamgroot, Chauhan, 2005). Muitas vezes com início agudo e intenso,

podendo cair mais de 600 fios diários (Pereira, 2006). Ainda segundo Pereira (2006), o Eflúvio Telógeno é desenvolvido de 3 a 4 meses depois da instalação da causa, podendo ser um estresse emocional ou físico, um fármaco, febre, parto e infecções.

A maioria dos fios capilares ocorre um estacionamento repentino da fase anágena que se transformam em telógenos, que caem após um tempo (meses). Quando descoberto e resolvido a causa, depois de uns dois ou três meses, o processo para. Logo, nota-se a recuperação total dos cabelos e os fios nascem e crescem sincronicamente, e no futuro o paciente poderá ter crise de queda de cabelo, muitas vezes confundido com a Alopecia Androgenética (Pereira, 2006; Headington 1993 como citado em Pereira, 2006; Blume-Peytravi, 2011).

2.8 Tricotilomania

A tricotilomania (TT) é uma desordem compulsiva caracterizada pelo hábito em puxar ou arrancar os próprios cabelos de maneira recorrente, resultando em perda capilar visível, em qualquer região do corpo, acomete principalmente a região parietal e vértex (Bartels & Blume-Peytavi, 2008 como citado em Abraham, Torres & Azulay-Abulafia, 2010; Júnior & Britto, 2010).

Os pelos estão partidos em diversos comprimentos acima da superfície, sem qualquer alteração inflamatória do couro cabeludo (Bologonia et al., 2008 como citado em Craide, Kaac, Natividade, Alves & Batavania, n.d.).

Grant & Odlaug (2008 como citado em Lima et al., 2010) explica que além de danos estéticos e psicossociais, os indivíduos que sofrem de TT ainda pode haver complicações de saúde clínica, por causa da ingestão dos fios capilares, conhecido como tricofagia.

Nesta tabela verificam-se as características de cada tipo de alopecia não cicatricial. Diante alguns autores, essas são as tipologias e as características das seguintes alopecias.

Tabela 1:

Principais características das alopecias não cicatriciais.

Tipos	Características
AAG	Diminuição na quantidade de fios capilares
AA	Perda bem delimitada, formação de placas
ET	Queda difusa
TT	Perda bem visível

Fonte: Dados do próprio artigo (A autora, 2016).

3 Metodologia

Este artigo é teórico e baseia-se em pesquisa bibliográfica com ênfase teórica e para isto busca-se literatura científica e técnica.

Há três principais tipos baseada na prática em evidência como o conhecimento do indivíduo (profissional), o estudo de qualidade e o que os pacientes preferem. Cada uma delas são de extrema importância para tal desenvolvimento (Domenico & Ide, 2003).

Existe uma necessidade para a realização de uma revisão de literatura para avaliar a grande quantidade e complexidade de informações na área da saúde (Mendes; Silveira & Galvão, 2008).

Segundo Mendes; Silveira & Galvão (2008), a pesquisa pode também ser feita por revisão sistemática, ou seja, estudo clínico supervisionados que mostram fortes evidências. Isto inclui publicações e materiais não publicados para se ter um maior material para estudo relacionado ao tema desejado. Entretanto, na área da saúde, o nível de estudos é muitas vezes restrito a revisão sistemática não sendo o foco em questão.

Algumas fontes relevantes foram baseadas nos portais EBSCO, Scielo, BVS, PubMed, Lilacs, sendo realizadas no período de 2001 a 2016 sem restrição de data e em idioma inglês e português. As principais palavras chaves pesquisadas foram alopecia, alopecia não cicatricial, causas, fisiopatogenias, tratamentos.

4 Resultados e Discussões

Visando atender ao objetivo geral de comparação entre os diferentes tipos de alopecias não cicatriciais e os objetivos específicos de identificar os principais tipos de alopecias não cicatriciais (Eflúvio Telógeno, Alopecia Androgenética, Alopecia Areata e Tricotilomania)

descrevendo suas características e causas relacionadas, os resultados serão descritos nos parágrafos abaixo.

De acordo com Hunt & McHale (2005), a etiologia e o desenvolvimento da alopecia ainda não são completamente compreendidos, porém, é definido como uma desordem que resulta da combinação tanto de fatores genéticos quanto de fatores ambientais. Não é uma disfunção dolorosa, mesmo em alguns casos havendo irritação da pele. Ainda segundo os mesmos autores, embora possa levar os pacientes a negativas consequências psicológicas, há poucos efeitos físicos nocivos.

