



Alterações fisiológicas da pele percebidas por gestantes assistidas em serviços públicos de saúde*

Skin physiological alterations perceived by pregnant women attended at public health services

Alteraciones fisiológicas de la piel percibidas por gestantes asistidas en servicios públicos de salud

Maristela Belletti Mutt Urasaki¹

RESUMO

Objetivo: Descrever as alterações de pele percebidas por gestantes durante o período gestacional e verificar o grau de incômodo que tais modificações provocaram. **Métodos:** Estudo descritivo exploratório com participação de 124 gestantes, de quatro unidades básicas de saúde da região Leste de São Paulo. **Resultados:** A maioria das gestantes (91,1 %), percebeu mudanças na pele, durante o período gestacional. No total, foram registradas 345 alterações fisiológicas. As alterações mais citadas foram as manchas, alterações vasculares e estrias. A maioria relatou desconforto em razão dessas alterações. **Conclusão:** O conhecimento sobre as alterações permite ao profissional de saúde não subvalorizar esta problemática nem tampouco investir em intervenções desnecessárias.

Descritores: Dermatopatias; Complicações na gravidez; Enfermagem

ABSTRACT

Objective: To describe skin changes perceived by pregnant women during the gestation period and verify the level of discomfort caused by those changes. **Methods:** Is a descriptive study involving 124 pregnant women in four basic health units in the eastern region of Sao Paulo. **Results:** Most women (91.1%) perceived skin changes during the period of gestation. In total, 345 physiological alterations were recorded. The alterations most frequently cited were: skin spots, vascular changes and grooves. The majority of them reported discomfort due to those changes. **Conclusion:** The knowledge about the alterations allows the health professional to not undervalue these problems and to not invest in unnecessary interventions.

Keywords: Skin diseases; Pregnancy complications; Nursing

RESUMEN

Objetivo: Describir las alteraciones de piel percibidas por gestantes durante el período de gestación y verificar el grado de incomodidad que esas modificaciones provocaron. **Métodos:** Estudio descriptivo exploratorio con participación de 124 gestantes en cuatro unidades básicas de salud de la región Este de Sao Paulo. **Resultados:** Durante el período de gestación la mayoría de las gestantes (91,1 %) percibió cambios en la piel. En total, fueron registradas 345 alteraciones fisiológicas. Las alteraciones más citadas fueron: manchas, alteraciones vasculares y, estrias. La mayoría relató incomodidad debido a esas alteraciones. **Conclusión:** El conocimiento sobre las alteraciones le permite al profesional de la salud no subvalorizar esta problemática ni invertir en intervenciones desnecesarias.

Descritores: Enfermedades de la piel; Complicaciones del embarazo; Enfermería

* Trabalho realizado em quatro unidades básicas de saúde, pertencentes à administração regional da Penha, zona Leste de São Paulo (SP), Brasil.

¹ Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo – USP – São Paulo (SP), Brasil.

INTRODUÇÃO

Durante o período gestacional, é possível distinguir três grupos de problemas de pele: a exacerbação de doenças dermatológicas já existentes; o aparecimento de dermatoses específicas, próprias do período gestacional e o surgimento de alterações consideradas fisiológicas⁽¹⁻³⁾.

No primeiro grupo, enquadram-se as mulheres que anterior à gestação apresentam uma doença dermatológica, dentre elas: dermatite atópica, psoríase, hanseníase, lupus eritematoso e pênfigo. Estas doenças mostram-se mais sensíveis ao agravamento do que a melhora durante este período, exigindo um maior acompanhamento dermatológico⁽³⁾. No segundo, estão as gestantes que são acometidas por dermatoses próprias da gravidez. São erupções que ocorrem somente na gestação e por elas são desencadeadas⁽³⁾. Pertencem a este grupo: penfigoide gestacional, erupção polimórfica da gravidez, prurido da gravidez e foliculite pruriginosa da gravidez⁽⁴⁾. As doenças desses grupos podem gerar riscos e prejuízos à mãe e ao bebê na dependência de fatores, como extensão e profundidade das lesões; riscos de infecção; tipo de tratamento; outras necessidades afetadas como sono, alimentação e alteração do estado emocional.

