

A GRAVIDEZ E O PARTO NAS CARDÍACAS

LUIZ V. DÉCOURT

Docente-Livre de Clínica Médica da Universidade de S. Paulo

SUMÁRIO

- I) A GRAVIDEZ E O CORAÇÃO NORMAL.
- II) A GRAVIDEZ E O CORAÇÃO DOENTE.
 - a) O casamento.
 - b) A possibilidade da gravidez.
 - c) A manutenção da gravidez.
 - d) Os elementos de apreciação.
 - e) A conduta terapêutica.
 - f) A interrupção da gravidez.
- III) O PARTO.
 - a) Parto normal e métodos de intervenção.
- IV) A ESTERILIZAÇÃO.
- V) O ALEITAMENTO E O PUERPÉRIO.

O problema da gravidez nas mulheres cardíacas é um dos mais delicados e importantes da cardiologia, da obstetrícia e, mesmo, de toda a medicina. Ele não só envolve questões sentimentais e morais, como apresenta enorme interesse social, dada a grande frequência das cardiopatias, em todo o mundo. Se as moléstias cardíacas já representam um capítulo extremamente importante, quando consideradas socialmente, dada a relativa invalidez do doente, que dizer delas, quando interferem com a gravidez e com a prole, anulando ou afastando uma das principais finalidades do casamento?

Há um relevo todo particular nesse problema. Relevo que explica o carinho e o cuidado com que tem sido estudado esse assunto em todos os países.

Trata-se, logicamente, de um tema delicadíssimo. Não existem regras absolutas, nem princípios imutáveis, que sirvam como guias. *Na maioria dos casos, são o bom senso do médico e o seu elevado critério moral, que irão decidir a questão.* Mas, para que a sua conduta seja lógica, diante de um caso concreto, são necessários certos conhecimentos gerais, que, embora inconstantes, servirão de amparo e de orientação, como uma base muito ampla.

Antigamente, todas as cardíacas deveriam ter suas esperanças limitadas. Vigorava, como uma lei, o velho aforismo de PETER: *“jeune fille, pas de mariage; jeune femme, pas d'enfantement; jeune mère, pas d'allaitement”*. E, com ele, a proibição do casamento, das relações sexuais, das gravidezes, criando problemas nos seios

dos lares e da sociedade. Toda a cardíaca grávida era levada ao abortamento, pelo temor de complicações irreduzíveis.

Pouco a pouco, porém, a situação mudou. A colaboração estreita, íntima, entre o parteiro e o cardiologista, produziu resultados brilhantes e convincentes. O temor de ontem, transformou-se na prudência de hoje; as regras absurdas antigas, no "controlle" inteligente atual e, com ele, a esperança e a possibilidade, para as cardíacas que desejam ser mãis.

E' um terreno dos mais atraentes da cardiologia e onde as maiores conquistas se fizeram pouco a pouco. E' justo, é dever nosso mesmo, antes de entrarmos no verdadeiro estudo do problema, citarmos o nome do Prof. LEMOS TORRES, ainda tão vivo entre nós, como um dos pioneiros nesse combate pela humanidade e pela razão. Associado ao Prof. BRIQUET, outro espírito de escol, batalhou sem descanso pela implantação da verdade. E dele, de sua Escola, partiram os primeiros trabalhos documentados sobre a questão.

A GRAVIDEZ E O CORAÇÃO NORMAL

Antes de passarmos às relações entre a gravidez e as cardiopatias, necessário se torna um pequeno esboço das alterações que aquela provoca, mesma nas pessoas normais.

Na gravidez, *há um aumento do trabalho cardíaco*. Tal fato já fora suspeitado há muito. As cardíacas, ou apresentavam um primeiro surto de hipossistolia, nessa fase, ou, então, pioravam extraordinariamente de um quadro já existente.

Os trabalhos modernos, vieram, de fato, positivar essas idéias. Nas mulheres normais, observa-se *a partir do fim do 4.º mês, um aumento do volume sistólico, da velocidade e da quantidade do sangue circulante. Há, portanto, uma sobrecarga para o coração.*

Não está ainda esclarecida a verdadeira causa desse fato. Vários processos têm sido descritos, mas poucos foram positivados.

Assim, pensou-se no *peso do feto*, o que não parece ser exato.

Pensou-se, também, no *aumento da rede sanguínea do útero*, assim como na *pressão exercida, pelo órgão aumentado, sobre os vasos pélvicos*. São, sem dúvida, elementos valiosos, mas que não explicam todo o quadro.

