



**UNIÃO DAS INSTITUIÇÕES DE SERVIÇO, ENSINO E PESQUISA LTDA –
UNISEPE**

CENTRO UNIVERSITÁRIO AMPARENSE- UNIFIA

**CURSO DE GRADUAÇÃO TECNOLOGIA EM
ESTÉTICA E COSMÉTICA**

**LARA SOARES DA SILVA
LARISSA RIBEIRO DA SILVA**

DISFUNÇÕES CAPILARES E SEUS RESPECTIVOS TRATAMENTOS

**AMPARO – SP
2024**

LARA SOARES DA SILVA
LARISSA RIBEIRO DA SILVA

DISFUNÇÕES CAPILARES E SEUS RESPECTIVOS TRATAMENTOS

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Tecnologia Em
Estética e Cosmética do Centro
Universitário Amparense, como parte dos
requisitos exigidos para a obtenção do
título de bacharel em Estética e Cosmética.

Orientador: Profa. Luzia Maria de Paula

LARA SOARES DA SILVA
LARISSA RIBEIRO DA SILVA

DISFUNÇÕES CAPILARES E SEUS RESPECTIVOS TRATAMENTOS

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Tecnologia Em
Estética e Cosmética do Centro
Universitário Amparense, como parte dos
requisitos exigidos para a obtenção do
título de bacharel em Estética e Cosmética.

Orientador: Profa. Luzia Maria de Paula

Data de aprovação: __/__/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Luzia Maria de Paula – Orientadora
CENTRO UNIVERSITÁRIO AMPARENSE UNIFIA

Avaliador 1:
CENTRO UNIVERSITÁRIO AMPARENSE UNIFIA

Avaliador 2:
CENTRO UNIVERSITÁRIO AMPARENSE UNIFIA

AMPARO

2024

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	2
2. METODOLOGIA.....	4
3. DESENVOLVIMENTO.....	4
3.1 ALOPECIA ANDROGENÉTICA E AREATA.....	5
3.2 TRICOTILOMANIA.....	7
3.3 DERMATITE SEBORREICA.....	8
3.4 EFLÚVIO TELÓGENO.....	10
4. CONCLUSÃO.....	11
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	12

DISFUNÇÕES CAPILARES E SEUS RESPECTIVOS TRATAMENTOS

Alunos: Lara Soares da Silva e Larissa Ribeiro da Silva
Orientadora: Luzia Maria de Paula

RESUMO

As disfunções capilares constituem um grupo de doenças que, além de causar desconforto físico e afetar o couro cabeludo e os fios de cabelo, exercem um impacto significativo na qualidade de vida dos indivíduos. A perda de cabelo e as alterações no couro cabeludo podem gerar um profundo desconforto à autoestima, desencadeando ou agravando problemas psicológicos e emocionais. O presente estudo tem como objetivo apresentar as principais disfunções capilares, tais como eflúvio telógeno, alopecia androgenética, alopecia areata, dermatite seborreica e tricotilomania. Serão abordadas as características de cada doença, incluindo sua fisiopatologia, bem como as opções terapêuticas disponíveis. A tricotilomania, em particular, será discutida sob a perspectiva da sua relação com o estado emocional do indivíduo. Ao compreender as particularidades de cada disfunção capilar, busca-se contribuir para um diagnóstico mais preciso e um tratamento mais eficaz, visando melhorar a qualidade de vida dos pacientes e restaurar a confiança em sua aparência.

Palavras-chave: Alopecia Androgenética; Alopecia Areata; Couro cabeludo; Dermatite Seborreica; Disfunções Capilares; Eflúvio Telógeno; Tricotilomania.

ABSTRACT

Hair disorders constitute a group of diseases that, in addition to causing physical discomfort and affecting the scalp and hair strands, have a significant impact on individuals' quality of life. Hair loss and changes to the scalp can cause a profound impact on self-esteem, triggering or worsening psychological and emotional problems. This study aims to present the main hair disorders, such as telogen effluvium, androgenetic alopecia,

alopecia areata, seborrheic dermatitis and trichotillomania.

