



Maria Manuel Baía de Melo Magalhães Gonçalves

CUIDADOS DERMOCOSMÉTICOS NA ROSÁCEA

Monografia realizada no âmbito da unidade Estágio Curricular do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, orientada pela Professora Doutora Maria Eugénia Soares Rodrigues Tavares Pina e apresentada à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra

Julho 2016



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Maria Manuel Baía de Melo Magalhães Gonçalves

Cuidados Dermocosméticos na Rosácea

Monografia realizada no âmbito da unidade Estágio Curricular do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, orientada pela Professora Doutora Maria Eugénia Soares Rodrigues Tavares Pina e apresentada à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra

Julho 2016



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

A Tutora

(Professora Doutora Maria Eugénia Soares Rodrigues Tavares Pina)

A Aluna

(Maria Manuel Baía de Melo Magalhães Gonçalves)



Eu, Maria Manuel Baía de Melo Magalhães Gonçalves, estudante do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, com o número 2011112399, declaro assumir toda a responsabilidade pelo conteúdo da Monografia apresentado à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, no âmbito da unidade Estágio Curricular.

Mais declaro que este é um trabalho original e que toda e qualquer afirmação ou expressão, por mim utilizada, está referenciada na Bibliografia desta Monografia, segundo os critérios bibliográficos legalmente estabelecidos, salvaguardando sempre os direitos de autor, à exceção das minhas opiniões pessoais.

Coimbra, 14 de Julho de 2016

(Maria Manuel Baía de Melo Magalhães Gonçalves)

Agradecimentos

Quero agradecer aos meus pais por tornarem possível este dia, que representa o final de uma etapa sinuosa, mas feliz. Ao meu Pai por ser um exemplo de responsabilidade e trabalho árduo, à minha Mãe por me ter acompanhado de forma incondicional durante todo este percurso. São o meu exemplo de pais, de pessoas e acima de tudo, amigos.

Ao meu irmão pelo interesse diário em relação ao meu futuro e por todos os conselhos que me ajudaram a ultrapassar diversos obstáculos.

Aos meus amigos obrigada por crescerem ao meu lado, por me moldarem como pessoa, por me tornarem mais feliz e orgulhosa de vos ter como amigos. Às incansáveis amigas da Faculdade por vos ter conhecido e por saber que ficaram para a vida.

À Professora Eugénia Pina pela liberdade de escolha do tema desta monografia, porque a área da Dermocosmética sempre me despertou interesse.

À São por tornar as minhas quartas-feiras animadas e sempre a elevar a minha confiança.

Ao Alexandre por ter sido o meu suporte constante e acreditar em mim, todos os dias

Dedico este trabalho aos meus queridos avós e à querida Tia Nela que partiram tão cedo, mas que estão no meu coração todos os dias.

ÍNDICE

ABREVIATURAS.....	ii
RESUMO.....	iii
ABSTRACT.....	iv
1. CONTEXTUALIZAÇÃO.....	1
2. A BARREIRA CUTÂNEA.....	3
3. ROSÁCEA.....	4
4. EPIDEMOLOGIA.....	6
5. FISIOPATOLOGIA.....	7
6. DIAGNÓSTICO.....	7
6.1. Diagnóstico Diferencial.....	8
7. TRÍADE DE CUIDADOS DA ROSÁCEA.....	8
7.1. A educação do doente.....	8
7.2. Cuidados dermocosméticos.....	8
a. Escolher o produto de limpeza – a importância de um agente suave.....	10
b. Hidratante cutâneo ou emoliente.....	13
c. Protetor solar.....	14
d. Maquiagem corretiva.....	15
7.3. Tratamento.....	16
8. TRATAMENTOS ALTERNATIVOS.....	17
9. IMPACTO SOCIAL E PSICOLÓGICO DA ROSÁCEA.....	18
10. INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA.....	19
11. CONCLUSÃO.....	21
12. BIBLIOGRAFIA.....	23
ANEXO I.....	I
ANEXO 2.....	II
ANEXO 3.....	III
ANEXO 5.....	V
ANEXO 6.....	VI

ABREVIATURAS

A/O – Emulsão água em óleo

EC - Estrato Córneo

ETR - Rosácea Eritemato-Telangiectásica

FPS - Fator Proteção Solar

INFARMED - Autoridade Nacional dos Medicamentos e Produtos de Saúde, I.P.,

IPL - Luz Intensa Pulsada

IQV-D - Índice de Qualidade de Vida-Dermatologia

MC - Maquilhagem Corretiva

NMF - *Natural Moisturizing Factor*

O/A – Emulsão óleo em água

NRS -*Nacional Rosacea Society*

PC - Produtos Cosméticos e de Higiene Corporal

PDL - *Pulsed Dye Laser*

PhR - Rosácea Fimatosa

PL - Produto de Limpeza

PPR - Rosácea Pápulo-Pustulosa

QoL - Quality of Life

TEWL - *Transepidermal Water Loss*

UV - Radiação Ultravioleta

RESUMO

A rosácea é uma dermatose inflamatória crónica, que afeta principalmente a zona central da cara, caracterizada por eritema, pápulas, pústulas, telangiectasias e nódulos. Surge entre os 30-50 anos de idade, geralmente, em pessoas de pele clara e é característica de uma pele sensível. É uma doença que conta com períodos de exacerbação de sinais e sintomas alternados com períodos de remissão. A etiologia e a fisiopatologia ainda não são totalmente conhecidas, mas parecem ser multifatoriais. Esta afeção cutânea causa impacto negativo na qualidade de vida dos doentes dado que a sua pele fica visivelmente alterada o que causa desconforto social.

O ser humano desde sempre integrou os cosméticos nos seus hábitos quotidianos. Com a evolução científica e tecnológica surgiram os cosmecêuticos ou dermocosméticos que excedem apenas o embelezamento e a limpeza característicos dos cosméticos tradicionais. Estes produtos assumem um papel relevante no controlo de muitas doenças de pele, com benefícios cutâneo e terapêutico da pele, tendo já sido evidenciadas a capacidade de aumentar a eficácia da terapia tópica e diminuição dos efeitos adversos.

O tratamento e sucesso em manter a rosácea num estado remissivo abrange três grandes segmentos: tratamento farmacológico, cuidados dermocosméticos e educação do doente. Isolados ou como complemento da terapia sistémica ou oral, os cuidados referidos são parte integrante do plano de tratamento da rosácea que na realidade, melhoram a qualidade de vida do doente, autoestima, aspeto estético e ajudam a prevenir complicações. O objetivo destes cuidados na rosácea é o de restabelecer o equilíbrio da pele, diminuindo a inflamação subjacente, sensibilidade e desidratação.

Nesta monografia pretende-se que sejam destacados os produtos de dermocosmética e cuidados a observar, que reduzem o desconforto e trazem benefício à pele reativa e sensível da rosácea. Adicionalmente, é referido o modo como o farmacêutico, agente de saúde pública, pode e deve interferir no aconselhamento e no apoio ao doente aquando da dispensa de medicação oral ou tópica para esta patologia.

Palavras-chave: rosácea, qualidade de vida, cosméticos, cosmecêuticos, dermocosméticos, cuidados da pele, pele sensível, benefício cutâneo, benefício terapêutico, controlo da rosácea, aconselhamento farmacêutico.

ABSTRACT

Rosacea is a chronic inflammatory skin disease, which mainly affects the central area of the face, is characterized by erythema, papules, pustules, telangiectasia and nodules. Arises between 30-50 years of age, usually in fair-skinned people and is characteristic of a sensitive skin. It is a disease that has periods of exacerbation of signs and symptoms alternate with periods of remission. The etiology and pathophysiology are not yet fully known, but appear to be multifactorial. This impairment causes cutaneous adverse impact on quality of life of patients since their skin is visibly altered causing social discomfort.

The human being has always integrated the cosmetics in their daily habits. With the scientific and technological developments emerged cosmeceuticals or dermocosmetics, exceeding only the beautification and cleaning characteristic of traditional cosmetics. These products play an important role in the control of many skin diseases, skin and therapeutic benefits have been evidenced the capability to increase the efficacy of topical therapy and reduction of adverse effects.

Treatment and success in keeping rosacea in remitting state encompasses three major segments: pharmacological treatment, dermatological care and patient education. Alone or as a complement to systemic or oral therapy, such care is an integral part of rosacea treatment plan that actually improve the patient's quality of life, self-esteem, aesthetic appearance and help prevent complications. The purpose of such care in rosacea is to restore the balance of the skin, reducing the underlying inflammation, sensitivity and dehydration.

This monograph is intended to be marked with dermocosmetics and care to observe that reduce the discomfort and bring benefit to the reactive and sensitive skin of rosacea. Additionally, it is referred to the way the pharmacist, public health agent, can and should interfere with counseling and support to patients when oral or topical medication waiver to this pathology.

Keywords: rosacea, quality of life, cosmetics, cosmeceuticals, skin cosmetics, skin care, sensitive skin, skin benefit, therapeutic benefit, rosacea control, pharmaceutical advice.

I. CONTEXTUALIZAÇÃO

Cosmético é uma palavra que deriva do grego “*Kosmetikos*”, de *Kosmeo*, que significa adornar, enfeitar. É inquestionável que os cosméticos acompanham a humanidade e são o reflexo da história. O culto da beleza e aparência está desde sempre enraizada no ser humano. Já os povos primitivos usavam o seu próprio corpo para fins ornamentais e religiosos, em rituais tribais e pinturas de guerra, e os primeiros registos do uso de cosméticos encontram-se no Egipto¹.

A cosmética na sua essência é apreciada como ciência e arte, e inclui a preparação e utilização de produtos que se destinam a embelezar a pele e seus anexos, quando aplicados topicamente, não abrangendo ações terapêuticas na derme, hipoderme e outros tecidos².

