
**ABORDAGEM TERAPÊUTICA DO MELASMA NO PERÍODO GESTACIONAL:
PREVENÇÃO E TRATAMENTO**

**THERAPEUTIC APPROACH TO MELASMA IN THE MANAGEMENT PERIOD:
PREVENTION AND TREATMENT**

Alessandra Sumioshi¹
Mylene Cristina Dornellas da Costa²
Claudia Maria Correia e Silva³

RESUMO

O melasma é uma hiperpigmentação que se caracteriza por manchas escuras e assimétricas, sendo de difícil tratamento, as quais podem acometer a pele das gestantes, causando impactos na sua autoestima. Por isso, este estudo abordou sobre o tema, tendo como objetivo geral, conhecer as abordagens terapêuticas existentes para tratamento e prevenção do melasma no período gestacional. Os objetivos específicos foram conceituar o melasma, apresentando as suas causas e manifestações cutâneas; apresentar os fatores de risco que determinam a ocorrência de melasma, apontar os cuidados preventivos que podem ser realizados para prevenir e tratar o melasma no período gestacional. Foi uma pesquisa construída por meio da revisão de literatura. Concluiu-se que o melasma pode afetar a pele da maioria das gestantes, sendo que as formas terapêuticas existentes, e possíveis de serem utilizadas no período gestacional, incluem cremes despigmentantes, tratamentos a laser, entre outros recursos estéticos.

19

Palavras-chave: Melasma. Gestação. Tratamento.

ABSTRACT

Melasma is a hyperpigmentation that is characterized by dark and asymmetrical spots, being difficult to treat, which can affect the skin of pregnant women, causing impacts on their self-esteem. For this reason, this study approached the theme, having as general objective, to know the existing therapeutic approaches for the treatment and prevention of melasma in the gestational period. The specific objectives were to conceptualize melasma, presenting its causes and cutaneous manifestations; present the risk factors that determine the occurrence of melasma, point out the preventive care that can be performed to prevent and treat melasma in the gestational period. It was a research built through the literature review. It was concluded that melasma can affect the skin of most pregnant women, and the

¹ Acadêmica do Curso de Farmácia do Centro Universitário Filadelfia - UniFil. E-mail: alessandra_sumioshi@hotmail.com. Autora para correspondência

² Docente do Curso de Farmácia do Centro Universitário Filadelfia - UniFil. E-mail: mylena.costa@unifil.br

³ Docente do Curso de Farmácia do Centro Universitário Filadelfia - UniFil. E-mail: claudia.silva@unifil.br

existing therapeutic forms, and possible to be used during pregnancy, include depigmenting creams, laser treatments, among other aesthetic resources.

Keywords: Melasma. Gestation. Treatment.

INTRODUÇÃO

A pele das mulheres passa por mudanças durante as diversas fases da vida, especialmente no período gestacional, onde podem surgir manchas conhecidas como melasma. Neste sentido, Purim e Avelar (2012) comentam que neste período é normal que aconteça alguma alteração pigmentar, porque as gestantes passam por momentos de mudanças fisiológicas e patológicas. Pesquisas apontam que cerca de 70% das mulheres podem sofrer com uma hiperpigmentação conhecida como melasma (cloasma, máscara ou pano gravídico).

A classificação clínica do melasma indica que ele pode acometer três áreas da pele humana, manifestando-se por meio de tipos como o centro facial e periférico. O primeiro abrange as áreas frontal, nasal, malar, labial superior e inferior e mentoniana, enquanto o segundo tipo compreende as regiões temporais, preauriculares e ângulo da mandíbula. Também existem formas mistas de melasmas (TAMEGA *et al.*, 2013).

Ainda que esta patologia não apresente sintomas que causem sofrimento físico, como dor, coceira ou ardência, são reconhecidas por afetar a qualidade de vida dos pacientes, devidos as implicações emocionais que produz, especialmente quando acomete as mulheres (SCHAEFER, 2018). Devido à questão estética, são elas que mais fazem uso dos procedimentos dermatológicos, demonstrando que a pigmentação na face constitui-se em motivo de grande preocupação e insatisfação (KEDE; SABATOVICH, 2009).

