

FACULDADE SENAC BLUMENAU
Curso Superior de Tecnologia em Estética e Cosmética

Bruna da Costa
Vanessa Kochhann

**PEELING DE ÁCIDO SALICÍLICO E GLICÓLICO NO TRATAMENTO DE ACNE
GRAU II DE PELE MASCULINA**

Blumenau - SC
2022

Bruna da Costa
Vanessa Kochhann

**PEELING DE ÁCIDO SALICÍLICO E GLICÓLICO NO TRATAMENTO DE ACNE
GRAU II DE PELE MASCULINA**

Trabalho apresentado à Faculdade Senac Blumenau
como requisito parcial para obtenção do título de
Tecnólogo em Estética e Cosmética.

Orientador: Letícia Cardoso Billó

Blumenau - SC
2022

Ficha de identificação da obra

C837p Costa, Bruna da

Peeling de ácidos salicílico e glicólico no tratamento de acne guar
II de pele masculina / Bruna da Costa e Vanessa Kochhann. –
Blumenau (SC): Faculdade Senac Blumenau, 2022.
37 f.: il. color.

Orientadora: Letícia Cardoso Billó.

Trabalho de Conclusão de Curso (Tecnologia em Estética e
Cosmética) – Faculdade Senac Blumenau, 2022.

1. Acne vulgar. 2. Peeling químico. 3. Antibacteriano
4. Pele masculina. I. Costa, Bruna da. II. Kochhann, Vanessa.
V. Título.

CDD 22 ed.: 646.72

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária Aline Ferreira – CRB 14/1721



Creative Commons - Atribuição - Não Comercial CC BY-NC

Bruna da Costa
Vanessa Kochhann

**PEELING DE ÁCIDO SALICÍLICO E GLICÓLICO NO TRATAMENTO DE ACNE
GRAU II DE PELE MASCULINA**

Trabalho de Conclusão de Semestre apresentado à
Faculdade Senac Blumenau como requisito parcial para
obtenção do título de Tecnólogo em Estética e Cosmética.

Esp. Letícia Cardoso Billó

Professor:

Esp. Andressa Meinert Pereira

Esp. Daniela Bernart Lenzi

Dr. Diego Pasqualini

Esp. Letícia Cardoso Billo

Blumenau, 15 de Dezembro de 2022

RESUMO

O presente trabalho está vinculado à conclusão do Curso Superior de Tecnologia em Estética e Cosmética da Faculdade SENAC/SC Blumenau. Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo caso clínico. Tem como objetivo reduzir as lesões acneicas melhorando o quadro geral da pele. Desta forma, para o melhor desenvolvimento do trabalho foram eleitos os seguintes objetivos específicos: Regular a produção sebácea, atenuar a hiperqueratinização folicular e conter a proliferação bacteriana. A acne vulgar ocorre nos folículos pilosebáceos e o seu processo de formação está relacionado com a hiperprodução sebácea, tem influência androgênica e de colonização bacteriana. Para isso, os peelings químicos são um grande aliado, pois conseguem agir positivamente em cada etapa de formação da acne. O ácido glicólico atua reduzindo a hiperqueratinização folicular, e o ácido salicílico com suas propriedades lipofílicas permitem a penetração e dissolução no sebo, além disso produz efeito antiinflamatório. Para aprofundar o conhecimento em relação ao cliente, seus hábitos e estilo de vida, serão utilizados como método de coleta de dados um questionário de perguntas abertas e fechadas padronizado pela instituição de ensino. Como suporte teórico, serão utilizados artigos científicos, livros da área, revistas técnicas, trabalhos desenvolvidos por outros autores, contemplando assim os objetivos deste trabalho.

Palavra-chave: Acne vulgar; Peeling químico; Antibacteriano; Pele masculina.

ABSTRACT

The present work is linked to the conclusion of the Higher Course of Technology in Aesthetics and Cosmetics at Faculdade SENAC/SC Blumenau. This is a qualitative research of the clinical case type. It aims to reduce acne lesions by improving the general condition of the skin. Thus, for the best development of the work, the following specific objectives were chosen: Regulate sebum production, attenuate follicular hyperkeratinization and contain bacterial proliferation. Acne vulgaris occurs in pilosebaceous follicles and its formation process is related to sebaceous hyperproduction, has androgenic influence and bacterial colonization. For this, chemical peels are a great ally, as they can act positively in each stage of acne formation. Glycolic acid acts by reducing follicular hyperkeratinization, and salicylic acid with its lipophilic properties allows penetration and dissolution in sebum, in addition to producing an anti-inflammatory effect. To deepen knowledge about the client, their habits and lifestyle, a questionnaire with open and closed questions standardized by the educational institution will be used as a method of data collection. As theoretical support, scientific articles, books in the area, technical magazines, works developed by other authors will be used, thus contemplating the objectives of this work

Keywords: Acne Vulgaris; Chemical Peeling; Antibacterial; Male Skin.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	7
1.1	OBJETIVOS.....	8
1.1.1	Objetivo geral	8
1.1.2	Objetivos específicos.....	8
1.2	JUSTIFICATIVA.....	8
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	10
2.1	PELE.....	10
2.1.1	Epiderme.....	11
2.1.2	Derme.....	12
2.1.3	Hipoderme.....	13
2.2	ACNE.....	13
2.2.1	Acne Vulgar.....	15
2.2.2	Etiopatogenia da acne vulgar.....	17
2.2.3	Graus de Acne.....	18
2.3	PEELING QUÍMICO.....	18
2.3.1	Ácido Glicólico.....	21
2.3.2	Ácido Salicílico.....	21
3	METODOLOGIA DA PESQUISA.....	23
3.1	PLANO DE TRATAMENTO.....	23
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	25
5	CONCLUSÃO	28
	REFERÊNCIAS	29
	ANEXO A - FICHA DE AVALIAÇÃO FACIAL.....	33
	ANEXO B	36

1 INTRODUÇÃO

Atualmente o conflito entre a beleza ideal e a real, principalmente aquela imposta pela mídia, estimula a todos, tanto homens quanto mulheres a procurarem soluções estéticas. (JACOMINI, 2014). Para isso, buscam centros estéticos para tratar, prevenir e corrigir alterações inestéticas.

A acne vulgar (AV) é uma dermatose muito comum, principalmente em adolescentes e jovens. Ocorre nos folículos pilossebáceos e o seu processo de formação está relacionado com a hiperprodução sebácea, hiperqueratinização folicular, colonização bacteriana por *Propionibacterium acnes* e inflamação dérmica subjacente. Ela também é classificada de acordo com o seu grau de acometimento na pele; sendo: Acne grau I: Comedônica sem lesão inflamatória; Acne grau II: Pápulo-pustulosa e inflamatória; Acne grau III: Nódulo-cística e inflamatória; Acne grau IV: Conglobata e inflamatória; Acne grau V: Fulminante. E afeta com mais prevalência e intensidade o público masculino, por sua influência androgênica.

A acne surge com maior frequência no rosto, peito e costas, onde o número de glândulas sebáceas é maior. Segundo Costa (2012), ela é induzida na puberdade pela produção de hormônios, mas pode persistir na vida adulta em cerca de 50% dos indivíduos.