4.1 Alopecias Não Cicatriciais

Alopecias são patologias que tem a característica de diminuição ou ausência de cabelos e/ou pelos. Os motivos simples que provocam essa disfunção podem estar relacionados com a acelerada queda dos fios e/ou não evolução dos folículos pilosos, essas são consideradas alopecias não cicatriciais (Steiner & Bartholomei, 2000).

Steiner e Bartholomei (2000), ainda explicam que a alopecia não cicatricial é considerada um grupo de alopecias adquiridas, onde há perda de cabelos e/ou pelos sem que haja atrofia cicatricial.

4.2 Causas

Esta seção aborda as causas apontadas pela literatura aos diferentes tipos de alopecia não cicatriciais.

4.2.1 Alopecia Areata

Atuando em indivíduos geneticamente predispostos, cujas causas ainda não desconhecidas, com maior circunstância emocional. O estresse parece ser um fator desencadeante importante (Silva, Patricio & Paula, n.d.; Rivitti, 2005). Todavia *et al.*, (2001 como citado em Mejia & Fernandes, p.5, n.d.), mencionam que o estresse libera uma substância que é encontrada nos folículos pilosos, por onde se conclui que a substância está envolvida na patogênese da Alopecia Areata.

Estudos não tão atualizados, de 2006, feito nos Estados Unidos pela *National Alopecia Areata Foundation* (NAAF), define que é uma enfermidade autoimune mediada por linfócitos T (Price, 2006). A AA determina queda do fio por interrupção de sua síntese, sem que ocorra

destruição ou atrofia dos folículos, podendo assim, ser reversível. Apresenta áreas bem delimitadas de queda de cabelo sem apresentar qualquer inflamação ou sintomatologia local (Rivitti, 2005; Steiner, 2000).

4.2.2 Tricotilomania

Segundo Begotka *et al.*, (2004 como citado em Correia & Maia, 2007) a etiologia desta perturbação não é conhecida. Entretanto, alguns modelos são propostos, como, etológicos, neurobiológicos e ainda comportamentais (Correia & Maia, 2007). A ansiedade, a tensão e a tristeza são eventos emocionais ou estressantes que ajudam ao indivíduo ter recaída e continuar nessa disfunção (Diefenbach, Mou-ton-Odom & Stanley, 2002 como citado em Correia & Maia, 2007).

4.2.3 Eflúvio Telógeno

“O ET é uma tricose relativamente comum. Em geral o profissional fica atento a fatores sistêmicos, tais como febre, medicamentos, estresse, radiação ultravioleta, etc. Penteados que tracionam os cabelos também podem desencadear um Eflúvio Telógeno.” (Pereira 2006).

Carências nutricionais estão entre os fatores mais relevantes na gênese do ET, como a deficiência proteica, de ferro, zinco e biotina, que são elementos importantes na síntese e na qualidade da fibra capilar. A suplementação nutricional se mostra promissora em condições em que haja ET relacionado a desordens alimentares, como má absorção, dietas para emagrecimento, etc. (Addor, Bombarda, Júnior, Abreu, 2014).

4.2.4 Alopecia Androgenética

No início da Alopecia Androgenética, a miniaturização afeta apenas alguns fios capilar dentro do folículo que passa a ter menos fios de cabelo e não ausência deles. Logo após isso, quando todos os fios do folículo caem, fica visível o couro cabeludo calvo (Perera & Sinclair 2014 como citado em Rebelo, 2015). Os dois principais androgênios responsáveis pela AAG são testosterona e a di-hidrotestosterona (DHT) (Rebelo, 2015).

A enzima 5α -redutase é dividida em dois tipos de isoenzimas: tipo I e tipo II. A molécula de DHT (Figura 5), por meio de receptores específicos androgênicos localizados na membrana celular das células da unidade folicular, entra no núcleo celular provocando alteração no DNA e mudança na síntese proteica das células da matriz capilar, que por sua vez promove encurtamento da fase anágena, aumento da fase telógena, chamado miniaturização dos

folículos e desenvolvimento da AAG (Vaconcelos, Azuaga, Arenas, Vaconcelos, Borelli, 2015; Silva, 2011). Em mulheres, a AAG é mais complexa em relação à etiopatogenia, já que nem todos os casos apresentam resposta clara aos antiandrogênicos. As características clínicas da alopecia androgênica masculina e feminina também diferem entre si (Torres & Tosti, 2013; Mulinari-Brenner, Sidel, Hepp, 2011).

