

**USO DO PELLING DE DIAMANTE NA CICATRIZ ATRÓFICA DE ACNE:
ESTUDO DE CASO**
USE OF DIAMOND PELLING IN THE ATROPHIC SCAR OF ACNE: CASE STUDY

Laura Leticia Luiz¹; Mariane Maria Silveira Vieira de Lima²

¹Discente da UniGuairacá/ SESG

²Docente da UniGuairacá/ SESG

RESUMO

Objetivo: O objetivo deste trabalho é melhorar a aparência da cicatriz atrófica da acne em adultos jovens. **Metodologia:** é um estudo de caso e o trabalho contou com 01 voluntário do sexo masculino, onde foi realizado a avaliação do pré e pós procedimento por meio dos questionários MELASQoL, ACNEQoL e foto documentação. Feito a limpeza da pele, foi aplicado o peeling de diamante, o procedimento foi realizado em três aplicações, sendo uma vez por semana a cada 15 dias e a última aplicação com espaço de 18 dias. **Resultados:** obteve-se resultados em questão do clareamento e oleosidade da pele, no questionário de MELASQoL teve melhora em apenas duas perguntas e no ACNEQoL se manteve os resultados. **Questão central da pesquisa:** Houve melhora na cicatriz da acne?

Palavras-Chaves: Peeling; Acne; Clareamento; Cicatriz.

ABSTRACT

Objective: The objective of this work is improve the appearance of the atrophic acne scar in young adults. **Methodology:** It is a case study and the work counted on with 01 male volunteer, which was realized pre and post method valuation through the MELASQoL, ACNEQoL questionnaire and photo documentation. Done the skin cleansing, was applied the diamond peeling, the method was realized in three applications, being once a week every 15 days and the latest application with a period of 18 days. **Results:** The results were obtained in question of the whitening and oiliness skin. In the questionnaire about MELASQoL had improvement in only two questions and the ACNEQoL kept the results. **Central research question:** there was improvement in the acne scar?

Key-Words: Peeling; Acne; Whitening; Scar.

INTRODUÇÃO

“A membrana cutânea ou pele faz parte do sistema tegumentar, considerada seu principal órgão”¹. “A pele é uma membrana de camada dupla que envolve toda a superfície exterior do corpo, estendendo-se pelos vários orifícios naturais por meio das membranas mucosas que os revestem”². “A pele pode ser dividida em três camadas: a epiderme (mais superficial), a derme (intermediária) e a hipoderme (mais profunda)”³. “A hipoderme não é reconhecida por diversos autores como parte que integra a pele, apesar de ser estudada no contexto do sistema tegumentar”¹.

Conforme Harris², fala que a epiderme e derme são unidas pela membrana basal, da qual ultraestrutura típica proporciona à pele parte de suas qualidades mecânicas, deste modo libera a nutrição da epiderme transferindo por capilaridade os nutrientes da derme. Segundo Bernardo, Santos e Silva⁴, a hipoderme é conhecida como órgão endócrino, formada por tecido adiposo, tem o papel de manter reserva energética, defender contra choques, modelar o corpo e construir uma manta térmica.

A acne é uma patologia da unidade pilossebácea dos folículos capilares da pele. As características clínicas desta condição incluem: oleosidade excessiva, lesões não inflamatórias (comedões abertos e fechados), lesões inflamatórias (pápulas e pústulas), e vários graus de cicatriz. A acne é distribuída nas regiões com maior densidade de unidade pilossebáceas (face, pescoço, tórax superior, ombros e dorso)⁵.

“A acne vulgar é uma dermatose comum que atinge cerca de 85% da população e ocorre devido à retenção de queratinócitos no infundíbulo dos folículos pilossebáceos levando a alteração da flora bacteriana local, inflamação e seborreia”⁶. “Acne vulgar é uma condição comum da pele, geralmente tem início na puberdade, situando-se o pico de incidência entre os 14 e 17 anos nas meninas, e entre os 16 e 19 anos nos meninos, sendo mais grave e prevalente no sexo masculino”⁵.

