

Fotoproteção, melasma e qualidade de vida em gestantes

Photoprotection, melasma and quality of life in pregnant women

Artigo Original

Palavras-chave

Cuidado pré-natal
Gravidez
Melanose/prevenção e controle
Protetores solares
Qualidade de vida
Substâncias protetoras

Keywords

Melanosis/prevention e control
Pregnancy
Prenatal care
Protective agents
Quality of life
Sunscreening agents

Resumo

OBJETIVO: Avaliar hábitos de exposição solar e fotoproteção entre gestantes de um hospital público, orientação sobre fotoproteção durante o pré-natal, presença de melasma e seu impacto na qualidade de vida. **MÉTODOS:** Estudo transversal descritivo realizado em puérperas, com mais de 18 anos, participantes de um programa de assistência pré-natal da Região Sul do Brasil. A amostra foi não probabilística por conveniência. A coleta de dados ocorreu de julho a agosto de 2011, empregando-se entrevista direta, utilizando questionário estruturado para obter informações pessoais e dos hábitos de fotoproteção durante a gestação, avaliação cutânea e registro fotográfico de lesões mediante consentimento informado. A pele foi classificada em fototipos segundo Fitzpatrick e o melasma foi diagnosticado clinicamente. Entre as portadoras do melasma, foi aplicada a versão do MELASQoL-PB. A análise foi realizada com o programa Statistica®, versão 8.0, sendo o nível de significância $p < 0,05$. **RESULTADOS:** Na amostra (109 puérperas) predominaram as mulheres brancas (60,6% fototipo III), jovens (média de idade 24,4 anos DP=6,1) e donas de casa (59,6%). A maioria (80%) permanecia exposta ao sol por 1–2 horas por dia entre às 10 e 15 horas, e, destas, 72% não aplicavam fotoprotetor alegando falta de hábito. Outros meios físicos de proteção solar eram utilizados por 15% destas pacientes. Informação durante o pré-natal sobre os riscos da exposição solar foi relatada por 34% das puérperas. Houve uma tendência a uma associação significativa entre a orientação no pré-natal e uso diário de protetor solar. Cerca de 20% das puérperas apresentavam melasma. A média do escore do MELASQoL-PB (25) apontou impacto negativo na qualidade de vida dessas pacientes. **CONCLUSÕES:** Nestas puérperas, a exposição solar ocorreu em horários impróprios, sem orientação adequada e sem uma efetiva proteção solar. As portadoras de melasma queixavam da aparência da pele, frustração e constrangimento.

Abstract

PURPOSE: To evaluate habits of sun exposure and sun protection of pregnant women in a public hospital, to assess orientation about photo protection during the prenatal care, and to detect the presence of melasma and its impact on their quality of life. **METHODS:** A descriptive cross sectional study conducted among women of 18 years old and older, after delivery, who participated in a program of prenatal care in the South Region of Brazil. The sample was non-probabilistic by convenience. Data collection occurred from July to August 2011 through direct interview using a structured questionnaire to obtain personal information and photo protection habits during pregnancy, skin assessment and photographic record of lesions through informed consent. The skin was classified per Fitzpatrick's phototypes and the melasma was diagnosed clinically. In the patients with melasma, the MELASQoL-PB version was applied. The analysis was performed using Statistica®, version 8.0, and the significance level of $p < 0.05$. **RESULTS:** In the sample (109 mothers) predominated white women (60.6% phototype III), young (average age 24.4 years SD=6.1) and housewives (59.6%). The majority (80%) stayed exposed to sunlight for 1–2 hours per day between 10 am and 3 pm, and from those (72%) did not apply any photoprotection due to lack of sunscreen habit. Other physical means of sun protection were used by 15% of these patients. Information during prenatal care about the risks of sun exposure was reported by

Correspondência

Kátia Sheylla Malta Purim
Rua Prof. Pedro Vinício Parigot de Souza 5300 – Campo Comprido
CEP: 81280-330
Curitiba (PR), Brasil

Recebido

05/01/2012

Aceito com modificações

22/03/2012

Trabalho realizado no Curso de Medicina da Universidade Positivo – UP – Curitiba (PR), Brasil.

¹ Disciplina de Dermatologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Positivo – UP – Curitiba (PR), Brasil.

² Curso Acadêmico de Medicina da Universidade Positivo – UP – Curitiba (PR), Brasil.

Conflito de interesses: não há.