Por se tratar de uma patologia de difícil tratamento, a prevenção ainda é o meio mais indicado para evitar o surgimento destas alterações pigmentares, principalmente no caso do uso de protetor solar (SCHAEFER, 2018; MIOT *et al.*, 2009). Contudo, este recurso protege a pele no lado externo, mas não apresenta impacto algum no âmbito interno, onde realmente ocorrem as alterações hormonais típicas do período gestacional (PURIM; AVELAR, 2012).

Frente ao exposto, este estudo realizou uma revisão bibliográfica sobre a incidência de melasma no período gestacional, no intuito de conhecer ações terapêuticas que possam ser utilizadas para prevenir e tratar esta hiperpigmentação.

O objetivo principal deste estudo foi abordar as terapêuticas existentes para tratamento e prevenção do melasma no período gestacional, conceituando sobre melasma, apresentando as suas causas e manifestações cutâneas, apresentar os fatores de risco que determinam a ocorrência de melasma, apontar os cuidados preventivos que podem ser realizados para prevenir e tratar o melasma no período gestacional.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada baseou-se em revisão de literatura do ano de 2003 a 2018, no qual se desenvolveu o fichamento de toda a literatura básica e especializada, documentos e a revisão do tema proposto.

No desenvolvimento do trabalho realizou-se pesquisas em internet, livros, artigos de periódicos científicos e jornais relacionados a ocorrência de melasma no período gestacional, onde houve análise de diversas referências bibliográficas pertinentes, que nortearam o presente trabalho, visando o claro entendimento do leitor.

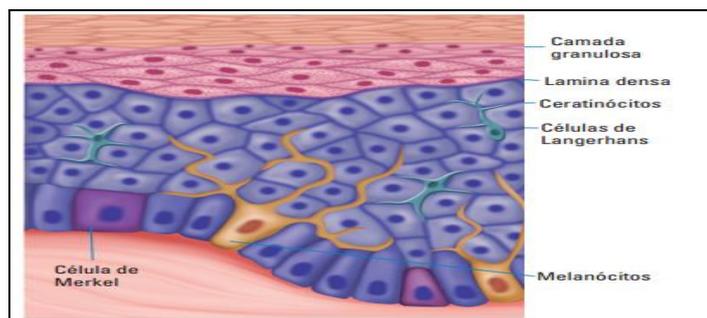
As palavras que auxiliaram nessa busca foram: melasma; gestação; tratamento; prevenção; alterações pigmentares; patologias.

DESENVOLVIMENTO

A Pele Humana e os Melanócitos

A pele humana é formada por três camadas: epiderme, derme e hipoderme. A primeira camada está no nível mais superficial e possui como principal função a proteção da pele frente aos fatores extrínsecos aos quais ela fica exposta diariamente, como o tabagismo, raios solares e poluição. Esta camada é composta por cinco camadas, sendo elas o estrato germinativo, espinhoso, granuloso, lúcido e córneo (NICASTRI, 2012; CESTARI, 2012), como revela a figura 1:

Figura 1 - Disposição dos melanócitos na epiderme



Fonte: Cestari (2012, p. 11).

É na camada granulosa que se formam os melanócitos, células dendríticas de origem neuroectodérmica, onde, através de estruturas intracitoplasmáticas específicas conhecidas como melanossomas, são capazes de sintetizar e armazenar a melanina, o pigmento que determina a cor da pele e também se encarrega de absorver a radiação ultravioleta (NICASTRI, 2012).

A melanina é essencial na determinação da cor do cabelo e da pele. A melanina é responsável por absorver a luz ultravioleta (UV), além de possibilitar proteção contra lesões ocasionadas pela ação da luz e espécies reativas como os radicais livres produzidos e por exposição ao UV. Em níveis adequados de melanina, a pele é beneficiada. Porém, sua produção exagerada causa acúmulo na pele, provocando hiperpigmentação adquirida, que envolve por exemplo, manchas de idade, melasma e sardas (BARBOSA; GUEDES, 2018).

Sendo assim, as hiperpigmentações que ocorrem na pele dependem de alterações nos melanócitos para se tornarem visíveis, como no caso das manchas acastanhadas conhecidas como melasma (CESTARI, 2012; MIOT *et al.*, 2009)..

