

UNIVERSIDADE FEEVALE

BRENDA CAVALLI PICOLI

ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS DA PELE PERCEBIDAS POR GESTANTES
ASSISTIDAS EM UM SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE LOCALIZADO NO VALE DO
RIO DOS SINOS

Novo Hamburgo
2018

BRENDA CAVALLI PICOLI

ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS DA PELE PERCEBIDAS POR GESTANTES
ASSISTIDAS EM UM SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE LOCALIZADO NO VALE DO
RIO DOS SINOS

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito parcial à
obtenção do grau de Bacharel em
Fisioterapia pela Universidade Feevale.

Orientadora Prof.^a Me. Fabiane Skopinski

Novo Hamburgo
2018

BRENDA CAVALI PICOLI

Trabalho de Conclusão do Curso de Fisioterapia, intitulado **“ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS DA PELE PERCEBIDAS POR GESTANTES ASSISTIDAS EM UM SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE LOCALIZADO NO VALE DO RIO DOS SINOS”**, submetido ao corpo docente da Universidade Feevale, como requisito necessário para obtenção do Grau de Bacharel em Fisioterapia.

Aprovado por:

Prof.^a Me. Fabiane Skopinski
Orientadora

Prof.^a Dra. Simone De Paula
Banca Examinadora

Prof.^a Me. Manoela Heinrichs dos Reis Neves
Banca Examinadora

Novo Hamburgo, novembro de 2018.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por cada oportunidade e cada conquista ao longo da minha caminhada acadêmica, que me enriqueceu tanto pessoalmente quanto profissionalmente.

Aos meus pais, primeiro por toda a educação, por me ensinarem que por mais que tenhamos obstáculos somos capazes de vencer um a um. Por todo amor, carinho e compreensão nos momentos mais difíceis durante essa caminhada, que sempre me motivaram e nunca me deixaram desistir deste sonho.

À minha orientadora, Prof.^a Me. Fabiane Skopinski por acreditar e aceitar esse desafio comigo e por ter paciência e compreensão, que foram necessárias nas horas certas tornando tudo mais simples.

A todos os professores da graduação, gratidão imensa pelos ensinamentos e por me fazerem acreditar que sou capaz.

A todas as participantes deste estudo, sem elas não seria possível a conclusão deste trabalho.

A todos os colegas, pelo respeito, carinho e reconhecimento, em especial por todas as ajudas durante esse trabalho e em toda graduação.

A minha família que se fez presente nestes 5 anos de caminhada, me motivando e me fazendo acreditar a cada dia que eu não poderia ter escolhido uma profissão tão maravilhosa quanto essa.

Ao meu namorado, que foi extremamente presente em todo esse processo, amigo e paciente durante essa fase de conquistas e obstáculos.

Aos meus amigos, que compreenderam minha ausência no decorrer do desenvolvimento deste trabalho, por deixarem os momentos difíceis mais leves e por toda a energia positiva para a conclusão deste trabalho.

Meu muito obrigada!

“Nada é tão nosso, quanto os nossos sonhos”.

Friedrich Nietzsche

RESUMO

A gestação pode ser considerada uma situação ímpar na vida da mulher, onde ocorrem profundas transformações fisiológicas, emocionais e psicológicas em um curto período de tempo, alterando sua relação com o corpo. O presente estudo teve como objetivo verificar e descrever as principais alterações fisiológicas da pele percebidas pelas gestantes, caracterizar o perfil sociodemográfico, obstétrico e cutâneo das gestantes e avaliar a presença e o nível de desconforto em relação às alterações fisiológicas da pele. Caracterizou-se como um estudo de paradigma exploratório, descritivo e análise quantitativa. A amostra foi composta por 15 gestantes vinculadas ao Programa de Extensão "Mãe Bebê - Projeto Gestar", sendo este um projeto social vinculado a uma Instituição de Ensino Superior (IES) localizada na região do Vale dos Sinos, RS e com gestantes inscritas no "Curso para Gestantes", ofertado pelo Programa Mãe Bebê, para acadêmicas e funcionárias da IES. A média de idade foi de 28,1 ($\pm 6,6$) anos. Cada participante teve em média 2 ($\pm 1,9$) gestações e com média da idade gestacional de 28,3 ($\pm 7,1$) semanas. Houve predominância de mães solteiras (53,3%) e grau de escolaridade ensino médio completo (33,3%). Quanto à renda familiar, houve predomínio de 1 a 2 salários mínimos (53,3%) e a ocupação mais citada foi "do lar" (40%). Em relação aos hábitos de vida, 66,7% realizavam exposição solar diária de menos de 1 hora e 73,3% não faziam o uso do filtro solar como proteção, sendo que das quatro que utilizavam o filtro solar, apenas duas realizavam a reaplicação do mesmo. A ingestão hídrica teve como predominância de 4 a 6 copos em 66,7% das participantes. Já em relação à hidratação cutânea, 73,3% (n=11) faziam uso de produtos hidratantes, sendo o local de maior prevalência a região do abdômen com 45,5% (n=5) e o creme hidratante o produto mais utilizado com 81,8% (n=9). Conforme a classificação de Fitzpatrick, o fototipo cutâneo de maior predominância foi o Tipo III com 40% (n=6). Com relação às alterações pigmentares, 73,3% (n=11) apresentaram hiperpigmentação, predominante na região das aréolas 66,7% (n=10) e 46,6% (n=7) das participantes apresentaram manchas, sendo a face a região mais acometida com 40% (n=6). Nas alterações vasculares o edema foi prevalente com 66,7% (n=10) seguido de varicosidades com 60% (n=9). A acne foi relatada por 53,3% (n=8) predominantemente na região da face com 46,7% (n=7). Já 40% (n=6) das participantes apresentaram alteração de colágeno, conhecida como estrias, sendo prevalente na região das mamas com 26,7% (n=4). O desconforto foi relatado por 60% (n=9) das gestantes, onde as alterações vasculares e pigmentares foram as mais relatadas. Conclui-se que as alterações mais predominantes foram: a hiperpigmentação das aréolas, o edema, as varicosidades, a acne, as manchas na região da face e as estrias na região das mamas. Neste grupo as alterações vasculares e pigmentares foram as que geraram maior desconforto nas participantes. Nesse sentido, se faz importante a promoção de saúde e prevenção de doenças relacionadas aos cuidados com a pele, bem como maior acompanhamento dos profissionais de saúde visando melhorar a qualidade de vida das mulheres no período gestacional.

Palavras chave: Pele. Gestação. Desconforto. Qualidade de vida.

ABSTRACT

Gestation can be considered a unique situation in a woman's life, where profound physiological, emotional and psychological changes occur in a short period of time, altering her relationship with the body. The present study aimed to verify and describe the main physiological changes in the skin perceived by pregnant women, to characterize the sociodemographic, obstetrical and cutaneous profile of pregnant women and to evaluate the presence and level of discomfort in relation to the physiological alterations of the skin. It was characterized as an exploratory paradigm study, descriptive and quantitative analysis. The sample consisted of 15 pregnant women linked to the "Bebe Mother Project - Gestar Project", a social project linked to a Higher Education Institution (IES) located in the Sinus Valley, RS and pregnant women enrolled in the "Course for Pregnant Women", offered by the "Mother Bebe" Program for academics and employees of IES. The mean age was 28.1 ($\pm$ 6.6) years. Each participant had on average 2 ($\pm$ 1.9) gestations and mean gestational age of 28.3 ($\pm$ 7.1) weeks. There was a predominance of single mothers (53.3%) and high school education (33.3%). As for family income, there was a predominance of 1 to 2 minimum wages (53.3%) and the most cited occupation was "home" (40%). Regarding lifestyle habits, 66.7% had daily sun exposure of less than 1 hour and 73.3% did not use the sunscreen as a protection, and of the four that used the sunscreen, only two performed the reapplication the same. The water intake had a predominance of 4 to 6 cups in 66.7% of the participants. In relation to cutaneous hydration, 73.3% (n = 11) used moisturizing products, the site with the highest prevalence being the abdomen region with 45.5% (n = 5) and the hydrant cream the most used product with 81.8% (n = 9). According to Fitzpatrick's classification, the most prevalent cutaneous phototype was Type III with 40% (n = 6). Regarding pigmentary alterations, 73.3% (n = 11) presented hyperpigmentation, predominant in the areola region 66.7% (n = 10) and 46.6% (n = 7) of the participants presented spots, the most affected region with 40% (n = 6). In vascular alterations edema was prevalent with 66.7% (n = 10) followed by varicosities with 60% (n = 9). Acne was reported by 53.3% (n = 8) predominantly in the face region with 46.7 (n = 7). 40% (n = 6) of the participants presented collagen alterations, being prevalent in the breast region with 26.7% (n = 4). The discomfort was reported by 60% (n = 9) of the pregnant women, where the vascular and pigmentary alterations were the most reported. It was concluded that the most prevalent alterations were: hyperpigmentation of the areolas, edema, varicosities, acne and spots in the face region, and striae in the region of the breasts. In this group the vascular and pigmentary alterations were the ones that generated the most annoyance in the participants. In this sense, it is important to promote health and prevention of diseases related to skin care, as well as greater follow-up of health professionals aiming to improve the quality of life of women in the gestational period.

Keywords: Skin. Gestation. Discomfort. Quality of life.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Níveis hormonais durante a gestação.....	16
Figura 2 - Camadas da pele	18
Figura 3 - Hiperpigmentação da linha alba.....	79
Figura 4 - Melasma na face	80
Figura 5 - Eritema Palmar	81
Figura 6 - Varicosidades	82
Figura 7 - Edema de extremidades	83
Figura 8 - Telangiectasias na face	83
Figura 9 - Acne na face	84
Figura 10 - Estrias gestacionais	85
Figura 11 - Hirsutismo	86

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Estatística descritiva da idade, idade gestacional e número de gestações (n = 15).....	93
Tabela 2 - Perfil sociodemográfico da amostra (n = 15).....	96
Tabela 3 - Perfil dos hábitos de vida (n = 15).....	99
Tabela 4 - Fototipo cutâneo (n = 15)	100
Tabela 5 - Prevalência das alterações percebidas (n = 15)	106
Tabela 6 - Presença de incômodo (n = 15)	107
Tabela 7 - Estatística descritiva dos níveis de incômodo (n = 15).....	113

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Nível de Incômodo das alterações pigmentares (n=15).	108
Gráfico 2 - Nível de Incômodo das alterações vasculares (n = 15).	109
Gráfico 3 - Nível de Incômodo das alterações glandulares (n = 15).....	110
Gráfico 4 - Nível de Incômodo das alterações do tecido de colágeno (n = 15).	111
Gráfico 5 - Nível de Incômodo das alterações dos folículos pilosos (n = 15).	112
Gráfico 6 - Nível de Incômodo das alterações ungueais (n = 15).....	113

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
2.1 GESTAÇÃO.....	15
2.2 HORMÔNIOS GESTACIONAIS	16
2.2.1 Estrogênio.....	16
2.2.2 Progesterona	17
2.2.3 Gonadotropina coriônica humana	17
2.3 PELE	17
2.3.1 Epiderme	18
2.3.1.1 <i>Camada basal</i>	73
2.3.1.2 <i>Camada espinhosa</i>	74
2.3.1.3 <i>Camada granulosa</i>	74
2.3.1.4 <i>Camada lúcida</i>	74
2.3.1.5 <i>Camada córnea</i>	75
2.3.2 Junção dermoepidérmica	75
2.3.3 Derme	76
2.3.3.1 <i>Derme papilar</i>	76
2.3.3.2 <i>Derme reticular</i>	76
2.3.3.3 <i>Colágeno</i>	77
2.3.3.4 <i>Elastina</i>	77
2.3.3.5 <i>Glicoproteínas</i>	77
2.3.3.6 <i>Glicosaminoglicanos</i>	77
2.3.4 Hipoderme.....	78
2.4 ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS DA PELE EM GESTANTES	78
2.4.1 Alterações pigmentares.....	79
2.4.1.1 <i>Hiperpigmentação</i>	79
2.4.1.2 <i>Melasma</i>	80
2.4.2 Alterações vasculares.....	81
2.4.2.1 <i>Eritema palmar</i>	81
2.4.2.2 <i>Aranhas vasculares e varicosidades</i>	81
2.4.2.3 <i>Edema nas extremidades</i>	82

2.4.2.4 Telangiectasias	83
2.4.3 Alterações glandulares	84
2.4.3.1 Acne	84
2.4.4 Alterações no tecido de colágeno	85
2.4.4.1 Estrias	85
2.4.4.2 Prurido.....	86
2.4.5 Alterações no folículo piloso	86
2.4.6 Alterações ungueais	87
2.4.6.1 Unhas.....	87
2.4.6.2 Cabelos	87
3 METODOLOGIA	88
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	88
3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	88
3.2.1 Critérios de Inclusão	88
3.2.2 Critérios de Exclusão.....	89
3.3 ASPECTOS ÉTICOS.....	89
3.4 PROJETO PILOTO.....	90
3.4.1 Parecer do Projeto Piloto.....	90
3.5 COLETA DE DADOS	90
3.5.1 Procedimentos gerais	91
3.6 ANÁLISE DE DADOS	92
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	93
4.1 PERFIL DA AMOSTRA.....	93
4.2 ANÁLISE DOS HÁBITOS DE VIDA.....	96
4.3 ANÁLISE DAS ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS DA PELE.....	99
4.4 PRESENÇA E NÍVEL DE INCOMODO	106
5 CONCLUSÃO	115
REFERÊNCIAS.....	117
APÊNDICES	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	
ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.	
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA	
MENOR (TCLE)..... ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.	

APÊNDICE C – ENTREVISTA..... **ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.**

1 INTRODUÇÃO

O período gestacional pode ser considerado como uma situação ímpar na vida de uma mulher, onde ocorrem alterações em um pequeno período de aproximadamente 40 semanas. A maior parte destas alterações é um elemento natural da gravidez e de fundamental importância, pois tem como objetivo proporcionar condições para o adequado crescimento e desenvolvimento fetal, em equilíbrio com o organismo materno (MEIRELES et al., 2015).

Durante este período, ocorrem profundas mudanças fisiológicas, emocionais e psicológicas que podem alterar a relação da mulher com seu corpo. Essas mudanças no corpo feminino se dão em decorrência das alterações hormonais, caracterizadas por grandes elevações dos hormônios: estrogênio, progesterona, prolactina e outros, que alteram completamente o funcionamento do organismo e por estiramentos mecânicos (BARACHO, 2013).

As alterações fisiológicas da pele ocorrem em grande parte, devido à ação de diferentes hormônios e podem ser classificadas como alterações pigmentares, alterações vasculares, alterações glandulares, alterações dos folículos pilosos, alterações na mucosa e alterações no tecido de colágeno (COSTA, ALVES, AZULAY, 2013).

O fato de estas alterações serem descritas como fisiológicas não as tornam menos significativas em relação ao desconforto gerado para as gestantes. As ocorrências podem ser esteticamente significativas e comprometer a dimensão: biológica, psicoemocional e social da gestante (ALVES, NOGUEIRA, VARELLA, 2005).

Dentre as mais diversas áreas da fisioterapia, a Fisioterapia Dermatofuncional, especialidade reconhecida pelo COFFITO em 2009, aborda as disfunções físico-estético-funcionais decorrentes de patologias, procedimentos cirúrgicos e/ou de sequelas que possam afetar diretamente ou indiretamente a integridade do sistema tegumentar. Permite a abordagem e o tratamento de diversas disfunções estéticas como estrias, edemas, varizes, ganho de peso, sequelas de queimaduras, acne, melasmas, utilizando inúmeros recursos tanto manuais quanto eletrotermofototerapêuticos (ZAMPRONIO, 2012).

Com base nesse contexto e no componente curricular de Fisioterapia Dermatofuncional esse projeto sustenta-se no interesse em estudar as principais

alterações fisiológicas ocorridas na pele de gestantes e analisar o grau de incômodo, possibilitando a criação de estratégias de prevenção e educação em saúde, evitando o agravamento e o impacto dessas alterações durante o período gestacional.

