

ACNE NA MULHER ADULTA E SEUS TRATAMENTOS

ACNE IN ADULT WOMEN AND ITS TREATMENTS

.....
Débora Rodrigues dos Santos
debora_rodrigues.santos@hotmail.com.br

Gabriela Rezende de Souza Carneiro
gabi.rsc.97@gmail.com

Luisa Grossi de Araujo Reis
luisagrossiar@gmail.com

Marcela Alves Borém
marcelaborem@gmail.com

R E S U M O

Diante da crescente preocupação estética vista recentemente na sociedade, os cuidados com a saúde e beleza da pele tem se tornado alvo de busca de muitas pessoas e, nesse contexto, a acne é uma das principais doenças as que preocupam. Cada vez mais pesquisas mostram um aumento nos casos de acne feminina adulta, quadro que gera desconforto e afeta, sobretudo, a autoestima das pacientes acometidas, tanto pela disfunção estética causada pelas lesões, quanto pela ocorrência de cicatrizes póstumas. Portanto, consideramos relevante estudar como essa patogenia se desenvolve e como tratá-la, de forma que amenize o mal-estar e melhore a qualidade de vida da pessoa acometida, tendo como objetivo desta pesquisa descrever tratamentos/cosméticos indicados para acne na mulher adulta. Trata-se de uma pesquisa descritiva de natureza qualitativa a partir de estudos bibliográficos, que contam artigos e textos científicos com foco na análise de resultados de estudos anteriores que seguiram argumentação teórica. Observou-se uma grande variedade de técnicas e métodos de tratamento que apresentam bons resultados, e a determinação do protocolo a ser aplicado se dá de acordo com o grau de acometimento e o diagnóstico clínico. A partir desses resultados podemos concluir que em sua maioria, os casos de acne na mulher adulta são tratados com base no reequilíbrio hormonal, minimizando os impactos causados pela sensibilidade aos andrógenos circulantes.

Palavras-chave: Acne, Tratamentos, Folículos Pilo sebáceos, Mulheres Adultas, Lesões Inflamações, Hormônios, Sebogênese, Afecção Dermatológica, Disfunção, Glândulas Sebáceas, Proliferação Bacteriana, Hiperqueratinização, Comedogênese.



Este trabalho está licenciado sob uma Licença
Creative Commons Attribution 3.0.

1 INTRODUÇÃO

Com a maior perspectiva de longevidade, o homem tem se preocupado cada vez mais com o bem-estar, a saúde e a qualidade de vida, e a estética tem se tornado um fator primordial para autoestima. Em tempos contemporâneos, a saúde da pele tem alcançado uma maior atenção e cuidado e a acne é uma doença que acomete quase todo indivíduo, iniciando na puberdade e algumas vezes perdurando até a idade madura (Fonseca & Mejia, 2017).

Segundo Rocha e Bagatin (2018) a acne é uma das doenças inflamatórias da pele mais prevalentes, sendo uma patologia multifatorial e inflamatória dos folículos pilosebáceos. As mulheres têm alta prevalência e incidência quando comparadas aos homens, principalmente após os 25 anos de idade. Pesquisas recentes mostraram um aumento no total de casos de acne feminina adulta (AFA). Embora sem consenso absoluto, as pesquisas analisaram mulheres de 26 a 44 anos. Perkins et al. (2010) publicaram dados norte-americanos mostrando que de 12% a 22% das mulheres sofrem de acne na vida adulta. Outro estudo realizado por pesquisadores franceses concluiu que a acne persiste em 41% das mulheres adultas; metade deles relatou discromias e presença de cicatrizes, 78% descreveram piora das lesões durante o período pré-menstrual e acima de 90% relataram manipulação das lesões. Os autores apontaram que apenas 22% desses pacientes procuraram assistência médica. Ao analisar dados estatísticos das consultas dermatológicas para tratamento da acne, Yentzer et al. (2018) observaram que pacientes adultos, principalmente mulheres, correspondiam a 61,9% do total de atendimentos (Rocha & Bagatin, 2018).

A piora da saúde cutânea feminina vem sido ocasionada por fatores como estresse,

poucas horas de sono, exposição excessiva ao sol, medicamentos e cosméticos inapropriados. No entanto, problemas hormonais e genéticos também podem contribuir para o surgimento do problema.

De acordo com Addor e Schalka (2014), na maioria dos casos de acne da mulher adulta (AMA) não há associação com doenças endócrinas. A causa mais comum está relacionada com a resposta dos receptores androgênicos cutâneos que apresentam alterações decorrentes da mudança no ciclo menstrual e fisiológicas, ocasionando aparecimento de lesões inflamatórias e aumento de sebogênese.

O quadro gera desconforto e afeta sobretudo a autoestima das pacientes acometidas pela disfunção estética causada pelas lesões e também pela posterior ocorrência de cicatrizes (Addor & Schalka, 2014). Com a preocupação crescente com a saúde, bem-estar e qualidade de vida, vêm sendo desenvolvidos inúmeros estudos para elaboração de tratamentos eficazes para este problema que traz consequências negativas, podendo até interferir na saúde psicossocial da paciente. Por isso, é importante entender como essa patologia se desenvolve, qual a pele com maior predisposição e como tratá-las de forma que amenize o mal-estar e melhore a qualidade de vida da pessoa acometida.

Diante deste cenário, tem-se o objetivo desta pesquisa: descrever tratamentos/cosméticos indicados para acne na mulher adulta. Pretende-se especificamente, identificar tratamentos e cosméticos indicados e utilizados no mercado brasileiro, ressaltando as melhores práticas e resultados apontados.

