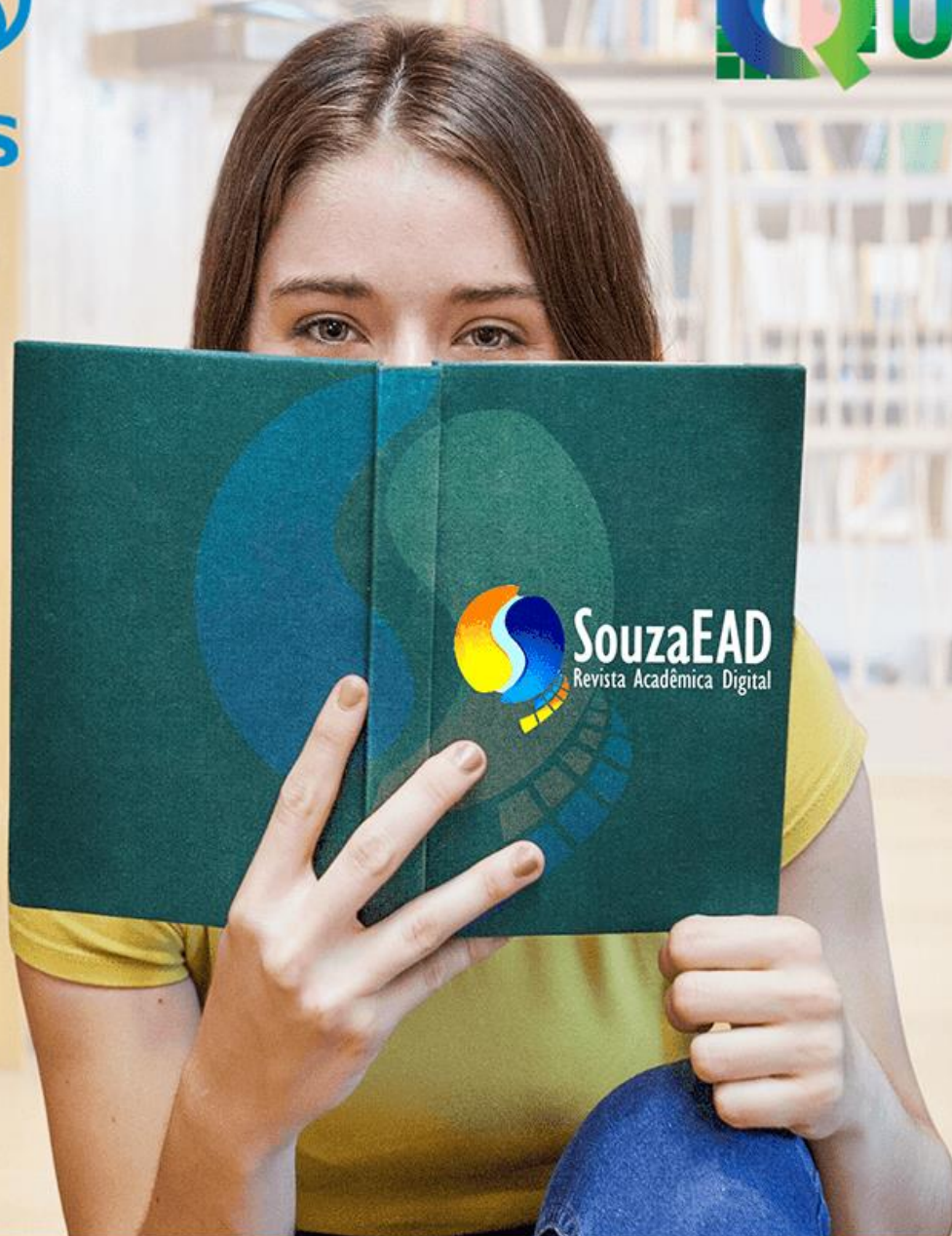




A ROSÁCEA FACIAL E SEUS IMPACTOS NA SAÚDE E NA QUALIDADE DE VIDA**FACIAL ROSACEA AND ITS IMPACTS ON HEALTH AND QUALITY OF LIFE**KARASZOUSKI, Ellen Crystina¹WRUCA, Fernanda²**RESUMO**

A rosácea é uma doença crônica dermatológica comum, caracterizada por inflamação facial, acomete os vasos sanguíneos e glândulas sebáceas. O indivíduo com rosácea apresenta maior sensibilidade na pele e na barreira cutânea fragilizada. O diagnóstico para pacientes com rosácea de pele escura tende a ser desafiador, uma vez que sinais como o eritema e as telangiectasias não são visíveis, para conclusão do diagnóstico, é observado hiperpigmentação e sintomas como ardor e formigamento, caso haja necessidade é realizado uma biópsia da cutânea. Apesar de pacientes com pele clara de fototipo I e II apresentarem maior porcentagem dos casos de rosácea. Além de estudos indicarem uma prevalência na faixa etária de 30 a 60 anos e mais presente em mulheres. Pacientes diagnosticados com rosácea apresentam maior risco de comorbidade significativas, como doenças autoimunes, doenças inflamatórias intestinais e até mesmo doenças cardiovasculares.