34% of the mothers interviewed. There was a trend toward a significant association between prenatal guidance and daily use of sunscreen ($p=0.088$). About 20% of mothers had melasma. The average score MELASQol-PB (25) showed a negative impact on quality of life of these patients. **CONCLUSION:** In these women, sun exposure occurred at inappropriate times, without proper guidance and without the use of an effective sunscreen. The mothers with melasma complained about the appearance of their skin, frustration and embarrassment.

Introdução

A gravidez representa um período de intensas modificações para a mulher, tornando sua pele mais susceptível a mudanças fisiológicas e patológicas¹⁻⁴. Alterações pigmentares ocorrem em até 90% das gestantes e, dependendo da manifestação clínica, podem ser fisiológicas nessa fase. O principal representante da hiperpigmentação localizada é o melasma (cloasma, máscara ou pano gravídico) que acomete cerca de 70% das gestantes. A prevalência geral do melasma nas mulheres latino-americanas varia de 1,5–33,3% e a estimativa de prevalência entre mulheres latinas grávidas situa-se entre 50 e 80%^{1,2,4-7}. No Sul do Brasil, foi registrada uma prevalência de 10,7% de melasma na gestação⁸.

O melasma caracteriza-se pela pigmentação melânica irregular, preferencialmente da face, em mulheres na idade fértil e de pele mais pigmentada. Pode iniciar no primeiro ou segundo trimestre da gestação, porém, acomete, também, pacientes usuárias de anticoncepcionais hormonais e homens, não sendo exclusivo do ciclo gravídico-puerperal^{1,2,4-6,9,10}. A luz solar e a predisposição genética são os fatores etiológicos considerados mais importantes para a etiologia do melasma. Altos níveis de hormônio estimulante dos melanócitos (MSH) parecem estar envolvidos no desenvolvimento do melasma, bem como, características raciais, medicações, cosméticos e endocrinopatias^{1,2,4-11}.

O melasma costuma desaparecer completamente até um ano após o parto, mas cerca de 30% das pacientes evoluem com alguma sequela da mancha. Recorrências são comuns em gestações subsequentes^{1,2,4,6,9}. O melasma causa impacto negativo na qualidade de vida, principalmente por acometer a face e a imagem corporal. Em virtude da insatisfação com a aparência, as pacientes apresentam um comprometimento da autoestima com repercussões na vida pessoal e profissional^{2,9,11}.

As medidas de fotoproteção são divulgadas como procedimentos essenciais na prevenção de doenças cutâneas e manutenção da saúde e da beleza. O comportamento de fotoproteção envolve a aplicação do protetor solar meia hora antes de se expor ao sol, seguido de reaplicações e reforço sempre que necessários, e, ainda, cuidados como: evitar, bloquear e cobrir a pele dos efeitos da radiação. Os protetores de barreira são representados pelas roupas e acessórios, como boné ou chapéu de abas largas, óculos de sol, guarda-sol e sombrinha. Os horários críticos de

radiação solar, situados entre 10 e 16 horas, devem ser evitados pelo aumento dos riscos de queimaduras, manchas, fotoenvelhecimento e fotodano cumulativo^{3,6,11,12}.

O ciclo gravídico-puerperal é de suma importância para a saúde da mãe e para o adequado desenvolvimento da criança. O Programa Mãe Curitibana, criado em 1999, para acompanhar a mulher desde o início da gestação até o pós-parto, vem possibilitando acesso ao pré-natal, exames complementares e oficinas de educação em saúde^{13,14}.

Este estudo tem como principal objetivo avaliar os hábitos de exposição solar e de fotoproteção das gestantes de um hospital de referência da Região Sul do Brasil e sua possível associação com o melasma. Verificou-se ainda a orientação durante o pré-natal sobre fotoproteção e qual o impacto do melasma na qualidade de vida dessas mulheres.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa descritiva com delineamento transversal aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, Hospital do Trabalhador (protocolo 298/2011). O estudo piloto envolveu cinco puérperas adultas com características semelhantes da amostra pretendida. As observações feitas nessa fase forneceram subsídios para o melhor planejamento desta pesquisa.

Foram incluídas neste estudo puérperas com mais de 18 anos, de qualquer cor/raça/etnia, participantes do Programa Mãe Curitibana, que estavam internadas na enfermaria do Serviço de Obstetrícia do hospital durante o período da coleta de dados, sem anormalidades e complicações do trabalho de parto. A seleção das pacientes ocorreu após explicações detalhadas sobre a pesquisa e assinatura de consentimento informado. A amostra caracteriza-se como não probabilística por conveniência.