The characteristics of each disease will be addressed, including its pathophysiology, as well as the available therapeutic options. Trichotillomania, in particular, will be discussed from the perspective of its relationship with the individual's emotional state. By understanding the particularities of each hair dysfunction, we seek to contribute to a more accurate diagnosis and more effective treatment, aiming to improve patients' quality of life and restore confidence in their appearance

Keywords:

Androgenetic Alopecia; Alopecia Areata; Scalp; Seborrheic Dermatitis; Hair Dysfunctions; Telogen effluvium; Trichotillomania.

1 INTRODUÇÃO

Desde a antiguidade, o cabelo possui um papel simbólico e significativo para os seres humanos, influenciando profundamente a autoestima, a percepção da própria imagem e, consequentemente, a qualidade de vida e a saúde emocional.

De acordo com Halal (2015), na antiguidade, os homens dependiam dos cabelos (ou pêlos) para garantir proteção contra o frio, amortecer traumas físicos e defender-se das radiações solares e de outros fatores externos. Além das funções protetivas, o cabelo também assumiu significados culturais e sociais ao longo dos séculos, simbolizando força, status e identidade. A importância atribuída aos cabelos reflete-se até hoje, onde mudanças na sua saúde e aparência podem impactar intensamente o bem-estar e a autoconfiança de uma pessoa.

Entre as principais condições que afetam o couro cabeludo e são de interesse para os profissionais de estética capilar, estão a alopecia androgenética, alopecia areata, eflúvio telógeno, dermatite seborreica e o que envolve principalmente o lado emocional do paciente que é a tricotilomania. As doenças capilares podem afetar indivíduos de todas as idades e são classificadas em cicatriciais e não cicatriciais. Exemplos de alopecia não cicatricial incluem Alopecia Areata (AA), Alopecia Androgenética (AAG), Eflúvio Telógeno (EF) e Tricotilomania (TTM). Por outro lado, condições como Alopecia

Frontal Fibrosante, lúpus eritematosos discóide, líquen plano pilar e foliculite decalvante são as mais comuns entre as alopecias cicatriciais (ALESSANDRINI, 2021).

Entre essas disfunções, podemos citar primeiramente o Eflúvio Telógeno, classificado como alopecia não cicatricial e não inflamatória, que pode afetar pessoas de todas as idades e gêneros. Os primeiros sinais aparecem quando um grande número de fios entra na fase telógena, geralmente de três a cinco meses após um impacto emocional ou físico. Os principais fatores desencadeantes incluem doenças graves, cirurgias, desnutrição, gravidez e distúrbios endócrinos (PHILLIPS, 2017).

As alopecias Areata e Androgenética também impactam a saúde capilar. A Alopecia Areata (AA) é uma doença crônica e imprevisível, que pode levar à perda total de pelos do corpo ou a áreas calvas no couro cabeludo, alternando períodos de recaídas e remissões. Essa condição afeta cerca de 2% da população mundial. Ao contrário da Alopecia Areata, a Alopecia Androgenética é marcada por alterações no ciclo capilar que causam a miniaturização progressiva dos folículos. Esse processo resulta na produção de fios terminais que se tornam progressivamente mais finos, com menor pigmentação e um aumento na presença de pelos tipos vello. Tal condição é frequentemente influenciada por fatores genéticos e hormonais, levando a um padrão específico de perda de cabelo, que pode impactar significativamente a autoestima e a qualidade de vida dos afetados (STERKENS e col., 2022).

A dermatite seborreica (DS) é uma condição que afeta o couro cabeludo e causa desconforto aos pacientes, manifestando-se em áreas visíveis como o próprio couro cabeludo, e até mesmo o rosto, as sobrancelhas e regiões articulares, como joelhos e cotovelos. A DS, por suas características, requer um manejo adequado que ajude a controlar os sintomas e minimizar os efeitos sobre a imagem pessoal e a qualidade de vida, além de priorizar a saúde do couro cabeludo. (OLIVEIRA, 2015).

Definido como um transtorno, a tricotilomania (TTM) é caracterizada pelo ato compulsivo e de forma repetitiva o arranque de fios de cabelo, o que gera a perda comprometimento funcional do mesmo e muitas vezes alopecias visíveis. Seus meios de intervenções são feitos através de abordagens terapêuticas que inclui tratamento medicamentoso rígido, afim de controlar a compulsão (WASHINGTON, 1994).

