

COMENTÁRIO EDITORIAL

Uso de medicamentos para doenças cardiovasculares durante a gravidez

Cláudia Maria Vilas Freire*

A doença cardiovascular na idade procriativa não é muito frequente, calcula-se que de 1 a 3% das mulheres em idade procriativa têm cardiopatia. Apesar dessa prevalência relativamente baixa, as complicações cardiovasculares são a principal causa de mortalidade materna indireta, isto é, causa não obstétrica, em países desenvolvidos e em desenvolvimento. Já as doenças hipertensivas são responsáveis por uma proporção elevada das causas de mortalidade materna direta no Brasil e em países em desenvolvimento. De acordo com a ONU, a mortalidade materna caiu cerca de 44% no período de 1990-2015. Dos nove países que conseguiram alcançar a meta de redução em pelo menos 75% desse índice, dois são países de língua portuguesa: Timor Leste e Cabo Verde. Os demais países em desenvolvimento tiveram progressos, mas não alcançaram essa meta. A mortalidade materna sempre foi considerada um dos melhores indicadores de saúde de uma população e, por isso, a grande importância de ações que promovem a melhora desse marcador (1-3).

Não levando em consideração a hipertensão arterial, as valvulopatias de etiologia reumática ainda são as cardiopatias mais presentes nas séries brasileiras e em países como Moçambique. Entretanto, dados populacionais ainda são escassos em populações de línguas portuguesas, com publicações isoladas ou citações em relatórios de saúde pública dos oito países de língua portuguesa (Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique, Portugal, São Tomé e Príncipe e Timor Leste). Além das cardiopatias adquiridas, a melhora dos tratamentos das cardiopatias congênitas, especialmente o cirúrgico, vem propiciando o aumento do número de mulheres com cardiopatias congênitas em idade procriativa. Esse cenário aumenta o desafio do cuidado com essas pacientes durante a gravidez e lactação. A

evidência científica rigorosa, usual para aprovação de tratamentos fora da gestação, isto é, demonstrada por ensaios clínicos usando grupos controle, randomizados e duplo cegos são praticamente inexistentes para esse grupo de pacientes. Assim, a evidência de efetividade e segurança do uso de medicações no período gravídico e de lactação habitualmente são avaliadas *ex post facto*, isto é, um número de crianças após serem identificadas com um defeito congênito não usual, vai ser relacionada ao uso da droga durante a gestação. A investigação sobre teratogenicidade é sempre retrospectiva, pois está sujeita a muitos fatores de confusão, como a infecção intrauterina ou doenças maternas. Apesar de todas as exposições, apenas 2 a 3% de todas as anomalias congênitas estão relacionadas à exposição a drogas (1,4,5).

Em fevereiro deste ano a publicação de Halpern et al. no JACC (6) apresentou de forma didática e organizada, dados atualizados sobre o uso de drogas nas várias formas de cardiopatias que podem necessitar tratamento no período da gravidez e amamentação. Apesar de todas as dificuldades que este tema envolve, os autores reuniram 168 referências atualizadas. O artigo é de grande relevância para todos os profissionais envolvidos na atenção a essas pacientes, isto é, cardiologistas, obstetras, neonatologistas e médicos de cuidados primários.

Após o desastre da talidomida, o FDA categorizou as medicações quanto ao risco de teratogenicidade em classes ABCDX e, por cerca de mais 30 anos essa classificação foi utilizada na escolha de medicações cardiovasculares na gestação e sujeita a muitas interpretações errôneas. Em 2015, essa classificação foi substituída por uma nova regra: *Pregnancy and Lactation Labeling Rule* (PLLR) (4,7,8) onde textos completos das informações sobre uso das medicações, não só na gestação como

*Mestre e Doutora em Clínica Médica pela UFMG; Coordenadora do Ambulatório de Cardiopatia e Gravidez do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da UFMG; Cardiologista e Ecocardiografista titulada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia; Ecografista Vascular titulada pelo Colégio Brasileiro de Radiologia. E-mail: claudiavilasfreire@gmail.com

também na lactação, tornaram as informações mais claras e, conseqüentemente, menos confusas. Os autores relatam inicialmente as alterações cardiovasculares e farmacocinéticas durante a gravidez e lactação e informam as bases atualizadas e mais consistentes sobre o uso das medicações cardiovasculares. Em seguida, abordam o tratamento da maioria das cardiopatias e síndromes clínicas cardiovasculares que necessitam do uso de drogas nesse período de forma sumária, mas bem abrangente. O artigo menciona também cardiopatias atuais como aquelas mulheres que engravidam após transplante cardíaco e o uso de medicações que mudaram a mortalidade das grávidas portadoras de hipertensão pulmonar.

A clareza da ilustração presente no artigo, que de maneira singela, conseguiu reunir as melhores infor-

mações sobre a segurança de drogas cardiovasculares na gravidez, lactação e no tratamento de cardiopatias fetais. A ilustração é de grande utilidade a todos os profissionais da área de atuação, na escolha de substâncias mais seguras (6,8).

A maioria dos países de língua portuguesa se encontra dentro do conceito de países em desenvolvimento ou recentemente industrializados. Essa publicação sobre um tema diretamente relacionado a saúde materna e da criança é de grande relevância para nossos países que ainda lutam para melhoria dos índices de desenvolvimento social. Sabidamente cerca de 32% das cardiopatas que engravidam usam medicações durante a gestação, por isso são bem-vindas as publicações de qualidade que ajudem no cuidado das gestantes cardiopatas (9).

REFERÊNCIAS

1. Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2014 September 13; 384(9947): 980-1004.
2. Tedoldi CL, Freire CMV, Bub TF et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia para Gravidez na Mulher Portadora de Cardiopatia. *Arq Bras Cardiol*. 2009;93(6 supl.1):e110-e178.
3. Regitz-Zagrocek V, Ross-Hesselink JW, Bauersachs J et al. 2018 ESC Guidelines for the Management of Cardiovascular Diseases During Pregnancy. *European Heart Journal*, Volume 39, Issue 34, 07 September 2018, Pages 3165-3241.
4. Brucker MC, King TL. The 2015 US Food and Drug Administration Pregnancy and Lactation Labeling Rule. *J Midwifery Womens Health* 2017;00:1-9.
5. Martins LC, Freire CMV, Capuruçu CAB et al. Predição de Risco de Complicações Cardiovasculares em Gestantes Portadoras de Cardiopatia. *Arq Bras Cardiol*. 2016; 106(4):289-296
6. Halpern DG, Weinberg CR, Pinnelas R et al. Use of Medication for Cardiovascular Disease During Pregnancy: JACC State-of-the-Art Review. *J Am Coll Cardiol* 2019;73:457-76
7. Serpa Osorio-de-Castro CG, Paumgartten FJR, Silver LD. O uso de medicamentos na gravidez. *Ciênc. saúde coletiva* vol.9 no.4 Rio de Janeiro Oct./Dec. 2004
8. Food and Drug Administration. Federal Register. Content and format of labeling for human prescription drug and biological products; requirements for pregnancy and lactation labeling. 79 FR 72063 [on-line]. *Federal Register* 2014;79(9233 Pt. 2):72064-72102. <https://www.federalregister.gov/documents/2014/12/04/2014-28241/content-and-format-of-labeling-for-human-prescription-drug-and-biological-products-requirements-for#citation-3-p72066>. Accessed September 11, 2016.
9. Ruys TP, Maggioni A, Johnson MR, et al. Cardiac medication during pregnancy, data from the ROPAC. *Int J Cardiol*. 2014 Nov 15;177(1):124-8.