

Diretrizes de prática clínica da ESC para o  
**gestão da doença  
cardiovascular durante a  
gravidez**

**Informações essenciais para  
doentes**



# O que são as Diretrizes de prática clínica?

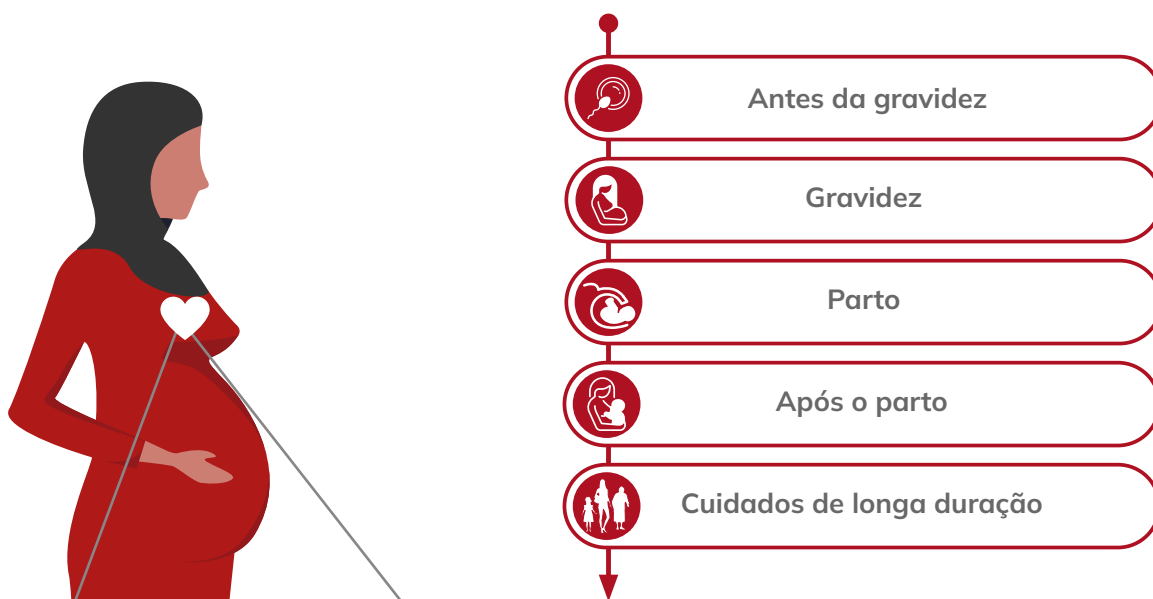
As Diretrizes de prática clínica são documentos criados por profissionais de saúde, cientistas e doentes. Destinam-se principalmente a profissionais médicos e paramédicos e oferecem recomendações baseadas nas melhores evidências médicas e científicas disponíveis. As diretrizes ajudam a garantir que os doentes recebem os melhores cuidados possíveis.

## Como é que este documento me irá ajudar?

Este guia baseia-se nas [Diretrizes da Sociedade Europeia de Cardiologia \(ESC\) para o tratamento de doenças cardiovasculares durante a gravidez](#) e foi elaborado para as doentes e as respetivas famílias.

O guia ajuda a explicar como a gravidez deve ser gerida em doentes que têm doença cardiovascular (DCV) pré-existente e inclui conselhos pré-gravidez e informações sobre diferentes aspetos, tais como parto, amamentação e cuidados maternos a longo prazo.

O documento tem como objetivo dar-lhe confiança para trabalhar com a sua equipa de cuidados de saúde para tomar decisões informadas.



### Doenças cardiovasculares

Cardiopatia congénita  
Insuficiência cardíaca  
Hipertensão pulmonar  
Tromboembolismo  
Cardiomiopatias

Doença cardíaca valvular  
Doença aórtica  
Distúrbios do ritmo cardíaco  
Distúrbios hipertensivos



## Porquê concentrar-se na gravidez?

A gravidez provoca alterações no sistema cardiovascular para satisfazer as crescentes necessidades da mãe e do feto. Estas alterações ocorrem desde as fases iniciais da gravidez. Por exemplo, há aumentos na frequência cardíaca da mãe e na quantidade de sangue bombeado pelo coração a partir das primeiras 6 semanas de gravidez. A pressão arterial e a carga de trabalho do coração aumentam ainda mais durante o trabalho de parto, diminuindo rapidamente após o parto. As exigências adicionais do coração devem ser consideradas para mulheres com maior risco materno (veja abaixo).