Melasma: Conceito Geral

Segundo informações trazidas pela literatura, o melasma pode ser descrito como uma dermatose comum, responsável por causar alterações na cor da pele normal, principalmente nos indivíduos do sexo feminino e que possuem pele clara. Acredita-se que sua incidência ocorra em virtude da hiperatividade melanocítica focal epidérmica de clones de melanócitos hiperfuncionantes, com consequente

hiperpigmentação melânica induzida, especialmente, pela radiação ultravioleta (MIOT *et al.*, 2009; HANDEL, 2013; URASAKI, 2010).

Melasma é uma dermatose que altera a cor da pele normal e resulta do aumento da atividade dos melanócitos, com consequente hiperpigmentação, principalmente devido à radiação ultravioleta. É caracterizado por máculas acastanhadas, simétricas e de contornos irregulares (POZZA; PEREIRA; MILREU, 2013, p. 54).

Esta desordem na pigmentação da pele dá origem as manchas hipercondrias cutâneas, provenientes de uma produção excessiva de melanina, que contrasta com regiões adjacentes, fazendo com que aconteçam diferenças de tonalidade por concentração localizada de pigmentos (KEDE; SABATOVICH, 2009; MIOT *et al.*, 2009).

Clinicamente, o melasma pode ser percebido por meio das manchas acastanhadas geralmente localizadas na face, ainda que também possam ocorrer em outras partes do corpo, como a região cervical, torácica anterior e membros superiores fotoexposição (MIOT *et al.*, 2009).

Tais alterações pigmentares também são observadas em mulheres que estão no período fértil e as populações com pele mais clara, como os asiáticos, por possuírem resistência a fotoexposição. Ainda que boa parte da fisiopatogenia do melasma ainda não tenha sido profundamente estudada, constata-se que existem diversos fatores envolvidos da sua ocorrência, sendo a exposição solar apenas um deles (MIOT *et al.*, 2009; URASAKI, 2011). Na sequência são trazidos os fatores de risco que podem contribuir para aumentar as chances de ocorrência de melasmas.

Fatores de Risco que Contribuem para a Ocorrência de Melasma

Conforme abordado anteriormente, as causas precisas do melasma ainda são desconhecidas, mas já é possível definir alguns fatores desencadeantes, sendo os principais a exposição solar, alterações hormonais e gravidez (MIOT, *et al.*, 2009; URASAKI; MANDELBAUM, BARRETO, 2012; HEXSEL *et al.*, 2014).

Outros fatores de risco que podem cooperar para que esta dermatose se manifeste são: fatores genéticos, alimentação, ocorrência de tumores ovarianos, parasitoses intestinais, hepatopatias, indivíduos que passam por terapia de

reposição hormonal, uso de cosméticos, medicamentos fotossensibilizantes, processos inflamatórios da pele e a presença do estresse (MIOT *et al.*, 2009; TAMEGA *et al.*, 2013; URASAKI, 2011; HANDEL, 2013).

Constata-se ainda que existe relação entre o melasma e fatores de risco como a história familiar, confirmando que a predisposição genética influencia em 40% dos casos de pessoas acometidas por melasmas, conforme pesquisas realizadas com a população predisposta (HANDEL, 2013). Sendo a gravidez um dos principais fatores de risco para o surgimento de melasmas, este é o tema tratado a seguir.

Etiopatogenia do Melasma

A etiopatogenia ainda não está bem esclarecida. Diversos fatores têm sido apontados em sua gênese, mas a exposição à radiação ultravioleta (UV) está entre as mais observadas, visto que as manchas são mais evidentes nos períodos ensolarados do ano (RITTER, 2011).

A localização em áreas fotoexpostas e o aumento da elastose dérmica indicam que a exposição à radiação UV pode ser o principal envolvido e podendo ser até o fator que desencadeia o quadro clínico de melasma (MIOT *et al.*, 2007).

Geralmente o sintoma do melasma é a manifestação de manchas acastanhadas na pele. Não há coceira, ardência ou dor. Além dessas manchas se desenvolverem de uma forma lenta, porém com a exposição solar, elas se acentuam. Há autores que apontam a fisiopatologia do melasma da seguinte maneira:

Existem três padrões de distribuição das lesões do melasma: Padrão centrofacial: corresponde à apresentação mais comum da doença, ocorrendo em cerca de dois terços dos pacientes portadores do melasma. As lesões se estendem da frente, no nariz, em regiões zigomáticas e no mento; Padrão malar: é responsável por 20% dos casos, onde as lesões são limitadas ao nariz e as regiões zigomáticas; Padrão mandibular: ocorre em 15% dos pacientes, com lesões acometendo apenas as regiões mandibulares (KEDE; SABATOVICH, 2009, p. 358).