O objetivo principal deste estudo é descrever de forma abrangente as patologias relacionadas à perda de cabelo, destacando suas características, origens e os possíveis tratamentos que podem auxiliar na reversão dessas condições clínicas, como por exemplo:

o microagulhamento, fototerapia, alta frequência, vacuoterapia, e tratamento medicamentosos, tanto tópicos quanto orais. Além disso, será enfatizada a importância de um acompanhamento multidisciplinar, envolvendo profissionais da saúde mental, para proporcionar um suporte integral aos pacientes. Esse enfoque visa ajudar os indivíduos a enfrentarem os aspectos emocionais relacionados à perda de cabelo, promovendo um tratamento mais eficaz e humanizado, que considere tanto as necessidades físicas quanto as psicológicas.

2 METODOLOGIA

Foi adotada uma abordagem metodológica de revisão bibliográfica, com o objetivo de sintetizar o conhecimento científico disponível sobre as disfunções capilares. Foram consultados artigos científicos publicados entre 2010 e 2023 nas bases de dados Google Acadêmico e SciELO. A seleção dos artigos foi realizada com base nos seguintes critérios: relevância para o tema da pesquisa, período de publicação e qualidade metodológica. Os conceitos-chave utilizados na busca foram: disfunções capilares, alopecia androgenética, eflúvio telógeno, dermatite seborreica, tricotilomania e fisiopatologia do couro cabeludo.

3 DESENVOLVIMENTO

Para entender as disfunções capilares, é crucial conhecer a anatomia e o ciclo de vida do fio de cabelo. O pelo se origina de um folículo piloso, estrutura complexa composta por raiz e haste (Schmidt et al., 2022). A raiz, inserida no folículo, é formada por células queratinizadas e termina no bulbo piloso, onde ocorre a proliferação celular. A haste é a porção visível do pelo. O ciclo capilar é dividido em três fases: anágena (crescimento), catágena (regressão) e telógena (repouso). Alterações nesse ciclo podem resultar em diversas patologias capilares (CIRRILO, 2016) (SOARES, 2009).

O desenvolvimento e a proliferação celular no folículo piloso ocorrem de forma cíclica, alternando entre fases de crescimento ativo (fase anágena) e de repouso (fase telógena) (Telles, 2020).

O folículo piloso passa por modificações que definem três fases distintas no ciclo de crescimento dos pelos: a fase anágena, ou fase de crescimento ativo; a

fase catágena, ou fase de regressão, caracterizada pela involução do folículo; e a fase telógena, ou fase de repouso, em que o pelo se prepara para ser desprendido. (SOARES, 2009).

3.1 Alopecia Androgenética e Areata

A alopecia é um termo científico que se refere à perda parcial ou total dos pelos ou cabelos, podendo ocorrer de forma senil ou prematura, temporária ou permanente. citação

De acordo com Rebelo (2015) a alopecia androgenética é denominada por uma redução progressiva no comprimento, pigmentação e diâmetro dos fios de cabelo. O termo "androgenética" reflete os dois principais fatores causais deste distúrbio: a ação dos andrógenos e a predisposição genética. Tal fenômeno resulta da miniaturização progressiva do folículo piloso, acompanhada de alterações dinâmicas nos ciclos de crescimento capilar.

Durante cada iteração do ciclo capilar, observa-se uma diminuição na duração da fase anágena, acompanhada de um aumento na fase telógena. Com a evolução desses ciclos, a fase anágena torna-se tão breve que os pelos em desenvolvimento não conseguem atingir a superfície dérmica, resultando em uma apresentação do folículo apenas como um poro. Esse processo de miniaturização do pelo ocorre de forma generalizada, afetando integralmente a estrutura folicular, que inclui a papila, a matriz e a haste capilar (MULINARI-BRENNER e SOARES, 2009).