Este estudo se justifica devido à grande procura da sociedade por melhorias da autoimagem. Para atender a demanda de atendimentos em seus estabelecimentos, o profissional da área da saúde, beleza e bem-estar, busca cada vez mais conhecimentos

com base científica, aprimorando técnicas e tratamentos para atender o público, que em sua maioria é composto por mulheres. Sendo assim, esta revisão bibliográfica tem como objetivo apresentar um estudo atualizado e sistematizado sobre acne na mulher adulta e o seus tratamentos, baseado na pesquisa de artigos científicos publicados em bancos de dados, bem como na consulta de manuais e publicações periódicas de referência nessa área, no período de 1999 a 2011, utilizando como descritores as palavras acne, tratamento da acne, formulações cosméticas sobre acne e folículo pilosebáceo. Abordará a definição da acne, seu enquadramento epidemiológico, sua fisiopatologia e classificação do tipo de lesões, apresentando fármacos tópicos e sistêmicos usados para seu tratamento, bem como propostas terapêuticas de acordo com o tipo e gravidade das lesões.

2 REVISÃO TEÓRICA

2.1 Fisiopatologia

A formação da acne envolve quatro fatores, que são: hipersecreção da glândula sebácea, disfunção no processo de queratinização, colonização pela bactéria *Propionibacterium acnes* e liberação de mediadores inflamatórios da pele.

Segundo Pochi, Strauss & Downing (1979), a hipersecreção sebácea está ligada a localização dos folículos pilosebáceos, que se encontram, em sua maioria na face, tórax anterior e dorso. Essas glândulas começam a ser estimuladas por hormônios androgênicos na infância, entre 7 e 8 anos de idade, ocasionando um aumento da produção sebácea e hiperqueratose folicular, formando microcomedões e posteriormente lesões inflamatórias.

A acne é uma das doenças de pele mais frequentes na dermatologia. A adolescência

é um período onde ocorre uma alta incidência de acne, influenciando na autoestima e comportamento dos mesmos. De causa etiológica multifatorial a acne é uma afecção dermatológica que provoca alterações físicas e emocionais nos indivíduos acometidos, em consequência do aspecto inestético que a pele passa apresentar em virtude da formação de comedões, pápulas, cistos, nódulos e pústulas que tendem a gerar cicatrizes escavadas, deprimidas e hipertróficas na pele (Lima, 2006 & Manfrinato, 2009).

2.1.1 Produção de sebo pelas glândulas sebáceas

Segundo Cunliffe e Simpson (1998), para que as glândulas sebáceas sejam ativadas, é necessário que sofram influência de hormônios sexuais andrógenos produzidos pelas glândulas adrenais. De acordo com os estudos encontrados na literatura, mulheres com acne, em sua maioria, os hormônios andrógenos encontram-se normais, e, conforme Walton, Cunliffe e Keczkes (1995), em casos de disfunção e desequilíbrio hormonal, a causa comum é a síndrome dos ovários policísticos. Porém, foi constatado por Walton, Wyatt e Cunliffe (1998) que não se observa correlação entre síndrome de ovários policísticos e o aumento de níveis séricos de andrógenos e severidade da acne.

Thiboutot, Harris, Iles, Cimis, Gilliland e Hagari (1995) constataram que o aumento da secreção sebácea pode ocorrer por: aumento na produção de andrógenos; aumento da disponibilidade de andrógenos livres; diminuição da globulina carreadora de hormônios sexuais; e/ou aumento da resposta do órgão alvo (glândula sebácea): por aumento da enzima 5 α -redutase, apresentando aumento da forma ativa da testosterona (dihidrotestosterona) e

aumento da capacidade do receptor intracelular de se ligar ao andrógeno.

O sebo é formado por uma mistura de lipídios, principalmente por colesterol, esqualeno, cera, ésteres esteroides e triglicérides, e segundo Downing, Strauss e Pochi (1969), há evidências de que a alteração na composição e na quantidade de secreção sebácea colaboraram no desenvolvimento da doença por alterar a queratinização no ducto glandular e a proliferação bacteriana.

Cunliffe e Simpson (1998) constataram que a bactéria *P. acnes* tem a capacidade de hidrolisar triglicérides no ducto da glândula, formando ácidos graxos livres. Já se comprovou diminuição relevante da quantidade de ácido linoleico no sebo, que se correlaciona com o processo da comedogênese.

2.1.2 Hiperqueratinização folicular

Cunliffe, Holland, Clark e Stables (1971) citam que a formação dos comedões se dá pela descamação anormal de corneócitos que se acumulam nos folículos sebáceos e, com o passar do tempo há acúmulo de lipídios e fragmentos celulares, aumentando de tamanho e dando origem ao comedão, que é uma lesão visível à olho nu que pode ser não inflamatória, chamada de comedão aberto ou fechado, ou ainda pode ser inflamatória, quando há proliferação bacteriana e mediadores inflamatórios associados.

Conforme Downing, Stewart, Wertz e Strauss (1986), esse distúrbio da queratinização folicular pode estar relacionado à diminuição sebácea de ácido linoleico, proliferação da via 5 α -redutase tipo 1 no infundíbulo e inclusões lipídicas anormais, por defeito na diferenciação corneocítica. Segundo Guy e Kealey (1998), alterações na composição

do conteúdo sebáceo podem irritar os queratinócitos infundibulares, liberando interleucina-1, que é um mediador inflamatório relacionado à comedogênese.

2.1.3 Proliferação bacteriana

Segundo Sampaio & Rivitti (2000) o *Propionibacterium acnes* (*P. acnes*), bactéria anaeróbica, prolifera-se no ducto folicular. A bactéria hidrolisa triglicérides do sebo, resultando em ácidos graxos livres que irritam o folículo e ocasionam a indução de queratinização.

De acordo com Leyden (1995), os componentes do *P. acnes* podem induzir a síntese de fatores pró-inflamatórios locais a partir do momento em que ativam mediadores inflamatórios, causando o aparecimento de lesões características clinicamente visíveis.

2.1.4 Inflamação

Cunliffe (1998) aponta que lesões que se dão por inflamação recebem o nome de pápula, pústula e nódulo, podendo haver progressão de um tipo de lesão para outro e formação cicatricial. A ruptura do ducto implica o extravasamento de lipídios, corneócitos e bactérias na derme.