A coleta de dados foi realizada no período de julho a agosto de 2011 empregando-se entrevista direta, utilizando um questionário estruturado com perguntas fechadas, elaborado especificamente para este trabalho e avaliado por cinco dermatologistas. O instrumento final foi composto por todos os itens com pelo menos 80% de concordância entre esses profissionais, tendo como critérios a consistência, a validade e a reprodutibilidade desse questionário na atenção básica em saúde.

A sensibilidade da pele em relação ao sol foi baseada na classificação de Fitzpatrick¹². Definiu-se como fototipo cutâneo I a pele muito clara encontrada nas pacientes

albinas e ruivas, altamente sensíveis ao sol e que nunca pigmentam; como fototipo II a pele clara de pacientes loiras naturais, de olhos azuis ou verdes, muito sensíveis ao sol e que pigmentam pouco; como fototipo III a pele branca, sensível ao sol que pigmenta moderadamente; como fototipo IV a pele morena, pouco sensível ao sol e que sempre pigmenta; como fototipo V a pele morena escura ou parda de pacientes mestiças e asiáticas, pouquíssimo sensível ao sol e que sempre pigmenta e, como fototipo VI, a pele negra que sempre pigmenta, das pacientes afrodescendentes.

A investigação sobre comportamento e hábitos relativos à exposição ao sol durante a gestação buscou coletar informações como: duração, frequência e horário de exposição à radiação solar, meios físicos de fotoproteção empregados (chapéu, bonés, óculos, guarda-sol, camisetas), modo de uso do fotoprotetor, fator de proteção utilizado e possíveis dificuldades para a fotoproteção. Questionou-se ainda se durante o pré-natal recebeu: informações sobre os riscos da exposição solar e importância do comportamento de fotoproteção, prescrição de fotoprotetor.

O melasma foi definido como sendo uma dermatose adquirida, caracterizada por manchas hiperpigmentadas irregulares, de extensão e tonalidades variadas, localizadas na face. Foi diagnosticado clinicamente e classificado conforme sua distribuição topográfica em: centropacial (quando acometia a região central da fronte, zigomática, nasal, bucal, labial, supralabial e região mentoniana) e periférico (quando acometia a região temporal, parotídea e mandibular)^{8,15}. Na anamnese levantou-se a história progressiva ou familiar de melasma e o impacto dessas manchas na vida diária. No exame físico, foi identificado o melasma e sua localização, sendo orientadas as medidas fotoprotetoras pertinentes e o encaminhamento para tratamento específico.

Para as pacientes portadoras do melasma foi aplicado a versão do MELASQoL-BP, que é a tradução e adaptação para o português do questionário específico *Melasma Quality of Life Scale* (MELASQoL)^{16,17}. Esse questionário é composto por dez itens específicos para a aferição da qualidade de vida de portadoras de melasma, abrange três áreas: vida social, recreação/lazer e bem-estar emocional. Numa 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 escore final do MELASQoL pode variar entre 7 e 70, sendo que os valores mais altos indicam pior qualidade de vida^{16,17}.

A avaliação cutânea, o registro fotográfico das lesões e os questionários aplicados a cada participante foram procedimentos executados sempre pelos mesmos investigadores, previamente treinados. Foi assegurado respeito, sigilo e confidencialidade. Os resultados obtidos no estudo foram descritos por médias, medianas, valores mínimos, valores

máximos e desvios-padrões (variáveis quantitativas) ou por frequências e percentuais (variáveis qualitativas). Para avaliação da associação entre duas variáveis qualitativas foi considerado o teste de χ^2 ou o teste exato de Fisher. Para a comparação de grupos em relação ao escore de qualidade de vida (MELASQoL-BP) foi considerado o teste não paramétrico de Mann-Whitney ou de Kruskal-Wallis. Valores de $p < 0,05$ indicaram significância estatística. Os dados foram analisados com o programa computacional Statistica®, versão 8.0.

Resultados

Perfil dos sujeitos da pesquisa

Constituíram a amostra deste estudo 109 puérperas na faixa etária entre 18 e 45 anos, cuja média de idade foi 24,4 anos (desvio-padrão: 6,1), e profissão principal de dona de casa (59,6%). Houve predomínio de mulheres de pele clara distribuídas, segundo a classificação de Fitzpatrick, em: 60,6% fototipo III; 17,4% fototipo II; 13,8% fototipo IV; 7,3% fototipo V e 0,9% fototipo I. História familiar de melasma estava presente em 33 gestantes (30,3%) e história pessoal em 25 (22,9%).