Palavras-chave: Rosácea. Autoestima. Manifestação Clínica. Subtipos.

ABSTRACT

Rosacea is a common chronic dermatological disease characterized by facial inflammation, affecting blood vessels and sebaceous glands. Individuals with rosacea experience increased skin sensitivity and a weakened skin barrier. Diagnosis for dark-skinned rosacea patients tends to be challenging, as signs such as erythema and telangiectasias are not visible. A definitive diagnosis requires observation of hyperpigmentation and symptoms such as burning and tingling. If necessary, a skin biopsy is performed. However, patients with fair skin phototypes I and II have a higher percentage of rosacea cases. Studies indicate a prevalence in the 30-60 age group, with a higher incidence in women. Patients diagnosed with rosacea have a higher risk of significant comorbidities, such as autoimmune diseases, inflammatory bowel diseases, and even cardiovascular disease.

KEYWORDS: Rosacea. Self-Esteem. Clinical Manifestation. Subtypes.

INTRODUÇÃO

Segundo estudos, a rosácea apresenta uma grande variação sobre seu

¹ Discente do curso de Biomedicina do Centro Universitário Campos de Andrade-Uniandrade, Curitiba, Brasil.

² Docente do curso de Biomedicina do Centro Universitário Campos de Andrade-Uniandrade, Curitiba, Brasil - ellenckaraszouski@gmail.com

surgimento, sendo mais presente em mulheres do que em homens, e apresenta grande predisposição em pele clara, com fototipos I e II (BONAMIGO et al., 2008). A orientação para o paciente diagnosticado com rosácea é crucial, pois proporciona um controle da doença, a fim de identificar fatores que atuam como gatilhos, sendo provocado de banhos quentes, estresse emocional, ingestão de bebidas alcoólicas e a prática de atividade física intensa. Esses fatores causam a dilatação dos vasos sanguíneos e a resposta inflamatória, resultando no aumento de vermelhidão, sensação de calor, telangiectasias (pequenos vasos sanguíneos dilatados), surgimento de pápulas e pústulas. O paciente além de evitar tais estímulos, pode adotar rotina de cuidados específicos com a pele (BONAMIGO et al., 2008).

A rosácea é uma patologia inflamatória crônica que se manifesta de forma progressiva, ou seja, tende ao longo do tempo se agravar, especialmente na ausência de um controle terapêutico adequado. É considerada como síndrome dermatológica, engloba uma variedade de sinais e sintomas, cuja intensidade e apresentação clínica é diferente para cada indivíduo (VAN ZUUREN, 2017).

A rosácea é classificada clinicamente em duas formas distintas. Segundo Plewing e Kligman, sendo dividida em estágio I (vascular), estágio II e III (inflamatórios), e também variantes como fimas, oftálmica, granulomatosa, edematosa persistente, conglobata e fulminans. A National Rosacea Society (NRS) propõe a classificação em subtipos: subtipo I (eritemato- telangiectásico), subtipo II (papulopustuloso), subtipo III (fimatosa) e subtipo IV (ocular), além de incluir a forma granulomatosa como variante (BONAMIGO et al., 2008).

A rosácea ainda não possui cura definitiva, apesar de grandes avanços ao longo do tempo, seu tratamento é voltado para o controle dos sintomas e evitar a progressão da doença. Para o tratamento a disponível, antibióticos de uso tópico ou oral, corticoides em alguns casos, além dos procedimentos como luz pulsada intensa (IPL), laser vascular e cuidados tópicos. O cuidado tópico pode ser feito por meio da manipulação, que permite uma abordagem individualizada e única, assim atende as necessidades específicas de cada pele. Os efeitos calmantes são uma excelente opção em caso de peles sensibilizadas. Todos os métodos citados vão agir na redução da inflamação, atuando no controle de crises e sintomas como vermelhidão e queimação, melhorando a aparência (VAN ZUUREN, 2017).