Em um estudo apontado por Jeremy, Holland, Roberts, Thomson e Cunliffe (2003), descobriu-se que há modificações imunológicas e as respostas inflamatórias antecedem a hiperproliferação dos queratinócitos na formação da acne e como mostra Costa, Alchorne, Michalany e Lima (2007) a alteração na integridade do folículo e a hiperprodução de sebo estão relacionadas a deficiência de ácido linoleico.

2.2 Acne na fase adulta

A acne na fase adulta tem influência psicossocial na vida de quem é acometido pelo problema e Ribeiro, Follador, Costa, Francesconi, Neves e Almeida (2015) indicam que a doença pode levar a introspecção por baixa autoestima, isolamento e pode ocasionar quadros psicológicos, como depressão.

2.2.1 Classificação da acne da mulher adulta

Zeichner (2013) classifica a acne da mulher adulta em três subtipos que são divididos de acordo com o período de início do quadro: acne persistente; acne de início tardio; e acne recorrente. A acne persistente inicia-se na adolescência e perdura até a idade adulta tendo lesões que podem seguir o padrão da adolescência ou podem seguir em localizações diferentes, sendo considerado o subtipo mais comum. A acne de início tardio ocorre após a puberdade, surgindo entre 21 e 25 anos de idade e apresenta predominantemente lesões inflamatórias em região mentoniana, mandibular e pescoço. O caráter inflamatório favorece o aparecimento de cicatrizes e hiperpigmentações. Já a acne recorrente tem início na adolescência e é seguido por um período de melhora e com posterior agravamento após os 25 anos e apresentam as mesmas características das lesões supracitadas.

2.2.2 Etiopatogenia da acne na mulher adulta

Dréno, Layton, Zouboulis, Lopez-Estebarrans, Zalewska-Janowska e Bagatin (2013) postularam outros fatores causais como estresse, hereditariedade, exposição à radiação UV, obesidade, alimentação, tabagismo

e a presença de doenças endócrinas associadas, que também têm sido relacionados a ocorrência da acne na mulher adulta.

A pele é alvo dos hormônios androgênicos, portanto distúrbios endócrinos não podem ser descartados nos casos de acne da mulher adulta, e dentre os casos mais comuns, destacam-se a síndrome dos ovários policísticos e hiperplasia adrenal frustra ou secundária de aparecimento tardio, como destacam Yarak, Bagatin, Hassun, Parada e Talarico Filho (2005).

Tratando de acne da mulher adulta Dumont-Wallon e Dréno (2008) destacaram quatro fatores etiopatogênicos, quais sejam:

1. O aumento da sensibilidade das glândulas sebáceas aos hormônios androgênicos, sendo observado o agravamento do quadro acneico no período pré-menstrual, pré-menopausa, gravidez e durante o uso de contraceptivos progestínicos.
2. Aumento da conversão hormonal periférica dos pré-hormônios, em hormônios androgênicos mais potentes.
3. Deficiência da imunidade inata e atividade anormal dos receptores que induzem a redução da resistência ao P. acnes e inflamação crônica das glândulas sebáceas
4. Zeichner (2013) apontou também para a atuação do fator de crescimento insulina semelhante 1 como estimulador da produção hormonal androgênica ovariana, contribuindo para aumento da disponibilidade dos hormônios circulantes.

2.3 Tratamentos

O tratamento da acne procura controlar todos ou o máximo possível de elementos que constituem a sua patogenia, tendo como objetivo: controlar a hiperqueratose de retenção, diminuir a produção de sebo, reduzir a população bacteriana e eliminar a inflamação,

dessa forma, buscando prevenir ou tratar as lesões, reduzir o desconforto físico, melhorar a aparência, minimizar o desenvolvimento de cicatrizes físicas e psicossociais (Monteiro, 2009; Vaz, 2003). Devido aos diferentes fatores envolvidos na terapia, ela deve ser individualizada, e é fundamental a compreensão do significado da doença e seus mecanismos pelo doente, fora as atitudes a se adotar no cotidiano e quais as interdições (Figueiredo, Massa, & Picoto, 2011).

Seu tratamento também pode ser tópico, sistêmico e até cirúrgico, quando predominam as cicatrizes, os comedões e cistos. A escolha depende do grau de acometimento da pele, da tolerância e, no nosso meio, do poder aquisitivo dos pacientes (Brenner et al., 2006) e deve ser ajustado individualmente de acordo com as características do doente e o tipo de lesões presentes (Vaz, 2003), mas as três opções podem ser usadas concomitantemente para o controle mais veloz das lesões.

2.3.1 Tratamentos Tópicos

Os tratamentos tópicos estão indicados isoladamente nas formas leves a moderadas de acne ou como coadjuvantes de terapias sistêmicas, nas formas mais graves (Brenner et al., 2006). Eles são frequentemente usados em combinação, pois nenhum dos diferentes ativos disponíveis cobre eficazmente todos os aspectos da sua fisiopatologia (Figueiredo, Massa, & Picoto, 2011).

Dentro dos tratamentos tópicos, vários fatores devem ser considerados para escolher o veículo a ser utilizado, como: características da pele, local envolvido, efeito na velocidade de absorção cutânea do ativo, preferências do doente, clima e umidade (Vaz, 2003). Deve-se preferir cremes em caso de pele seca; preparações na forma de gel, em

caso de pele oleosa; e soluções, se necessário aplicar em zonas extensas ou com grande densidade pilosa. (Figueiredo, Massa, & Picoto, 2011).

Peróxido de benzoíla (PB): Tem atividade antimicrobiana e ceratolítica (Brenner et al., 2006). Uma associação frequentemente recomendada é a de PB com antibiótico tópico ou oral, pois a ação bactericida do PB promove um menor desenvolvimento de resistência bacteriana e melhor tolerabilidade, sendo que ambos os fármacos atuam sinergicamente na redução do *P. acnes*. Recomenda-se o uso em concentrações baixas (2,5% ou 5%), que são tão eficazes como a concentração de 10%, e são menos irritantes (Silva et al., 2014).