Alterações vasculares, funcionais ou orgânicas, pressão mecânica do útero crecido, estados toxêmicos, foram hipóteses aventadas, mas dificilmente avaliadas.

As *necessidades do ovo*, não parecem ser de intensidade tal, que produzam um acentuado aumento do trabalho cardíaco.

Encontramos, na gravidez, *um aumento do metabolismo basal*. Este, também, não está bem explicado. As alterações respiratórias, as exigências fetais, talvez intervenham, mas, deve-se lembrar ain-

da a existência de *alterações tireoidianas*, com surtos de hiperfunções glandulares durante a gestação.

Embora a intimidade do processo nos escape, pode-se concluir, com segurança, pela existência de *um aumento do trabalho cardíaco durante a gravidez*. Ora, se há um excesso de exigências, é óbvio que o coração recorrerá à sua força de reserva. Desse modo, *ele trabalhará mais próximo do limiar de sua capacidade funcional*. Logicamente, *se por condições anteriores, já uma parte da força de reserva fora utilizada, ou seja, se o órgão doente já estivesse agindo com o "máximo" que podia produzir, esse exagero das necessidades habituais pode ser demasiado para ele. A insuficiência, clinicamente demonstrável, virá então.*

As alterações descritas, quer circulatórias, quer respiratórias, podem produzir, na gestante normal, sinais e sintomas que simulam perfeitamente uma hipossístolia. Em muitos casos, tornam-se necessários um exame atento e uma observação continuada, para que não se tome por "cardíaca" uma grávida com coração normal.

Como *sintomas*, são comuns as palpitações, a sensação de fôlego curto, as dispnéias, com todas as suas variedades desde a pequena, de esforço, até a ortopneia e a asma cardíaca.

Ao *exame*, encontramos varios *sinais*, que devem ser conhecidos. Assim:

- a) Sopros sistólico na ponta.
- b) Reforço da 1.^a bulha no foco mitral.
- c) Sopros sistólico no foco pulmonar.
- d) Hiperfonese da 2.^a bulha nesse foco.
- e) Edema mais ou menos nítido dos membros inferiores.

Como se vê, são elementos que sugerem fortemente a presença de cardiopatias. Chamamos, principalmente, a atenção para o sopro sistólico pulmonar que é encontrado em quasi 100% dos casos. *Aos raios X*, pode haver um aumento da área cardíaca, às vezes, real, outras simulado pelas alterações do diafragma.

O *eletrocardiograma* apresenta, em regra, algumas anomalias:

a) Há *um desvio do eixo elétrico para a esquerda*. Tal rotação parece começar no 3.^o mês, acentuar-se até o fim do segundo trimestre e, depois, voltar aos valores prévios. Em numerosos casos, porém, não observei esse retorno, persistindo o desvio até o parto. Possivelmente, intervêm nesse desvio, quer o aumento do trabalho cardíaco, quer as alterações da posição da viscera, pelo levantamento do diafragma.

b) Pode existir *uma onda Q profunda na terceira derivação*, medindo mais do que 1/4 do tamanho da deflexão principal do complexo ventricular.

c) Em alguns casos, nota-se *uma inversão de todas as ondas na terceira derivação*, aspeto semelhante ao encontrado nos indivíduos obesos e que corre por conta das mudanças do diafragma. Tais ano-

malias, como aliás quasi todas as da terceira derivação, não têm importância alguma. E', porém, triste que varios médicos desconheçam isso. Há cerca de 2 anos, recebi uma multipara normal, com indicação de abortamento, devido a esse aspecto do traçado.

d) Raramente, defrontamo-nos com *uma onda T negativa na quarta derivação*. E' necessario acentuar que ela não depende de perturbações miocárdicas.

Ressalta, claramente, de todo este quadro, a possibilidade de uma confusão com as hipossistolias. De fato, é preciso, sempre, se ter em mente que, *de todos os estados fisiológicos é a gravidez aquela que mais fortemente simula uma insuficiência cardíaca*.

Um exame cuidadoso deve, pois, ser feito, uma observação rigorosa deve ser mantida, para que se apure, com exatidão, o verdadeiro estado da paciente. Não será demais insistir que os sintomas citados, agindo em terreno predisposto por condições anteriores ou, pelo próprio estado atual, podem criar uma *verdadeira neurose*, donde a paciência na investigação e o rigor na anamnese.

A GRAVIDEZ E O CORAÇÃO DOENTE

No coração doente, revela-se, mais claramente, a sobrecarga circulatória.