Estudos estimam que 10% da população são afetadas pela rosácea, mais comum em mulheres de pele clara, com predomínio na faixa etária de 30 a 60 anos. As áreas mais comuns a serem afetadas são as convexas da face, como testa, nariz e bochechas, que podem levar ao impacto na autoestima do paciente (GUPTA, CHAUDHRY, 2005).

O objetivo deste trabalho é avaliar a qualidade de vida, a influência em pessoas diagnosticadas com rosácea, considerar aspectos físicos, emocionais, psicológicos e sociais. Identificar as principais insatisfações estéticas e assim verificar possíveis tratamentos.

1. CONCEITUALIZAÇÃO DA ROSÁCEA

A rosácea é uma doença crônica dermatológica comum, caracterizada por inflamação facial, acomete os vasos sanguíneos e glândulas sebáceas. O indivíduo com rosácea apresenta maior sensibilidade na pele e na barreira cutânea fragilizada. O diagnóstico para pacientes com rosácea de pele escura tende a ser desafiador, uma vez que sinais como o eritema e as telangiectasias não são visíveis, para conclusão do diagnóstico, é observado hiperpigmentação e sintomas como ardor e formigamento, caso haja necessidade é realizado uma biópsia da cutânea. Apesar de pacientes com pele clara de fototipo I e II apresentarem maior porcentagem dos casos de rosácea. Além de estudos indicarem uma prevalência na faixa etária de 30 a 60 anos e mais presente em mulheres. Pacientes diagnosticados com rosácea apresentam maior risco de comorbidade significativas, como doenças autoimunes, doenças inflamatórias intestinais e até mesmo doenças cardiovasculares (PEREIRA, PEREIRA, 2020).

O *Demodex folliculorum* e o *Staphylococcus epidermidis*, microrganismos presentes na pele, têm papel crucial na fisiopatologia da rosácea através da ativação dos receptores TLRs (BONAMIGO et al., 2008; CARVALHO, 2021). Estudos revelam a diferença da microbiota entre a uma pele saudável e a acometida pela rosácea, a presença da bactéria *Helicobacter pylori* e *Bacillus oleronius*, que geralmente não são encontrados na superfície da pele (BONAMIGO et al., 2008; CARVALHO, 2021).

O *D. folliculorum* reside na glândula sebácea da pele adulta normal, já em

indivíduos com rosácea apresenta concentrações mais elevadas, a redução da mesma está associada com a melhora clínica (BONAMIGO et al., 2008; CARVALHO, 2021).

1.1 MANIFESTAÇÃO CLÍNICA E SUBTIPOS

De acordo com a classificação estabelecida pelo Comitê de Especialistas da National Rosacea Society em 2002, os métodos de diagnóstico da rosácea são divididos em duas partes primárias e secundárias, observando sinais e sintomas mais frequentes (CARVALHO, 2021).

Para confirmar o diagnóstico de rosácea primária é necessário que o paciente apresente pelo menos uma das manifestações iniciais, isto é flushing (rubor facial), eritema persistente (vermelhidão continua na face), telangiectasias (vasinhos aparentes na pele), pústulas e pápulas (lesões elevadas ou com presença de pus) (PEREIRA, PEREIRA, 2020).

No diagnóstico da rosácea secundária, pode ser apresentada associada às primárias ou sozinhas. Geralmente são localizadas na região central da face (testa, nariz, bochechas e queixo). Os sintomas são com edema (inchaço), sensação de queimação ou ardor, secura cutânea, manifestações oculares (como irritação, vermelhidão e sensação de areia) e alterações fimatosas (espessamento da pele) (PEREIRA, PEREIRA, 2020).

A rosácea também é classificada através de quatro subtipos clínicos de acordo com sinais: (CARVALHO, 2021).

·Substituto I: Eritema Telangiectásico; Subtipo II: Papulopustular; ·Subtipo III: Fimatoso; Subtipo IV: Ocular;

Eritema Telangiectásico (RET): Apresenta-se com máculas eritematosa localizadas na região centro facial, as quais são frequentemente agravadas por episódios de flushing (CARVALHO, 2021).

Rosácea Papulopustulosa (RPP): Está presente em pústulas eritematosas e/ou pústulas na região centro facial, em casos isolados a presença de módulos (CARVALHO, 2021).

Rosácea fimatosa (RF): Pode ser observado o espessamento cutâneo com nódulos irregulares e fibrose, pode ser localizada em toda fase com maior predomínio

na área nasal (CARVALHO, 2021).

