

Análise comparativa do trauma mecânico e da corrente galvânica através do uso da microgalvanopuntura no tratamento de estrias

CHRIST, CAMILA, F¹; ROCHA, WANIZE, A²; CASTRO, MARIA, EC.³

RESUMO

Introdução: Estrias ou atrofia lineares são lesões causadas por degeneração das fibras elásticas da pele onde o principal fator é a tensão do tecido conectivo dérmico que causa dilaceração das malhas ocasionando a perda de elasticidade e compactação da pele. Acredita-se que fatores endócrinos, mecânicos, infecciosos e genéticos possam desencadear o surgimento da estria. O uso da corrente galvânica tem como objetivo provocar um processo inflamatório agudo para que haja a regeneração do tecido acometido. **Objetivo:** Analisar os efeitos da microgalvanopuntura e do trauma mecânico da agulha no tratamento das estrias. **Métodos:** Foram selecionadas 4 mulheres (n=4), portadoras de pele estriada que foram tratadas com trauma da agulha (TA = aparelho desligado) do lado direito e com microgalvanopuntura (MG= aparelho ligado) do lado esquerdo de glúteos ou laterais de coxa. O aparelho usado foi Striat com amplitude de 100 µA, durante 5 sessões/ 1 vez por semana. Foram analisados os sinais de regeneração ou desaparecimento da estria através da medida da largura da estria com paquímetro antes, durante e depois do tratamento. Para a análise estatística utilizou o teste *t-Student*, ANOVA com pós-teste de Tuckey, com significância para um valor de $p < 0,05$. **Resultados:** Antes do tratamento tanto o lado que recebeu a MG como o do TA possuíam estrias semelhantes, não sendo assim encontrada diferença significativa para os valores da largura das estrias (antes TA vs antes MG, $p > 0,05$). Quando comparamos 1ª avaliação vs 2ª avaliação, 1ª avaliação vs 3ª avaliação do TA verificamos que houve redução significativa da largura das estrias ($p < 0,05$ e $p < 0,01$ respectivamente) o que ocorreu também na MG quando comparamos 1ª avaliação vs 2ª avaliação, 1ª avaliação vs 3ª avaliação ($p < 0,05$ e $p < 0,01$ respectivamente). Porém quando analisamos as médias da MG vs TA não houve diferença significativa. **Conclusão:** Tanto o TA como a MG diminuem a largura das estrias o que comprova que eles são igualmente eficazes para diminuir sua espessura. **Palavras-chaves:** estria, microgalvanopuntura, fisioterapia dermatofuncional

INTODUÇÃO

Na área de saúde as estrias são consideradas como distúrbio estético^[1] e causa de sofrimento para pessoas afetadas.^[2] Tendo em vista que saúde não é unicamente a ausência de doença, mas sim um bem estar físico e psicológico o tratamento da estria passa a ter grande importância social. A atuação da fisioterapia nas estrias é uma área pouco conhecida pela população, porém segundo Mondo e Rosas^[3] o uso da microgalvanopuntura favorece para a resolução deste problema melhorando tanto o aspecto da estria como a auto-estima.

As estrias afetam pessoas de ambos os sexos, porém com maior frequência no sexo feminino devido às alterações hormonais, engordar ou emagrecer muito ou gravidez sem controle de peso.^[3,2]

Possui incidência de até 70% em mulheres e 40% em homens.^[4]

As estrias, também chamadas de atrofia cutâneas lineares, são lesões causadas por degeneração das fibras elásticas da pele através de vários fatores. Um dos principais fatores é a tensão do tecido conectivo dérmico que causa dilaceração das malhas ocasionando a perda de elasticidade e da compactação da pele.^[5] Muitas teorias tentam explicar a etiologia das estrias dentre elas temos: teoria endócrina: o uso de hormônios adrenocorticais, o uso tóxico de esteróides (cortisona), a atividade física vigorosa, o stress, síndrome de Cushing e de Marfan, desordens hormonais (estrógenos, progesterona e cortisol) são facilitadores ao aparecimento das estrias.^[6,7,2]