Retinóides: Atuam como comedolíticos e anticomedogênicos (inibição da comedogênese), prevenindo a formação de novos microcomedões e reduzindo os já existentes, além de também ter efeitos anti-inflamatórios e facilitam a penetração de outros agentes tópicos (Silva et al., 2014). Não possui nenhuma atividade antimicrobiana e anti-inflamatória. Podem causar eritema, descamação e sensibilidade na pele com o uso excessivo (Brenner et al., 2006). Para evitar efeitos colaterais, eles podem ser iniciados em baixas concentrações de preferência à noite, e é indicado aplicar diariamente hidratante com proteção solar durante o tratamento. Os mais comuns são o adapaleno, a isotretinoína e a tretinoína, todos apresentando atividade comedolítica semelhante (Silva et al., 2014).

Antibióticos tópicos: Tem ação antimicrobiana sobre o *P. acnes* e ação anti-inflamatória. Devem ser evitados como monoterapia, devido à chance de resistência bacteriana (Santos et al., 2018). Os mais utilizados são eritromicina (2% a 4%) e a clindamicina (1%). São prescritos,

preferencialmente, em associação a retinóides tópicos e devem ser interrompidos assim que houver melhoria clínica evidente e devem ser suspensos ou substituídos se ineficazes (Figueiredo, Massa, & Picoto, 2011).

Ácidos a-hidróxi (AHA): Se caracterizam pela fácil penetração na pele podendo causar irritação ligeira a moderada, é aconselhável a utilização de protetor solar pois os AHAs podem aumentar a sensibilidade da pele à radiação UV. O ácido glicólico, ácido láctico, ácido cítrico, ácido málico e ácido tartárico são uns dos exemplos de AHAs e frequentemente os mais utilizados desse grupo (Monteiro, 2014). Os AHAs podem ser aplicados em tratamentos de calos, acne, queratoses, verrugas, rugas e fotoenvelhecimento (Leonardi, 2008).

Ácido azeláico: É indicado no tratamento da acne não inflamatória e inflamatória, pois contém propriedades comedolíticas e bactericidas. Atua normalizando a queratinização folicular e reduzindo a concentração de P. acnes na glândula pilosebácea (Vaz, 2003). Contudo, a sua ação é dose-dependente e queimadura pode ocorrer a altas concentrações (Lara, 2008). Não é considerado primeira linha no tratamento da acne, sendo alternativa devido às propriedades bactericidas, anti-inflamatórias e queratolíticas.

2.3.2 Tratamentos sistêmicos

Este tipo de terapia, usado em combinação com fármacos tópicos, deve ser considerado para controlar as formas inflamatórias da acne e nas de difícil controle. Podem ser usados antibióticos, antiandrogênicos e retinóides sistêmicos (Brenner et al., 2006).

Deve ser explicado claramente aos doentes antes de iniciar o tratamento oral, que ele deve ser mantido por um mínimo de seis a

oito meses, para evitar as desistências precoces e assegurar a sua eficiência (Vaz, 2003).

2.3.2.1 Terapêutica Hormonal

A terapêutica hormonal tem por objetivo reduzir a atividade androgênica a nível da glândula sebácea e do infundíbulo folicular, responsável pelo aumento das dimensões e atividade dos sebócitos pelas alterações da queratinização e descamação a nível do epitélio infundibular (Figueiredo, Massa, & Picoto, 2011). Ela é uma excelente escolha para os doentes do sexo feminino com acne de surgimento tardio, com agravamento pré-menstrual, envolvendo preferencialmente a metade inferior da face e pescoço, acne resistente aos outros tratamentos e naqueles com sinais clínicos de hiperandrogenismo (hirsutismo, excesso de oleosidade, irregularidades menstruais e alterações menstruais) (Silva et al., 2014). Essa terapia envolve três tipos de medicações: bloqueadores dos receptores de andrógenos ou antiandrogênicos propriamente ditos; inibidores da produção androgênica e/ ou adrenal; e inibidores das enzimas metabolizadoras de andrógenos.

Existem três opções de tratamento hormonal sistêmico (Vaz, 2003):

- Estrogénios (presentes nos contraceptivos orais): inibem os androgénios ovarianos.
- Glicocorticóides: inibem os androgénios suprarrenais.
- Anti-androgénios (espironolactona, acetato de ciproterona): actuam a nível periférico.

Podem ser usadas como monoterapia, mas normalmente são associadas a outras terapias sistêmicas e tópicas (Santos et al., 2018).

2.3.2.2 Contraceptivos orais

Os contraceptivos orais combinados (COCs) contêm dois agentes, um estrogênio (geralmente etinilestradiol) e um progestágeno, atuando através da redução da secreção de androgênios pelos ovários e são frequentemente prescritos para tratar esse tipo de sintoma. Quando usados em doses altas são mais eficazes, mas originam um número mais elevado de efeitos adversos (Vaz, 2003), como náuseas, vômitos, aumento de peso e sangramentos irregulares.

Glicocorticoide: Indicado no tratamento de acne inflamatório ou cístico, e na acne que não responde aos tratamentos com contraceptivos orais ou à espirolactona, e nos doentes com níveis elevados de sulfato de dehidroepiandrosterona (DHEAS), que é o melhor indicador da actividade androgénica adrenal. Podem ser usados isoladamente ou junto aos contraceptivos orais ou anti-androgénios (Vaz, 2003).

Espironolactona: Indicada para a mulher adulta com acne inflamatório, quando há influência hormonal. Pode ser utilizada isoladamente ou em associação com antibióticos ou contraceptivos orais. Os efeitos colaterais são variados, frequentes e pouco graves, e estão relacionados com a dose. A sua segurança ainda não foi determinada na gravidez (Shaw, 2000; Layton, 1996).

Isotretinoína: É um retinóide oral derivado da vitamina A. Indicada no tratamento da acne quística ou nodular severo, com a acne moderado resistente ao tratamento convencional, com tendência para a formação de cicatrizes, com oleosidade excessiva, nos dismórficos ou com dismorfofobia, com foliculite gram negativo ou piodermite facial (Layton, 1996; Shalita, 1982; 2000). A isotretinoína induz uma retrocesso das glândulas sebáceas com a diminuição da produção de sebo, reverte a hiperqueratose de retenção,

reduz o número de P. acnes e diminui diretamente a inflamação (Leyden, 1998; Usatine, Quan, & Strick, 1999).