O terceiro grupo compreende as alterações fisiológicas da pele. Estas não são consideradas doenças comumente relatadas por dermatologistas e obstetras e vistas como respostas fisiológicas. A nomenclatura, embora um tanto conflitante, de modo geral inclui: alterações pigmentares, alterações do tecido conjuntivo (estrias), alterações dos pelos e unhas, alterações vasculares⁽³⁻⁷⁾ e acne⁽⁸⁻⁹⁾.

As alterações fisiológicas são os achados dermatológicos mais frequentes durante o período gestacional. Um estudo realizado com 104 gestantes confirma o que se observa na prática. Os autores ouviram, em entrevistas, as queixas cutâneas das gestantes. Encontraram 279 manifestações, das quais 254 classificadas como alterações fisiológicas da gravidez, 25 dermatoses afetadas pela gravidez e nenhuma dermatose específica da gestação⁽¹⁰⁾. Em geral, as respostas fisiológicas não produzem efeitos sobre o feto nem causam comprometimento interno para a mãe, não prejudicam a saúde física, mas algumas podem ser esteticamente significativas e de importância dermatológica. Como alguns indicadores, é possível citar a elevada procura por tratamento para os distúrbios da pigmentação e acne, apontada pelo censo dermatológico da Sociedade Brasileira de Dermatologia⁽¹¹⁾, ao lado da baixa resolutividade para tais problemas.

No período gestacional, o desconhecimento das alterações fisiológicas da pele, por profissionais de saúde, pode deflagrar duas situações de repercussões negativas; de um lado pode subvalorizar a extensão do acometimento cutâneo enfrentado pelas gestantes⁽⁴⁾ e, de

outro, pode fomentar investigações e tratamentos desnecessários⁽⁷⁾. Portanto, cabe às enfermeiras que atuam no acompanhamento das gestantes ter o conhecimento sobre tais ocorrências, estabelecer diagnósticos apurados e, incorporar no plano assistencial, intervenções eficazes para os problemas potenciais e reais identificados.

Nesse sentido, com a finalidade de obter subsídios para implantação de um projeto de educação sobre cuidados com a pele em unidades básicas de saúde da zona Leste, os seguintes objetivos foram traçados: descrever alterações de pele percebidas por gestantes durante o período gestacional e verificar o grau de incômodo que tais modificações provocaram.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e exploratório realizado em quatro unidades básicas de saúde (UBS), pertencentes à administração regional da Penha, zona Leste de São Paulo. O período de coleta de dados transcorreu de março a julho de 2008.

Os sujeitos da pesquisa foram as gestantes usuárias das unidades. Os critérios de inclusão adotados foram: ser maior de 18 anos, estar grávida no segundo ou terceiro trimestre de gestação, período em que as alterações dermatológicas usualmente se manifestam, não apresentar problemas dermatológicos preexistentes e ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O contato foi feito nas salas de esperas das consultas de pré-natal, realizadas por enfermeiras e médicos, e a coleta realizada antes da consulta. Para a execução do plano de amostragem, considerou-se o fato da população não ser fixa e os serviços não disponibilizarem de informações sobre o tempo de gestação em que se encontravam as mulheres cadastradas. A amostra estudada foi de conveniência, não probabilística, composta por 124 gestantes, decorrentes do tempo de coleta. Todas as gestantes que se encontravam presentes no local, no momento da coleta, foram convidadas a participar. Não houve recusa e foi assegurado sigilo quanto à identificação das participantes. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (CEP/SMS 301/07).

Para a coleta de dados, foi usado um formulário; preenchido pela pesquisadora e por uma aluna de graduação treinada. O instrumento compôs-se de três domínios: A - caracterização da população, considerando as seguintes variáveis: idade, cor, escolaridade, renda familiar e idade gestacional. A cor foi determinada pelas investigadoras. B - alterações de pele percebidas na gestação, considerando as seguintes variáveis de interesse: tipo de alteração: hiperpigmentação, manchas, estrias, acne, aumento de pelos, queda de pelos, unhas enfraquecidas, varizes, vasos e outros. Neste estudo, as

alterações pigmentares “manchas” e “hiperpigmentação” foram consideradas, como padrões distintos. Como mancha considerou-se toda e qualquer alteração da cor da pele que não existia previamente à gestação e como hiperpigmentação áreas já escurecidas da pele que se intensificaram. Neste padrão, inclui-se o escurecimento da auréola mamária, da linha Alba e dos nevos. C - grau de incômodo das alterações de pele percebidas. Escala de três níveis foi usada para conhecer o grau de incômodo sentido pelas gestantes: não incomoda, incomoda e incomoda muito.