De um modo muito esquemático, poderemos dizer que na gravidez, dois riscos principais corre a gestante cardíaca. Eles podem se associar, de modo que, um agravando o outro, condições sérias resultarão.

O primeiro, é a própria *insuficiência cardíaca*, resultado do aumento de trabalho imposto ao órgão. Como já vimos, se na gravidez há necessidade de um certo consumo da força de reserva e, se esta já fora utilizada, pelo órgão, para executar o trabalho comum, o miocárdio não satisfará o organismo ou só o fará imperfeitamente. Sinais clínicos de hipossistolia poderão aparecer então.

O segundo risco, é a *infecção*. Aquí, deveremos considerar quer a possibilidade de *reativação de uma lesão reumática passada*, transformando-se um processo estático em uma lesão progressiva (endocardite recorrente), quer a de *uma nova infecção sobre as válvulas já lesadas*, assim as endocardites bacterianas e, principalmente, a maligna.

Os trabalhos modernos, felizmente, parecem demonstrar ser raro este risco. Mesmo a reativação de um quadro reumático estacionário, não parece ser comum na gravidez. Seria até uma situação excepcional.

E' necessario que nos lembremos de um fato muito importante, **que** pode, como já ví algumas vèzes, criar confusão no espírito do médico desprevenido. Na gravidez, podemos encontrar, normalmen-

te, uma *moderada leucocitose* (até 15.000 glóbulos por mm. cc.), assim como *um aumento da velocidade da hemossedimentação*. Ora, *tais achados podem simular a atividade de um processo reumático e, portanto, uma piora acentuada do quadro clínico*. Já recebi, no consultório, gestantes com abortamentos aconselhados, apenas pelas conclusões errôneas tiradas daqueles achados.

Verifica-se, pois, que a gravidez representa, sem dúvida, um perigo para a mulher cardíaca.

Tal conclusão é lógica e é exata. Felizmente, porém, as complicações mais temíveis e menos curáveis, as infecções, são mais raras. Desse modo, o médico tem, na maioria dos casos, armas poderosas para combater o perigo e permitir a evolução da prenhez. *Essa, é a atitude humanitária e nobre, aconselhada pela cardiologia moderna*. Conhecemos os riscos e avaliamos os acidentes mas, sabemos, também, como afastá-los e como preveni-los.

Para uma compreensão exata das situações, analisemos todas as possibilidades.

a) O casamento.

Tal situação foge, em parte, ao título do trabalho, mas deve ser estudada, porque, como condição prévia a uma gravidez, é, frequentemente, motivo de consulta e de discussões. Caso se trate de moça com leve hipossistolia ou com lesão cardíaca, ainda nunca descompensada, *não há motivo algum para que se proíba o casamento*. Naturalmente, dois fatos ficarão bem claros: *o futuro marido deverá ser avisado da situação e, em caso de gravidez, a gestante permanecerá sob as vistas do cardiologista*.

As relações sexuais, se executadas sem abuso, não ocasionarão mal algum. Ao contrário, o sentimento de inferioridade e os recalques que surgem com a abstenção, podem criar neuroses cardíacas ou agravar, pela emoção continuada, estados mórbidos pre-existentes.

Em minha clínica, costumo aconselhar às cardíacas que se casem logo, se possível antes dos 25 anos, para que tenham os filhos que desejarem, num período em que as gestações e os partos são mais fáceis e as condições circulatórias ainda boas.

O caso é inteiramente diferente, quando se trata de pessoa com hipossistolia séria.

As insuficiências cardíacas avançadas, as alterações sérias do miocárdio, a fibrilação auricular permanente, as cardites reumáticas progressivas, contraídicam totalmente o casamento. Estes, porém, são casos raros, pois, ou aparecem mais tarde ou deprimem de tal modo a paciente, que ela não cogita de casamento.

b) A possibilidade da gravidez.

Trata-se de uma cardíaca, casada, que deseja ter um filho. Diante dessa consulta, a situação é sempre delicada, pois devemos levar em consideração os sentimentos femininos, o desejo da maternidade e os princípios religiosos e morais. Tudo isto deve ser sempre pesado — e muito — juntamente com os sinais e sintomas da moléstia. E' lamentavel que, por ignorância ou comodismo, se desprezem esses princípios, que tanto podem representar para a cardíaca recém-casada.