Diante disto, o objetivo principal deste estudo foi verificar e descrever as principais alterações fisiológicas da pele percebidas pelas gestantes e os objetivos específicos foram caracterizar o perfil sociodemográfico, obstétrico e cutâneo das gestantes, avaliar o nível de incômodo das gestantes, em relação a estas alterações fisiológicas da pele.

Metodologicamente este estudo se enquadra em uma pesquisa exploratória descritiva com análise quantitativa, realizada com gestantes cadastradas no Programa de Extensão Mãe Bebê - Projeto Gestar, projeto social vinculado a uma Instituição de Ensino Superior (IES) localizada na região do Vale dos Sinos – Rio Grande do Sul (BR) e gestantes que participaram do curso para gestantes promovido pelo Programa de Extensão Mãe Bebê, no qual suas participantes são estudantes e/ou funcionárias da mesma Instituição de Ensino Superior (IES).

Para a construção do referencial teórico foram utilizadas consultas em base de dados científicos (SciELO e PubMed) e livros.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 GESTAÇÃO

No ciclo vital da mulher, existem três períodos considerados críticos de transição que acabam por constituir verdadeiras fases do desenvolvimento da personalidade e que possuem vários pontos em comum: a adolescência, a gravidez e o climatério. São três períodos de transição biológica determinada, que é caracterizado por mudanças metabólicas complexas, estados temporários de equilíbrio instável devido a grandes perspectivas de mudanças envolvidas nos aspectos de papel social, necessidade de novas adaptações, reajustamentos interpessoais e intrapsíquicos e mudanças de identidade (MALDONADO, 1997).

A gestação é considerada um processo fisiológico da mulher, onde se torna um momento marcante na sua vida. É marcada por uma nova experiência, repleta de mudanças tanto físicas, emocionais, sociais, econômicas e familiares (BARUFFI, 2004).

Segundo Kisner (2016), durante o primeiro trimestre gestacional que compreende de 0 a 12 semanas, ocorrem diversas mudanças, podendo a mãe ganhar peso relativamente pequeno, o tamanho das mamas pode vir a aumentar, podem ocorrer também mudanças emocionais e o feto começa a ter movimentos, mas ainda não são sentidos pela mãe.

Já durante o segundo trimestre gestacional, que irá compreender de 13 semanas a 26 semanas, a gestação começa a se tornar visível aos outros. A mãe começa a sentir os movimentos do feto, no final do segundo trimestre gestacional com cerca de 20 semanas. Seu ganho de peso já é mais significativo (KISNER, 2016).

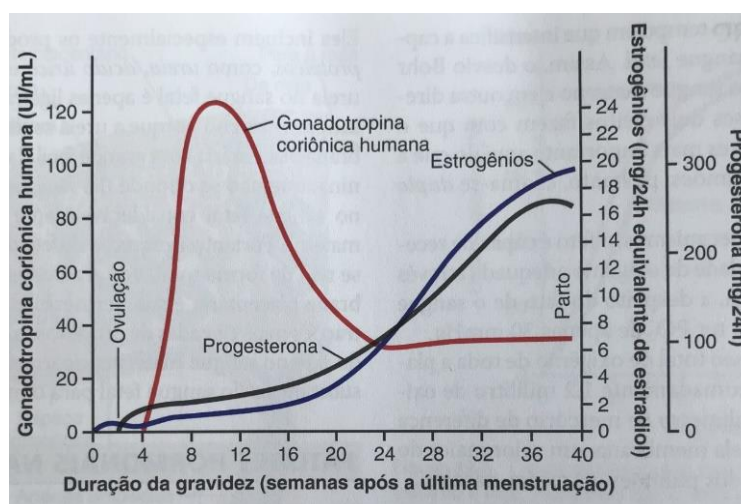
Durante o terceiro trimestre gestacional, em que a mãe se encontra de 27 semanas a 40 semanas, podem-se apresentar queixas comuns, sendo elas dor lombar, edema e fadiga nos membros inferiores, frequente perda de urina entre outros (KISNER, 2016).

Almeida e Souza (2012) relatam que em consequência da liberação hormonal os sistemas digestório, circulatório, respiratório e a biomecânica postural deparam-se em constante processo de adaptação e transformação.

2.2 HORMÔNIOS GESTACIONAIS

As mudanças que acontecem no corpo da mulher durante a gestação transformam todos os sistemas do seu organismo, inclusive sua pele. As alterações hormonais são provocadas por grandes elevações de estrogênio, progesterona, beta HCG (gonadotrofina coriônica humana), prolactina e uma variedade de hormônios e mediadores que acabam por modificar completamente as funções do organismo (COUTINHO, 2012; ALVES, NOGUEIRA, VARELLA, 2005). A Figura 1 exemplifica os níveis hormonais durante o período gestacional.

Figura 1 - Níveis hormonais durante a gestação



Fonte: GUYTON, HALL (2017)

2.2.1 Estrogênio

O estrogênio é produzido inicialmente pelo corpo lúteo e, posteriormente, sua produção é realizada pela placenta, a qual necessita de precursores extraplacentários derivados da corrente sanguínea materna (ALVES, NOGUEIRA, VARELLA, 2005).

Durante a gestação, as quantidades de estrogênio são extremas e causam aumento do útero materno, aumento das mamas maternas e crescimento das estruturas dos ductos mamários (GUYTON, HALL, 2017).

2.2.2 Progesterona

A progesterona também é um hormônio essencial para uma gravidez bem-sucedida. É secretada em quantidade moderada pelo corpo lúteo no início da gravidez e, posteriormente, é secretada em quantidades maiores pela placenta, aumentando em média cerca de 10 vezes durante o curso da gravidez (GUYTON, HALL, 2017).

Segundo Polden e Mantle (2000), relatam que a progesterona quanto ao sistema circulatório atua também reduzindo o tônus dos vasos sanguíneos.

A progesterona ajuda na preparação e manutenção do endométrio para permitir a implantação. Grande parte da progesterona produzida pela placenta entra na circulação materna, sendo em partes, responsável por vários dos sintomas gravídicos apresentados pela mãe (ALVES, NOGUEIRA, VARELLA, 2005).

2.2.3 Gonadotropina coriônica humana

A função da gonadotropina coriônica humana mais importante é de evitar a involução do corpo lúteo ao final do ciclo sexual feminino mensal. Mas ao invés disso, faz com que o corpo lúteo secrete quantidades ainda maiores dos seus hormônios sexuais (estrogênio e progesterona) pelos próximos meses, os quais irão impedir a menstruação e farão com que o endométrio continue a crescer e armazenar grandes quantidades de nutrientes, não eliminando no produto menstrual (ALVES, NOGUEIRA, VARELLA, 2005).

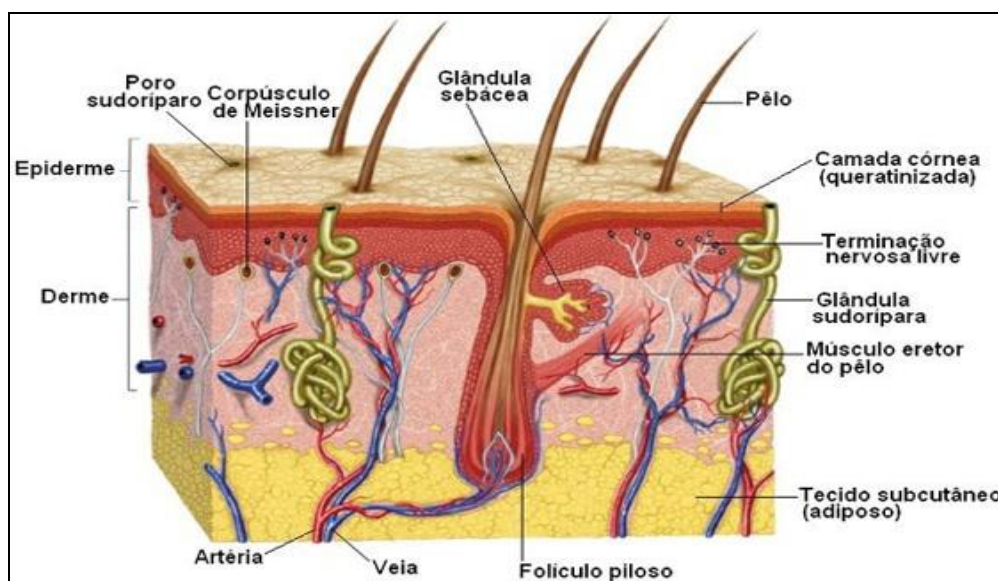
2.3 PELE

A pele é o maior órgão do corpo humano, tendo uma vasta área de superfície, se estendendo em média 2m² e participante de, aproximadamente, 16% do peso corporal completo do indivíduo (BUCHANAN, COURTENAY, 2007). Sendo ela um sistema epitelial, uma de suas capacidades primordiais é a demarcação dos órgãos internos de externos. Sua diferença em relação aos outros sistemas epiteliais se dá devido ao contato com um ambiente externo agressivo, ao passo que os outros órgãos estão sob abrigo da radiação solar e das intempéries (HARRIS, 2016).

Devido a sua estrutura complexa, a pele pode exercer diversas funções sendo elas: a manutenção da sua própria integridade e da completude do organismo, a proteção contra agressões e agentes externos, a absorção e secreção de líquidos, o controle da temperatura corporal, é uma importante barreira à prova d'água, faz a absorção da luz ultravioleta para proteger o organismo dos seus efeitos nocivos, ajuda no metabolismo da vitamina D e possui funções estéticas e sensoriais, como a aparência, o toque, a coloração e a sensibilidade da pele, que são elementos responsáveis pela atração física e social do indivíduo (HARRIS, 2016).

A pele é separada em dois tecidos cruciais: a epiderme e a derme que é constituída por um tecido conectivo. A camada subcutânea é formada pela hipoderme, sendo composta apenas de tecido adiposo (HARRIS, 2016). A Figura 2 mostra a pele e suas respectivas camadas.

Figura 2 - Camadas da pele



Fonte: *Repositório Aula de Anatomia* (2018)

2.3.1 Epiderme

A parte superior do tegumento é chamada de epiderme. Não apresenta vasos e é constituída por um epitélio estratificado que fica calçado sobre a camada inferior, a derme (SILVA, CASTRO, 2010).

A principal função da epiderme é agir como uma barreira de proteção contra o ambiente externo, evitando a entrada de substâncias estranhas e nocivas ao

organismo e também retendo conteúdo interno, principalmente a água, eletrólitos e os nutrientes (HARRIS, 2016).

Segundo Kede e Sabatovich (2015) como todo epitélio, as células da epiderme se renovam demasiadamente por conta de um trabalho mitótico constante. Sua função primordial é elaborar a queratina, uma proteína fibrosa e flexível, encarregada pela impermeabilidade cutânea e os ceratinócitos são as células que desempenham esse papel. O funcionamento mitótico da epiderme é limitado a uma ou duas colunas de células localizadas na base, chamada basal ou germinativa. As células subsequentes da divisão celular são impulsionadas para as camadas mais acima, sofrem remodelações da estrutura pela diferenciação celular, com modificações morfológicas nessa alteração, levando a gerar a camada espinhosa, granulosa e córnea. Esta última que acaba por descamar na superfície.

Baumann (2004), caracteriza os ceratinócitos, também chamados de corneócitos como as células que compõem e prevalecem na epiderme, eles se originam na sua base, na junção dermoepidérmica. São gerados por células-tronco, que formam a conhecida camada basal. No momento em que se separam, formam “células filhas” que vagarosamente se movem para o topo da epiderme. Esse seguimento de amadurecimento e movimentação para a parte superior é nomeado ceratinização. Ao passo que essas células se movem pela epiderme e maturam, elas aperfeiçoam distintas características e suas camadas passam a ter denominações conforme essas características típicas.

2.3.1.1 Camada basal

A camada basal é a camada celular mais profunda da epiderme e tem grande participação na formação e manutenção da junção dermoepidérmica. No tegumento fisiológico, é composta por uma única coluna de queratinócitos justapostos, a maior parte com possibilidade de multiplicação (nomeada células germinativas) (AZULAY, 2013).

Nessa camada encontram-se também outras células com distintas funções: os melanócitos, células dendríticas, produtores de melanina que são encarregados pela pigmentação da pele, as células de Langerhans que atuam na defesa imunológica e as células de Merkel atuando como receptores mecânicos na assimilação tátil (HARRIS, 2009).

2.3.1.2 Camada espinhosa

Ao deixar a camada basal rumo à superfície, os queratinócitos passam por algumas modificações morfológicas, moleculares e histoquímicas relevantes, passando pela etapa de desmossomos (AZULAY, 2013).

São compostas por células espinhosas ou de Malpighi, e estão dispostas em numerosas fileiras e em grande quantidade, no entanto, esta quantidade varia conforme a localização anatômica e devido a fatores endógenos como, por exemplo, hormônios e vascularização, e exógenos como o RUV, trauma, etc (AZULAY, 2013). Apesar de os desmossomos estarem em toda a epiderme, é na camada espinhosa onde há sua maior concentração. O desmossomo é uma distinção da planície celular, cálcio-dependente, encarregado pela adesão intercelular e consequentemente, na força ao atrito (AZULAY, 2013; GUIRRO, GUIRRO, 2004).

2.3.1.3 Camada granulosa

Ao seguir, a camada espinhosa em direção à superfície, suas células formam fileiras em que se apresentam repletas de grânulos basofílicos de cerato-hialina no citoplasma constituindo a camada granulosa. A camada granulosa é fortemente caracterizada por sua grande atividade metabólica, visando à síntese dos elementos indispensáveis na sequência final da cornificação, que origina o surgimento da camada córnea. Esses elementos são guardados, em grande volume em sua forma pré ativada, na parte interna da organela ou livremente. Uma das principais características dos corneócitos é facilitar a agregação e compactação lado a lado dos filamentos de queratina (AZULAY, 2013).

2.3.1.4 Camada lúcida

A camada lúcida é considerada a camada intermediária entre o estrato córneo e o estrato granuloso. Sua presença se dá apenas em regiões de pele onde são mais espessas, como a sola dos pés. Sua origem se dá através da fricção e consequentemente sua função é a proteção mecânica (HARRIS, 2009).

Segundo Guirro e Guirro (2004), ela é formada por diversas colunas de células, achatadas e muito próximas, não é vista facilmente e quando observada, tem aparência de uma linha clara, luminosa e homogênea, motivo do significado de seu nome.

2.3.1.5 Camada córnea

Segundo Baumann (2004), o estrato córneo é a camada mais superficial da epiderme. Os ceratinócitos que se localizam nesse estrato são os mais evoluídos e completam o andamento de ceratinização. Esses ceratinócitos não contêm organelas e sua organização se parece com uma parede de tijolos. A camada córnea é composta por corneócitos cheios de proteínas, contendo-se em uma matriz lipídica em duas camadas semelhantes a “tijolos” e “argamassa”. Os “tijolos” são representados pelos ceratinócitos já a “argamassa” é feita pelo conteúdo excretado dos grânulos lamelares englobando lipídios e proteínas. Este estrato é referido como a “camada morta” de células, pois não manifestam síntese de proteína e não atendem a sinalização celular.

O estrato córneo age como um bloqueio protetor. Um de seus encargos é evitar perda de água trans-epidérmicas. Os aminoácidos e seus metabólitos, formam uma substância espessa como fator hidratante natural que desenvolvem um importante papel na hidratação, flexibilidade e elasticidade (BAUMANN, 2004).

2.3.2 Junção dermoepidérmica

A epiderme e a derme unem-se de um modo curvo e interpenetrante, o que significa que a epiderme penetra na derme por intermédio dos cones interpapilares e a derme projeta-se na epiderme através das papilas dérmicas. Esta interface é conhecida como junção dermoepidérmica ou zona membrana basal (AZULAY, 2013).