Anteriormente acreditava-se que o estrato córneo (EC) fosse uma camada de pele biologicamente inerte e intransponível a produtos tópicos, não exercendo qualquer ação cutânea. Todavia, estudos experimentais comprovaram que agentes tópicos podem alterar a barreira e função cutânea¹. A disfunção da barreira cutânea é um fator importante na patogénese de doenças inflamatórias de pele. Pesquisas revelaram efeitos benéficos dos cosméticos em parâmetros fisiológicos dessa barreira. Como exemplo, os hidratantes, que demonstraram melhorias significativas no estado da pele, *secura* e até na QoL (qualidade de vida, do inglês “*Quality of Life*”)³.

Atualmente o desenvolvimento dos produtos cosméticos e de higiene corporal, designados por PC, é regulamentado de forma comparável ao dos medicamentos; contudo este facto é geralmente desconhecido para a população e dermatologistas³. Nesse sentido, a legislação portuguesa relativa aos PC foi submetida a frequentes alterações, devido às maiores exigências de qualidade, segurança e eficácia, contempladas em diretivas internacionais, com o objetivo de garantir os direitos dos consumidores e a proteção da saúde pública.

Em Portugal, a Autoridade Nacional dos Medicamentos e Produtos de Saúde, I.P. (INFARMED), é responsável pela supervisão e regulamentação dos PC, garantindo que profissionais de saúde e consumidores adquiram PC de qualidade e seguros^{4,5}.

Segundo o Decreto de Lei N° 189/2008, de 24 Setembro⁵, que estabelece o regime jurídico dos PC, define PC como “qualquer substância ou preparação destinada a ser posta em contacto com as diversas partes superficiais do corpo humano (epiderme, sistemas piloso e capilar, unhas, lábios e órgãos genitais externos) ou com os dentes e as mucosas bucais, com

a finalidade de, exclusiva ou principalmente, limpá-los, perfumá-los, modificar-lhes o aspeto, protegê-los, mantê-los em bom estado ou corrigir os odores corporais”. Extrai-se desta definição que os PC são exclusivamente de uso externo².

Existem cosméticos que têm incorporadas substâncias em baixas concentrações, comuns aos dos medicamentos, com capacidade de atuar sobre a estrutura e funções da pele, com benefício cutâneo e para a saúde em geral². Para estes produtos que transpõem os cosméticos tradicionais, e que não podem ser considerados medicamentos, são apelidados de **cosmecêuticos**, do termo *cosmeceutical* (da junção de *cosmetics* com *pharmaceuticals*), ou **dermocosméticos ou cosméticos ativos**. Todos com a finalidade de provocar um resultado diferencial nos cuidados da pele. Assim um cosmecêutico ou produto dermocosmético tem benefício terapêutico na pele, mas não necessariamente um efeito biológico¹. Os dermocosméticos intersectam as áreas da medicina e estética (cosméticos), apesar de exercerem um grande impacto da QoL⁶.

Os cosméticos e dermocosméticos passaram de produtos de adorno a tratamentos projetados para a aparência e sensação da pele, acompanhados de avanços científicos e tecnológicos, que permitem desenvolver produtos de acordo com idade, etnia, hábitos de vida e tipo de pele³. A aparência da pele passa a ser um estado emocional e os dermocosméticos assumiram uma nova posição na dermatologia, como apoio no controlo de fenótipos e de muitas doenças da pele. O envolvimento destes produtos deve-se aos avanços científicos e às novas matérias-primas, que comprovam a sua real utilidade e função, e renovaram a compreensão da fisiologia normal da pele, alterando a aparência através de uma modificação física e atividade biológica^{1;3}.

Assim os dermocosméticos isoladamente ou como complemento de um tratamento farmacológico, são usados para melhorar a fotoproteção, a pele seca ou envelhecida, ou nas doenças inflamatórias como a acne, rosácea, dermatite atópica, psoríase, dermatite seborreica e entre outras doenças da pele e do cabelo³. São produtos que vão de encontro às necessidades e exigências das populações e contribuem para aumentar a QoL, humor e autoestima das pessoas³.

Face ao exposto, o objetivo da presente monografia é a abordagem sobre os cuidados e produtos dermocosméticos mais apropriados na rosácea, usados em primeira instância nos casos de rosácea ligeira ou como complemento a uma terapia farmacológica em casos de

rosácea severa. Revelam-se quais os produtos cosméticos recomendados e a evitar, e destaca-se a importância da educação do doente, através das informações mais relevantes a transmitir. Também se referem alguns tratamentos alternativos.

A intervenção farmacêutica é de extrema importância na rosácea, com o propósito de diminuir o desconforto físico e emocional nos doentes. O contributo do farmacêutico na (re) educação de hábitos e rotinas pode e deve ser feito através do aconselhamento.

2. A BARREIRA CUTÂNEA

A pele representa o maior órgão do corpo, com funções de aparência, relação e de proteção. Atua como uma barreira contra agressões externas. É composta por duas camadas, a epiderme e derme, suportadas por uma terceira camada, a hipoderme⁷.

O foco desta monografia prende-se com os cuidados da pele ao nível da camada mais superficial da pele, a epiderme, que é a barreira cutânea propriamente dita, e a mais afetada nos doentes com rosácea.

A epiderme é um epitélio de revestimento em que a camada córnea é a sua camada mais superficial. Ao contrário da derme, a epiderme não tem vasos sanguíneos, mas alimenta-se daquela, por difusão, através dos capilares da derme. É constituída maioritariamente por queratinócitos (produtores de queratina) que lhe fornecem a permeabilidade e estrutura, que ao migrarem para a superfície, vão-se estratificando, perdem os seus núcleos e transformam-se em queratinócitos mortos (chamado processo de queratinização), designados corneócitos (que são um aglomerado de queratina) que formam então a barreira córnea. Entre estes corneócitos estão os lípidos intercelulares organizados em bicamadas^{7,8}. Além dos corneócitos (com 70-80% de queratina) esta barreira é constituída por 20% de lípidos e 15% de água, responsável por proteger o meio interno da perda de água regulando assim a hidratação cutânea. Coberta por um filme hidrolipídico (sebo e suor segregados respetivamente pelas glândulas sebáceas e écrinas) que evita a desidratação⁷.

O fator de hidratação natural ou *Natural Moisturizing Factor* (NMF) que está dentro dos corneócitos, é constituído por substâncias hidrossolúveis e higroscópicas que absorvem água, e é esta água que fica retida no EC⁹. A retenção de água no NMF, através das bicamadas lipídicas e pelo filme hidrolipídico, representa a hidratação estática da pele. A água que vem da derme passa pela camada córnea até à superfície cutânea, onde é evaporada, reflete o equilíbrio entre o conteúdo de água na epiderme e a humidade relativa do meio ambiente. Este processo designa-se por perda de água transepidérmica (TEWL, do inglês “*transepidermal water loss*”) e representa a hidratação dinâmica da pele. A TEWL é um

indicador de integridade da barreira cutânea^{8,9}. A rosácea é caracterizada por uma barreira cutânea disfuncional, com aumento desta TEWL, provocando desidratação cutânea.

3. ROSÁCEA

A rosácea é uma doença inflamatória crónica da pele, que afeta os vasos sanguíneos e as glândulas sebáceas,¹⁰ principalmente na zona central do rosto (nariz, bochechas, testa e queixo), mais frequente em pessoas de pele clara, olhos e cabelos claros, geralmente de descendência irlandesa, escocesa ou da Europa do Norte e/ou com historial familiar de rosácea¹¹. Também podem ocorrer lesões em zonas com tendência a danos solares como os pavilhões auriculares, couro cabeludo, zona pré-esternal, pescoço ou parte superior das costas¹⁰. Caracteriza-se por um persistente ou recorrente eritema, pápulas, pústulas, nódulos inflamatórios e telangiectasias. A razão para afetar maioritariamente o rosto deve-se à presença abundante de glândulas sebáceas nesta região¹², a anomalias na reatividade vascular facial ou do sistema imunitário⁷. Além da diversidade de manifestações clínicas, a etiologia e fisiopatologia da rosácea permanecem desconhecidas e não existem marcadores serológicos ou histológicos¹³.

Apesar de ser uma doença que não apresenta risco de vida, tem um impacto negativo na qualidade de vida. Os doentes com rosácea têm uma maior probabilidade de experienciar depressão, fobia social, constrangimento e stress¹⁴.

A rosácea é classificada em quatro subtipos e duas variantes. Os subtipos distinguem-se pela presença de determinados sinais e sintomas designados em primários ou secundários. Um doente pode apresentar simultaneamente múltiplos subtipos, mas a evolução de um subtipo para outro ainda é controversa, apesar da sociedade norte-americana da rosácea - *National Rosacea Society* (NRS) - não excluir a progressão^{15,16}.

As manifestações da rosácea podem variar de um indivíduo para o outro, mas tem de estar presente pelo menos um dos sinais primários e podem desenvolver-se alguns sinais secundários, para que seja implementado o diagnóstico.

Os sinais primários são: *flushing* (eritema transitório) ou rubor; eritema não transitório (persistente); pápulas, pústulas e telangiectasias. Os sinais secundários incluem¹⁵: ardor ou picadas; placas; secura ocular; edema; manifestações oculares e alterações fimatosas.

A NRS criou em 2002, um sistema de classificação para esta condição, no sentido de uniformizar o diagnóstico entre clínicos. Este sistema está dividido em características primárias e secundárias, sendo que com a presença de uma ou mais características primárias já é possível diagnosticar a rosácea. Relativamente às características secundárias, estas

podem ou não estar presentes e em alguns casos, aparecem isoladamente. A combinação de dois ou mais sinais secundários não é suficiente para o diagnóstico^{17;18}. Assim apresentam-se os diferentes subtipos, variantes da rosácea e as respetivas características:^{7; 15; 17; 18; 19}

O subtipo I ou a rosácea eritemato-telangiectásica (ETR) evidencia uma pele de textura fina, caracterizada por episódios de *flushing*, que podem durar mais do que 10 minutos, e/ou eritema central facial persistente, normalmente acompanhados de picadas ou ardor, e exacerbados quando agentes tópicos são aplicados. O *flushing* pode ser causado por stress emocional, bebidas quentes, álcool, comida picante, exercício, clima quente ou frio e banhos de água quente. Também pode observar-se eritema na zona periférica da face, orelhas, pescoço e parte superior do peito. As telangiectasias são comuns, mas não necessárias para diagnóstico da ETR. A pele à volta dos olhos normalmente não é afetada. Este é considerado o subtipo de rosácea mais comum.