Além disso, a gravidez está associada a riscos mais elevados de coagulação sanguínea.

Algumas DCV têm uma base genética, o que significa que há uma possibilidade de os filhos herdarem a DCV.

É importante ressaltar que alguns medicamentos cardiovasculares comuns não devem ser usados durante a gravidez e a amamentação.

## Avaliação do risco materno

Embora muitas mulheres com DCV tenham uma gravidez saudável, é importante que as mulheres em idade fértil com DCV façam um check-up personalizado para entender se a gravidez pode afetar a sua saúde ou a saúde do bebé.

A avaliação do risco inclui o tipo de DCV que a mulher apresenta, a sua capacidade para realizar atividades diárias e o seu regime de medicação, bem como fatores de risco, incluindo idade, historial de tabagismo, obesidade, quaisquer outras doenças coexistentes e problemas em gravidezes anteriores.

De acordo com a DCV subjacente, as [diretrizes](#) avaliam o risco para a saúde da mãe utilizando diferentes classes (I–IV).

Classificação modificada da Organização Mundial da Saúde (mWHO) 2.0:

Classe I: Sem aumento detetável do risco de morte e sem aumento ou com aumento leve do risco para a saúde

Classe II: Pequeno aumento do risco de morte ou aumento moderado do risco para a saúde

Classe II–III: Aumento intermédio do risco de morte ou aumento moderado a grave do risco para a saúde

Classe III: Aumento significativo do risco de morte ou risco grave para a saúde

Classe IV: Risco extremamente elevado de morte ou risco grave para a saúde

Recomenda-se que mulheres com DCV com classe de risco II–III ou superior sejam avaliadas e tratadas por uma [Equipa de Cardiologia na Gravidez](#) a partir do momento em que começam a planear a gravidez, durante toda a gravidez e parto e por, pelo menos, 6 semanas após o nascimento do bebé.

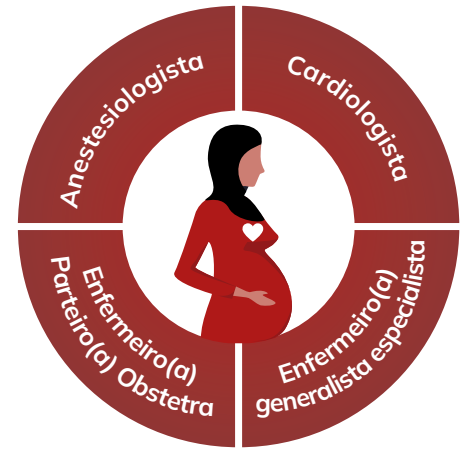
# A Equipe de Cardiologia na Gravidez

A **Equipa de Cardiologia na Gravidez** inclui um cardiologista, um anestesista, um enfermeiro(a) parteiro(a), um obstetra e um(a) enfermeiro(a) generalista. As responsabilidades da equipa incluem a avaliação dos riscos, o desenvolvimento de um plano de cuidados colaborativo e a monitorização.

Dependendo do problema clínico, a equipa pode ser ampliada para incluir outros profissionais de saúde, por exemplo, um clínico geral, cirurgião, especialista em cuidados intensivos, psicólogo e consultor em genética.

Para mulheres com condições de risco muito elevado (classe IV), é importante ter uma conversa aprofundada com a Equipa de Cardiologia na Gravidez sobre os riscos graves que a gravidez pode representar tanto para a mãe como para o bebé. Juntos, poderão discutir todas as opções, incluindo a possibilidade de interrupção da gravidez, e tomar a decisão que lhes parecer mais adequada. Será oferecido apoio emocional e psicológico. As opções de contraceção também serão discutidas para ajudá-la a planear o futuro com segurança.

**As preferências maternas devem ser cuidadosamente exploradas como parte do processo de tomada de decisão partilhada.**



# Aconselhamento genético

Algumas DCV têm uma base genética. Se o bebé puder ser afetado por uma doença hereditária, recomenda-se que sejam realizados **aconselhamento e testes genéticos** antes da gravidez num centro especializado em cardiogenética.