O excesso de corticosteróides inibe a atividade dos fibroblastos causando a perda de colágeno e de tecido conjuntivo o que provoca alargamento da pele, formação de estrias e distúrbios de cicatrização^[8,9]; teoria mecânica: através do crescimento repentino, causando rápido

estiramento da pele ocasionando assim o rompimento ou a perda das fibras elásticas que resultam no aparecimento das estrias^[6,4]; teoria infecciosa: adolescentes após febre tifóide, tifo, febre reumática e hanseníase são propícios a terem estrias devido ao dano às fibras elásticas decorrente do processo infeccioso; teoria genética: a estria não é herdada, porém através da qualidade e resistência da pele que são transmitidos geneticamente ocorre seu aparecimento.^[6,10,11]

As estrias no início possuem aspecto eritemato-violáceas (estria rubra), sendo finas e podem gerar prurido. Após adquirem aspecto esbranquiçado (estria nacarada ou alba) tornando-se mais largas e hipopigmentadas.^[10,12,13]

As regiões mais acometidas são: mama, abdome, região lombo-sacra e quadril, porém podem ocorrer raramente no pescoço, axilas, cotovelos, antebraços e pernas.^[5]

O uso da microgalvanopuntura é uma nova perspectiva para o tratamento de estrias atroficas. É uma corrente contínua onde o processo de regeneração se baseia nos seus efeitos intrínsecos.^[14] O uso da corrente galvânica tem como objetivo originar processo inflamatório agudo para que haja a regeneração do tecido acometido. Através do estímulo físico da agulha associado à alcalose ocasionada no pólo negativo da corrente contínua ocorrerá uma inflamação aguda acompanhada do processo de reparação tecidual que irá restabelecer a integridade da pele.^[5] O trauma da agulha aumenta a atividade metabólica local levando a formação de tecido colágeno que irá preencher a área degenerada.^[3] A inflamação local leva a uma vasodilatação, responsável pela hiperemia e calor causando aumento do fluxo sanguíneo que facilita as alterações hemodinâmicas da inflamação.^[5] Ocorre também aumento da permeabilidade dos vasos que resulta em exudato inflamatório caracterizado pela migração de leucócitos, eritrócitos, proteínas plasmáticas e fásia de fibrina. Ocorre posteriormente a epitelização, marcada por acúmulo de fibroblastos jovens e proliferação de capilares (neovascularização) e retorno da sensibilidade dolorosa. Haverá migração de células epidérmicas para as fendas formadas pela agulha e conseqüentemente recuperação da estria^[6,15]

¹ Aluna do 10º período do Curso de Graduação em Fisioterapia da Faculdade Novo Milênio.

² Fisioterapeuta, Mestre em Ciências Fisiológica pelo PPG-UFES/ES. Professora da disciplina de ostemoarticular I e II e recursos terapêuticos pela Faculdade Novo Milênio.

³ Fisioterapeuta, Mestre em Ciências Fisiológicas pela UFES/ES. Professora da disciplina de Dermato-Funcional pela Faculdade Novo Milênio.

O objetivo do estudo foi analisar os efeitos da microgalvanopuntura e do trauma mecânico isolado da agulha no tratamento das estrias.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo analítico intervencional de ensaio clínico não controlado, realizado no setor de Recursos Terapêuticos da Clínica Escola da Faculdade Novo Milênio, Vila Velha – ES.

Foram incluídos no estudo 4 indivíduos do sexo feminino, portadoras de pele estriada, na fase tardia (alba) em região glútea ou lateral de coxa e que estavam inscritas na lista de espera da Clínica Escola da Faculdade Novo Milênio no período da coleta dos dados, não usuárias de corticóides, com índice de massa corporal (IMC) abaixo de 26 kg/m², idade de 19 a 40 anos.

Foram excluídas pacientes grávidas, as que não assinaram o termo de consentimento, tiveram 2 (duas) faltas consecutivas, estavam fazendo outro tratamento estético ou usando qualquer tipo de creme na pele no local a ser tratado, as que possuíam limiar baixo de sensibilidade à agulha, diabéticas e possuíam tendência a quelóides.

Os responsáveis pelo projeto assinaram declaração de responsabilidade e os voluntários também assinaram o termo de consentimento livre esclarecido.

O estudo foi submetido à apreciação e aprovação da coordenação do curso de Graduação em Fisioterapia da Faculdade Novo Milênio.

Foi realizada avaliação das estrias em todas as sessões através de ficha de avaliação elaborada pela autora (anexo I).