Rosácea ocular: Os principais sinais incluem sensação de corpo estranho, conjuntivite, olho seco, sensibilidade à luz, vermelhidão ocular e visão turva (CARVALHO, 2021).

Apesar das características apresentadas, pode haver variações incluindo: Rosácea fulminante e conglobata; Glanunatosa; e a Doença de Mornibhan. Podem ocorrer também sinais de manifestações raras como eritema persistente em couro cabeludo ou escroto (CARVALHO, 2021).

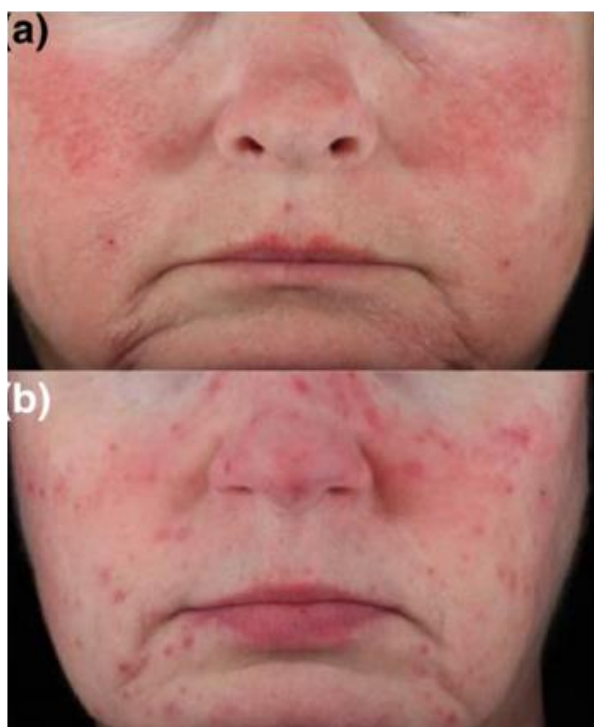
Para as variações clínicas:

Rosácea Granulomatosa também conhecida como Rosácea Lupóide é caracterizada pela presença de pápulas ou nódulos eritemato-acastanhados (CARVALHO, 2021).

Rosácea Fulminante também conhecida como Pioderma Facial ou Rosácea Conglobata, é início súbito de eritema intenso, pápulas, pústulas estéreis, mais frequentes em mulheres de 20 ou 30 anos (CARVALHO, 2021).

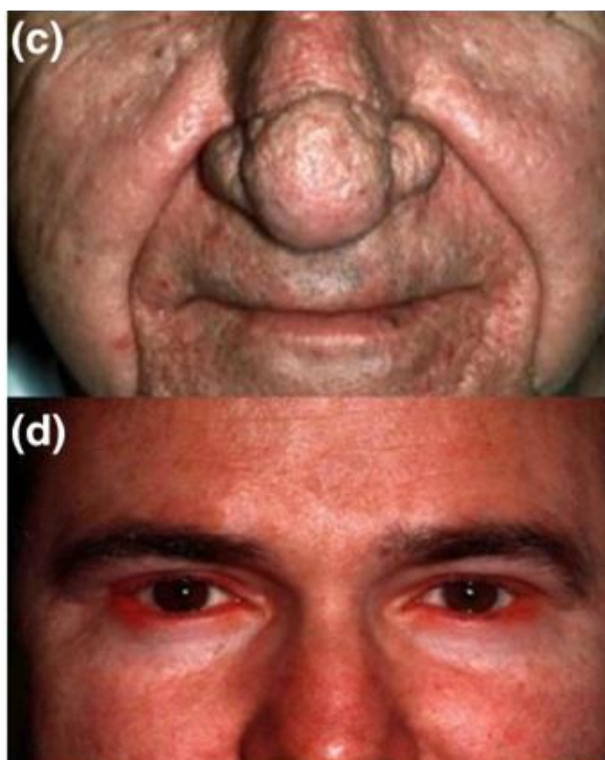
Doença de Morbihan é a presença de linfedema e eritema persistente, localizado geralmente na parte superior da face (CARVALHO, 2021).

Figura 1- Subtipo clínico da rosácea, A) Eritema, (B) Rosácea pápulo-pustulosa.



Fonte: Asai et al. (2016).

Figura 2 - Subtipo clínico da rosácea, (C) Rosácea fimatosa grave e (D) Rosácea ocular com infiltração de lipídios das glândulas de meibomianas que revestem a margem da pálpebra.



Fonte: Asai et al. (2016).

