



Manejo Obstétrico e Cardíaco na Gestante com Cardiopatia: Uma Revisão Sistemática das Diretrizes e Práticas Clínicas

Obstetric and Cardiac Management in Pregnant Women with Heart Disease: A Systematic Review of Guidelines and Clinical Practices

Gabriela Pandini

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3419-9930>

Graduada em Medicina

Instituição: Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul)

E-mail: gabriela_pandini@hotmail.com

Raquel Antunes Fantin de Oliveira

Graduada em Medicina

Instituição: Universidade Federal do Espírito Santo

E-mail: dra.raquelfantin@gmail.com

Eliseu Ribeiro Caldas

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-8918-0873>

Graduado em Medicina

Instituição: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

E-mail: Cal.eliseu@gmail.com

Cendi da Cruz Oliveira de Freitas

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9315-8680>

Graduada em Medicina

Instituição: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

E-mail: cendioliveira@gmail.com

Ana Laura Pena González

Residente em Clínica Médica

Instituição: Hospital Adventista Silvestre

E-mail: anaurap2021@gmail.com

Luísa de Andrade Lima Marinho

Graduada em Medicina

Instituição: Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

E-mail: luisaalmarinho@gmail.com

Nayhara Rodrigues de Sousa Tarão

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-5940-3085>

Graduada em Medicina

Instituição: Universidade Federal de Goiás (UFG)

E-mail: nayharars3@gmail.com

Thâmara Oliveira Ribeiro Alves

Graduada em Medicina

Instituição: Universidade Federal de Goiás (UFG)

E-mail: thamarapsi@hotmail.com

Yudelsi Galan Ramirez

Especialista em Medicina de Família e Comunidade

Instituição: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

E-mail: galanramirezyudelsi@gmail.com

Roberto Spadoni Campigotto

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-3422-6011>

Graduado em Medicina

Instituição: Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT)

E-mail: roberto.spadoni@hotmail.com

RESUMO

Introdução: O manejo obstétrico e cardíaco de gestantes com cardiopatia é crucial para garantir a saúde materna e fetal, dada a complexidade e os riscos associados. Com o aumento das taxas de cardiopatia entre gestantes e o avanço das técnicas diagnósticas e terapêuticas, a revisão das diretrizes e práticas atuais se torna essencial para consolidar o conhecimento e aprimorar o atendimento. Esta revisão sistemática visa compilar e analisar as recomendações mais recentes para otimizar a segurança durante a gestação e o parto, e identificar áreas que necessitam de mais investigação. **Objetivo:** O objetivo deste estudo é revisar e sintetizar as diretrizes e práticas clínicas para o manejo obstétrico e cardíaco em gestantes com cardiopatia, identificando as melhores práticas para maximizar a segurança materna e fetal e evidenciar lacunas na literatura. **Metodologia:** A revisão sistemática foi realizada por meio de uma busca abrangente em bases de dados biomédicas, incluindo PubMed, Scopus, Web of Science e Embase, usando termos relacionados ao manejo de cardiopatia na gestação. Foram incluídos estudos que abordassem diretrizes clínicas, artigos originais, revisões sistemáticas e meta-análises sobre o tema. Estudos não disponíveis integralmente ou irrelevantes para os objetivos da revisão foram excluídos. Os dados extraídos focaram em práticas de parto, analgesia, indução, monitoramento e manejo de complicações. A análise crítica identificou padrões, lacunas e áreas de consenso. **Resultados e Discussão:** A revisão revelou que o parto espontâneo com analgesia peridural é geralmente recomendado, ajudando a reduzir o estresse cardiovascular. O uso de fórceps ou vácuo extrator é sugerido para abreviar o período expulsivo e minimizar o esforço físico. A escolha do momento do parto deve ser entre 37 e 40 semanas para evitar complicações associadas ao pós-datismo. A cesárea é recomendada para condições graves como dissecção aórtica e hipertensão pulmonar severa. Prostaglandinas E para indução do parto são consideradas seguras, e o uso controlado de ocitocina é crucial para evitar desequilíbrios hemodinâmicos. Monitorização contínua e gestão rigorosa de perdas sanguíneas são essenciais, especialmente para gestantes com cardiopatia. **Conclusão:** A revisão sistemática destaca a importância de uma abordagem integrada e personalizada no manejo de gestantes com cardiopatia. Estratégias como parto espontâneo com analgesia peridural e o uso de fórceps ou vácuo extrator são eficazes para minimizar riscos. A decisão sobre o momento e a via de parto deve ser adaptada às condições clínicas específicas. A revisão enfatiza a necessidade de uma coordenação eficaz entre equipes obstétricas e cardiológicas para garantir um cuidado seguro e melhorar os desfechos maternos e fetais. A aplicação rigorosa das melhores práticas e a personalização do manejo são fundamentais para reduzir riscos e otimizar os resultados.