As cicatrizes de acne podem ser classificadas em cicatrizes atróficas de *atrophic icepick*, *boxcar* e *rolling*, além de cicatrizes queloidais e hipertróficas. Diante disso, essas cicatrizes podem ser eritematosas, hiperpigmentadas e/ou hipopigmentadas. Cada tipo de cicatriz tem uma causa estrutural diferente que garante uma abordagem personalizada⁷.

Portanto, a acne pode deixar determinadas cicatrizes como sequelas, sendo assim, na lesão inicial (comedão) expõe a obstrução do infundíbulo folicular por células cornificadas, levando à dilatação e lesões mais tardias revelam a ruptura do folículo, com linfócitos, neutrófilos e macrófagos, podendo ser observada a formação de cicatrizes⁸.

Segundo Oliveira, Torquetti e Nascimento⁹, a acne pode ser relacionada de acordo com a sua gravidade, sendo elas grau leve: é definida por conter menos de vinte comedões, cinco lesões inflamatórias ou menos de trinta lesões totais, o grau moderado: é caracterizada de vinte a cem comedões, quinze a cinquenta lesões inflamatórias ou trinta a cento e vinte e cinco lesões no total e o grau grave desenvolve mais de cinco cistos, caso o número de lesões totais ultrapassar cento e vinte e cinco, se enquadra neste grau.

De acordo com Araujo e Britto¹⁰, o peeling de diamante (PLD) auxilia na redução de manchas e cicatrizes mais superficiais da acne. Pode ser utilizada para suavizar danos causados pelo sol, sequelas de queimaduras, acne, clareamento das camadas superficiais da epiderme, pré-tratamento de revitalização facial, prevenção e tratamento de fotoenvelhecimento, nas discromias realizando uniformização da pele¹¹.

Conforme Batista e Vidal¹², o PDL é constituído por uma manopla com algumas ponteiros diamantadas de granulometrias alternadas, sendo um equipamento adequado para proporcionar uma microesfoliação da camada mais externa da pele, removendo as células mortas que continuam na epiderme e estimula a produção de novos colágenos causando uma repitelização celular.

O objetivo deste trabalho é melhorar a aparência da cicatriz atrófica da acne em adultos jovens, sendo assim, recuperar a qualidade de vida dos voluntários com cicatriz de acne, promover melhora nas linhas de expressão facial e atuar no clareamento de mancha facial.

METODOLOGIA

O presente trabalho propõe um estudo de caso, aprovado pelo Comitê de ética da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO) parecer número 4.136.288. O trabalho foi desenvolvido nas dependências da UniGuairacá, no laboratório de estética, no município de Guarapuava-PR.

A amostra foi constituída por 01 indivíduo do sexo masculino, cor branca, 32 anos, fototipo de I a III, onde o voluntário foi abordado através das redes sociais (Facebook, Instagram e WhatsApp), em seguida recebeu as informações sobre o presente estudo de acordo com a Portaria 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que regulamenta a pesquisa com seres humanos.

Foram impossibilitados de participar do presente trabalho, indivíduos que não possuíssem cicatriz de acne profunda, idade inferior a 18 anos ou superior a 35 anos,

indivíduos acima do fototipo 3 ou albinos, pessoas em tratamento de saúde, neuropatias ou patologias associada a falta de sensibilidade, pessoas que tenham realizado tratamento, peles sensíveis, telangiectasias, síndrome de déficit de cicatrização, alteração de coagulação, voluntários em uso de isotretinoína.

Para a avaliação foi aplicado o questionário de MelasQoL, o questionário é composto por dez questões, que abordam diferentes aspectos da vida do paciente. Em uma escala de 1 (nem um pouco incomodado) a 7 (incomodado o tempo todo), o paciente deve informar como se sente em relação a cada um dos itens. O MELASQoL pode variar de 7 a 70, sendo que os valores mais altos indicam pior qualidade de vida¹³. Segundo Kamamoto, et al.¹⁴, o Acne-QoL contém 19 questões organizadas em quatro domínios (autopercepção, papel-social, papel emocional e sintomas de acne) que se referem a sintomas faciais acne. Também foi aplicado Avaliação Facial e o TCLE.