1.2 FATORES DESENCADEANTES

Os fatores genéticos, ambientais, desregulação do sistema imunitário inato e adaptativo, podem estar associados ao surgimento da rosácea (CARVALHO,2021). Os fatores mais comuns são exposição a temperaturas altas, banhos quentes, radiação ultravioleta (UV), exercício físico, ciclo menstrual, bebidas e alimentos quentes ou picantes, algumas frutas e vegetais citrinos como tomate, banana, abacate, morango, também alimentos lácteos, cafeína, consumo de tabaco e álcool, estresse emocional, uso de fármacos vasodilatadores e corticoides tópicos, determinados cosméticos que possuem em sua composição álcool ou fragrância (CARVALHO,2021). Sob condições normais, o sistema inato é ativado gerando um aumento controlado de citocinas e peptídeos antimicrobianos (AMPs), na pele, na rosácea essas vias são alteradas, elevando a produção de AMPs, como as defensinas e as catelicidinas (CARVALHO, 2021).

Quadro 1: Fatores desencadeadores da rosácea.

Exposição solar	81%
Estresse emocional	79%
Clima quente	75%
Exercícios físicos intensos	56%
Consumo de álcool	52%
Cosméticos	27%
Produtos para o cuidado da pele	41%
Clima frio	46%

Fonte: ROCHA et al. (2024)

A diversos gatilhos que podem desencadear ou agravar crises de rosácea, a exposição solar é um dos mais comuns 81%. A radiação ultravioleta provoca inflamação e dilatação dos vasos sanguíneos. O estresse também apresenta alta porcentagem (79%), desencadeando resposta inflamatória no organismo. Clima quente com (75%), promove a vasodilatação e flushing, aumentando a vermelhidão e rubor. A prática de exercícios físicos intensos (56%), podem agravar sintomas devido ao aumento da temperatura corporal. O clima frio (46%) pode gerar desconforto além de agredir a pele. O consumo de álcool (52%) principalmente o vinho tinto atua como vasodilatador. Os cosméticos com (27%) se possuírem fragrância ou álcool em sua

composição, podem irritar a pele sensível. O mesmo ocorre com produtos utilizados para skincare (41%) se não forem adequados podem causar irritação e reação (ROCHA et al., 2024).

Figura 3- Gatilho de altas temperaturas.



Fonte: Arquivo pessoal.

A Figura acima mostra a região facial avermelhada, após exposição de banho em altas temperaturas.

1.3 ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DA ROSÁCEA

A rosácea não está associada a índices de mortalidades, mas pode resultar de forma negativa na vida do paciente, levando a fobia social e baixa autoestima, impactando na sua vida social e profissional, podendo desencadear crises de ansiedade e até depressão (PEREIRA, PEREIRA, 2020). A depressão de pacientes com rosácea está relacionada com a intensidade do quadro da doença. Por não apresentar um tratamento completamente eficaz para a vermelhidão, é possível observar de forma significativa a redução na qualidade de vida (QV) dos pacientes. Contudo, estudos realizados mostram que indivíduos com rosácea grave obtiveram escores médios no Índice de Qualidade de Vida em Dermatologia (DLQI) comparado com pacientes com manifestações da doença mais leves. Um efeito presente durante o período ativo dos sintomas é a tendência ao isolamento social, podendo gerar sentimento de vergonha e constrangimento. O paciente pode evitar a socialização, com receio de perguntas sobre sua condição, e assim pode se tornar um ciclo, onde isolamento afeta o emocional, que em alguns casos pode se tornar novas crises (PEREIRA, PEREIRA, 2020).

1.4 A INFLUÊNCIA DA ROSÁCEA NA QUALIDADE DE VIDA

Qualidade de vida (QV) diz a respeito da percepção do bem-estar do indivíduo e está relacionada ao equilíbrio físico, mental, social, cultural, ambiental e espiritual. A pele é o maior órgão humano e pode indicar problemas emocionais ou doenças sistêmicas, ligadas a fatores genéticos e hormonais (CALVETTI et al., 2017).

Portanto, no caso de pacientes com rosácea, a qualidade de vida é comprometida, visto que a doença interfere tanto no bem-estar físico quanto emocional, refletindo negativamente em seu dia a dia (CALVETTI et al., 2017).

1.5 TRATAMENTO DA ROSÁCEA E SEUS EFEITOS NA QUALIDADE DE VIDA

O tratamento da rosácea apresenta grande desafio por sua complexidade, apesar de não existir uma cura definitiva, é possível controlar e reduzir os sintomas, associadas a cuidados específicos com a pele, ajustes e gerenciamento na vida do paciente (PEREIRA, PEREIRA, 2020).