Foi utilizado aparelho Striat[®] da marca IBRAMED com n° de série 2217, que é um gerador de corrente galvânica. A pele das pacientes foi previamente esfoliada com esfoliante Reduxcel SML da marca ADCOS para auxiliar na remoção de células mortas. O eletrodo ativo (pólo negativo) é do tipo caneta, com uma fina agulha em sua extremidade que foi esterilizada a cada início do procedimento com álcool a 70% e cada paciente possuía sua agulha. O eletrodo passivo, que é do tipo placa (pólo positivo), foi introduzido em uma esponja, a qual foi umedecida com água, sendo colocado o mais próximo possível da região a ser tratada para diminuir o percurso da corrente. Foi utilizada amplitude de 100 µA (micro ampères). A fisioterapeuta utilizou luvas descartáveis para a aplicação da técnica. As pacientes foram posicionadas em uma maca em decúbito ventral ou lateral, sendo assim realizada assepsia do local com álcool a 70%. A agulha foi introduzida superficialmente de forma sub-epidérmica, paralela à pele e em toda a estria e mantida por 3 segundos.

As pacientes foram submetidas ao trauma da agulha (TA) do lado direito, ou seja, o aparelho encontrava-se desligado, e à microgalvanopuntura (MG), ou seja, o trauma da agulha associado à corrente galvânica, do lado esquerdo dos glúteos ou lateral de coxa.

Foram realizadas 5 sessões com intervalo de 7 dias, ou seja, até o processo inflamatório cessar. A duração da sessão foi de acordo com a quantidade de estrias, sendo em média de 15 minutos. A área com estrias foi delimitada, antes e depois do tratamento, com um molde vazado de borracha com 20cm² e 8 cm de diâmetro. Foi medida a largura da estria com paquímetro antes, durante (4 semanas após início do tratamento) e depois (1 semana após a última sessão) do tratamento. A escala

visual analógica da dor foi realizada em todas as sessões para avaliar a percepção da dor.

Para padronização da região a ser tratada foi realizada a colocação do molde vazado na região de maior concentração das estrias de cada paciente, em seguida foi realizada delimitação da EIAS (espinha íliaca ântero-superior) e o foi medida as distâncias sendo “X” cm atrás da EIAS e “X” cm inferiormente a EIAS, indo de encontro ao centro do molde. Os valores expressos como “X” variaram de acordo com cada paciente como mostra tabela 1.

Padronização da região a ser tratada.

Paciente	Lado D		Lado E	
	atrás EIAS	para baixo EIAS	atrás EIAS	para baixo EIAS
1	10,5 cm	4,0 cm	7,5 cm	4,0cm
2	14,0 cm	5,0cm	17,0cm	7,5cm
3	5,0 cm	4,5cm	8,0cm	5,0cm
4	7,0cm	6,0cm	7,0cm	12,0cm

Tabela 1: Padronização da localização das estrias tendo como parâmetro a EIAS (espinha íliaca ântero-superior) medida em cm.

Foram dadas instruções as pacientes para serem seguidas durante todo procedimento, tais como: não se expor ao sol, não usar nenhum produto cosmético no local tratado ou medicamento de uso tópico como anti-inflamatórios e ou corticóides.

Os valores foram expressos como percentagens e média ± erro padrão da média (EPM). Foi utilizado o teste *t-Student* para amostras pareadas e não pareadas e ANOVA de uma via, com pós-teste de Tuckey, com significância estatística para valores com $p < 0,05$.

RESULTADOS

Participaram do estudo 4 mulheres com pele estriada com idade média de 22,75 anos, 3 eram da raça branca (75%) e 1 negra (25%), com média de IMC de 23,30 kg/m², 2 faziam uso de anticoncepcional (50%), nenhuma paciente apresentava propensão a quelóides nem patologias dérmicas. Quanto ao período de aparecimento das estrias em 3 mulheres (75%) apareceram durante a puberdade e em 1 (25%) durante a gravidez. As estrias se localizavam nos glúteos em 2 pacientes (50%) e em laterais de coxa nas outras 2 (50%) (tabela 2).

Avaliação das condições clínicas das pacientes	
Idade média	22,75 anos
IMC média	23,3 kg/m ²
Faz uso anticoncepcional (%)	50%
Quelóides e patologias dérmicas	0%
Raça	Branca 75% Negra 25%
Aparecimento estrias	Puberdade 75% Gravidez 25%
Local estrias	Glúteos 50% Lateral coxas 50%

Tabela 2: Avaliação das condições clínicas das pacientes. IMC (índice de massa corporal).