Quando o progenitor tem uma anomalia genética conhecida, pode ser sugerida a pré-implantação de um teste genético. Isto envolve fertilização *in vitro* (FIV) e testes genéticos para verificar se o embrião está afetado. Este serviço pode não estar disponível em todos os locais e pode não se aplicar a todas as doenças genéticas.

Outra opção envolve testes genéticos do líquido amniótico ou da placenta quando o feto ainda está no útero. Como algumas dessas opções levam tempo para serem organizadas, é necessário encaminhar o paciente com antecedência.

**É necessário apoio educativo e psicológico** para permitir que você e o seu parceiro façam as suas próprias escolhas e compreendam plenamente as suas decisões, respeitando o quadro ético e legal local.

## Contraceção

Todas as raparigas e mulheres com DCV devem receber informações sobre contraceção, a partir da sua primeira menstruação, para ajudar a prevenir gravidezes indesejadas e encontrar o método **mais seguro e adequado**. Por exemplo, alguns métodos – como a «minipílula» só com progestina, os dispositivos intrauterinos de libertação hormonal ou os implantes contraceptivos – podem ser mais seguros para mulheres com maior risco de desenvolver coágulos sanguíneos. Também é importante estar informada sobre o que fazer caso seja necessária uma contraceção de emergência.

## Medicação

Antes de planear uma gravidez, é importante consultar o seu médico para identificar o melhor regime de medicamentos durante a gravidez, o parto e a amamentação.

O organismo lida com os medicamentos de forma diferente durante a gravidez. Além disso, determinados medicamentos não devem ser utilizados durante a gravidez e a amamentação devido aos seus efeitos nocivos para o bebé.

Após consulta com o seu médico, alguns medicamentos podem ser continuados, alterados, interrompidos ou, eventualmente, iniciados.

**É importante que não interrompa a medicação sem consultar primeiro o seu médico.**

## Gravidez

O acompanhamento da gravidez irá variar com base no tipo e na gravidade da DCV, mas **o acompanhamento e a avaliação regulares da mãe e do bebé** são importantes para todos.

Embora os riscos possam ser maiores em mulheres com DCV do que naquelas sem DCV, os riscos para a mãe e o bebé ainda são **baixos em muitos casos**, especialmente se houver um acompanhamento cuidadoso. As mulheres com DCV mais grave têm maior probabilidade de complicações na gravidez.

Os riscos maternos durante a gravidez incluem agravamento de doenças cardiovasculares, insuficiência cardíaca, arritmias, hipertensão arterial/pré-eclâmpsia ou formação de coágulos sanguíneos nas pernas e nos pulmões. Os riscos para o feto incluem perda gestacional, aborto espontâneo, parto prematuro ou crescimento mais lento devido à redução do fluxo sanguíneo, medicação ou nutrição.

Durante a gravidez, você e a sua equipa de cuidados de saúde criarão um **plano de parto personalizado**. Este plano irá definir se o parto deve ser induzido, como o trabalho de parto e o parto devem ser geridos e que tipo de monitorização poderá ser necessária após o nascimento do bebé.



## Parto

As mulheres grávidas com DCV têm mais probabilidades de desenvolver complicações ou outras condições durante o parto do que aquelas sem DCV, e algumas podem necessitar de monitorização e cuidados adicionais geridos por uma Equipa especializada de Cardiologia na Gravidez. No entanto, muitas mulheres com DCV podem receber apoio para dar à luz no hospital local.

A indução do parto antes da 39.ª semana não é recomendada por motivos cardíacos na maioria das mulheres com DCV estável, devido aos riscos potenciais para o bebé.

A maioria das mulheres com DCV será incentivada a ter um **parto vaginal**, pois as complicações associadas ao parto vaginal são, em geral, menores. As mulheres com DCV podem optar por uma cesariana, mas isso deverá ser discutido com a equipa obstétrica.

Em determinadas circunstâncias, pode ser recomendada uma cesariana. Entre outras, inclui mulheres que utilizaram anticoagulantes orais, como a varfarina, nas 2 semanas anteriores à gravidez. Recomenda-se que o momento do parto seja planeado em mulheres em tratamento com anticoagulantes, a fim de garantir uma anticoagulação segura e eficaz durante o trabalho de parto e o parto. Outras razões para uma cesariana incluem doença cardiovascular grave ou instável.