A foto documentação foi realizada com o voluntário em pé, com um fundo branco, distanciamento de 1 metro entre o voluntário e a câmera. O celular utilizado foi um Smartphone Apple iPhone XR, iOS 13, seguintes características: câmera 12MP + 7MP F 2.2 – Preto, tela 6.1” 6 Core 1.9 GHZ e 256 GB.

A técnica ocorreu em três sessões durante seis semanas, realizada uma sessão a cada 15 dias, sendo a 3º sessão com espaço de 18 dias, pois o voluntário não podia ir no dia proposto que seria o 15º dia, cada sessão teve duração de 30 minutos cada com o aparelho Beauty Dermo HTM, utilizada a ponteira diamantada 150 micra. A maca foi higienizada antes e depois do atendimento com álcool 70%, utilizando lençol de papel sobre a mesma e descartando logo em seguida ao uso. O voluntário foi posicionado em decúbito dorsal, colocado a touca, então foi realizada a higienização da face, utilizando discos de algodão com água para umedecer, sabonete neutro facial, esfoliante físico facial, loção tônica e demaquilante, todos os produtos utilizados foram da marca Belvittá. Feito isso, foi realizado o PLD, aplicando nos sentidos horizontal, diagonal e vertical, sendo 15 vezes cada sentido sendo uma duração aproximada de 10 minutos, tanto do lado direito, quanto do lado esquerdo. Terminado o PLD, era aplicado a loção tônica e demaquilante novamente e por fim o protetor dermosoft protect FPS20 Extratos da Terra. Foi orientado ao voluntário o uso de protetor solar diariamente, melhorar a alimentação, ingerir mais água e que o mesmo poderia ficar com a pele vermelha e até descamar e qualquer receio poderia entrar em contato para tirar dúvidas.