Palavras-chave: Manejo obstétrico; Cardiopatia gestacional; Diretrizes clínicas; Parto seguro; Cuidados maternos e fetais

INTRODUÇÃO

A cardiopatia na gestação representa um desafio significativo tanto para a saúde materna quanto para a fetal, exigindo um manejo cuidadoso e especializado para otimizar os desfechos ¹. A presença de condições cardíacas em gestantes pode complicar o curso da gravidez e o processo do parto, influenciando não apenas a saúde da mãe, mas também o bem-estar e a segurança do feto ². Nesse contexto, o manejo obstétrico e cardíaco é crucial para reduzir riscos e garantir cuidados adequados ⁴.

O aumento das taxas de cardiopatia entre gestantes, associado ao avanço das técnicas diagnósticas e terapêuticas, torna essencial uma compreensão aprofundada das melhores práticas e diretrizes para o manejo dessas condições ⁵. Com a crescente prevalência de doenças cardíacas e a complexidade do acompanhamento de gestantes com cardiopatia, uma revisão sistemática das práticas e recomendações atuais torna-se fundamental para consolidar o conhecimento e melhorar a qualidade do atendimento.

O objetivo desta revisão sistemática é compilar e analisar as diretrizes e práticas clínicas mais recentes relacionadas ao manejo obstétrico e cardíaco em gestantes com cardiopatia. Ao sintetizar a evidência disponível, pretende-se identificar as melhores práticas para otimizar a segurança materna e fetal durante a gestação e o parto, além de destacar lacunas e áreas que necessitam de mais investigação.

A literatura existente sobre o manejo de gestantes com cardiopatia é extensa e diversificada, com diferentes recomendações e práticas adotadas em diferentes contextos clínicos e geográficos ^{2, 3, 4, 10}. No entanto, a falta de uma síntese consolidada pode levar a variações na prática clínica e a incertezas no manejo dessas pacientes complexas ⁴. Uma revisão sistemática é necessária para fornecer uma visão abrangente e atualizada das diretrizes e práticas, facilitando a padronização do cuidado e a tomada de decisões baseadas em evidências.

Esta revisão sistemática será conduzida de acordo com as diretrizes do PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) e envolverá a busca e análise de estudos relevantes publicados em bases de dados acadêmicas. Serão incluídos estudos que abordem o manejo obstétrico e cardíaco em gestantes com cardiopatia, incluindo diretrizes clínicas, estudos de coorte, e ensaios clínicos. A qualidade dos estudos selecionados será avaliada utilizando ferramentas de avaliação

apropriadas, e os dados serão sintetizados para oferecer uma visão crítica e integrada das práticas atuais.

Os resultados desta revisão sistemática têm o potencial de informar práticas clínicas e diretrizes para o manejo de gestantes com cardiopatia, promovendo uma abordagem mais consistente e baseada em evidências. Ao identificar as melhores práticas e áreas de necessidade, a revisão fornecerá suporte valioso para profissionais de saúde, ajudando a melhorar a gestão dessas pacientes e a otimizar os desfechos perinatais.

METODOLOGIA

A metodologia deste estudo foi elaborada para fornecer uma análise abrangente e crítica das diretrizes e práticas clínicas para o manejo obstétrico e cardíaco em gestantes com cardiopatia. O objetivo é identificar e sintetizar as melhores práticas baseadas em evidências para otimizar a segurança materna e fetal.

Primeiramente, foi realizada uma busca sistemática em bases de dados biomédicas amplamente reconhecidas, incluindo PubMed, Scopus, Web of Science e Embase. Os termos de busca empregados incluíram "manejo obstétrico em gestantes com cardiopatia", "diretrizes para parto em cardiopatia gestacional", "manejo cardíaco durante a gravidez", "parto em gestantes com cardiopatia", e outros termos relevantes relacionados ao tema. Não houve restrição quanto ao idioma ou data de publicação dos estudos incluídos.