Na população masculina, a alopecia androgenética geralmente se manifesta entre a segunda e a terceira década de vida, apresentando uma progressão lenta ao longo do tempo. É observado um aumento na extensão dos recessos frontais e fronto-parietais, conhecidos como entradas, juntamente com o afinamento dos pelos na região do vértice. Em alguns casos, essa condição pode progredir para a ausência total de pelos. No caso da população feminina, a alopecia androgenética apresenta um padrão mais difuso e é denominada em três graus: Grau I: Observa-se apenas uma leve rarefação capilar; Grau II: A densidade dos cabelos diminui a ponto de o couro cabeludo se tornar visível; Grau III: Neste encontram-se os casos avançados, onde a calvície está claramente estabelecida (PAIVA, 2006).

O tratamento tem como objetivo o prolongamento da vida útil dos folículos pilosos, buscando retardar ou interromper o processo de queda capilar. Esse processo terapêutico pode ser realizado por meio da aplicação tópica de substâncias diretamente no couro cabeludo, como o Minoxidil, ou por meio de medicamentos administrados via oral, como a Finasterida

(MULINARI-BRENNER; SOARES, 2010). O Minoxidil funciona primeiramente como um vasodilatador inicialmente utilizado no tratamento da hipertensão arterial sistêmica. Seu real mecanismo de ação na Alopecia Androgenética é definitivamente confirmado, mas atua aumentando a durabilidade da fase anágena, auxiliando no aumento da densidade capilar. Já a Finasterida age como inibidor da 5 α -redutase tipo 2, que reduz em dois terços a transformação de testosterona em DHT e a muito tempo está disponível no mercado brasileiro (ROSSI A, et al., 2012; KELLY Y, et al., 2016).

Atualmente, técnicas estão sendo aplicadas, principalmente em combinação com cosméticos, para facilitar a penetração de ativos. O microagulhamento foi recentemente incluído no tratamento da alopecia androgenética, pois atua liberando fatores de crescimento derivados das plaquetas. (VAÑO-GALVAN e CAMACHO, 2017; DONOVAN *et al.*, 2021). Há anos, a indústria da estética e cosmética tem se dedicado ao desenvolvimento de tratamentos para a alopecia androgenética, com o objetivo de promover uma recuperação rápida do tecido, de modo a não interferir na rotina dos pacientes. Esses tratamentos utilizam técnicas menos invasivas, proporcionando resultados satisfatórios sem efeitos adversos indesejáveis.

A alopecia areata (AA) é uma condição relativamente comum na dermatologia, caracterizada pela perda não cicatricial e reversível de folículos pilosos em diversas áreas do corpo sendo caracterizada por manchas redondas ou ovais de perda de cabelo (HORDINSKY, 2013). Essa patologia apresenta uma natureza extremamente imprevisível, com variações significativas entre os indivíduos, o que resulta em um espectro clínico bastante abrangente. (ISLAM N, LEUNG P.S, 2014).

De acordo com Hordinsky (2020), o tratamento relaciona o uso de soluções tópicas ou de corticosteroides intralesionais, Minoxidil tópico a 2% ou 5% em casos de presença de vellus ou crescimento capilar indeterminado, além de antralina, imunoterapia tópica ou combinações, como um esteroide tópico associado ao Minoxidil tópico. Injeções locais de triancinolona acetona intralesional, com concentrações que variam de 3 a 10 mg/cc, ainda são amplamente preferidas para o tratamento de alopecia areata (AA) no couro cabeludo e nas sobrancelhas.

3.2 Tricotilomania

A tricotilomania é um transtorno psicológico impulsivo, que consiste em arrancar fios de cabelos ou pelos do corpo, resultando em perda e comprometimento funcional (GRANT; CHAMBERLAIN, 2016). Em 1889, essa disfunção foi notada pela primeira vez por François Henri Hallopeau, médico dermatologista, que criou o nome da patologia seguindo as palavras gregas *thrix*(cabelo), *tillein* (puxar) e *mania* (loucura) (CISONÍ et al., 2018). O ato de arrancar os pelos, acontece em qualquer parte do corpo, mas com maior incidência nos cabelos, ocupando quase 73%, seguido de sobrancelhas e região pubiana. (GRANT; CHAMBERLAIN, 2016). Uma das maiores causas da tricotilomania está relacionada a ansiedade e o tédio. O comportamento pode ser precedido por uma sensação de tensão crescente, seguida por uma sensação de alívio ou prazer após arrancar o cabelo (APA, 2023).