A proposta deste estudo não foi confrontar as percepções das alterações de pele referidas pelas gestantes, com exame físico realizado por enfermeiro ou médico. Todas as menções das gestantes referentes às modificações da pele foram consideradas.

Os dados coletados foram trabalhados e analisados, utilizando-se a planilha eletrônica Excel (*Microsoft*).

RESULTADOS

As gestantes que compuseram a amostra, tinham entre 18 e 41 anos, sendo a média de idade 26,5 anos. A maioria das mulheres, 59 (47,6%), era branca, 39 (31,4%) pardas, 24 (19,4 %) negras e 2 (1,6%) amarelas. A modalidade de ensino mais frequente foi o ensino médio completo, representando 41 (33%) das gestantes. Apenas uma (0,8%) não frequentou a escola; 23 (18,6%) afirmaram ter o ensino fundamental incompleto, 8 (6,5%) o ensino fundamental completo, 33 (26,6%) o ensino médio incompleto, 12 (9,7%) o ensino superior incompleto e 6 (4,8%) superior completo. Quanto à renda, 76 (63,3%) respondentes mencionaram receber menos de três salários mínimos. A idade gestacional ficou distribuída em: 57 (46%) mulheres no segundo trimestre e 67 (54%), no terceiro trimestre.

Quanto à investigação sobre as alterações de pele que a gestante percebeu, constatou-se que a maioria das mulheres, 113 (91,2%) observou alteração em sua pele e fâneros e a minoria 11 (8,8%), não percebeu qualquer alteração.

No total, 345 alterações na pele foram citadas pelas gestantes. A Tabela 1 apresenta os dados obtidos. O número de alterações percebidas por gestantes variou de 0 a 7, sendo a média 2, 78 (dp = 1,89).

Os dados que correspondem à minoria dos achados, foram 12 (3,4%) agrupados em “outras alterações”. Foram citados: edema 4 (1,1%), ressecamento da pele 3 (0,9%), pele brilhosa 3 (0,9%) e diminuição da acne 2 (0,6%).

Das 11 gestantes que não perceberam modificações, a maioria, (7), encontrava-se no segundo trimestre de gestação. Uma mulher estava na 14ª semana de gestação, cinco estavam na 16ª e uma na 24ª. Do terceiro trimestre, duas estavam na 28ª semana, uma na 30ª e uma na 40ª.

O resultado do nível de incômodo provocado pelas alterações percebidas está apresentado nos dados da

Tabela 2. Das 113 gestantes que afirmaram perceber mudanças na pele, uma não verbalizou a resposta, declarando-se por expressão facial de interpretação duvidosa.

Tabela 1 - Alterações da pele percebidas por gestantes atendidas em quatro UBS. São Paulo, 2008.

Alterações*	n	Alteração %	Alteração/ total subgrupo %
Alteração pigmentar	123	35,7	-
Mancha*	70	20,3	100,0
Face	39	11,3	55,7
Mamas	11	3,2	15,7
Pescoço	8	2,3	11,4
Abdme	6	1,7	8,6
Braços	3	0,9	4,3
Dorso	2	0,6	2,9
Pernas	1	0,3	1,4
Hiperpigmentação*	53	15,4	100,0
Linha alba	46	13,4	86,8
Auréolas mamárias	7	2,0	13,2
Alteração vascular*	61	17,7	100,0
Varizes	32	9,3	52,5
Aranhas vasculares	29	8,4	47,5
Estria*	59	17,1	100,0
Abdome	32	9,3	54,2
Glúteos	13	3,8	22,0
Coxas	7	2,0	11,9
Mamas	6	1,7	10,2
Braços	1	0,3	1,7
Acne*	44	12,8	100,0
Face	35	10,1	79,6
Dorso	4	1,2	9,1
Braços	3	0,9	6,8
Colo	2	0,6	4,5
Alteração de pelo*	33	9,6	100,0
Queda de pelo	20	5,8	60,6
Aumento de pelo	13	3,8	39,4
Unha fraca	13	3,7	-
Outras alterações	12	3,4	-

* 345 alterações consideradas como subgrupos

Tabela 2 - Nível de incômodo sentido por 113 gestantes, atendidas em quatro UBS, decorrentes de alterações da pele. São Paulo, 2008.