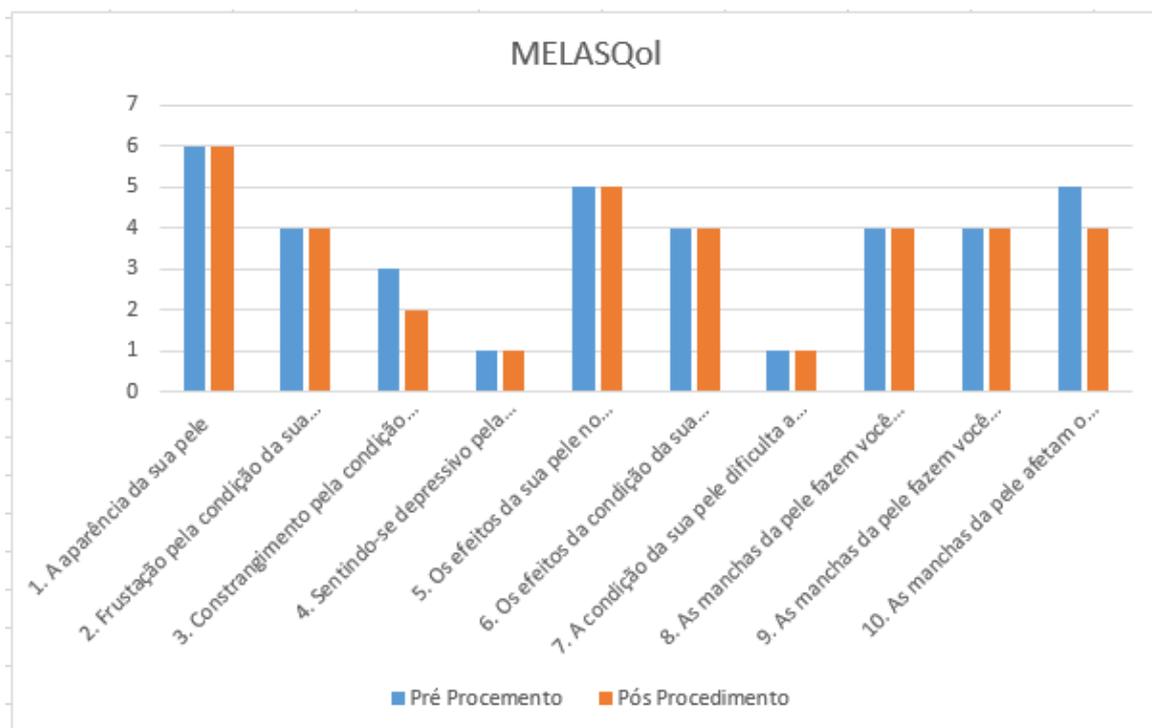
RESULTADOS

O estudo foi realizado com um voluntário do sexo masculino, 32 anos e apresentou os critérios de inclusão proposto pela pesquisa, seus tipos de cicatrizes são o *atrophic icepick* e *boxcar*. Foram preenchidos o TCLE em seguida o questionário de MELASQoL no qual há dez perguntas, mas apenas em duas perguntas houve diferença e são elas: constrangimento pela condição de sua pele e as manchas de pele afetam o seu senso de liberdade. No ACNEQoL não houve diferença nos resultados. Os dados foram analisados no Excel 2016.

Na segunda e terceira sessões foi questionado se percebeu alguma melhora durante o tratamento, o voluntário relatou que nos primeiros dois dias a pele ficava vermelha e junto a descamação, mas nada que o incomodasse e que houve melhora nesses aspectos: na oleosidade da pele, clareamento, maciez e redução de acne.

Pode-se observar que na imagem 1, sendo a coluna azul o pré procedimento e a coluna laranja o pós procedimento. Apenas duas perguntas houve diferença no resultado (citadas acima), sendo na pergunta 3 o pré marcando a coluna 3: não incomodado algumas vezes e o pós marcando a coluna 2: não incomodado na maioria das vezes e na pergunta 10 o pré marcando a coluna 5: incomodado algumas vezes e o pós na coluna 4: neutro.

Imagem 1: Comparação do pré e pós procedimento do MELASQoL.



Fonte: Autor, 2020.

Foi feita avaliação através de fotos, como vemos nas imagens 2, 3 e 4 sendo a primeira linha identificada como antes e a segunda linha identificada como depois do procedimentos. Foi realizado na visão anterior, lateral direita e lateral esquerda, vemos as seguintes imagens a seguir:

Imagem 2: vista anterior.



Fonte: produzido pelo autor.

Imagem 3: vista lateral direita.



Fonte: produzido pelo autor.

Imagem 4: vista lateral esquerda.



Fonte: produzido pelo autor.

Pode-se perceber que não houve melhora visualmente no diâmetro das lesões, mas houve melhora na oleosidade, clareamento da pele e levemente nas linhas de expressões. Nas imagens do (depois) as cicatrizes estão mais visíveis, visto que a face ainda estava sensível.

No pós procedimento aparenta estar maior as lesões, pois o voluntário havia modificado o formato da barba.

DISCUSSÃO

Nesta pesquisa observou-se que não houve diferença quando aplicado o questionário Acne qol, sendo está alteração somente no questionário Melasqol, encontrando o resultado de clareamento da face gerado pelo tratamento proposto, podendo ser visualmente comparada nas imagens através da comparação entre antes intervenção e pós intervenção.

Em apenas 3 sessões não se percebeu melhora nas cicatrizes de acne, pois as mesmas eram profundas. De acordo com Aquino e Ferreira¹⁵, apenas dois dos seis voluntários tratados não notaram melhora nas cicatrizes de acne. Os autores não relataram o motivo de não terem encontrado resultado nos dois voluntários. Seu procedimento foi em todas as cicatrizes da face, realizando duas sessões de microagulhamento associado ao peeling químico.

Observou-se que a técnica de microdermoabrasão teve resultados satisfatórios na melhora do aspecto e textura da pele e na diminuição da profundidade das cicatrizes¹⁶. A intervenção foi realizada com dois participantes, 10 sessões, aplicada uma vez por semana, utilizando o peeling mecânico.