Em suas formas mais graves, afeta diretamente a autoestima e o círculo social, gerando problemas psicológicos e abalando a autoconfiança do portador, e por abranger o bem-estar psíquico “o mundo da beleza” chamou a atenção e se ampliou também para os homens, que estão consumindo muito mais produtos estéticos.

O uso de ácidos tem se tornado um importante recurso para o tratamento da acne e diversas disfunções: estrias, revitalização facial, manchas hipercrômicas, excesso de oleosidade e etc. (BORGES, 2016).

Para isso, os *Peelings* químicos são aplicados topicamente a fim de remover as camadas mais superficiais da pele, e podem ser classificados de acordo com o seu potencial de permeação: superficiais, médios ou profundos (SMALL, 2014).

Segundo Borges (2016), o *peeling* químico consiste na aplicação de um ou mais agentes esfoliantes na pele, resultando em uma lesão programada e controlada de partes da epiderme e/ou derme seguida de regeneração dos tecidos.

O ácido glicólico age pela descamação do estrato córneo, já o ácido salicílico com suas propriedades lipofílicas permitem a penetração e dissolução no sebo o que torna especial para o tratamento da acne. (SMALL, 2014). Portanto, a associação desses ácidos fará com que atinja todos os fatores, de nível tegumentar, responsáveis pelo acometimento da acne.

Dessa forma o profissional de estética assume alta responsabilidade na aplicação de tratamentos que interferem diretamente na saúde física e emocional de seus clientes.

Em 3 de abril de 2018 foi aprovada a Lei nº 13.643, que regulamenta a profissão de esteticista, estando descrito no Art. 5º que compete ao profissional esteta cosmetólogo utilizar como recursos de trabalho produtos cosméticos, técnicas e equipamentos com registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), e ainda, a elaboração do programa de atendimento e tratamento com base no quadro clínico do cliente.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

- Reduzir as lesões acneicas melhorando o quadro geral da pele.

1.1.2 Objetivos específicos

- Regular a produção sebácea;
- Atenuar a hiperqueratinização folicular;
- Conter a proliferação bacteriana.

1.2 JUSTIFICATIVA

A acne é uma doença de pele muito comum, que segundo pesquisa da Sociedade Brasileira de Dermatologia em 2018, é o principal motivo de busca por consultas dermatológicas no Brasil. Além do incômodo das lesões, o

comprometimento estético causado por elas, e conseqüentemente o abalo psicológico por rebaixamento da autoestima também é a motivação pela busca do tratamento. Sendo que este deve ser o mais precoce possível, a fim de controlar as lesões acneicas e prevenir o surgimento de novas lesões. Além de evitar possíveis cicatrizes, que são mais difíceis de serem tratadas. Portanto, é possível observar que há vários estudos associando peeling químico para o tratamento da acne vulgar em diversos graus. Muitos ácidos estão sendo utilizados na técnica, porém os de maior destaque com uma boa evolução e eficácia são os ácidos salicílico e glicólico.

O objetivo do peeling químico é a indução da ceratólise. Tal processo causa a destruição controlada de toda ou parte da epiderme ou derme, resultando assim, em esfoliação subsequente dessas camadas. Com o ferimento, virão na sequência as etapas de regeneração e remodelação da epiderme e da derme, levando à uma melhora da textura e aparência da pele tratada.

Em vista disso, o presente trabalho possui suficientes condições para que haja um tratamento eficaz e bastante seguro na patologia de acne vulgar grau II. É possível afirmar que haverá uma melhora de modo geral na qualidade da pele, promovendo a saúde, o bem-estar e a elevação da autoestima do indivíduo tratado.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 PELE

A nossa pele possui estrutura amplamente complexa. Kamizato; Brito (2014) afirmam que a pele, também conhecida como tegumento, juntamente com seus órgãos anexos, compostos por glândulas sebáceas e sudoríparas, pêlos e unhas, constituem o sistema tegumentar.

“É o maior órgão do corpo, recobrimdo toda a superfície. Possui diversas funções, entre elas proteger o organismo da entrada dos patógenos, manter a temperatura e impedir a desidratação”. (BORGES, 2021, p.53).

De modo geral, a pele exerce funções de proteção, promove sensações, auxilia na regulação da temperatura e de excreção e também está vinculada a respostas imunológicas e ao metabolismo (HILL, 2016).

Nesse contexto, consta que ela representa o órgão de maior peso corporal, tendo, em média, 15% do valor total do peso do indivíduo. Está situada acima do tecido gorduroso, das fâscias, dos músculos e dos ossos. (BORGES, 2006)

A pele tem suas funções estéticas, como aparência, toque, maciez, atração física e social de um indivíduo. Pode-se considerar, portanto, que a saúde psicossocial do indivíduo é dependente de sua aparência externa e da aceitação instintiva das características de sua pele pelos demais componentes de seu grupo social. (HARRIS, 2003, p. 18).

Conforme Tassinari (2019, p.32), “a pele apresenta três camadas: a epiderme, que é a camada mais superficial, a derme, a camada intermediária e a hipoderme, que é a camada mais profunda”.

Já para Hill, (2016, p. 43) a pele é composta por duas camadas:

“A pele é composta por duas camadas principais: (1) a epiderme e (2) a derme. A epiderme, ou camada superior, é rígida e, por causa da sua exposição, é constantemente desgastada e substituída. Ela não contém vasos sanguíneos ou nervos e é vital na prevenção de perda de umidade do corpo. Já a camada mais profunda da pele, a derme, e a gordura subcutânea emprestam força e elasticidade à pele.”

2.1.1 Epiderme

“A epiderme é formada por um tecido epitelial do tipo estratificado pavimentoso queratinizado, que representa a camada contínua estendida por toda a superfície do corpo humano”. (BORGES; SCORZA 2016, p.21).

“A camada córnea ou barreira epidérmica protege a pele de microorganismos, substâncias químicas, traumatismos físicos e ressecamento por perda transepidérmica de água”. (SOUTOR, 2015 p.1).

Existem células que se apresentam na epiderme, sendo elas: As células queratinócitas, que produzem a queratina e os filamentos proteicos intermediários; os melanócitos, que produzem a substância de pigmentação da pele, denominada melanina; e as células de Langerhans, sendo originárias da medula óssea, atuando de forma complementar aos linfócitos T, isto é, agindo sobre o sistema imunológico (DAL GOBBO, 2010 p10).

As células queratinócitas que fazem da epiderme uma camada protetora, constituem cerca de 80% da população da epiderme, sendo as responsáveis pelos processos de renovação celular. (BORGES; SCORZA, 2016 p.22).

De acordo com KAMIZATO (2014), a epiderme apresenta-se em cinco camadas, sendo a camada basal - a mais profunda onde ocorre divisão celular, camada espinhosa ou de Malpighi - onde se localizam grande parte das células queratinócitas, camada granular - caracterizada pela atividade metabólica, camada lúcida - encontrada nas palmas das mãos e plantas dos pés e, por fim, a camada córnea - sendo a camada mais externa da pele e que sofre constante renovação.