De um modo geral, *não se deve prohibir a gravidez a não ser quando ela for inteiramente impossivel.*

Assim, nas hipossistolias repetidas e rebeldes à terapêutica, nos edemas de pulmão, nas alterações miocárdicas sérias, na fibrilação auricular permanente e grave. As trombozes coronarianas seriam de péssimo prognóstico mas, quasi nunca vêm em cena já que, raramente, são contemporâneas da gravidez. Vindas mais tardiamente, em época em que cessou a atividade proliferativa da mulher, não interferirão neste problema.

E' necessario que se note, *ser o prognóstico baseado, essencialmente, sobre o estado funcional cardíaco.* Muito menos interesse tem o reconhecimento do quadro nosológico, *per se.*

Nas recém-casadas que apresentaram crises medias de hipossistolia, pode-se permitir a gravidez, desde que se tenham os meios de instituir um rigoroso tratamento digitálico e as possibilidade de uma observação continuada.

Devemos considerar ainda aqui os problemas correlatos: *o do número de filhos e o da situação econômica do casal.*

Uma cardíaca, que já teve vários filhos, poderá, mais facilmente, prescindir de outros, de modo que, diante de certos sinais circulatórios, relativamente ameaçadores, poderemos desaconselhar novas gravidezes. *Outra, muito outra, é a questão do filho único.* Este é sempre um alto problema pois a sua perda representa muito. Nesse caso, nada mais lógico que o desejo de novas crianças. Estas deverão ser permitidas, então, *na medida do possivel.* Assim estamos até, possivelmente, favorecendo a evolução do processo cardíaco, pois a perda do filho único poderá ter consequências muito sérias para a cardíaca. Tenho atualmente um caso destes. Trata-se de uma senhora, de 30 anos, com estenose mitral reumatismal, que engravidou e teve um filho logo após o casamento. Por conselhos médico e materno, evitou novas gravidezes, num período em que elas seriam possiveis. Quando eu a atendí, já era tarde para isso, pois varios edemas agudos do pulmão impunham a abstenção. Agora, há um ano, perde o filho de 6 anos. O abatimento moral foi espantoso, tendo sobrevindo uma fibrilação auricular, que se manteve persistente apesar de toda a medicação feita. Ao mesmo tempo, a

reação à terapêutica digitalica tornou-se muito inferior. Cheguei, mesmo, a aconselhar que adotasse uma criança, para que, de novo, pudesse se interessar pelo ambiente.

A *situação econômica do casal* é, também, muito importante. Se a mulher pode passar grande parte da gravidez em relativo repouso, sem excessos, a situação é boa. Já o problema é mais sério nos casos em que, devido às condições financeiras, não se consigam o repouso e o regime necessários.

c) A manutenção da gravidez.

Chegamos agora ao problema máximo. É o caso da cardíaca, grávida, que deseja saber se pode continuar nesse estado. Constitui um dos maiores problemas que temos de resolver. Uma decisão apressada ou errônea poderá ter consequências sérias, tanto sobre a parte física, como sobre a moral da mulher. Compreendem-se, além disso, as repercussões que uma intervenção intempestiva pode ter no seio da família. Uma opinião, embora ditada com boa fé, pode se chocar com irremovíveis princípios religiosos e morais que *sempre deverão ser respeitados*. Mais do que nunca, deve o médico pesar muito o que vai dizer, analisando minuciosamente a situação e as possibilidades.

Sempre que possível, a gravidez deve ser mantida até a 36.^a semana. Aí, opinaremos pelo parto espontâneo ou por medidas especiais.

Atualmente, com o uso sistemático e judicioso da digital e com um "controlle" continuado da paciente, conseguem-se resultados admiráveis elevando-se o moral das cardíacas, afastando-se os complexos de inferioridade, reintegrando-as no ambiente social e familiar e salvando-se vidas humanas preciosas.

Tenho, em minha clínica particular, 34 casos de cardíacas grávidas. *Todas tiveram a gestação normal e não se perdeu ainda uma criança.* Uma, de 34 anos, múltipara, teve mesmo um casal de gêmeos. Um caso interessante e doloroso é o de uma cardíaca de 30 anos, com estenose mitral inteiramente compensada e que sofreu, no interior, tres abortamentos, provocados pelo médico, completamente desnecessários diante da lesão. A sua última gravidez evoluiu perfeitamente e ela pode ter, enfim, o filho tão almejado.

É de se admirar, como a digital facilita extraordinariamente o parto, mesmo nas primíparas, onde ele costuma ser tão trabalhoso.