Nível de desconforto	n	%
Não incomoda	36	31,9
Incomoda	50	44,2
Incomoda muito	26	23,0
Não verbalizado	1	0,9
Total	113	100

DISCUSSÃO

Esta amostra consistiu de mulheres em sua maioria, em idade fértil, portanto, com possibilidades de futuras gestações e manifestações dermatológicas. A maioria tinha o ensino fundamental completo, aspecto satisfatório para processos educativos. O predomínio de baixa renda é

um fator que pode interferir na adoção de alguns cuidados com a pele, como a aquisição de protetor solar, uma vez que os serviços públicos de saúde não fornecem este produto.

Em relação à percepção das mudanças ocorridas na pele, as alterações pigmentares foram as mais frequentes. Esse resultado é compatível com a literatura. As manchas foram as mais citadas.

O melasma ou mancha gravídica é a mais evidente alteração de pigmentação na gravidez. Apresenta-se como uma mancha acastanhada que afeta sobretudo os latinos e asiáticos⁽¹²⁾. Ocorre em até 75% das gestantes, mais comumente na face (63%), seguindo-se o malar e o mandibular⁽¹³⁾. Frequentemente, há simetria ou disposição em vespertílio, atingindo as regiões malar e nasal. A intensidade e a extensão da pigmentação variam⁽³⁾. Estas costumam desaparecer completamente em prazo de um ano após o parto, mas cerca de 30% das mulheres evoluem com alguma seqüela da mancha. O quadro é mais persistente em mulheres que fizeram uso de anticoncepcionais orais, o que reforça a teoria sobre a influência dos níveis de progesterona e estrógeno⁽³⁻⁴⁾ e em mulheres susceptíveis, expostas à radiação solar⁽⁵⁾. Há de se considerar o uso de cosméticos variados, contendo perfumes, hormônios e outras drogas que podem contribuir para a pigmentação⁽³⁾.

O tratamento consiste em evitar a luz solar, priorizar a sombra, usar chapéus, cremes antiactínicos contra raios UVA e UVB. Não há tratamento sistêmico, topicamente para aquelas que desenvolvem a mancha, apesar dos cuidados e que apresentam quadros mais intensos, empregando-se então produtos despigmentantes⁽¹⁾. A pigmentação costuma regredir após o parto; dessa maneira, a conduta médica durante a gravidez deve ser conservadora, com o uso da hidroquinona em baixas concentrações e, sem a adição da tretinoína na fórmula, pelo possível efeito teratogênico dos retinoides⁽⁶⁾.

Embora se afirme que as alterações pigmentares podem ser generalizadas, os estudos são fortemente direcionados ao melasma. O acometimento de outras áreas é pouco abordado. As mulheres deste estudo citaram manchas em outras regiões do corpo com destaque para mama e pescoço.

A hiperpigmentação é extremamente comum, acometendo até 90% das gestantes⁽¹⁴⁾. Apresenta forma e localização variáveis; costuma ser generalizada e com acentuação nas regiões normalmente mais pigmentadas, como aréolas mamárias, genitália, períneo, axilas e face interna das coxas. As cicatrizes recentes, efélides (sardas) e nevos melanocíticos (pintas) podem também apresentar intensificação da pigmentação ao longo da gestação^(4-6,15).

Ao redor do mamilo, a aréola torna-se mais escura e é, gradualmente, ampliada, formando uma nova zona de pigmentação conhecida como aréola secundária. Com frequência, a linha alba torna-se hiperpigmentada durante

a gestação e é referida como linha nigra. Esses modelos de hiperpigmentação, provavelmente, são em razão de diferenças regionais no número de melanócitos na pele e os efeitos estimulantes de estrógeno e progesterona⁽¹³⁾.

O grau de hiperpigmentação está relacionado com o tipo de pele da pessoa⁽⁵⁾, costuma ser mais intenso nas mulheres de pele escura⁽⁶⁾. Os dados deste estudo mostraram 63 mulheres, entre pardas e negras, que estariam mais suscetíveis a esta alteração. A linha nigra foi a alteração mais citada.