Foram aplicados critérios rigorosos de inclusão para assegurar a relevância e a qualidade dos estudos selecionados. Foram excluídos estudos que não apresentavam dados pertinentes sobre práticas clínicas e diretrizes para o manejo de gestantes com cardiopatia, ou que não estavam alinhados com os objetivos específicos desta revisão. Foram considerados para inclusão artigos originais, revisões sistemáticas, meta-análises e diretrizes clínicas que abordassem o manejo obstétrico e cardíaco em gestantes com cardiopatia, além da consulta de livros especializados no tema.

Os dados relevantes foram extraídos dos estudos selecionados, incluindo informações detalhadas sobre as práticas recomendadas para o manejo durante a gestação, o parto e o pós-parto em gestantes com cardiopatia. Isso envolveu a análise de diretrizes sobre analgesia, métodos de indução do parto, monitoramento materno e fetal, e a escolha

da via de parto. Também foram coletadas informações sobre estratégias para evitar complicações e otimizar os desfechos tanto para a mãe quanto para o feto.

Uma análise crítica foi realizada para identificar padrões emergentes, lacunas na literatura e áreas de consenso ou controvérsia nas diretrizes e práticas atuais. A revisão abordou a eficácia das intervenções recomendadas, a segurança das práticas adotadas e o impacto de novas abordagens e tecnologias emergentes no manejo de gestantes com cardiopatia.

Este estudo é baseado em revisão bibliográfica e não envolveu a coleta de dados primários de pacientes, portanto, não foi necessária uma revisão ética formal. No entanto, todas as fontes de dados foram rigorosamente avaliadas quanto à confiabilidade e validade das informações apresentadas.

A metodologia adotada neste estudo permitiu uma análise detalhada e crítica das diretrizes e práticas clínicas para o manejo obstétrico e cardíaco em gestantes com cardiopatia. As informações obtidas são essenciais para atualizar o conhecimento sobre as práticas mais recentes na área, identificar áreas que necessitam de mais investigação e contribuir para a melhoria contínua das estratégias de manejo para estas pacientes complexas.

DISCUSSÃO

A revisão sistemática das diretrizes e práticas clínicas para o manejo obstétrico e cardíaco em gestantes com cardiopatia revelou informações cruciais sobre as melhores abordagens para garantir a segurança materna e fetal. A evidência atual sugere que o parto espontâneo é preferível para essas gestantes, sempre que as condições sejam favoráveis ^{2, 3, 4}. A analgesia peridural se destaca como a opção de escolha devido à sua eficácia em reduzir o estresse hemodinâmico associado ao trabalho de parto, contribuindo para a estabilização do débito cardíaco e a diminuição da sobrecarga cardiovascular ^{4, 10}. Sua importância é acentuada pelo fato de que a analgesia peridural alivia a dor, reduzindo a necessidade de esforço físico intenso e limitando a resposta cardiovascular ao estresse do trabalho de parto ^{9, 12}. Quando as condições são favoráveis, o uso de fórceps ou vácuo extrator para encurtar o período expulsivo é recomendado para minimizar o esforço físico da gestante, o que é crucial para evitar descompensações cardíacas ⁴. Evidências indicam que esforços prolongados durante o parto podem agravar as condições cardíacas da

gestante, justificando a preferência por métodos que reduzam a duração e a intensidade do esforço físico ^{13, 14}.

A escolha do momento do parto também é um fator determinante, sendo recomendada a realização entre 37 e 40 semanas de gestação ¹⁰. Esse intervalo é ideal para evitar o pós-datismo, que pode elevar o risco de complicações, como a necessidade de cesárea emergencial e o óbito fetal ^{5, 7, 8}. Em casos de insuficiência cardíaca grave ou refratária ao tratamento clínico, a antecipação do parto pode ser necessária, independentemente da idade gestacional ⁴. A antecipação é frequentemente motivada pela necessidade de evitar a progressão das condições clínicas, que podem se tornar críticas se a gestação for prolongada, comprometendo a saúde materna e fetal ^{9, 12}.

Sobre a via de parto, a literatura demonstra um consenso predominante de que a decisão deve ser adaptada às condições clínicas específicas da gestante ⁷. A cesárea é recomendada para pacientes com condições graves, como dissecção aórtica, síndrome de Marfan com dilatação da raiz da aorta, hipertensão pulmonar severa e aquelas que utilizam anticoagulantes orais atuais ou recentes ^{4, 10}. Diretrizes da European Society of Cardiology reforçam essas recomendações, indicando cesárea também para mulheres com aortopatia grave, insuficiência cardíaca descompensada e formas graves de hipertensão pulmonar ⁴. A cesárea pode ser preferida em casos com complicações clínicas graves para evitar os riscos adicionais associados ao trabalho de parto, que podem agravar a condição cardíaca e levar a complicações significativas ^{3, 7}.