## Amamentação

A amamentação estimula o corpo da mãe a voltar ao estado anterior à gravidez. Foi demonstrado que reduz o risco futuro de DCV e mortalidade. A amamentação pode reduzir o peso corporal e melhorar a pressão arterial, o colesterol e os níveis de açúcar no sangue.

A sua equipa de cuidados de saúde irá aconselhá-la sobre a amamentação e quais os medicamentos que pode (ou não pode) tomar durante a amamentação.

## Resultado adverso da gravidez

Os resultados adversos da gravidez constituem condições como:

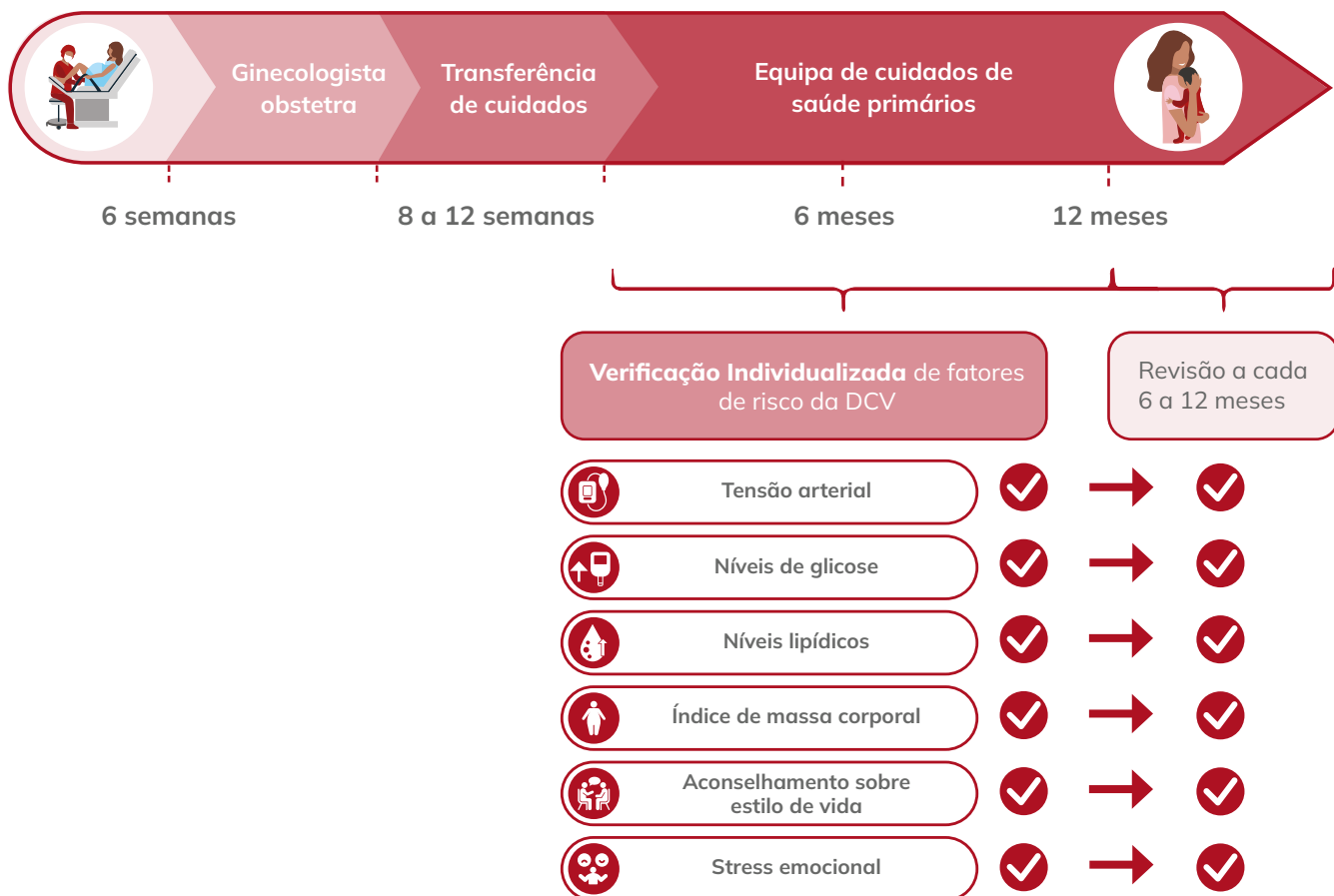
- Distúrbios hipertensivos (pressão arterial elevada):
  - Hipertensão pré-existente
  - Hipertensão gestacional: Desenvolve-se após 20 semanas de gestação e geralmente desaparece dentro de 6 semanas após o parto.
  - Pré-eclâmpsia: Hipertensão gestacional com proteínas na urina e/ou disfunção orgânica (por exemplo, complicações renais, hepáticas ou sanguíneas)
- Diabetes gestacional
  - Uma forma de diabetes que surge pela primeira vez durante a gravidez.
- Parto prematuro
  - Parto antes das 37 semanas de gestação
- Pequeno ou grande para a idade gestacional
  - Quando o bebé tem peso baixo ou alto ao nascer