Tanto em mulheres de pele clara como escura pode haver regressão parcial ou completa do escurecimento que ocorre, gradualmente, logo após a gravidez. Entretanto, alguns autores comentam que o quadro tende a regredir no pós-parto, mas a pele, geralmente, não retorna à coloração inicial, o que pode ser motivo de angústia para muitas gestantes⁽⁴⁾.

Os cuidados e tratamentos para hiperpigmentação são os mesmos citados para o melasma. No pós-parto, em razão do período de amamentação, dermatologistas preferem manter as mesmas medidas do período gestacional e não intervir com despigmentantes mais potentes ou em concentrações mais altas⁽⁹⁾.

As alterações vasculares foram a segunda modificação mais citada, a saber: varizes e aranhas vasculares.

Os distúrbios varicosos ocorrem em, aproximadamente, 40% das grávidas; que acometem as veias safena, vulvar e hemorroidária⁽³⁾. Para que as gestantes apresentem precocemente varizes nos membros inferiores, é preciso que exista, ao menos, um fator causal etiológico congênito como: fístulas arteriovenosas congênitas, flacidez de uma parede venosa e hipoplasia. Estes fatores associados aos adquiridos são causas para o desenvolvimento de varizes de membros inferiores. A gravidez, como fator etiológico adquirido, contribui para o desenvolvimento precoce do processo varicoso, pela compressão dos vasos venosos pélvicos e abdominais, pelo aumento hormonal e de líquidos circulantes maternos fetais⁽¹⁶⁾.

Evidências sugerem que as mulheres que tiveram uma gestação anterior, têm maior incidência de varizes, quando comparadas com nulíparas e múltiparas com risco mais elevado para esta alteração⁽¹⁷⁾.

Edema de pernas e tornozelos costumam acompanhar os quadros de varizes. Recomenda-se repouso, elevação das pernas e uso de meias elásticas⁽⁶⁾. Neste estudo, poucas gestantes citaram edema como alteração percebida.

As aranhas vasculares são microvasos caracterizados por três aspectos clínicos: arteríola central, finos ramos e eritema circundante. Observa-se também um vermelho brilhante e temperatura local mais quente⁽⁸⁾. Entre o segundo e o quinto mês de gestação, são mais frequentes em mulheres caucasóides, com até 67% de acometimento. Estas estão mais localizadas nas áreas de drenagem da veia cava superior, como face, pescoço e membros

superiores; e seu tamanho tende a aumentar ao longo dos meses. Sua origem parece estar relacionada aos altos níveis de estrógenos^(4,6). Atualmente, podem ser tratadas por especialistas, com finalidade estética, por meio de eletrocoagulação e *laser* terapia^(3,6).

A terceira alteração mais citada, as estrias são lesões longas, lineares e, geralmente, paralelas, decorrentes da ruptura de fibras de colágeno e elastina; surgem em oposição às linhas de tensão da pele. A causa exata é desconhecida. Considera-se a associação de fatores hormonais, particularmente, a ação de adrenocorticais e estrógenos placentários, com estresse do tecido conjuntivo⁽⁵⁾. Aparecem entre o sexto e o sétimo meses de gravidez e, em aproximadamente, 90% das grávidas^(3,6). Podem manifestar-se em decorrência de predisposição racial e genética⁽³⁾. São mais frequentes em mulheres caucasianas, nas regiões do abdome, mamas, braços e dorso⁽⁴⁾. Neste estudo, os dados encontrados indicaram o abdome como a área mais acometida, seguida do glúteo. As mulheres de pele clara predominaram na amostra, entretanto não foi investigada a relação entre cor da pele e estria.

Um estudo sobre a prevalência de estrias, em gestantes primíparas, encontrou 52% de mulheres (n= 309) com estrias; estas foram classificadas em leves, moderadas e graves, predominando as primeiras. Das 17 variáveis estudadas, quatro foram significativamente associadas com a presença de estrias: idade materna, índice de massa corporal materna, ganho de peso da mãe e peso do bebê ao nascimento, sendo a idade materna a variável de maior risco⁽¹⁸⁾. Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo com primigestas iranianas⁽¹⁹⁾.

