Nota Técnica 523972

Data de conclusão: 25/06/2026 11:55:30

Paciente

Idade: 29 anos

Sexo: Feminino

Cidade: Santa Maria/RS

Dados do Advogado do Autor

Nome do Advogado: -

Número OAB: -

Autor está representado por: -

Dados do Processo

Esfera/Órgão: Justiça Federal

Vara/Serventia: 2° Núcleo de Justiça 4.0 - RS

Tecnologia 523972

CID: Z35 - Supervisão de gravidez de alto risco

Diagnóstico: gestação de alto risco

Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s): laudo médico

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Procedimento

Descrição: Cirurgia

O procedimento está inserido no SUS? Não

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: Cirurgia

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: a amniorredução, remoção seriada do líquido amniótico do saco com polidrâmnio do feto receptor, guiada por ultrassom, pode ser realizada em centros especializados.

Custo da Tecnologia

Tecnologia: Cirurgia

Custo da tecnologia: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: Cirurgia

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: Uma revisão sistemática avaliou a história natural, fisiopatologia, diagnóstico e tratamento da STFF. O estadiamento de Quintero é útil para padronizar a gravidade, e o acompanhamento ultrassonográfico quinzenal é recomendado a partir da 16ª semana. Casos leves (estágio I) tendem a se estabilizar ou regredir sem intervenção, enquanto formas avançadas (? estágio III) apresentam elevada mortalidade (70–100%). A fotocoagulação (ablação vascular) a laser das anastomoses placentárias é considerada o tratamento de escolha para estágios II a IV antes de 26 semanas, embora ainda haja mortalidade perinatal de 30–50% e risco de sequelas neurológicas em 5–20% dos casos (3).
Dois ensaios clínicos randomizados avaliaram a eficácia da terapia a laser em gestações complicadas pela STFF. No primeiro, chamado Eurofetus Trial, os critérios de inclusão foram gestações monocoriônicas diamnióticas entre 15 e 25 semanas. Um total de 142 mulheres foi randomizado para fotocoagulação seletiva a laser ou amniorredução seriada. O estudo foi interrompido após uma análise interina demonstrar que o tratamento a laser era superior à amniorredução, com melhor sobrevivência perinatal e menos anormalidades neurológicas de curto prazo. O grupo submetido à ablação por laser apresentou maior chance de sobrevida de pelo menos um neonato até 28 dias de vida (76% versus 56%); o risco relativo de morte de ambos os fetos foi de 0,63 (95% CI 0,25 - 0,93, p=0.009). Além disso, os bebês que foram submetidos à ablação com laser durante a gestação apresentaram menor risco de complicações neurológicas aos 6 meses de idade (52% vs 31%, p=0.003). Mais de 90% das pacientes tinham STFF em estágio II ou III. Onze mulheres (16%) no grupo de amniorredução interromperam voluntariamente a gestação devido ao agravamento da síndrome, hemorragia intracraniana no feto ou morte de um dos fetos, contra nenhuma (0%) no grupo laser (4).
No segundo ensaio, realizado nos Estados Unidos, os critérios de inclusão foram gestações monocoriônicas diamnióticas com ?24 semanas. O ensaio foi interrompido precocemente devido ao baixo recrutamento e à maior mortalidade neonatal dos gêmeos receptores tratados com laser. Os resultados mostraram que a sobrevivência de pelo menos um gêmeo foi semelhante à do Eurofetus Trial no grupo laser (65% no NICHD vs. 76% no Eurofetus), mas melhor no grupo de amniorredução no estudo americano (75%) em comparação ao europeu (56%). Essa diferença pode ser explicada pelo protocolo mais padronizado e agressivo de amniorredução do estudo americano. Por outro lado, os resultados piores com laser podem ter sido influenciados pela maior gravidade da cardiomiopatia dos receptores, maior número de casos em estágio IV (4 no NICHD vs. 2 no Eurofetus) e limite gestacional inferior (?24 semanas