Para 88 mulheres (80,7%) a exposição ao sol durava de 1–2 horas/dia; em 12 (11%) de 3–4 horas; em 7 (6,4%) mais de 5 horas e em 2 (1,8%) de 4–5 horas. O horário predominante da exposição foi próximo ao meio dia entre 10 e 15 horas (Tabela 1).

Comportamento dos sujeitos frente à exposição solar e a fotoproteção.

Das 109 mulheres investigadas, 80 (73,4%) não faziam uso diário de protetor solar. Das 29 puérperas (26,6%) que usavam diariamente o protetor solar, 23 delas (79,3%) aplicavam filtro solar com fator 30 ou mais. A reaplicação do fotoprotetor mais de duas vezes ao dia era realizada por apenas uma puérpera (3,4%). Dentre 80 puérperas que afirmaram não fazer uso diário do protetor solar, os fatores indicados como dificultadores para a adoção do fotoprotetor diário foram para: 55 puérperas (68,8%) falta de hábito; 19 (23,8%) alegaram esquecimento ou falta de tempo devido à distração com as atividades ocorridas durante o dia; 3 (3,8%) informaram não gostar de usar filtro solar; 2 (2,5%) não consideravam importante e 1 puérpera (1,3%) atribuiu a falta de dinheiro.

Do total das puérperas, 17 (15,6%) faziam uso de outros meios de proteção solar, principalmente meios físicos, sendo que 14 (82,5%) usavam óculos de sol, 2 (11,8%) associavam o uso de óculos de sol com o boné e 1 (5,9%) utilizava apenas o boné. Combinação

de fotoprotetor e meio físico era adotado por cinco puérperas (4,6%).

O tipo de pele e o horário de exposição mostraram uma associação significativa entre si ($p=0,04$). Identificou-se que quanto menor o fototipo, isto é, quanto mais clara a pele, menor era a frequência de exposição entre às 10 e 15 horas (Tabela 2). O tipo de pele e o uso de protetor solar também mostraram uma associação significativa entre si ($p=0,02$), ou seja, as puérperas com a pele mais clara usavam protetor solar mais frequentemente (Tabela 3).

■ Orientações sobre fotoproteção durante o pré-natal

A informação sobre os riscos da exposição solar na gestação oferecida durante o pré-natal foi relatada por 38 puérperas (34,9%). Quanto à orientação sobre os horários de exposição solar prejudicial à saúde da pele e a importância da proteção física contra os raios solares (uso de chapéu, bonés, óculos, guarda-sol, camisetas), 25,7 e 33%, respectivamente, tiveram acesso a tais informações. Nenhuma das entrevistadas recebeu prescrição médica de fotoprotetor durante o pré-natal. Houve uma tendência a associação significativa ($p=0,09$) entre a orientação no pré-natal (horários) e uso diário de protetor solar. Sendo assim, gestantes que receberam orientação no pré-natal sobre os horários de exposição solar tendiam ao uso mais regular do fotoprotetor.

■ Perfil e comportamento das puérperas com melasma frente à exposição solar e a fotoproteção

Das 25 pacientes portadoras de melasma (22,9%), 20 (80%) desenvolveram as manchas na gestação atual e, a maioria delas, 17 (68%) mostravam uma distribuição centro-facial/periférica das lesões. A história familiar esteve presente em 9 (36%) das pacientes com melasma. Não foi encontrada associação significativa entre história familiar e pessoal de melasma ($p=0,470$).

A média de idade das puérperas com diagnóstico clínico de melasma foi de 28,2 (desvio-padrão: 6,3), variando entre 19 e 42 anos, sendo que a maioria era dona de casa (56%). Em relação ao tipo de pele segundo a classificação de Fitzpatrick: 13 (52%) pertenciam a fototipo III, 4 (16%) ao fototipo II, 4 (16%) ao fototipo IV e 4 (16%) ao fototipo V. Não houve associação significativa entre o tipo de pele e melasma ($p=0,314$).