Além disso, há o fator genético para o acometimento da Alopecia Androgênica, que muda a resposta do folículo piloso à presença dos andrógenos na circulação, de jeito que pessoas com forte predisposição genética tem mais chance de desenvolver essa disfunção ainda jovem (Sinclair 2004 como citado em Silva, 2011). Ainda não é conhecida, porém estudiosos falam possíveis explicações como herança autossômica dominante nos homens e autossômica recessiva nas mulheres. Entretanto, a herança poligênica é a mais provável da ocorrência dessa patologia (Brenner & Soares, 2012).

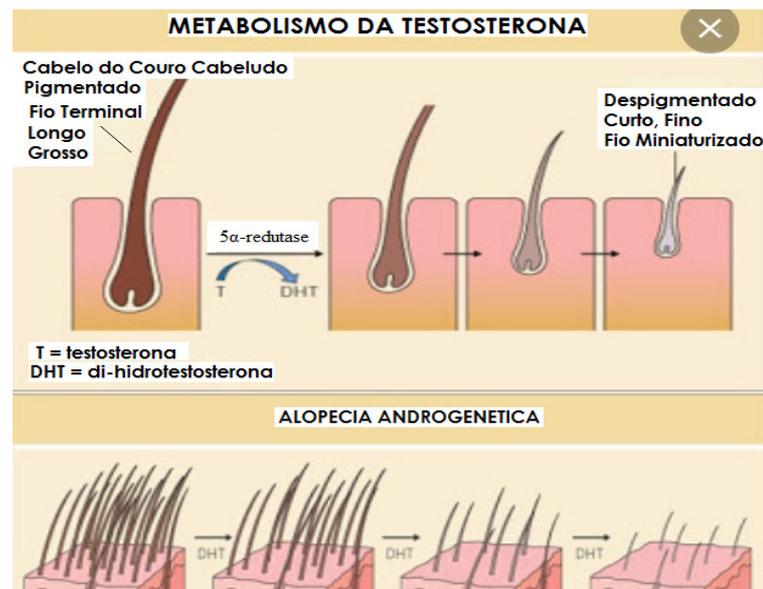


Figura 5: Metabolismo da testosterona no fio capilar, promovendo a miniaturização

Fonte: Mendes, S. 2015. Metabolismo da Testosterona na Alopecia Androgenetica. (Tradução Nossa). Recuperado em 20 fevereiro, 2016 de, <http://www.estarbemaos40.com.br/meus-cabelos-estao-caindo-e-agora/>.

Verifica-se na tabela 2 que as causas das alopecias são diversas, entre elas estão em destaque fatores hormonais e genéticos.

Tabela 2:

Causas das Alopecias não cicatriciais.

Alopecia Não Cicatricial	Etiologia
Alopecia Androgenética	Fatores hormonais e predisposição genética
Alopecia Areata	Fatores emocionais e mediada pelo sistema imunológico
Eflúvio Telógeno	Fatores diversos (internos e externos)
Tricotilomania	Fatores emocionais

Fonte: Dados do próprio artigo (A autora, 2016).

5 Conclusões

A procura para resolver os problemas de calvície vem desde séculos atrás. Os cabelos com certeza desempenham grande e importante papel, tanto de proteção contra raios ultravioletas, proteção do couro cabeludo, proteção de variações de temperatura quanto de composição estética e psicossocial para homens e mulheres.

Este artigo por meio de ensaio teórico buscou identificar quais as causas apontadas para alopecia não cicatriciais. São tipos de alopecia não cicatriciais: alopecia androgenética, alopecia areata, tricotilomania e o eflúvio telógeno

A partir do estudo pode-se verificar que as causas mais citadas são distúrbios hormonais e predisposição genética. Entende-se que o objetivo descritivo deste ensaio teórico não busca generalizar os resultados indicados e, sim, incentivar novos estudos sobre este problema recorrente em parcela considerável da população do mundo.

Os benefícios apontados a partir destas discussões vão além da busca teórica sobre o tema, mas tornar público as diversas tipologias e causas da alopecia não cicatricial que atinge a considerável parcela da população brasileira que ainda tem dificuldade de buscar atendimento médico especializado e que conta com profissionais de âmbito multidisciplinar que também atendem a pessoas com este problema, dentre eles pode-se destacar cabelereiros, esteticistas, psicólogos, dentre outros.

Sugere-se como novo estudo, realizar uma pesquisa de campo à parcela significativa da população que possui problemas de alopecia buscando contribuir com a discussão do problema e demonstrar os tipos de tratamento que são feitos pelas pessoas incluindo comparação da expectativa do tratamento e resultados apontados.