no NICHD vs. ?26 no Eurofetus). A mortalidade dos gêmeos receptores foi significativamente maior no grupo laser (70%) do que no grupo de amniorredução (35%) (5).
Uma metanálise desses dois ensaios mostrou que a mortalidade geral não diferiu significativamente entre laser e amniorredução (razão de risco 0,81; IC95% 0,65–1,01). Houve uma menor mortalidade perinatal (26% vs. 44%; RR = 0,59; IC95%: 0,40–0,87) e menor mortalidade neonatal (8% vs. 26%; RR = 0,29; IC95%: 0,14–0,61) no grupo submetido a fotocoagulação a laser. Mais bebês estavam vivos sem anormalidades neurológicas aos 6 meses de idade no grupo submetido à coagulação a laser do que no grupo de amniorredução (52% vs. 31%; RR = 1,66; IC95%: 1,17–2,35). Não houve diferença na proporção de bebês vivos aos 6 meses que necessitaram de tratamento para anormalidades neurológicas graves entre os grupos de coagulação a laser e amniorredução (4% vs. 7%; RR = 0,58; IC95%: 0,18–1,86) (6).
Não foi possível identificar orçamento fornecido pela parte autora.
A ablação vascular a laser não está disponível no SUS e não foi possível encontrar nenhuma base oficial de referência de preço para o procedimento.
O National Institute for Health and Care Excellence (NICE) concluiu que há evidência suficiente de segurança e eficácia para apoiar o uso do procedimento, desde que realizado em centros especializados em medicina fetal invasiva. A técnica mostrou melhor sobrevida perinatal e menor incidência de sequelas neurológicas em comparação à amniorredução, além de prolongar a gestação em média para até 33 semanas (vs. 29 com amniorredução) (7).

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: A fotocoagulação a laser, comparada à amniorredução, apresenta maior sobrevida perinatal e menor risco de anormalidades neurológicas nos casos de STFF moderada a grave, sem diferença de mortalidade geral.

Recomendações da CONITEC para a situação clínica do demandante: Não avaliada

Conclusão

Tecnologia: Cirurgia

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: Embora exista evidência de que a fotocoagulação (ablação vascular) a laser melhora desfechos perinatais em comparação à amniorredução em casos de síndrome da transfusão feto-fetal (STFF), os principais estudos que demonstraram esse benefício incluíram predominantemente pacientes com doença mais avançada (estágios Quintero II a IV). No presente caso, a paciente apresenta STFF estágio Quintero I, caracterizada pela presença de diferença no líquido amniótico, mas com bexiga visível em ambos os fetos e sem alterações hemodinâmicas graves documentadas. Ademais, o último perfil biofísico fetal disponível mostrou pontuação máxima (8/8 para ambos os fetos), indicando bem-estar fetal no momento da avaliação.
Observa-se, ainda, que já houve solicitação de transferência da paciente para centro terciário de referência em medicina fetal, estando o caso em processo de regulação. Embora a condição seja potencialmente grave e exija acompanhamento especializado, não foram apresentados elementos que permitam concluir que a paciente se encontra em situação de maior gravidade do que os demais casos já encaminhados para o mesmo serviço. Autorizar judicialmente a transferência ou o procedimento sem conhecimento da posição relativa da paciente na fila regulatória e sem avaliação comparativa da gravidade dos demais casos pode resultar em iniquidade no acesso ao cuidado, uma vez que os pacientes encaminhados a

centros de referência para medicina fetal de alta complexidade, por definição, apresentam condições graves e potencialmente ameaçadoras à gestação.
Dessa forma, considerando que a evidência mais robusta de benefício da fotocoagulação a laser se concentra em casos de STFF mais avançada, que o quadro atual ainda corresponde ao estágio Quintero I com parâmetros fetais preservados e que já existe fluxo assistencial em andamento para transferência à unidade de referência, não se identificam elementos técnicos suficientes para justificar a superação da fila regulatória por determinação judicial neste momento.

Há evidências científicas? Sim

Justifica-se a alegação de urgência, conforme definição de Urgência e Emergência do CFM? Não

Referências bibliográficas:

1. Papanna R, Bergh E. Twin-twin transfusion syndrome: Screening, prevalence, pathophysiology, and diagnosis [Internet]. UpToDate; 2026.

2. Papanna R, Bergh E. Twin-twin transfusion syndrome: Management and outcome [Internet]. UpToDate; 2026.

3. Society for Maternal-Fetal Medicine; Simpson LL. Twin-twin transfusion syndrome. Am J Obstet Gynecol. 2013 Jan;208(1):3-18. doi: 10.1016/j.ajog.2012.10.880. Epub 2012 Nov 27.

4. Senat MV, Deprest J, Boulvain M, Paupe A, Winer N, Ville Y. Endoscopic laser surgery versus serial amnioreduction for severe twin-to-twin transfusion syndrome. N Engl J Med. 2004 Jul 8;351(2):136-44. doi: 10.1056/NEJMoa032597.

