

OMNIA SAÚDE

Faculdades Adamantinenses Integradas (FAI)

www.fai.com.br

PADILHA, Evandro Luis; SCATOLIN, Henrique Guilherme; LIMA, Cristiane. Tricoltilomania aliado a terapia à laser de baixa frequência. Omnia Saúde, v.7, n.1, p11-21, 2010.

TRICOTILOMANIA ALIADO A TERAPIA À LASER DE BAIXA FREQUÊNCIA

TRICHOTILLOMANIA ALLY TO LASER THERAPY FOR LOW FREQUENCY

Evandro Luis Padilha

MBA em Cosmetologia (METROCAMP)

Henrique Guilherme Scatolin

Mestre em Psicologia Clínica (PUC/SP)

Cristiane Lima

Tecnóloga em Estética (UNIARARAS)

RESUMO

Este artigo tem como objetivo realizar um estudo da imagem corporal nas pessoas portadoras de tricotilomania, apontando o laser de baixa frequência como um possível tratamento. Assim, ao longo deste estudo, é feito um levantamento bibliográfico do conceito de imagem corporal nos textos de Paul Schilder e Tavares, enfocando a compreensão desta psicopatologia e apontando o uso do laser de baixa frequência aliado a psicoterapia como um possível tratamento para as pessoas que sofrem desta mania. A partir dos dados discutidos acima, resultados aceitáveis comprovam que o laser recupera e devolve a saúde dos cabelos, e em poucas semanas cessa as quedas, melhorando a qualidade, a força e a espessura dos fios. Conclui-se que o laser de baixa frequência torna-se uma opção favorável para esta patologia, porém ainda há poucos estudos científicos falando sobre este assunto.

Palavras-chaves: Imagem Corporal, Tricotilomania e Laser de Baixa Frequência.

ABSTRACT

This paper aims to conduct a study of body image in people with trichotillomania, pointing to the low-frequency laser as a possible treatment. Thus, throughout this study, a literature review is made of the concept of body image in the writings of Paul Schilder and Tavares, focusing on the understanding of psychopathology, pointing out the use of low-frequency laser combined with psychotherapy as a possible treatment for people suffering from this mania. From the data discussed above, acceptable results show that the laser recovers and restores the health of hair, and in a few weeks cease falls, improving the quality, strength and thickness of the wires. Concludes that low-frequency laser becomes a favorable option for this pathology, but there are few scientific studies talking about it.

Key words: Body Image; Trichotillomania; Low-Frequency Laser.

INTRODUÇÃO

Este estudo pretende, em um primeiro momento, realizar um levantamento sobre o conceito de imagem corporal, entrelaçando-o com a tricotilomania, em um segundo momento. Assim, o que seria imagem corporal?

Imagem corporal é a maneira pela qual o corpo se apresenta para si próprio e, de algum modo, nos remete a imagens corporais que circulam na sociedade e se constroem a partir de diversos relacionamentos que ali se estabelecem. Para Schilder (1994), esta é a imagem tridimensional que todos têm de si mesmos e que envolve aspectos psicológicos, fisiológicos e sociológicos.

Tavares (2003) aponta que o interesse pelo estudo e a pesquisa sobre imagem corporal está ligada a profissionais de diversas áreas que têm como foco de trabalho o corpo; tais como profissionais da Educação Física, Medicina entre outros.

Segundo Castilho (2001), a imagem corporal é a imagem do próprio corpo que o indivíduo desenvolve através da experiência com o mundo. Se, por um lado, nossas ações, sentimentos e sensações têm uma conexão com o mundo, por outro, são sempre medidas pela energia das pulsões em todo momento pelo nosso próprio corpo.

Para Tavares (2003) a imagem corporal é a vivência humana, individual e dinâmica, sendo os transtornos psicológicos ligados a imagem corporal cada vez mais aparentes na sociedade. É o caso da tricotilomania, onde a característica essencial é o fracasso corrente em resistir a impulsos de arrancar os próprios cabelos.

Para Kaplan e Sadock (1997) a tricotilomania é mais comum em mulheres do que em homens. Eles destacam que este transtorno é mais comum do que se acredita, considerando que o ato de arrancar os cabelos traz uma sensação de tensão antes de puxar, mas também um alívio depois que puxou. Relacionamentos instáveis entre mãe-filho, medo do abandono e perda de um ente querido são frequentemente citados como fatores críticos para que a doença possa se apresentar.