Ao analisarmos os valores das médias da EVA (escala visual analógica) da dor no TA (1° avaliação: $4 \pm 1,22$; 2° avaliação: $4 \pm 1,74$ e 3° avaliação: $2,5 \pm 0,5$) e na MG (1° avaliação: $4 \pm 1,22$; 2° avaliação: $5 \pm 1,95$ e 3° avaliação: $3,25 \pm 1,03$) verificamos que não foram significativos os valores de redução da dor ($p > 0,05$). Na 2° avaliação visualizamos que a MG apresentou uma tendência ao aumento da dor, conforme figura 1.

Valores médios da sensibilidade à dor

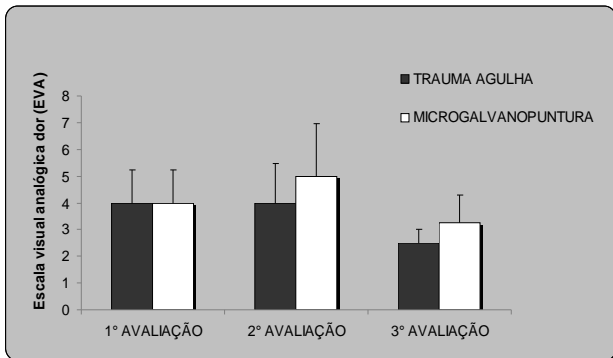


Figura 1: Médias da avaliação da dor pela EVA: TA vs MG $p > 0,05$

Ao analisarmos a redução da dor em valores percentuais verificamos que o grupo TA obteve maior redução da dor (38%) quando comparado com o grupo MG (19%) conforme figura 2.

Percentual de redução da dor após o tratamento

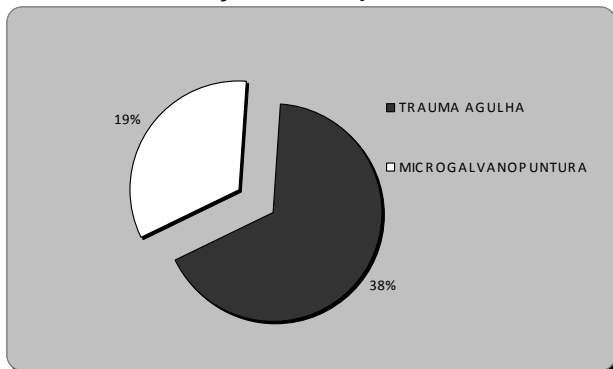


Figura 2 : Redução da dor expressa em valores percentuais do TA vs MG.

Valores médios das estrias antes do tratamento

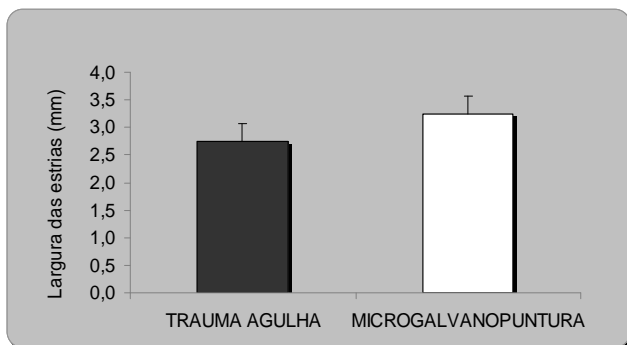


Figura 3: Comparação das estrias antes do tratamento expresso em valores médios antes TA vs antes MG $p > 0,05$.

Verificamos na avaliação dos valores médios das estrias antes do tratamento que ambos os grupos (TA e MG) possuíam estrias semelhantes, não sendo assim encontrada diferença significativa para os valores da largura das estrias (antes TA vs antes MG, $p > 0,05$) como demonstra a figura 3.

