



Tratamento Estético de Cicatrizes Decorridas do Processo de Automutilação

Telma Abelardo de Oliveira¹; Jeane Rocha Santos²

Resumo: O presente trabalho faz uma importante análise da influência dos procedimentos estéticos que auxiliam a cicatrização de ferimentos por automutilação. Além de apresentar os impactos que a automutilação causa no físico e emocional. Trata-se de uma revisão integrativa, desenvolvida a partir do levantamento de artigos realizados nas seguintes bases de dados: National Library of Medicine dos Estados Unidos da América (Pubmed), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Google Acadêmico. Esta pesquisa mostra resultados de estudos científicos que apresentam a eficácia de tratamentos nas cicatrizes. Pretende-se com esse artigo auxiliar as pesquisas na área e promover a discussão sobre o tema, tendo por objetivo descrever os tratamentos estéticos de cicatrizes decorridas do processo de automutilação.

Palavras-chave: Automutilação; cicatrizes hipertróficas; tratamento de cicatrizes hipertróficas.

Aesthetic Treatment of Scars from the Self-Mutilation Process

Abstract: The present work makes an important analysis of the influence of the aesthetic procedures that help the healing of wounds by self-mutilation. In addition to presenting the impacts that self-harm causes on the physical and emotional. It is an integrative review, developed from the survey of articles carried out in the following databases: National Library of Medicine of the United States of America (Pubmed), Scientific Electronic Library Online (SciELO) and Google Scholar. This research shows results of scientific studies that show the effectiveness of treatments on scars. This article aims to assist research in the area and promote discussion on the topic, with the objective of describing the aesthetic treatments of scars resulting from the self-mutilation process.

Keywords: Self-mutilation; hypertrophic scars; treatment of hypertrophic scars.

¹ Discente do curso de Estética e Cosmetologia, da Faculdade Independente do Nordeste – FAINOR. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. telmaabelardo@hotmail.com;

² Docente da Faculdade Independente do Nordeste – FAINOR. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil.

Introdução

Saber que uma pessoa está infeliz, sem algo que lhe proporcione uma motivação diária, alguém que não se aceita ou que não tem pessoas que aceitem sua perspectiva de vida, levando-o ao extremo, a ponto de realizar o ato de se punir, fazendo cortes pelo seu corpo, é muito angustiante, talvez pelo fato de possuir uma dor na alma e esse desejo de se automutilar pudesse ser transferido para seu corpo por meio de autodestruição, trazendo um comportamento para uns, inaceitável, para outros, vontade de ajudar pelo mínimo que seja.

A automutilação tem sido vista como um procedimento de autodestruição originário de um desejo de se punir podendo ser um ato inconsciente ou não, onde impulsos agressivos são redirecionados (CASTRO, 2002). Os cortes autoinflingidos confundem certos vínculos entre o corpo próprio e a expressão do sofrimento, mas não a intenção de se matar (FORTES, 2017).

Estudos mostram que alguns fatores desencadeantes de riscos associados à automutilação são: abuso emocional, físico ou sexual na infância; conviver com apenas um dos pais; divergências familiares; conhecimento de que algum membro da família ou colega que pratica a automutilação; abuso de álcool e tabaco ou outras substâncias, ser vítima de bullying na adolescência; de sintomas depressivos, ansiosos, impulsividade e baixa autoestima; ideação ou tentativa de suicídio prévia (GUISTI, 2003).

A cicatriz é resultado irreparável de trauma cutâneo, seja ele intencional ou ocasionado por acidente. É secundária a um processo de reparo do tecido lesado e na maioria das vezes completamente imprevisível e variável (GUEDES; MEIJA, 2014). O seu surgimento se deve a uma resposta exagerada da pele consequente de um dano tecidual (VANA et al., 2015).

Como a destruição tecidual na cicatrização de feridas e na inflamação crônica envolve células parenquimatosas quanto a rede de estroma, o reparo envolve, em grande parte, a subjeção de células e tecidos perdidos por tecido conjuntivo, que, com o tempo, produz fibrose e formação de cicatriz. Por conseguinte, o reparo por tecido conjuntivo é o processo sistemático pelo qual a lesão não regenerada é substituída por fibrose e cicatriz (ROBBINS, 2001, p.69).