Nesta pesquisa encontrou-se o resultado de clareamento, podendo ser visualmente comparada nas imagens. De acordo com Batista e Vidal¹², assegura que a intervenção utilizada induz a descamação da camada externa da epiderme e clareia as hiperpigmentações, por intervenção da microesfoliação promovida pelas pontas de microagulhas, se obtêm a melhora da textura facial.

No questionário de MELASQoL houve diferença em apenas duas perguntas, sendo elas: constrangimento pela sua condição de pele e as manchas da pele não afetam o seu senso de liberdade, no pré a somatória deu 36 e no pós 34. Segundo Costa et al.¹⁷, afirma que melasma é dermatose que propicia resultado na qualidade de vida dos pacientes. O questionário MELASQoL está sendo aplicado cada vez mais para analisar esses resultados. Outro estudo, publicado em 2008 por Scherdin et al., relatou que após oito semanas de tratamento para melasma, o MELASQoL passou de 28,3 para 19,4, sendo os aspectos que mais melhoraram: aparência da pele, frustração e depressão devido a condição da pele¹⁷.

Dentre a limitação do presente estudo apresentou-se com apenas três sessões, onde pode-se perceber que teve melhora em alguns aspectos, mas não se obteve melhora na cicatriz atrófica da acne, devido ao pouco tempo para a realização das coletas e o espaço de uma sessão para a outra, o que prejudicou os resultados esperados.

CONCLUSÃO

Conclui-se que o resultado obtido após três sessões de peeling de diamante foi consideravelmente satisfatório, pois teve melhora significativa da pele, clareamento e diminuição de oleosidade, apenas as cicatrizes de acne que não houve melhora.

Contudo, é necessário a continuação do tratamento fazendo o uso com outros protocolos para a comparação de resultados e que o procedimento seja melhor aplicado, proporcionando a obtenção de melhores dados significativos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. PIMENTEL, BRUNA FERNANDA NUNES. TRATAMENTO DA PELE ACNEICA COM A UTILIZAÇÃO DO PEELING QUÍMICO. 2019. Disponível em: <https://repositorio.pgsskroton.com.br/bitstream/123456789/28929/1/BRUNA%2bFERNANDA%2bNUNES%2bPIMENTEL%2bpdf%2bbanca.pdf>
2. HARRIS, M.I. **Pele: do nascimento à maturidade**. 1. ed. São Paulo: Senac São Paulo, 2016.
3. BORGES, F.S. **Dermato-Funcional: Modalidades terapêuticas nas disfunções estéticas**. 2. ed. São Paulo: Phorte, 2010
4. BERNARDO, A. F. C.; DOS SANTOS, KAMILA; DA SILVA, DÉBORA PARREIRAS. Pele: alterações anatômicas e fisiológicas do nascimento à maturidade. **Revista Saúde em Foco–Edição nº**, 2019. Disponível em: <https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2019/11/PELE-ALTERA%C3%87%C3%95ES-ANAT%C3%94MICAS-E-FISIOLOGICAS-DO-NASCIMENTO-%C3%80-MATURIDADE-1.pdf>
5. DE BARROS, Amanda Beatriz et al. Acne vulgar: aspectos gerais e atualizações no protocolo de tratamento. **BWS Journal**, v. 3, p. 1-13, 2020. Disponível em: <https://bwsjournal.emnuvens.com.br/bwsj/article/view/125>