O tempo que um queratinócito basal leva para se tornar um queratinócito córneo é de duas semanas, e o mesmo período é gasto para que o queratinócito córneo venha a descamar. Portanto, a epiderme tem a sua população queratinocítica renovada a cada quatro semanas, em condições habituais. (KEDE; SABATOVICH, 2015, p. 04)

Como não há vasos sanguíneos na epiderme, seu alimento é derivado da difusão dos capilares da derme, que é a responsável por nutrir a camada basal (germinativa) e assim que as células neoformadas são empurradas para cima, afastando-se da derme, elas morrem e formam as camadas mais superficiais da epiderme. (GUIRRO e GUIRRO, 2004)

2.1.2 Derme

A derme está localizada sob a epiderme e pode ser subdividida em derme papilar superficial e derme reticular mais profunda. O tipo celular predominante na derme é o fibroblasto, que é abundante na derme papilar e esparso na derme reticular. (SMALL, 2014).

De acordo com Ifould et al (2015, p.325), a derme é conhecida como pele verdadeira, pois todas as estruturas vivas e funcionais da pele podem ser encontradas nela e pode ser dividida em duas áreas distintas: (1) Camada papilar: porção superior da derme e fica diretamente abaixo da epiderme. Seu nome é derivado das projeções que apontam para cima da epiderme, chamadas de papilas. Muitas dessas papilas apresentam vasos sanguíneos, fornecendo nutrientes e oxigênio para as células do estrato germinativo, enquanto outras contêm terminações nervosas. (2) Camada reticular: se encontra abaixo da camada papilar e contém uma densa rede de fibras de colágeno e elastina paralela à superfície da pele.

“A camada mais profunda é a derme reticular, que compõem a espessura da derme. Ela é menos vascularizada que a derme papilar e apresenta bandas colágenas espessas e bem organizadas”. (FITZPATRICK; AELING, 2000 p.21).

Giaretta (2018 p.57), assegura que a derme se situa abaixo da epiderme e que é formada de tecido conjuntivo frouxo, sendo seus componentes principais as fibras de colágeno e elastina, que preenchem os espaços não ocupados por outros tecidos, dando apoio a epiderme e nutrindo as células epiteliais, envolvendo nervos, músculos, vasos sanguíneos e linfáticos, portanto a derme é considerada a casa de máquinas da pele.

A espessura da derme altera-se ao longo do corpo e, em relação à epiderme, possui uma espessura quatro vezes maior. Sua espessura aumenta na palma das mãos e na planta dos pés e se adelgaça nas pálpebras. (KASHIWABARA; TATILIANA, 2016).

Segundo (FITZPATRICK; AELING, 2000, p.22), Afirmam que a derme tem função de regular a temperatura através do controle do fluxo sanguíneo e da sudorese, obtido pelos vasos dérmicos e pelas glândulas sudoríparas ecrinas, fazem a proteção mecânica das estruturas subjacentes, obtida principalmente pelo colágeno e pelo ácido hialurônico e que a inervação da pele que ocorre mais na derme e é responsável pelas sensações cutâneas.

Além das características citadas a derme é responsável pelo suporte da rede vascular e pela defesa imunológica, em associação com as células de Langerhans da epiderme. A procura pela pele ideal, se resume na busca desmesurada pelo equilíbrio do seu funcionamento integral e a comunicação sem falhas entre suas camadas. (HARRIS, 2003).

2.1.3 Hipoderme

Tassinari (2019) cita a hipoderme como a camada mais profunda da pele. É responsável pelo armazenamento energético do organismo, pois é constituída por lóbulos de adipócitos que dependendo do estado nutricional do indivíduo podem conter altas quantidades de lipídios em seu citoplasma, variando também sua quantidade e distribuição corporal conforme o sexo.

O panículo adiposo, como também é chamado, “além de ser um depósito de calorías, protege o organismo de traumas e do calor, (é um isolante térmico) modela o corpo e permite a mobilidade da pele em relação às estruturas subjacentes. ” (AZULAY, 2011 p. 13)

2.2 ACNE

Existem diferentes tipos de acne que não podem ser tratadas pela área da estética, portanto é necessário conhecer as lesões que se assemelham à acne para encaminhar o paciente ao dermatologista para tratamento com medicamentos próprios da área médica. (ALBERINI, 2020)

A tabela a seguir ilustra as diferenças entre os diversos tipos de acne e a acne vulgar, que é o enfoque deste trabalho.

Tabela 1 - Tipologia da acne e suas características clínicas

TIPO DE ACNE	CARACTERÍSTICAS
Acne Vulgar ou Juvenil	Forma mais comum da acne, de elevada prevalência na adolescência (85%) acomete.
Hiperandrogênica /Nódulo Quisto	Ocorre em 40% das mulheres com síndrome do ovário

	policístico. De difícil tratamento clínico.
Conglobata	Tipo mais grave e incomum de acne. Predispõe a formação de lesões císticas grandes e fenômenos inflamatórios exacerbados. Caracteriza-se pela presença de múltiplos abscessos interconectados e cicatrizes
Nódulo Cística	Forma grave de acne, medida pelo número e tamanho de seus elementos (10 lesões, no mínimo, de até 4 mm de diâmetro) e resistente à terapêutica habitual
Fulminante	Observada quase que exclusivamente no sexo masculino, sua manifestação cutânea assemelha-se à da acne conglobata, entretanto, vem acompanhada das seguintes manifestações clínicas: Febre, poliartralgias e hiperleucocitose.
Microcística ou Comedônica	Forma mais simples e discreta de Acne. Sua forma polimórfica associa lesões inflamatórias e não-inflamatória
Papulopustuloso	Profusa e de duração prolongada, ocasiona cicatrizes teciduais. Podendo resistir meses à terapêutica habitual e geralmente induz a conseqüências psicossociais
Acne Neonatal, Infantil ou Pustulose Cefálica Neonatal	Surge nas primeiras semanas de vida manifestando-se com múltiplas pápulas, comedões ou pústulas eritematosas inflamatórias no nariz, fronte e bochechas.
Escoriada ou Excorie Dês Jeunes-Files	Lesões relativamente discretas, que acometem sobre tudo o sexo feminino, ocasionando em problemas emocionais, que levam o individuo a traumatizar a pele acnéica com as unhas, juntando as lesões erosivas com crostas hemáticas.
Pré-menstrual	Forma bastante comum que tende a se agravar na fase pré menstrual.
Ocupacional	Ocasionada por substâncias químicas que o trabalhador tem contato durante o expediente de trabalho e que geraram cloracne (comedões fechados e cistos não inflamatórios), e elaioconiose (lesões nas áreas de contato com o agente).
Tropical	Aparece nos climas quentes e úmidos atingindo o tronco e as nádegas
Oclusiva ou Mecânica	Ocorre devido a uma ação irritativa local (geralmente em áreas de contato com as vestimentas) seguida de infecção bacteriana.

Solar ou Estival	Decorrente de edema óstio folicular devido a queimadura solar agravado pela oleosidade ocasionada por protetores e produtos cosméticos pós-sol.
Rosácea	Doença inflamatória crônica que apresenta episódios de exacerbações agudas principalmente na face. Caracterizando-se por ruborização, eritema persistente, telangiectasias, pápulas, pústulas e edema

Fonte: Adaptado de Manfrinato (2009).