Para a indução do parto, o uso de prostaglandinas E, como misoprostol e dinoprostona, é considerado seguro para pacientes com cardiopatia ¹⁰. Estudos demonstram que, apesar das potentes ações uterotônicas dessas prostaglandinas, elas têm um perfil de segurança adequado em gestantes com condições cardíacas ¹⁰. Métodos mecânicos, como o balão cervical, devem ser utilizados em casos de comprometimento da resistência vascular sistêmica ^{14, 15}. A administração de ocitocina para indução ou manejo da distocia deve ser cuidadosamente controlada devido ao seu efeito antidiurético, que pode impactar negativamente a pressão arterial e o equilíbrio de fluidos da gestante ¹⁰. A prática recomendada é administrar ocitocina em solução concentrada, utilizando uma bomba de infusão contínua para garantir um controle rigoroso e minimizar variações na dose que possam afetar a estabilidade hemodinâmica da gestante ¹⁰.

Durante o trabalho de parto, a monitorização fetal contínua é essencial em situações de risco aumentado, como gestantes com alterações hemodinâmicas

significativas ⁴. Para partos espontâneos e assintomáticos do ponto de vista cardiovascular, a monitorização intermitente pode ser suficiente ^{7, 11}. A monitorização clínica materna deve incluir avaliações frequentes da frequência cardíaca, pressão arterial e ausculta cardíaca e pulmonar ¹². Gestantes instáveis ou com potencial de descompensação necessitam de monitorização intensiva, incluindo cardioscopia contínua e avaliação da pressão intra-arterial ⁴. O uso de cateteres centrais, como a pressão venosa central, é geralmente reservado para casos extremamente instáveis devido ao risco aumentado de complicações e tromboembolismo ⁴.

A prática de abreviar o período expulsivo com fórceps ou vácuo extrator é recomendada para prevenir a sobrecarga cardiovascular associada ao esforço físico intenso durante o trabalho de parto ^{4, 7, 8}. A perda sanguínea deve ser monitorada cuidadosamente, já que gestantes com cardiopatia têm um risco elevado de hemorragia ¹⁰. A hemostasia meticulosa é crucial para evitar anemia e agravamento da insuficiência cardíaca ¹². Drogas uterotônicas, como a ocitocina, devem ser utilizadas com precaução devido aos seus efeitos cardiovasculares ^{10, 13}. A metilergonovina e a prostaglandina F2-alfa, que causam vasoconstrição, estão contraindicadas em pacientes com cardiopatia devido ao risco de hipertensão arterial e isquemia cardíaca ¹⁰.

RESULTADOS

Os resultados desta revisão destacam a complexidade e a necessidade de uma abordagem altamente especializada no manejo de gestantes com cardiopatia. A evidência sugere que um parto espontâneo com analgesia peridural, combinado com o uso de fórceps ou vácuo extrator, representa a abordagem ideal para minimizar o estresse cardiovascular e a sobrecarga hemodinâmica durante o trabalho de parto ^{4, 10, 13}. A analgesia peridural é vantajosa por proporcionar alívio significativo da dor, o que reduz a necessidade de esforços físicos intensos e limita a resposta cardiovascular ao estresse ⁴. Adicionalmente, a utilização de fórceps ou vácuo extrator ajuda a abreviar o período expulsivo, o que é crucial para evitar a descompensação cardíaca, uma vez que o esforço prolongado pode agravar as condições cardíacas preexistentes ^{7, 9, 10}.

A recomendação para o parto entre 37 e 40 semanas de gestação é apoiada por evidências que demonstram que o pós-datismo pode levar a complicações aumentadas, como a necessidade de cesárea emergencial e o óbito fetal ^{3, 4}. Em casos de insuficiência cardíaca grave, a antecipação do parto pode ser justificada para prevenir a progressão da

condição clínica da gestante ^{1, 12}. Manter a gestação dentro desse intervalo reduz o risco de complicações, evitando intervenções emergenciais e proporcionando um ambiente mais estável para o parto ¹⁰.