Com relação à média de horas diárias de exposição solar, 21 (84%) das portadoras de melasma se expunham apenas de 1–2 horas, 1 (4%) de 3–4 horas e 3 (12%) mais de 5 horas, sendo que a maioria (36%) o fazia no período entre 10 e 15 horas (Tabela 1). Notou-se que as pacientes com melasma centro-facial se expunham mais em horário impróprio do que as com melasma periférico, porém sem significância estatística ($p=0,087$).

O uso diário de protetor solar foi relatado por apenas 6 (24%) das puérperas com melasma. Destas, 4 (66,7%) usavam fator 30 ou mais, e todas afirmaram que faziam a reaplicação do produto somente 1–2 vezes ao dia. Não foi encontrada associação significativa entre melasma e uso diário de protetor solar ($p=0,802$), nem entre tipo de melasma e uso diário de protetor solar ($p=1$). Das 19 pacientes com melasma que afirmaram não fazer uso diário de fotoprotetor, 12 (63,2%) alegaram ser por falta de hábito, 6 (31,6%) por esquecimento e 1 (5,3%) por não gostar. O fator financeiro não foi apontado como uma das causas. O uso de outros meios para fotoproteção foi referido por apenas duas (8%) puérperas com melasma,

Tabela 1. Horário de exposição ao sol predominante durante a gestação

Horário de exposição solar	Puérperas sem melasma (n=109)		Puérperas com melasma (n=25)	
	n	%	n	%
Entre 8 e 10 horas	27	24,8	8	32,0
Entre 10 e 15 horas	52	47,7	9	36,0
Das 15 horas em diante	26	23,9	7	28,0
Antes das 10 horas e depois das 15 horas	4	3,7	1	4,0

Tabela 2. Relação entre o horário de exposição solar da gestante e o tipo de pele segundo a classificação de Fitzpatrick

Horário de exposição solar da gestante	I ou II		III		IV ou V	
	n	%	n	%	n	%
Entre 10 e 15 horas	6	30,0	38	57,6	8	34,8
Outros horários	14	70,0	28	42,4	15	65,2
Total	20		66		23	

Classificação de Fitzpatrick usada para determinar o tipo de pele das pacientes: fototipo I albinas e ruivas, fototipo II loiras de olhos azuis ou verdes, fototipo III brancas, fototipo IV morenas, fototipo V morenas escuras ou pardas, fototipo VI negras; valor $p=0,036$

Tabela 3. Relação entre o uso do protetor solar pela gestante e o tipo de pele segundo a classificação de Fitzpatrick

Uso de protetor solar pela gestante	I ou II		III		IV ou V	
	n	%	n	%	n	%
Sim	8	40,0	20	30,3	1	4,4
Não	12	60,0	46	69,7	22	95,6
TOTAL	20		66		23	

Classificação de Fitzpatrick usada para determinar o tipo de pele das pacientes: fototipo I albinas e ruivas, fototipo II loiras de olhos azuis ou verdes, fototipo III brancas, fototipo IV morenas, fototipo V morenas escuras ou pardas, fototipo VI negras; valor $p=0,01$

sendo que ambas faziam uso de óculos de sol. Não houve associação significativa entre melasma e uso de outros meios físicos de proteção ($p=0,350$). Nenhuma das entrevistadas com melasma fazia uso combinado de protetor solar e meio físico.

Com relação à orientação no pré-natal sobre os riscos de exposição ao sol na gestação, os horários impróprios para a exposição solar e a importância da proteção física, apenas 8 (32%), 7 (28%) e 8 (32%), respectivamente, referiram ter recebido tais informações.

■ Avaliação da qualidade de vida (MELASQoL-PB)

As pacientes que receberam diagnóstico clínico de melasma responderam ao questionário MELASQoL-PB, com intuito de avaliar a qualidade de vida. A média do escore de MELASQoL-PB foi de 27,2, variando de 10–58 (desvio-padrão: 13,4) com o total de puérperas com melasma do presente estudo. Quando foram excluídas as gestantes que já tinham melasma antes da gestação atual, a média foi de 29, variando também entre 10 e 58 (desvio-padrão: 13). Ao analisar o escore MELASQoL com relação ao tipo de melasma, verificou-se que a média do escore nas pacientes com diagnóstico clínico de melasma centro-facial era de 28,9 (desvio-padrão: 14,6), variando de 10–58, enquanto as com melasma periférico era de 23,4 (desvio-padrão: 10,1), variando de 10–38.