De acordo com Guirro; Guirro (2004), a cicatrização por primeira intenção acontece por níveis, com o posicionamento de tecido, com pouco de colágeno e com mais rapidez de restauração. Já a cicatrização por segunda intenção, ocorre quando, segundo Robbins (2001), existe uma lesão considerável de tecido e há um grande aumento na proliferação de tecido de granulação nas bordas lesionadas, no intuito de preencher a falha tissular. Entretanto, há simultaneamente uma contração da ferida, o que faz com que o efeito seja diminuído em relação ao seu tamanho original.

As cicatrizes podem ser subdivididas em três classificações: atrófica, hipertrófica e queloidianas. A diferença entre cicatriz hipertrófica e queloide é que neste último crescimento fibroblástico excede as margens do trauma inicial e, conseqüentemente, atinge uma maior proporção, podendo chegar a grandes dimensões (AZULAY, 2008).

As cicatrizes hipertróficas inicialmente são placas rosadas ou vermelhas, com uma consistência elástica e firme, bem demarcadas que evoluem para cicatrizes espessas, em tamanho maior que o esperado, existindo uma interdependência entre a forma, local e tamanho da ferida. Sua origem, não é uma transformação celular, antes, o colágeno produzido pelo fibroblasto funciona como uma espécie de “cimento” e provoca a cicatrização exacerbada. Essa cicatriz pode se assemelhar a uma queloide, mas não se espalha para tecidos subjacentes. É composta pelo aumento e supercrescimento de tecido cicatricial, entretanto, regride espontaneamente (GLINADERLLO et al., 2009, p. 37).

A heterogeneidade dos métodos utilizados para os tratamentos de cicatrizes pode ser feita por meio de paradigmas que trazem uma necessidade de estudar o aparecimento e suas principais causas. A diferença entre os recursos utilizados para os tratamentos de cicatrizes dá-se pelos paradigmas, que ainda mostram que é preciso aprofundar os estudos sobre o aparecimento das cicatrizes e suas principais causas. A conservação e o tratamento da integridade da pele têm sido tema de diversas pesquisas científicas. Por isso, observou-se a importância de se conhecer o processo de cicatrização tecidual, nas mais diversas áreas da saúde. Com isso é possível diminuir os impactos sociais e na saúde dos pacientes com problemas estéticos e funcionais originados pela cicatriz hipertrófica (GUEDES; MEIJA, 2014, p.1).

Frente ao exposto, este artigo tem por objetivo descrever os tratamentos estéticos de cicatrizes decorridas do processo de automutilação.

Método

Trata-se de um estudo de revisão integrativa, elaborada, sobretudo por um levantamento de artigos científicos analisados, tendo então a mesma como uma opção por ser um recuso de pesquisa a qual busca a análise de pesquisas que tenham caráter importante para o conhecimento teórico e prático de um determinado assunto.

As buscas foram realizadas nas bases de dados: National Library of Medicine dos Estados Unidos da América (Pubmed), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Google

Acadêmico. As palavras chave utilizadas na pesquisa foram: automutilação, cicatrizes hipertróficas, tratamento de cicatrizes hipertróficas, também com descritores em inglês. No sistema de categorização foram utilizados os seguintes: automutilação, cicatriz hipertrófica, tratamentos estéticos para cicatrizes hipertróficas.

Foram elencados como critério de inclusão: artigos disponíveis na íntegra, pesquisas realizadas apenas em humanos, tratamentos de cicatrizes hipertróficas (tempo). E como critério de exclusão elencou-se: falta de acesso à publicação, artigos que não correspondia aos descritores, pesquisas correspondentes á cicatrizes atróficas.

Foi realizada uma leitura sistemática e a junção de informações selecionadas para que assim fosse encontrada a resposta da problematização. Com esse fator, observaram-se os resultados que foram obtidos, a análise do estudo foi descritiva e observacional.

Este estudo cumpre os aspectos éticos dispostos na Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998, que dispõe sobre direitos autorais. Por se tratar de pesquisa de revisão de literatura não foi necessária a submissão ao comitê de ética. Todos os autores utilizados na pesquisa foram devidamente citados e referenciados para que o estudo contribua para uma maior aprendizagem acerca do tema.

Resultados

Os resultados dos estudos analisados demonstram que existe uma forte tendência da literatura para a efetividade dos tratamentos estéticos no tratamento das cicatrizes hipertróficas, que reflete pelo aumento da vasodilatação local e aumento do fluxo sanguíneo melhorando a oxigenação tecidual e o metabolismo celular, conforme o quadro abaixo:

Quadro1 - Artigos segundo ano de publicação, autor, título, desenho do estudo, objetivos e resultados. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. 2020.