Naturalmente, há um problema sério a ser considerado. Mesmo que tudo evolua normalmente, não haverá, depois, uma piora futura? Ou seja, *as gravidezes não irão diminuir o tempo de vida, favorecendo o aparecimento, mais precoce, de sinais que talvez só viriam mais tarde?*

Não se pode ainda responder com precisão. Trabalhos recentes parecem indicar, entretanto, que as prenhez não pioram, de muito, o prognóstico futuro das lesões. Duvida-se, ainda, que a gravidez acarrete uma diminuição *permanente* da reserva cardíaca no órgão doente. Certas pesquisas e estatísticas realizadas, comparativamente, entre nulíparas e múltíparas, parecem indicar que *existem, apenas, leves ou nulas diferenças quanto ao começo da insuficiência cardíaca e a idade da morte.*

Tudo faz crer, pois, que a gravidez pode ser mantida em numerosas situações.

Estudemos, de perto, os elementos de apreciação na prática e a orientação terapêutica geral.

d) Os elementos de apreciação.

Embora, como acentuamos no início do trabalho, não existam regras absolutas para a orientação, algumas noções devem ser guardadas.

1 — *Estado funcional do coração* — Elemento muitíssimo importante na prática. Devemos procurar, cuidadosamente, todos os sinais de hipossistolia presentes, assim como os possíveis surtos do passado. Por uma anamnese rigorosa, classificaremos as doentes em quatro tipos, de acordo com as tabelas dos americanos do norte:

- Classe I: Onde não há limitação da atividade nos atos rotineiros.
- Classe II (antiga IIa): Onde há limitação moderada e leves sinais.
- Classe III (antiga IIb): Onde encontra-se limitação acentuada das atividades comuns. Já atos leves produzem certo mal estar.
- Classe IV (antiga III): Onde não pode ser executada qualquer atividade.

Naturalmente, as pacientes do primeiro grupo, têm todas as possibilidades de uma gravidez normal. As dos grupos II e III, deverão ser mais vigiadas e rigorosamente tratadas, como veremos. As do último grupo, deverão ter a gravidez interrompida.

E' necessária uma observação acurada e persistente, para se apurar a provável mudança de um dos tipos para outro.

O exame das doentes, para se surpreenderem os pequenos sinais de hipossistolia, deve ser minucioso. São particularmente importantes, nos estádios iniciais, os *estertores de base*, principalmente audíveis no lado direito. Por isso, a ausculta do pulmão é *obrigatória*, em todas as consultas que fizer uma gestante compensada.

Alguns autores acreditam que o aparecimento destes sinais indica uma hipossistolia que não foi, convenientemente, reconhecida no início. Já seriam estádios avançados. Dão, então, muito valor aos

tests circulatorios, principalmente aos de esforço. *Estes não são, porém, aconselháveis, porque muito diversos, de acordo com o treino, a resistencia, os hábitos de vida e as reações nervosas das pacientes.* Do mesmo modo, de pouco valem as relações entre os diâmetros cardíacos e os torácicos, aos raios X, como querem alguns americanos.

Os exames complementares radiológicos e eletrocardiográficos, deverão ser executados, nos casos indicados, para orientar o diagnóstico ou o prognóstico.

2 — *Tipo da lesão* — O prognóstico deve ser sempre, de preferência, baseado sobre o estado funcional do coração. Entretanto, são úteis algumas noções sobre as lesões mais encontradas.

Sérios, são os casos de *fibrilação auricular permanente, de alterações miocárdicas, de trombose coronarianas*, embora os dois primeiros, não sejam de molde a exigir uma interrupção sistemática da gravidez.

A *estenose mitral reumatismal* é a mais comum das lesões cardíacas, nas mulheres jovens. Apresenta, em geral, prognóstico bom, quando acompanhada por manifestações leves ou nulas de insuficiência. Mesmo em casos de hipossistolia médias (classe III), há, em geral, ótima reação à terapêutica digitalica.

Duas complicações sérias que podem surgir na gestação, pela primeira vez, são: a fibrilação auricular e o edema agudo de pulmão. Nem sempre são previsíveis; em todo o caso, *as extrassístoles auriculares, para primeira situação e os estertores pulmonares progressivos, para a segunda, são elementos de valor.*

As *lesões valvulares aórticas*, quando compensadas, são também, de prognóstico favorável. Os processos de origem luética são sempre mais sérios. Se, nestes casos, já surgiram crises anteriores de hipossistolia (classe III), devemos contraindicar inteiramente a gravidez. Se esta já se instalou, será vantajoso interrompê-la, pois essas lesões evoluem mal. É preciso que nos lembremos que as lesões valvulares aórticas, quando seguidamente descompensadas, reagem à digital de um modo menos favorável que as mitraes.