Esta junção tem uma função eficaz no suporte mecânico para conexão da epiderme com a derme, no reajuste do trânsito de metabólitos acercando a derme da epiderme, e também de auxiliar na estrutura para migração de ceratinócitos no decorrer da cicatrização e de células inflamatórias durante

processos imunológicos que afetam a pele. Ela consegue ser semelhante a uma malha contínua de matriz extracelular, rica em colágeno (SILVA, 2010).

2.3.3 Derme

Segundo Harris (2016), a derme é a camada conjuntiva que forma a parte estrutural do tegumento do corpo e sua espessura pode variar de 0,5 mm a 3mm, podendo ser mais espessa no dorso que na parte anterior do corpo e também mais espessa nos homens.

Constituída por fibras de colágeno, elastina e gel coloidal que proporcionam tonicidade, elasticidade e equilíbrio, à pele por conter muitos vasos sanguíneos e terminações nervosas. Estas terminações que adquirem os estímulos do meio ambiente e os passam para o cérebro, por meio dos nervos, sendo deduzido em sensações como dor, calor, frio, cócegas, prazer, vibração, entre outros. É na derme que se encontram os folículos pilosos, nervos sensitivos, glândulas sudoríparas, incumbidas pela produção do suor e as glândulas sebáceas que produzem o sebo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2018).

2.3.3.1 Derme papilar

A derme papilar é a camada mais próxima a epiderme. Suas papilas dermais se localizam na fronteira entre a derme reticular e a epiderme. Possui uma rede estreita de fibras elásticas, alinhadas à superfície. Estas fibras são as fibras de oxitalana, nomeadas de desmoplaquinas, isto é, fibras compostas de elastina e duas glicoproteínas. Sua função é fixar a membrana basal à rede de fibras elásticas da derme (HARRIS, 2016).

2.3.3.2 Derme reticular

É o local profundo da derme, composta por bandas cruzadas mais espessas de colágeno e tecido conectivo e fibras elásticas. Sua parte mais profunda encontra-se logo acima do tecido adiposo subcutâneo (SILVA, 2010).

2.3.3.3 Colágeno

Segundo Baumann (2004), o colágeno é considerado uma das mais potentes proteínas naturais que proporciona características de resistência e elasticidade do tegumento. É composto por 18 proteínas complexas sendo 11 delas localizadas na derme. O colágeno é substanciado nos fibroblastos em um formato antecessor dito pró-colágeno, esta reação precisa da participação do ferro (Fe), ácido ascórbico (vitamina C) e α -cetoglutarato.

2.3.3.4 Elastina

A Elastina é responsável pelas propriedades retráteis da pele e podem estar fortemente associadas ao colágeno, onde através dela ocorrem os movimentos do corpo (HARRIS, 2016).

A tensão da plasticidade troca de sentido conforme parte do corpo e isso se dá à mudança de sentido das fibras colágenas e elasticidade da derme (GUIRRO, GUIRRO, 2004).

2.3.3.5 Glicoproteínas

Segundo Baumann (2004), as glicoproteínas atuam na migração, na conexão e no sentido das células. A fibronectina e a tenascina são as mais presentes na derme, contudo a victronectina, a trombopondina e a epibolina também atuam nesta camada. Esses elementos da matriz apresentam uma função fundamental na remodelação tecidual sendo significativos na cura da ferida após intervenções com cosméticos.

2.3.3.6 Glicosaminoglicanos

Os glicosaminoglicanos são cadeias polissacarídicas constituídas de uniões repetidas de dissacarídeos que estão ligadas a um núcleo de proteína. Apesar de não se conhecerem todas as aplicabilidades dos glicosaminoglicanos, sabe-se que esses conjuntos se fixam na água

completamente, podendo auxiliar na manutenção do equilíbrio hidrostático (BAUMANN, 2004).

Segundo Azulay (2013) os glicosaminoglicanos mais pertinentes são o ácido hialurônico, sulfato de heparana, condroitina, queratano e o dermatan. O ácido hialurônico é o único pode ser visto sem estar junto ao eixo protéico, sendo o mais simples e nunca é sulfatado, com prevalência na pele fetal e na atividade de reparação quando é fundamental simplificar a migração celular.

2.3.4 Hipoderme

Hipoderme ou panículo adiposo é a parte mais profunda da pele, de densidade volúvel, constituída apenas por tecido adiposo, sendo assim, células completas de gordura fazendo lóbulos subdivididos por traves conjunto-vasculares (SILVA, NETA, BESSA, 2010).

É composta por uma vasta rede de fibras reticulares e nervosas, sendo altamente vascularizada. Apresenta função energética, por ser uma camada com presença de lipídios, ou seja, quando houver a necessidade de energia os lipídios serão mobilizados desse depósito pela promoção da lipólise (HARRIS, 2009).

Segundo Silva, Neta e Bessa (2010), a hipoderme também apresenta atuação quanto ao isolamento térmico além, da proteção mecânica do corpo às pressões e traumatismos extrínsecos que simplificam o movimento da pele em comparação às estruturas subjacentes.

2.4 ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS DA PELE EM GESTANTES

Alves, Nogueira e Varella (2005), afirmam que todos os sistemas do organismo feminino são afetados durante o período gestacional, dentre os quais está o sistema tegumentar.

Durante o período gestacional, ocorrem diversas mudanças que alteraram a pele da mulher e a tornam com maior predisposição a modificações fisiológicas e até mesmo patológicas, o que faz com que se torne de extrema importância adotar condutas em relação aos cuidados com a pele para que, preserve tanto sua forma, quanto a sua função (URASAKI, 2011).

Uma combinação de fatores está associada ao desenvolvimento e incremento das alterações, entre eles, a predisposição genética, fatores hormonais e estilo de vida o qual pode agregar sedentarismo, inadequação da alimentação, hidratação, exposição solar e cuidados tópicos (ALVES, NOGUEIRA, VARELLA, 2005).

As modificações cutâneas fisiológicas decorrem em geral da maior atividade glandular, e de forma particular pela maior produção dos hormônios esteróides (progesterona e estrogênio) (SILVA, AZULAY, 2005).

2.4.1 Alterações pigmentares

2.4.1.1 Hiperpigmentação

A hiperpigmentação é considerada uma alteração da pigmentação cutânea, ou seja, manchas causadas pelo excesso de pigmento depositado no tegumento. São muito comuns podendo acometer cerca de 90% das gestantes e não se restringe somente a região facial podendo também ser comum em regiões como aoréolas, vulva, axilas, interno de coxa e linha alba (PIATTI, 2018).

Sua etiologia está ligada aos altos níveis de hormônio melanócito estimulando, estrógeno e progesterona que estão correlacionados ao quadro clínico, uma vez que sofrem aumento significativo a partir da oitava semana de gestação e só declinam a partir da trigésima semana de gestação, características compatíveis com a evolução da hiperpigmentação (PIATTI, 2018).

Existem diferentes fatores que podem contribuir para a formação, agravamento e a perpetuação do quadro da hiperpigmentação, podendo se destacar entre eles os fatores genéticos, fototipos altos e exposição solar (PIATTI, 2018).

Figura 3 - Hiperpigmentação da linha alba



Fonte: Repositório Clínica Felipe Meletti (2018)

2.4.1.2 Melasma

Melasma, também denominado cloasma ou máscara da gravidez é uma alteração adquirida, que acomete predominantemente a face, e sofre exacerbação através da luz. Apesar de vários fatores serem relacionados diretamente ao seu desenvolvimento, a exposição à radiação ultravioleta é o mais importante (COSTA, ALVES, AZULAY, 2009). Considerada a mancha mais comum, o melasma ocorre em cerca de 75% das gestantes e sua presença é notada a partir do segundo trimestre gestacional (PIATTI, 2018).

Segundo Baumann (2004), o melasma apresenta-se como manchas irregulares, mas nitidamente definidas e com pigmentação que varia de castanho-clara à castanho-escura. As regiões usualmente acometidas são: lábio superior, nariz, bochechas, queixo, testa e às vezes o pescoço.

Histologicamente, os melasmas se caracterizam pelo aumento do acúmulo de melanina depositada na epiderme e nos macrófagos da derme, considerando-se que também há um aumento no número de melanócitos. Para diminuir a produção de melasmas, sugere-se a diminuição à exposição solar e o uso de fotoprotetores ao longo da gestação (HARRIS, 2016).

Figura 4 - Melasma na face



Fonte: Repositório Blog Empório do Bebê e Cia (2018)

2.4.2 Alterações vasculares

2.4.2.1 Eritema palmar

Segundo Costa, Alves e Azulay (2009), seu aparecimento pode ser considerado precoce, muitas vezes no primeiro mês gestacional sendo frequente em mulheres brancas e desaparece na primeira semana pós-parto.

Clinicamente acomete as eminências tenar e hipotenar ou toda a palma da mão, podendo estar acompanhada de cianose e palidez. Seu quadro desaparece na primeira semana do pós-parto. Está relacionada também aos níveis elevados de estrógenos, além do aumento da volemia (ALVES, NOGUEIRA, VARELLA, 2005).

Figura 5 - Eritema Palmar



Fonte: Analía Martín (2012)

2.4.2.2 Aranhas vasculares e varicosidades

Comuns durante o período gestacional, as alterações vasculares ocorrem devido à dilatação dos vasos sanguíneos e a sua proliferação em resposta ao estrogênio e a outros fatores associados, que podem vir a acarretar a formação de aranhas vasculares, que afetam 67% das mulheres caucasianas e 11% das mulheres negras. Na maior parte das gestantes, podem ser observadas entre o primeiro e segundo trimestre gestacional (COSTA, ALVES, AZULAY, 2009).

As aranhas vasculares normalmente surgem a partir do segundo ao quinto mês de gestação e aparecem com maior frequência nas áreas de drenagem da veia

cava superior, como face, pescoço e membros superiores. Geralmente regredem até três meses após o parto (ALVES, NOGUEIRA, VARELLA, 2005).

Já as varicosidades acometem mais de 40% das gestantes, sendo mais comum nos membros inferiores, devido ao aumento do volume sanguíneo e pressão venosa nos vasos femorais e pélvicos. Podem ser observadas a partir do terceiro mês de gestação e normalmente desaparecem após o parto (FERNANDES, 2014).

Figura 6 - Varicosidades



Fonte: Alexandre Ferreira (2018)

2.4.2.3 Edema nas extremidades

Para Guyton e Hall (2017), edema é considerado o acúmulo de líquido nos tecidos, comprometendo principalmente o líquido extracelular, podendo também comprometer os líquidos intracelulares. Dentre os diversos aspectos ocasionados na gestação, pode-se salientar o edema como uma das alterações que repercutem maior incômodo. As regiões mais acometidas são as extremidades, pés e mãos, podendo permanecer até os últimos dias de gestação, por todo o corpo causando desconforto e dores. O edema das pernas ocorre normalmente em torno da 38ª semana de gestação e tem a mesma origem das varizes: dificuldade no retorno venoso.

O edema gestacional pode se agravar após a gestante passar longos períodos em pé, sentada, má postura, baixa ingestão de líquidos e clima quente (LOWDERMILK, PERRY, BOBAK, 2002).

Figura 7 - Edema de extremidades



Fonte: Marcela Queiroz (2018)

2.4.2.4 Telangiectasias

Durante a gravidez as alterações hormonais, principalmente os níveis elevados de estrogênio, estimulam a dilatação e a proliferação vascular, sendo comum o aparecimento de lesões do tipo telangiectasias, com incidência predominantemente nas caucasianas. Estas lesões surgem a partir do segundo mês de gestação e pode ser observada na região periorbitária, pescoço, decote, braços e mãos e regridem cerca de três meses após o parto (BRÁS et.al, 2015).

Figura 8 - Telangiectasias na face



Fonte: Luna Azulay (2018)

2.4.3 Alterações glandulares

2.4.3.1 Acne

A acne é considerada uma doença inflamatória crônica comum, que afeta a unidade pilossebácea, especialmente os folículos polissebáceos, que é composto pelas glândulas sebáceas já desenvolvidas (COSTA, ALVES, AZULAY, 2009).

Segundo Baumann (2004), sua etiologia pode variar de pessoa para pessoa e cada uma com suas particularidades, ou seja, se torna difícil identificar e isolar categoricamente a causa exata da acne. Existem fatores principais na causa da acne, que podem operar independentemente, e também podem ser mediados por influências importantes como a hereditariedade e a atividade hormonal sendo elas: hiperatividade das glândulas sebáceas, alterações na ceratinização folicular e a influência de bactérias.

A origem da acne é multifatorial. Na gestação, a secreção sebácea propende a sofrer um aumento durante o último trimestre da gravidez, em um período em que os estrógenos, que extinguem a atividade sebácea, estão aumentados (URASAKI, 2010).

Durante a lactação, ocorre o estímulo a secreção de prolactina, que pode vir a estimular as glândulas sebáceas diretamente ou o aumento da resposta das mesmas em relação aos andrógenos. Com o aumento desta atividade da glândula sebácea, pode se esperar uma piora do quadro da acne durante a gestação (URASAKI, 2010).

As gestantes podem desenvolver acne pela primeira vez, assim como podem agravar uma acne já existente por influência hormonal e de fatores ambientais (NUSSBAUM, BENEDETTO, 2006).

Figura 9 - Acne na face



Fonte: Domingos Mantelli (2018)

2.4.4 Alterações no tecido de colágeno

2.4.4.1 Estrias

As estrias são denominadas como uma atrofia adquirida da pele, de aparência linear, provocando alguns incômodos, ao passo que são falhas cutâneas de aparência indesejável à visão do enfoque estético (GUERRA, KAMEI, BURKLE, 2013).

A epiderme sofre as consequências deste estiramento, apresentando-se de coloração rósea ou violácea inicialmente e em seguida, evolui para hipocromia, atrofia e ausência de anexos (COSTA, ALVES, AZULAY, 2009).

Atualmente, admite-se que sua etiopatogenia engloba diversos fatores, entre eles os aspectos mecânicos, bioquímicos e genéticos. Acredita-se que a correlação entre os estiramentos mecânicos da pele, fatores genéticos, alterações endócrinas e eventualmente a secreção do hormônio relaxina, durante o período gestacional, isolados ou associados, tem comportamento significativo nas mulheres grávidas. Esses fatores podem estar ligados também, ao ganho de peso e à faixa etária da gestante (SOUZA, PAULA, SOBRINHO, 2016).

Segundo Costa, Alves e Azulay (2009), as estrias acometem cerca de 90% das gestantes e ocorre entre o segundo e o terceiro trimestre gestacional, podendo ser observada a partir da vigésima quarta semana.

Figura 10 - Estrias gestacionais



Fonte: *Gestação bebê* (2015)

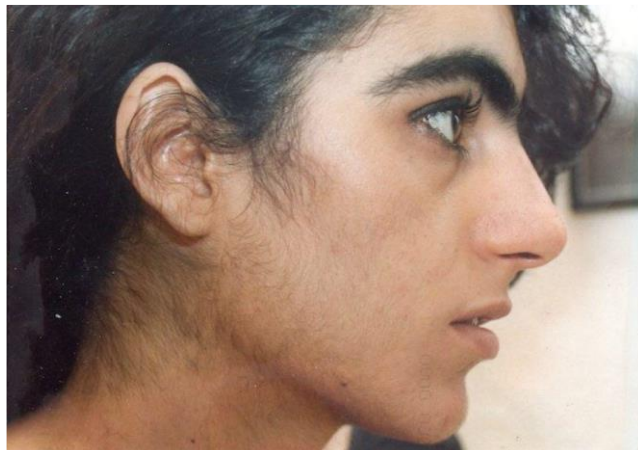
2.4.4.2 Prurido

O prurido é um sintoma que afeta cerca de 20% das grávidas. Sua presença pode estar relacionada diretamente às alterações fisiológicas ou às dermatoses específicas. O prurido, considerado fisiológico ocorre comumente durante o terceiro trimestre e afeta, sobretudo, a região umbilical onde existe uma maior distensão da pele (BRAS et.al, 2015).