Ano	Autor(es)	Título	Desenho do estudo	Objetivos	Resultados
2014	GUEDES, D.P. F; MEIJA, D.P.M.	Abordagens terapêuticas nas cicatrizes hipertróficas.	Revisão literária.	Apresentar cada aspecto das diversas abordagens terapêuticas disponíveis atualmente e com base nos níveis de evidência as	A melhor alternativa sempre é a prevenção da instalação da cicatriz hipertrófica. Existe um consenso entre os autores de que o manejo terapêutico dessa afecção permanece complexo e desafiante, apesar dos

				<p>melhores recomendações possíveis, assim como esclarecer sobre os diversos protocolos de tratamento específico para pacientes portadores de cicatrizes hipertróficas.</p>	<p>avançados conhecimentos voltados a esta problemática. Porém, a associação dos recursos disponíveis com potenciais terapêuticos benéficos, possibilitam o tratamento eficaz da cicatriz hipertrófica e a redução dos impactos sociais dos pacientes com problemas estéticos e déficits funcionais decorrentes da cicatriz hipertrófica.</p>
2013	GIUSTI, J.S.	<p>Automutilação: característica clínica e comparação com pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo.</p>		<p>Fazer uma descrição clínica dos pacientes que procuram tratamento, tendo como principal queixa a automutilação e comparar estes com pacientes com Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) quanto a características compulsivas e impulsivas.</p>	<p>A média de idade dos pacientes avaliados foi de 29 anos. Quanto às características clínicas dos pacientes com automutilação, estes iniciaram o comportamento em média aos 17 anos de idade, e apresentavam cinco tipos diferentes de automutilação em média. Os comportamentos mais frequentes foram: cortar a pele (90%), cutucar ferimentos (75%), bater em si mesmo (67,5%). Os motivos mais frequentemente relacionados à automutilação foram para: parar sentimentos ruins (75%), aliviar sensação de vazio (70%), se castigar (70%), sentir algo, mesmo que fosse dor (47,5%) e sentir-se relaxado (40%). Na comparação entre os grupos com automutilação e TOC, quanto às comorbidades do Eixo I, o grupo com automutilação apresentou mais comorbidades com depressão (92,5%, $p=0,03$) e bulimia (25%, $p<0,001$).</p>

					<p>O grupo com TOC apresentou mais fobia social (40%, $p < 0,001$). Os pacientes do grupo com TOC tiveram maior gravidade em todas as medidas do Y-BOCS (média: 26, $p < 0,001$) e DY-BOCS (média 23,1, $p = 0,01$). No grupo com automutilação, 60% dos pacientes referiram a automutilação associada a fenômenos sensoriais. Este grupo teve mais relato de fenômenos sensoriais referente à “sensação de incompletude” (45%, $p = 0,007$) e “sensação de energia interna” (57,5%, $p = 0,001$). O transtorno de personalidade mais prevalente em ambos os grupos foi Transtorno de Personalidade Obsessivo-Compulsiva. O grupo com automutilação apresentou maior prevalência de Transtorno de Personalidade Histriônica (22,5 %, $p = 0,02$) e Transtorno de Personalidade Borderline (15%, $p = 0,04$). A gravidade da impulsividade foi maior no grupo com automutilação segundo as medidas da BIS-11 para características motoras (média 26,6, $p = 0,002$) e dificuldade para planejamento (média 31, $p = 0,014$).</p>
2012	BENTES, A.N; MEJIA, D.P.M.	Recursos fitoterápicos utilizados no tratamento de cicatrizes hipertróficas	Revisão de literatura.	Espera-se que este estudo sirva de base para novas descobertas que abordem o papel da Fisioterapia no	Estes recursos aqui expostos devem ser minuciosamente estudados a fim de se comprovar cientificamente sua eficiência no tratamento das cicatrizes hipertróficas

		em pacientes queimados.		tratamento de queimados para que os gastos onerosos e o tempo de internação destes pacientes sejam reduzidos.	e com isso contribuir para melhorar a qualidade de vida destas pessoas, devolvendo-lhe dignidade e coragem de enfrentar os desafios da sociedade, sem que se sintam estigmatizadas. Espera-se ainda que este estudo sirva de base para novas descobertas que abordem o papel da Fisioterapia no tratamento de queimados com intuito de aumentar o arsenal de possibilidades na atenção destes pacientes, para que os gastos onerosos e o tempo de internação sejam reduzidos.
2004	KREISNE R, P.E; OLIVEIRA A, M.G; WEISMAN R.	Cicatrização hipertrófica e queloides: revisão de literatura e estratégias de tratamento.	Revisão de literatura.	Ter um conhecimento das diversas modalidades de tratamento bem como saber para quem encaminhar o paciente, em caso de necessidade.	O manejo terapêutico de cicatrizes hipertróficas e queloides permanecem um desafio, não havendo consenso em relação à modalidade terapêutica mais adequada. Mais estudos são necessários para se chegar à forma de tratamento ideal que otimize o tratamento de pacientes com defeitos cicatriciais.