O subtipo II ou a rosácea pápulo-pustulosa (PPR) é a apresentação clássica da rosácea e ocorre normalmente em mulheres de meia-idade. Caracteriza-se por pápulas ou pústulas distribuídas pela zona central facial, perinasal, periocular ou perioral. Em casos mais graves podem evoluir para edema facial crónico. Distingue-se da acne pela ausência comedões. As telangiectasias são menos comuns do que o subtipo I, assim como o rubor menos frequente e menos grave. Este género de rosácea é conhecido por fenómeno de *Morbihan*. O edema periocular poderá ser a apresentação inicial da PPR.

O subtipo III ou a rosácea fimatosa (PhR) é a forma predominante nos homens. Caracteriza-se por uma pele grossa com um aumento dos orifícios nódulos superficiais irregulares, que podem ocorrer em qualquer região facial sebácea (orelhas, pálpebras, queixo, bochechas), sendo o nariz o mais afetado. É possível encontrar sinais de ETR ou PPR.

O subtipo IV ou a rosácea ocular é definida segundo a NRS por um dos seguintes sinais ou sintomas: olhos aquosos ou vermelhos; ardor ou picadas; secura ocular; comichão; fotossensibilidade; visão turva; sensação de corpo estranho no olho; telangiectasias na conjuntiva e margens palpebrares ou eritema palpebral e periocular. As manifestações oculares normalmente precedem os sinais das manifestações cutâneas, mas também podem ocorrer simultaneamente. Outros sintomas comuns são a blefarite, conjuntivite e margens palpebrares irregulares, calázio (quisto da pálpebra causado pela inflamação das glândulas de *Meibomius*) e hordéolo (popularmente conhecido como terçolho). Os doentes com rosácea

cutânea devem ser reencaminhados para um oftalmologista quando apresentam desconforto ocular ou hiperémia conjuntival, garantindo um menor risco de perda visual. Afeta igualmente os dois sexos ao contrário da rosácea facial²⁰.

A rosácea granulomatosa é a variante rara da rosácea, caracterizada por pápulas ou nódulos duros de cor avermelhada, que podem transformar-se em cicatrizes nos casos mais graves. Estas lesões variam de tamanho entre os doentes, mas são monomórficas em cada um, situadas na parte superior da face à volta dos olhos e nariz^{13;19}. A rosácea fulminante é outra variante, muito severa de rosácea, rara e que surge de forma repentina em mulheres jovens sob a forma de pápulas, nódulos e pústulas graves com formação cística¹⁰.

4. EPIDEMIOLOGIA

O número de casos de rosácea não é totalmente conhecido e estudos dos últimos anos, indicam que a prevalência da rosácea pode variar entre 1% a 22% dependendo da metodologia e amostra utilizadas, tornando difícil fazer comparações entre os mesmos. Assim, questionários realizados à população em geral, acedem a uma amostra maior e consequentemente refletem uma maior taxa de prevalência da doença, enquanto os questionários conduzidos por dermatologistas, representam uma população mais limitada originando resultados de prevalência inferior²⁰. Os resultados indicam que muitos dos doentes nunca procuram um médico para a sua condição. Estima-se que 100 milhões de pessoas tenham rosácea, e destas o sexo feminino é o mais afetado, especialmente na menopausa, numa proporção de 2:1 relativamente ao sexo masculino²¹. Muito comum em pessoas de pele clara (fototipo I a II), cabelos loiros e olhos azuis, a rosácea afeta: mais de 10% da população da Europa do Norte e 4% de pessoas de pele mais escura como afro-americanos, latinos/hispânicos e asiáticos²². O intervalo de idades entre os 30 aos 60 anos é o mais afetado. O subtipo I (ETR) é o mais prevalente seguido do subtipo II (PPR), o subtipo III (fimatoso) é o mais comum nos homens acima dos 40 anos de idade, e por último, o subtipo IV (ocular) que apesar do seu difícil diagnóstico (pela diversidade de critérios) é o mais reportado pelos oftalmologistas, com taxas de incidência desde 6% a 72%. A rosácea considerada como uma entidade dermatológica, pode ser uma doença mais comum do que o que se suspeitava anteriormente²⁰.

5. FISIOPATOLOGIA

A etiologia da rosácea parece ser multifatorial: além da predisposição genética e o fotótipo de pele (mais comum em indivíduos com historial familiar de rosácea e baixo fotótipo de pele) que é determinante para uma reação vascular prolongada e exacerbada, fatores ambientais e intrínsecos podem desencadear uma vasodilatação. Estes fatores, isoladamente ou em associação, determinam a evolução da dermatose, atuando como fatores acionadores ou agravantes da rosácea (em anexo 3)^{23;24}. Assim a rosácea é desencadeada devido a uma exposição crónica a repetidos fatores, particularmente os que causam *flushing*, que incluem: temperaturas quentes e frias, exposição solar, vento, bebidas quentes, exercício físico, comida picante, álcool, irritantes tópicos, menopausa²⁵.

A hipersensibilidade da pele a estímulos térmicos, químicos e biológicos suportam a teoria multifatorial para a etiologia da rosácea^{23;24}. De facto a causa da doença é desconhecida mas microrganismos, radiação ultravioleta (UV) e anormalidades no sistema imunitário são possíveis causas da doença⁷.

As alterações fisiopatológicas contribuem para a inflamação epidérmica, dérmica, e perivascular que se traduzem numa barreira cutânea disfuncional incapaz de atrair e reter água. Há um aumento de TEWL, que se traduz em secura e sensibilidade da pele. Este aumento de TEWL envolve a região centro facial, e tem um papel importante nos subtipos I e II da rosácea. Adicionalmente, o pH da pele aumenta e há uma perda da função antimicrobiana. Clinicamente verifica-se uma baixa tolerância a produtos tópicos, como sabonetes e substâncias com baixo pH (ácido láctico, ácido retinóico, entre outros) que resultam em ardor, prurido e picadas^{10;17;24}.

6. DIAGNÓSTICO

Geralmente o diagnóstico da rosácea não oferece dificuldade². O termo “rosácea” não define um quadro clínico específico²⁶. O reconhecimento dos sinais primários e secundários é a chave para um diagnóstico preciso e estabelecimento de um plano de tratamento. Um ou mais sinais primários têm de estar presentes para diagnóstico, na zona central da face²³.

O diagnóstico é feito clinicamente, e envolve uma variedade de potenciais manifestações clínicas que variam quer em apresentação quer em magnitude entre os diferentes doentes. Não há exames complementares de diagnóstico nem marcadores clínicos que o confirmem, por isso a observação, a história clínica (fatores precipitantes do rubor, frequência e duração dos mesmos, morfologia e curso temporal das lesões) e exclusão de outras desordens são primordiais. Após o diagnóstico, o controlo da rosácea deverá ser direcionado para remover

ou reduzir os sinais e sintomas, através de múltiplas terapias no sentido de otimizar os resultados terapêuticos^{18; 26}.

6.1. Diagnóstico Diferencial

O eritema, rubor facial, pele sensível ou descamativa são características do subtipo ETR partilhadas com a dermatite seborreica, lúpus eritematoso e com outras fotodermatoses, pelo uso prolongado de glucocorticoides tópicos, síndrome do rubor asiático (mutação genética na enzima envolvida no metabolismo do etanol) ou ingestão de niacina (vitamina B3)^{15;26;27}. A PPR pode ser confundida com a acne, dermatite perioral, foliculite por *Staphylococcus aureus* e infestação por *Demodex folliculorum* devido às pápulas e pústulas faciais²⁷.

7. TRIÁDE DE CUIDADOS DA ROSÁCEA

A complexa e multifatorial fisiopatologia da rosácea sustenta a necessidade de um apropriado plano de cuidados. Assim uma tripla abordagem é mais provável de alcançar o sucesso terapêutico. A triáde de cuidados da rosácea – educação do doente, cuidados de pele e tratamento - envolve todas as necessidades do doente, em vez de um enfoque direcionado apenas para os sintomas específicos da doença. A título de exemplo: técnicas como treino de relaxamento, psicoterapia cognitiva-comportamental, técnicas de *bio feedback*, medicação como antidepressivos ou bloqueadores beta adrenérgicos podem ser importantes para controlar o fator emocional em doentes com ETR¹⁶.

7.1. A educação do doente

A educação do doente é fundamental para que este compreenda a sua situação e para definir as expectativas realistas relativamente à terapia, em termos da magnitude de melhoria e evolução temporal de resposta²⁸. A instrução do doente relativamente aos fatores causadores e às técnicas de cuidados de pele como a hidratação, limpeza e proteção solar são etapas importantes não-farmacológicas no tratamento da rosácea²⁹.

7.2. Cuidados dermocosméticos

Os cuidados apropriados com a pele (cuidados dermocosméticos) podem ajudar a: reparar e manter a integridade da barreira cutânea, reduzir os sinais, sintomas e aumentar o efeito benéfico da medicação. Desempenham um papel central na manutenção da remissão e alívio de sintomas²⁸.

Os cuidados dermocosméticos devem ter em conta três objetivos⁶:

- ⇒ Garantir uma adequada hidratação e proteção da pele;
- ⇒ Melhorar as manifestações da doença, em conjunto com a medicação;
- ⇒ Camuflar o mais possível, as áreas de vermelhidão.