Para a garantia do tratamento, é fundamental que se identifique o tipo e a gravidade da acne, sendo a acne mais branda tratada somente com produtos de uso tópico, enquanto a moderada e severa requer associação de tratamento sistêmico (SARRUF, 2020).

2.2.1 Acne Vulgar

A acne é uma erupção polimorfa, caracterizada pela presença de comedões, pápulas, pústulas, nódulos císticos com grau variável de inflamação e cicatriz (AZULAY, 2011 p. 508).

“É uma patologia que tem como característica o aumento da produção sebácea, que promove obstrução do folículo pilossebáceo e gera inflamação local” (Oliveira, 2014 p.82).

Conhecida como doença dos adolescentes, e em geral regride espontaneamente após os 20 anos de idade. (AZULAY, 2011). De acordo com Costa, *et al* (2008, p.14), a prevalência da acne varia entre 35% e 90% nos adolescentes, com incidência de 79 a 95% entre os adolescentes do ocidente; pode chegar a 100% em ambos os sexos. “Ataca os dois sexos em razão dos hormônios sexuais e predisposição genética” (ALBERINI, 2020 p. 46)

Por ser considerada um processo normal do desenvolvimento, há um atraso na procura de ajuda médica que pode levar ao desenvolvimento de cicatrizes tanto a nível cutâneo como a nível psico-social. Por esta razão é muito importante um tratamento adequado e precoce, que reduza a frequência e gravidade das exacerbações, bem como o número de cicatrizes. (VAZ, 2003, p.561).

Soutor (2015, p.138), Afirma que a “acne e os distúrbios pilossebáceos relacionados raramente causam problemas sistêmicos graves, mas estão entre as doenças que mais causam sofrimento psicossocial”.

“É uma doença genético-hormonal, autolimitada e localizada no folículo pilossebáceo, comprometendo as regiões onde as glândulas sebáceas estão em maior volume e quantidade como ombros, peito, costas e face”. (KASHIWABARA, “*et al*” 2016, p.95).

A patogênese da acne é complexa e há diversos fatores que contribuem para o desenvolvimento da lesão acne, como hiperproliferação bacteriana, hormônios androgênicos, bactéria lipofílica resistente (*P. Acnes*), herança genética, estresse emocional. Diversos fatores influenciam na evolução e na gravidade da acne. (SOUTOR, 2015).

A acne é conhecida como uma doença crônica do aparelho pilossebáceo, que envolve uma hiperatividade do mesmo, resultando em aumento de produção sebácea. Isso contribui com a criação de um ambiente favorável para a proliferação de *Propionibacterium acnes*, a qual secreta em seu metabolismo uma variedade de substâncias extracelulares que são pró-inflamatórias e levam à desorganização da parede folicular, maior inflamação e as subsequentes sequelas imunológicas. (SOUZA, 2010, p.13).

“A acne é diagnosticada clinicamente por meio da verificação da presença de lesões localizadas, principalmente, na face, no dorso e no tórax, caracterizadas pela existência do comedão.” (DE OLIVEIRA, 2020 p.61).

“Existem vários tipos de acnes e estas podem ser classificadas como não inflamatórias (comedões) e inflamatórias (pápulas, nódulos e cistos)”. (BORGES, 2021 p. 91). Conforme o quadro abaixo:

QUADRO 2 - Termos utilizados para descrição das lesões

TIPO DE LESÃO	CARACTERÍSTICAS
COMEDÃO	Lesão elementar da acne, surgindo em consequência da hiperqueratose de retenção do folículo pilossebáceo.
PÁPULA	Área de eritema e edema em redor do comedão, com pequenas dimensões (até 3 mm).
PÚSTULA	Conteúdo purulento e normalmente doloroso, acompanhado de prurido.

NÓDULO	Idêntico à pápula, mas com dimensões de até 2 cm.
CISTO:	Grande comedão que sofre várias rupturas e recapsulações, contendo um conteúdo pastoso e caseoso.
CICATRIZ:	Depressão irregular coberta de pele atrofica, resultante da destruição do folículo pilosebáceo por reação inflamatória.

Fonte: De Oliveira (2020)

“As formas mais intensas de acne são mais comuns no sexo masculino, porém costuma ser mais persistente no sexo feminino, o que é explicado pela alta frequência de distúrbios endócrinos.” (AZULAY, 2011 p. 506)

2.2.2 Etiopatogenia da acne vulgar

“Existem quatro fatores que favorecem o aparecimento da acne: hiperqueratinização folicular, hipersecreção sebácea, disfunções hormonais e proliferação de bactérias”. (GOMES, 2016 p.166).

O processo inicia-se com a hipersecreção do sebo, por efeito hormonal (AZULAY, 2011 p.507). As glândulas sebáceas secretam o sebo para a superfície da pele através do óstio do folículo pilosebáceo. Tal excreção, é controlada por hormônios que agem sobre as glândulas sebáceas. Na puberdade essas glândulas se tornam mais ativas por conta dessa influência androgênica. Já na fase adulta essa hipersecreção tende a se atenuar, reduzindo a formação da acne, mas os hormônios continuam em atividade sobre as glândulas (ALBERINI, 2020).

O sebo é produzido pelas glândulas sebáceas e tem como função lubrificar a parte externa da pele e é um dos componentes do manto lipídico (AZULAY, 2011).

O hormônio que regula a secreção de lipídios nos homens é a testosterona, já nas mulheres é decorrente do aumento imediato do hormônio luteinizante em seguida à ovulação, que estimula a atividade das glândulas sebáceas. (RIBEIRO; GANTE, 2022).

"São diversos fatores que levam à hiperqueratinização folicular. Ela ocorre devido a uma hiperproliferação dos queratinócitos e/ou separação inadequada dos queratinócitos ductuais." (ALBERINI, 2020 p. 47)"

Nos portadores de acne, os queratinócitos fixam-se entre si, e criam aglomerados de queratinócitos que bloqueiam o folículo, dando origem aos comedões. (ALBERINI, 2020).

Com a retenção de sebo ocorre a multiplicação de microrganismos, entre eles o *Propionibacterium Acnes*. “O *P. Acnes* produz lipases e estas atuam, por sua vez, sobre triglicerídeos, liberando ácidos graxos livres, os quais têm capacidade irritativa.” (AZULAY, 2011 p. 507) Gerando assim, a pústula.

2.2.3 Graus da acne

“A acne é constituída por um conjunto de lesões, as quais, isoladas ou em conjunto, definem o tipo e gravidade da acne”. (FIGUEIREDO et al, 2011, p.60).

De acordo com Sampaio (2008), a acne é dividida em graus:

QUADRO 3 - Graus da acne

Grau	Característica
I	Presença de comedos, existência de algumas pápulas e raras pústulas foliculares
II	Presença de comedos abertos, de pápulas, com ou sem eritema inflamatório e de pústulas
III	Apresenta comedões abertos, pápulas, pústulas e seborréia
IV	Constitui uma forma grave de acne em que, ao quadro anterior, associam-se nódulos purulentos, numerosos e grandes, formando abscessos e fístulas que drenam pus
V	É uma forma extremamente rara em nosso meio, na qual, em quadro de acne nódulo abscedente ou conglobata, surgem febre, leucocitose, poliartralgia, com eritema inflamatório ou necrose hemorragia em algumas lesões.