Quadro 2: Principais ativos e os efeitos no tratamento da rosácea.

Terapias tópicas: ativos e concentrações (%)	Efeitos
Ácido azelaico 15%	Reduz a inflamação (pápulas e pústulas).
Ivermectina em creme 1%	Reduz a proliferação de <i>Demodex folliculorum</i> através dos efeitos anti-inflamatórios.
Metronidazol, 0,75%-1%	Redução de eritema, pápulas e pústulas.
Calêndula extrato Glicólico 5%-10%	Calmante, refrescante e cicatrizante.
Alantoína 0,2-2%	Cicatrizante e anti-inflamatórios.
Pantenol 0,5%-2%	Calmante, hidratante e cicatrizante (auxilia na regeneração da pele).
Extrato de Portulaca 1%-5%	Analgético e anti-inflamatórios.
Prebiótico 1%	Atua reequilibrando a microbiota e auxilia na recuperação da pele fragilizada.
Extrato de sálvia vermelha 5%-15%	Suaviza a vermelhidão e acalma a pele.

Fonte: Oliveira et al. (2024).

Os ativos são indicados conforme a necessidade individual de cada paciente, levando em consideração o tipo de lesão predominante. O tratamento tópico envolve propriedades anti-inflamatórias, antimicrobiana, calmantes e cicatrizantes com finalidade de aliviar os sintomas e controlar a inflamação, assim resultando na qualidade da pele afetada. Dentre os principais ativos, o ácido azelaico a 15% é um

dos mais utilizados, age na ação inflamatória e na redução de pápulas e pústulas. Outro ativo é a ivermectina em creme 1% atua controlando a proliferação de ácaros *Demodex folliculorum*. Os fisioterápicos (extrato glicólico 5% a 10%) atua como calmante, refrescante e cicatrizante, pantenol (0,5 a 2%) possui ação cicatrizante e hidratante, extrato de portulaca (1% e 5%) atua como anti-inflamatório e efeito analgésicos. Os prebióticos (1%) auxiliam no reequilíbrio da microbiota da pele e o extrato de sálvia vermelha (5% a 15%) tem capacidade de suavizar a vermelhidão (OLIVEIRA et al., 2024).

Medicamentos de via oral também podem auxiliar no tratamento, controlando os sintomas e diminuindo o desconforto, utilizado antibiótico como isotretinoína e o metronidazol (MALACHOSKI, RIBAS, 2021; OLIVEIRA et al., 2024).

A toxina botulínica tipo A também é utilizada no tratamento da rosácea, atua no bloqueio da liberação do neurotransmissor acetilcolina, que através da clivagem das proteínas do complexo SNARE, essenciais para adesão e fusão das vesículas contendo a acetilcolina na junção neuromuscular. A comprovação de estudos que destacaram esse potencial terapêutico em redução dos principais sinais da doença como rubor, eritema, pápulas e pústulas (SANTOS, 2020).

A luz pulsada é outra abordagem terapêutica que tem resultados satisfatórios em doenças dermatológicas e em tratamentos para olho seco. Atua no tratamento de lesões vasculares e pigmentadas, contribui para uma melhora cutânea e promove colágeno e fibras elásticas (MALACHOSKI, RIBAS, 2021).

2. METODOLOGIA

O presente trabalho apresenta como metodologia a revisão bibliográfica, onde a busca de dados foi realizada através de base de dados como: Google acadêmico, Scielo, The New England Journal of Medicine e PubMed, através dos descritores: “rosácea”, “autoestima”, “manifestação clínica”, “subtipos”.

A partir da coleta de dados, 35 artigos relacionados ao tema proposto. Destes, 12 atenderam os critérios de inclusão e foram utilizados como base teórica para elaboração deste artigo.

Os critérios de inclusão estão artigos delimitados entre 2000 a 2025, dentre

eles estão artigos que estudaram ou revisaram os conhecimentos sobre classificação da rosácea; características; sintomas; tratamento; influencia na qualidade de vida; estudo de casos e informações diretamente ao impacto na vida de pacientes; estudos publicados recentemente foram priorizados para garantir a atualidade das informações; artigos em outros idiomas foram lidos utilizando tradutores de texto para auxiliar a compreensão. Artigos publicados e estudo de casos referente ao tema antes de 2000 foram excluídos do trabalho, a fim de garantir a atualidade das informações.