Cefalosporinas: É um fármaco a ser considerado no acne inflamatório antibiótico-resistente. Os seus efeitos adversos incluem urticária e colite pseudo-membranosa (Vaz, 2003).

2.3.2.3 Antibióticos orais:

Tetraciclina : É o antibiótico oral mais prescrito para o tratamento da acne. Geralmente é eficaz, bem tolerado e barato, mas tem como empecilho não poder ser administrado com alimentos, certos antiácidos e com ferro, pois estes interferem com a sua absorção intestinal, o que leva por vezes a má adesão ao tratamento. Os efeitos colaterais que podem surgir com o uso deste antibiótico incluem: intolerância gastrointestinal, fotossensibilidade, candidíase vaginal e pseudotumor cerebral. Está contra-indicada em grávidas e crianças até os 12 anos (Usatine, Quan, & Strick, 1999).

Doxiciclina: É um derivado da tetraciclina, porém mais eficaz. Pode ser tomada com qualquer alimentos, mas tem a desvantagem de estar associada a um acometimento maior de fotossensibilidade. Também é contra-indicada em grávidas e crianças até os 12 anos (Usatine, Quan, & Strick, 1999).

Minociclina: Também derivado da tetraciclina a minociclina proporciona uma melhora mais rápida no tratamento da acne inflamatória, o que tornaria este fármaco o antibiótico oral de primeira escolha, se não fosse pelo seu custo elevado. Possui a vantagem de poder ser tomada com os alimentos e raramente ocasionar fotossensibilidade. Por ser muito lipossolúvel e passar rapidamente pela barreira hematoencefálica, pode ocasionar ataxia, vertigens, náuseas e vômitos

dentre outros efeitos colaterais mais raros, que podem levar a suspensão do tratamento. Também é contra-indicada em grávidas e crianças até os 12 anos (Usatine, Quan, & Strick, 1999).

Clindamicina: É um antibiótico muito eficaz no tratamento da acne, a sua utilização está ligada a possibilidade de provocar colite pseudo-membranosa severa (Usatine, Quan, & Strick, 1999).

Eritromicina: É o antibiótico de uso indicado para grávidas e crianças até os 12 anos, e possui a vantagem de poder ser tomada com alimentos, não provocar regularmente candidíase vaginal e não provocar fotossensibilidade. Contém como desvantagem a intolerância gastrointestinal que pode provocar e o desenvolvimento de resistência a este antibiótico (Usatine, Quan, & Strick, 1999).

Ampicilina: Este antibiótico é uma boa alternativa para o tratamento da acne em pacientes que não respondem à tetraciclina e naqueles com acne durante a gravidez e a lactação. O medicamento pode causar rash maculopapular (Usatine, Quan, & Strick, 1999).

Trimetoprim-sulfametoxazol: Este antibiótico é também uma boa alternativa para o tratamento da acne resistente à tetraciclina e eritromicina. O seu uso é limitado devido aos seus efeitos colaterais, que incluem fotossensibilidade e rash (Cunliffe, 1989).

2.3.3 Tratamento cirúrgico

O tratamento cirúrgico da acne por sua vez, somente é indicado para os casos em que existe a necessidade da extração de comedões, drenagem e extirpação de quistes e injeção intralesional de corticóides (Araújo et al., 2011). Existem vários métodos terapêuticos, que devem ser adequados a cada caso, considerando o tratamento da acne ativa e o tratamento das cicatrizes.

Os peelings químicos são indicados no tratamento da acne ativa e nos tratamentos de manutenção, e suas sequelas são moderadas, sendo usados com maior frequência os peelings superficiais (Araújo et al., 2011).

3 METODOLOGIA

A partir do objetivo proposto: descrever tratamentos/cosméticos indicados para acne na mulher adulta, pretende-se especificamente, identificar tratamentos/cosméticos indicados e utilizados no mercado brasileiro, ressaltando as melhores práticas e resultados apontados. Trata-se de uma pesquisa descritiva de natureza qualitativa a partir de estudos bibliográficos.

A pesquisa bibliográfica conta com busca de artigos e textos científicos com foco na análise de resultados de pesquisas anteriores que seguiram argumentação teórica e que podem ser analisadas quanto às categorias de variáveis como proposto por Minayo, Figueiredo e Mangas (2019) em análise de conteúdo qualitativa. Os dados serão tratados e analisados utilizando-se a análise temática proposta por Bardin (2011). A análise temática constitui das fases: (1) Pré-análise; (2) Exploração do material; (3) Tratamento dos resultados e interpretação.

A pesquisa qualitativa procura entender, interpretar fenômenos sociais inseridos em um contexto ou ainda são úteis para explorar integralmente a natureza de fenômenos pouco compreendidos (Fernandes, Bruchêz, d'Ávila, Castilhos, & Olea, 2018).

Os artigos científicos serão buscados em bases de artigos científicos como PubMed e Google Acadêmico atendendo aos descritores “tratamento + acne” e “cosméticos+acne” em português e inglês em textos publicados a partir de 2010.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A partir da análise dos artigos identificados foram descritos os tipos de pesquisas realizados e os objetivos dos estudos (Tabela 1).