Os *aneurismas da aorta* requerem a suspensão da gravidez.

A *hipertonia*, de qualquer origem, é sempre um perigo para a gestante. A gravidez precipita ou, pelo menos, exagera, qualquer tendência ou hipertensão anterior. *É uma das mais sérias situações para a mulher grávida.* Não são raros os edemas de pulmão ou os fenômenos eclâmpticos, de evolução bastante grave.

As *alterações congênitas* são de prognóstico variável. A *estenose da pulmonar, a tetralogia de FALLOT*, são de seríssimo prognóstico. São, porém, praticamente inexistentes, no terreno que nos interessa, já que a limitação da vida ou das atividades mesmo banais, afastam-nas inteiramente. Outras lesões são mais benignas, assim *a moléstia de Roger, a persistência do canal arterial, a permeabilidade do buraco de Botal*, etc. Tive ocasião de cuidar de tres ges-

tantes com cardiopatias congênitas. Esses casos, foram mesmo apresentados à Associação Paulista de Medicina e consistiam de uma permanência do canal arterial, de uma moléstia de Roger e de uma hipoplasia arterial. Todos eles evoluíram admiravelmente. Um elemento importante para se apreciar a evolução é a *cianose*. O seu exagero progressivo é um sinal de alarme. O grande perigo das alterações congênitas é a *infecção* e, principalmente, a endocardite maligna.

3 — *A época do aparecimento dos sintomas* — E' elemento de grande valor. Em geral, como vimos, a sobrecarga cardíaca aparece nos 2/3 iniciais do terceiro trimestre, vindo os sinais de insuficiência no fim do 6.^o ou no 7.^o e 8.^o meses. Mais raramente, os primeiros sinais só surgem no parto, porque, nessa fase, há uma diminuição da sobrecarga.

Ora, quanto mais precocemente aparecem eles, tanto mais sério a prognóstico. As hipossistolias que surgem nos primeiros meses, antes, portanto, da sobrecarga, apresentam possibilidades mais reduzidas de êxito.

4 — *Número de gestações e partos* — Em geral, as multíparas que tiveram evolução favorável nas gravidezes anteriores, são mais felizes. Naturalmente, *tal noção será limitada pelos fenômenos que tenham surgido após a última gravidez.* Nas primíparas, sempre a espera é mais ansiosa, como em qualquer situação.

5 — *Idade da gestante* — Abaixo dos 25 anos o prognóstico é sempre mais favorável. Em igualdade de situação, a mulher jovem deve ser mais feliz. Acima dos trinta anos, o prognóstico é mais sério e tanto mais, quanto mais idosa a gestante. *Isto se refere, essencialmente, às primíparas.*

6 — *Resposta à terapêutica* — E', naturalmente, um critério clínico de alto valor. Sempre que uma terapêutica e um regime bem adequados deixaram de produzir os resultados esperados, há sério perigo em proseguir com a gravidez. Nesses casos, a capacidade da fibra cardíaca é pequena para o esforço exigido, as suas alterações sendo de tal grau que nem a digital pode agir. Muitas vezes, entretanto, uma gestante com acentuados sinais de hipossistolia, reage admiravelmente à droga e a gravidez vem a termo. Por isso, *este critério é, na clínica, um dos mais importantes. Nunca deveremos indicar a interrupção da gravidez antes de tentarmos uma terapêutica bem orientada.*

e) Conduta terapêutica.

Existem certos princípios que deverão ser bem guardados. Iremos esquematizá-los rapidamente.

1 — *Observação rigorosa e repetida da gestante.* Esta, nunca deverá passar mais de um mês sem consultar o cardiologista. Assim,

preveniremos, na medida do possível, as hipossistolias e os acidentes agudos, pelas modificações necessárias nas dosagens e no regime.

2 — A gestante deve guardar *um repouso relativo*. Em numerosas situações é até conveniente que ela ande e passeie um pouco. O exercício é benéfico na maioria dos casos. Naturalmente, não existem casos rígidos ou padrões. A melhor orientação é sempre a que aconselha a paciente a *fazer um exercício que não canse*. É útil o passeio à tarde, lento, vagaroso, que diverte e não esgota. Naturalmente, as doentes bem compensadas poderão executar seus passeios comuns.