Fonte: Sampaio (2008)

Borges (2010, p.349) afirma que para o tratamento da “Acne de graus III e acima, somente médicos dermatologistas”.

Deve ser identificado o tipo de acne e grau correspondente corretamente, juntamente a melhor opção de tratamento disponível. A acne grau I e II responde bem aos tratamentos estéticos, enquanto as acnes de grau III, IV e V, têm melhores resultados quando acompanhadas de terapia medicamentosa associado ao tratamento estético, pós fase de controle da doença. (CAMPOS, 2019).

O diagnóstico é baseado, principalmente, no quadro clínico que se caracteriza pelo polimorfismo. De acordo com o número e tipo de lesões, definem-se as formas de erupção acneiforme. (STEINER; HADDAD, 2010).

Os procedimentos para tratamento da acne devem ser iniciados e ministrados de acordo com o tipo de lesão e o grau de comprometimento (CAMPBELL et al., 2003; SAMPAIO; BAGATIN, 2008).

O tratamento da acne deve ser o mais precoce possível, para evitar cicatrizes físicas e psicossociais, devendo abordar todos ou o máximo possível de fatores envolvidos na etiopatogenia da doença. (MONTEIRO, 2009).

Para o tratamento deve ser levado em consideração a gravidade da acne a qual se relaciona com o aspecto físico, efeitos psicológicos, duração da moléstia, insucesso com tratamentos anteriores e presença de cicatrizes (LEBWOHE et al., 2004).

Conseqüentemente o tratamento deve visar (1) à desobstrução dos comedões por meios físicos e químicos; (2) à diminuição do conteúdo bacteriano por meio de quimioterápicos locais ou antibióticos; (3) à aceleração da esfoliação da epiderme; (4) diminuição do sebo; e (5) à diminuição da inflamação. (AZULAY, 2011 p. 509)

2.3 PEELING QUÍMICO

O termo *peeling* vem do inglês e significa descamar. É também conhecido como quimioesfoliação, remove as camadas mais externas da pele a fim de melhorar a função geral e a aparência da pele. (SMALL, 2014).

Consiste na aplicação de um ou mais agentes esfoliantes na pele, resultando em uma lesão programada e controlada de partes da epiderme e/ou derme seguida de regeneração dos tecidos. (BORGES, 2016).

Para Small (2014), *Peelings* químicos são ácidos aplicados topicamente para remover as camadas mais superficiais da pele. Podem ser classificados de acordo com o seu potencial de permeação: superficiais, médios ou profundos; descritos na tabela abaixo.

QUADRO 4 - Níveis de profundidade do peeling

Nível de <i>peeling</i>	Profundidade
Nível 1 Muito superficial (esfoliação)	Afina ou remove o estrato córneo e não cria lesão abaixo do estrato granuloso
Nível 2 Superficial (epidérmico)	Cria necrose de parte ou de toda a epiderme, em qualquer parte do estrato granuloso até a camada basal
Nível 3 Médio (dérmico papilar)	Cria necrose da epiderme e de parte ou de toda a derme reticular superior
Nível 4 Profundo (dérmico reticular)	Cria necrose da epiderme e da derme papilar, que se estende até a derme reticular média.

Fonte: BORGES (2010)

A esfoliação superficial com peelings químicos é utilizada para ajudar a manter o folículo livre de sujidades e permitir uma penetração mais eficaz dos produtos tópicos. (SMALL, 2014).

De acordo com Draelos (2012, p. 377), “descamadores químicos superficiais são geralmente seguros e podem ser utilizados em todos os tipos Fitzpatrick de pele”. E Draelos (2012) cita ainda as duas principais classes de ácidos utilizados para tratar a acne: os alfa-hidroxiácidos e os beta-hidroxiácidos.

“Os AHA ocorrem naturalmente em frutas, cana-de-açúcar e iogurte, e incluem o ácido glicólico, o ácido láctico, o ácido málico, o ácido tartárico e o ácido cítrico.”

Os alfa-hidroxiácidos (AHA) são utilizados no tratamento da acne devido a capacidade dos mesmos em diminuir a coesão dos corneócitos em baixas concentrações e provocar separação dos queratinócitos e epidermólise em concentrações mais elevadas, o que fornece a razão fundamental para o seu uso em formulações tópicas. (NARDIN, 1999, p.10).

Os beta-hidroxiácidos apresentam um grupo hidroxil na posição beta, possui como integrante o ácido salicílico, que tem ação queratoplástica em concentração até 2% e queratolítica acima de 2%. (ASSAFIM, 2007).

2.3.1 Ácido glicólico

O ácido glicólico é um alfa-hidroxiácido originado da cana de açúcar. É hidrossolúvel, penetra na epiderme e age pela descamação do estrato córneo, através do rompimento das ligações desmossômicas dos corneócitos. (SMALL, 2014).

Por ser de baixo peso molecular tem rápida penetração e absorção, além de baixo poder de fotossensibilizante (CUNHA et al.; 2009). Segundo Guirro e Guirro 2004. O ácido glicólico apresenta resultados benéficos no tratamento de acne tanto em baixa concentração quanto em alta.

Borges (2016, p.103) cita o ácido glicólico como o mais utilizado na área da dermatologia estética. “Não é tóxico sistemicamente, é pouco irritativo e pouco fotossensibilizante”.

“Por ser um ácido queratolítico, diminui a hiperqueratinização folicular nas peles acneicas, auxiliando no seu controle.” (TASSINARY, 2018 p. 160)

É indicado em todos os tipos de pele e em qualquer região corporal, para tratar melasma, acne, estrias, rugas finas e lesões de fotoenvelhecimento. (BORGES, 2010)

2.3.2 Ácido salicílico

O ácido salicílico é amplamente utilizado em peelings superficiais devido ao seu poder esfoliativo, queratolítico e queratoplástico (KONTOCHRISTOPOULOS; PLATSIDAKI, 2017; FASIH; ARIF, 2016).

É um beta-hidroxiácido (BHA), que diferentemente de outros ácidos orgânicos, não apresenta afinidade com a água. É um ativo lipofílico e sebotático, que age como regulador da função sebácea (Tassinary, 2018).

Sua ação lipofílica permite a penetração e dissolução no sebo o que o torna especial para o tratamento da acne. (Small, 2014)

É também empregado no tratamento da acne, por ser comedolítico e antiinflamatório (Azulay, 2011)

Por ser um agente com propriedades queratolíticas e sebstática o ácido salicílico diminui a coesão dos corneócitos e desobstrui os folículos pilossebáceos, estimulando o processo de renovação celular epidermal. (Tassinary, 2018)

Draelos (2012), também destaca o efeito de diminuição do tamanho dos poros e de prevenção na formação de acnes.