6. SANTO, L.B.E.; OLIVEIRA, L.S. **Estudo Comparativo Entre Peeling Químicos Associados ao Peeling de Cristal em Cicatrizes de Acne**. 2016. Disponível em: <https://periodicos.unipampa.edu.br/index.php/SIEPE/article/view/91229>
7. ZALESKI-LARSEN, L.A.; et al. Acne scar treatment: a multimodality approach tailored to scar type. **Dermatologic Surgery**, v. 42, p. S139-S149, 2016. Disponível em: https://journals.lww.com/dermatologicsurgery/Abstract/2016/05001/Acne_Scar_Treatment_A_Multimodality_Approach.11.aspx
8. FORSAN, Fernanda Moraes; MOREIRA, Juliana Aparecida Ramiro. Fototerapia associada à técnica de microagulhamento no tratamento de cicatriz de acne. **Fisioterapia Brasil**, v. 19, n. 3, p. 353-361, 2018. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/2435>
9. DE OLIVEIRA, Aline Zulte; TORQUETTI, Camila Barbosa; DO NASCIMENTO, Laís Paula Ricardo. O TRATAMENTO DA ACNE ASSOCIADO À LIMPEZA DE PELE. **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde**, v. 4, n. 1, 2019. Disponível em: <http://revista.rebis.com.br/index.php/rebis/article/view/375/142>
10. ARAÚJO, Larissa Duca; BRITO, Josy Quélvia Alves. Uso do Peeling Químico no Tratamento da Acne Grau II: Revisão Sistemática. **Id on Line revista de Psicologia**, v. 11, n. 35, p. 100-115, 2017. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/711>
11. CASAVECHI, Amanda Marcomini et al. A Utilização da Vitamina C e do Peeling de Diamante no Tratamento do Melasma Facial: um estudo comparativo The Use of Vitamin C and Peeling Diamond in the Treatment of Facial Melasma: a comparative study, 2015. Disponível em: <http://www.unisalesiano.edu.br/simposio2015/publicado/artigo0240.pdf>
12. BATISTA, Haylla Adrine Ferreira; VIDAL, Giovanna Pontes. EFEITO DO PEELING DE DIAMANTE NO TRATAMENTO DAS HIPERCROMIAS DÉRMICAS EFFECT OF DIAMOND PEELING IN THE TREATMENT OF DERMAL HYPERCROMIES. **Revista Temas em Saúde**, v. 17, n. 3, 2017. Disponível em: <http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2017/10/17312.pdf>
13. FREITAG, Fernanda Magagnin. Aspectos clínicos, gravidade da doença e impacto na qualidade de vida de mulheres com melasma atendidas em um hospital universitário do sul do Brasil. 2007. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/11411/000612872.pdf?sequence=1>
14. KAMAMOTO, Cristhine de Souza Leão et al. Acne-specific quality of life questionnaire (Acne-QoL): translation, cultural adaptation and validation into Brazilian-Portuguese language. **Anais brasileiros de dermatologia**, v. 89, n. 1, p. 83-90, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/abd/v89n1/0365-0596-abd-89-01-0083.pdf>
15. AQUINO, Thaís de Menezes; FERREIRA, Tainara Machado. Tratamento de cicatrizes de acne com o microagulhamento associado ao peeling químico. 2017. Disponível em: <http://rdu.unicesumar.edu.br/handle/123456789/396>

16. CARDOSO, Amanda Fernandes; BAYER, Caroline Paes Bento. Peeling mecânico no tratamento de cicatrizes atróficas de acne: revisão sistemática. **Tecnologia em Cosmetologia e Estética-Tubarão**, 2018. Disponível em: <https://www.riuni.unisul.br/handle/12345/6812>

17. COSTA, Adilson et al. Avaliação da melhoria na qualidade de vida de portadoras de melasma após uso de combinação botânica à base de *Bellis perennis*, *Glycyrrhiza glabra* e *Phyllanthus emblica* comparado ao da hidroquinona, medido pelo MELASQoL. **Surgical & Cosmetic Dermatology**, v. 3, n. 3, p. 207-212, 2011. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2655/265522087003.pdf>

Diretrizes para Autores

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

1) Escopo

A Revista Saúde & Comunidade, de periodicidade quadrimestral, tem objetivo de promover e disseminar conhecimentos multidisciplinares na área de saúde, bem como fomentar o desenvolvimento e intercâmbio intelectual, profissional e cultural entre pesquisadores, docentes, discentes e profissionais atuantes nas diversas áreas que envolvem a saúde humana.