A produção de melanina ocorre dentro dos melanócitos que estão localizados basicamente na camada basal da epiderme (VIDEIRA, 2013).

Na síntese da melanina, a tirosina sofre atuação da tirosinase e se transforma em L-Dopa (dioxifenilalanina) e depois em Dopaquinona. A partir disso, se ocorrer incorporação da glutatona ou cisteína, a dopaquinona forma feomelanina, e, na ausência da dopaquinona, é formada a eumelanina (MIOT *et al.*, 2009).

A eumelanina absorve os raios ultravioletas (RUV), o que reduz os efeitos nocivos do sol e a feomelanina tem potencial em absorver RUV e gerar radicais livres, o que causa danos ao DNA celular, ocorrendo em pessoas mais claras tem maior risco de desenvolvimento de neoplasias cutâneas relacionadas à exposição solar (MIOT, 2009).

Os RUV, especialmente UVA pode induzir a produção de citocinas melanogênicas e metaloproteinases diretamente a partir dos fibroblastos dérmicos, além da promoção de óxido nítrico sintase induzida e estresse oxidativo local (LEE, 2015). O trabalho publicado por Dong *et al.* (2010) demonstrou que o óxido nítrico aumenta o número de receptores MC1R em cultura de melanócitos de pele de alpacas (*Vicugna pacos*) estimuladas por radiação ultravioleta.

Tsatmali e colaboradores (2000) observaram que o hormônio α -MSH modula a produção de óxido nítrico pelos melanócitos.

A radiação ultravioleta B (UVB) estimula a síntese dos hormônios alfa-estimulante de melanócitos (α -MSH) e adrenocorticotrópico (ACTH), que se ligam ao receptor de melanocortina-1 (MCR-1), induzindo a proliferação de melanócitos e o aumento da produção de melanina (FREITAG, 2007).

Os estrogênios aumentam a vascularização da pele e suprimem a atividade da glândula sebácea e aumenta a atividade das células pigmentares (LIBERMAN, 2008).

O beta estradiol, uma das formas de estrogênio, aumenta os níveis de RNAm (RNA mensageiro) de MC1-R, que é essencial na produção de melanina, o que poderia justificar o papel deste hormônio na pigmentação cutânea (SCOTT, 2002).

A associação da progesterona na pigmentação cutânea ainda não é bem esclarecida, porém, este hormônio encontra-se bastante elevado na gravidez. Alguns estudos mostraram que a progesterona aumenta o número de células e atividade da TYR em melanócitos (TAMEGA, 2015).

O aumento do nível de MSH na gestação ocorre no terceiro trimestre da gestação e os níveis de estrógeno e progesterona aumentam a partir da oitava

semana de gestação e começam a diminuir a partir da trigésima semana, sendo possível a compatibilidade com a evolução da hiperpigmentação (MARTIN; LEAL-KHOURI, 1992).

Melasma no Período Gestacional

O período gestacional é responsável por produzir mudanças na parte hormonal das mulheres, ocasionando manchas conhecida como melasma. Estudos apontam que estas dermatoses podem acometer 75% das gestantes, sendo que a hiperpigmentação se manifesta em 90% delas (URASAKI; MANDELBAUM; BARRETO, 2012; COUTINHO *et al.*, 2012).

Além dos fatores já citados, na gestação destaca-se a questão da predisposição genética, fatores hormonais e estilo de vida, onde são percebidas situações como sedentarismo, inadequação da alimentação e hidratação, exposição solar e cuidados tópicos. Entende-se assim que o estilo de vida de uma gestante pode ser tão determinante para a ocorrência de melasma quanto a alteração hormonal presente neste período (URASAKI, 2018).

O melasma ou mancha gravídica é a mais evidente alteração de pigmentação na gravidez. Apresenta-se como uma mancha acastanhada que afeta, sobretudo os latinos e asiáticos (SABATOVICH, 2010).