A rosácea era apelidada de “acne rosácea” e confundida com a acne. Apesar de partilharem semelhanças como a distribuição das lesões, pápulas, pústulas e boa resposta às tetraciclinas, a rosácea distingue-se da acne por não ter comedões nem secreção sebácea aumentada. Esta diferença é de extrema importância porque os produtos para pele oleosa (acneica) não são, na generalidade, adequados para a rosácea. Ou seja, devem-se evitar formulações com componentes adstringentes e seborreguladores^{6,30}.

Existem muitas formulações cosméticas que secam e irritam a pele propensa a rosácea, possivelmente devido à disfunção da barreira cutânea ou à hiper-reatividade vascular³¹. A sensibilidade da pele pode aumentar, não só, devido à exposição a muitos produtos de higiene, mas também a como são efetuados os cuidados da pele. Os sintomas da pele sensível têm tendência para ser mais comuns e mais severos em doentes com ETR, apesar de sintomas como picadas e ardor serem relatadas por doentes com PPR não tratada²⁶. Cuidados da pele impróprios podem originar ou piorar sinais e sintomas visíveis da PPR e ETR. Um aviso para evitar estes produtos e cuidados da pele é apropriado para estes doentes. Adstringentes, tónicos, mentol e produtos com cânfora são exemplos³¹. Posto isto, uma seleção adequada de um cuidado da pele contribui para a melhoria de ambos os subtipos³².

A função barreira da pele dos doentes com rosácea, encontra-se interrompida. Estes doentes têm a pele sensível e o *flushing* ocorre facilmente. Ardor, picadas e prurido são comuns e tudo isto se deve a esta barreira disfuncional. O EC é constituído por corneócitos, que se mantêm juntos através de desmossomos e de uma membrana intercelular lipídica, incluindo lípidos fisiológicos que regulam o TEWL. Cuidados da pele adequados podem ajudar a reparar e manter esta membrana lipídica da barreira epidérmica²⁸.

A manutenção global da rosácea inclui um produto de limpeza facial suave bem formulado e um hidratante ou um produto reparador da barreira cutânea, e estes já demonstraram a capacidade de melhorar resultados terapêuticos bem como a redução da irritação da pele em doentes submetidos a terapia médica. Ainda não existem estudos comparativos de larga escala de doentes com rosácea, que recomendem especificamente que produtos

dermocosméticos devem ser usados, contudo produtos de limpeza facial e hidratantes devem ser selecionados com base na capacidade de²⁶:

- ⇒ reparar e manter a permeabilidade do estrato córneo (barreira cutânea);
- ⇒ aumentar a hidratação e diminuir a probabilidade de irritação da pele;
- ⇒ serem cosmeticamente agradáveis sem aditivos suscetíveis de induzir dermatite de contato alérgica ou irritativa.

Há falta de evidência científica e os resultados são escassos relativamente aos produtos dermocosméticos, usados para promover o tratamento da rosácea ou redução do rubor facial²⁶.

O propósito final é o retorno do equilíbrio da pele, ao limitar a dilatação dos vasos e a inflamação, diminuir a sensibilidade da pele e compensar a secura. De seguida são referidos, por ordem, os cuidados de pele que devem ser adotados pelos doentes com rosácea:

a. Escolher o produto de limpeza – a importância de um agente suave

Um produto de limpeza (PL) que possa ser usado juntamente com a terapia tópica, (se for caso disso) e ao mesmo tempo seja biocompatível com a condição da pele deve ser recomendado³³.

O PL ideal remove sujidade, oleosidade, poluentes ambientais e bactérias prejudiciais da pele, sem alterar ou remover lípidos, proteínas e a flora normal, que contribuem para a sua integridade³². O PL funciona através de um tensoativo com afinidade para a fase polar e apolar, reduzindo a tensão dentro da pele, entre a sujidade (não polar) e a água, de modo a arrastar a sujidade na lavagem³⁴.

Um PL agressivo apesar de ser eficaz na limpeza da pele, danifica o EC ao remover lípidos, proteínas e NMF. Como nas PPR e ETR há comprometimento da permeabilidade do EC e pele sensível, é aconselhável que se usem PL suaves que não exacerbem a sua condição³².

O que torna um PL agressivo são^{32;33}:

- ⇒ Ingredientes tensoativos: após a ligação destes à queratina há desnaturação da mesma, provocando dano na membrana celular dos queratinócitos e resposta cutânea adversa. Os tensoativos dividem-se em 4 grupos (aniónicos, catiónicos, anfotéricos e não-iónicos) de acordo com a sua carga molecular ou falta dela. Os aniónicos são os que têm o maior potencial de irritar a pele, apesar de poderem ser combinados com um tensoativo catiónico ou não-iónico, que permitem modificar esse potencial de irritação. Os aniónicos apesar disso, são os mais usados, até mesmo nos PL suaves, devido à sua

excelente capacidade de fazer espuma. Os catiónicos têm excelentes propriedades antimicrobianas. O tipo e quantidade de tensioativo tem influência no potencial de secura e irritação;

- ⇒ Resíduos do PL ou fator de enxaguamento: o potencial de irritação de um PL pode aumentar se deixado na pele mais tempo;
- ⇒ pH do PL: manter o pH fisiológico da superfície da pele (4-6.5) durante a limpeza, previne o crescimento de certos microrganismos (ex.: *syndets* e loções de limpeza têm pH neutro ou ligeiramente ácido que corresponde ao pH da pele)

A importância de PL suaves com formulações simples no controlo da rosácea e outras doenças de pele sensível impulsionou o desenvolvimento de PL terapêuticos suaves com o propósito de uma limpeza delicada sem remover os componentes funcionais da pele³². Existem vários tipos de produtos de limpeza:

- ⇒ Os **sabões** são misturas de ésteres de ácidos gordos com bom poder emulsionante, que produzem bastante espuma mas não são adequados na rosácea, porque são alcalinos (pH entre 9-10) e podem destruir a camada lipídica superficial da pele, ou seja, piorar a função barreira conduzindo a uma secura excessiva (chamado efeito “sabão”)^{28;35}. Os sabões são excelentes a remover sujidade e oleosidade, mas são PL agressivos porque ao removerem os lípidos e proteínas benéficos à pele, prejudicam o EC ao aumentar a TEWL, desidratação, descamação, e penetração de produtos tópicos conduzindo a uma maior sensibilidade e irritação da pele³².
- ⇒ Os **syndets** também chamados de detergentes sintéticos, *pains* dermatológicos ou “sabões sem sabão” são menos irritantes, secam menos a pele e têm um pH (neutro ou ligeiramente ácido, entre 5.5-7) mais compatível com a acidez natural da pele. Apresentam-se na forma sólida ou líquida. Os sólidos, *syndet bars* são PL em que a fase líquida é reconstituída pela adição de água e têm uma excelente tolerância^{28;35}.
- ⇒ Os **combars** são uma combinação de um sabão, de um *syndet bar* e de um agente antibacteriano, com um pH alcalino (entre 9-10). Apesar do antibacteriano poder diminuir bactérias prejudiciais, este pode erradicar a flora normal da pele e aumentar a secura e irritação da pele. Os doentes com rosácea já têm um desequilíbrio da flora e problemas de sensibilidade e secura, ou seja os *combars* não são adequados³². Os *combars* são mais suaves que os sabões mas fornecem uma limpeza mais completa do que os *syndets*³³.

- ⇒ **Loções de limpeza (cremes ou leites de limpeza)** são PL livres de lípidos bastantes suaves, não formam sabão e deixam uma fina película hidratante na pele³². Não necessitam de água para serem removidos. Contêm emolientes e/ou humectantes que contrariam o potencial de secura ou irritação do tensioativo. Têm o pH ligeiramente ácido ou neutro compatível com o pH da pele. As espumas de limpeza também são apropriados²⁸.
- ⇒ **Águas de limpeza** usam-se para remover as loções de limpeza, contêm detergentes, humectantes e normalmente água termal. Aplicam-se com um algodão e são adequadas a peles reativas³².

Resumindo, os syndets ou as loções de limpeza são os mais indicados, porque têm o menor potencial de irritação. Ambos conseguem depositar ingredientes benéficos na pele, apesar do curto contacto durante a limpeza e enxaguamento³². Os PL terapêuticos que têm sulfacetamida de sódio a 10 % e enxofre a 5 % estão aprovados para o tratamento da rosácea. A única contraindicação, é a hipersensibilidade a sulfonamidas, enxofre ou outros componentes³³. Estes PL podem ser identificados por “pH equilibrado” ou “apropriado para a pele sensível” no rótulo³⁴.

Os gestos de aplicação dos PL devem ser suaves, sem fricção e atrito, para evitar a vermelhidão e ardor. É difícil impor a alguns doentes uma rotina de limpeza da pele, alguns fazem-no no duche, outras recusam-se limpar com água³⁶. O farmacêutico precisa de se adaptar às diversas situações e deve aconselhar os gestos menos agressivos.

A aplicação dum *syndet* deve ser feito com os dedos através de movimentos circulares e suaves na cara e depois enxaguar com água tépida. Para os desmaquilhantes sem enxaguamento (caso das loções), os gestos são os mesmos, e o produto deve ser retirado com algodão desmaquilhante. Nos dois casos a limpeza é seguida dum aplicação de água termal, que tem efeito suavizante, ou com água micelar, mas esta é menos eficaz para desmaquilhagem nos casos de lesões com relevo (pápulas e pústulas)³⁶. *Spray* com água termal deve ser uma atitude regular nestes doentes. A água da torneira, se aplicada na face, deve ser tépida e qualquer alteração de temperatura deve ser evitada⁶.