Indivíduos com tricotilomania podem ter diferentes níveis de percepção consciente ao arrancar o cabelo: algumas mantêm uma atenção mais consciente e focada no comportamento, em quanto outros relatam viver mais no automático, sem consciência do ato. Existe também, indivíduos que apresentam os dois tipos de comportamento (APA, 2023). É comum que áreas de alopecia completa ou de baixa densidade capilar apareçam no transtorno, já que o cabelo pode ser arrancado de forma amplamente distribuída. A tricotilomania não é percebida em todos os casos, pois muitos que a possuem tentam esconder com perucas e lenços.

Mesmo sendo uma patologia psíquica, muitos pacientes buscam médicos dermatologistas para o diagnóstico, pois muitos indivíduos se recusam a procurar um psicólogo ou um psiquiatra, devido a isso, o papel do dermatologista é de extrema importância, pois na dermatoscopia, ou tricoscopia, pode revelar características típicas da TTM, como a redução da densidade capilar, a presença de fios curtos e cabelos quebrados com hastes de diferentes comprimentos (MELO *et al.*, 2022).

A patologia costuma surgir na infância e adolescência, entre 10 e 13 anos. Nos adultos, é mais comum em mulheres, enquanto na infância não há diferença significativa entre os gêneros (GRANT, 2016; APA, 2023). A prevalência vitalícia do distúrbio é de cerca de 0,6%. No entanto, devido ao constrangimento frequentemente sentido pelos indivíduos com o transtorno, esses dados podem subestimar a real prevalência na população. (GRANT; CHAMBERLAIN, 2016).

O sofrimento psicológico gerado é intenso e compromete o funcionamento físico, social ocupacional. Sentimento de perda de controle, vergonha e constrangimento são

comuns, levando muitos a evitar situações públicas, como o trabalho e atividades escolares. (APA, 2013).

Ainda não existe um consenso científico sobre o tratamento medicamentoso. Medicamentos como clomipramina, olanzapina e N-acetilcisteína (NAC) mostraram eficácia em alguns ensaios clínicos de sujeito único. No entanto, segundo Farhat (2020), esses estudos apresentam limitações metodológicas, com poucos participantes e amostras reduzidas. O tratamento seria o acompanhamento psicológico e psiquiátrico, para que os indivíduos aprendam a controlar suas emoções. Estresse e ansiedade estão diretamente ligados aos sintomas da TTM, pois situações estressantes aumentam a tensão que precede o ato de arrancar cabelos ou pelos (FRANÇA et al., 2019).

Assim, sugere-se que esse padrão possa ser modificado com técnicas cognitivo-comportamentais que ajudam a identificar gatilhos de forma consciente (MARTIN, 2011; FRANÇA et al., 2019).

3.3 Dermatite Seborreica

A dermatite seborreica é uma doença crônica inflamatória da pele, com causas multifatoriais. Ela se manifesta com vermelhidão, descamação e irritação em várias áreas, como nariz, orelhas, sobrancelhas e couro cabeludo. Esse distúrbio atinge aproximadamente 5% da população mundial e a caspa que é uma dermatite mais leve, afeta aproximadamente 50% (TUCKER & MASOOD, 2022). Ela afeta principalmente áreas ricas em glândulas sebáceas, como o couro cabeludo. A patologia pode se manifestar e afetar regiões com maior produção de sebo (OLIVEIRA, 2015).

É uma condição de pele comum, recorrente e crônica, caracterizada clinicamente por manchas eritematosas mal definidas e escamosas, que podem surgir no couro cabeludo e também em outras partes do corpo com presença de glândulas sebácea como rosto, orelhas e sobrancelhas. Essa patologia geralmente atinge mais jovens e pessoas com a pele oleosa. Apesar da causa ser desconhecida, sabe-se que a oleosidade excessiva e um fungo conhecido como *malassezia* podem ocasionar micoses, sendo mais propício de ocorrer em indivíduos que possuem baixa imunidade (SCHINCARIOL, 2020).