Uma pesquisa realizada com 109 mulheres, no ano de 2012, revelou que 73,4% das envolvidas não faziam uso diário de protetor solar, e daqueles que aplicavam o produto, isso ocorria apenas uma vez por dia. O estudo apontou que boa parte deixava de usar o filtro solar por falta de hábito. Ainda que 15,6% das gestantes informaram que faziam uso de outros meios de proteção solar, como óculos de sol, bonés e chapéus, reconhece-se que estes recursos não possuem a mesma eficiência que o filtro solar na prevenção do melasma (PURIM; AVELAR, 2012).

A falta de informação também foi mencionada como um dos aspectos que determinaram para que as gestantes adotassem este estilo de vida, porque ressaltaram que não foram prevenidas sobre tais fatores ou uso de fotoprotetor durante o pré-natal (PURIM; AVELAR, 2012).

Melasma Gestacional: Prevenção

Como apresentado nas etapas anteriores, o melasma no período gestacional é uma alteração pigmentar difícil de ser prevenida, porque não estão associadas apenas a exposição solar, ocorrendo em virtude de vários fatores externos e internos, por exemplo, o uso de anticoncepcionais (URASAKI; MANDELBAUM; BARRETO, 2012).

Ainda que esta dermatose não produza quadros de dor ou que impactem fisicamente a saúde da gestante, entende-se que seus efeitos prejudicam a parte emocional e a qualidade de vida das mulheres. Neste sentido, a principal forma de prevenção continua sendo o uso de filtro solar com fator de proteção de 30, evitando os horários de exposição ao sol entre 10 horas da manhã e 16 horas da tarde, seguindo de reaplicações quando necessários. Podem ser empregados filtros solares dos grupos: salicilatos, antranilatos, cinamatos, benzofenonas e outros, nos quais absorvem as radiações UVA e UVB, oferecendo proteção à gestante (PURIM; AVELAR, 2012; URASAKI; MANDELBAUM; BARRETO, 2012; COUTINHO *et al.*, 2012).

Vale ressaltar que os protetores com valores de FPS maiores que 30 representam, na gravidez, exposição desnecessária, pois possuem mais quantidade de substâncias químicas, sem aumento proporcional da proteção solar (FIGUEIRÓ T. *et al.*, 2008).

Contudo, o filtro solar protege a pele das gestantes apenas na parte externa, sendo necessário rever também o estilo de vida, especialmente naquelas onde a ansiedade se faz presente, porque isso gera estresse e este pode ser um dos fatores que determina a ocorrência de casos de melasmas. Estudos apontam que o cortisol exerce influência na desorganização da produção de melanócitos (HANDEL, 2013).

Entende-se que os altos níveis de estrogênio, progesterona e melanocortina são capazes de promover o desencadeamento do quadro, sendo que, após o parto, ocorre uma diminuição ou desaparecimento da mancha, em virtude dos hormônios estabilizarem novamente, quadro que pode se repetir em futura gravidez (HANDEL, 2013; MIOT *et al.*, 2009; HEXSEL *et al.*, 2014).

O melasma, para 70% das gestantes, costuma desaparecer completamente até um ano após o parto, mas cerca de 30% das mulheres ficam com sequelas desta alteração pigmentar. Isso causa insatisfação com a aparência, levando as pacientes a experimentarem quadro de insatisfação e comprometimento da autoestima, o que pode produzir efeitos na vida pessoal e profissional (MIOT *et al.*, 2009; SHETH; PANDYA, 2011; HANDEL, 2013).

Caso mancha persista é preciso buscar ajuda médica de um profissional dermatologista, o qual pode indicar tratamentos como peelings químicos, uso de laser e cremes a base de hidroquinona, dentre outras opções existentes (SHETH; PANDYA, 2011; HANDEL, 2013; COUTINHO *et al.*, 2012).

Melasma Gestacional: Tratamento

Sobre as formas de tratamento, cabe salientar que muitos profissionais percebem no uso de ativos despigmentantes tópicos uma maneira segura de tratamento, pelo fato deste procedimento se limitar a camada externa da pele. O mesmo não ocorreria se houvesse recomendação de algum tipo de medicação oral, pois, no caso de gestantes, tal sugestão poderia ser prejudicial ao feto. Esta forma de tratamento do melasma age por meio de três etapas distintas: no primeiro momento tem início o clareamento da melanina, seguida pela inibição da função melanócita e, por fim, a destruição dos melanócitos. (RIBEIRO *et al.*, 2010; GAEDTKE, 2011).