Os avanços tecnológicos permitiram criar novos PL suaves, que proporcionam benefícios hidratantes e podem ser facilmente removíveis. Estas propriedades permitem que sejam usados em várias afeções dermatológicas, em paralelo com a terapêutica tópica, influenciando desta forma os resultados e progressão da doença³³. (em anexo 4 exemplo da constituição de um PL)

b. Hidratante cutâneo ou emoliente

Depois de limpar a pele, a hidratação é importante para restaurar a barreira cutânea. Os hidratantes não tratam a função barreira, mas criam um ambiente propício para a sua recuperação³⁴.

Hidratante é uma palavra de origem grega, que quer dizer “adicionar água” ou “combinar-se com a água”⁹. Emoliente é uma palavra que deriva do latim *emolliens* cujo verbo é *emollire* e que significa amolecer ou suavizar. Define-se como uma substância de aplicação tópica que torna a pele mais suave e macia. Independentemente da forma como atuam, o efeito emoliente é comum a todas as substâncias que contribuem para a hidratação cutânea, ou seja, hidratante e emoliente são o mesmo^{9;35}.

O uso diário de um hidratante é importante para a redução de uma epiderme disfuncional que atua por aumento do conteúdo de água na pele, ao nível do EC^{9;28}. Os hidratantes contêm lípidos que amaciam e restauram a elasticidade e homeostasia da pele, evitando a TEWL, ao deixarem um filme lipídico que preenche os espaços entre os corneócitos, que facilita a sua adesão ao nível do EC³⁵.

Os hidratantes cutâneos atuam na barreira cutânea de várias formas^{9;28;32}:

- ⇒ **oclusivos:** impedem a evaporação da água (ex.: silicatos, vaselina, óleo mineral, lanolina, derivados de silicone);
- ⇒ **humectantes:** captam e fixam água interna e/ou externa, aumentando a hidratação e permitem um aumento da penetração de agentes farmacológicos tópicos. São exemplos: glicerina, propilenoglicol, lactato de sódio, ácido hialurônico, ureia, ácido lático, ácido glicólico, ácido tartárico, sorbitol, poliglicerilmetacrilato; a glicerina é dos mais usados e mais efetivos humectantes, mas concentrações elevadas podem deixar a pele viscosa depois da aplicação;
- ⇒ **mistos:** compensam a deficiência lipídica, reparam a barreira cutânea e auxiliam a regulação aquosa.

Os hidratantes existem sob duas formulações:^{34;35}

- ⇒ emulsões de óleo em água (**O/A**) em que a água é a fase dominante, portanto mais fluídas e menos oleosas, normalmente usadas para cremes de dia, identificados pela sua sensação fresca e aparência não-brilhante. Os hidratantes de dia geralmente são compostos por: óleo mineral, dimeticone, propilenoglicol e água em quantidade suficiente para formar um creme ou loção.

⇒ emulsões de água em óleo (**A/O**) em que o óleo é a fase dominante, são mais gordurosas e emolientes logo mais oclusivas. Normalmente usados para os cremes de noite, identificados pela sensação quente e aparência brilhante. Os hidratantes de noite são compostos por: óleo mineral, lanolina acetilada, vaselina e água para formar um creme.

Os hidratantes devem ter a máxima pureza possível para limitar os riscos de irritação, e serem desprovidos de perfume e álcool. Os ativos são múltiplos e muitas vezes combinados. São repartidos em 3 classes: suavizante, vasoprotetor e anti-inflamatório. Os componentes que reforçam a barreira cutânea e favorecem a reserva de água na epiderme devem-se a componentes clássicos como a glicerina, manteiga de *karité* entre outros³⁶. Irritantes de grau reduzido (ácido láctico, retinol, ácido glicólico e ácido salicílico) mas que podem fazer parte de hidratantes anti-envelhecimento são desaconselhados na rosácea, ou seja é preferível optar por hidratantes de formulações básicas³⁴.

No geral, não devem ser usadas formulações que contenham adstringentes e abrasivos que podem exacerbar os sintomas da rosácea. A lista de irritantes leves e moderados que podem fomentar uma potencial irritação cutânea para um doente com rosácea, está descrita no anexo 6. É a falta ou a presença em concentrações baixas destes potenciais irritantes, que contribui para a suavidade da formulação³².

Os hidratantes cutâneos são os produtos mais prescritos na dermatologia e considera-se que tenham uma ação equidistante entre a terapêutica e a cosmética. Daí que se insiram no grupo dos cosmecêuticos⁹.

c. Protetor solar

A proteção solar abrange o objetivo dual de: assegurar o nível de fotoproteção requerido em todos os indivíduos e diminuir a exacerbação dos sintomas e sinais induzidos pela exposição solar, nos doentes com rosácea⁶. Como a radiação UV é um fator desencadeante da rosácea, é recomendado que os doentes usem diariamente um produto com fator de proteção solar (FPS) elevado (50+) para evitar a destruição da derme induzida pela radiação UV. É recomendado o uso de formulações capazes de filtrar as radiações UV-A e UV-B^{28:37}. Filtros físicos ou minerais com titânio e óxido de zinco são bem tolerados, mas dificilmente aceites porque depois da aplicação fica uma camada branca na pele^{16:36}. Apesar disso devem-se preferenciar estes filtros, devido à sua simples formulação que os fazem ter elevada tolerabilidade⁶. O fotoprotetor deve ter fluidez suficiente para que seja espalhado suavemente pela face, sem oleosidade, e mantendo a potência e duração de fotoproteção⁶.

Neste sentido, componentes como os silicones devem ser incluídos, para minimizar as picadas e eritema. Na forma de dimeticone ou ciclometicone, os silicones não são irritantes; atuam como agentes oclusivos não-acnegénicos, que retardam a TEWL; conferem aos cosméticos resistência à água e permitem que se espalhem facilmente sobre a pele³¹.

Contudo nenhuma proteção solar é capaz de evitar a sensação desagradável da radiação infravermelha, que acentuam a sensação de vermelhidão e ardor. O ideal será usar chapéu de abas largas e óculos de sol³⁶. O protetor solar pode funcionar como um *primer* da maquilhagem.

d. Maquilhagem corretiva

Alguns doentes desejam usar cosméticos que camuflam o eritema, telangiectasias, pápulas e pústulas, que são pouco atrativos visualmente^{28,38}. Tratando-se de um homem ou de uma mulher, a consulta médica não deveria terminar sem ser referida a maquilhagem. Certos autores defendem que a maquilhagem deve ser prescrita como complemento do tratamento, já que o conceito de qualidade de vida nesta patologia é essencial, para que as lesões desapareçam e tragam resultados clinicamente visíveis. Assim esta maquilhagem dermatológica ou corretiva (MC) é definida como uma ponte terapêutica para alcançar resultados favoráveis e visíveis. A MC usa o princípio da oposição de cores, em que pigmentos foram concebidos para corresponderem à cor normal da pele do doente, e cubra as lesões ou vermelhidão subjacentes. Assim o eritema pode ser camuflado ao aplicar um corretor com pigmentos de cor verde, que é a cor neutralizante do vermelho. A mistura da pele vermelha com a base corretora verde produz um tom castanho, que pode ser coberto por uma base convencional³⁸(ver anexo 5). A maquilhagem da rosácea deve responder a certas particularidades:³⁶

- I. As lesões muito vermelhas obrigam à utilização de produtos específicos com uma grande quantidade de pigmentos;
- II. Aplicação e remoção da maquilhagem devem ser feitas com extrema suavidade, quando há inflamação ativa;
- III. O produto de maquilhagem ideal deve ser rico em pigmentos, para uma cobertura máxima (estes produtos contêm 5 a 8 vezes mais pigmentos que uma simples base), mas também devem ser fáceis de espalhar. Esta forte carga de pigmentos dá, como num protetor solar, a possibilidade de proteger, parcialmente, dos raios solares;
- IV. A aplicação da maquilhagem deve ser precedida de um hidratante compatível, senão forma-se uma penugem sobre a pele. Não há propriedades hidratantes na MC, somente camuflagem;

V. Por fim pode ser aplicado um pó que tem como objetivo fixar a maquilhagem.

O processo da MC inclui: 1) limpeza da pele, para que esta esteja bem higienizada, e não tenha resíduos que afetem o processo de neutralização; 2) hidratação de acordo com o tipo de pele; 3) neutralização das lesões com um corretor de cor verde; 4) escolher o tom da base mais adequado ao fototipo de pele e aplicar com leves toques (com o terceiro dedo ou com uma esponja); 5) aplicar um pó para fixar a maquilhagem³⁹.

Produtos à prova de água e bases com muitos constituintes, dificilmente, não têm solventes irritantes, são mais difíceis de aplicar e remover, devendo ser evitados. Assim, bases com composição simples, com menos ingredientes, que podem ser ajustadas com um pó e que contenham proteção contra UV-A e UV-B são as recomendadas³¹.

A MC apresenta-se sob diferentes formatos: bases fluídas, cremes, cremes compactos, *stick's* e pós. Estes produtos não devem ser irritantes e alérgicos, não devem ter perfume, não devem ser comedogénicos e acnegénicos e devem ser testados clinicamente. Numa pele inflamada, deve-se evitar qualquer fricção, que acentua o eritema e torna o gesto da maquilhagem desagradável. O produto de maquilhagem deve ser aplicado nas lesões batendo suavemente na pele com os dedos^{36;38}.

7.3. Tratamento

Não há cura para a rosácea, mas o recurso a diferentes metodologias auxilia na diminuição dos sintomas, no espaçamento das crises e melhora o aspeto estético⁷. Felizmente existem disponíveis muitos tratamentos que conseguem proporcionar alívio ao doente, quando usados corretamente de acordo com o quadro clínico. A condição da pele pode ser melhorada e mantida através de uma variedade de tratamentos. Assim os objetivos do tratamento desta condição inflamatória crónica, devem passar por: ^{16;20}

1. aliviar sinais e sintomas através de tratamentos de ação rápida;
2. atrasar ou prevenir o desenvolvimento de estados mais avançados da doença;
3. manter o estado de remissão e evitar exacerbações através de terapias prolongadas para evitar as recidivas;
4. manter a pele no melhor estado possível;
5. melhorar a qualidade de vida do doente.