REFERÊNCIAS

- Abraham, L. S., Torres, F. N., & Azulay-Abulafia, L. (2010). Dermoscopic clues to distinguish trichotillomania from patchy alopecia areata. *Anais brasileiros de dermatologia*, 85(5), 723-726.
- Addor, F. A. S. A., Bombarda, P. C. C. P., Júnior, M. S. B., & de Abreu, F. F. (2014). Influência da suplementação nutricional no tratamento do eflúvio telógeno: avaliação clínica e por fototricograma digital em 60 pacientes. *Surgical & Cosmetic Dermatology*, 6(2), 131-136.
- Alkhalifah, A., Alsantali, A., Wang, E., McElwee, K. J., & Shapiro, J. (2010). Alopecia areata update: part I. Clinical picture, histopathology, and pathogenesis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 62(2), 177-188.
- Almeida, R. (2004). Alopecia Areata: Descrição clínica de uma população pediátrica. *Serviço de Dermatologia. Hospital Geral de Santo António. Porto*.
- Bangroo, A. K., & Chauhan, S. (2005). Hair tourniquet syndrome. *Journal of Indian Association of Pediatric Surgeons*, 10(1), 55.
- Blumeyer, A., Tosti, A., Messenger, A., Reygagne, P., Del Marmol, V., Spuls, P. I., ... & Rzany, B. (2011). Evidence-based (S3) guideline for the treatment of androgenetic alopecia in women and in men. *JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, 9(s6), S1-S57.
- Blume-Peytavi, U., Blumeyer, A., Tosti, A., Finner, A., Marmol, V., Trakatelli, M., ... & Messenger, A. (2011). S1 guideline for diagnostic evaluation in androgenetic alopecia in men, women and adolescents. *British Journal of Dermatology*, 164(1), 5-15.
- Bolduc, C., & Shapiro, J. (2001). Hair care products: waving, straightening, conditioning, and coloring. *Clinics in dermatology*, 19(4), 431-436.
- Carvalho et al., 2005. Esquema de um fio de cabelo. *Bioquímica da Beleza*. Recuperado em 27 abril, 2016 de, <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAAGQcAC/bioquimica-beleza?part=3>
- Censo Dermatológico da Sociedade Brasileira de Dermatologia. Maio de 2006. Disponível em: < http://sbd.org.br/down/censo_dermatologico2006. >
- Correia, C., & Maia, L. (2007). TRICOTILOMANIA NA INFÂNCIA E ADULTEZ. *COLÉGIO INTERNATO DOS CARVALHOS*, 11(1), 147-164.
- Costa, M. F. (2014). *Dicionário de termos médicos*. Porto Editora.
- Craide, F. H., Kaac, B. K., Natividade, N. B., Alves, T. D. B. C., Reis, F., & Batavia, T. Tricotilomania: revisão de literatura.

Domenico, E. B. L; Ide, C. A. C. Enfermagem baseada em evidencias: Principios e Aplicabilidade. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2003 janeiro-fevereiro; 11(1):115-8

Garcia, S. (2016). Alopecia Areata. *Alopecia Areata: Os Estágios de Regeneração*. Recuperado em 20 fevereiro, 2016 de, <https://wholeearthlife.wordpress.com/2016/01/08/alopecia-areata-the-stages-of-regrowth/>.

Mulinari-Brenner, Fabiane & Hepp, Themis. (2002). Alopecias em Cosmiatria. Capítulo 17. in: Kadunc, Bogdana, Palermo, Eliandre, Addor, Flávia, Metsavaht, Leandra, Rabello, Luciana, Mattos, Roberto, & Martins, Sarita. *Tratado de cirurgia dermatologica, cosmiatria e laser*. Elsevier, 2014.

Fattini, C. A., & Dangelo, J. G. (2007). Anatomia humana sistêmica e segmentar. *Anatomia Humana Sistêmica e Segmentar*.

Fernandes, M. I., & Mejia, D. P. M. Alopecia Areata e sua Relação com o Estresse. (n.d.).

Gordon, K. A., & Tosti, A. (2011). Alopecia: evaluation and treatment. *Clin Cosmet Investig Dermatol*, 4, 101-6.

Goulart-Junior, R. M., & Britto, I. A. (2010). Intervenção analítico-comportamental em tricotilomania. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 12(1-2), 224-237.