3. RESULTADOS

O estudo baseou-se de maneira criteriosa e persistente sobre o tema, priorizando artigos científicos recentes. Esta abordagem deve-se à complexidade da fisiopatologia da rosácea e os diversos fatores como gatilhos e predisposição genética.

Observou-se que mulheres apresentam maior prevalência no diagnóstico de rosácea comparada a homens (GUPTA, CHAUDHRY, 2005). Além disso, o principal sinal é presença de rubor facial, vermelhidão contínua na face, pápulas ou pústulas. Com fatores desencadeantes mais comuns está o estresse, clima frio e quente, banhos em alta temperatura, consumo de bebidas alcoólicas e atividade física intensa (GUPTA, CHAUDHRY, 2005).

Os pacientes são orientados a praticar os cuidados com a pele, com hidratação adequada e uso de protetor solar, considerando a fragilidade da função barreira epidérmica. A rotina de cuidados é fundamental para o controle da doença que resulta em uma pele sensível e propensa à irritação (GONÇALVES, 2016).

A evidência no impacto psicossocial da doença atinge os pacientes afetando “padrões de beleza” que buscam a pele perfeita, ou seja, afeta de forma negativa a sua autoestima (GONÇALVES, 2016). Em grande parte, os pacientes acometidos pela rosácea relatam que a doença interfere em suas interações sociais e profissionais. O aspecto cutâneo ao ser afetado por condições dermatológicas visíveis pode influenciar em insegurança, baixa autoestima, impacto emocional, podendo estar associada a comportamentos como ansiedade, sentimento de vergonha, isolamento social em alguns casos depressão. A preocupação excessiva com aparência pode desencadear um estresse contínuo afetando diretamente em crises de rosácea, criando um ciclo

repetitivo de piora emocional e dermatológica (VIEIRA et al., 2024).

A uma abordagem por profissionais da saúde, que compreendam sintomas físicos da rosácea e o seu impacto emocional é extremamente importante. Além do tratamento para controle da doença, alguns casos exigem acompanhamentos psicológicos e terapêuticos especializados, grupos de apoio também podem ser uma boa alternativa, melhorando a progressão da doença e na qualidade de vida do paciente (DAL'AGNOL, 2025).

4. DISCUSSÃO

A partir dos artigos científicos encontrados é possível compreender que a rosácea ultrapassa os impactos físicos, compromete no impacto emocional e psicológico. O sexo feminino é mais impactado pela doença comparando com o sexo masculino. Isto se deve a fatores hormonais, imunológicos e comportamentais (BONAMIGO et al., 2008). A menor prevalência de indivíduos com maior pigmentação também se refere à proteção da melanina em frente a alguns gatilhos apresentados pela rosácea (PEREIRA, PEREIRA, 2020).

Em relação ao impacto na qualidade de vida em pacientes diagnosticados com rosácea, destaca-se a pressão por padrões estéticos (DAL'AGNOL, 2025). Estudos apontam que os sentimentos de vergonha, ansiedade, insegurança, desconforto social e baixa autoestima são causados pela autocobrança, em relação a sua autoimagem ou desencadeada por situações de preconceitos e comentários destinados ao paciente (ROCHA et al., 2024). Em alguns casos associados a tratamentos terapêuticos e acompanhamento multidisciplinar (DAL'AGNOL, 2025).

Desse modo, as pesquisas encontradas contribuem para o entendimento da rosácea, de forma clínica, psicológica e emocional, porém apresenta algumas limitações. Contudo, a necessidade de novas pesquisas com amostras regionais e avaliações qualitativas, com intenção de aprofundar o impacto na qualidade de vida.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Contudo, podemos concluir que a rosácea é uma doença inflamatória crônica, pode estar associada a fatores genéticos, imunológicos, ambientais e emocionais. Os sintomas também podem variar de acordo com o indivíduo, fatores desencadeantes

distintos, o tratamento geralmente é com uso tópico, medicamentos orais e estéticos (Luz pulsada, toxina botulínica e laser). Sua manifestação clínica é dividida em subtipos: Eritema telangiectásico, papulopustular, fimatoso, ocular e algumas variações: Rosácea granulomatosa, fulminante e doença de Morbihan, cada uma exige uma abordagem individualizada, que pode dificultar no diagnóstico.

De acordo com a literatura, o subtipo Eritema Telangiectásico (RET) é o mais comum devido aos sinais apresentados de rubor facial e vermelhidão contínua na face.