Tabela 1: Descrição dos artigos analisados

Título do Artigo	Autor	Tipo de Pesquisa	Objetivo
Acne vulgar: bases para o seu tratamento	Ana Lúcia Vaz, 2003	Revisão Bibliográfica	Apresentar uma revisão atualizada e sistematizada sobre a acne e o seu tratamento, numa perspectiva direcionada para os especialistas de Medicina Geral e Familiar.
Acne Diferentes Tipologias e Formas de Tratamento	Ana Paula Serra de Araújo; Daniela Cardoso Delgado; Regiane Marçal, 2011	Revisão Bibliográfica	Realizar uma revisão de literatura sobre a acne, destacando a sua tipologia e as suas diferentes formas de tratamento clínico.
Terapia Retinóide na Acne Vulgar	Daniela Cristina Vinhal; Aline Oliveira Roberth; Vânia Oliveira Pereira Ortence; Danielle Guimarães Almeida Diniz, 2014	Revisão Bibliográfica	Extraír da literatura dados essenciais sobre derivados retinóides utilizados no tratamento da acne vulgar, a fim de fornecer um estudo sistemático sobre a abordagem terapêutica nas diversas formas da acne.
Uso do Peeling Químico no Tratamento da Acne Grau II: Revisão Sistemática	Larissa Duca Araújo; Josy Quélvia Alves Brito, 2017	Revisão Sistemática	Averiguar os efeitos do peeling químico no tratamento do acne
Abordagem em Fisioterapêutica na Mulher Adulta com Acne	Viviane Pacheco Gonçalves; Maynara Patricio,	Estudo de Caso	Utilizar a alta frequência no tratamento do quadro inflamatório da acne da mulher adulta
Acne da mulher adulta: revisão para o uso na prática clínica diária	Beatriz de Medeiros Ribeiro; Ivonise Follador; Adilson Costa; Fábio Francesconi; Juliane Rocio Neves; Luiz Maurício Costa Almeida, 2015	Revisão Bibliográfica	Revisão de literatura acerca da patogênese e tratamentos da acne na mulher adulta.
Acne da mulher adulta: aspectos epidemiológicos, diagnósticos e terapêuticos	Flavia Alvim Sant'Anna Addor; Sergio Schalka, 2014	Estudo de caso	Analisar as características prevalentes na mulher adulta com acne sem hiperandrogenismo.
Acne vulgar: diagnóstico e manejo pelo médico de família e comunidade	Ana Margarida Ferreira da Silva; Francisco Pinto da Costa; Margarida Moreira, 2014	Revisão bibliográfica	Revisar a abordagem da acne vulgar em Atenção Primária

Fonte: Elaborado pelas autoras.

De acordo com a literatura analisada, observa-se a existência de grande variedade de técnicas e métodos de tratamento, que apresentam bons resultados no que diz respeito à melhora do aspecto geral da pele e controle do grau de acometimento da acne na mulher adulta. Na maioria dos casos, a determinação do protocolo de tratamento se dá de acordo com o grau de acometimento e a tipologia da afecção dermatológica.

Segundo Vaz (2003), na primeira consulta sempre deve ser realizada anamnese e exame físico para selecionar a terapêutica adequada. A anamnese deve incluir a duração e localização habitual das lesões, tratamentos prévios realizados e seus resultados, tipos de hidratantes, cosméticos e produtos de limpeza utilizados, história familiar, alergias medicamentosas, antecedentes patológicos e o impacto psicossocial da doença. Ainda, deve-se pesquisar sobre a história menstrual, agravamento pré-menstrual das lesões, possibilidade de gravidez, uso de contraceptivos orais e seu efeito na acne, queda de cabelo, hirsutismo e seborréia.

O diagnóstico da acne vulgar é clínico, sendo geralmente fácil distinguir as diferentes formas: comedônica, pápulo-pustulosa e nódulo cística, sendo que para análise adotamos um sistema de classificação com base no predomínio de lesões elementares encontradas. Isso não significa que, em um tipo de acne, não possam estar presentes outros tipos de lesões. A determinação da fase de desenvolvimento da acne deve levar em conta uma avaliação global da gravidade – classificada em leve, moderada ou grave/severa –, representando uma síntese entre tipo, número, tamanho e extensão das lesões, e auxiliando na seleção de agentes terapêuticos apropriados e na avaliação da resposta ao tratamento (Silva, Costa e Moreira, 2014).

5 CONCLUSÃO

A acne na mulher adulta é uma patologia que não apresenta risco à vida, entretanto, provoca distúrbios psicossociais como a falta de autoestima, por casualmente deixar manchas e cicatrizes nas áreas acometidas.

É preciso detectar a etiopatogenia para direcionar ao tratamento adequado, e nos casos de acne da mulher adulta as causas ainda não foram completamente elucidadas, contudo, sabe-se que este quadro envolve os andrógenos circulantes associados a outros fatores, bem como uso de alguns medicamentos, maus hábitos alimentares, uso de cosméticos oclusivos e o estresse emocional são importantes observações no surgimento da acne.

De acordo com a revisão bibliográfica presente neste artigo, pode-se concluir que a maneira mais eficaz de se tratar a acne da mulher adulta é detectando o fator principal que desencadeou e todos os antecedentes do paciente, com a realização de uma anamnese completa.

Após o diagnóstico correto, os tratamentos mais comuns encontrados na literatura para acne na mulher adulta fazem referência ao uso de hormônios em tratamentos sistêmicos, como por exemplo, ingestão de contraceptivos orais para equilibrar os andrógenos circulantes, tratamentos tópicos com produtos que reduzam a oleosidade e a hiperqueratinização.

Como proposta para novo estudo, entendendo que o artigo não esgota a discussão do tema, são apresentadas algumas considerações para estudos posteriores:

- Aprofundar os estudos quantitativos para obter dados sobre o surgimento da patologia com números consideráveis de indivíduos para obtenção de resultados conclusivos;

- Pesquisar mais sobre os tratamentos sistêmicos para acne e seus efeitos colaterais a longo prazo;
- Elaborar estudos sobre o uso de anticoncepcionais na adolescência e o impacto que o uso da medicação precoce pode causar no organismo na fase adulta, podendo desencadear desequilíbrio hormonal;
- Elaborar protocolos de tratamento através do histórico de cada paciente que apresente sintomas da acne na mulher adulta, atentando aos problemas anteriores ligados a isso.