Efeitos do tratamento sobre as estrias

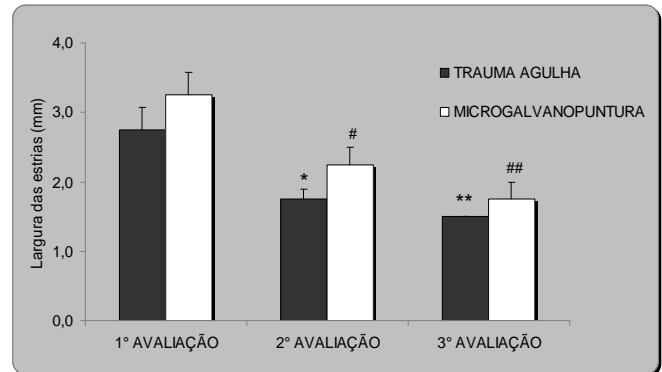


Figura 4: Comparação das estrias submetidas ao Trauma da agulha (TA) e a Microgalvanopuntura (MG) onde: * ($p < 0,05$) 1° avaliação TA vs 2° avaliação TA; ** ($p < 0,01$) 1° avaliação TA vs 3° avaliação TA; # ($p < 0,05$) 1° avaliação MG vs 2° avaliação MG; ## ($p < 0,01$) 1° avaliação MG vs 3° avaliação MG; TA vs MG ($p > 0,05$).

Quando comparamos grupo do TA na 1° avaliação vs 2° avaliação e a 1° avaliação vs 3° avaliação obtivemos redução significativa das estrias ($p < 0,05$ e $p < 0,01$ respectivamente) verificamos o mesmo no grupo da MG quando comparamos 1° avaliação vs 2° avaliação, 1° avaliação vs 3° avaliação ($p < 0,05$ e $p < 0,01$ respectivamente). Porém quando comparamos as médias intergrupos (TA vs MG) não obtivemos diferença significativa conforme mostra figura 4.

Após a 3° sessão ocorreu rompimento de pequenos vasos e formação de hematoma em 1 paciente que desapareceu após 10 dias.

Durante a realização da técnica ocorreu maior grau de hiperemia no grupo MG, ou seja, do lado E.

DISCUSSÃO

No presente estudo não foram estatisticamente significantes os valores de redução da dor. Ventura e Simões^[6] e Guirro^[16] afirma que na fase inicial do tratamento a sensibilidade está alterada e o paciente pode não referir dor porém no final do tratamento ocorre aumento da sensibilidade à dor. Karime e Karime^[15] ao realizar estudo com 2 mulheres e 2 homens portadores de estrias em região lombossacra e/ou glúteos submetidos aos métodos de Galvanopuntura e Varredura com intensidade de $150 \mu A$ durante 5 sessões realizadas 1 vez por semana relataram aumento da sensibilidade dolorosa após 2° sessão o que não ocorreu em nosso estudo pois verificamos diminuição da sensibilidade à dor durante todo tratamento. Apesar do grupo MG apresentar uma tendência ao aumento da dor na 2° avaliação, ocorreu diminuição da dor em ambos os grupos na 3° avaliação. Uma possível explicação para a redução da dor seria que as pacientes teriam se acostumado com o tratamento.

No presente estudo o TA apresentou o mesmo resultado da MG para a diminuição da largura das estrias, o que demonstra que eles são igualmente eficazes para diminuir a espessura das estrias. Esses resultados corroboram estudo feito por Pressi e Lima^[17], com 7 mulheres de pele estriada localizada em diferentes regiões e ao realizar 10 sessões (2 vezes por semana) de Striat com intensidade 100µA com aparelho ligado e desligado obteve resultados satisfatórios para o trauma mecânico, ou seja, o aparelho desligado. Assim os autores sugerem que a utilização de material perfurante, com a agulha usada para o tratamento das estrias, produza uma lesão da pele estriada para induzir a resposta inflamatória e ocorrer reparação do tecido. Guirro e Guirro^[18] afirmam que o estímulo físico da agulha desencadeia um processo de reparação que restabelece a integridade dos tecidos.

No presente estudo foram necessárias apenas 5 sessões de aplicação dos dois métodos para se obter resultados estatisticamente significantes para a redução da largura das estrias, corroborando com este Santos e Simões^[5] em seu estudo com 3 mulheres de 20 a 30 anos portadoras de estrias em abdômen e glúteos submetidas a Microgalvanopuntura de forma unilateral com intensidade de 100 - 150 µA por 10 sessões (1 vez por semana) verificaram resultados satisfatórios após a 5ª sessão.