2.4.5 Alterações no folículo piloso

Hirsutismo é considerado o aumento exagerado da pilosidade, sendo um achado frequente nas gestantes. Observado precocemente durante a gestação, está presente, na maioria das vezes nas regiões da face, braços, pernas, costas ou região suprapúbica, particularmente em pacientes com cabelos escuros. Este crescimento anormal dos pelos, considerado de padrão masculino pode ser resultado de um aumento de andrógenos ovarianos e placentários, atuando no folículo pilossebáceo (FERNANDES, 2014).

Figura 11 - Hirsutismo



Fonte: OPAS (2018)

2.4.6 Alterações ungueais

2.4.6.1 Unhas

Segundo Costa, Alves e Azulay (2009), dentre as alterações mais frequentes do aparelho ungueal estão as alterações nas unhas, que devido a sua variação e intensidade fazem com que a gestante procure um dermatologista. Estas alterações variam de pessoa para pessoa, mas na grande parte das gestantes as unhas sofrem um crescimento acelerado e se tornam mais fortes, devido ao aumento do fluxo sanguíneo local, em decorrências das alterações hormonais e fisiológicas.

Porém, durante o sexto mês de gestação, ocorre o edema nos pés e nas mãos podendo aumentar a sensibilidade dos quirodáctilos e pododáctilos consequentemente causando a diminuição da perfusão sanguínea local, manifestando-se clinicamente como síndrome das unhas frágeis apresentando onicosquizia (descamação), onicorrexe (estrias longitudinais e paralelas) e fendas longitudinais (COSTA, ALVES, AZULAY, 2009).

2.4.6.2 Cabelos

O ciclo capilar sofre alterações durante o período gestacional. A partir do segundo semestre da gestação, 95% dos folículos permanecem na fase anágena, mais conhecida como a fase do crescimento capilar, onde os cabelos podem apresentar aspectos de estarem mais grossos e densos, e permanecem nesta fase, até aproximadamente uma semana após o parto. Após o parto, ocorre o eflúvio telógeno que causa a perda de cabelos terminais durante um período de cinco meses, podendo durar até um ano (HARRIS, 2016).

3 METODOLOGIA

Neste capítulo serão descritos os aspectos metodológicos da pesquisa, considerando o delineamento do estudo, população e cenário de estudo, aspectos éticos, coleta de dados e análise dos dados.

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

O presente estudo foi enquadrado em um paradigma quantitativo, sendo uma pesquisa exploratória, descritiva.

Segundo Prodanov e Freitas (2013) a pesquisa exploratória visa proporcionar maior domínio em relação ao problema, tornando-o mais claro e construindo hipóteses sobre o mesmo. O tipo descritivo é quando ocorre o registro e se transcreve, sem interferências, envolvendo a coletas de dados. Envolve o uso de técnicas de coleta de dados: entrevista e observação sistemática. A abordagem quantitativa são todos os dados que podem ser traduzidos em números para classificar e analisar posteriormente.

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população se caracterizou por gestantes cadastradas no Programa de Extensão Mãe Bebê - Projeto Gestar, projeto social vinculado a uma Instituição de Ensino Superior (IES) localizada na região do Vale dos Sinos – Rio Grande do Sul (BR) e por gestantes inscritas no Curso para gestantes desenvolvido e ofertado pelo mesmo Programa para gestantes acadêmicas e/ou funcionárias da mesma Instituição. O estudo apresentou uma amostra total de 15 participantes, caracterizada por conveniência, sendo 10 participantes do Programa de Extensão Mãe Bebê- Projeto Gestar e 5 participantes do curso para gestantes ofertado pelo Programa Mãe Bebê.

3.2.1 Critérios de Inclusão

Como critérios de inclusão foram consideradas gestantes vinculadas ao Programa Mãe Bebê - Projeto Gestar, gestantes inscritas no Curso para Gestantes

promovido pelo Programa Mãe Bebê, estando no segundo ou terceiro trimestre de gestação, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para participantes de idade igual ou superior de 18 anos, presente no apêndice A e para as participantes com idade menor de 18 anos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), presente no apêndice B, sendo obrigatório um representante legal com idade igual ou superior a 18 anos assinar e autorizar a participação da mesma neste estudo.

3.2.2 Critérios de Exclusão

Como critérios de exclusão foram consideradas as gestantes que não estavam vinculadas ao Programa Mãe Bebê – Projeto Gestar, gestantes que não estavam inscritas no curso Gestantes promovido pelo Programa Mãe Bebê, bem como aquelas que não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e aquelas com idade inferior a 18 anos que não dispunham de um representante legal para a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para menor.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

Os participantes iniciaram a participação na pesquisa após assinarem o TCLE (Apêndice A), em duas vias, na qual uma via ficou com a participante e outra via com a pesquisadora. Vale ressaltar que o Programa Mãe Bebê - Projeto Gestar está aprovado pelo CEP (Comitê de Ética e Pesquisa) sob o CAAE de número 69930917.1.0000.5348.

A pesquisadora se responsabilizou pelas informações coletadas para a realização da pesquisa, conforme Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. A participação neste estudo foi de forma voluntária e a identificação dos participantes permanecerá em anonimato (BRASIL, 2012).

O material coletado é de uso exclusivo da pesquisadora, o qual foi utilizado somente com a finalidade de fornecer dados para a realização desta pesquisa. Será assegurada a confidencialidade dos dados e o anonimato dos participantes, o material coletado não será objeto de comercialização ou divulgação que possa prejudicar os participantes. Os dados e documentos serão arquivados pela

pesquisadora responsável por um período de cinco anos, e após, os mesmos serão destruídos.

3.4 PROJETO PILOTO

O projeto piloto foi realizado com uma participante, com a finalidade da pesquisadora acadêmica familiarizar-se com a metodologia adotada e, se necessário, realizar alterações cabíveis à pesquisa (PRODANOV, FREITAS, 2013).

3.4.1 Parecer do Projeto Piloto

Foi realizada a aplicação da entrevista com uma participante voluntária a qual estava enquadrada em todos os critérios de inclusão para a pesquisa, com o objetivo de verificar a estratégia escolhida para a abordagem, o tempo necessário para a realização do procedimento e o instrumento utilizado.

Mediante estas prerrogativas, verificou-se que não haveria necessidade de fazer alterações para a realização da coleta, uma vez que a metodologia aplicada ocorreu conforme planejado. Após a aplicação do estudo piloto, deu-se início ao estudo principal, onde o tempo total da coleta reduziu-se de 30 minutos para aproximadamente 10 minutos. Como não houve necessidade de alterações, a participante voluntária foi incluída na amostra do estudo principal.

3.5 COLETA DE DADOS

As coletas foram realizadas em ambos os turnos, manhã e tarde, conforme o calendário do Programa, nas Segundas-Feiras à tarde, Quintas-Feiras à tarde e Sextas-Feiras durante a manhã e à tarde, no Programa Mãe Bebê, durante atividades propostas em sala de espera e através de visitas domiciliares, contando com a ajuda de acadêmicas do curso de fisioterapia, voluntárias no programa e também nas dependências da Instituição para a coleta com as gestantes que realizaram o Curso de Gestantes. As entrevistas foram realizadas de forma individual e com o tempo de coleta de aproximadamente 10 minutos. Os procedimentos iniciaram em 14/09/2018 e encerraram em 11/10/2018.

3.5.1 Procedimentos gerais

Após aprovação do projeto pela banca examinadora, a pesquisadora obteve acesso aos prontuários do projeto de extensão, para verificar quais as gestantes que se enquadraram nos critérios da pesquisa. Em seguida, a pesquisadora convidou as gestantes para participar da pesquisa, durante as atividades realizadas na sala de espera e em outras dependências da Unidade de Saúde da Família e através de visitas domiciliares. Para as gestantes do Curso de Gestantes, a pesquisadora recebeu a lista das quais estavam inscritas e participaram do curso. Para contato inicial foi encaminhado um e-mail explicativo sobre a pesquisa. Em seguida, foram agendados via e-mail o encontro para a realização da coleta. Para ambos os grupos de gestantes, foi explicado como ocorreria a pesquisa, deixando as participantes à vontade para manifestar concordância e possibilidade de desistência a qualquer momento. Em seguida, para as que concordaram em participar da pesquisa, foi apresentado o TCLE (Apêndice A), o qual foi lido e assinado em duas vias, uma permanecendo com a participante e a outra com a pesquisadora. Para as participantes com idade menor de 18 anos, foi apresentado o TCLE (Apêndice B) para um representante legal com idade superior a 18 anos, deixando-o à vontade para manifestar concordância e a possibilidade de desistência a qualquer momento e em seguida, foi assinado em duas vias, uma permanecendo com o representante legal da participante e a outra com a pesquisadora.

Para a coleta dos dados, foi utilizada uma entrevista estruturada elaborada pela pesquisadora (Apêndice C). O instrumento era composto de cinco categorias, considerando as seguintes variáveis: A – Identificação do perfil da amostra: idade, data de nascimento, profissão, estado civil, número de gestações, idade gestacional, escolaridade, renda familiar, fototipo cutâneo. B – Hábitos de vida: etilismo, tabagismo, exposição solar diária, uso diário de filtro solar, ingestão hídrica diária e hidratação cutânea. C – Alterações fisiológicas da pele percebidas na gestação: alterações pigmentares (hiperpigmentação e melasma), alterações vasculares (aranhas vasculares, varicosidades, telangectasias, edema nas extremidades e eritema palmar), alterações glandulares (acne), alterações do tecido de colágeno (estrias e prurido), alterações dos folículos pilosos (hirsutismo) e alterações ungueais (unhas e cabelos), que foram explicadas através de imagens a qual a pesquisadora obtinha de forma impressa para conduzir a entrevista. D – Presença ou ausência de

incômodo relacionado às alterações fisiológicas da pele. E – Nível de importância que o incômodo causa para a gestante, classificando de 1 a 5, sendo 1 = sem incômodo e 5 = extremamente incomodo. O tempo médio de entrevista foi de aproximadamente 10 minutos.

3.6 ANÁLISE DE DADOS

Utilizamos a estatística descritiva para apresentar os resultados através das frequências absolutas (n) e relativas (%), valores mínimos e máximos, média aritmética e desvios-padrão.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 PERFIL DA AMOSTRA

A amostra do presente estudo foi composta por 15 gestantes que estavam entre o segundo e terceiro trimestre gestacional. Através da análise da tabela 1, pode-se observar que a amostra apresentou como média de idade $28,1 \pm 6,6$ anos, sendo a mais jovem com 15 anos e mais velha com 41 anos, já completos. O número de gestações variou de 1 a 8, tendo uma média de $2 \pm 1,9$ gestações por participante. Já a idade gestacional apresentou variação de 14 semanas até 38 semanas, sendo sua média $28,3 \pm 7,1$ semanas.

Nicésio et al. (2018) em seu estudo, identificou o perfil de gestantes atendidas na atenção primária em uma cidade do interior de Minas Gerais, apontando que 22,22% das gestantes possuem de 14 a 19 anos, enquanto 43,59% se enquadram na idade de 20 a 29 anos e 31,62% das gestantes possui a idade igual a 30 a 39 anos, o que mostra uma tendência muito atual, na qual as mulheres estão tendo cada vez mais tardiamente filhos sendo que um dos fatores é a maior inserção da mulher no mercado de trabalho.

No Brasil, segundo o censo do IBGE (2010), houve um declínio dos níveis de fecundidade, o qual foi resultante da queda nas taxas específicas por idade, em todas as faixas etárias. Essa queda foi maior nos grupos mais jovens, o que fez com que o padrão de fecundidade brasileiro, que é indicado pela intensidade com que as mulheres têm filhos ao longo de suas idades, também sofresse alterações nesse período, ou seja, a população jovem teve uma diminuição na taxa de fecundidade. Pode-se então observar uma reversão dessa tendência, onde as mulheres apresentam uma estrutura de fecundidade mais envelhecida.

Tabela 1 - Estatística descritiva da idade, idade gestacional e número de gestações (n = 15)

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade (anos)	15	41	28,1	6,6
Número de Gestações (n)	1	8	2,0	1,9
Idade Gestacional (semanas)	14	38	28,3	7,1

Fonte: Pesquisadora (2018)

Em relação ao estado civil, 53,3% (n=8) das participantes relataram estar solteiras e 46,7% (n=7) das participantes relataram estar casadas, uma vez que as

participantes viúvas e divorciadas foram enquadradas no estado civil de solteiras, conforme a tabela 2.

Segundo o Censo Demográfico de 2010, realizado pelo IBGE, 55,3% da população apresenta como estado civil solteiro, seguido de 34,4% da população como estado civil casado, 5% como viúvos e 3,1 % como divorciados. As evidências trazidas por este censo indicaram um crescimento significativo das uniões consensuais, reduzindo os percentuais de pessoas que viviam unidas através do casamento civil e religioso.

Em um estudo, Gomes et al. (2015), o qual avaliou o estado nutricional de gestantes assistidas em um serviço público de saúde, mostrou que 67,7% das participantes apresentavam como união civil o status de casadas ou em união consensual seguido de 32,4% de participantes solteiras.

Quanto à escolaridade das participantes, 13,3% (n=2) apresentaram Nível Fundamental Incompleto, 13,3% (n=2) apresentaram Nível Fundamental Completo, 13,3 (n=2) apresentaram o Nível Médio Incompleto, 33,3% (n=5) apresentaram Nível Médio Completo, 13,3 (n=2) apresentaram Nível Superior Incompleto e 13,3% (n=2) apresentaram Nível Superior Completo. Podemos observar, quanto ao nível de escolaridade das participantes, uma variação de Ensino Fundamental Incompleto à Nível Superior Completo, com predominância no Nível Médio Completo, conforme tabela 2.

No estudo de Dias et al. (2018), onde buscou conhecer o perfil socioeconômico e gineco-obstétrico de gestantes de uma Estratégia de Saúde da Família, no Norte de Minas Gerais, foi realizado com 13 gestantes. Identificaram a prevalência de 69,2% das gestantes com ensino médio completo e o mesmo cita que escolaridade é um fator que influencia no planejamento de uma gestação.

Já em um estudo realizado por Furlanetto et al. (2016), o qual analisou o perfil socioeconômico de gestantes cadastradas em uma Unidade de Saúde, do Município de Criciúma, composto por 40 gestantes obteve a conclusão que 27,5% das gestantes possuem Ensino Médio Completo.

O Censo do IBGE (2010), mostra que as mulheres com nível de instrução médio completo e superior incompleto, possuem um comportamento do padrão da fecundidade mais dilatado, com concentração no grupo de 25 a 29 anos de idade, enquanto no grupo de mulheres com ensino superior completo, a maior contribuição

da fecundidade vem daquelas com idades de 30 a 34 anos, que concentram cerca de um terço da sua fecundidade total neste grupo.

No que se refere à renda familiar, duas participantes apresentaram como renda familiar de 0 a 1 salários mínimos (R\$0,00 a R\$953,99), oito participantes apresentaram como renda familiar de 1 a 2 salários mínimos (R\$953,99 a R\$1.907,99), seguido de uma que apresentou como renda familiar de 2 a 3 salários mínimos (R\$1.907,99 a R\$2.861,99) e por fim, quatro participantes apresentaram como renda familiar mais de 3 salários mínimos (Acima de R\$2.862,00), conforme tabela 2.

Costa et al (2015), em seu estudo realizado com 17 gestantes, que tinha como objetivo descrever o perfil socioeconômico, epidemiológico e clínico das gestantes portadoras de Diabetes Mellitus Gestacional, mostrou que em relação a renda familiar, 41,2% das mulheres possuem como renda familiar de 1 a 2 salários mínimos, sendo que 47% das mulheres têm como renda familiar apenas 1 salário mínimo o qual mostra diversas dificuldades para a aquisição de insumos saudáveis, devido à baixa renda.

Dentre as participantes deste estudo, seis apresentaram como ocupação “do lar”, duas apresentaram como profissão auxiliar administrativo, duas apresentaram como profissão auxiliar de produção, uma apresentou ocupação como manicure, uma como administradora, uma como atendente em um comércio, uma como massoterapeuta e uma como técnica de enfermagem, conforme dados da tabela 2.