A tricotilomania cresce a cada dia e pode refletir uma atividade motora liberada ou comportamentos excessivos quanto à arrumação pessoal. Todas as áreas do corpo podem ser atingidas, mas a mais comum é a do couro cabeludo. O quadro pode ser exuberante e bizarro

ou até ser tão discreto, a ponto de não perceber. Para Pereira (2001), algumas vezes podemos encontrar escoriações ou pequenos ferimentos no couro cabeludo.

Alguns tratamentos, como a medicação e a psicoterapia, podem melhorar o caso e o laser de baixa frequência vem sendo um complemento no tratamento de pessoas com algum tipo de alopecia. Mas o que seria o laser?

Laser, segundo Fonseca e Prista (1993), é uma abreviação formada pelas iniciais das palavras inglesas Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation (Amplificação da Luz pela Emissão Estimulada da Radiação). Várias áreas se beneficiaram das inovações trazidas pela radiação laser, como as industriais e as áreas médicas.

Nas industriais, o laser trouxe benefícios em novas formas de corte, usinagem e soldagem de peças. Na área médica o laser atua nas aplicações cirúrgicas e aplicações terapêuticas.

Segundo Lopes (2011) a área da Dermatologia foi muito beneficiada pelo aperfeiçoamento do laser em terapias como antienvhecimento, terapia capilar e depilação a laser, já que todas as intervenções estéticas à base de laser consistem em danificar parte das células da área tratada para estimular a renovação celular.

OBJETIVO

Este artigo tem como objetivo realizar um estudo da imagem corporal nas pessoas portadoras de tricotilomania, apontando o laser de baixa frequência como um possível tratamento.

METODOLOGIA

Para este estudo foi realizado uma revisão de literatura sobre o conceito de imagem corporal nas obras de Paul Schilder (1994) e Tavaréz (2003) como também uma revisão conceitual no uso do laser para o tratamento desta psicopatologia, buscando as contribuições de Fonseca e Prista (1993).

O método utilizado é a pesquisa qualitativa fundamentada em revisão de literatura. Assim, este artigo baseia-se em um estudo conceitual dos benefícios trazidos pelo uso do laser em pacientes que apresentam a sua imagem corporal afetada pela tricotilomania.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Imagem corporal é a representação do nosso corpo na nossa mente, modo pelo qual o corpo se apresenta para nós. Desde que nascemos fatores como a dor e o controle motor dos membros fazem parte da criação da imagem corporal. A dor nos ajuda a decidir o que queremos ter perto de nossa personalidade.

Para Schilder (1994), os conflitos libidinais mudam a imagem corporal a todo instante. O auto-erotismo esta intimamente ligada a sensações corporais. As tendências psicosssexuais variam de acordo com a imagem corporal. Assim, a estrutura libidinal só será compreendida estudando seu desenvolvimento desde a infância e levando em consideração sua base

constitucional e orgânica. E para tal compreensão é necessário mencionar as primeiras fases libidinais da constituição psíquica.

Fase oral: a maior experiência vivida pelo ser humano é o próprio nascimento. É o primeiro obstáculo a ser vencido no processo do desenvolvimento.

Para D'Andrea (1977), desde os primeiros instantes de vida, o comportamento materno exerce influência na formação da personalidade da criança, mesmo sem o uso da comunicação verbal. Nesta fase o recém-nascido tem a mãe como sua única fonte de satisfação. Ao longo do desenvolvimento, o seio pode ser substituído por outros objetos, como a chupeta ou o polegar, não como alimento, mas como objeto de satisfação erótica, de obter segurança e tranqüilidade.

Na fase oral a libido esta centralizada na porção do trato digestivo, principalmente na boca. A libido, porém, não está a serviço apenas das necessidades nutritivas, mas também da pura satisfação oral. A satisfação erótica está na zona da boca, tornando-se a base para as relações da criança com os objetos do mundo externo.

Fase anal sádica: a partir do primeiro ano de idade a região do ânus tem importância na formação da personalidade da criança, pois, neste período, a energia libidinal provém da satisfação anal que ocupa uma posição de destaque.