Embora a dermatite seborreica seja mais comum em homens, não existem comprovações conclusivas quanto à prevalência em relação ao gênero ou classe étnica. Na infância, essa patologia é mais comum após os três meses de vida, também

apresentando incidência em adolescentes e adultos jovens, com aumento significativo da prevalência em pessoas com mais de 50 anos. (RODRIGUES & MULLER, 2018). Indivíduos que contraíram o HIV, Parkinson, estresse, condições físicas, alimentação rica em lipídeo, obesidade e etilismo possuem uma predisposição a dermatite seborreica.

A dermatite seborreica é uma doença permanente e composta por duas fases, a de melhora e a de piora. A deterioração é mais comum no inverno, onde toma-se banhos mais quentes, além deste, estresse, consumo de cigarros, bebidas alcoólicas e alimentos mais gordurosos, podem intensificar essa disfunção (ROSSI, 2001; BRASIL RNP, 2002).

O local onde geralmente é mais afetado pela doença, é o couro cabeludo, comumente visto como a caspa. Aproximadamente 40% das pessoas com mais de 30 anos são afetadas pela doença, que pode se manifestar em qualquer etapa da vida (PIBERNAT, 2019).

O diagnóstico é realizado por um médico dermatologista, pois ele consegue examinar as lesões presentes no acometido, além do relato do paciente. Em outros casos, é necessária a realização de exames clínicos, como o micológico, a biópsia e o teste de contato. (SBD, 2017).

Quando se fala em tratamento para a dermatite seborreica, temos a terapia capilar como grande aliada, pois com ela é possível controlar a descamação a vermelhidão e a oleosidade. O uso dos óleos essenciais tem muito eficácia, pois possui propriedades sebo regulador anti-inflamatórias e antimicrobianas, frequentemente utilizado no tratamento da caspa (CRUZ et al., 2021). Entre eles, o mais indicado para o tratamento desta patologia é a lavanda que possui ação anti-inflamatória, bactericida, fungicida, acaricida, ansiolíticas, sedativas, anticonvulsivantes, antidepressivas e equilibradoras de oleosidade. Ele também promove a renovação celular e a tônica capilar, além de acalmar o couro cabeludo (TOUGUINHÓ & SILVA, 2022); mentol, que é um vasodilatador e analgésico, adstringente, refrescante, que auxiliam no tratamento (RODRIGUES & MULLER, 2018); melaleuca, que é bactericida e fungicida (GARCIA et al., 2009; DA SILVA et al., 2019); e alecrim estimula o couro cabeludo e combate infecções, possui ação calmante na circulação sanguínea (LAVABRE, 2018; CRUZ et al., 2021). Os óleos essenciais não podem ser usados puros, por isso é importante que o tratamento seja realizado com o auxílio de profissionais habilitados, como terapeutas capilares e tricologistas, que irão diluir os óleos em substâncias neutras e seguir a dosagem indicada e, além disso, irão observar se o paciente não terá nenhuma reação alérgica (LEONARDI & SILVA, 2017).

3.4 Eflúvio Telógeno

Eflúvio telógeno se caracteriza por um aumento significativo na queda dos fios, na última fase do crescimento capilar, chamada de fase telógena (Halal,2011). Esse aumento pode ocorrer em 100 até 600 fios ao dia, estando relacionado a diversos fatores, como psicológicos e físicos, podendo ser percebido entre dois a quatro meses após o fator que o ocasionou (PEREIRA, 2006; AVÉ & IGREJA, 2013).

Podendo ainda ser dividido em dois principais grupos, são eles o agudo e o crônico. O eflúvio telógeno agudo geralmente tem duração de dois a seis meses, podendo ter uma recuperação espontânea, sem precisar de uma intervenção específica. Já o eflúvio telógeno crônico, é mais duradouro e pode durar meses ou até mesmo anos, necessitando de tratamento (Araújo et al., 2022). A patologia crônica é acometida em maior quantidade por mulheres entre trinta a cinquenta anos (Avé & Igreja, 2013).