Mulheres com resultados adversos na gravidez têm uma incidência mais elevada de DCV a longo prazo. Recomenda-se que estas mulheres sejam **monitorizadas regularmente** nas semanas após o parto e recebam uma avaliação abrangente do risco cardiovascular com acompanhamento repetido por uma equipa multidisciplinar de profissionais de saúde.

Podem ser necessários tratamentos adicionais. Por exemplo, as mulheres que desenvolveram hipertensão arterial podem precisar de medicamentos para baixar a pressão arterial que sejam adequados para a amamentação.

É importante que as mulheres com resultados adversos na gravidez recebam orientação sobre a importância de escolhas de estilo de vida saudáveis, para que possam cuidar da sua própria saúde cardiovascular a longo prazo.

## Parto



## Saúde mental

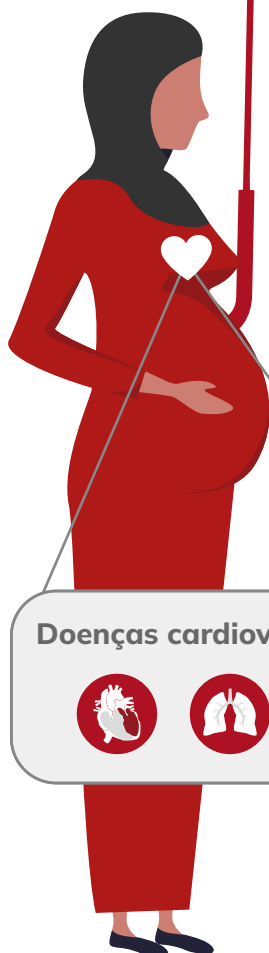
O risco de desenvolver depressão entre as novas mães na população geral é de cerca de 10 a 20%. Este risco aumenta com condições de saúde subjacentes, como a DCV. É importante que as mulheres com DCV realizem **exames regulares de saúde mental** pela sua equipa de cuidados de saúde, para que quaisquer problemas sejam identificados precocemente e seja prestado um apoio personalizado.

**Se estiver preocupada ou tiver sintomas de depressão, fale com o seu prestador de cuidados de saúde. O [guia do paciente para saúde mental e DCV](#) também fornece informações sobre fontes de apoio.**

# Mensagens-chave

- As mulheres com DCV conhecida que desejam engravidar devem ser submetidas a uma avaliação clínica antes da gravidez para estimar os riscos, otimizar o tratamento e reduzir o risco de complicações.
- Antes da gravidez, a Equipa de Cardiologia na Gravidez deve participar na avaliação de risco, aconselhamento e tratamento de mulheres na classe de risco II-III ou superior.
- O tratamento deve ser individualizado e realizado num processo de tomada de decisão partilhada, respeitando as escolhas da mulher.
- Dependendo do tipo e da gravidade da DCV, as mulheres devem ser avaliadas durante a gravidez e ter um plano detalhado para o parto acordado com antecedência.
- O parto vaginal é a primeira escolha para a maioria das mulheres com DCV.
- As mulheres com resultados adversos na gravidez devem ser informadas sobre os riscos a longo prazo, receber aconselhamento sobre escolhas de estilo de vida saudável e outras estratégias preventivas, e receber acompanhamento adequado.
- É importante falar com um profissional de saúde se tiver alguma preocupação.