De acordo com D'Andrea (1977), evacuações freqüentes são razão de preocupação e cuidados redobrados. Nesta fase, a criança precisa aprender a reter e controlar seus excrementos. Há duas etapas nesta fase – a expulsiva e a retentiva. Na expulsiva, as fezes são consideradas como objeto interno que é destruído pela eliminação e a evacuação pode ser uma expressão da liberação de forças destrutivas. Na retentiva, as crianças seguram a evacuação das fezes, onde há uma estimulação prazerosa da mucosa retal.

Fase Fálica: corresponde ao período dos 3 a 5 anos. Segundo D' Andrea (1977), esta é a fase de conhecimento do próprio corpo, especialmente os genitais, onde ocorrem as curiosidades sobre o sexo oposto. A libido concentra-se na zona erógena predominante: no homem, no pênis e, na mulher, no clitóris.

Esta fase coincide com o complexo de Édipo no qual a sua forma mais simples é vista pelo amor do menino pela mãe e no ódio pelo pai, já nas meninas ela precisa se desligar emocionalmente da mãe e trocá-la pelo pai, tendo a mãe como uma rival. Por outro lado, o complexo de Édipo tem a forma negativa quando o objeto odiado é o progenitor do sexo oposto e o amado é do mesmo sexo, podendo ser este um caminho para a homossexualidade.

Nesta fase, a criança é bem curiosa e os pais devem explicar, por intermédio de linguagem adequada, as perguntas de seus filhos. A masturbação também é uma questão bastante discutida. Ela é necessária para o desenvolvimento sexual satisfatório e isto ocorre desde os primeiros anos de vida com a criança tendo prazer manipulando sua área genital. Quando a criança encara isso como algo errado, sentimentos de culpa aparecerão e isto pode influenciar futuramente sua vida sexual adulta.

E o que estas fases têm a ver com a imagem corporal? Todas essas fases são importantes para o desenvolvimento da imagem corporal de cada indivíduo. Distúrbios da imagem corporal vêm sendo associada a diversas fixações libidinais nestas fases, tais como a dismorfia corporal com a fase anal-sádica.

Para Castilho (2001), a sociedade discrimina claramente os indivíduos não atraentes, numa série de situações cotidianas importantes. Esses indivíduos apresentam com maior frequência ansiedade e medo da rejeição social.

Se a pessoa sentir dificuldades em aceitar sua aparência, isto torna difícil que ela se aceite como pessoa, tentando esconder ou corrigir as imperfeições na aparência. Estas são formas de lidar com o desconforto, porém estas estratégias promovem um alívio apenas temporário, mas não resolve o problema em si.

Segundo Castilho (2001) diferentes culturas têm seus ideais de beleza relacionados com o comprimento do cabelo e a calvície. Na cultura ocidental, o cabelo comprido é feminino e, os curtos, masculinos. No Oriente e na África raramente os homens ficam calvos e esta preferência se inverte ou é irrelevante. Os faraós egípcios e suas famílias retiravam seu cabelo natural e usavam perucas, enquanto que os escravos eram obrigados a ter seu cabelo natural.

A questão da perda de cabelos tem sido uma área de pesquisas científicas, mas ainda há poucos estudos. Pesquisadores não dão muito valor a esta característica sendo que a história humana confirma a existência de um simbolismo cultural ao longo dos anos com o cabelo do homem, seu comprimento, bem como a sua perda.

Segundo Castilho (2001) dados falam de imagem social e de auto-imagem e confirmam a hipótese de que a calvície tem um impacto muito negativo na vida dos homens. A insatisfação pelos cabelos não vêm somente dos homens, mas também por parte das mulheres que, muitas vezes, a partir de um problema emocional, se vêem com problemas em seus cabelos. Uma das saídas encontradas pode ser a tricotilomania com a ingestão de seus cabelos.

Lembremos que as tendências em procurar satisfação ou alívio de tensão por meios orais é comum a todas as pessoas. Nota-se isso no prazer pela comida, bebida, cigarro, no mascar chicletes. Para D' Andrea (1977), necessidades não satisfeitas na fase oral da criança podem trazer conseqüências no futuro dessa pessoa, podendo levá-las a desenvolver a tricotilomania, o alcoolismo e a obesidade.

Tricotilomania: aspectos gerais

Tricotilomania é o ato de arrancar os cabelos sem fins estéticos, podendo estar associada também com comportamentos como cutucar a pele e roer as unhas. Ela pode ser transitória, episódica ou contínua e a intensidade pode variar de pessoa para pessoa.