O diagnóstico é clínico e fundamentado no histórico do paciente. O exame de tricoscopia, junto com testes laboratoriais, pode ajudar a confirmar o diagnóstico e a descartar outras causas de queda capilar, como alopecia androgenética e deficiências nutricionais. (RUDNICKA *et al.*, 2011). No exame físico, pode-se utilizar a contagem dos fios de cabelo que se soltam diariamente, assim como o teste de tração capilar. Os fios desprendidos podem ser analisados ao microscópio e identificados como estando na fase telógena. Além da tricoscopia, existe o exame com outra ferramenta chamada de tricograma que é um exame complementar à tricoscopia e permite classificar os tipos e fases de crescimento dos fios, além de contar a quantidade de fios por cm² (BRENNER,2002).

Os médicos devem ser cautelosos para não subestimar o impacto emocional da queda de cabelo, pois esse problema gera ansiedade e angústia. Para alguns pacientes, a carga emocional associada à perda de cabelo pode ser comparável à de doenças crônicas ou até mesmo ameaçadoras à vida (GROVER & KHURANA, 2013).

O estresse pode funcionar como um fator primário que desencadeia a queda de cabelo, atuar como um agravante em casos de queda associada a causas endócrinas, dermatites, tóxicas, metabólicas ou imunológicas, ou ainda ser uma reação à própria perda de cabelo (contribuindo para seu agravamento e gerando um ciclo vicioso). O estresse é

provavelmente um modulador negativo do ciclo decrescimento capilar em humanos (GROVER & KHURANA, 2013).

Entre os tratamentos, estão terapia capilar, pois nela utiliza-se produtos específicos, aromaterapia e também aparelhos como altafrequência e led para o controle e diminuição da queda dos fios, é preciso também que o indivíduo tenha uma boa alimentação, faça ingestão de água adequada conforme seu peso, faça a suplementação de vitaminas que estão em déficit e caso haja necessidade faça o uso de medicamentos sempre prescritos por médicos especialistas. Além desses, dermatologistas também recomendam, como um dos principais tratamentos, lavar o cabelo com frequência para facilitar a eliminação dos fios que já se desprenderam. Esse aumento na frequência das lavagens pode ajudar a acelerar a recuperação, promovendo um ciclo de renovação capilar mais rápido (AFSHAR *e col.*, 2021).

6 CONCLUSÃO

Ao fim deste estudo, foi possível entender sobre as principais disfunções capilares e seus respectivos tratamentos, onde ambos se assemelham na busca pelo tratamento ideal, afim de recuperar o estado biológico natural do couro cabeludo e sua condição saudável.

Além de obter conhecimento sobre cada patologia, o estudo determina possíveis tratamentos, a base de medicamentos e até mesmo tratamento clínico feito com especialistas, como o tricologista e principalmente o dermatologista, que através das características manifestadas no couro cabeludo pode realizar o diagnóstico e prescrever o tratamento correto e seguro.

De tal modo, foi possível observar a complexidade e as interações entre diferentes tipos de alopecia e condições dermatológicas, como o eflúvio telógeno, a tricotilomania e a dermatite seborreica. Cada uma dessas condições possui características próprias, mas também compartilham fatores desencadeantes comuns, como estresse, desequilíbrios hormonais e predisposição genética. O eflúvio telógeno, por exemplo, é um distúrbio de queda capilar geralmente reversível, sendo mais comum em situações de estresse intenso ou mudanças hormonais, enquanto a tricotilomania é um distúrbio psiquiátrico caracterizado pelo impulso de arrancar os próprios cabelos, podendo resultar em áreas de calvície visíveis. Já a dermatite seborreica é uma condição inflamatória crônica que prejudica o couro cabeludo, causando descamação excessiva e, em alguns casos, contribuindo para a queda de cabelo.

Em relação ao tratamento, é fundamental que um diagnóstico seja realizado para distinguir essas condições e permitir abordagens terapêuticas adequadas. O manejo do eflúvio telógeno pode envolver mudanças no estilo de vida, controle do estresse e, em alguns casos, a utilização de medicamentos. A tricotilomania, por sua vez, requer uma abordagem também psicológica, incluindo terapias como a terapia cognitivo-comportamental, para lidar com os impulsos que levam à prática de arrancar os cabelos. Para a dermatite seborreica, o uso de shampoos anticaspa e medicamentos tópicos podem ser eficaz no controle da condição.