Borges (2010 p.344) afirma que geralmente é associado a outras substâncias, pois "isoladamente não tem potência suficiente para atuar como agente de peeling químico, sendo sempre muito superficial". Portanto a junção com o ácido glicólico se torna complementar e potencializador ao poder de ação do ácido salicílico.

3 METODOLOGIA DA PESQUISA

Este trabalho apresenta-se como uma pesquisa de cunho quanti-qualitativa do tipo caso clínico. Para a coleta de dados foi aplicado um questionário, o qual é padronizado pela instituição de ensino, e apresenta perguntas abertas e fechadas.

Utilizado como uma importante ferramenta de coleta de dados, os questionários são usados como parte de muitas pesquisas e estudos. A utilização desse método favorece o conhecimento e entendimento do cliente/paciente, de sua rotina e de suas queixas em relação à estética facial.

Nesta pesquisa, no primeiro contato foi realizada a avaliação do modelo incluindo entrevista, preenchimento da ficha de anamnese, avaliação visual, palpatória e fotodocumentação. Para a foto documentação utilizou-se a câmera do Iphone 13 com distância de 109 cm do pedestal e 70 cm de distância da parede, e fundo preto. Com base nos resultados obtidos determinou-se o procedimento estético realizado.

Os materiais utilizados na pesquisa foram: Sabonete Glico Ativo, da marca Adcos nº Anvisa: 220280090; Peeling Químico Glicosálix Peeling, da marca Spa da Pele nº Anvisa 2.04.636-1; Sérum Pérolas Spa Aknes da marca Spa da Pele nº Anvisa: 221700071; Black Mask da marca Spa da Pele nº Anvisa: 25351.471021/2011-18.

Os atendimentos foram realizados no turno da noite durante a Disciplina de Práticas Faciais, foram 11 sessões com duração média de 60 minutos, e foram supervisionados pela professora da instituição SENAC, graduada em Fisioterapia e pós-graduada em Fisioterapia Dermato-Funcional.

3.1 PLANO DE TRATAMENTO

Para o tratamento da respectiva queixa do paciente, elencamos o seguinte protocolo, com atendimentos semanais: 3 sessões de limpeza de pele uma na primeira sessão, uma na quinta sessão e outra na última sessão. E 8 sessões de peeling químico.

Sequência da limpeza de pele:

Higienização: Sabonete facial glico ativo - Adcos;

Esfoliação: Esfoliante físico e enzimático - Extratos da Terra;

Emoliência: Aplicou-se o creme emoliente - Extratos da Terra em toda a face e em seguida o rosto foi coberto com algodão embebido em solução de trietanolamina - Adcos, e seguido pelo vapor de ozônio direcionado sobre a face pelo tempo de 15 minutos;

Extração: Realizou-se a extração dos comedões e pústulas de forma manual e com extrator, em seguida feito a remoção com algodão e água e aplicação do alta frequência pelo tempo de 5 minutos;

Tonificação: Aplicação do tônico suavizante - Adcos; e aplicação da

Máscara: calmante Betacalm - Adcos com 15 minutos de ação e feito a remoção;

Hidratação: Aplicação do sérum anti-acne Spa Akness e finalização com filtro solar secativo - Adcos.

A sequência de aplicação do peeling químico foi da seguinte forma:

Aplicação do sabonete glico ativo por 2 minutos, em seguida feito a remoção com gaze embebida em água. Secagem total da pele com papel toalha, aplicação de gaze embebido em álcool a 70% com movimentos de arraste por toda a face, exceto área dos olhos, lábios e região de barba. Após, foi aplicado 1ml do peeling de ácido glicólico e salicílico a 10% na mesma região citada anteriormente, pelo tempo de ação de 20 minutos, e em seguida feito a remoção com gaze embebida em água. Sucessivamente aplicou-se a máscara de carvão ativo com 20 minutos de permanência, e foi removida. Finalizou-se com a aplicação do sérum anti-acne Spa Akness e filtro solar secativo - Adcos.

O paciente já fazia uso de produtos home care: sabonete líquido para pele oleosa, hidratante para pele acneica e filtro solar oil free, diariamente. Portanto, só foi orientado a continuar com os cuidados e redobrar a atenção com a proteção solar.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Após a realização do tratamento proposto, observou-se melhora no aspecto geral da pele: uma coloração mais uniforme, o clareamento das hiperpigmentações pós-inflamatórias, diminuição de comedões e redução da oleosidade, porém com a manutenção da luminosidade. Conforme abaixo, as figuras 1, 2 e 3.

Figura 1 - Foto do antes e depois



Fonte: As autoras (2022)

Figura 2 - Foto do antes e depois lado direito



Fonte: As autoras (2022)

Figura 3 - Foto do antes e depois lado esquerdo



Fonte: As autoras (2022)

Vale ressaltar, que da primeira a quinta sessão observamos uma melhora significativa no quadro inflamatório da acne: uma pele sem a presença de pápulas e pústulas, com a coloração mais uniforme e com diminuição da oleosidade. Onde o próprio paciente confirmou e demonstrou satisfação com a terapêutica. Porém com o avanço do tratamento, pápulas e pústulas ressurgiram. Por se tratar de causas multifatoriais, nas quais estão relacionados fatores hormonais, emocionais, psicológicos e alimentares, não é possível saber o motivo da recidiva das lesões inflamatórias.

De acordo com o estudo ILKNUR *et al* (2010) onde também foi utilizado o peeling de ácido glicólico para o tratamento de acne vulgar, porém em concentração maior e por um período de tratamento mais longo (6 meses). Houve uma diminuição estatisticamente significativa no número de lesões não inflamatórias após o primeiro mês. Já nas lesões inflamatórias após o quinto mês. Esses resultados corroboram aos encontrados neste estudo, onde as lesões não inflamatórias obtiveram considerável melhora em dois meses, entretanto as inflamatórias não apresentaram uma redução significativa nesse mesmo tempo.

Já em outro estudo, semelhante a este, os autores ALBA *et al* (2016) utilizaram o ácido salicílico a 10%, com aplicações semanais, no total de 10 sessões. Obtiveram resultados significativos na redução de pápulas, pústulas e comedões ao término do tratamento.

Frente aos dados acima fica evidente que o peeling químico superficial de ácido salicílico e glicólico apresentam resultados benéficos para o tratamento da acne vulgar, mas sugerimos que novos estudos sejam realizados, a fim de mostrar os diferentes resultados que mudanças de: concentração, tempo de tratamento, etnia, sexo, idade e etc. podem gerar ao final do tratamento.

5 CONCLUSÃO

Verificou-se que os peelings de ácido salicílico e glicólico apresentam efeitos satisfatórios devido às características anti-inflamatória, bacteriostática, queratolítica e sebotática as quais favorecem a diminuição da atividade da glândula sebácea e da queratinização folicular.

É importante destacar que a adesão do paciente ao tratamento também é de suma importância, bem como adotar cuidados cosméticos na higiene, hidratação e fotoproteção da pele, visando minimizar o surgimento de novas lesões e prevenir o desenvolvimento de cicatrizes, evitando assim danos futuros na pele e o abalo na autoestima do paciente.

