

Artigo de opinião de Rita Gerardo e Lígia Fernandes  
Comissão de Alergologia Respiratória da Sociedade Portuguesa de Pneumologia

**Dia da Grávida assinala-se a 9 de setembro**

## **Asma e Gravidez**

**“O mau controlo da asma acarreta muito maior risco para a saúde e vida do feto do que o tratamento da asma por si só”**

A asma é uma doença comum caracterizada por inflamação crónica e obstrução transitória e potencialmente reversível das vias aéreas. A obstrução é variável e frequentemente reversível, quer espontaneamente quer após recurso a medicação. Manifesta-se geralmente por sinais e sintomas respiratórios típicos: sensação de falta de ar (dispneia), pieira (chamado pelos doentes como “gatinhos”), tosse - geralmente seca - e sensação de aperto no peito (opressão torácica) que podem variar na frequência e em intensidade ao longo do tempo.

Os sintomas estão relacionados com a limitação variável do fluxo aéreo expiratório, isto é, com a capacidade de os pulmões libertarem o ar, devido a broncoconstricção (estreitamento das vias aéreas), espessamento da parede das vias aéreas e aumento da produção de muco. Um dado importante é que as crises de asma (ou exacerbações) são episódicas apesar da inflamação permanecer (é crónica). Estima-se que a asma atinja cerca de 235 milhões de indivíduos a nível mundial e é calculada em 600 mil na população portuguesa de acordo com o Inquérito Nacional de Doenças Respiratórias.

O controlo da asma geralmente altera-se durante a gravidez. Cerca de um terço das mulheres sofrem agravamento dos sintomas, em um terço verifica-se melhoria dos sintomas e um terço das grávidas mantem a asma estável. As exacerbações (ou crises de asma) são mais comuns durante a gravidez, principalmente no 2º trimestre.

As exacerbações e o mau controlo da doença durante a gravidez podem ser devidos quer a fatores mecânicos e/ou hormonais quer à interrupção ou redução da medicação habitualmente administrada devido a receios da grávida ou do médico assistente. As mulheres grávidas parecem estar particularmente suscetíveis a infeções por vírus respiratórios. As crises e o mau controlo da asma estão associados a maiores riscos para o bebé (parto pré-termo, baixo peso ao nascer ou mortalidade peri-natal) e para a mãe (pré-eclâmpsia). Se a asma estiver bem controlada durante a gravidez o risco de complicações maternas e/ ou fetais é praticamente inexistente.

O tratamento da asma durante a gravidez deve ser igual ao utilizado previamente. Apesar da preocupação com a medicação para a asma durante a gravidez, os riscos para a saúde da mãe e do feto pela presença de asma não controlada são muito maiores do que os potenciais efeitos adversos da medicação usada para tratar e controlar a doença.

A utilização de corticoterapia inalada, broncodilatadores (do grupo  $\beta$ 2 agonistas), montelucaste e teofilina não está associada a maior incidência de malformações no feto. A corticoterapia inalada durante a gravidez previne o desenvolvimento de crises e a interrupção desta medicação é um fator de risco importante para o aparecimento das mesmas. Apesar da falta de evidência de efeitos adversos da medicação da asma na gravidez, muitas mulheres e médicos referem reservas quanto à medicação.

O mau controlo da asma e a presença de exacerbações acarretam muito maior risco para a saúde e vida do feto do que o tratamento da asma por si só. Dito de outro modo, é mais seguro para as mulheres grávidas tomarem a medicação para a asma, do que ter sintomas da doença ou exacerbações. As puérperas e mães a amamentar também devem manter a terapêutica habitual da asma durante o período de amamentação. A abstinência tabágica durante toda a gravidez é fortemente recomendada, tendo em conta que predispõe ao aparecimento de asma na criança.