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Discussão

O processo de automutilação, determinado como qualquer comportamento intencional envolvendo agressão direta ao próprio corpo sem intenção consciente de suicídio (GIUSTI, 2013), deixa, por vezes, cicatrizes hipertróficas na pele do indivíduo automutilado.

As cicatrizes hipertróficas aparecem precocemente, se limitam às áreas da lesão da pele, nunca ultrapassam as margens da injúria tissular inicial, são assintomáticas e tendem a se estabilizar ou ocorrer à regressão com o tempo (KEDE; SABATOVICH, 2004). Guirro e Guirro (2004) assegura que o processo de cicatrização pode ser classificado segundo o tipo e a

quantidade de tecido em: (1) cicatrização por primeira intenção e (2) cicatrização por segunda intenção. Segundo os mesmos autores, a cicatrização por primeira intenção acontece por planos, com aposição de tecido, com quantidade menor de colágeno e um menor tempo de recuperação.

Robbins (2001) explica que a cicatrização por segunda intenção acontece quando há um dano mais importante do tecido com abundante proliferação de tecido de granulação a partir das bordas da lesão para preencher a falha tissular; contudo, ao mesmo tempo, o ferimento se contrai, isto é, o defeito tem uma grande diminuição em relação ao seu tamanho original.

Trata-se de uma sequela, de dimensões das mais variadas, em consequência do crescimento de tecido fibroso, e não deve ser confundida com reparação, pois nesta o tecido cutâneo volta a apresentar suas características originais. As cicatrizes podem ser subdivididas em três classificações: atrófica, hipertrófica e queloidianas (GUEDES; MEIJA, 2014). A diferença entre cicatriz hipertrófica e queloide é que neste último o crescimento fibroblástico extrapola as margens do trauma inicial e, portanto, atinge uma proporção mais, podendo chegar a grandes dimensões (AZULAY, 2008).

Envolve dois processos distintos para o reparo dos tecidos: (1) regeneração, a qual é indicada a substituição de células mortas pela proliferação de células do mesmo tipo, e (2) substituição por tecido conjuntivo ou fibroplasia (ROBBINS, 2001). A cicatriz acontece na substituição do tecido lesado por novo tecido conjuntivo, indicado como cicatricial (GUIRRO e GUIRRO, 2004).

A terapêutica é variada, recomendava-se a cirurgia para que fosse feita sua remoção, porém esse método isolado é frequentemente submetido ao reaparecimento das mesmas (MILANI et al., 2006). Fitzpatrick (1999) apud Kreisner et al. (2005) diz que variadas modalidades de tratamento são relatadas na literatura, sendo utilizadas separadamente ou de forma combinada.

Miot e Miot (2013) optam por terapia medicamentosa, infiltrações locais, cremes de uso tópico, terapia compressiva, massagens e luz intensa pulsada para tratamento de cicatriz hipertrófica. Já, Guirro e Guirro (2004) descrevem a preferência por terapia medicamentosa, massagem, eletroterapia e ultrassom.

Miot e Miot (2013) aconselham o uso da triancinolona 20mg/mL, 0,3 a 0,5mL puro com infiltração de 0,1mL por ponto a cada 3 ou 4 semanas ou hidroxizina 2,5 a 5% em creme nas lesões, 2 vezes por dia por 2 meses. Outro medicamento que pode ser utilizado na prevenção de cicatrizes inestéticas e aderente é o ácido acexâmico (sal sódico), que aplicado topicamente,

acelera o processo de cicatrização tissular por multiplicação dos fibroblastos, regularizando os processos de cicatrização (GUIRRO e GUIRRO, 2004).