REFERÊNCIAS

ALBA, M. N; *et al.* Comparação clínica de peeling de ácido salicílico e fototerapia com LED Laser no tratamento da acne vulgar em adolescentes. **Journal of Cosmetic and Laser Therapy**. 2016. Disponível em:

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14764172.2016.1247961>

Acesso em: 28 nov. 2022.

ALBERINI, Rita de Cássia. **Dermatoterapia funcional**. Curitiba: Contentus, 2020. Disponível em:

<https://plataforma.bvirtual.com.br/Leitor/Publicacao/185701/pdf/0?code=5NmC1a7vZ A7hBrUv7rTVWZvabeKZ1N6uNOYj6ZN8druiwYVjE9iShdTxIV/EemaomZ3gPO+H0sp qppapFTDqQg==>. Acesso em: 19 jul. 2022.

ASSAFIM, Marina. Estudo Científico sobre Peeling. **Revista Vida Estética**. Rio de Janeiro, n.125, p.13-18, mar./abril 2007.

AZULAY, Rubem David; AZULAY, David Rubem; AZULAY- ABULAFIA, Luna. **Dermatologia**. 5. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

BORGES, Fábio dos Santos. **Dermato-funcional: modalidades terapêuticas nas disfunções estéticas**. 1. ed. São Paulo: Phorte Editora, 2006.

BORGES, Fábio dos Santos. **Dermato-funcional: modalidades terapêuticas nas disfunções estéticas**. 2. ed. São Paulo: Phorte Editora, 2010.

BORGES, Beatriz Essenfelder. **Fisiopatologia da pele**. Curitiba: Contentus. 2021.

BORGES, Fábio dos Santos; SCORZA, Flávia Acedo (org.). **Terapêutica em estética: Conceitos e Técnicas**. 1. ed. São Paulo: Phorte Editora, 2016.

CAMPOS, Andressa Gonçalves Cavalcanti. **Acne: Manifestações Clínicas e Abordagens Terapêuticas**. Pouso Alegre-MG: 2019.

COSTA, Adilson. **Tratado internacional de Cosmecêuticos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

COSTA, Adilson; ALCHORNE, Maurício Motta de Avelar; GOLDSCHMIDT, Maria Cristina Bezzan. **Fatores etiopatogênicos da acne vulgar**. V 83 Anais Brasileiros de Dermatologia, Rio de Janeiro, 2008.

CUNHA, Carolina Maria Pires; *et al.* Efeito da microcorrente associada ao ácido glicólico no tratamento da acne: relatos de casos. **Moderna Fisio**, v. 1, n. 1, 2009. Disponível em: <https://www.dermatofuncional.cl/wp-content/uploads/2015/03/Microcorriente-y-Acido-Glicolico-en-Acne-BR.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2022.

DAL GOBBO, Priscila. **Estética facial essencial: orientações para o profissional de estética**. São Paulo: Atheneu, 2010.

DE OLIVEIRA, Aline Zulte; TORQUETTI, Camila Barbosa; NASCIMENTO, Lais Paula Ricardo. **O tratamento da acne é associado à limpeza de pele.** Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde, ReBIS (2020) Disponível em: <https://revistarebis.rebis.com.br/index.php/rebis/article/view/110> . Acesso em: 12. Maio. 2022.

DRAELOS, Zoe Diana. **Dermatologia Cosmética: Produtos e procedimentos.** 1. ed. Santos - SP: Livraria santos, 2012. 550 p.

FIGUEIREDO, A.; MASSA, A.; PICOTO, A.; SOARES, A.P.; BASTOS, A.S.; LOPES, C.; RESENDE, C.; REBELO, C.; BRANDÃO, F.M.; PINTO, G.M.; OLIVEIRA, H.S.; SELORES, M.; GONÇALO, M.; BELLO, R.T. Avaliação e tratamento do doente com acne – Parte I: Epidemiologia, etiopatogenia, clínica, classificação, impacto psicossocial, mitos e realidades, diagnóstico diferencial e estudos complementares. **Revista Portuguesa Clínica Geral**, v.27, p.59-65, 2011.

FITZPATRICK E. James; AELING L. John. **Segredos em dermatologia: respostas necessárias ao dia-a-dia.** Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

GIARETTA, Eliana. **Dermomicropigmentação: arte e responsabilidade.** 7. ed. São Paulo. Itatiba, 2018.

GUIRRO, Elaine Caldeira de O.; GUIRRO, Rinaldo Roberto de J. **Fisioterapia Dermato-Funcional: Fundamentos Recursos Patologias.** 3. ed. rev. e aum. Barueri, SP: Manole, 2004.

HARRIS, Maria Inês Nogueira de. **Pele: estrutura, propriedades e envelhecimento.** 3.ed. Senac, 2003.

HILL, Pamela. **Microdermoabrasão: anatomia da pele, cuidados com a pele, tratamentos.** 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2016.

JACOMINI, Liana da silva. **Estética e Imagem Pessoal.** Curitiba: Editora do Livro Técnico, 2014.

KAMIZATO, Karina Kiyoko; BRITO, Silvia Gonçalves. **Técnicas estéticas faciais.** São Paulo: Érica, 2014.

KASHIWABARA; TATILIANA. **Medicina Ambulatória IV: Com ênfase em dermatologia.** 4ª ed. Montes Claros: Dejam, 2016. Disponível em: researchgate.net/profile/Kashiwabara-Kashiwabara/publication/332762755_1_-_MEDICINA_AMBULATORIAL_7/links/5cc852044585156cd7bc10ec/1-MEDICINA-AMBULATORIAL-7.pdf#page=13. Acesso em: 02 de jun. de 2022.

KEDE, Maria Paulina Villarejo, SABATOVICH, Oley. **Dermatologia e Estética.** 3ª Edição. São Paulo: Atheneu.2015.

KONTOCHRISTOPOULOS, G.; PLATSIDAKI, E. Chemical peels in active acne and acne scars, **Clin Dermatol**, v. 35, n. 2, p. 179-182, 2017.

LÚCIA VAZ, Ana. **Acne vulgar**: bases para o seu tratamento. Rev Port Clin Geral Rev Port Clin Geral 2003; Disponível em: <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/9989/9727> Acesso em : 25. maio 2022.

MANFRINATO, G. L. **Acupuntura estética no tratamento da acne** (estudo de caso). 2009. 58f. Monografia (Especialização em Acupuntura) – Instituto Brasileiro de Therapias e Ensino, Maringá, 2009. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/viewFile/711/1018> Acesso em 02 de jun. de 2022.

NARDIN, P Gutterres. **Alfa-Hidroxiácidos: Aplicações Cosméticas e Dermatológicas**. Caderno de Farmácia, v15, n. 1, p.7-14, 1999. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/19373>. Acesso em: 23 de jun. de 2022.

OLIVEIRA, Andrea Lourenço de. **De esteticista para esteticista**: diversificando os protocolos faciais e corporais aplicados na área De estética/Andrea Lourenço de Oliveira. – 1.ed. – São Paulo: Matrix, 2014. 112 p.