As estrias não envolvem por completo, podem melhorar ao final da gravidez, passando a apresentar um aspecto branco-nacarado mais tênue⁽⁴⁾. É necessário ressaltar que, apesar dos avanços tecnológicos desenvolvidos nas áreas da estética e cosmetologia, os resultados dos tratamentos para estrias ainda são insatisfatórios⁽⁸⁾. O controle do peso durante o período gestacional é a melhor recomendação a ser indicada pelos profissionais.

A acne, citada por várias mulheres deste estudo, é um processo que compromete a unidade pilossebácea⁽²⁰⁻²¹⁾. Esta tem alta prevalência, sendo a principal causa de consulta ao dermatologista, de acordo com o censo dermatológico da Sociedade Brasileira de Dermatologia⁽¹¹⁾. Ela acomete um número elevado de adolescentes e adultos jovens, em alguma fase de suas vidas, apresentando-se com gravidade variável, de acordo com a idade e causa.

A origem da acne é multifatorial. Na gestação, a secreção sebácea tende a aumentar no último trimestre da gravidez, em um período em que os estrógenos, que suprimem a atividade sebácea, estão aumentados. Acredita-se que o fator estimulante venha da hipófise. Durante a lactação, a secreção estimula a secreção de

prolactina, que pode estimular as glândulas sebáceas diretamente ou aumentar a resposta delas aos andrógenos⁽⁶⁾. Com o aumento da atividade da glândula sebácea, seria esperada uma piora da acne durante a gestação, entretanto, o resultado foi totalmente imprevisível⁽¹⁴⁾. A gestante pode desenvolver acne pela primeira vez, como pode agravar uma acne preexistente por influência hormonal e fatores ambientais. Em geral, os quadros são de acne moderada.

O efeito da gravidez sobre acne não tem sido amplamente comentado, e os estudos são conflitantes. Alguns relatam melhora da acne com a gestação, outros piora do quadro⁽⁸⁾. Neste estudo, encontramos apenas uma gestante que referiu melhora da acne.

Para a prevenção e tratamento da acne, é necessário atuar em vários fatores causais. É fundamental considerar a higienização da pele, porém sem excessos para não irritar: adequar o pH dos sabonetes, evitando os mais alcalinos; selecionar produtos tópicos menos comedogênicos e aplicar drogas somente quando prescritas por médicos especialistas. A combinação de diferentes drogas pode ser também recomendada⁽²²⁾. No período gestacional esta última conduta torna o problema mais relevante tendo em vista a contra-indicação de drogas mais eficazes, como a tretinoína e isotretinoína, durante a gravidez. Essas drogas, bastante difundidas nos últimos anos, são teratogênicas. Seu uso, em mulheres em idade fértil, exige rigoroso controle na prevenção da gravidez⁽²³⁾.

As alterações de pelos foram citadas por um número menor de mulheres. Os resultados da pesquisa mostram maior frequência na alteração queda de cabelo em relação ao aumento, divergindo da literatura sobre o assunto.

O hirsutismo é frequente, particularmente, em mulheres que já possuíam abundante pilificação antes da gestação. Seu achado é precoce na gravidez, sendo mais pronunciado na face e nos braços. A etiologia é, provavelmente, hormonal. Geralmente, regride em até seis meses, após a gravidez e não necessita de terapia específica^(3-4,13). O aumento de pelos ocorre, porque na gravidez aumenta a proporção de cabelos anágenos (fase de crescimento) e diminui a eliminação de cabelos, que se mantêm em crescimento até o parto. Após o parto, ocorre o eflúvio telógeno que vai aumentar a perda de cabelos terminais de um a cinco meses, após o parto, podendo durar até um ano. A queda é reversível, mas pode provocar alterações psicológicas importantes na mulher durante o período pós-parto. Em raros casos, na gravidez adiantada, pode ocorrer calvície de padrão masculino ou rarefação difusa dos pelos do couro cabeludo. Ambas as condições costumam reverter ao padrão normal de crescimento, após o parto⁽⁶⁾.

Existem inúmeras opções para tratar hirsutismo: barbear, depilação com cera, eletrólise e depilação a *laser*. O tratamento com uso de *laser* tornou-se muito popular e eficaz nos últimos anos, contudo é opinião dos

dermatologistas adotar uma abordagem conservadora e adiar o tratamento para o pós-parto, porque os efeitos de *lasers* durante a gravidez não foram definitivamente determinados⁽⁸⁾.