5. Crombleholme TM, Shera D, Lee H, et al. A prospective, randomized, multicenter trial of amnioreduction vs selective fetoscopic laser photocoagulation for the treatment of severe twin-twin transfusion syndrome. Am J Obstet Gynecol 2007;197:396.e1-9.

6. Roberts D, Gates S, Kilby M, Neilson JP. Interventions for twin-twin transfusion syndrome: a Cochrane review. Ultrasound Obstet Gynecol 2008;31:701-11.

7. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Intrauterine laser ablation of placental vessels for the treatment of twin-to-twin transfusion syndrome [Internet]. Interventional Procedures Guidance no. 198. London: NICE; 2006

NatJus Responsável: RS - Rio Grande do Sul

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: Conforme relatório médico acostado aos autos (Evento 1,

ATESTMED13), datado de 29/05/2026, a paciente apresenta gestação de alto risco devido à gemelaridade e restrição fetal precoce de um dos fetos, com classificação de Quintero I (estágio inicial da síndrome de transfusão feto-fetal, caracterizado pela presença de diferença no volume de líquido amniótico entre os fetos, mas com bexiga visível no feto doador e sem alterações críticas ao Doppler). Ecografia obstétrica de 13/04/2026 mostrou gestação gemelar monocoriônica e diamniótica de 18 semanas e 1 dia. Ambos os fetos abaixo do percentil 3 para a idade gestacional. IP de umbilical do feto A: 1,39 e IP de umbilical do feto B: 1,64 (índice obtido pelo Doppler que avalia a resistência ao fluxo sanguíneo na placenta; valores mais altos indicam maior resistência à passagem de sangue para o feto). Perfil biofísico fetal de 28/05/2026 mostrou que ambos os fetos apresentaram perfil biofísico fetal 8/8 (pontuação máxima, indicando bem-estar fetal no momento do exame). Observou-se diferença importante no volume de líquido amniótico, com maior bolsão de 13,09 cm no feto A e 3,22 cm no feto B (achado compatível com síndrome de transfusão feto-fetal). O estudo Doppler das artérias cerebral média e umbilical mostrou fluxo sanguíneo preservado, sem alterações hemodinâmicas graves descritas. Foi visualizada bexiga em ambos os fetos (característica compatível com estágio Quintero I da síndrome de transfusão feto-fetal) (Evento 1, EXMMED11).

Foi recomendada cirurgia a laser (ablação) para correção de transfusão feto-feto, com pedido de transferência de da paciente para centro de referência em Porto Alegre 27/05/2026. No mesmo dia, a regulação respondeu que não havia vagas disponíveis naquele momento (Evento 1, PADM14, Página 1). A parte autora pleiteia a transferência e a cirurgia através da via jurisdicional.

A Síndrome de Transfusão Feto-Fetal (STFF) é uma complicação que pode acontecer em gestações de gêmeos idênticos que compartilham a mesma placenta. Nesses casos, os vasos sanguíneos da placenta podem se conectar de forma desigual, fazendo com que um bebê (o “doador”) envie mais sangue do que recebe, ficando com pouco líquido amniótico e com crescimento menor, enquanto o outro (o “receptor”) recebe sangue em excesso, ficando com muito líquido amniótico e sobrecarga no coração. A síndrome aparece em cerca de 1 em cada 10 gestações com gêmeos que dividem a placenta e costuma ser identificada a partir da 16ª semana de gestação, por meio de exames de ultrassom feitos a cada duas semanas (1).

O tratamento da STFF depende da gravidade e do tempo de gestação. Nos casos mais leves, os médicos geralmente acompanham a gravidez de perto com ultrassons frequentes, pois o problema pode permanecer estável ou até melhorar espontaneamente. Quando há acúmulo excessivo de líquido em torno do bebê receptor, uma opção é a amniorredução, um procedimento em que parte desse líquido é retirada com uma agulha fina guiada por ultrassom. A amniorredução pode precisar ser repetida várias vezes durante a gestação. Outra opção é a ablação vascular a laser por fetoscopia, feita dentro do útero. Nesse procedimento, os médicos usam uma câmera fina (fetoscópio) para visualizar a placenta e cauterizar com laser os vasos sanguíneos que conectam os dois bebês, interrompendo a passagem desigual de sangue. Quando tratada a tempo, mais de 90% das gestações têm pelo menos um bebê sobrevivente, e o risco de sequelas neurológicas graves é baixo (2).