A decisão sobre a via de parto deve ser adaptada às condições clínicas específicas da gestante. A cesárea é recomendada em casos graves como dissecção aórtica, síndrome de Marfan com dilatação da raiz da aorta, e hipertensão pulmonar severa, além de situações envolvendo uso recente de anticoagulantes ¹⁰. Diretrizes da European Society of Cardiology reforçam a recomendação de cesárea para condições graves de aortopatia e insuficiência cardíaca descompensada ⁴. Essas recomendações visam minimizar riscos adicionais que poderiam ser exacerbados durante o trabalho de parto e reconhecer as limitações do parto vaginal em lidar efetivamente com essas condições graves ⁴.

O uso de prostaglandinas E para indução do parto é respaldado por evidências que confirmam sua segurança em pacientes com cardiopatia ^{2, 3, 7}. Apesar da eficácia dessas substâncias, métodos mecânicos como o balão cervical devem ser limitados a casos com comprometimento da resistência vascular sistêmica ⁴. A administração controlada de ocitocina é essencial para evitar desequilíbrios hemodinâmicos, e a prática recomendada é a utilização de solução concentrada em bomba de infusão contínua para garantir um controle rigoroso ^{1, 4, 12}.

Durante o parto, a monitorização contínua do feto é crucial em situações de risco aumentado, especialmente para gestantes com alterações hemodinâmicas significativas ⁴. A monitorização intermitente pode ser adequada para partos espontâneos e assintomáticos do ponto de vista cardiovascular, enquanto a monitorização intensiva é necessária para gestantes instáveis ^{3, 4}. A monitorização clínica materna deve incluir avaliações frequentes de parâmetros vitais, e a monitorização intensiva deve ser empregada para identificar e tratar rapidamente qualquer descompensação ⁷.

O cuidado com a perda sanguínea durante e após o parto é fundamental, especialmente para pacientes com cardiopatia que têm risco elevado de hemorragia ^{3, 4}. A hemostasia meticulosa é necessária para evitar anemia e agravamento da insuficiência cardíaca, e o uso de drogas uterotônicas deve ser controlado para prevenir efeitos adversos cardiovasculares ^{3, 7, 9}. A metilergonovina e a prostaglandina F2-alfa estão contraindicadas devido aos riscos de vasoconstrição e hipertensão arterial, que podem ser prejudiciais em pacientes com condições cardíacas ^{4, 10}.

Esses achados ressaltam a importância de uma abordagem multidisciplinar e individualizada no manejo de gestantes com cardiopatia ^{1, 12}. As diretrizes baseadas em evidências e práticas clínicas especializadas são essenciais para otimizar os resultados maternos e fetais, garantindo que as decisões sejam adaptadas às necessidades e condições específicas de cada paciente ^{3, 6, 7}. A revisão sistemática sublinha a necessidade de um planejamento cuidadoso e de uma coordenação eficaz entre equipes obstétricas e cardiológicas para garantir a segurança e o bem-estar tanto da mãe quanto do feto durante o parto e o puerpério ^{1, 3, 5}.

CONCLUSÃO

A revisão sistemática das diretrizes e práticas clínicas para o manejo obstétrico e cardíaco em gestantes com cardiopatia destaca a importância de uma abordagem integrada e personalizada para garantir a segurança materna e fetal. As evidências reunidas demonstram que, apesar das complexidades envolvidas, há estratégias eficazes que podem ser implementadas para minimizar riscos e otimizar os resultados durante o parto.

A evidência sugere que a combinação de parto espontâneo com analgesia peridural, quando indicado, e a utilização de instrumentos como fórceps ou vácuo extrator, representa uma prática eficaz para gerenciar o estresse cardiovascular durante o trabalho de parto. A escolha cuidadosa do momento do parto, bem como a decisão sobre a via de parto, baseada nas condições clínicas específicas, são cruciais para prevenir complicações e promover a estabilidade tanto para a mãe quanto para o feto.

A prática de indução do parto, monitoramento fetal e gestão de perdas sanguíneas deve ser realizada com precisão, refletindo a necessidade de um monitoramento contínuo e adaptado às condições da gestante. O uso de prostaglandinas E para indução e a administração controlada de ocitocina destacam-se como práticas seguras, enquanto a cautela com métodos mecânicos e drogas uterotônicas é essencial para evitar complicações adicionais.

Esta revisão sublinha a necessidade de colaboração multidisciplinar para atender às necessidades complexas das gestantes com cardiopatia. As decisões devem ser informadas por diretrizes baseadas em evidências e adaptadas às circunstâncias individuais de cada paciente. O planejamento antecipado e a coordenação eficaz entre as

equipes obstétricas e cardiológicas são fundamentais para garantir um cuidado seguro e eficaz, maximizando o bem-estar materno e fetal e promovendo melhores resultados no contexto do parto e do puerpério.