Dentre as opções de ácidos possíveis de serem indicadas para tratamento desta hiperpigmentação, existem ainda aquelas consideradas naturais, como o uso de cremes a base de Aloe Vera, também conhecida como Babosa. Um estudo apontou que ela possui propriedades que permitem melhorar gradativamente a mancha, após cinco semanas de uso, além de promover melhora na regeneração da pele e antienvhecimento, devido a sua capacidade de hidratação (GHAFARZADEH; EATEMADI, 2017).

Outra opção de tratamento é o uso de ácido kójico, um despigmentante obtido de forma natural, por meio da fermentação do arroz, sendo reconhecido como um meio de clareamento gradativo, mas que possui propriedades suavizantes. Isso significa que ele age sobre a mancha, sem irritar a pele, como os cremes à base de

hidroquinona. Porém, seu efeito no longo prazo exige reaplicações a cada seis meses (COUTINHO *et al.*, 2012).

O ácido ascórbico mais conhecido como vitamina C apresentam efeitos fisiológicos na pele, dentre eles, a inibição da melanogênese mantendo a melanina em sua forma reduzida e descorada, clareando a pele. Além disto, a vitamina C possui propriedade antioxidante, levando a formação de radicais livres, que são principais responsáveis pelos danos solares e no envelhecimento cutâneo (DALCIN, KB *et al.*, 2003).

Contudo sua estabilidade química é limitada em formulações tópicas, pois possui dificuldade de penetração cutânea e por sofrer oxidação em soluções aquosas. Por essa razão, a melhor escolha é o uso de fosfato de ascorbil magnésio (VC-PMG), um complexo de vitamina C, estável em soluções aquosas e com capacidade de penetrar a pele, liberando a vitamina intacta. Na prática, seu potencial de clareamento da pele é mais leve, e o melhor emprego no melasma é na fase de manutenção ou em combinação com outros despigmentantes. Seu uso é totalmente seguro durante a gravidez (COUTINHO *et al.*, 2012; FIGUEIRÓ *et al.*, 2008).

Os alfa-hidroxiácidos (AHA) ocorrem naturalmente em frutas, cana-de açúcar e iogurte e incluem o ácido glicólico, o ácido lático, o ácido málico, ácido tartárico e ácido cítrico. Destes, os mais frequentes utilizados em preparações cosméticas são os ácidos glicólico e lático. Aplicados sobre a pele reduz a espessura do estrato córneo, estimula a proliferação celular e a síntese de colágeno, resultando na melhora da textura da pele, bem como da hiperpigmentação. Os AHAs com pH menor ou igual a 3,5 e concentração menor ou igual a 10% são seguros para uso na gestação (FIGUEIRÓ *et al.*, 2008; GAEDTKE, 2011; SHTH; PANDIA, 2011).

O SkinWhiteningComplex® (SWC) tem como componentes: extrato de uva ursi, biofermentado de *Aspergillus* spp, extrato de grapefruit e extrato de arroz, possui ação clareadora e estende-se aos vários níveis da cadeia de formação da melanina, com eficácia comprovada em estudos *in vitro* e *in vivo*. Foi clinicamente testado por dermatologistas da Escola Paulista de Medicina. Não é irritante para a pele e pode ser utilizado em gestantes e lactentes (COUTINHO *et al.*, 2012).

O ácido azeláico é eficiente no tratamento de hiperpigmentação pós-inflamatória e melasma. Atua por meio de fraca inibição da tirosinase. A diminuição

da hiperpigmentação desse ativo é equivalente à hidroquinona a 4%, e possui vantagem em não agir nos melanócitos normais e fibroblastos. Os resultados ocorrem após quatro semanas de tratamento. Não há efeitos tóxicos em relação à fertilidade, embriotoxicidade e teratogenicidade em animais experimentais, sendo prescrito durante a gravidez e lactação, embora uma concentração mínima desse ativo possa ser excretada no leite (COUTINHO *et al.*, 2012; FIGUEIRÓ *et al.*, 2008; GAEDTKE, 2011).

Inúmeras drogas apresentam efeito teratogênico comprovado. Em dermatologia, os retinóides são drogas formalmente contraindicadas para gestantes. Estes parecem atuar durante toda a gravidez, aumentando o risco de hidrocefalia, microftalmia e uma série de outros defeitos congênitos. Outros ativos despigmentantes são contra indicados no período gestacional (FIGUEIRÓ *et al.*, 2008; NOGUEIRA *et al.*, 2005).