Unhas fracas também foram citadas pelas gestantes. A literatura sobre o tema é escassa, alguns autores trazem como ocorrência fragilidade da lâmina ungueal, onicólise distal (separação da lâmina ungueal do leito na metade distal) e também crescimento acelerado das unhas. A relação dessas alterações com a gravidez é desconhecida^(3,6).

As alterações menos citadas foram: edema, ressecamento da pele, pele brilhosa e diminuição da acne. O edema periférico é referido na literatura, como uma das manifestações mais comuns e duráveis nas grávidas⁽⁴⁾. A pouca citação talvez esteja relacionada ao fato das mulheres não o considerarem, como uma alteração da pele. O ressecamento da pele pode ser resultado de banhos quentes e frequentes, uso de sabonetes com pH alcalinos e diretamente aplicados à pele e baixa ingestão hídrica. Pele brilhosa poderia estar relacionada ao aumento da atividade da glândula sebácea durante a gestação; não foram encontrados estudos a respeito. Quanto à diminuição da acne, há relatos de melhora na gravidez, conforme já citado.

Com relação a 11 gestantes que não observaram alterações em sua pele, é relevante apontar que seis delas encontravam-se próximas do período de transição do primeiro para o segundo trimestre. Apenas uma mulher completou o período de 40 semanas sem notar qualquer alteração em sua pele.

A maioria das gestantes afirmou incomodar-se com as mudanças da pele durante o período gestacional. Um número expressivo de mulheres declarou incomodar-se muito. Este resultado pode ser compreendido à luz das construções culturais ao redor do comportamento e da beleza do corpo da mulher. Estas construções abarcam os diferentes ciclos da vida, incluindo a gravidez e são apoiadas por uma série de processos promovidos pela mídia e pelas instituições, que, intencionalmente ou não, prescrevem modelos a serem seguidos.

Um estudo analisou os discursos presentes na revista Pais e Filhos referente ao corpo e gravidez. O autor aponta que a revista configura a imagem de uma gestante serena, bem cuidada, e sem marcas; associa o transcorrer da gravidez e as formas que o corpo vai tomando ao mito

de um eternamente belo⁽²⁴⁾.

O desconforto, referido pela maioria das gestantes, resultante da pele idealizada *versus* a pele real, pode tornar-se um agente estressor significativo, afetar a autoestima e interferir no bem-estar e qualidade de vida. A insatisfação com a pele pode ainda levar a busca de soluções ou tratamentos inadequados, agravando o problema existente.

Uma pesquisa recente buscou identificar se o aspecto visível das lesões de pele, isto é, a localização da lesão, interfere na qualidade de vida dos pacientes. Os resultados apontaram que independente da localização da lesão, o sentimento de exposição, constrangimento e os prejuízos a que o paciente fica sujeito são semelhantes, pois na aproximação mais íntima de outra pessoa está implicada certa exposição⁽²⁵⁾. Embora os autores tratem de dermatopatias, semelhanças, no âmbito do impacto psicológico, estas poderiam ser atribuídas às alterações fisiológicas. Sentimentos negativos como tristeza, vergonha, medo, raiva e mudanças comportamentais, como isolamento social podem estar associados às respostas fisiológicas da pele.

Para uma minoria das gestantes, deste estudo, as mudanças ocorridas na pele não incomodaram. Semelhantes achados foram observados em um estudo sobre mudanças corporais em gestantes adolescentes. As autoras sugerem que a satisfação com o próprio corpo é, possivelmente, decorrente da importância dada à maternidade⁽²⁶⁾. Este aspecto não foi explorado neste estudo.

CONCLUSÕES

Apesar de suas limitações de amostragem, este estudo permitiu apontar as diversas alterações da pele que ocorreram durante o período gestacional e os diferentes graus de desconforto.

Diante dos resultados, compreende-se que a condução das atividades assistenciais e educativas desenvolvidas por profissionais de saúde deve valorizar esta problemática. A adoção de protocolos padronizados para o atendimento de problemas potenciais e reais poderia contribuir neste sentido.

Outros estudos deverão ser realizados para explorar e discutir essa temática, inclusive o impacto das alterações de pele na vida das gestantes.