É importante ressaltar a necessidade de uma abordagem multidisciplinar no tratamento dessas condições, que envolva tanto médicos dermatologistas quanto profissionais da saúde mental, a fim de oferecer um suporte completo e eficaz aos pacientes. A conscientização sobre essas condições é essencial para reduzir o estigma e proporcionar um tratamento mais humanizado, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos afetados.

Em suma, a pesquisa sobre alopecia e suas diferentes causas, como o eflúvio telógeno, a tricotilomania e a dermatite seborreica, revela não apenas a complexidade dos distúrbios capilares, mas também a importância de uma abordagem holística e integrada no diagnóstico e no manejo dessas condições.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APA - American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR. Porto Alegre: Editora Artmed, 2022.

Brenner, F. A., & Bergfeld, W. F. (1999). Understanding Telogen Effluvium. *Anais Brasileiros de Dermatologia*.

Grover, C., Khurana, A. (2013). Telogen effluvium. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*; 79(5), 591-603. <https://10.4103/0378-6323.116731>.

Pereira, M. P. (2006). Eflúvio telógeno após dermatite de contato no couro cabeludo. *Ana. Bra. Dermatol.* 81(3). <https://doi.org/10.1590/S0365-05962006000900007>

Halal, J. (2011). *Tricologia e a química cosmética capilar*. Cengage Learning.

Avé, M., & Igreja, A. C. (2013). Eflúvio telógeno. In: Azulay, L., et al. Atlas de dermatologia: da semiologia ao diagnóstico, 104-104. Elsevier.

Kligman, A. M. (1961). Pathologic dynamics of human hair loss. 1. Telogen effluvium. Arch Dermatol, 83(2), 175-198. <https://10.1001/archderm.1961.01580080005001>

Rebora A. (1997). Telogen Effluvium. Dermatology. <https://doi.org/10.1159/000245944>

Whiting, D. A. (1996). Chronic telogen effluvium. Dermatol Clin, 14(4), 723-731. [https://doi.org/10.1016/S0733-8635\(05\)70398-3](https://doi.org/10.1016/S0733-8635(05)70398-3)

Whiting, D. A. (1996). Chronic telogen effluvium. Dermatol Clin, 14(4), 723-731. [https://doi.org/10.1016/S0733-8635\(05\)70398-](https://doi.org/10.1016/S0733-8635(05)70398-3)

2022.TUCKER, D.; MASOOD, S. Dermatite Seborreica. [Atualizado em 3 de agosto de 2021]. In: Stat Pearls [Internet]. Ilha do Tesouro (FL): Publicação Stat Pearls; 2022 janeiro-. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551707/>. Acesso: 12 Setembro de 2023

.OLIVEIRA, E. E. de. Avaliação do efeito dos óleos essenciais de Ocimum gratissimum e Mentha x villosa em linhagem de células de Adenocarcinoma humano de pulmão

SCHINCARIOL, I.S; BRANDÃO, B.F. Dermatite Seborreica: uma revisão de literatura sobre os aspectos gerais. BVS. Journal. 2020. Disponível em: <https://bwsjournal.emnuvens.com.br/bwsj/article/view/69> revistaonline@unifia.edu.br Página 10

Mullinari-Brenner F, Soares IF. Alopecia androgenética masculina: uma atualização. Rev. Ciênc. Méd. Campinas, maio/jun., 2009; 18(3):153-161.

Contin LA. Alopecia androgenética masculina tratada com microagulhame isolado e associado a minoxidil injetável pela técnica de microinfusão de medicamentos pela pele. Surgical & Cosmetic Dermatology. 2016; 8(2):158-16

Islam N., Leung P.S., Huntley A.C., Gershwin M.E., (2014), The autoimmune basis of alopecia areata: a comprehensive review. Elsevier autoimmunity reviews

GRANT, J. E.; CHAMBERLAIN, S. R. "Trichotillomania". American Journal of Psychiatry, vol.

173, n. 9, 2016.

FRANÇA, K. et al. "Trichotillomania (hair pulling disorder): clinical characteristics, psychosocial aspects, treatment approaches, and ethical considerations". *Dermatologic Therapy*, vol. 32, n. 4, 2019.