Como contribuição deste estudo ressalta-se a compreensão que a acne, além de ser uma patologia comum que atinge muitas mulheres, possui causas variadas e deve-se levar em consideração diversos aspectos como hábitos de vida e hábitos alimentares, bem como histórico familiar, uso de medicamentos ao longo da vida, atividade laboral e histórico médico da acometida.

R E F E R Ê N C I A S

- Abraham, W. et al.** Acne e Doenças afins. In: Azulay, R.D.; Azulay, D.R.; Abulafia, L. *Dermatologia*. 5ed. Cap. 29. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. p.466-475.
- Addor FA, Schalka S.** Acne da mulher adulta: aspectos epidemiológicos, diagnósticos e terapêuticos. *An Bras Dermatol*. 2014;85(6):789-795
- Araujo, Larissa; Brito, Josy Quélvia Alves.** Uso do Peeling Químico no Tratamento da Acne Grau II: Revisão Sistemática. Id on *Line Multidisciplinary and Psychology Journal*, [S. l.], p. 100-115, 10 maio 2017.
- Alexis C. Perkins, Jessica Maglione, Greg G. Hillebrand, Kukizo Miyamoto, and Alexa B. Kimball.** *Journal of Women's Health*. Feb 2012.223-230.
- Bardin, L.** (2011). *Análise de conteúdo*. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Edição revista e ampliada. São Paulo: Edições 70.
- Brenner, Fabiane Mulinari.** (2006). Acne: Um Tratamento para Cada Paciente. *Rev. Ciênc. Méd, Campinas*, p.257-266, maio.
- Borges, F.S.** (2010). *Modalidades terapêuticas nas disfunções estéticas*. 2ed. São Paulo: Phorte editora.
- Carvalho A, Mourão A, Assunção C, Fonseca C, Gama D, Oliveira L** (1998). Acne: prevalência e factores associados. *Patient Care*. Edição Portuguesa. 2010. Fev;15(156):59-65.
- Cunliffe WJ, Simpson NB.** (1998). Disorders of the sebaceous glands. In: Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breathnach SM, eds. *Rook, Wilkinson, Ebling: Textbook of dermatology*. Oxford: Blackwell Science, 1998:1940-82.
- Cunliffe W.J., & Holland K.T.** (1989). Clinical and laboratory studies on treatment with 20% azelaic acid cream for acne. *Acta Derm-Venereol Suppl (Stockh)*. 1989; 143: 31-34
- Cunliffe WJ.** (1998). The sebaceous gland and acne – 40 years on. *Dermatology*. 1998;196(1):9-15.
- Dréno B, Layton A, & Zouboulis, C.C.** (2013). Adult female acne: a new paradigm. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2013;27(9):1063-1070.
- Downie M, Guy R, & Kealey T.** (2004). Advances in sebaceous gland research: potential new approaches to acne management. *Int J Cos Sci*. 2004.
- Downing DT, Strauss JS, & Pochi PE.** (1969). Variability in the chemical composition of human skin surface lipids. *J Invest Dermatol* 1969;53:322-7.
- Dumont-Wallon G, & Dréno B.** (2008). Acné de la femme de plus de 25 ans: spécifique par sa clinique et les facteurs favorisants [Specificity of acne in women older than 25 years] *Presse Med*. 2008;37(4):585-591. French.
- Feldman S, Careccia RE, Barham KL, & Hancox J.** (2014). Diagnosis and treatment of acne. *Am Fam Physician*. 2004 May; 69(9):2123-2130
- Fernandes, A. M., Bruchêz, A., d'Ávila, A. A. F., Castilhos, N. C., & Olea, P. M.** (2018). Metodologia de pesquisa de dissertações sobre inovação: Análise