Mondo e Rosas^[3] ao realizar estudo com 6 pacientes do sexo feminino, com estrias na região do glúteo, submetidas ao Striat com intensidade de 100µA, verificou-se que 10 sessões não foram suficientes para melhorar o aspecto da estria que pode ser explicado pela falta de dados que proporcionassem a análise estatística pois o autor analisou somente a aparência das estrias através de registro fotográfico e pesquisa de satisfação. Assim, no presente estudo, os dados foram analisados com base na medida das estrias através do paquímetro o que proporcionou a possibilidade da realização da análise estatística demonstrando que com apenas 5 sessões ocorreu redução das estrias.

Utilizamos amplitude de 100µA (micro-ampéres) no grupo submetido a MG sendo significativa a melhora das estrias com esta intensidade, resultados semelhantes aos encontrados por Dunn e colaboradores^[19], onde, ao analisar a estimulação elétrica usando matriz de colágeno afirma que a intensidade de 100µA resulta em aumento de 41% de fibroblastos favorecendo a resolução das estrias.

Neste estudo ocorreu rompimento de pequenos vasos e formação petéquias, demonstrando a neovascularização do tecido submetido às duas técnicas. Segundo Guirro^[16] na fase final tratamento pode haver rompimento de pequenos vasos e formação de petéquias decorrentes da neovascularização.

Neste estudo ocorreu após alguns minutos, hiperemia e edema vistos nas duas técnicas, sendo mais acentuado no grupo MG que pode ser atribuído aos efeitos intrínsecos da corrente galvânica.^[18,20] Uma possível explicação para a regeneração as estrias submetidas ao TA seria a presença de hiperemia e edema.

Assim verificamos que mesmo sem a corrente, ou seja, o TA (aparelho desligado) ocorreu hiperemia e edema na região tratada dando origem ao processo inflamatório com aumento da atividade metabólica, formação do exudato inflamatório e epitelização caracterizada pelo acúmulo de fibroblastos jovens,

proliferação dos capilares (neovascularização) e recuperação das estrias.

CONCLUSÃO

Tanto o TA como a MG diminuem a largura das estrias, o que demonstra que eles parecem ser igualmente eficazes para diminuir sua espessura.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CARRAMASCHI, FR; LANDMAN, G; VANA, LPM; FERREIRA, MC. Estudo das fibras oxitalânicas em estrias: *variações em relação à pele*. **Rev Hosp Clín Fac Med**. 50: 35 – 38, 1995.
2. ALAITI, S; OBAGI, ZE. **Striae distensae**. 2007. Disponível em: <http://www.emedicine.com/derm/topic406.htm>, acesso em novembro de 2007.
3. MONDO, PKS; ROSAS, RF. **Efeitos da corrente galvânica no tratamento das estrias atroficas**. Trabalho de conclusão de curso do Curso de Graduação em Fisioterapia da UNISUL. 6p. 2004. Disponível: <http://www.fisiotb.unisul.br/Tccs/04b/patricia/artigopatriciaokchsavimondo.pdf>, acesso em agosto de 2007
4. AMMAR, NM; RAO, B; SCHWARTZ, RA; JANNIGER, CK. Adolescent striae. **Pediat Dermat**. 65: 69 – 70, 2000.
5. SANTOS, CM; SIMÕES, NP. Tratamento estético da estria através da microgalvanopuntura. **Rev FisioBrasil**. 62: 15-17, 2003.
6. VENTURA, DBS; SIMÕES, NP. O uso da corrente galvânica filtrada em estrias atroficas. **Rev FisioBrasil**. 62: 7 – 9, 2003.
7. GUPTA, M. Medroxyprogesterone acetate [depo provera] injections. Development of striae. **Br J Fam Plann**. 26(2): 104 – 105, 2000.
8. FREITAS, THP; SOUZA, DAF. Corticosteróides sistêmicos na pratica dermatológica. parte I – principais efeitos adversos. **An Bras Dermatol**. 82(1): 63 – 70, 2007.
9. PIMENTA, ME; ANTI, SMA. Glicocorticóides. **Rev Temas de Reumatol Clin**, 7 (3): 88 – 95, 2006.
10. OSMAN, H; RUBIEIZ, N; TAMIM, H; NASSAR, AH. Risk factors for the development of striae gravidarum. **Am J Obstet Gynecol**. 196 (1): 61 – 65, 2007.
11. HASSAN, NFM; SOLEIMAN, AN. The efficacy of variable intense-pulsed light (vpl) treatment of striae distensae: *a new phototherapeutic approach*. **Dermatol Soc**. 3(2): 69 – 74, 2006.
12. MILANI, GB; JOÃO, SMA; FARAH, EA. Fundamentos de fisioterapia dermatofuncional: *revisão de literatura*. **Rev Fisiot e Pesq**. 13 (1): 37 – 43, 2005.
13. ARMENAKAS, MRA; BERNSTEIN, LJ; FRIEDMAN, PM; GERONEMUS, RG. The safety and efficacy of the 308-nm excimer laser for pigment correction oh hypopigmented scars and striae alba. **Arch Dermatol**. 140: 955 – 960, 2004.
14. RUSENHACK, C. Terapia por microgalvânica em dermatofuncional. **Rev Fisio&Terapia**, 8 (44): 24 – 26, 2004.
15. KARIME, J; KARIME, GM. Estudo comparativo por meio do método de varredura e galvanopuntura. **Rev Fisio&Terapia**. 10 (51): 12-14, 2006.
16. GUIRRO, EC. **Manual de operação STRIAT**. 28p, 2006. Disponível em:

<http://www.ibramed.com.br/manuais/portugues/eletro/striat.pdf>, acesso em agosto de 2007.

17. PRESSI, L; LIMA, KS. **O uso da microgalvanopuntura no tratamento de estrias atroficas: análise comparativa do trauma mecânico e da microcorrente**. Dissertação de mestrado, Passo Fundo, Curso de Graduação em Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo, 42p, 2005.

18. GUIRRO, ECO; GUIRRO, RRJ. *Eeltroterapia*. In: GUIRRO, ECO; GUIRRO, RRJ. eds. **Fisioterapia dermatológica - funcional: fundamentos, recursos, patologias**. 3. ed. São Paulo: Manole. p. 124 – 125, 2004.

19. DUNN, MG; DOILLON, CJ; BERG, RA; OLSON, RM; SILVER, FH. Wound healing using a collagen matrix: *effect of dc electrical stimulation*. **J Biomed Master**. 22(a2): 191 – 206, 1988.

20. ARAÚJO, AMF; MORENO, AM. Tratamento fisioterápico dermatológico-funcional por estimulação das estrias com corrente galvânica filtrada. **Rev Fisio&Terapia**. 7 (40): 31 – 33, 2003.

ANEXO I : FICHA DE AVALIAÇÃO – ESTRIAS

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Idade: _____ Profissão: _____

Fone: _____ Endereço: _____ Cidade: _____

Bairro: _____ U.F. _____ CEP: _____

FICHA CLÍNICA

Cor da pele: () branca () parda () negra () amarela

Peso: _____ kg Altura: _____ m IMC: _____ kg/m²

Faz uso de medicamentos: à base de corticóides () anti-histamínico () antiinflamatório
() esteróides () outros () _____

Faz uso de filtro solar: () sim () não / Faz uso de produtos cosméticos: () sim () não

Apresenta algum tipo de disfunção hormonal: _____

Diabete () hemofilia () Propensão a quelóides: () sim () não

Problemas circulatórios e / ou de cicatrização () sim () não / Patol. dérmicas () sim () não

Alergia a: () corrente elétrica () produtos

Tratamentos anteriores: tipo _____

Resultado dos tratamentos: _____

CARACTERIZAÇÃO DO QUADRO

Período do aparecimento das estrias: () puberdade () 20 aos 30 () mais de 40 anos

() Gravidez () Outros _____

Inspeção inicial: () estrias alba () estria rubra / Local a ser tratado: () Glúteos () laterais de coxa

Escala Visual Analógica da Dor (EVA) 0 = Ausência de dor e 10 = Dor intensa

1^a (___/___) EVA _____

6^a (___/___) EVA _____

2^a (___/___) EVA _____

7^a (___/___) EVA _____

3^a (___/___) EVA _____

8^a (___/___) EVA _____

4^a (___/___) EVA _____

9^a (___/___) EVA _____

5^a (___/___) EVA _____

10^a (___/___) EVA _____

0 = Ausência de dor 10 = Dor intensa

Referência para localização da área tratada:

Lado D: _____ cm atrás EIAS e _____ cm para baixo.

Lado E: _____ cm atrás EIAS e _____ cm para baixo.

Largura da estria (medida em mm) com paquímetro:

1^o sessão: Lado D: _____ Lado E: _____

____ sessão: Lado D: _____ Lado E: _____

____ sessão: Lado D: _____ Lado E: _____