2) Categorias dos manuscritos

1. a) Artigo original: terão prioridade de publicação, constitui resultado de pesquisa inédita com metodologia rigorosa, clara, discussão fundamentada com a literatura científica nacional e internacional. Limitado a 15 páginas (incluindo resumo, tabelas, figuras e referências);
2. b) Relato de experiência: deverá conter definições conceituais, descrição de procedimentos com estratégias de intervenção ou evidência metodológica adequada utilizada sobre um procedimento ou estratégia avaliada. Limitado a 12 páginas (incluindo resumo, tabelas, figuras e referências);
3. c) Artigos de revisão: deverão ser subclassificados como revisão sistemática (com ou sem meta-análise ou metassíntese), integrativa ou narrativa. Limitada a 18 páginas (incluindo resumo, tabelas, figuras e referências);
4. d) Carta ao Editor: destinada a comentários de leitores sobre os trabalhos publicados na Revista, expressando concordância ou discordância sobre o assunto abordado. Limitado a uma página;
5. e) Editorial: trata-se do primeiro texto publicado no início de cada número da revista, cujo autor será convidado pelo editor, a qual não será submetido à revisão por pares. Limitado a duas páginas;

3) Preparo dos manuscritos

Os manuscritos poderão ser submetidos na língua portuguesa ou inglesa; estar formatados em folha A4, espaço entrelinhas 1,5, fonte Times New Roman 12, com margens: superior e esquerda 3 cm, inferior e direito 2 cm. O título deve estar em negrito, sem abreviaturas com até 15 palavras; palavras estrangeiras em itálico; as citações literais, com

menos de 3 linhas, deverão vir entre aspas dentro do corpo do texto; as citações literais mais longas deverão vir em outro parágrafo, com recuo de margem de 3cm à esquerda e espaço simples. Todas as citações deverão vir seguidas das respectivas referências no estilo *Vancouver*. Todas as páginas devem estar numeradas. Será permitido número máximo de seis autores por manuscrito.

Folha de rosto: deve conter o título, nomes, titulação e o vínculo profissional de cada um dos autores, e o endereço, telefone e e-mail do autor principal. Enviar em arquivo separadamente.

Resumo: deve conter duas versões, português e inglês (Abstract), sendo que na língua portuguesa até 150 palavras. O resumo deverá apresentar de forma concisa, conter objetivo, metodologia, resultados e a questão central da pesquisa. As palavras-chave no mínimo de 3 (três) e máximo 5 (cinco), traduzidas em cada língua e buscados a partir dos Descritores para as Ciências da Saúde, DeCS (<http://decs.bvs.br/>). Palavras separadas por ponto e vírgula.

Texto: deve ser constituído pela seguinte estrutura: introdução, metodologia, resultados, discussão e conclusão. Salienta-se que as seções “Resultados” e “Discussão” deverão estar separadas.

Tabelas e figuras: o número total de quadros, tabelas e/ou figuras (gráficos, mapas etc.) deverá ser no máximo de 5 (cinco) por manuscrito, salvo exceções, que deverão ser justificadas por escrito em anexo à folha de rosto. Deverão ser inseridos a partir da primeira citação no corpo do texto.

Referências: número máximo permitido 30 (exceto em estudos de revisão, a depender da busca e da seleção de inclusão dos estudos). No mínimo 80% das referências, devem ser provenientes de artigos de periódicos. A numeração deve obedecer a ordem das citações no texto, vir ao final da frase, sobrescrita após o ponto final e sem espaços. Use vírgula quando há duas referências e hífen quando houver três ou mais sequenciais: Exemplos:

Estudo brasileiro aponta que 70% dos óbitos de motociclistas ocorrem em hospitais, na Índia 42,8% dos óbitos ocorreram em via pública.^{17,18}

Verificou-se que finais de semana, excesso de velocidade e imprudência do condutor são fatores mais significativos para ocorrência dos óbitos.²⁵⁻²⁷

Depois na seção final “Referências” deverá acompanhar o link de acesso e obedecer a norma padrão *Vancouver*. O nome dos periódicos devem obedecer o padrão de abreviatura dos periódicos conforme o IBICT disponível em <http://ccn.ibict.br/busca.jsf>. Ver exemplos de referências a seguir:

Zarei MR, Yarandi KK, Rasouli MR, Rahimi-Movaghar V. Modern concepts of transport in multiple trauma: a narrative review. *Chin J Traumatol.* 2013;16(3):169–75. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1008127515301462>