- bibliométrica. *Desafio Online*, 6(1).
- Figueiredo A, Massa A, Picoto A, Soares AP, Basto AS, & Lopes C.** (2011). Avaliação e tratamento do doente com acne – Parte I: Epidemiologia, etiopatogenia, clínica, classificação, impacto psicossocial, mitos e realidades, diagnóstico diferencial e estudos complementares. *Rev Port Clin Geral*. 2011 Jan-Feb;27:59-65.
- Figueiredo, A., Massa, A., & Picoto, A.** (2011). Avaliação e tratamento do doente com acne - Partell. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 27(1), pp.66-76.
- Figueiredo, A., Massa A, Picoto A, Soares AP, Basto AS, & Lopes C.** (2011). Avaliação e tratamento do doente com acne – Parte II: Tratamento tópico, sistêmico e cirúrgico, tratamento da acne na grávida, algoritmo terapêutico. *Rev Port Clin Geral*. 2011 Jan-Feb;27:66-76.
- Fitzpatrick, T.B.** (1995). Pathophysiology of hypermelanosis. *Clin Drug Invest.* 1995; 10 (Suppl 2): 17-26
- Goulden V, Mcgeown CH, & Cunliffe WJ.** (1999). The familial risk of adult acne: a comparison between first-degree relatives of affected and unaffected individuals. *Br J Dermatol*. 1999;141:297±300
- Guy R, & Kealey T.** (1998). The organ-maintained human sebaceous gland. *Dermatol* 1998;196:16-20.
- Hassun, Marques.** (2000). *Acne etiopatogênica*. Rio de Janeiro, v.75, nº 1, jan./fev.2000.
- Jeremy AH, Holland DB, Roberts SG, Thomson KF, & Cunliffe WJ.** (2003). Inflammatory events are involved in acne lesion initiation. *J Invest Dermatol*. 2003
- Kligman, AM.** (1998). The growing importance of topical retinoids in clinical dermatology: a retrospective and prospective analysis. *J Am Acad Dermatol*. 1998; 39(2 Pt 3):S2-7.
- Lara VCD.** (2008). Desenvolvimento de nanocápsulas contendo ácido retinóico para tratamento tópico da acne. [Dissertação]. Belo Horizonte: Faculdade de Farmácia, UFMG; 2008.
- Layton A.** (1996). Long-term safety and efficacy of oral isotretinoin in less severe acne. *Retinoids Dermatol*; 43:6-7.
- Layton AM, Morris C, Cunliff WJ, Ingham E.** (1998). Immunohistochemical investigation of evolving inflammation in lesions of acne vulgaris. *Exp Dermatol*.
- Leonardi, G. R.** (2008). *Cosmetologia aplicada*. 2ª Ed. São Paulo: Livraria e Editora Santa Isabel.
- Leyden J.** (1998) The role of isotretinoin in the treatment of acne: Personal Observations. *J Am Acad Dermatol* 1998; 2:45-8.
- Leyden JJ, Krochmal L, & Yaroshinsky A.** (2006). Two randomized, double-blind, controlled trials of 2219 subjects to compare the combination clindamycin/tretinoin hydrogel with each agent alone and vehicle for the treatment of acne vulgaris. *J Am Acad Dermatol*;54(1):73–81.
- Leyden JL., Mcginley KJ., Mills OH.** (1975). Propionibacterium levels in patients with and without acne vulgaris. *J Invest Dermatol*; 65:382-4. 30. Cove JH, Hol
- Lima, L.A.F.** (2006). Acne na mulher adulta e tratamento. *Revista Médica da Santa Casa de Maceió, Maceió*, v.1, n.1, p. 26-29, jan. 2006.
- Manfrinato, G.L.** (2009). Acupuntura estética no tratamento da acne (estudo de caso). 2009.
- 58f. *Monografia* (Especialização em Acupuntura) – Instituto Brasileiro de Therapias e Ensino, Maringá, 2009.
- Marks R.** (2004). Acne and its management beyond the age of 35 years. *Am J Clin Dermatol* ;5:459-62.
- Medeiros Ribeiro, Beatriz y Follador, Ivonise y Costa, Adilson y Francesconi, Fábio y Neves, Juliane Rocio y Costa Almeida, & Luiz Maurício y** (2015), Acne da mulher adulta: revisão para o uso na prática clínica diária. *Surgical & Cosmetic Dermatology*, Vol. 7, núm.3, pp.10-19
- Minayo, M. C. D. S., Figueiredo, A. E. B., & Mangas, R. M. D. N.** (2019). Estudo das publicações científicas (2002-2017) sobre ideação suicida, tentativas de suicídio e autonegligência de idosos internados em Instituições de Longa Permanência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24, 1393-1404.
- Monteiro EO.** (2014). Revista brasileira de medicina (RBM). Out 14 V 71 n esp g4 *Dermatologia & Cosmiatria.*, págs.: 14-24
- Pimentel, A. S.** (2008). *Peeling, máscara e acne: seus tipos e passo a passo do tratamento estético*. São Paulo: LMP; 2008. 336p.
- Reingold SB, & Rosenfield RL.** (1987). The relationship of mild hirsutism or acne in women to androgens. *Arch Dermatol*.123:209-12.
- Rivera R, & Guerra A.** (2009). Management of acne in women over 25 years of age. *Actas Dermosifiliogr*.100:33-7.
- Rivitti EA, & Sampaio SAP.** *Dermatologia*. 2a. ed. São Paulo: Artes Médicas; 2000.
- Rocha M, Karina Cardozo HM, Carvalho VM, & Bagatin E.** (2017). ADT-G as a promising biomarker for peripheral

- hyperandrogenism in adult female acne. *Dermatoendocrinol.* Oct 13; Epub.
- Silva**, Ana Margarida Ferreira, Francisco Pinto da Costa, & Margarida Moreira. (2014). Acne vulgar: diagnóstico e manejo pelo médico de família e comunidade. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade* 9.30 54-63.
- Shalita A.** (2001). Isotretinoin Experience: 1982-2000. *Isotretinoin in the 21st century, 2001*
- Shaw JC.** (2000). Low-dose adjunctive spironolactone in the treatment of acne in women: a retrospective analysis of 85 consecutively treated patients. *J Am Acad Dermatol.*;43(3):498-502.
- Strauss J**, Krowchuck D, Leyden J, Lucky AW, Shalita AR, & Siegfried EC. (2007). Guidelines of care for acne vulgaris management. *J Am Acad Dermatol.* 2007 Apr;56:651-63.
- Thiboutot D**, Harris G, Iles V, Cimis G, Gilliland K, & Hagari S. (1995). Activity of the type 1 5 alpha-reductase exhibits regional differences in isolated sebaceous glands and whole skin. *J Invest Dermatol.*;105(2):209-214.
- Usatine R**, Quan M, & Strick R. (1999). Acne vulgar: Atualização terapêutica. *Hosp Pract.* 1999;3(5):13-23.
- Vaz An.** (2003). Acne vulgar: bases para o seu tratamento. *Rev Port Clin Geral.* 2003;19:561-570.
- Walton S**, Cunliffe WJ, & Keczek K. (1995). Clinical, ultrasound and hormonal markers of androgenicity in acne vulgaris. *Br J Dermatol* 1995;133:249-53
- Walton S**, Wyatt E, & Cunliffe WJ. (1998). Genetic control of sebum excretion and acne. A twin study. *Br J Dermatol* 1998;18:393-6.
- Webster GF.** (1998). Inflammatory acne represents hypersensitivity to Propionibacterium acnes. *Dermatol* 1998;196:80-1.
- Williams C**, & Layton AM. (2006). Persistent Acne in Women: Implications for the Patient and for Therapy. *Am J Clin Dermatol.* 2006;7:281-290
- Yarak S**, Bagatin E, Hassun KM, Parada MO, & Talarico Filho S. (2005). Hiperandrogenismo e pele: síndrome do ovário policístico e resistência periférica à insulina. *An Bras Dermatol.* 2005;80(4):395-410. Portuguese.
- Yentzer BA**, Hick J, Reese EL, Uhas A, Feldman SR, & Balkrishnan R. (2014). Acne vulgaris in the United States: a descriptive epidemiology. *Cutis.* 2014;86(2):94-99.
- Zoubolis ChC**, Xia L, & Akamatsu H (1998). The human sebocyte culture model provides new insights into development and management of seborrhoea and acne. *Dermatol* 1998;196:21-31.