Para Dawber & Nest (1996) o termo tricotilomania foi usado há mais de 100 anos atrás para um indivíduo que tinha o hábito de arrancar os cabelos. Eles também apontam que esta psicopatologia é sete vezes mais freqüente em crianças do que em adultos.

De acordo com Gordon (2011):

“Podemos questionar se o arrancar cabelos é sintoma de um conflito subjacente entre um ato proibido e sua realização. Vamos atentar para o fato de que há prazer ao arrancar os fios está situado no quadro das neuroses obsessivas que Freud denomina neurose de transferência. Essas neuroses tem como pressuposto que o sintoma é uma

construção simbólica, e é uma solução de compromisso entre a realização do desejo e sua interdição” (GORDON, 2011 p.181).

Segundo Marot (2011) tricotilomania é um transtorno raro que acomete aproximadamente 4% da população, sendo mais freqüente em meninas. E de acordo com o Pitliuk (2011) a causa provável que existe sobre a doença é uma combinação de fatores genéticos que provocam uma disfunção de neurotransmissores associada a problemas emocionais que desencadeiam os sintomas. Assim, é necessário ter muita cautela ao fazer o diagnóstico de tricotilomania. Este deve ser feito por um psiquiatra ou um dermatologista.

Rangé e Rodrigues (2003) apontam que o diagnóstico realizado deve ser cuidadoso e diferenciado para saber identificar a causa da alopecia. Esta psicopatologia pode surgir como resposta a alucinações, como resposta a pensamentos obsessivos ou declarados por outras condições médicas, como alopecia sifilítica, tóxica ou traumática.

Segundo Pereira (2001) após a adolescência é normal existir uma psicopatologia ou desordem que cause ansiedade e depressão. Geralmente a grande maioria nega que arranque os cabelos. O quadro pode ser percebido ou agravado por uma patologia no couro cabeludo, como um eczema, neurodermite, dermatofitose ou até mesmo uma alopecia areata.

Na tricotilomania a tensão é dirigida para os cabelos, sempre que a pessoa se sente angustiada, tensa, estressada ou quando necessita de concentração. O desejo de arrancar os cabelos é incontrolável, trazendo um prazer e alívio. Depois de realizar o ato vem o sentimento de culpa por tê-lo feito.

Para o tricotilomaniaco o ato vem acompanhado de um ritual. Primeiro a pessoa fica alisando o fio para sentir a estrutura do cabelo, depois enrola sobre os dedos e, em seguida, os puxa. Isto geralmente ocorre quando a pessoa está com as mãos livres e a mente ocupada, como por exemplo, assistindo televisão, estudando, escrevendo ou telefonando. A intensidade pode aumentar em casos mais estressantes, como por exemplo, no preparo para entrevista de trabalho.

Assim, a tricotilomania é determinada por vários fatores, sendo relacionada a situações estressantes em mais de um quarto dos casos. Todas as áreas do corpo podem ser afetadas como, por exemplo, sobrancelhas, os cílios, barba, tronco, axilas, área púbica, sendo mais comum o couro cabeludo.

O ato em si de arrancar os cabelos não dói, mas pode ocorrer ardência e prurido, e as áreas envolvidas podem ser únicas ou múltiplas, atingindo alguns centímetros quadrados ou envolvendo o couro cabeludo inteiro, sendo a região frontoparietal a mais comum.

Para Kaplan e Sadock (1997) a tricofagia, ou ingestão dos cabelos, sempre é acompanhada por quem tem tricotilomania e isto pode trazer complicações como o tricobenzoar (bola de cabelo no estômago), disfagia, vômito, anemia, dor abdominal, desnutrição e obstrução intestinal. Este sintoma – a tricofagia - está presente em aproximadamente 10% dos pacientes.

A tricotilomania pode gerar várias conseqüências para os portadores, tais como vergonha pela aparência e conseqüências graves ligadas a auto-estima, carreira e vida social. Muitos escondem o problema da família e amigos pelo medo da rejeição, acabam evitando atividades

sociais, praias, piscinas para que seu problema não seja descoberto pela sociedade. Em alguns casos chegam a aderir ao uso de apliques e perucas.

Para os tricotilomaníacos arrancar os fios de cabelo é prazeroso, tornando-se um vício ou uma compulsividade. Por isso o tratamento torna-se de difícil realização. Técnicas comportamentais, hipnose e antidepressivos apresentam melhores resultados no tratamento destes pacientes. Porém resistir ao impulso, tomar a medicação indicada pelo médico e procurar um tratamento psicoterapêutico são combinações ideais para que o tricotilomaníaco obtenha sucesso na cura da doença.