## Equipa de Cardiologia na Gravidez



### Doenças cardiovasculares



#### Antes da gravidez

- Avaliação do risco
- Aconselhamento genético
- Aconselhamento sobre estilo de vida
- Contraceção
- Revisão da medicação

#### Gravidez

##### Específico da doença

- Acompanhamento regular e avaliação de riscos
- Avaliação regular do bebé
- Planificação de parto documentada

#### Parto

- Momento e modo do parto
- Monitorização materno-infantil
- Anestesia e métodos de alívio da dor
- Gestão da medicação e controlo de hemorragias

#### Após o parto

- Revisão da medicação
- Amamentação
- Contraceção
- Acompanhamento cardíaco materno

#### Cuidados de longa duração

- Identificar resultados adversos da gravidez
- Rastreio de fatores de risco cardiovasculares

Este guia para pacientes é uma versão simplificada das [Diretrizes da ESC de 2025 para o tratamento de doenças cardiovasculares e gravidez](#).

## Autores

Michèle de Hosson, Cardiologia, Hospital Universitário de Ghent, Ghent, Bélgica

Eva Goossens, Centro de Investigação e Inovação em Cuidados, Departamento de Enfermagem e Obstetrícia, Faculdade de Medicina e Ciências da Saúde, Universidade de Antuérpia, Antuérpia, Bélgica, e Departamento de Saúde Pública e Cuidados Primários, KU Leuven, Leuven, Bélgica, e Departamento de Cuidados ao Paciente, Hospital Universitário de Antuérpia, UZA, Antuérpia

Françoise Steinbach, Fórum de Pacientes da ESC, Sophia Antipolis, França

Nina Eide Hasselberg, Departamento de Cardiologia, Hospital Universitário de Oslo, Rikshospitalet, Oslo, Noruega

Matthew Cauldwell, Obstetrícia, Hospital St George's, Londres, Reino Unido

Julie De Backer, Cardiologia, Hospital Universitário de Ghent, Ghent, Bélgica, e Centro de Genética Médica, Hospital Universitário de Ghent, Ghent, Bélgica

Kristina H. Haugaa, Departamento de Cardiologia, Hospital Universitário de Oslo, Oslo, Noruega, e Instituto de Medicina Clínica, Universidade de Oslo, Oslo, Noruega

## Aviso legal

Este material foi adaptado das Diretrizes da ESC para o tratamento de doenças cardiovasculares e gravidez (European Heart Journal 2025 - doi.org/10.1093/eurheartj/ehaf193), publicadas em 29 de agosto de 2025.

Copyright © Sociedade Europeia de Cardiologia 2026 - Todos os direitos reservados.

Este material foi publicado para utilização meramente pessoal e didática. Não é autorizada a utilização comercial. Nenhuma parte deste documento pode ser traduzida ou reproduzida, em qualquer formato, sem a prévia permissão por escrito da ESC. A permissão pode ser obtida mediante o envio de um pedido por escrito para ESC, Practice Guidelines Department, Les Templiers - 2035, Route des Colles - CS 80179 Biot - 06903 Sophia Antipolis Cedex - França. E-mail: [guidelines@escardio.org](mailto:guidelines@escardio.org)

Este material foi adaptado das Diretrizes da ESC como um auxílio para doentes e cuidadores. Representa as perspetivas da ESC e foi produzido após a consideração cuidadosa de conhecimentos científicos e médicos e as evidências disponíveis à data da sua publicação. A ESC não é responsável em caso de qualquer contradição, discrepância e/ou ambiguidade entre as Diretrizes da ESC e quaisquer outras recomendações ou diretrizes oficiais emitidas por autoridades de saúde pública relevantes, em particular, no que concerne a boa utilização de cuidados de saúde e estratégias terapêuticas. Consulte o preâmbulo das diretrizes originais para obter mais detalhes da função das Diretrizes de prática clínica e a responsabilidade individual dos profissionais de saúde ao tomarem decisões de cuidados dos doentes.