Seu impacto vai além de sintomas físicos, eles afetam diretamente o estado emocional, abalando a autoestima e provocando sentimento de vergonha, ansiedade e isolamento social, principalmente em mulheres que estão mais suscetíveis à rosácea, com fototipo I e II, e faixa etária entre 30 e 60 anos.

Assim, é fundamental orientar o paciente de forma correta sobre o controle da doença, mesmo com avanços de tratamentos, embora não tenha cura, pode ser controlada.

Compreender e oferecer um tratamento empático, humanizado e eficaz, garante um tratamento com melhores resultados e garante uma melhora na qualidade de vida do paciente.

REFERÊNCIAS

ASAI, Y.; TAN, J.; BAIBERGENOVA, A.; BARANKIN, B.; COCHRANE, C. L.; HUMPHREY, S.; LYNDE, C. W.; MARCOUX, D.; POULIN, Y.; RIVERS, J. K.; SAPIJASZKO, M.; SIBBALD, R. G.; TOOLE, J.; ULMER, M.; ZIP, C. Canadian clinical practice guidelines for rosacea. *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery*, [S. l.], v. 20, n. 5, p. 432-445, set. 2016. DOI: Errata em: *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery*, v. 25, n. 4, p. 466, jul./ago. 2021.

BONAMIGO, R. R. et al. Fatores associados à rosácea em amostras populacionais do Sul do Brasil: análise de estudos casos-controles. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, v. 83, n. 5, p. 419–424, out. 2008.

CALVETTI, P. Ü. et al. Biopsychosocial Aspects And Quality Of Life Of People With Chronic Dermatoses. *Psicologia, Saúde & Doença*, v. 18, n. 2, p. 297–307, 25 jul. 2017.

CARVALHO, Helena R. I. Rosácea. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) –

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, P. 45. 2020.

DAL' AGNOL, Sandra. Abordagem interprofissional na caracterização clínica e tratamento da rosácea. 2025. TCC (Bacharelado em Biomedicina) – Universidade de Caxias do Sul, Caxias do Sul, p. 23. 2025.

GUPTA, A.; CHAUDHRY, M. Rosacea and its management: an overview. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, v. 19, n. 3, p. 273–285, maio 2005.

GONÇALVES, Maria Manuel Baía de Melo Magalhães. Cuidados dermatocósméticos na rosácea. Monografia (Estágio Curricular do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas) – Faculdade de Farmácia, Universidade de Coimbra, Coimbra, P. 41. 2016.

MALACHOSKI, K. G. G. dos S.; RIBAS, J. L. C. Tratamentos utilizados para o controle dos sinais e sintomas na rosácea. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 2, p. e55610212780, 28 fev. 2021.

OLIVEIRA, Camila Milena Barbosa de; FERREIRA, Deise Roberta França; BARROS, Neuza Biguinatti de; ARAUJO, Roberto Ataíde Batalha de. Ativos utilizados no tratamento da rosácea. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 7, n. 9, p. 1-9, nov./dez. 2024.

PEREIRA, M. D., PEREIRA, M. D. Aspectos Fisiopatológicos, Fatores Desencadeadores, Diagnóstico E Tratamento Da Rosácea: Uma Revisão Da Literatura. *Caderno De Graduação - Ciências Biológicas E Da Saúde - UNIT - SERGIPE*, 6(2), 75. 2020.

ROCHA, T. M. P. DA; CARVALHO, W. P. DE; CAMARGO, B. Aplicabilidade Da Toxina Botulínica Tipo A No Tratamento De Rosácea (BIOMEDICINA). *Repositório Institucional*, v. 2, n. 2, 4 mar. 2024.

SANTOS, Ana Jaqueline Costa Oliveira. Efeitos da toxina botulínica no tratamento da rosácea: uma revisão sistemática. 2020. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Biomedicina) – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, 2020.

TAIEB, A. et al. Cost-Effectiveness of Ivermectin 1% Cream in Adults with Papulopustular Rosacea in the United States. *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy*, v. 22, n. 6, p. 654-665, 2016.

VAN ZUUREN, E. J. Rosacea. *New England Journal of Medicine*, v. 377, n. 18, p. 1754–1764, 2 nov. 2017.

VIEIRA, Maria Elisa Sobral Vila Nova de Carvalho; SANTOS, Livia Cunha dos; PIZANI, Izabella Alves; MACHADO, Ivan Reis; BARBOSA, Mariana Lobato. Rosácea: gatilhos, terapias tópicas e regimes de manutenção. *Revista Ibero-*