Para Piliuk (2011) culpar uma pessoa por arrancar os cabelos é o mesmo que culpar um asmático por não conseguir respirar. Crítica, raiva e acusações não vão diminuir o problema e sim aumentar a vergonha, a depressão, a ansiedade e a baixa auto-estima.

O uso do laser

Um tratamento complementar que vem sendo utilizado também para a ajuda de pessoas com problemas de tricotilomania é o uso do laser de baixa frequência.

Na leitura de Tuner e Hode (2007), os lasers podem ser de baixa e alta intensidade, onde a principal diferença entre eles é a potência e o mecanismo de ação, pois os lasers de alta potência operam por aumento de temperatura e os de baixa por mecanismos fotoquímicos, fotofísicos e fotobiológico. E esta descoberta tecnológica possibilitou um grande número de aplicações para diferentes casos.

Segundo Guirro e Guirro (2004), a radiação da onda eletromagnética depende da excitação dos elementos constituintes do material (sólido, líquido ou gasoso) por uma corrente elétrica, proporcionando a emissão de fótons idênticos, os quais amplificam a emissão da radiação. O laser é uma emissão de luz coerente, monocromática, com grande concentração de energia, capaz de provocar alterações físicas e biológicas.

Segundo Tuner e Hode (2007), denomina-se laser terapia quando se emprega a luz laser na região do vermelho ou do infravermelho próximo, em baixa intensidade, com valores iguais ou menores que 1m W.

Seu mecanismo de ação ainda não é completamente conhecido, porém parece estar relacionado à modulação do metabolismo das células do tecido conjuntivo. Assim, observa-se que os lasers de baixa frequência levam a estimulação da biossíntese do colágeno em duas a três vezes ao nível normal. Esta bioestimulação parece estar relacionada ao comprimento de onda e a energia gerada pela fonte de laser (TURNER e HODE, 2007).

Segundo Veçoso (1993), o pêlo é formado de uma estrutura cilíndrica derivada do folículo piloso, e cresce a partir de uma camada de células epidérmicas que ficam na base do folículo. Conforme vão crescendo, essas células avançam na direção da superfície da pele e se modificam em fibras pilosas. Toda a estrutura do corpo possui pêlos, quer vellus ou terminal, exceto palma das mãos e planta dos pés. No couro cabeludo adulto têm por volta de 600 folículos por cm² e os pêlos do couro cabeludo crescem 1 cm em média por mês.

Ainda segundo Veçoso (2003), os resultados da terapia a laser na velocidade de multiplicação celular podem trazer benefícios em quadros de alopecia. Tendo condições por parte do folículo piloso, a radiação laser poderá estimular o crescimento dos pêlos. Na ausência do folículo piloso, o laser não terá efeito algum.

Conforme Lopes (2011) o laser com suas múltiplas funções é, sem dúvida, a invenção mais impactante do mundo moderno. O laser estimula renovação celular e pode fazer diagnósticos em lesões na retina, além de remover manchas de pele e linhas de expressão na área dermatológica. Na dermatologia, o laser trouxe benefícios de 95% para indicações de terapias antienvelhecimentos, no aumento da produção de colágeno, tendo firmeza e mais elasticidade a pele e cabelos.

De acordo com Tompa (2011), o laser de baixa frequência produz um feixe que alcança a raiz do cabelo, aumentando as células do folículo piloso, vascularização e estimulando a energia celular. Isso aumenta a quantidade de fios e faz o cabelo crescer mais rápido e saudável. O laser age na derme e não causa dano ao couro cabeludo. Este pode acrescentar até 30% do fluxo sanguíneo na raiz do cabelo preparando a distribuição de nutrientes e, conseqüentemente, reduzindo o nível de DHT dos folículos.

Para Tompa (2011), o laser é indicado para casos como alopecia androgenética masculina e feminina, afinamento da estrutura dos fios enfraquecidos e opacos, casos de tricotilomania, eczemas, dermatites seborréicas e psoríase. Sua aplicação é de 1 a 3 x por semana.