A hidroquinona possui capacidade de bloquear a tirosinase, diminuindo a conversão de Dopa em melanina. Outros mecanismos de ação possíveis do ativo são a destruição dos melanócitos, degradação dos melanossomos e inibição da síntese de DNA e RNA. Quando associada com tretinoína e corticóides, tem sua potência aumentada e irritação diminuída, sendo contraindicada durante a gestação. (COSTA *et al.*, 2010).

Tal procedimento tem relevância quando considerado o impacto que o melasma produz na saúde emocional da gestante, onde é capaz de atingir de forma negativa a qualidade de vida, o que motiva a procura do dermatologista. Pacientes em tratamento demonstram que sofrem com sentimentos como vergonha, baixa autoestima, anedonia, falta de motivação para sair de casa e insatisfação (HANDEL, 2013).

Após a gravidez poderá ocorrer regressão da hiperpigmentação, por isso alguns médicos optam em esperar o desmame para se instituir qualquer tratamento, enquanto outros profissionais iniciam um tratamento com algumas substâncias clareadoras como ácido glicólico, ácido azelaico, vitamina A e ácido kójico (COUTINHO *et al.*, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo tratou sobre o melasma na gestação, procurando demonstrar os fatores de risco existentes para a sua ocorrência em gestantes, bem como as formas de prevenção e controle possíveis de serem adotadas.

Sabendo-se que se trata de um tema que ainda precisa de muita investigação científica para ter a sua, pode-se concluir que o melasma gestacional se difere daquele causado unicamente pela fotoexposição, pelo fato de se tratar de uma mancha que decorre de uma alteração hormonal.

Contudo, é importante que as gestantes tenham o hábito de usar filtro solar de ampla proteção durante o período gestacional, reaplicando-o diversas vezes ao dia. Também é importante considerar o estilo de vida, porque nele se escondem a má alimentação e hidratação, uso de contraceptivos orais, estresse e ansiedade, fatores que contribuem para o surgimento de melasmas na gravidez.

O papel do farmacêutico é extremamente importante neste contexto, o profissional deve orientar as gestantes sobre o uso de fármacos durante a gravidez, pois alguns fármacos podem ser prejudiciais tanto para a formação do feto, quanto para a mãe. Portanto, o farmacêutico deve conscientizar as gestantes a priorizar sua saúde e a do bebê.

Nessa perspectiva, o emprego de medidas simples pode auxiliar a saúde e bem estar da paciente. No período gestacional, o ideal é evitar procedimentos e produtos de maior eficácia para evitar riscos à mãe e ao feto.

Acredita-se que tais informações são relevantes e podem ser transmitidas durante o pré-natal, para evitar que as gestantes sofram com sentimentos como baixa autoestima e isso acarrete em depressão pós parto.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, Kledson Lopes; GUEDES, Monique Ribeiro Mota. Melasma: tratamento e suas implicações estéticas. **Infarma Ciências Farmacêuticas**, v.30, n.2, 2018. Disponível em: <http://oaji.net/articles/2017/3425-1535639771.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2020.
- CESTARI, Silmara da Costa Pereira. **Dermatologia pediátrica**. São Paulo: Atheneu, 2012.
- COSTA, Adilson *et al.* Associação de emblica, licorice e belides como alternativa à hidroquinona no tratamento clínico do melasma. **An. Bras. Dermatol**, v. 85, n. 5, p. 613-620, 2010.
- COUTINHO, G. L. S., *et al.* Prescrição de produtos dermocosméticos durante a gravidez. **Ciência e Saúde**; v. 5, n. 1, p.16-25, 2012.
- DALCIN, KB; SCHAFFAZICK, SR; GUTERRES, SS. Vitamina C e seus derivados em produtos dermatológicos: aplicações e estabilidade. **Caderno de Família**. v.19, n. 2, p.69-79, 2003
- GAEDTKE, Graciela Neumann. Abordagem terapêutica do melasma na gestação – revisão bibliográfica. 2011. 22 f. **Monografia** (Trabalho de Conclusão de Curso) - Curso de Medicina Estética, Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, 2011.
- GHAFFARZADEH, Masoumeh; EATEMADI, Ali. Clinical efficacy of liposome-encapsulated Aloe vera on melasma treatment during pregnancy. **Journal of Cosmetic and Laser Therapy**, v. 19, n. 3, p. 181-187, 2017.
- HANDEL, Ana Carolina. Fatores de risco para melasma facial em mulheres: um estudo de caso-controle. 2013. 100 f. **Dissertação (Mestrado)** - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista - UNESP, Botucatu, 2013. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/108638/000759919.pdf?sequenc e=1>. Acesso em: 24 mar. 2020.
- HEXSEL, D. *et al.* Epidemiology of melasma in Brazilian patients: a multicenter study. **Int J Dermatol** [serial on the Internet]. v. 53, n. 4, p. 440-4, 2014.
- KEDE, M. P. V.; SABATOVICH, O. **Dermatologia Estética**. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte: Atheneu, 2009.
- LEE AY. Recent progress in melasma pathogenesis. **Pigment Cell Melanoma Res.** v. 28, n. 6, p. 648-60, 2015.
- MARTIN, A. G.; LEAL-KHOURI, S. Physiologic skin changes associated with pregnancy. **International Journal of Dermatology**, v.31, p. 375–378, 1992.