RIBEIRO, Cristiane; GANTE, Regina. **Pele com acne**: conceito, tratamento e protocolos estéticos. Santo André, SP: Difusão, 2022. Disponível em: <https://plataforma.bvirtual.com.br/Leitor/Publicacao/203081/pdf/0?code=n63t6O6upE CAbPGw7+hF3lsNv65mrjbPYtfNAB0TAttQLBKZ+tJD79fwaCNLL3GdpRp8xtm43kxJER8c4Hb1og==>. Acesso em: 21 jul. 2022.

SAMPAIO, S. A. P. RIVITTI. E, A. **Dermatologia**. 3.ed. São Paulo: Artes Médicas; 2008. Disponível em: http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/2008/pdf_329 Acesso 08 de jun. 2022.

SMALL, Rebecca; HOANG, Dalano; LINDER, Jennifer. **Guia prático de peelings químicos, microdermoabrasão & produtos tópicos**. Rio de Janeiro: DiLivros, 2014.

SARRUF, Fernanda Daud; *et al.* ACNE VULGAR: ASPECTOS GERAIS E ATUALIZAÇÕES NO PROTOCOLO DE TRATAMENTO. **Bws Journal**, [s.], v. 3, p. 1-13, 19 out. 2020. Disponível em: <https://bwsjournal.emnuvens.com.br/bwsj/article/view/125/77>. Aceso em 18 jun. 2022.

STEINER, D.; HADDAD, G. R. **Como Diagnosticar e Tratar Acne**. Revista Brasileira de Medicina, v.67, abr.2010.

SOUTOR, Carol. **Dermatologia clínica**. Porto Alegre: AMGH Editora Ltda. 2015.

SOUZA, Valeria Maria de. **Ativos Dermatológicos**. São Paulo: Pharmabooks, 2010.

TASSINARY, João. **Raciocínio clínico aplicado à estética facial**. 1. ed. Lajeado: Estética Experts, 2019.

TASSINARY, João: GOELZER NETO, Cláudio Fernando. **Peelings químicos magistrais**: Abordagens Terapêuticas. Lajeado: Estética Experts, 2018.

ANEXO A: FICHA DE ANAMNESE FACIAL

FACULDADE SENAC BLUMENAU

AVALIAÇÃO FACIAL

DADOS PESSOAIS

Nome: _____ **Data de Nascimento:** _____

Idade: _____ **Endereço:** _____

E-mail: _____ **Fone Res:** _____

Fone Com.: _____ **Cel:** _____ **Profissão:** _____

Carga Horária: _____ **Estado Civil:** _____ **Filhos:** _____ **Idade dos Filhos:** _____

Em caso de emergência avisar: _____ **Fone:** _____

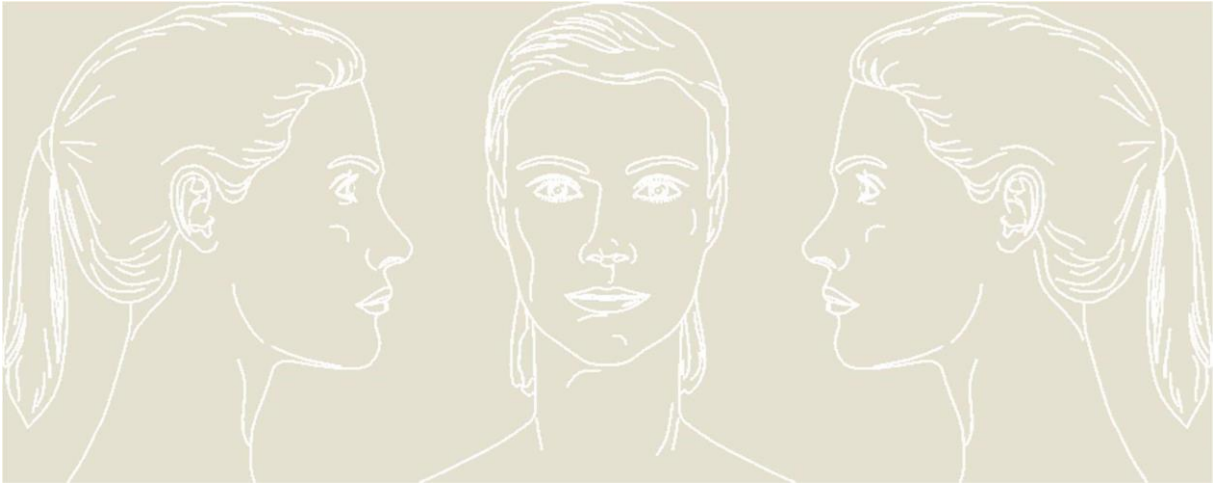
Médico: _____ **Fone:** _____ **Convênio:** _____

Queixa principal: _____

HISTÓRICO

	Sim	Não	
Antecedentes cirúrgicos?			Quais?
Funcionamento intestinal regular?			
Pratica atividade física?			Quais?
É fumante?			
Ingere líquido diariamente?			Quantos copos?
É gestante?			
Está amamentando?			
Filhos?			Quantos?
Faz algum tratamento médico?			Qual?
Usa ou usou ácido na pele?			Quais?
Cuidados diários e produtos em uso?			Quais?
Marcapasso?			
Prótese metálica?			Onde?

EXAME VISUAL



DISCROMIAS

- Hipocromias Acromias Vitiligo Albinismo Hiperacromias Efélides/sardas
 Melasma/cloasma Melanose solar Melanose periocular

ALTERAÇÕES VASCULARES

- Cianose Eritema Hematoma Petéquias Telangiectasias Rosácea

FORMAÇÕES SÓLIDAS

- Comedões Abertos Comedões Fechados Nódulos Pápulas Verrugas Millium

FORMAÇÕES LÍQUIDAS

- Bolha Pústula Vesícula

SEQUELAS

- Cicatriz Atrofia

LESÕES ELEMENTARES

- Crosta Descamação Escoriação Fissura Psoríase Eczema Foliculite Xantelasma
 Outras _____

HIDRATAÇÃO

- Desidratada Normal

PELOS

- Hipertricose Hirsutismo

EXAME CUTÂNEO

TIPO DE PELE

- Pele eudérmica Pele lipídica Pele alípica Pele mista Pele desidratada Pele acneica grau _____

PIGMENTAÇÃO

- Branca Morena Clara Morena Negra Asiática

FOTOTIPO

- I II III IV V VI

ÓSTEOS PILO-SEBÁCEOS

- Normal Dilatados

SUPERFÍCIE

- Lisa Áspera Fina Grossa Flácida

ANEXO B**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Eu, _____, abaixo assinado (a), concordo em participar como objeto de pesquisa e declaro que estou suficientemente esclarecido (a) sobre o objetivo da atividade e os procedimentos metodológicos que serão aplicados.

Para tanto, expresso aqui meu **consentimento espontâneo, livre e esclarecido**, possibilitando aos acadêmicos da Faculdade Senac de Blumenau a realização dos estudos. Concordo ainda, com a divulgação dos dados, informações e imagens que possam vir a ser geradas durante a execução dos trabalhos da pesquisa, desde que seja resguardado o sigilo previsto em Lei.

Blumenau (SC), ____ de _____ de 2021.

Assinatura do Responsável

CPF/CNPJ: _____

Telefone: () _____