Aprovado pela Nasa e regulamentada pela FDA nos Estados Unidos, o tratamento a laser de baixa frequência - 660 nm (nanômetros) e luz vermelha, que tem 36 estimuladores de luzes de diodo – é indicado para a revitalização capilar de homens e mulheres com queda de cabelo, em grau inicial ou intermediário. Estes 36 estimuladores ativam o folículo piloso através de emissores de luz de baixa frequência, onde os raios se espalham por toda a área a ser tratada, passando no couro cabeludo por inteiro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos dados discutidos acima, resultados aceitáveis comprovam que o laser recupera e devolve a saúde dos cabelos, e em poucas semanas cessa as quedas, melhorando a qualidade, a força e a espessura dos fios.

Convém ressaltar que a tricotilomania ainda é uma doença muito pouco conhecida e muito pouco divulgada. Muitos acabam omitindo a doença por medo e vergonha do que a sociedade irá pensar sobre isso. Acabam se isolando e não procurando tratamento psicoterapêutico.

E embora tenha vários tipos de tratamentos como a hipnose, os antidepressivos, o laser de baixa frequência torna-se uma opção favorável para esta patologia, porém ainda há poucos estudos científicos falando sobre o assunto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAFALLI, F. A. S.; BORELLI, V.; HOLZCHUH, M. P.; FARIAS, E. C.; CIPOLA, W.W.V.; COUTINHO, A.C.; LIVANI, B.; XAVIER, C.R.M. Estudo experimental dos efeitos da

radiação laser de baixa energia na regeneração osteocartilagínea em joelhos de coelhos: aspectos histológicos. *Revista Brasileira de Ortopedia*, n.28, n.9, p.673-678, 1993.

CASTILHO, S. M. *A imagem corporal*. Santo André: São Paulo; ESETec, 2001.

D'ANDREA, F. F. *Desenvolvimento da Personalidade: enfoque Psicodinâmico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1977.

DAWBER, R. & NEST, D. V. *Doenças dos cabelos e do couro cabeludo: sinais comuns de apresentação, diagnóstico diferencial e tratamento*. São Paulo: Manole, 1996.

FIGUEIRA, S. *Viver melhor*. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/saude/vivermelhor/mat>>. Acesso em 16/09/2011.

FONSECA, A.; PRISTA, L. N. *Manual de terapêutica dermatológica e cosmetologia*. São Paulo: ROCA, 1993.

GORDON, A. R. Do retiro na tricotilomania ao mundo das trocas objetais. *Jornal de Psicanálise*, v.44, n.80, p.177-192, 2011.

GUIRRO, E.; GUIRRO, R. *Fisioterapia dermato-funcional*. São Paulo: Manole, 2004.

KAPLAN, H.; SADOCK, B. *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. Porto Alegre: Artmed, 1997.

KEDE, M. P. V & SABATOVICH, O. *Dermatologia estética*. São Paulo: Atheneu, 2004.

MAROT, R. *Tricotilomania: transtornos relacionados por semelhança ou classificação*. Disponível em <<http://www.psicosite.com.br/tra/out/tricotilomania.htm>>. Acessado em 28/03/2011.

LOPES, A. D. *Laser a medicina da luz*. Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/060110/laser-medicina-luz-p-068.shtml>>. Acessado em 28/03/2011.

PEREIRA, J. M. *Propedêutica das doenças dos cabelos e do couro cabeludo*. São Paulo: Atheneu, 2001.

PITLIUK, R. *Perguntas sobre tricotilomania (arrancar cabelos e pelos)* Disponível em: <<http://www.mentalhelp.com/tricotilomania.htm>> Acesso em 28/03/2011.

RANGE, B.; RODRIGUES, D. M. *Sobre comportamento e cognição: clínica, pesquisa e aplicação*. Santo André: ESETec, 2003.

SCHILDER, P. *A imagem do corpo: as energias construtivas da psique*. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

TAVARES, M. C. F. *Imagem corporal: conceito e desenvolvimento*. São Paulo: Manole, 2003.

TOMPA, F. *Terapias capilares: queda de cabelo? Excesso de Oleosidade? Cabelos finos?* Disponível em <<http://www.nucleodeterapiacapilar.com.br/index.php>>. Acessado em 28/03/2011.

TUNER, J.; HODE, L. *The laser therapy handbook*. Swedish: Prima Books, 2007.

VEÇOSO, M. C. *Laser em Fisioterapia*. São Paulo: Lovise, 1993.