De acordo com dados do IBGE (2010), a porcentagem de mulheres economicamente ativas, sem nenhuma ocupação nos anos de 2010 e 2011 é de, respectivamente, 54,1% e 53,7%, índices que estão em concordância com o fato de a profissão “do lar” ter sido uma das mais citadas.

Tabela 2 - Perfil sociodemográfico da amostra (n = 15)

Variável	Categorias	n	%
Estado Civil	Solteira	8	53,3
	Casada	7	46,7
Escolaridade	Fundamental Incompleto	2	13,3
	Fundamental Completo	2	13,3
	Médio Incompleto	2	13,3
	Médio Completo	5	33,3
	Superior Incompleto	2	13,3
	Superior Completo	2	13,3
Renda Familiar	De 0 a 1 SM (R\$0,00 a R\$953,99)	2	13,3
	De 1 a 2 SM (R\$954,00 a R\$1.907,99)	8	53,3
	De 2 a 3 SM (R\$1.908,00 a R\$2.861,99)	1	6,7
	De 3 a mais SM (Acima de R\$2.862,00)	4	26,7
Profissão e/ou Ocupação	Do Lar	6	40,0
	Assist. Administrativa	2	13,3
	Manicure	1	6,7
	Administradora	1	6,7
	Atendente	1	6,7
	Auxiliar Produção	2	13,3
	Massoterapeuta	1	6,7
	Tec. Enfermagem	1	6,7

SM = Salário Mínimo

Fonte: Pesquisadora (2018)

4.2 ANÁLISE DOS HÁBITOS DE VIDA

Através da análise da tabela 3, pode-se observar que 100% (n=15) das gestantes não faziam uso de álcool, e as mesmas, 100% (n=15) também não faziam o uso de tabaco.

Da Silva et al. (2014), em seu estudo, realizado com 99 gestantes atendidas em um serviço público ambulatorial, no que se refere ao consumo de substâncias tóxicas, apontou que das entrevistadas, 13,1% eram tabagistas. Já em relação ao consumo de bebidas alcoólicas, esse dado foi relatado por 12,1% gestantes. Dado que vem contra a este estudo, uma vez que todas as participantes da pesquisa relataram não fazer o uso de tabaco e de bebidas alcoólicas.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2018), a qual se uniu a Federação Mundial do Coração, para alertar sobre os riscos que o cigarro traz ao funcionamento do sistema cardiovascular, aponta que no ano de 2000 cerca de 11% da população de mulheres fizeram o uso do tabaco, já em 2005 foram 6%, o que indica uma redução contínua, mas em ritmo lento.

Somado a isso, o tabagismo na gravidez, atua negativamente em múltiplas fases da gestação, sendo que produtos derivados do cigarro, como a nicotina, passam facilmente pela placenta. Seu uso durante o período gestacional

corresponde a fatores agravativos como: gravidez tubária, descolamento da placenta, má formação fetal, sangramento, aborto espontâneo, nascimento prematuro, neonatos com baixo peso, morte fetal ou mesmo do recém-nascido (SEGURA et al, 2015).

Quanto à exposição solar diária, 66,7% (n=10) das participantes relataram ficar expostas ao sol por menos de 1 hora ao dia, 26,7% (n=4) relataram ficar aproximadamente 1 hora por dia e 6,7% (n=1) relatou ficar aproximadamente 5 horas exposta ao sol durante o dia. Em relação ao filtro solar, 73,3% (n=10) relataram não fazer o uso diariamente e 26,7% (n=4) relataram fazer o uso do mesmo diariamente. Entre as participantes que relataram fazer o uso do filtro solar diariamente 26,7% (n=4), 50% (n=2) relatam fazer o uso 1x ao dia, 25% (n=1) relata fazer o uso duas vezes ao dia e 25%(n=1) relata fazer o uso 3x ao dia, conforme a tabela 3.

Purim e Avelar (2012) em seu estudo, realizado com 109 mulheres, no período gestacional, encontraram que 73,4 % não faziam o uso diário do filtro solar, as quais alegaram como principais motivos o esquecimento, a falta de hábito e por não considerarem importante o uso do mesmo no dia a dia. Este dado vem ao encontro deste estudo, uma vez que o filtro solar é de fundamental importância para o cuidado da pele no dia a dia fazendo-se necessário para evitar complicações relacionados à pele, tanto no período gestacional quanto para prevenção de doenças de pele e envelhecimento cutâneo precoce. Ainda no estudo de Purim e Avelar (2012), pode-se observar que apenas 3,4% das mulheres realizavam a reaplicação do mesmo durante o dia, resultados o qual vem ao encontro dos dados encontrados no presente estudo.

Segundo a Sociedade Brasileira de Dermatologia (2018) o filtro solar deve ser utilizado diariamente e o mesmo deve ser reaplicado a cada duas horas ou menos.

Em relação à ingestão hídrica diária, 13,3 % (n=2) das participantes relataram beber de 1 a 2 copos de água por dia, 6,7 (n=1) relataram beber de 3 a 4 copos de água por dia, 33,3 (n=5) relataram beber 4 a 5 copos de água por dia, 33,3 (n=5) relataram beber de 5 a 6 copos de água por dia e 13,3% (n=2) relataram beber 7 copos ou mais de água por dia, conforme a tabela 3.

A ingestão de água é de suma importância para a pele, uma vez que, o teor em água do estrato córneo, é o mais importante fator de regulação da sua função e de outros tecidos queratinizados. A água atua diretamente na permeabilidade e na

flexibilidade do estrato córneo, o qual modula a atividade de várias enzimas envolvidas nos processos de formação e também no dimensionamento da barreira cutânea (TOMASINO, 2013).

No que se diz a respeito da hidratação cutânea, presente na tabela 3, 73,3% (n=11) relataram hidratar a pele e 26,7% (n=4) relataram não hidratar a pele. Dentre as participantes que relataram realizar a hidratação cutânea, 72,7% (n=8) relataram ter como hábito a hidratação uma vez ao dia, já 27,3% (n=3) relataram ter como hábito hidratar a pele, duas vezes ao dia.

Das participantes que relataram hidratar a pele (n=11), observou-se que 100% (n=11) relataram hidratar o corpo, das quais 45,5% (n=5) dizem hidratar todo o corpo, 45,5% (n=5) relataram hidratar o abdômen, 18,2 % (n=2) relataram hidratar as pernas e 9,1% (n=1) relataram hidratar os seios. Já 54,5% (n=6) relataram hidratar a face (Tabela 3).

Em relação ao produto utilizado para a realização da hidratação cutânea, 81,8% (n=9) relataram utilizar hidratantes e 36,4% (n=4) relataram fazer o uso de óleos, conforme dados presentes na tabela 3.

O uso dos cosméticos hidratantes constitui uma das mais importantes classes de produtos para preservar o manto hidrolipídico da pele, pois auxiliam na melhora da condição da pele, deixando-o semelhante de suas condições ideais, pois aumentam a quantidade de água no estrato córneo. A pele seca, além de poder ocasionar desconforto em decorrência da alteração de seu aspecto visual e sensorial, também pode vir a contribuir para o surgimento de características como descamação e microfissuras (LÓDEN, 2005).

Em um estudo de Urasaki (2011), realizado com 124 gestantes, pode observar que 67 gestantes (54%) realizavam a hidratação facial e 113 gestantes (91,1%) tinha como hábito a realização da hidratação corporal, o que vem ao encontro deste estudo. A maior frequência da hidratação corporal pode ser compreendida em decorrência do crescimento abdominal, consequentemente aumentando o risco de estrias e a propagação de informações provenientes da mídia.

Tabela 3 - Perfil dos hábitos de vida (n = 15)

Variável	Categorias	n	%
Etilismo	Ausente	15	100,0
Tabagismo	Ausente	15	100,0
Exposição Solar Diária	Menos de 1h	10	66,7
	1h	4	26,7
	2h	0	0,0
	3h	0	0,0
	4h	0	0,0
	5h	1	6,7
	Mais de 5h	0	0,0
Uso diário de Filtro Solar	Não	11	73,3
	Sim ^(a)	4	26,7
^(a) Frequência de Uso	1x	2	50,0
	2x	1	25,0
	3x	1	25,0
Ingestão Hídrica Diária	1 a 2 copos	2	13,3
	3 a 4 copos	1	6,7
	4 a 5 copos	5	33,3
	5 a 6 copos	5	33,3
	7 copos ou mais	2	13,3
Hidratação Cutânea	Sim ^(b)	11	73,3
	Não	4	26,7
Frequência Diária	1x	8	72,7
	2x	3	27,3
^(b) Local	Corpo	11	100,0
	Face	6	54,5
^(b) Região	Todo o corpo	5	45,5
	Abdômen	5	45,5
	Pernas	2	18,2
	Seios	1	9,1
^(b) Produto usado	Hidratante	9	81,8
	Óleo	4	36,4

(b) a soma dos percentuais (%) nas variáveis "local", "região" e "produto usado" é superior a 100% em função das múltiplas respostas.

Fonte: Pesquisadora (2018)

4.3 ANÁLISE DO FOTOTIPO CUTÂNEO DE FITZPATRICK

Podemos observar na tabela 4, através da Classificação de Fototipo Cutâneo de Fitzpatrick, 40% (n=6) das gestantes se enquadraram na classificação de Fototipo III, considerada como morena clara, tendo como características queimar e bronzear a pele de forma moderada, com sensibilidade ao sol considerada normal. Já 26,7% (n=4) das participantes se enquadraram na classificação de Fototipo IV, considerada como morena moderada, possuindo características como queimar pouco e bronzear com facilidade, sendo normal sua sensibilidade ao sol. Em relação ao Fototipo V, 13,3% (n=2) das participantes se enquadraram, sendo considerada morena escura e com características queimar raramente e bronzear bastante com

pouca sensibilidade ao sol, 13,3 % (n=2) das participantes se enquadraram no Fototipo II, também considerada como branca a qual queima com facilidade e bronzeia muito pouco, tornando-se sensível ao sol. E apenas 6,7% (n=1) foi enquadrada no Fototipo I, considerada como branca e com características de queimar com facilidade e nunca bronzear, consequentemente sendo muito sensível em relação à sensibilidade ao sol.

Considerada a mais famosa classificação dos fototipos cutâneos, a escala de Fitzpatrick foi criada em 1976 pelo médico norte-americano Thomas B. Fitzpatrick, com o principal objetivo de classificar a pele em fototipos de um a seis, a partir da capacidade de cada pessoa em se bronzear, assim como, sua sensibilidade e vermelhidão quando exposta ao sol (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2018).

Chrisostomo (2017), o qual buscou em seu trabalho avaliar as concentrações séricas de vitamina D em gestantes de Curitiba durante o verão e o inverno, realizado com um total de 520 gestantes, observou que 45,5% das gestantes tinham Fototipo II, 25,3% com Fototipo III seguido de 11,1% das gestantes com Fototipo IV.

Tabela 4 - Fototipo cutâneo (n = 15)

Categorias	n	%
Tipo I – Muito sensível	1	6,7
Tipo II – Sensível	2	13,3
Tipo III – Normal	6	40,0
Tipo IV – Normal	4	26,7
Tipo V – Pouco Sensível	2	13,3
Tipo VI – Insensível	0	0,0

Fonte: Pesquisadora (2018)

4.4 ANÁLISE DAS ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS DA PELE

Em relação à prevalência das alterações fisiológicas da pele, podemos observar que 73,3% das participantes apresentaram alterações pigmentares, sendo que, 66,7% (n=10) relataram apresentar hiperpigmentação de aréolas e 53,3% (n=8) a hiperpigmentação da Linha Alba, conforme tabela 5.

Segundo Alves, Nogueira e Varella (2005), a hiperpigmentação costuma ser generalizada, com acentuação das regiões normalmente mais pigmentadas, como aréolas mamárias e linha alba. Alguns dos fatores que são responsáveis por esta pigmentação são o aumento da população de melanócitos e maior susceptibilidade

ao estímulo hormonal, como por exemplo, a elevação dos níveis de hormônio melanocítico estimulante (MSH), estrogênio e progesterona, os quais foram implicados na etiologia da hiperpigmentação.

Fernandes (2014), buscou analisar o estudo clínico das alterações dermatológicas nas gestantes de baixo e alto risco, o qual foi realizado com 905 gestantes avaliadas e 54,69% apresentaram hiperpigmentação, relatando como o surgimento da linha nigra também conhecido como escurecimento da linha alba.

O escurecimento da linha alba, é uma das alterações mais comuns, que forma uma mancha vertical do apêndice xifoide até a sínfise púbica. Ocorre em cerca de 35% dos casos e desaparece após o parto (BRÁS, 2015).

Já em relação às manchas, que também representam as alterações pigmentares (Tabela 5), 40% (n=6) das participantes relataram apresentar na região da face, 6,7% (n=1) relataram apresentar na região do abdômen e 6,7% (n=1) relatam apresentar na região das pernas.

Lazzarin e Blanco (2016) em seu estudo realizado com 66 gestantes, apenas 14 (23,3%) apresentava algum tipo de alteração pigmentar, sendo que 85,8% destas participantes, relataram apresentar em especial o melasma.

Em um estudo de Ikino et al (2015), sobre o melasma e a avaliação da qualidade de vida em mulheres brasileiras, realizado com 51 participantes, mostrou que em, 45,1 % dos casos, o início do melasma foi associado à gravidez, sendo sua maior incidência na região da face, resultando em 46%.

Prurim e Avelar (2012), mostram em seu estudo sobre fotoproteção, melasma e qualidade de vida, realizado com puérperas que apresentavam melasma, as quais 60,6% foram classificadas com fototipo III, 17,4% classificadas com fototipo II, 13,8% com fototipo IV, 7,3% apresentaram o fototipo V e 0,9% com fototipo I. Este estudo vem ao encontro do presente estudo, uma vez que 40% das participantes foram classificadas com Fototipo III onde podemos observar uma maior incidência de manchas nesta população.

Em um censo realizado pela Sociedade Brasileira de Dermatologia (2006), as doenças da pigmentação, foram a terceira causa de consulta dermatológica, cerca de 8,4% do total, variando conforme idade, sexo e região do país.

Seguindo a análise da tabela 5, a respeito das alterações vasculares, 66,7% (n=10) relataram ter a presença de edema nas extremidades, 60% (n=9) das participantes relataram apresentar varicosidades, 26,7% (n=4) relataram apresentar

eritema palmar e nenhuma participante relatou ter a presença de aranhas vasculares e telangectasias.

Para Emrich (2013), as gestantes possuem maior predisposição em desenvolver edema, onde cerca de 80% das gestantes o desenvolvem, sendo geralmente 40% deste edema limitado aos membros inferiores e 40% sendo considerado como edema generalizado. O aumento do peso pode ser considerado um fator que influencia o aparecimento de edema.

Larrazim e Blanco (2015), mostram que, das 66 gestantes entrevistadas, metade, ou seja, 50% (n=33) tiveram a presença de edema nos membros inferiores e 12,1% das gestantes apresentaram eritema palmar, mostrando que a pele durante o período gestacional, sofre inúmeras mudanças.

Alencar e Ognibeni (2017) realizaram um protocolo de entrevistas com 303 puérperas, buscando identificar a incidência de alterações fisiológicas relatadas pelas mesmas durante o período gestacional, onde 59% das participantes apresentaram edema durante a gestação.

Segundo Polden e Mantle (2000) durante a gestação, ocorre um aumento na retenção de líquidos, que pode desencadear grau variante de edema principalmente na região dos tornozelos e dos pés na maioria das gestantes, ocasionando a restrição nos movimentos articulares e afetando as atividades de vida diária destas mulheres. Estes dados vêm ao encontro dos achados no presente estudo, onde 66,7% (n= 10) participantes relataram ter a presença de edema nas extremidades, fator prejudicial para realização de suas das atividades de vida diária.