Gonçalves e Parizotto (1998) defendem que há diversos estudos não controlados que apresentam efeitos benéficos da corrente direta (galvanização), a qual aumenta a velocidade da cicatrização, entretanto, enfatizam que não se pode trabalhar na perspectiva destes estudos conduzidos de maneira inadequada. Além da falta de aceitação deste tipo de tratamento pelo fato de haver desconforto sensorial do paciente no momento da aplicação e os riscos de queimadura elevados (GUEDES; MEIJA, 2014).

Guirro e Guirro (2004) certificam que a corrente galvânica é a que melhor se enquadra no tratamento eletroterápico por se tratar de uma corrente com grande capacidade de ionização, a qual pode ser feita associada à terapia medicamentosa, adquirindo a soma dos efeitos intrínsecos da corrente com o princípio da droga (iontoforese). As microcorrentes aceleram a síntese protéicas de adenosina trifosfato de 300 a 500%, o incremento do transporte das membranas e de aminoácidos de 30 a 40% (CHENG et al., 1982 apud MACEDO e OLIVEIRA, 2010), além da estimulação consegue gerar alterações na cicatrização, fazendo a liberação de íons bactericidas pelo eletrodo e estimulação dos fagócitos (AGNE, 2004 apud MACEDO e OLIVEIRA, 2010).

A ação farmacológica do anidro carbônico é vasodilatação local, causando aumento do fluxo vascular e da pressão parcial de O₂, por diminuir a afinidade do oxigênio pela hemoglobina, liberando, assim, mais O₂ para os tecidos. Esses efeitos causam aumento de atividades oxigênio-dependentes, como a fagocitose de bactérias por polimorfonucleares e produção de fibroblastos, portanto, podem resultar em melhor cicatrização (LYRA et al., p.3, 2012).

A carboxiterapia é um método onde se é aplicado para tratamento de irregularidades da pele, outros estudos realizados demonstram uma melhora na pressão parcial de oxigênio tecidual, da perfusão tecidual, e também, de parâmetros locais de circulação (BENTES, 2012). Scorza et al. (2008) descrevem que a Carboxiterapia pode também ser indicada para o tratamento de cicatrizes aderentes após o percurso do processo cicatricial. Isto se justifica pela ação do mecanismo do gás ao promover um “descolamento” das estruturas aderidas durante o processo de reparo tecidual, proporcionando efeitos benéficos à aderência cicatricial.

A radiofrequência é indicada para o tratamento de flacidez da pele facial e corporal como para fibroses recentes e tardias, cicatrizes e aderências, FEG (fibro edema genóide), adiposidade localizada, edema, contratura muscular (AGNE, 2013). A corrente elétrica produzida pela Radiofrequência consegue alcançar os tecidos mais profundos, produzindo

energia e forte calor, devido à resistência na derme e no tecido celular subcutâneo (TAGLIOLATTO, 2015).

O efeito Joule é o principal efeito térmico da radiofrequência ao atravessar o organismo executando a produção de calor. Do efeito térmico sucede a outro efeito que é a vasodilatação periférica local. Devido ao calor gerado, consegue-se um aumento do fluxo sanguíneo e, então, produz uma melhora do trofismo, da oxigenação e do metabolismo celular (CARVALHO et al., 2011).

Conclusões

Os resultados dessa pesquisa evidenciam a automutilação e seus diversos riscos a vida, bem como o indivíduo deixar marcas também em seu corpo, marcas essas que podem causar problemas em se relacionar e/ou usar roupas as quais mostre as cicatrizes, afetando além do seu físico, o mental e emocional.

É possível perceber, então, que a automutilação influencia na autoestima do indivíduo e interfere na sua convivência, e a partir dos tratamentos dessas cicatrizes é possível que esse caso se reverta, proporcionando uma melhora na qualidade de vida.

Ademais, evidenciou-se a existência de diversos recursos para o tratamento estético de cicatrizes decorrentes do processo de automutilação. Entretanto, devido à escassez de estudos sobre o tema, sugere-se a realização de mais estudos para dar visibilidade a uma temática tão atual, a fim de que profissionais da área da saúde, sobretudo de Estética e Cosmética, possam atender de forma mais eficiente e humanitária a este público.

Referências

AGNE, J. E. **Eu sei Eletroterapia**. Santa Maria Pallotti, 2013.

AZULAY, Rubem D. **Dermatologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

BENTES, Andréia N. MEJIA, Dayana P.M. **Recursos fisioterapêuticos utilizados no tratamento das cicatrizes hipertróficas em pacientes queimados**. Pós-graduação em Fisioterapia Dermato-Funcional. Faculdade Ávila, 2012.