REFERÊNCIAS

1. Sampaio SAP, Rivitti EA, editores. Dermatologia. 2a ed. São Paulo: Artes Médicas; 2000.
2. Oumeish YO, Parish JL. Pregnancy and the skin. Clin Dermatol. 2006;24(1):78-9.
3. Vergnanini AL. Dermatopatias. In: Neme B. Obstetrícia básica. 3a. ed. São Paulo: Sarvier; 2006. cap. 60.
4. Alves GF, Varella TCN, Nogueira LSC. Dermatologia e gestação. An Bras Dermatol. 2005;80(2):179-86.
5. Lawley TJ, Yancey KB. Skin changes and diseases in pregnancy. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SIK. Fitzpatrick's dermatology in general medicine. 6th ed. New York: McGraw-Hill; 2003. p. 1361-6.
6. Mandelbaum SH. Dermatologia na gestante. In: Cuce LC, Festa Neto C. Manual de dermatologia. 2a. ed. São Paulo: Atheneu; 2001. Cap. 31. p. 549-53.
7. Barankin B, Silver SG, Carruthers A. The skin in pregnancy. J Cutan Med Surg. 2002;6(3):236-40.

8. Nussbaum R, Benedetto AV. Cosmetic aspects of pregnancy. *Clin Dermatol*. 2006;24(2):133-41. Review.
9. Reis VMS, Patriarca M. Prevenção das alterações da pele na gestação [Internet]. São Paulo: Organon Farmacêutica [citado 2008 Ago 23]. Disponível em: <<http://www.pelenagravidez.com.br>>.
10. Suzuki MM, Pinheiro AM, Suzuki MT, Mosci C, Suzuki AM. Dermatoses na gravidez: importância do exame dermatológico no pré-natal. *An Bras Dermatol*. 2005;80(Supl 2):S121.
11. Brasil. Sociedade Brasileira de Dermatologia - SBD. Censo dermatológico da SBD 2006. Rio de Janeiro (RJ). Disponível em: <http://www.sbd.org.br>.
12. Rothe de Arocha J. Nuevas opciones en el tratamiento del melasma. *Dermatol Venez*. 2003;41(3):11-4.
13. Elling SV, Powell FC. Physiological changes in the skin during pregnancy. *Clin Dermatol*. 1997;15(1):35-43. Review.
14. Muzaffar F, Hussain I, Haroon TS. Physiologic skin changes during pregnancy: a study of 140 cases. *Int J Dermatol*. 1998;37(6):429-31.
15. Decherney AH. *Current obstetria e ginecologia: diagnóstico e tratamento*. Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 2004. Cap 23: distúrbios clínicos gerais durante a gravidez.
16. Carvalho EV, Braga de Carvalho DS. Varices y embarazo. *Rev Panam Flebol Linfol*. 2001;40(1):25-30.
17. Bamigboye AA, Smyth R. Interventions for varicose veins and leg oedema in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(1):CD001066.
18. Atwal GS, Manku LK, Griffiths CE, Polson DW. Striae gravidarum in primiparae. *Br J Dermatol*. 2006;155(5):965-9.
19. Ghasemi A, Gorouhi F, Rashighi-Firoozabadi M, Jafarian S, Firooz A. Striae gravidarum: associated factors. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2007;21(6):743-6.
20. Hassun KM. Acne: etiopatogenia. *An Bras Dermatol*. 2000;75(1):7-15.
21. Alchorne MMA, Pimentel DRN. Acne. *RBM Rev Bras Med*. 2003;60(NE):165:168:172:passim-166-170-172.
22. Leyden J. New developments in topical antimicrobial therapy for acne. *J Drugs Dermatol*. 2008;7(2 Suppl):S8-11.
23. Honein MA, Paulozzi LJ, Erickson JD. Continued occurrence of Accutane-exposed pregnancies. *Teratology*. 2001;64(3):142-7.
24. Schwengber MSV. Donas de si?: a educação de corpos grávidos no contexto da Pais & Filhos [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Educação; 2006.
25. Oliveira MS, Muller MC, Moraes JFD, Ludwig MWB. Qualidade de vida e localização da lesão em pacientes dermatológicos. *An Bras Dermatol*. 2009;84(2):143-50.
26. Menezes IHCF, Domingues MHMS. Principais mudanças corporais percebidas por gestantes adolescentes assistidas em serviços públicos de saúde de Goiânia. *Rev Nutr*. 2004;17(2):185-94.