Em última análise, a aplicação rigorosa das melhores práticas e diretrizes, aliada à personalização do manejo para cada caso específico, pode contribuir significativamente para a redução de riscos e a melhoria dos desfechos para gestantes com cardiopatia.

REFERÊNCIAS

1. ALEXANDER, B. T. *et al.* Fetal programming and cardiovascular pathology. **Compr Physiol**, v. 5, n. 2, p. 997-1025, abr. 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25880521/>. Acesso em: 28 jul. 2024.
2. AVILA, W. S. Gravidez em Portadoras de Cardiopatias Congênitas Complexas: Um Constante Desafio. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 113, n. 6, dez. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/3xrxCFKRF7zw8ftSzhNcwgV/?lang=pt#>. Acesso em: 29 jul. 2024.
3. AVILA, W. S. *et al.* Posicionamento da Sociedade Brasileira de Cardiologia para Gravidez e Planejamento Familiar na Mulher Portadora de Cardiopatia – 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v., n. 5, mai. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/G44cMS57LdN9g65nyqYSg6m/?lang=pt#>. Acesso em: 10 ago. 2024.
4. CUNNINGHAM, F. G. *et al.* **Obstetrícia de Williams**. 24ª ed. Porto Alegre: AMGH, 2014.
5. CRISPI, F. *et al.* Main Patterns of Fetal Cardiac Remodeling. **Fetal Diagn. Ther.**, v. 47, n. 5, p. 337-344, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32213773/>. Acesso em: 01 ago. 2024.
6. DONOFRIO, M. T. *et al.* Diagnosis and treatment of fetal cardiac disease: a scientific statement from the American Heart Association. **Circulation**, v. 129, n. 21, 2183-2242, mai. 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24763516/>. Acesso em: 10 ago. 2024.
7. FERNANDES, F. *et al.* Diretriz sobre Diagnóstico e Tratamento da Cardiomiopatia Hipertrófica – 2024. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 121, n. 7, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/ZCS9yyxrVK8H7qgFTbn9rvH/?lang=pt#>. Acesso em: 13 ago. 2024.
8. GOLDMAN, Lee; AUSIELLO, Dennis. **Cecil Medicina Interna**. 26ª ed. GEN Guanabara Koogan, 2022.

9. HAXEL, C. S. *et al.* Care of the Fetus With Congenital Cardiovascular Disease: From Diagnosis to Delivery. **Pediatrics**, v. 150, nov. 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36317976/>. Acesso em: 08 ago. 2024.
10. KASPER, Dennis L. *et al.* **Medicina interna de Harrison**. 19ª ed. Porto Alegre: AMGH Editora, 2017.
11. MARON, B. J. *et al.* Contemporary Definitions and Classification of the Cardiomyopathies: An American Heart Association Scientific Statement from the Council on Clinical Cardiology, Heart Failure and Transplantation Committee; Quality of Care and Outcomes Research and Functional Genomics and Translational Biology Interdisciplinary Working Groups; and Council on Epidemiology and Prevention. **Circulation**, v. 113, n. 14, p. 1807-16, 2006. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCULATIONAHA.106.174287>. Acesso em: 02 ago. 2024.
12. MARTINS, L. C. *et al.* Predição de Risco de Complicações Cardiovasculares em Gestantes Portadoras de Cardiopatia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 106, n. 4, abr. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/m7tfQY45Xc7rT44c3ShLTHw/?lang=pt#>. Acesso em: 13 ago. 2024.
13. MOREIRA, V. M. Cardiopatias Congênitas Complexas e Gravidez: Riscos Maternos e Fetais. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 113, n. 6, dez. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/75M3Hgqj7GzyMXpmpbznbc/?lang=pt#>. Acesso em: 01 ago. 2024.
14. OMMEN, S. R. *et al.* 2020 AHA/ACC Guideline for the Diagnosis and Treatment of Patients with Hypertrophic Cardiomyopathy: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 76, n. 25, p. 3022-55, 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109720364123?via%3Dihub>. Acesso em: 15 ago. 2024.
15. PASIERB, M. M. *et al.* The role of regional prenatal cardiac screening for congenital heart disease: A single center experience. **Congenit Heart Dis.**, v. 13, n. 4, p. 571-577, jul. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29938909/>. Acesso em: 11 ago. 2024.