Entre as 25 puérperas (22,9%), portadoras de melasma, os itens referentes a: aparência da pele, frustração e constrangimento receberam maior pontuação (mediana de 5, respectivamente), indicando o grau de desconforto causado pela dermatose.

Discussão

A gestação e puerpério são períodos especiais da vida da mulher e, frequentemente, associados a diversas manifestações dermatológicas. No entanto, são escassos os estudos verificando os hábitos de exposição solar, fotoproteção e do impacto negativo do melasma durante o ciclo gravídico-puerperal. Esta pesquisa avaliou 109 puérperas buscando verificar uma possível associação entre a exposição solar e a presença de melasma. Durante a gestação, vários fatores facilitam o desenvolvimento de pigmentação cutânea na face^{8,18,19}. Neste estudo, pode-se, primeiramente, argumentar a suscetibilidade familiar e pessoal referida por essas mulheres. Em segundo lugar, nesta amostra, predominou puérperas adultas de pele clara habitantes de Curitiba, uma cidade com grandes oscilações climáticas. Em terceiro lugar, embora as alterações pigmentares sejam mais frequentes e intensas nas mulheres fotótipos IV a VI, a população brasileira tem alta miscigenação racial e exposição solar

desprotegida^{12,15}. No ciclo gravídico, os elevados níveis de estrogênio, progesterona e hormônio MSH favorecem a hiperpigmentação^{8,9}.

A maior prevalência de melasma encontrada nas gestantes desta pesquisa (22,9%), em relação ao estudo realizado em Porto Alegre (RS) (10,7%), foi provavelmente influenciada pela composição étnica, pelo período da coleta de dados e pelo aumento da intensidade da radiação solar que vêm ocorrendo nas últimas décadas^{8,12}. Estudo recente realizado em São Paulo com mulheres não gestantes apontou a importância da influência genética, hormonal e ambiental no melasma facial e extrafacial, ressaltando que nenhum dos fatores é responsável isoladamente por essa discromia, cuja etiopatogenia ainda não está de todo elucidada¹⁵. Na presente pesquisa, foi abordada a dermatose da face pela sua maior repercussão socioemocional e, em concordância com a literatura, verificou-se coocorrência de manchas nas áreas fotoexpostas.

O melasma é recidivante e pode ser prevenido, restringindo-se à exposição solar excessiva com educação ambiental e uso de filtros solares de amplo espectro para radiação ultravioleta A e B, com fator de proteção solar (FPS) 30 ou mais^{3,7}. A fotoproteção, entendida como um conjunto de medidas para reduzir ou atenuar a exposição às radiações solares, visa prevenir suas consequências deletérias, e pode ser realizada por meios químicos e físicos¹². Nesta pesquisa, a maioria das mulheres (47,7%) relatou exposição ao sol entre 10 e 15 horas, ou seja, em horário inadequado. Além disso, 73,4% delas não aplicavam fotoprotetor diariamente devido à falta de prescrição e sistematização do uso diário e efetivo. O uso combinado de fotoprotetor e meio físico foi relatado por apenas 4,6% das investigadas, diferindo das observações de Szlko et al.²⁰ quanto aos hábitos de exposição solar geralmente verificados nas mulheres. Assim sendo, o comportamento adequado de fotoproteção, que consiste no uso diário de filtro solar, meios físicos de proteção e estratégias para evitar o sol, não foi habitualmente evidenciado nessas gestantes.

Ao comparar os hábitos de fotoproteção das puérperas com os hábitos dos agentes comunitários, notou-se maior exposição ao sol entre 10 e 15 horas nos agentes comunitários, porém uma maior utilização de protetor solar (53,9%) e associação entre métodos químicos e físicos (23%)²¹. Provavelmente, essa diferença se relaciona às normas de segurança e saúde ocupacional para redução de riscos inerentes aos trabalhadores a céu aberto.

Com relação aos hábitos de universitários da região metropolitana de Porto Alegre, Costa e Weber²² observaram que a maioria dos universitários (70%) se expõe após às 15 horas, entretanto, apenas 17,8% aplicam o filtro solar durante todas as estações do ano.

No presente estudo, nenhuma paciente recebeu prescrição de um fotoprotetor. Petry et al.²³ encontraram os

seguintes resultados quanto à prescrição de filtro solar: 15% dos residentes de pediatria responderam prescrever sempre, 36,2% frequentemente, 36,2% algumas vezes, 8,7% raramente e 3,2% nunca prescrevem. Quando realizado o mesmo questionamento aos especializandos de dermatologia, 67,6% responderam prescrever sempre, 29,4% frequentemente e 2,9% algumas vezes⁴. A pesquisa realizada nas gestantes de Porto Alegre também não mostrou relação significativa entre o melasma e o uso de filtro solar, mas apontou a necessidade de informar sobre a prevenção dessa dermatose⁸.