CARVALHO, G. F., da Silva, R. M. V., de Mesquita Filho, J. J, Meyer, P. F., Ronzio, O. A., de Oliveira Medeiros, J., & Nóbrega, M. M. Avaliação dos efeitos da radiofrequência no tecido conjuntivo. **Revista Brasileira de Medicina**, 2011, 3, 10-25.

CASTRO, AM. Automutilação: a emergência de sentir. *J Psicol Clín.* 2002; 5(6): 21-34

FORTES, Isabel. MACEDO, Monica MK. **Automutilação na adolescência** – rasuras na experiência de alteridade. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2017.

GIUSTI, Jackeline Suzie. **Automutilação**: Características clínicas e comparação com pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo. 2013. Tese (doutorado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Psiquiatria. São Paulo: USP. 2013.

GONÇALVES, G.; PARIZOTTO, A. N. Fisiopatologia da reparação cutânea: atuação da fisioterapia. São Paulo: **Revista Brasileira de Fisioterapia**, vol. 3, no 1, 1998.

GLINARDELLO, MS. Maria M. C.; SANTOS, Aline R.; SANT'ANNA, Cleyde M.; CRUZ, Cristiane R.; CARVALHO, Daniele P.; SILVA, Viviane P. Lesão epitelial e cicatrização de natureza hipertrófica e quelóide. **Corpus et Scientia**, vol. 5, n. 2, p. 37 - 44, setembro de 2009. Disponível em: <http://apl.unisuam.edu.br/revistas/index.php/corpusetscientia/article/view/162/128>. Acesso em 04 de Abril de 2020.

GUEDES, Deane Pereira Furtado; MEJIA, Dayana Priscila Maia. **Abordagens Terapêuticas nas cicatrizes hipertróficas**. Pós-graduação em Fisioterapia Dermatofuncional – Faculdade Cambury; 2014.

GUIRRO, Elaine C. O; GUIRRO, Rinaldo R. J. **Fisioterapia Dermato-Funcional**. São Paulo: Manole, 2004.

KEDE, M. P. V.; SABATOVICH, O. **Dermatologia Estética**. São Paulo: Atheneu, 2004.

KREISNER, Paulo E.; OLIVEIRA, Marília G.; WEISMANN, Ruben. Cicatrização hipertrófica e quelóides: Revista de literatura e estratégias de tratamento. Camaragibe: **Revista de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilo-facial**, vol. 5, no 1, 2005.

LYRA, Marcos Carneiro, JUNIOR, Hélio Leão, NETO, Silvio Previde, ORGAES, Flávio Augusto Flório Stillitano, GONELLA, Hamilton Aleardo. Tratamento de queimaduras de coxiterapia em modelo experimental. **Rev Bras Queimaduras**. 2012;11(1):2-5.

MACEDO, Ana C. B.; OLIVEIRA, Sandra M. A atuação da fisioterapia no pré e pós-operatório de cirurgia plástica corporal: uma revisão de literatura. Curitiba: **Cadernos da Escola de Saúde**, vol. 1, no 4, 2010.

MILANI, Giovana B.; JOÃO, Sílvia M. A.; FARAH, Estela A. Fundamentos da Fisioterapia Dermatofuncional: revisão de literatura. São Paulo: **Fisioterapia e pesquisa**, vol. 13, no 1, 2006.

MIOT, Hélio A.; MIOT, Luciane D. B. **Protocolo de Condutas em Dermatologia**. São Paulo: Roca, 2013.

ROBBINS, Stanley L. **Patologia Estrutural e Funcional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

TAGLIOLATTO, Sandra. **Radiofrequência**: método não invasivo para tratamento da flacidez cutânea e contorno corporal. Campinas – SP, 2015.

VANA, Luiz Philipe Molina et al. Estudo comparativo entre pentoxifilina e triancinolona no tratamento das cicatrizes hipertróficas pós-queimadura quanto à remodelação do colágeno e das fibras do sistema elástico. **Rev. bras. queimaduras**, v. 13, n. 4, p. 240-244, 2014.



Como citar este artigo (Formato ABNT):

OLIVEIRA, Telma Abelardo de; SANTOS, Jeane Rocha. Tratamento Estético de Cicatrizes Decorridas do Processo de Automutilação. **Id on Line Rev.Mult. Psic.**, Dezembro/2020, vol.14, n.53, p. 556-567. ISSN: 1981-1179.

Recebido: 02/12/2020;

Aceito: 15/12/2020.