Alves (2012) diz que há inúmeras possibilidades para realizar o controle do edema gravídico, o qual é o grande responsável por sintomas desconfortáveis como peso e dor nos membros inferiores, além de formigamentos e parestesias causadas pelo aprisionamento nervoso.

Passos, Nobrega e Costa (2015) mostram em seu estudo realizado com 20 gestantes, o qual buscou verificar a ocorrência de alterações dermatológicas e vasculares em gestantes de uma Unidade Básica de Saúde de Campina Grande em Pernambuco, que 25% das participantes apresentaram varicosidades.

Alves, Nogueira e Varella (2005) afirmam que, durante o período gestacional, as varicosidades atingem em torno de 40% das gestantes, apresentando uma etiologia multifatorial, a qual pode incluir tendência familiar, fragilidade do tecido

elástico e aumento da pressão venosa devido à compressão venosa exercida pelo útero.

Já Urasaki (2010) mostra que em seu estudo, composto por 124 gestantes o qual tinha como objetivo analisar as principais alterações fisiológicas da pele durante o período gestacional, que 52,5% das gestantes apresentaram varicosidades, sendo significativamente uma das alterações mais citadas.

Lazzarin e Blanco (2016), em seu estudo buscaram conhecer o perfil epidemiológico das alterações da pele em pacientes no segundo trimestre gestacional, atendidas pelo Sistema Único de Saúde em Santa Catarina. Neste, 12,1 % das participantes apresentaram eritema palmar, não sendo comumente apresentada como queixa entre as gestantes. Vale ressaltar que no presente estudo, o eritema palmar não foi uma alteração que apresentou uma importante queixa, mas foi citado por algumas das participantes.

A acne, classificada como alteração glandular onde 53,3% (n=8) das participantes relataram apresentar esta alteração, sendo que 46,7% (n=7) eram na região da face, 26,7% (n=4) eram na região do dorso e 13,3% (n=2) eram na região do colo, conforme a tabela 5.

Ciechanowicz et al (2018), realizaram uma entrevista com um total de 1.935 gestantes, ressaltando as mudanças da pele durante a gravidez e questionando se esta seria uma questão importante para as mulheres. A acne foi citada como um dos problemas dermatológicos dentre estas mulheres, sendo presente em 21,6% (n=313) da amostra.

Piatti (2018) aponta que a acne tem sua origem considerada multifatorial. Na gestação, as secreções sebáceas apresentam tendência de aumentar no último trimestre da gravidez, em um período em que os estrógenos, que suprimem a atividade sebácea, estão aumentados.

Conforme a tabela 5, em relação às alterações no tecido de colágeno, 40% (n=6) das participantes referiram apresentar estrias, sendo que 26,7% (n=4) apresentaram estrias na região das mamas, 13,3% (n=2) na região do abdômen e 6,7% (n=1) referiu apresentar na região das coxas. Já em relação ao prurido, apenas 26,7% (n=4) disseram apresentar esta alteração.

Mildner, Scotti e Blanco (2015) realizaram um estudo com mulheres no período do puerpério imediato as quais foram atendidas em um Hospital na cidade de Criciúma, totalizando 118 mulheres entrevistadas, mostrou que 55,31%

apresentaram casos de estrias decorrente da gestação, sendo que destas, 51,45% apresentou na região do abdômen seguido de 25,36% nos seios, 17,39% na região da perna e 5,8% na região do glúteo, uma vez que as gestantes que sofreram um maior ganho de peso foram as mais acometidas.

Reis (2016) verificou a prevalência e os fatores de risco para o surgimento de estrias de distensão relacionadas ao período gestacional, onde encontrou após realizar uma entrevista com 47 mulheres também em puerpério imediato, que 49% das participantes apresentaram estrias decorrentes da gestação sendo que 65,2% faziam o uso de óleos e cremes para a hidratação cutânea, onde 78,3% apresentaram maior incidência na região das pernas seguido de 17,4% na região do abdômen.

Para Roth (2011) o prurido é uma das queixas comuns na gravidez, podendo ser parte de um fenômeno fisiológico por dermatoses relatadas na gravidez ou por uma desordem sistêmica. Cerca de 20% das pacientes grávidas são afetadas por prurido sem nenhuma patologia associada. O prurido fisiológico ocorre comumente no abdome, particularmente no terceiro trimestre, ou seja, quando a pele é esticada ao máximo.

Addor et al. (2010) mostra que em relação às estrias, o número de lesões assim como seu comprimento e largura podem variar entre as pacientes e de acordo com a quantidade de gestações. Ressalta também que na fase inicial, é comum o relato de prurido local, possivelmente relacionado a uma inflamação dérmica.

Segundo a literatura de Bergman, Melamed e Koren (2013) o prurido é um sintoma que afeta cerca de 20% das gestantes. Este dado vem ao encontro do presente estudo, uma vez que a maior parte das gestantes relatou sentir prurido na região do abdômen, local onde a pele apresenta uma maior distensão considerado prurido fisiológico.

Em relação à presença de alterações dos folículos pilosos, mais conhecido como hirsutismo, considerado o crescimento dos pelos de padrão masculino devido às alterações hormonais, onde 26,7% (n=4) das participantes apresentaram esta alteração (Tabela 5).

Alves, Varella e Nogueira (2005), citam que o hirsutismo é frequente em mulheres que já possuíam abundante pilificação antes da gestação. Seu achado é precoce na gravidez, sendo mais acentuado na região da face e dos braços. Sua etiologia é hormonal. Geralmente, regride em até seis meses após a gravidez, não

necessitando de tratamentos específicos. A literatura sobre esta patologia específica durante o período gestacional é escassa.

Alterações nas unhas e nos cabelos, também conhecidas como alterações ungueais podem vir a aparecer durante a gestação. Segundo a análise da tabela 5, apenas quatro (26,7%) participantes relataram apresentar alterações nas unhas e cinco participantes (33,3%) relataram observar mudanças em relação aos cabelos.

Zanini e Paschoal (2004) relatam que durante o período gestacional ocorre uma aceleração no crescimento dos cabelos e unhas, sendo o status hormonal o maior responsável por essas mudanças seguido de glândulas anexas. Essas alterações regredem em até seis meses após o parto.

Em seu estudo, Urasaki (2010) buscou quais as principais alterações fisiológicas da pele presentes entre 113 gestantes e obteve como resultado, que 11,5% das gestantes apresentaram alterações nas unhas. As participantes do presente estudo relataram como alteração nas unhas o crescimento acelerado e a fortificação da mesma durante o período gestacional.

A literatura sobre este tema é escassa. Alguns autores como Alves, Nogueira e Varella (2005) trazem como ocorrência da fragilidade da lâmina ungueal, onicólise distal (separação da lâmina ungueal do leito na metade distal) e também crescimento acelerado das unhas, mas a relação direta dessas alterações com a gravidez ainda é desconhecida.

Fernandes (2014) realizou um estudo clínico a respeito das alterações dermatológicas em gestantes de baixo e alto risco, totalizando sua amostra com 905 mulheres em período gestacional e pode concluir que 21% das participantes apresentou aumento dos fios de cabelo e aumento do volume e apenas 11% apresentou queda de fios de cabelo, somando um total de 32% participantes com alterações relacionadas cabelo. O presente estudo vem ao encontro a estes dados, uma vez que, as gestantes relataram apenas ter observado o aumento dos fios de cabelo e o volume, tornando-os mais fortes e firmes.

Alves, Nogueira e Varella (2005), dizem que as alterações hormonais durante a gravidez podem apresentar potencial para aumentar ou diminuir o crescimento dos cabelos. Os cabelos geralmente parecem mais grossos e densos, devido a uma lenta progressão da fase anágena para telógena.

Tabela 5 - Prevalência das alterações percebidas (n = 15)

Variável	Categorias	n	%
Alterações Pigmentares	Hiperpigmentação da Linha Alba	8	53,3
	Hiperpigmentação de Aréolas	10	66,7
	Manchas na face	6	40,0
	Manchas no pescoço	0	0,0
	Manchas no dorso	0	0,0
	Manchas do abdômen	1	6,7
	Manchas nos braços	1	6,7
	Mancha das pernas	0	0,0
Alterações vasculares	Aranhas vasculares	0	0,0
	Varicosidades	9	60,0
	Telangectasias	0	0,0
	Edemas nas extremidades	10	66,7
	Eritrema palmar	4	26,7
Alterações Glandulares (Acnes)	Face	7	46,7
	Dorso	4	26,7
	Colo	2	13,3
	Braços	0	0,0
Alterações no Tecido Colágeno	Estrias nas Mamas	4	26,7
	Estrias nos Braços	0	0,0
	Estrias no Abdômen	2	13,3
	Estrias nos Glúteos	1	6,7
	Estrias nas Coxas	0	0,0
	Prurido	4	26,7
Alterações dos Folículos Pilosos	Hirsutismo	4	26,7
Alterações Ungueais	Unhas	4	26,7
	Cabelos	5	33,3

A soma dos percentuais (%) nas variáveis é superior a 100% em função das múltiplas respostas.

Fonte: Pesquisadora (2018)

4.4 PRESENÇA E NÍVEL DE INCÔMODO

No que se diz a respeito da presença de incômodo em relação às alterações fisiológicas da pele durante o período gestacional, 60% (n=9) das gestantes relataram apresentar algum tipo de incômodo e 40% (n=6) relataram não apresentar nenhum tipo de incômodo relacionado a estas alterações, conforme mostra a tabela 6.

Segundo Neto e Alvares (2013), para algumas mulheres, a gravidez traz certa instabilidade emocional, onde seu corpo sofre mudanças a cada trimestre, seu humor passa por flutuações e nesse momento, muitas vezes se faz necessário e fundamental um acompanhamento psicológico. Existem conflitos que se não tratados e diagnosticados produzem um estado de desorganização, quebra de papéis e vínculos podendo levar a uma depressão pós-parto.

Segundo o Ministério da Saúde (2012), a gravidez é um período de várias mudanças físicas e emocionais, onde cada mulher pode vivenciá-la de forma distinta. Essas mudanças podem acarretar em sentimentos de medos, dúvidas, angústias e fantasias. Vale ressaltar a importância de trocar informações sobre as mais diferentes vivências entre as gestantes e os profissionais da saúde. Esse intercâmbio de experiências e conhecimentos pode ser considerado uma das melhores formas de promover a compreensão do processo gestacional, vivenciado pelas mulheres.

Coutinho (2012), em seu estudo realizado no Maranhão com gestantes, observou que, entre as mulheres entrevistadas, 61,3% apresentaram incômodo em relação às alterações ocorridas no período gestacional. Comenta também, que em relação ao tipo de desconforto sentido por estas mulheres, está o desconforto físico, estético e financeiro. Contudo, observa-se que o desconforto estético foi o mais pronunciado entre as participantes.

Os conhecimentos das alterações ocorridas durante a gestação são de fundamental importância para as gestantes, com o intuito de saber distinguir o que é fisiológico e conhece-las, para assim ter um melhor domínio e relação com as mesmas, durante seu dia a dia, melhorando assim sua qualidade de vida. Este desconforto estético gerado devido a este processo fisiológico da gestação pode estar associado a diversos sentimentos como de tristeza, raiva, vergonha, medo e isolamento, podendo afetar diretamente a autoestima da gestante.

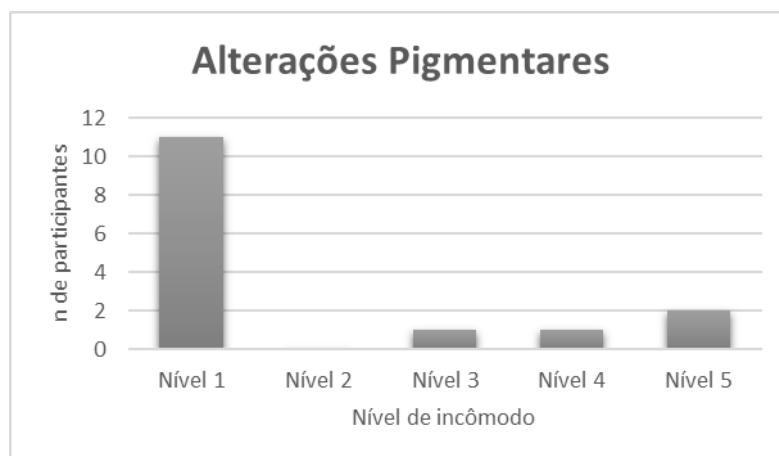
Tabela 6 - Presença de incômodo (n = 15)

Variável	Categorias	n	%
Incômodo	Sim	9	60,0
	Não	6	40,0

Fonte: Pesquisadora (2018)

Na análise da tabela 7, podemos observar que as alterações pigmentares obtiveram uma variabilidade entre os níveis de incômodo, variando de 1 a 5, com média de 1,9 e desvio padrão de $\pm 1,6$. De forma descritiva, 11 gestantes apresentaram não sentir incômodo, 2 gestantes apresentaram extremo incômodo, 1 gestante apresentou muito incômodo e 1 apresentou incômodo em relação as alterações pigmentares, conforme gráfico 1.

Gráfico 1 - Nível de Incômodo das alterações pigmentares (n=15)



Fonte: Pesquisadora (2018)

Piatti (2018) traz em sua literatura que a etiologia das alterações pigmentares é multifatorial, uma vez que existem fatores que podem vir a contribuir para o surgimento e o agravamento, sendo eles: gestação, fatores genéticos, fototipos altos e exposição solar.

Vale ressaltar a importância de incentivar a gestante a fazer o uso do filtro solar diariamente para a prevenção destas alterações. Piatti (2018), também comenta que é imprescindível que a gestante faça a aplicação do filtro solar meia hora antes de se expor ao sol, isso irá garantir a eficiência da proteção contra os raios UVA e UVB. Evitar o sol entre as 10h às 16h também é uma das indicações para estas mulheres, pois o sol nesses horários tem propensão de queimar muito rápido.

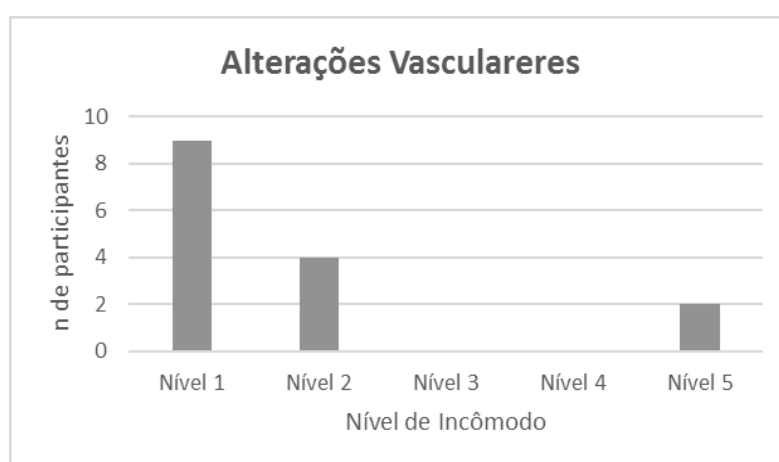
Martins et al. (2018) em seu estudo mostram que o melasma é uma das grandes causas para a busca do profissional dermatologista, uma vez que afeta diretamente a qualidade de vida, visto que atinge a região facial, distorcendo a autoimagem da paciente, prejudicando a mesma no âmbito social, gerando prejuízos para a autoestima e sentimentos depressivos. Salientam também a importância da propagação de informações sobre o melasma, tendo em vista que é importante a identificação dos grupos de risco para realizar ações preventivas.

Na Caderneta para a Gestante (2016), elaborado pelo Ministério da Saúde e utilizada pela Rede Cegonha, a qual realiza ações sobre a saúde da gestante e o bebê, realizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), trazem como recomendações para as gestantes, tomar 20 minutos de sol diariamente, durante o início da manhã ou no final da tarde, inclusive na região dos seios, ressaltando a importância de

fazer o uso de boné ou chapéu e protetor solar no rosto, para evitar manchas de pele.