As estratégias do tratamento medicamentoso embora não curativo, podem efetivamente reduzir as lesões inflamatórias e o eritema facial, principalmente o eritema perilesional²⁸.

As situações de rosácea ligeira a moderada (ETR ou PPR), podem ser tratadas através de produtos não sujeitos a receita médica, e na maioria dos casos não é necessário recorrer a medicamentos de prescrição médica (terapêutica oral ou tópica)³⁷. Nos casos em que é necessária terapêutica, usam-se agentes tópicos para as crises agudas (eritema e lesões inflamatórias), mas principalmente para manter o estado de remissão. A seleção entre as diferentes formas farmacêuticas depende do tipo de pele e da área a tratar; por exemplo, cremes são preferíveis nas áreas húmidas enquanto as loções são mais adequadas ao couro cabeludo. Comparados com o tratamento oral, os agentes tópicos têm menos efeitos adversos e menor tolerabilidade. Contudo, os efeitos são mais lentos ao início, resultando num maior período de tempo antes dos resultados desejados serem alcançados²³.

Nas situações de rosácea moderada a severa (casos moderados a severos de PPR e ocular), além dos cuidados e produtos dermocosméticos (tratamento não farmacológico), está reservada a terapêutica oral. As terapias orais são usadas para reduzir inflamação, pápulas e pústulas^{23;37}. A utilização de lágrima artificial e limpeza diária adequada das pestanas no tratamento da rosácea ocular são recomendadas, em conjunto com antibióticos orais³⁷.

A terapia com laser é efetiva para a redução do eritema e das telangiectasias, porque o seu alvo são os vasos sanguíneos. Na rosácea podem usar-se: IPL (luz intensa pulsada, do inglês “*intense pulsed light laser*”) ou PDL (laser pulsado de contraste, do inglês “*pulsed dye laser*”). O IPL permite a remoção dos vasos anormais, redução inflamação e reestruturação do colagénio²³. O tratamento cirúrgico é usado para a PhR, devido ao espessamento da pele, com o objetivo de uniformizar os contornos do nariz, e com o mínimo de cicatrizes possível⁷.

8. TRATAMENTOS ALTERNATIVOS

Existem substâncias de origem vegetal que podem ser usados para reforçar as paredes dos vasos sanguíneos, modular a vasomotricidade, e diminuir o edema perivascular. Além disso, têm efeitos suavizantes e anti-irritantes que melhoram a tolerabilidade e adesão da farmacoterapia tópica. Os dermocosméticos ganharam um lugar de destaque no controlo de procedimentos dermatológicos, principalmente após terapia com laser vascular: contribuem para melhorar a distinção dos vasos sanguíneos superficiais, que são alvos desta terapia, e aperfeiçoar a cicatrização dias após o procedimento⁶.

Cremes com alcaçuz, sementes de uva, camomila dourada e castanheiro-da-índia têm propriedades vasoconstritoras que reduzem o eritema e telangiectasias⁴⁰. O chá verde reduz as pápulas e pústulas; a niacinamida (forma de vitamina B3), melhora a função barreira da pele

e reduz a vermelhidão. *Aloé vera* reduz a irritação e a camomila diminui a inflamação. Estas terapias naturais necessitam de mais ensaios clínicos, porque podem induzir efeitos adversos, especialmente quando combinados com a medicação prescrita²³.

Pesquisas têm vindo a identificar vários ingredientes ativos que podem proporcionar alívio e aumentam o conforto nos doentes com telangiectasias. A maioria destes agentes são de origem vegetal. Assim, águas florais (por exemplo, hamamélia ou flor de laranjeira ou louro-cerejo) são recomendadas para acalmar a pele reativa dos doentes com rosácea. Hoje, o interesse concentra-se principalmente nos flavonóides, que têm efeitos venotrópicos e antioxidantes. A longa lista de flavonóides inclui: hesperidina metil-chalcona; videira-vermelha; *Centella asiatica* e *Melilotus officinalis* estimulam a microcirculação; *Ruscus aculeatus* com ação anti-edema e protetor da microcirculação; *Vaccinium myrtillus* diminui a fragilidade capilar; *Ginkgo biloba*; extrato de alcaçuz que atua como anti-irritante^{6,40}.

9. IMPACTO SOCIAL E PSICOLÓGICO DA ROSÁCEA

A ETR é um dos subtipos da rosácea que pode ser mal interpretado, associando-se por vezes, o álcool ao fenómeno de ruborização o que cria um efeito muito negativo a nível das relações sociais⁶. Os doentes com rosácea podem sentir baixa autoestima, sentimentos de frustração, constrangimento, preocupação e relações sociais mais limitadas devido à sua condição, comprometendo assim a sua qualidade de vida. As estratégias para gerir a rosácea devem-se focar no impacto psicológico desta condição e na melhoria das manifestações físicas¹⁶. Os doentes que estão bem informados sobre a sua condição lidam melhor com possíveis complicações ou recidivas. Estudos indicam que a saúde emocional é geralmente restabelecida quando os sintomas são tratados com sucesso⁴¹. Por sua vez, este sucesso é mais provável se o doente respeitar o tratamento exigido pelo médico e tomar as medidas adequadas, como os gestos e produtos dermocosméticos corretos, para minimizar os fatores que agravam a sua condição. É fundamental que os profissionais de saúde avaliem a QoL dos seus doentes, usando uma ferramenta rápida e simples como o Índice de Qualidade de Vida-Dermatologia (IQV-D). O IQV-D é composto por 10 questões, (em que as respostas consistem em “nada”, “um pouco”, “muito”, “bastante”) que permitem avaliar como é que a condição de pele durante a última semana teve impacto no dia-a-dia do doente²³.

10. INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA

O principal objetivo da intervenção farmacêutica de primeiro nível na rosácea é a redução do desconforto físico e mental do doente¹¹. Como a ETR é o primeiro estado da doença, o farmacêutico é o profissional de saúde a quem o doente recorre primeiro. Assim sendo, é fundamental aconselhar quanto à higiene e cuidado da pele como referido anteriormente. O farmacêutico deve ainda contraindicar produtos exfoliantes na higiene de peles com ETR porque são peles finas, e produtos fotossensibilizantes que contêm perfumes e substâncias ácidas. Para a limpeza recomenda-se sempre produtos sem álcool, detergentes e parabenos³⁰.

Nas situações de rosácea moderada a severa, além dos cuidados e produtos dermocosméticos (tratamento não farmacológico), o doente deve ser aconselhado a consultar um médico para que seja avaliada da melhor forma a sua situação, e seja prescrito o tratamento mais adequado. Qualquer medicação oral deve ser descontinuada se o doente apresentar algum sintoma como: dor de cabeça, tontura, artralgia, mialgia, descoloração gengival ou da pele de cor cinzenta que pode ser confundida com nódos negros persistentes ou sintomas de hipersensibilidade como urticária. A utilização de lágrima artificial e limpeza diária adequada das pestanas no tratamento da rosácea ocular são recomendadas, em conjunto com antibióticos orais³⁷.

A maioria dos doentes responde bem ao tratamento, mas as melhorias são graduais e podem demorar até três ou mais meses, para se visualizarem resultados. Os doentes devem ser alertados para esta situação, juntamente com as expectativas realistas do tratamento no sentido de aumentar a adesão à terapêutica²³.

Os doentes devem fazer um *follow-up* ou acompanhamento dentro de 4 semanas, após o início da terapia, para verificar a progressão e a tolerabilidade do tratamento. Após o controlo desejado ser alcançado, os doentes podem fazer o *follow-up* a cada 3 a 6 meses para reavaliação. Em cada *follow-up* o farmacêutico deve:²³

- ⇒ avaliar o sucesso do tratamento vigente e considerar terapias alternativas, se necessário;
- ⇒ oferecer-se para dar instruções ao doente sobre os cuidados de pele e fatores exacerbadores;
- ⇒ fornecer apoio ao doente, sempre que este necessitar.

No sentido de melhorar a qualidade de vida e bem-estar há gestos e produtos de dermocosmética que o farmacêutico deve aconselhar, para reduzir o desconforto e melhoram o aspeto estético:^{37;41;42}

- a.** Criar uma lista de comidas e bebidas que poderão ser causadores ou exacerbadores e que possam agravar as situações de rosácea;

Recomendar ao doente:

- b.** Limpar a pele duas vezes ao dia, com produtos adequados, e secar delicadamente, com uma toalha de algodão macia e sem esfregar. Evitar produtos muito abrasivos, selecionar produtos suaves adaptados, sem ação adstringente e que não contenham álcool, sabão, parabenos, perfume e componentes oleosos;
- c.** Manter-se bem hidratado. A desidratação pode aumentar e desencadear processos inflamatórios nas células e assim alterar a estrutura das várias camadas da pele. Utilizar cremes de alta tolerância reforça a barreira cutânea;
- d.** Pulverizar o rosto com água termal, rica em elementos com ação calmante, anti-inflamatória, suavizante, antioxidante, cicatrizante e hidratante;
- e.** Produtos que tenham na sua composição componentes com ação vasoprotetora, anti-vermelhidão, descongestionante e calmante (vitamina C, escina, extrato de *ruscus*, *ginseng*, *ginkgo biloba*, sulfato de dextrano e ramnósidos) que atuam ao nível da microcirculação para fortalecer a parede dos vasos sanguíneos^{11;30};
- f.** Utilizar protetor solar diariamente, durante todo o ano, com filtros solares UVA/UVB com FPS 50+. Em caso de exposição solar intensa. A aplicação deve ser realizada cerca de 30 minutos antes da exposição e repetida de 2 em 2 horas;
- g.** Após aplicação de medicação tópica, deve aguardar-se pelo menos 10 minutos antes da aplicação de qualquer produto. A ordem seguinte será: hidratante, protetor solar e maquilhagem caso o indivíduo a pretenda colocar;
- h.** Utilizar MC antes da aplicação da restante maquilhagem, desmaquilhando sempre antes de deitar e aplicar o creme ou tratamento indicado;
- i.** No inverno usar um lenço para proteger a cara;
- j.** Qualquer ação que reduza os níveis de *stress* ajudará a prevenir as crises e exacerbação de sintomas existentes. Estas ações podem incluir: exercícios de baixa intensidade como caminhadas ou natação, alimentação saudável e dormir pelo menos 7 horas;
- k.** Introduzir alimentos que são anti-inflamatórias por natureza, na dieta como: vitamina B, gengibre, açafrão-da-índia, ómega 3 e azeite²³;

- I. Para os homens que façam a barba, é preferível usar uma máquina de barbear elétrica em vez da lâmina.