Habif, T. P. (2012). *Dermatologia clínica: guia colorido para diagnóstico e tratamento*. Elsevier Brasil.

HARRIS, M. I. N. D. C. (2009). *Pele-estrutura, propriedades e envelhecimento*. Senac.

Hunt, N., & McHale, S. (2005). The psychological impact of alopecia. *British Medical Journal*, 7522, 951.

Junqueira, L. C., & Carneiro, J. *Histologia Básica*. (2004).

Kede, M. P. V., & Sabatovich, O. (2004). *Dermatologia estética*. Atheneu.

Kleinhans, A. C. D. S. (2012). *Stress e raiva em mulheres com alopecia androgenética* (Doctoral dissertation, Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas). Recuperado de: http://www.bibliotecadigital.puccampinas.edu.br/tde_busca/arquivo.php.

Lima, M. C. P., Trench, É. V., Rodrigues, L. L., Dantas, L. A. D. S., Lovadini, G. B., & Torres, A. R. (2010). Tricotilomania: dificuldades diagnósticas e relato de dois casos. *Revista Paulista de Pediatria*, 104-108.

MAKISHI, C. A. D. S. Curso Superior de Tecnologia em Estética e Cosmetologia.

Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. D. C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto and Contexto Enfermagem*, 17(4), 758.

- Mendes, S. 2015. Metabolismo da Testosterona na Alopecia Androgenética. Recuperado em 20 fevereiro, 2016 de, <http://www.estarbemaos40.com.br/meus-cabelos-estao-caindo-e-agora/>.
- Mulinari-Brenner, F., Seidel, G., & Hepp, T. (2011). Entendendo a alopecia androgenética. *Surg Cosmet Dermatol*, 3(4), 329-37.
- Mulinari-Brenner, F., & Soares, I. F. (2012). Alopecia androgenética masculina: uma atualização. *Revista de Ciências Médicas*, 18(3).
- Pereira, J. M. (2006). Eflúvio telógeno após dermatite de contato no couro cabeludo Telogen effluvium after contact dermatitis in the scalp. *An Bras Dermatol*, 81(5 Supl 3), S288-9.
- Price, V. H., Menefee, E., Sanchez, M., & Kaufman, K. D. (2006). Changes in hair weight in men with androgenetic alopecia after treatment with finasteride (1 mg daily): three-and 4-year results. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 55(1), 71-74.
- Ribeiro, F. *Ciclo de Vida do Cabelo*. Recuperado em 20 fevereiro, 2016 de <http://www.drfabricioribeiro.com.br/blog/ciclo-vida-cabelo/>.
- Rebelo, A. S. (2015). Novas estratégias para o tratamento da alopecia.
- Rey, M. C. W., & Bonamigo, R. R. (2006). Tratamento da alopecia areata. *Med Cutan Iber Lat Am*, 34(2), 49-56.
- Rivitti, E. A. (2005). Alopecia areata: revisão e atualização Alopecia areata: a revision and update. *An Bras Dermatol*, 80(1), 57-68.
- Robbins, C. R. (2012). *Chemical composition of different hair types* (pp. 105-176). Springer Berlin Heidelberg.
- Silva, R. T. D. (2011). Medicamentos antiandrógenos de uso oral para o tratamento da alopecia androgênica
- Silva, E. A; Patricio, M. E; Paula, V. B (n.d.), *Terapia Capilar para o Tratamento da Alopecia Androgenética Masculina e Alopecia Areata*. Santa Catarina.
- Sociedade Brasileira de Cirurgia Dermatológica. *Fisiologia do Cabelo*. 2016.
- Sociedade Brasileira de Dermatologia. *Queda de Cabelo*. 2016.
- Steiner, D., & Bartholomei, S. (2000). Alopecia na mulher. *Revista Brasileira de Medicina*, 57(05).
- Torres, H. F. (2012). *Noções de Anátomo-fisiologia da Pele*. Recuperado em 25 março, 2016, de <http://www.ebah.com.br/content/ABAAABqeEAC/02-anatomo-fisiologia-pele>
- Torres, F., & Tosti, A. (2013). Atlas de Doenças do Cabelo. *Rio de Janeiro: Revinter*, 13-63.

Vogt, A., McElwee, K. J., & Blume-Peytavi, U. (2008). Biology of the hair follicle. In *Hair growth and disorders* (pp. 1-22). Springer Berlin Heidelberg.

Weide, A. C., & Milão, D. (2009). A utilização da Finasterida no Tratamento da Alopecia Androgenética. *Revista da Graduação*, 2(1).