Já em relação às alterações vasculares, também podemos observar que o nível de incômodo variou de 1 a 5, tendo como média 1,8 e desvio padrão de $\pm 1,4$, conforme a tabela 7, uma vez que, 9 das gestantes relataram não sentir incômodo em relação a estas alterações, 4 relataram sentir pouco incômodo e 2 relataram sentir extremo incômodo, conforme gráfico 2.

Gráfico 2 - Nível de Incômodo das alterações vasculares (n = 15)



Fonte: Pesquisadora (2018)

Coutinho e Silva (2017) ressaltam que o edema ocasiona desconforto e consequentemente dor, sensação de peso, caibras noturnas, formigamento nos membros inferiores, modificações estéticas, além de pressão nos nervos, podendo induzir parestesia e fraqueza muscular, assim como incapacidades e diminuição da qualidade de vida.

Gyton e Hall (2017) mostram que as alterações provocadas pela retenção de líquido, principalmente na substância básica do tecido conjuntivo, resultam em edema visível em membros inferiores em grande parte das gestantes.

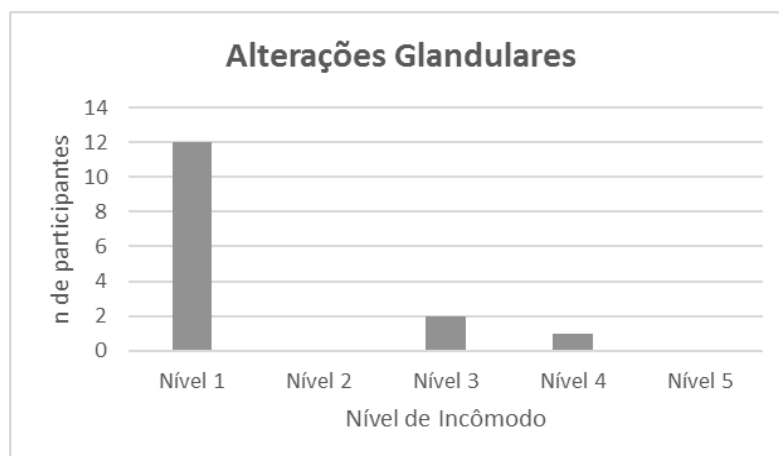
Alencar e Ognibeni (2017) em seu estudo, passaram orientações para as gestantes realizarem diariamente, como exercícios metabólicos para membros inferiores (planti e dorsiflexão, circundação), evitar posições estáticas por muito tempo, pausando suas atividades com pequenas caminhadas repetindo várias vezes ao dia, elevar os membros inferiores para minimizar o efeito da gravidade, consequentemente a diminuição do edema através da melhora da circulação e orientações sobre a o posicionamento correto para dormir.

Albino et al. (2011) em seu estudo, obteve como resultado que as gestantes possuíam edema na região do tornozelo, consequentemente ocorrendo alterações na marcha, levando-as a um maior risco de quedas e desconfortos musculoesqueléticos, que vem a influenciar diretamente na sua qualidade de vida.

A Caderneta pra Gestantes (2016) traz com uma linguagem facilitadora, para as gestantes tomarem atenção para algumas situações e sintomas específicos, como por exemplo, a presença de varizes nas pernas, as quais são causadas por problemas de circulatórios. Trazem também, solução como neste caso, estimulando que a gestante não fique muito tempo em pé ou sentada, que cada duas horas procure ficar com as pernas elevadas, para a diminuição do edema das extremidades e também indica a utilização de meias elásticas, calçados e roupas confortáveis e de preferência mais soltas.

As alterações glandulares, mostraram o nível de incômodo variando de 1 a 4, sendo sua média de 1,5 e seu desvio padrão $\pm 1,5$ (tabela 7). Pode-se concluir que, 12 participantes referiram não sentir incômodo em relação a estas alterações, 2 relataram sentir incômodo e 1 relatou sentir muito incômodo, conforme gráfico 3.

Gráfico 3 - Nível de Incômodo das alterações glandulares (n = 15)



Fonte: Pesquisadora (2018)

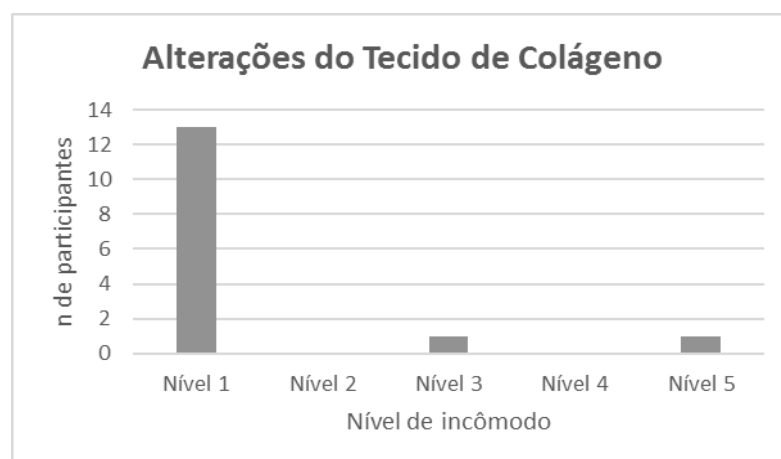
Neto et al. (2015), relatam que a acne pode ter sequelas físicas como as cicatrizes, bem como psicológicas, afetando diretamente a autoestima, o comportamento social e insatisfação estética, mas esta patologia pode ser minimizada por um tratamento precoce e eficiente. O tratamento, às vezes, é deixado para segundo plano, uma vez que o problema é encarado como um processo normal e passageiro, o que atrasa a procura de tratamento.

Piatti (2018) diz que mesmo conhecendo que existe uma tendência do desenvolvimento da acne durante a gestação, o quadro pode ou não se desenvolver, uma vez que durante a gestação pode sofrer influência hormonal e de fatores ambientais. Assim, a gestante pode apresentar esta patologia pela primeira vez, ou agravar o quadro da acne preexistente.

Levy e Emer (2012) ressaltam que aparência pode exercer grande influência na qualidade de vida das mulheres, pois tem o poder de criar impressões e sentimentos. Diante disso, pessoas acometidas por problemas dermatológicos como a acne e suas lesões, possuem maior propensão em desenvolver problemas de autoestima e apresentar maior nível de estresse psicológico.

O nível de incômodo relacionado às alterações do tecido de colágeno teve nível mínimo de 1 e nível máximo de 5, uma vez que sua média ficou de 1,4 com desvio padrão de $\pm 1,4$, conforme dados da tabela 7. Conclui-se que 13 gestantes não apresentaram incômodo em relação a estas alterações, seguido de 1 participante que relatou ter incômodo e 1 que relatou ter extremo incômodo, presentes no gráfico 4.

Gráfico 4 - Nível de Incômodo das alterações do tecido de colágeno (n = 15)



Fonte: Pesquisadora (2018)

Sarnoff (2015) acredita que o alongamento mecânico do tecido conectivo cause uma ruptura, e ainda, que o crescimento normalmente associado a níveis séricos elevados de hormônios esteróides ajudem a favorecer o desenvolvimento de estrias pelo fato destes hormônios exercerem efeito na atividade catabólica de fibroblastos diminuindo o depósito de colágeno na matriz dérmica.

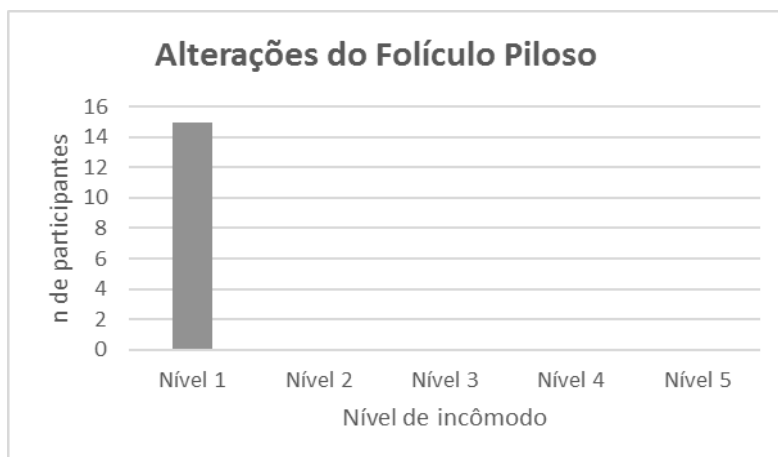
Taavoni (2011) mostra em sua literatura, que embora a prevenção do desenvolvimento de estrias gestacionais não se resolva por qualquer tratamento, alguns fatores não são possíveis de modificar, como a idade materna e o histórico familiar. Entretanto, o fator ganho de peso durante a gestação pode ser modificado, sendo essa uma ação preventiva devendo ocorrer na atenção primária às gestantes. Seu desenvolvimento nas gestantes pode vir a apresentar prurido local e provocar lesões na pele, caso a gestante coce.

Para a diminuição da coceira local e também a fim de evitar lesões cutâneas, a hidratação da pele através de cremes hidratantes e óleos, tem seu papel fundamental nesse processo de elasticidade da pele, uma vez que ajudam a minimizar as consequências desta patologia.

De Souza, De Paula e Sobrinho (2016), mostram em seu estudo que para prevenção e redução de estrias cutâneas, podem-se envolver mudanças, desde o estilo de vida e cuidados com a pele, como o consumo de dietas, além de evitar o sedentarismo, tabagismo e ganho excessivo de peso, ressaltando sempre em buscar a proteção da pele contra a radiação solar e a hidratação cutânea adequada através de hidratantes e óleos.

Em relação às alterações dos folículos pilosos, conforme a tabela 7, nenhuma gestante relatou sentir incômodo relacionado a esta alteração, uma vez que todas responderam nível 1, ou seja, sem presença de incômodo presente no gráfico 5 a seguir.

Gráfico 5 - Nível de Incômodo das alterações dos folículos pilosos (n = 15)

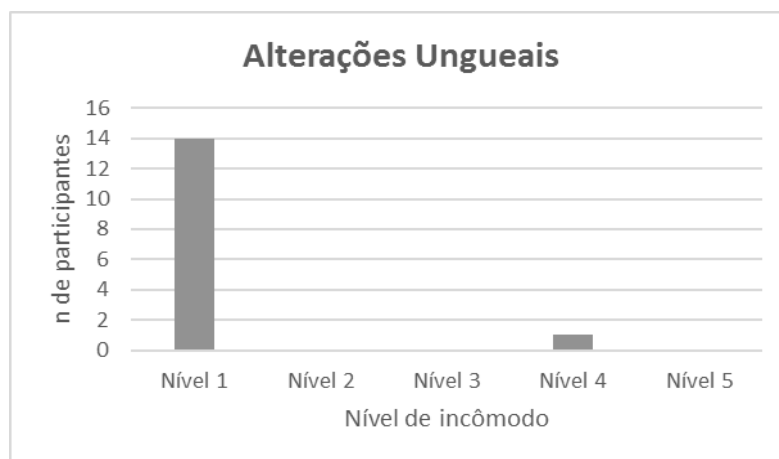


Fonte: Pesquisadora (2018)

E as alterações ungueais, apresentaram nível de incômodo mínimo de 1 e máximo de 4, com uma média de 1,2 e desvio padrão de $\pm 0,8$ (tabela 7), concluindo

que 14 gestantes relataram não sentir incômodo em relação a estas alterações e 1 gestante relatou sentir muito incômodo, conforme o gráfico 6 a seguir.

Gráfico 6 - Nível de Incômodo das alterações ungueais (n = 15)



Fonte: Pesquisadora (2018)

Os incômodos gerados pelas alterações ungueais são de perfil estético, uma vez que a maior parte das gestantes relatou que as unhas ficaram mais fortes e os cabelos também. Relacionamos com a imagem de vaidade das mesmas, podendo então acarretar em certo incômodo.

Tabela 7 - Estatística descritiva dos níveis de incômodo (n = 15)

Variáveis	Nível 1	Nível 2	Nível 3	Nível 4	Nível 5	Média	Desvio Padrão
Pigmentares	11	0	1	1	2	1,9	1,6
Vasculares	9	4	0	0	2	1,8	1,4
Glandulares	12	0	2	1	0	1,5	1,0
Tecido Colágeno	13	0	1	0	1	1,4	1,1
Folículos Pilosos	15	0	0	0	0	1,0	0,0
Ungueais	14	0	0	1	0	1,2	0,8

Fonte: Pesquisadora (2018)

Grande parte das mulheres acreditam que essas alterações durante a gestação podem diminuir sua satisfação com o corpo, mas, quando bem informadas e orientadas para o enfrentamento das mesmas, podem permanecer satisfeitas. Para Boscaglia, Skouetris e Wertheim (2003) as gestantes que realizam exercícios físicos de baixa intensidade durante a fase gestacional, podem responder de forma mais favorável e com maior facilidade às mudanças corporais e na maior parte das vezes, apresentam uma maior satisfação com a imagem corporal do que as gestantes sedentárias.

Silva e Londero (2015) mostram que na sociedade pós-moderna, as imagens de feminilidade estão associadas a uma imagem de perfeição corporal, sendo impostos pela mídia padrões de beleza e juventude, em que o corpo real e o ideal entram em conflito, assim sendo, a insatisfação com o tamanho e os mais diversos formatos corporais são vivenciados pelo universo feminino.

5 CONCLUSÃO

A amostra foi composta por 15 participantes, com média de idade de 28,1 anos, sendo sua média de gestação de 2 gestações por participante, uma vez que, a média da idade gestacional ficou 28,3 semanas, ou seja, a maior parte das gestantes desta amostra se encontrava no terceiro trimestre gestacional.

Houve predomínio do estado civil de solteira e de escolaridade de ensino médio completo. Quanto à renda familiar ocorreu o predomínio de 1 a 2 salários mínimos e a ocupação/profissão mais prevalente foi “do lar”, sendo que maior parte das participantes relatou estar em casa devido a gestação.

A maior parte da amostra relatou se expor ao sol sem uso do filtro solar por menos de 1 hora diariamente e mais da metade da amostra relatou realizar ingestão hídrica diária de 4 a 6 copos de água. Em relação à hidratação cutânea, a maioria da amostra relatou realizar diariamente, uma vez ao dia, dando ênfase na região do corpo e o produto mais utilizado para realizá-la é o hidratante.

O fototipo cutâneo, de maior prevalência foi o Fototipo III presente em quase metade da amostra, uma vez que, justifica o aparecimento de algumas alterações relacionadas com a exposição solar.

Concluiu-se que dentre as principais alterações fisiológicas da pele percebidas pelas gestantes, as que mais se destacaram foram: hiperpigmentação das aréolas, o edema, as varicosidades, a acne na região da face, as manchas também na região da face e as estrias na região das mamas.

A presença de incômodo foi encontrada em 60% das gestantes. Embora a maior parte da amostra tenha relatado a presença de incômodo, nesta população estudada, o incômodo foi de pouca relevância para as gestantes pois grande parte não relatou sentir extremo incômodo nas alterações presentes. As alterações vasculares e pigmentares foram as alterações que manifestaram extremo incômodo, relatado pela minoria das participantes.

Concluiu-se que a falta de acompanhamento dos profissionais da saúde, durante este período onde a mulher passa por diversas mudanças reflete diariamente nos seus hábitos de vida, como por exemplo, a falta de cuidados específicos com a pele durante este período, uma vez que existem formas para prevenção e diminuição de algumas das alterações presentes neste estudo.

Inicialmente, este trabalho baseava-se nas relações estéticas e de cuidados com a pele. Com o desenvolver da coleta, observou-se que na população estudada, no nível primário de atenção básica, talvez não exista o olhar da Fisioterapia Dermatofuncional, uma vez que se mostra de suma importância não somente para fins estéticos, mas principalmente para a melhor integridade da pele, podendo relacionar diariamente com as atividades de vida diária e os hábitos de vida das participantes, ressaltando a importância do cuidado com a pele e as possíveis alternativas para a prevenção de alterações durante esse período de intensas modificações, consequentemente, melhorando a qualidade de vida destas gestantes.