Relativamente ao apoio na dispensa de MSRM, o farmacêutico deve aconselhar o doente a:³⁷

- a. Deslocar-se à farmácia pelo menos 1 vez por mês para que se possa fazer o acompanhamento da terapêutica e avaliar as melhorias;
- b. Aplicar a medicação exatamente como indicado pelo médico, quer em termos de local quer em termos de posologia;
- c. Não aplicar na zona periocular, mucosas e outras áreas sensíveis, salvo indicação médica;
- d. Aplicar uma camada fina de produto, alertar que quantidade não é sinónimo de resultados visíveis mais rapidamente;
- e. Lavar bem as mãos após aplicação do medicamento (creme, gel ou emulsão);
- f. Aplicar o medicamento apenas em zonas afetadas, nas restantes pode causar irritação da pele;
- g. Em contacto accidental, com os olhos, lavar abundantemente com água e caso seja necessário recorrer ao médico.

II. CONCLUSÃO

A rosácea é uma doença comum, problemática e difícil de controlar, afetando um grande número de doentes e que necessitam de tratamento a longo prazo. Permanece muito por esclarecer sobre a etiologia e fisiopatologia da rosácea¹⁶.

O tratamento da rosácea ainda é um desafio apesar das várias opções terapêuticas. A completa educação do doente relativamente às expectativas futuras dos resultados, a informação sobre os cuidados da pele e o uso das terapias disponíveis aperfeiçoam o sucesso terapêutico. A educação do doente e o aconselhamento dermocosmético devem ser destacados ao terem um papel essencial no controlo desta complexa e crónica doença¹⁶.

Os estudos existentes demonstram a importância do cuidado adequado da pele, no indivíduo com rosácea, na redução dos sinais e sintomas da doença bem como na redução da irritação da pele (que pode ser um efeito causado pelo tratamento tópico), especialmente durante a primeira semana de aplicação. As investigações galénicas tornaram possível a produção de texturas que asseguram a camuflagem das lesões e vermelhidão, e além disso, são suficientemente fluídas para serem espalhadas e removidas sem dificuldade⁶. Mas a ideia

de alcançar uma tez única ideal universal é utópica, devido às variações no tipo de pele e diferenças culturais, no que é considerado esteticamente aceitável ou desejável na aparência facial¹⁶.

Por vezes, o pouco tempo da consulta médica transforma-se numa fraca comunicação com o doente sobre a sua condição e a melhor maneira de a gerir^{28:32}. Assim sendo o farmacêutico é o profissional de saúde mais próximo e adequado para complementar e aprofundar esta informação. Sem dúvida que uma abordagem dermocosmética é crucial no controlo da rosácea e deve ser considerada para todos os doentes porque modula a qualidade e função da pele.

Na Europa e Estados Unidos os dermocosméticos/cosmecêuticos ainda não são uma categoria reconhecida por falta de validação através de métodos normalizados. Só existem relatórios destes “produtos barreira” que talvez resultem em futuras diretivas². As diretrizes para testar produtos cosméticos vão continuar a evoluir e para isso é fundamental que os ensaios de eficácia e segurança continuem a aderir a metodologias rigorosas, que possam ser reproduzíveis e cientificamente válidas, em concordância com as últimas *guidelines* aprovadas³.

Em suma, relativamente aos cuidados dermocosméticos e mais precisamente o cuidado na escolha dos produtos para o controlo da rosácea a palavra de ordem a reiterar é: simplicidade. O doente com rosácea deve procurar inocuidade nas formulações (poucos ingredientes, cuidadosamente selecionados e testados dermatologicamente) que usa e aplicar maquilhagem dermatológica efetiva e simples (se assim o desejar), atendendo à sua condição de pele sensível e reativa.

“Less is more”
Ludwig Mies van der Rohe

12. BIBLIOGRAFIA

1. KADUNC, B., PALERMO, E., ADDOR, F., METSAVAHT, L., RABELLO, L., MATTOS, R., MARTINS, S. - **Tratado de cirurgia dermatológica, cosmiatria e laser: da sociedade Brasileira de dermatologia**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier Health Sciences, 2013. ISBN 978-853-52-6931-4.
2. RODRIGO, F.G., GOMES, M.M., SILVA, A. M., LOPES, P. - **Dermatologia**. 4ª Ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2010. ISBN 978-972-31-1316-7.
3. DRENO, B., ARAVIISKAIA, E., BERARDESCA, E., BIEBER, T., HAWK, J., SANCHEZ-VIERA, M., WOLKENSTEIN, P - **The science of dermocosmetics and its role in dermatology**. JEADV. 28 (2014) 1409–1417.
4. SANTOS, A.L.R. - **Produtos Cosméticos e de Higiene Corporal - Enquadramento Regulamentar**. (2013) 1-20.
5. Decreto-Lei n.º 189/2008 de 24 de Setembro - Diário da República, 1ª Série. 185 (24-09-2008) 1–136.
6. GUERRERO, D. - **Dermocosmetic management of the red face and rosacea**. Annales de Dermatologie et de Venereologie, 138 (2011) 215–218.
7. FERNANDES, A.I.P. - **Cuidados Dermocosméticos Para Uma Pele Saudável: Aconselhamento Farmacêutico Nos Casos Mais Comuns**. Algarve: Universidade do Algarve, 2012. [Acedido a 24 abril de 2016]. Disponível em: [https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/3134/1/Monografia - Adriana Fernandes.pdf](https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/3134/1/Monografia%20-%20Adriana%20Fernandes.pdf).
8. ANUNCIATO, T. P. - **Nutricosméticos**. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2011. [Acedido a 20 de Junho 2016]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/60/60137/tde-20092011-210914/pt-br.php>
9. CATORZE, M. G. - **Hidratação cutânea**. Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia, 68 (2010) 195–215.
10. GARCÍA, M.C.; GARCÍA, V. - **Rosácea. Impacto psicosocial**. Piel, 31 (2016) 96-105.
11. PORTUGAL. Farmácias Holon - **Abordagem para a Avaliação e Terapêutica**. (2015) 1–4.
12. STEINHOFF, M., SCHAUBER, J., LEYDEN, J.J. - **New insights into rosacea pathophysiology: A review of recent findings**. JAAD. 69 (2013) 15–26.
13. WILKIN, J., DAHL, M., DETMAR, M., DRAKE, L., LIANG, M.H., ODOM, R., POWELL, F. - **Standard grading system for rosacea: Report of the National Rosacea Society Expert Committee on the Classification and Staging of Rosacea**. JAAD. 50 (2004) 907–912.
14. MOUSTAFA, F., LEWALLEN, R.S., FELDMAN, S.R. - **The psychological impact of rosacea and the influence of current management options**. JAAD. 71 (2014) 973–980.

15. CHAUHAN, N.; ELLIS, D.A.F. - **Rosacea. Pathophysiology and Management Principles.** Facial Plastic Surgery Clinics of North America, 21 (2013) 127–136.
16. ELEWSKI, BE., DRAELOS, Z., DRÉNO, B., JANSEN, T., LAYTON, A., PICARDO, M. - **Rosacea: global diversity and optimized outcome: proposed international consensus from the Rosacea International Expert Group.** J EADV. 25 (2011) 188–200.
17. TWO, A. M., WIGGIN, W., GALLO, R. L., HATA, T.R. - **Rosacea: Part I. Introduction, categorization, histology, pathogenesis, and risk factors.** JAAD. 72 (2015) 749–758.
18. BARCO, D. ; ALOMAR, A.- **Rosácea.** Actas Dermosifiliogr. 99 (2008) 244-256.
19. BANASIKOWSKA, A., SINGH, S.- **Rosacea.** Medscape, (2016). [Acedido a 29 de Março de 2016]. Disponível em: <http://emedicine.medscape.com/article/1071429-overview>
20. WEINKLE, A. P., DOKTOR, V., EMER, J. - **Update on the management of rosacea.** Clinical, cosmetic and investigational dermatology, 8 (2015) 159–77.
21. AMSLER, E. - **Rosacea - and not always.** In: Journées de Dermatologique de Paris Satellite Symposium Uriage. Immunology at the core of rosacea. Laboratoires Dermatologiques d'Uriage, 2014.
22. FABBROCINI, G., GALLIANO, M.F., ARIES, M.F., VAISSIERE, C., DUPLAN, H., COUTANCEAU, C., BESSOU-TOUYA, S., SCHMITT, F. - **Fragility of the epidermis, a common pathophysiological mechanism of acne vulgaris, rosacea and reactive skin involving inflammasome activation.** Inflammation and Cell Signaling, 2 (2015) 1–9.
23. ADAMS, H., COVEN, C., GRIPPE, K.M. - **An Overview of Rosacea and Its Challenges.** Physician Assistant Clinics, 1 (2016) 255–264.
24. ADDOR, F. A. S. A. - **Skin barrier in rosacea.** Anais Brasileiros de Dermatologia, 91 (2016) 59–63.
25. PELLE, M.T - **Rosacea.** In: GOLDSMITH, L.A, K., STEPHEN I., GILCHREST, B.A., PALLER, A.S., LEFFELL, D.J., WOLFF, K. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. United States of America: McGraw-Hill Education/ Medical, 2012. ISBN 978-0-07-166904-7. p. 918–919.
26. DEL ROSSO, J.Q., THIBOUTOT, D., GALLO, R., WEBSTER, G., TANGHETTI, E., EICHENFIELD, L.F., STEIN-GOLD, L., BERSON, D., ZAENGLEIN, A. - **Consensus Recommendations From the American Acne & Rosacea Society on the Management of Rosacea, Part I: A Status Report on the Disease State, General Measures, and Adjunctive Skin Care.** Cutis, 93 (2014) 134–138.
27. WOLFF, K., JOHNSON, R., SAAVEDRA, A. - **Dermatologia de Fitzpatrick - Atlas e Texto.** 7ª Ed. Porto Alegre: AMGH, 2015. ISBN 9788580553147.
28. DEL ROSSO, J.Q.; BAUM, E.W. - **Comprehensive medical management of**