O repouso deverá ser absoluto, no leito, em algumas situações como nas hipossistolias sérias e repetidas, nos edemas agudos do pulmão, nas crises permanentes de fibrilação auricular. Essas condições exigirão, ou sómente o repouso, ou o esvaziamento uterino, de acordo com a resposta à terapêutica bem feita. *As crises hipertensivas exigem o repouso total e a supressão absoluta do sal.*

3 — O *peso* deve ser mantido dentro de certos limites, para se evitar a obesidade e, com ela, a maior sobrecarga e o excesso de trabalho. Nunca é conveniente que o peso da gestante aumente de mais do que 8 a 10 quilos durante a gravidez.

4 — A *terapêutica* deve ser instituída precoce e eficientemente. Em regra, é utilizada a digital, mórmente por via oral, por ser uma droga que se acumula e que permite o uso descontínuo. A dose, naturalmente, será variável para cada caso. *Será, porém, sempre, aquela que mantém a cardíaca livre de sinais e sintomas.* Pelas consultas repetidas, poderemos avaliar as modificações necessárias. A dose ótima poderá ser dada diariamente ou de modo descontínuo (em tres ou quatro dias da semana), tudo dependendo da tolerância da doente e da gravidade do quadro clínico.

A redução do sal será feita nos casos necessários, principalmente nos edemas acentuados ou persistentes, nas estases pulmonares rebeldes, nos aumentos da pressão arterial.

5 — Todas as *infecções* devem ser evitadas. Muito importantes são as infecções respiratórias, febris, que podem, embora benignas, desencadear uma crise de hipossistolia. Os processos focais devem ser afastados mas, o seu papel ainda é problemático nas infecções sérias das válvulas.

6 — Toda a gestante grávida deveria ser *internada na maternidade*, algum tempo antes da data esperada para o parto. Desse modo, o repouso seria mais útil e a observação mais fácil. Para as doentes da classe II um bom prazo seria o de 10 a 15 dias. Para as da classe III, de 15 dias a um mês.

f) A interrupção da gravidez.

A gravidez deverá ser mantida sempre que possível.

Quando então poderá ser interrompida?

Há apenas uma indicação para isso: *quando, apesar-de todos os cuidados, as hipossistolias e os acidentes agudos se tornarem cada vez mais sérios ou repetidos.* Esta, é a única indicação, justa, para a interrupção da gravidez.

Naturalmente, ela deve ser feita logo que as condições o permitirem e *sempre com uma forte digitalização prévia.*

O ideal, seria conseguirmos levar a gravidez avante, até, pelo menos, perto do nono mês, para que, com uma cesareana, tivéssemos um feto em boas condições.

Se as indicações aparecem nos primeiros meses, o esvaziamento uterino será feito com todos os cuidados de assepsia. Tal eventualidade, porém, como já o dissemos, não é comum, diante de uma terapêutica bem orientada.

Caso se positivem sinais de sofrimento fetal, nos períodos finais, será aconselhável a intervenção libertadora. Isto, mormente em casos de anoxemia acentuada. Deduz-se, facilmente, a grande necessidade da colaboração estreita entre o parteiro e o cardiologista.

O PARTO

E' no parto e nas 24 horas seguintes, que mais necessária se torna a vigilância. Aí surgem os temíveis acidentes agudos que põem em perigo a vida da mãe. São os edemas pulmonares, que já tinham aparecido no decurso da gravidez ou agora se desencadeiam pela primeira vez. São as crises de fibrilação auricular rebeldes e perigosas.

Existem situações em que o feto deve ser libertado antes.

Elas decorrem das condições da mãe ou do filho.

Se a mãe apresenta sinais rebeldes, que se mantêm, apesar da terapêutica, ou se existem suspeitas acentuadas de sofrimento fetal, ou ainda se, por condições obstétricas, espera-se um parto muito trabalhoso, deve-se executar a operação cesareana. E', sem dúvida, uma intervenção muito oportuna, que dá à mãe rápido alívio. Apresenta inconvenientes, que são os das intervenções cirúrgicas nos cardíacos. Assim:

a) A ação do anestésico, desencadeando crises de extrassístoles ou de fibrilação, principalmente nas reumáticas, ou ainda interferindo com a oxigenação e aumentando o trabalho cardíaco.

b) Os colapsos circulatórios periféricos.

c) O íleo paralítico, complicação temível nos cardiopatas, porque pode agravar a situação cardíaca, estabelecendo-se um círculo

vicioso extremamente perigoso. A sonda retal, as bolsas de água quente e, mormente, a sonda de Wangensteen serão aconselhadas.

d) As infecções gerais ou cardíacas.