Na população estudada, mostra-se a importância de promoção de saúde e prevenção de doenças em relação aos cuidados com a pele na atenção básica e o impacto disso ao seu bem-estar físico, mental, psicológico e social. Também, sugerem-se grupos para gestantes, como forma de promoção de saúde para orientações relacionadas a estas alterações assim como o manejo dos hábitos de vida, uma vez que podem influenciar diretamente na pele.

REFERÊNCIAS

ADDOR, F. S. et al. Pregnancy and predisposition to striae: correlation with the skin's biomechanical properties. **Surgical and Cosmetical Dermatology**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 253-256, 2010.

AULA DE ANATOMIA. **Sistema Tegumentar**. 2018. Disponível em: <<https://www.auladeanatomia.com/novosite/sistemas/sistema-tegumentar/>> Acesso em 17 de abril de 2018.

ALBINO, M.A.S. et al. Modificações da força de propulsão da marcha durante a gravidez; das alterações nas dimensões dos pés. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 33, n. 7, p. 164-169, 2011.

ALENCAR, R.S.; OGNIBENI, L.C.R. Uso de drenagem linfática no edema gestacional. **REVISTA UNINGÃ**, v. 21, n. 1, 2017.

ALMEIDA, L.C.; SOUZA, F.O. Adaptações fisiológicas da gestação. In: BARACHO, Elza. **Fisioterapia aplicada a saúde da mulher**. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. Cap. 1. p. 17-18.

ALVES, G.F.; NOGUEIRA, L.S.C; VARELLA, T.C.N. Dermatology and pregnancy. **An Bras Dermatol**, v. 80, n. 2, p. 179-186, 2005.

ALVES, D.A.G. Influência da hidroterapia na gestação. **Rev Neurocienc**, v. 20, n. 3, p. 341-42, 2012.

AZULAY, R. D. **Dermatologia**. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

AZULAY, LUNA. **Gravidez e pele**. 2018. Disponível em: <<https://www.dermatologia.net/cat-artigos-e-noticias/gravidez-e-pele/>>. Acesso em 27 de setembro de 2018.

BARUFFI, L.M. **O cuidado cultural a mulher na gestação**. 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de pós-graduação em curso de mestrado em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, Porto Alegre - RS, 2004.

BARACHO, E. **Fisioterapia Aplicada à Saúde da Mulher**. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

BAUMANN, L. **Dermatologia cosmética: Princípios e Práticas**. Rio de Janeiro: Revinter Ltda., 2004.

BERGMAN, H.; MELAMED, N.; KOREN, G. Pruritus in pregnancy: Treatment of dermatoses unique to pregnancy. **Canadian Family Physician**, v. 59, n. 12, p. 1290-1294, 2013.

BLOG EMPOÓRIO DO BEBÊ E CIA. **Melasma na gravidez** .2018. Disponível em: < <https://blog.emporiodobebeecia.com/2018/05/17/cuidados-com-mamae-melasma-na-gravidez/> >. Acesso em 27 de setembro de 2018.

BOSCAGLIA, N.; SKOUTERIS, H.; WERTHEIM, E.H. Changes in body image satisfaction during pregnancy: A comparison of high exercising and low exercising women. **Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 43, n. 1, p. 41-45, 2003.

BRÁS, S. et al. Alterações fisiológicas e dermatoses específicas da gravidez. **Revista da Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia**, v. 73, n. 4, p. 413-423, 2015.
BUCHANAN, P.; COURTENAY, M. **Condutas em Dermatologia**. Rio de Janeiro: Revinter Ltda., 2007.

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução nº 466/2012, de 12 dezembro de 2012.

CIECHANOWICZ, P. et al. Skin changes during pregnancy. Is that an important issue for pregnant women? **Ginekologia polska**, v. 89, n. 8, p. 450-453, 2018.

CLÍNICA FELIPE MELETTI. **Aumento da pigmentação**. 2018. Disponível em: <<http://www.clinicafelipemeletti.com.br/procedimentos-esteticos/tratamentos-para-gravidas/aumento-da-pigmentacao/>> Acesso em 28 de abril de 2018

COSTA, A.; ALVES, G.F.; AZULAY-ABULAFIA, L. **Dermatologia e gravidez**. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, 2009.

COSTA, R.C. et al. Diabetes gestacional assistida: perfil e conhecimento das gestantes. **Revista Saúde (Santa Maria)**, v. 41, n. 1, p. 131-140, 2015.

COUTINHO, C.S.; SILVA, M.M.K. Os efeitos da drenagem linfática manual do método Leduc nos edemas dos membros inferiores das gestantes. **Tecnologia em Cosmetologia e Estética-Pedra Branca**, 2017.

COUTINHO, G.S.L. et al. Prescrição de produtos dermocosméticos durante a gravidez. **Ciência e Saúde**, v. 5, n. 1, p. 16-25, 2012.

CHRISOSTOMO, K.R. **Concentrações séricas de vitamina D em gestantes de Curitiba durante o verão e o inverno**. 2017. Dissertação (Programa de Pós-graduação em Tocoginecologia) Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, 2017.

DIAS, E. et al. Perfil socioeconômico e gineco-obstétrico de gestantes de uma Estratégia de Saúde da Família do Norte de Minas Gerais. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 12, n. 10, p. 284-297, 2018.

EMRICH, M. L.; **Drenagem Linfática Manual em gestantes**. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia Dermatofuncional) Universidade Católica De Goiás, Goiânia, GO, 2013.

FERNANDES, L.B. **Estudo clínico das alterações dermatológicas nas gestantes de baixo e alto risco**. 2014. 119 p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Programa de pós-graduação em ciências da saúde, Universidade Federal de Goiás – UFG, Goiás, 2014.

FURLANETTO, C.A. et al. Perfil socioeconômico de gestantes cadastradas em uma Unidade de Saúde do município de Criciúma. **Revista de Extensão**, v. 1, n. 1, p. 55-63, 2016.

FERREIRA, ALEXANDRE. **Varizes e gestação**. 2018. Disponível em: <<http://www.marcelopereirabello.com.br/saiba-mais/2012/06/varizes-e-gestacao/>>. Acesso em 27 de setembro de 2018.

GESTAÇÃO BEBÊ. **Estrias vermelhas na gravidez**. 2018. Disponível em: <<https://www.gestacaoebebe.com.br/estrias-vermelhas-na-gravidez-ha-tratamento-tem-cura/>>. Acesso em 27 de setembro de 2018.

GOMES, R.N.S et al. Avaliação do estado nutricional de gestantes atendidas em unidades básicas de saúde de Caxias/MA. **Revista Interdisciplinar**, v. 7, n. 4, p. 81-90, 2015.

GUERRA, F. M. R. M.; KAMEI, M. C. S. L.; BURKLE, B. B. Estudo do efeito da microdermoabrasão no tratamento de estrias atróficas: estudo de caso. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 6, n. 3, p. 533-541, 2013.

GUIRRO, E. C. O.; GUIRRO, R. R. J. **Fisioterapia Dermato-Funcional: fundamentos, recursos e patologias**. 3. ed. Rev. e ampliada. Barueri, São Paulo: Manole, 2004.

GUYTON, A.C.; HALL, J.E.; **Guyton & Hall: tratado de fisiologia médica**. Tradução John E. Hall. 13. ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, 2017.

HARRIS, M. N. C. **Pele: Estrutura, propriedades e envelhecimento**. 3 ed. São Paulo: Senac, 2009.

HARRIS, M.I.N.C. **Pele: do nascimento à maturidade**. São Paulo, SP: SENAC São Paulo, 2016. 301 p.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cartilha do Censo Demográfico 2010**.

IKINO, J.K. et al. Melasma and assessment of the quality of life in Brazilian women. **Anais brasileiros de dermatologia**, v. 90, n. 2, p. 196-200, 2015.

KEDE, M. P. V.; SABATOVICH, O. **Dermatologia estética**. 3 ed. São Paulo: Atheneu, 2015.

KISNER, C. **Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas**/ Tradução Lília Breitenitz Ribeiro. 6 ed. Barueri, SP: Manole, 2016.

LAZZARIN, J.Z.; BLANCO, L.F.O. Perfil epidemiológico das alterações dermatológicas no segundo trimestre gestacional. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 45, n. 2, p. 25-32, 2016.

LEVY, L.L.; EMER, J.J. Emotional benefit of cosmetic camouflage in the treatment of facial skin conditions: personal experience and review. **Clinical, cosmetic and investigational dermatology**, v. 5, p. 173, 2012.

LODEN, M. The clinical benefit of moisturizers. **Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology**, v. 19, n. 6, p. 672-688, 2005.

LOWDERMILK, D.L.; PERRY, S.E.; BOBAK, I.M. **O cuidado em enfermagem materna**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed. 2002

MALDONADO, M.T. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. 14 d. São Paulo: Saraiva, v.14, n.1, p. 22-23, 1997.

MANTELLI, DOMINGOS. **Como se livrar das manchas e acne durante a gestação**. 2018. Disponível em: < <http://domingosmantelli.com.br/como-se-livrar-das-manchas-e-acne-durante-a-gestacao/> >. Acesso em 27 de setembro de 2018.

MARTIN, ANÁLIA. **Estética en el Embarazo: Asuntos de Piel**. 2012. Disponível em: < <https://slidex.tips/download/estetica-en-el-embarazo-asuntos-de-piel-lic-analia-martin> >. Acesso em 27 de setembro de 2018.

MEIRELES, J.F.F. et al. Body image of pregnant women: association with sociodemographic, anthropometric, and obstetric variables. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 37, n. 7, p. 319-324, 2015.

MARTINS, L.T. et al. MELASMA E SUA IMPORTÂNCIA NO CONTEXTO MÉDICO. **Saber Digital**, v. 10, n. 2, p. 20-26, 2018.

MILDNER, N.M; SCOTTI, G.B; BLANCO, L.F.P. Perfil epidemiológico das alterações dermatológicas observadas em mulheres em período de puerpério imediato atendidas no Hospital São José, em Criciúma, Santa Catarina. **Revista AMRIGS**, v. 59, n. 1, p. 20-23, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderneta da gestante**. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de Atenção Básica: Atenção ao Pré-Natal de auto e baixo risco**. 2012.

MÜLLER, M., et. al. Os diferentes significados psicológicos da pele. **Revista de Filosofia e Ciências Humanas** v.18, n. 1, 2002.

NETO, E.M. et al. Abordagem terapêutica da acne na clínica farmacêutica. **Boletim Informativo Geum**, v. 6, n. 3, p. 59, 2016.

NETO, L.F.; ALVARES, L.B.. O papel do obstetra e do psicólogo na depressão pós-parto. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 15, n. 1, p. 180-183, 2013.

NICÉSIO, M.G. et al. Perfil de gestantes atendidas na atenção primária em uma cidade do interior de Minas Gerais. **Revista de Iniciação Científica da Libertas**, v. 8, n. 1, p. 70, 2018.

NUSSBAUM, R.; BENEDETTO, A.V. Cosmetic aspects of pregnancy. **Clinics in dermatology**, v. 24, n. 2, p. 133-141, 2006.

OMS – Organização Mundial de Saúde. **Consumo de tabaco está diminuindo, mas ritmo de redução ainda é insuficiente.**

OPAS. **Hirsutismo, sintomas e tratamento.** 2018. Disponível em: <<https://www.opas.org.br/o-que-e-hirsutismo-sintomas-e-tratamentos/>>. Acesso em 27 de setembro de 2018.

PIATTI, I. **Gestantes: Cuidados estéticos durante a gestação.** 2 ed. Curitiba- PR: Edição do autor, 2018.

POLDEN, M.; MANTLE, J. **Fisioterapia em Ginecologia e Obstetrícia.** 2. ed. São Paulo: Santos, 2000.

PASSOS, A.F.M.S; NOBREGA, J, M.S.S; COSTA, I.C.C. Ocorrência de alterações dermatológicas e vasculares em gestantes de uma Unidade Básica de Saúde de Campina Grande, PB. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, v. 15, n. 4, 2013.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico: Métodos e técnicas de pesquisa e do trabalho acadêmico.** 2 ed. 2013.

PURIM, K.S.M.; AVELAR, M.F.S. Fotoproteção, melasma e qualidade de vida em gestantes. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 34, n. 5, p. 228-34, 2012.

QUEIROZ, MARCELA. **Edema na gestação.** 2018. Disponível em: <<http://dramarcelaqueiroz.com.br/evite-os-edemas-na-gestacao/>>. Acesso em 27 de setembro de 2018.

REIS, E.E.S. **Prevalência e fatores de risco para o surgimento de estrias de distensão relacionadas ao período gestacional: um estudo piloto.** Dissertação (Graduação de Fisioterapia), UFRGS, Porto Alegre, RS, 2016.

ROTH, M.M. Pregnancy dermatoses. **American journal of clinical dermatology**, v. 12, n. 1, p. 25-41, 2011.

SARNOFF, D.S. Therapeutic Update on the Treatment of Striae Distensae. **Journal Drugs Dermatol**, v. 14, n. 1, p. 11-12, 2015.

SEGURA, D.C.A et al. Análise da frequência de partos prematuros relacionados ao uso do tabagismo durante a gravidez. **Revista Pleiade**, v. 7, n. 14, p. 51, 2015.

SILVA CARNEIRO, S.C.; AZULAY-ABULAFIA, L. Pele na gestação. **RevBrasReumatol**, v. 45, n. 3, p. 146-52, 2005.

SILVA, S.R. et al. Práticas de autocuidado desenvolvidas por gestantes atendidas em um ambulatório de pré-natal. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 812-21, 2014.

SOUZA, A.R.; PAULA, M.A.; SOBRINHO, H.M.R. Gestação e predisposição ao aparecimento de estrias cutâneas. **Universitas: Ciências da Saúde**, v. 14, n. 1, p. 41-52, 2016.

SILVA, A. K. C; NETA, C. A. F; BESSA, M. S. H. O brincar como meio de intervenção terapêutica ocupacional na preparação de crianças para a balneoterapia. **Revista Brasileira de Queimaduras**. Florianópolis, v. 9, n. 4, p. 146-154, 2010.

SILVA, M.R; CASTRO, M.C.R. **Fundamentos da Dermatologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2010.

SILVA, M.O.; LONDERO, R.R. Imagens que consumimos, imagens que nos consomem: afetações do corpo na era da virtualidade. **Discursos Fotográficos**, v. 11, n. 18, p. 13-33, 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. **Conheça a pele**. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. **Câncer de pele**. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. **Classificação dos fototipos de pele**.

SOCIEDADE BRASEILEIRA DE DERMATOLOGIA, Perfil nosológico das consultas dermatológicas no Brasil. **An. Bras. Dermatol**. Rio de Janeiro , v. 81, n. 6, p. 549-558, 2006.

TAAVONI, S. et al. Effects of olive oil on striae gravidarum in the second trimester of pregnancy. **Complementary therapies in clinical practice**, v. 17, n. 3, p. 167-169, 2011.

TOMASINO, F. et al. A água da dieta parece favorecer a hidratação cutânea sem afetar a hemodinâmica. **Biomed Biopharm Res**, v.10, n.1, p. 43-54, 2013.

UNIVERSIDADE FEEVALE. **Programa gestar e crescer**. 2018.

URASAKI, M.B.M. Cuidados com a pele adotados por gestantes assistidas em serviços públicos de saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**. V.23, n.4, p. 67-73, 2011.

URASAKI, M.B.M. Alterações fisiológicas da pele percebidas por gestantes assistidas em serviços públicos de saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 4, 2010.

ZAMPRONIO, F.P.C. **Atuação da fisioterapia dermatofuncional das disfunções estéticas decorrentes da gravidez**. 2012. Dissertação (Graduação em Fisioterapia) Unijuí, Ijuí, RS, 2012.

ZANINI, M.; PASCHOAL, L.H.C. Dermatoses gestacionais. **Medicina Cutânea Ibero-Latino-Americana**, v. 32, n. 4, p. 139-150, 2004.