- rosacea: an interim study report and literature review.** JCAD. 1 (2008) 20–25.
- 29.TWO, A.M., WU, W., GALLO, R. L., HATA, T.R.- **Rosacea: Part II. Topical and systemic therapies in the treatment of rosacea.** JAAD. 72 (2015) 761–770.
- 30.OLIVEROS, A.M. - **Rósacea, cuperosis y arañas vasculares.** SEFAC. (2012) 29-37.
- 31.PELLE, M. T., CRAWFORD, G. H., JAMES, W.D. - **Rosacea: II. Therapy.** JAAD. 51 (2004) 499–512; 513–4.
- 32.LEVIN, J.; MILLER, R. - **A guide to the ingredients and potential benefits of over-the-counter cleansers and moisturizers for rosacea patients.** JCAD. 4 (2011) 31–49.
- 33.MUKHOPADHYAY, P. - **Cleansers And Their Role In Various Dermatological Disorders.** Indian Journal of Dermatology, 56 (2011) 2–6.
- 34.DRAELOS, Z.D. - **Facial skin care products and cosmetics.** Clinics in Dermatology, 32 (2014) 809–812.
- 35.PINHEIRO, L.A.; PINHEIRO, A.E. - **A pele da criança. A cosmética infantil será um mito?** Acta Pediátrica Portuguesa, 38 (2007) 200–8.
- 36.DESHAYES, P. - **Rosacea - Dermocosmetic management: Skin-care and corrective make-up** [Rosacée - prise en charge des patients: hygiène et maquillage]. Annales de Dermatologie et de Venereologie, 141 (2014) 179–183.
- 37.PORTUGAL. Farmácias Holon - **Protocolo de Apoio à Dispensa de MSRM.** (2015)1–4.
- 38.DRAELOS, Z. D. - **Cosmetics in acne and rosacea.** Semin Cutan Med Surg. 20 (2001) 209–214.
- 39.PARADA, M.; TEIXEIRA, S. - **Maquiagem e camuflagem.** RBM. (2008) 33–37. [Acedido a 10 de Junho de 2016].Disponível em: www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3887
40. LEMMEL, JUAN - **Rojeces y cuperosis. Consejo farmacéutico.** Offarm. 28 (2009) 73–79.
- 41.NORDQVIST, C. - **Rosacea: Causes, Symptoms and Treatments.** Medical News Today, 2016. Disponível em:<http://www.medicalnewstoday.com/articles/160281.php>
- 42.PORTUGAL. Associação Nacional de Farmácias - **Rosácea: Mais do que rubor.** (2010) 1.
- 43.EUA. National Rosacea Society - **Glossary of Common Rosacea Medical Terms.** [Acedido a 29 de Março de 2016]. Disponível em:<http://www.rosacea.org/patients/glossary>

ANEXOS

ANEXO I

Imagens dos diferentes subtipos de rosácea:



Figura 1 - Subtipo 1 ou ETR



Figura 2 - Subtipo 2 ou PPR



Figura 3 - Subtipo 3 ou PhR

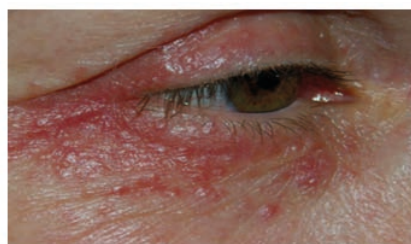


Figura 4 - Subtipo 4 ou rosácea ocular

Fonte: MARGALIT, A., MARGALIT, A., KOWALCZYK, M.J., ŻABA, R., KAVANAGH, K. - **The role of altered cutaneous immune responses in the induction and persistence of rosacea.** Journal of Dermatological Science, 2 (2016) 3–8.

ANEXO 2

Glossário de termos médicos mais comuns na rosácea:^{2;11;38;43}

- **Acnegénico:** origina pápulas e pústulas, causada pela irritação do folículo piloso
- **Blefarite:** inflamação das pálpebras
- **Calázio:** quisto da pálpebra causado pela inflamação das glândulas de *Meibomius*
- **Comedogénico:** origina comedões, causado pela obstrução do folículo piloso
- **Eritema:** vermelhidão anormal da pele
- **Flushing:** vermelhidão transitória na face e pescoço
- **Pápula:** pequena saliência, sólida e que pode ter infiltrado inflamatório ou não.
- **Periocular:** em redor do olho
- **Placa:** mancha vermelha com relevo, apesar da pele circundante estar inalterada.
- **Pústula:** pequena elevação da pele com conteúdo purulento
- **Rinofima:** espessamento da pele ao nível do nariz
- **Subtipo:** conjunto de sinais e sintomas
- **Telangiectasia:** dilatação de capilares e arteríolas superficiais visíveis através da pele
- **Tez:** ou epiderme, principalmente facial

ANEXO 3

Tabela I - Fatores desencadeantes ou exacerbadores da Rosácea

(modificado de: GARCÍA, M.C.; GARCÍA, V. - **Rosácea. Impacto psicosocial**. Piel, 31 (2016) 96-105.

Fatores desencadeantes / exacerbadores	Tipos
Alimentares	Fígado, iogurte, natas, queijo, beringela, tomate, espinafres, lima, feijão branco, ervilhas, abacate, banana, ameixa, passas, figo, chocolate, baunilha, citrinos, molho de soja, vinagre, comidas picantes e quentes, álcool, derivados de leveduras e bebidas quentes
Emocionais	Stress, ansiedade.
Climáticos	Sol, vento intenso, frio, humidade.
Temperatura	Atmosfera aquecida, saunas, banhos quentes
Produtos Cosméticos e fármacos	Cosméticos e <i>sprays</i> que tenham álcool. Fragâncias. Substâncias hidra alcoólicas ou com acetona. Vasodilatadores e corticoides tópicos.
Estado de Saúde	Menopausa, síndrome de abstinência de cafeína, tosse crónica
Exercício Físico	Exercício intenso ou com carga de peso.
Irritantes comuns	Acetona, álcool, propilenoglicol, lauril sulfato sódio.

ANEXO 4

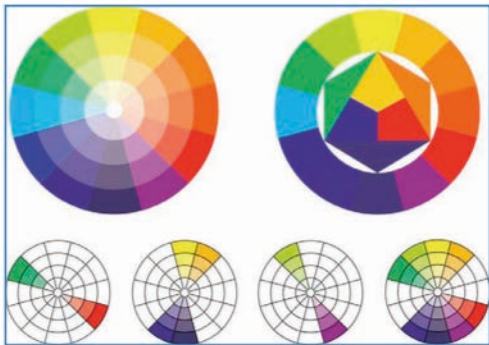
Figura 5 - Exemplo de constituição de um PL.

1. Water	6. Fillers (hardeners)
2. Surfactants (emulsifiers)	7. Preservatives (inhibit microorganisms)
3. Moisturizers (for hydration)	8. Fragrance (mask surfactant odour)
4. Binders (stabilizers)	9. Dyes or pigments (in some)
5. Lather enhancers (in some)	

Fonte: MUKHOPADHYAY, P. - **Cleansers And Their Role In Various Dermatological Disorders**. Indian Journal of Dermatology, 56 (2011) 2-6

ANEXO 5

Figura 6 - Princípio de oposição de cores usado na MC. O verde neutraliza o vermelho.



Fonte: GUERRERO, D. - **Dermocosmetic management of the red face and rosacea**. Annales de Dermatologie et de Venereologie, 138 (2011) 215–218.

Figura 7 - Antes e após maquilhagem corretiva em doente com ETR.



Fonte: DESHAYES, P. - **Rosacea - Dermocosmetic management: Skin-care and corrective make-up** [Rosacée - prise en charge des patients: hygiène et maquillage]. Annales de Dermatologie et de Venereologie, 141(2014) 179–183.

Figura 8 - Antes e após maquilhagem corretiva em doente com PPR.



Fonte: DESHAYES, P. - **Rosacea - Dermocosmetic management: Skin-care and corrective make-up** [Rosacée - prise en charge des patients: hygiène et maquillage]. Annales de Dermatologie et de Venereologie, 141 (2014) 179–183.

ANEXO 6

Figura 9 - Substâncias que induzem irritação cutânea leve e moderada.

Table 4
Substances inducing facial stinging
Slight stingers
Benzene
Phenol
Salicylic acid
Resorcinol
Phosphoric acid
Moderate stingers
Sodium carbonate
Trisodium phosphate
Propylene glycol
Propylene carbonate
Propylene glycol diacetate
Dimethylacetamide
Dimethylformamide
Dimethylsulfoxide
Diethyltoluamide
Dimethyl phthalate
2-Ethyl-1,3-hexanediol
Benzoyl peroxide

Fonte: DRAELOS, Z.D. - **Facial skin care products and cosmetics**. Clinics in Dermatology, 32 (2014) 809–812.