Nesta pesquisa, 66% das puérperas não receberam informação durante o pré-natal sobre os riscos da exposição solar durante a gestação. Aquelas que receberam orientação no pré-natal sobre horários de exposição solar apresentaram tendência ao uso diário de protetor solar. Os médicos assumem um papel fundamental não só na assistência como também nas medidas preventivas a respeito da fotoproteção e de outros cuidados referentes à pele na gestação e puerpério, para minimizar o medo e a ansiedade das mudanças corporais e psicológicas²⁴. O período gestacional e pós-natal são fases de grandes adaptações biopsicossociais e econômicas para a mulher. A prevalência de ansiedade no puerpério pode variar de 4,9 a 16,8%, e os sintomas depressivos são comuns²⁵. O melasma por apresentar impacto sobre a qualidade de vida pode contribuir para o aumento do estresse psicológico dessas pacientes.

O melasma gera desconfortos socioemocionais mensurados por questionários padronizados. No presente estudo, a média do escore do MELASQol-PB foi de 27,2, apontando impacto negativo nessas pacientes. Notou-se que os domínios de qualidade de vida mais afetados pelo melasma foram aqueles relacionados ao bem-estar emocional das acometidas, evidenciado

pela pontuação mais elevada nas questões referentes à aparência da pele, frustração e constrangimento. A atenção a esse fato pode ser importante para minimizar a ansiedade puerperal.

Ao comparar com outros estudos em que foi feita a aplicação do MELASQol no Brasil, verificou-se que as áreas de qualidade de vida mais afetadas também foram as relacionadas ao bem-estar emocional^{16,17,26}. As médias mais elevadas do escore do MELASQol em estudos realizados no Rio Grande do Sul (37,5) e no Balneário de Camboriú (SC) (33,2), provavelmente, são explicadas pelas diferenças socioculturais¹⁷.

As limitações do estudo devem ser destacadas. Uma delas diz respeito a uma potencial concentração de mulheres brancas na amostra estudada decorrente da maior concentração desses fotótipos na Região Sul. Outra limitação se refere à coleta de informações exclusivamente sobre a fotoproteção atual, não sendo aferidos dados epidemiológicos e terapêuticos de gestações anteriores. O pequeno tamanho amostral de puérperas portadoras de melasma, a sua etiologia multifatorial e as variações na exposição solar dificultam confirmar associação causal com a radiação solar. Entretanto, não diminui sua importância como provável fator iniciante, mantenedor ou agravante dessas manchas.

A importância de conscientizar as gestantes sobre os perigos da exposição desprotegida ao sol, com a implementação de ações voltadas para educação em saúde, em especial durante a gestação, é fundamental, uma vez que as alterações de pigmentação trazem desconforto e impactos socioemocionais que poderiam ser prevenidos ou minimizados. Esse entendimento é válido para todos os profissionais envolvidos direta ou indiretamente na assistência à gestante.

Referências

- Zanini M, Paschoal LHC. Dermatoses gestacionais. *Med Cutan Iber Lat Am*. 2004;32(4):139-50.
- Alves GF, Nogueira LSC, Varella TCN. Dermatologia e gestação. *An Bras Dermatol*. 2005;80(2):179-86.
- Figueiró TLM, Figueiró-Filho EA, Coelho LR. Pele e gestação: aspectos atuais dos tratamentos e drogas comumente utilizados – Parte I. *Femina*. 2008;36(8):511-21.
- Urasaki MBM. Alterações fisiológicas da pele percebidas por gestantes assistidas em serviços públicos de saúde. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(4):519-25.
- Pichardo R, Vallejos Q, Feldman SR, Schulz MR, Verma A, Quandt SA, et al. The prevalence of melasma and its association with quality of life among adult male Latino migrant workers. *Int J Dermatol*. 2009;48(1):22-6.
- Bolanca I, Bolanca Z, Kuna K, Vukovic A, Tuckar N, Herman R, et al. Chloasma-the mask of pregnancy. *Coll Antropol*. 2008;32(Suppl 2):139-41.
- Lakhdar H, Zouhair K, Khadir K, Essari A, Richard A, Seité S, et al. Evaluation of the effectiveness of a broad-spectrum sunscreen in the prevention of chloasma in pregnant women. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2007;21(6):738-42.
- Hexsel D, Rodrigues TC, Dal'Forno T, Zechmeister-Prado D, Lima MM. Melasma and pregnancy in southern Brazil. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2009;23(3):367-8.
- Miot LDB, Miot HA, Silva MG, Marques MEA. Fisiopatologia do melasma. *An Bras Dermatol*. 2009;84(6):623-35.
- Achar A, Rathi SK. Melasma: a clinico-epidemiological study of 312 cases. *Indian J Dermatol*. 2011;56(4):380-2.