Essas contra-indicações poderão, entretanto, ser afastadas por uma terapêutica prévia cuidadosa e pela escolha judiciosa de uma anestesia, em que o anestesista seja muito habil. *Nunca deverá ser esquecida a digitalização anterior.*

Se as condições que exigem o esvaziamento aparecem tardiamente, no parto, lança-se mão do forceps no período expulsivo. Desse modo, abrevia-se tal fase em benefício da paciente. As variações da pressão intra-abdominal, que muitos temem, parecem ser bem toleradas pelas cardíacas digitalizadas.

Naturalmente, uma apreciação segura do quadro circulatório, na ocasião do parto, nem sempre é possível, dadas as dores e as perturbações psíquicas existentes. Uma boa norma é a observação do pulso e da frequência respiratória nos intervalos das dores. Há sempre um aumento de ambos, porém, se as pulsações vão além de 120 e as incursões respiratórias acima de 30 ou de 40, deve-se pensar em situações desfavoráveis.

Um problema de alta importância é o da cesareana em mulher morta.

Caso se dê a morte da mãe, mais ou menos subitamente, pouco antes ou na ocasião do parto, deve-se tentar a retirada de um feto vivo?

Aquí não só o problema científico, o problema humanitário e moral devem ser encarados, mas também o jurídico. Uma intervenção, nessas situações, é uma verdadeira autópsia.

Está indicada a cesareana, em mulher morta, sempre que existirem possibilidades de salvar o filho.

Quais essas possibilidades?

a) *Toda a morte súbita de mulher grávida quando a prenhez já data de mais de 24 semanas.*

b) *Quando após esse prazo, existirem sinais de feto vivo.*

c) *Quando é possível a intervenção rápida, logo após a morte da mãe, dentro de, no máximo, vinte minutos.*

É lógico que as possibilidades de se salvar a criança dependem de múltiplos fatores. Em primeiro lugar, da condição exposta anteriormente, da *precocidade da intervenção*. Geralmente, calcula-se que o feto não vive mais do que vinte minutos dentro do cadáver da mãe. Depois desse prazo, as probabilidades de êxito diminuem muito, dadas as condições circulatorias deficientes.

Importante, é ainda *a rapidez com que se deu a morte da mãe*. Se esta se processou subitamente, as possibilidades são numerosas, mas, se foi lenta, progressiva, com anoxemia acentuada, as esperanças são pequenas.

Naturalmente, só se deve intervir quando se positivam sinais de vida fetal, pois pode se dar o caso do feto morrer antes da mãe. Isto, porém, não é comum. A anoxemia materna, em geral, não mata o feto antes da mãe. *Quando ela é muito acentuada, provoca, antes, a contração do útero, havendo então a expulsão prematura da criança.*

A ESTERILIZAÇÃO

A esterilização é um alto problema médico. A sua indicação pode colidir com múltiplos princípios religiosos e morais da paciente e se chocar com problemas sociais apreciáveis. *Naturalmente, os abusos são frequentes de modo que as indicações devem ser cuidadosas.* A ligadura das trompas pode ser executada no decorrer da cesareana ou como intervenção especial. Isto somente quando as condições circulatórias tornarem *totalmente impossível* a evolução de uma gravidez. *A mulher cardíaca deve ter tantos filhos quantos puder ter.*

A intervenção nunca será feita sem a consulta prévia à mãe.

O ALEITAMENTO E O PUERPÉRIO

O trabalho do cardiologista não termina com o parto, mas vai além, até o puerpério.

Aí se encontram, frequentemente, sequelas da gravidez. Taquicardias, extrassístoles, podem surgir nesse período. A medicação digitálica deve ser mantida todo o tempo, ao lado de qualquer outra que se torne necessária.

O aleitamento deve ser, também, considerado. Quando a evolução da gravidez foi má, e o parto difícil, de modo que a mãe exgotada necessita de um repouso absoluto, não se deve aconselhá-lo. Porém, quando a compensação foi satisfatória até o fim, já o problema é mais fácil de resolver: *O aleitamento pode ser mantido, pois ele nunca irá piorar o quadro circulatório.* As vantagens são grandes para a mãe e para o filho.

Acentuámos assim, os problemas gerais que nos pareciam mais importantes. A conduta do médico, diante de uma gestante cardíaca, deverá ser altamente conscienciosa, para que ele seja digno do título que leva e da confiança que inspira.

Ela, em síntese, se resume em permitir ou manter a gravidez sempre que as condições da paciente satisfaçam.

Proibir uma gestação ou fazer o abortamento sistemático, só porque a mulher é cardíaca, constitui uma aberração médica, social, moral e religiosa.