MIOT, Luciane Donida Bartoli, *et al.* Fisiopatologia do melasma. **Anais Brasileiros de Dermatologia**. v. 84, n. 6, p. 623-35, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abd/v84n6/v84n06a08.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2020.

NICASTRI, A. L **Avanços Em Cosmiatria**. São Paulo: LMP Editora, 2012.

NOGUEIRA VARELLA. Dermatologia e gestação. **An. Bras. Dermatol**, Rio de Janeiro, v.80 n.2, mar./apr. 2005.

POZZA, G.; PEREIRA, M. S. F. F.; MILREU, P. G. de A. Recursos estéticos aplicados aos tratamentos faciais. São Paulo: **Pearson Education do Brasil**, 2013.

PURIM, Kátia Sheylla Malta; AVELAR, Maria Fernanda de Santana. Fotoproteção, melasma e qualidade de vida em gestantes. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v. 34, n. 5, p. 228-34, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v34n5/07.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2020.

RIBEIRO, Cláudio. **Cosmetologia aplicada a dermatologia**. 2.ed. São Paulo: Phamabooks, 2010.

SCHAEFER, Luiza Vasconcelos. Estudo proteômico do melasma facial em mulheres. 2018. 79 f. **Dissertação (Mestrado)** - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu. São Paulo, 2018. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/152775/schaefer_lv_me_bot.pdf?sequence=3. Acesso em: 09 mar. 2020.

SHETH, V.M.; PANDYA, A.G. Melasma: a comprehensive update: part I. **J Am Acad Dermatol**, v. 65, n. 689-97, 2011.

TAMEGA, Ade.A, *et al.* Clinical patterns and epidemiological characteristics of facial melasma in Brazilian women. **J Eur Acad Dermatol Venereol**. v. 27, p. 151-6, 2013.

TAMEGA Ade.A, *et al.* Gene and protein expression of oestrogen- β and progesterone receptors in facial melasma and adjacent healthy skin in women. **Int J Cosm Sci**. v. 37, n. 2, p. 222-28, 2015.

URASAKI, Maristela Belletti Mutt. Alterações fisiológicas da pele percebidas por gestantes assistidas em serviços públicos de saúde. **Acta Paul Enferm**, v. 23, n. 4, p. 519-25, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n4/12.pdf> . Acesso em: 15 mar. 2020.

URASAKI, Maristela Belletti Mutt. Conhecimento, atitude e prática da equipe de saúde sobre melasma na gravidez. **Av Enferm**. v. 36, n. 1, p. 40-49, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v36n1/0121-4500-aven-36-01-00040.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2020.

URASAKI, Maristela Belletti Mutt; MANDELBAUM, Maria Helena Sant Ana;
BARRETO, Carina Pinheiro. Manchas na pele em mulheres no ciclo gravídico
puerperal. **Rev. Enferm.** UERJ, Rio de Janeiro, v. 20, n. esp., p. 561-6, dez. 2012.

VIDEIRA IFS, Moura DFM, MAGINA S. Mechanisms regulating melanogenesis. **An
Bras Dermatol.**, v.88, n. 1, p. 76- 83, 2013.