11. Katsambas A, Antoniou C. Melasma. Classification and treatment. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 1995;4(3):217-23.
12. Purim KSM, Leite N. Fotoproteção e exercício físico. *Rev Bras Med Esporte*. 2010;16(3):224-9.
13. Jimenez EJB, Simão MBG, Shimazaki ME. Programa mãe curitibana: avançando na humanização da atenção materno-infantil. *Divulg Saúde Debate*. 2003;(26):21-9.
14. Prefeitura de Curitiba [Internet]. Programa Mãe Curitibana vence concurso nacional. 2011 [citado 2011 Dez 16]. Disponível em: <<http://www.curitiba.pr.gov.br/noticias/programa-mae-curitibana-vence-concurso-nacional/24231>>
15. Tamega AD, Miot LD, Bonfiatti C, Gige TC, Marques ME, Miot HA. Clinical patterns and epidemiological characteristics of facial melasma in Brazilian women. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2012 Jan 3. [Epub ahead of print].
16. Cestari TF, Hexsel D, Viegas ML, Azulay L, Hassun K, Almeida AR, et al. Validation of a melasma quality of life questionnaire for Brazilian Portuguese language: the MelasQoL-BP study and improvement of QoL of melasma patients after triple combination therapy. *Br J Dermatol*. 2007;156(Suppl 1):13-20.
17. Freitag FM. Aspectos clínicos, gravidade da doença e impacto na qualidade de vida das mulheres com melasma atendidas em um hospital universitário do sul do Brasil [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.
18. Moin A, Jabery Z, Fallah N. Prevalence and awareness of melasma during pregnancy. *Int J Dermatol*. 2006;45(3):285-8.
19. Muzaffar F, Hussain I, Haroon TS. Physiologic skin changes during pregnancy: a study of 140 cases. *Int J Dermatol*. 1998;37(6):429-31.
20. Szilko AS, Almeida LM, Figueiredo V, Lozana JA, Mendonça GAS, Moura L, et al. Comportamento relativo à exposição e proteção solar na população de 15 anos ou mais de 15 capitais brasileiras e Distrito Federal, 2002-2003. *Cad Saude Publica*. 2007;23(4):823-34.
21. Lima AG, Silva AMM, Soares CEC, Souza RAX, Souza MCR. Fotoexposição solar e fotoproteção de agentes de saúde em município de Minas Gerais. *Rev Eletr Enf*. 2010;12(3):478-82.
22. Costa FC, Weber MB. Avaliação dos hábitos de exposição ao sol e de fotoproteção dos universitários da Região Metropolitana de Porto Alegre, RS. *An Bras Dermatol*. 2004;79(2):149-55.
23. Petry V, Rey MCW, Piva D, Fisher AC, Welter EQ, Weber MB, et al. Exposição solar, fotoproteção e câncer da pele: comparação entre os conhecimentos auto-referidos por médicos residentes em pediatria e dermatologia. *Rev AMRIGS*. 2008;52(2):93-6.
24. Premaor MO, Furlanetto TW. Hipovitaminose D em adultos: entendendo melhor a apresentação de uma velha doença. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2006;50(1):25-37.
25. Faisal-Cury A, Menezes PR. Ansiedade no puerpério: prevalência e fatores de risco. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2006;28(3):171-8.
26. Costa A, Pereira MO, Moisés TA, Cordeiro T, Silva ARD, Amazonas FTP, et al. Avaliação da melhoria na qualidade de vida de portadoras de melasma após o uso de combinação botânica à base de *Bellis perennis*, *Glycyrrhiza glabra* e *Phyllanthus emblica* comparado ao da hidroquinona, medido pelo MELASQoL. *Surg Cosmet Dermatol*. 2011;3(3):207-12.