Nota Técnica 568551

Data de conclusão: 31/08/2026 19:03:45

Paciente

Idade: 26 anos

Sexo: Feminino

Cidade: Cuiabá/MT

Dados do Advogado do Autor

Nome do Advogado: Bruna Marques Aguilares Ferreira

Número OAB: OAB/MT nº 32.628

Autor está representado por: -

Dados do Processo

Esfera/Órgão: Justiça Estadual

Vara/Serventia: 1ª Vara Especializada da Fazenda Pública de Várzea Grande/MT.

Tecnologia 568551

CID: O13 - Hipertensão gestacional [induzida pela gravidez] sem proteinúria significativa

Diagnóstico: O mesmo.

Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s): Acompanhamento pré-natal; guia médica de encaminhamento ao pré-natal de alto risco, de 21/07/2026, documentando níveis pressóricos superiores a 140/90 mmHg e diagnóstico de hipertensão gestacional, com início de metildopa e solicitação de investigação para pré-eclâmpsia; cartão da gestante; encaminhamento para planejamento familiar; avaliação por Assistência Social e Enfermagem no programa de planejamento sexual e reprodutivo; documentação de manifestação expressa do desejo de esterilização; e registros históricos do SISREG referentes a solicitação de laqueadura

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Procedimento

Descrição: 0409060186 - LAQUEADURA TUBARIA

O procedimento está inserido no SUS? Sim

O procedimento está incluído em: SIGTAP

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: 0409060186 - LAQUEADURA TUBARIA

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: A requerente possui alternativas contraceptivas reversíveis altamente eficazes, inclusive DIU e implante subdérmico, além de métodos hormonais orais ou injetáveis e preservativos, disponíveis conforme protocolos do SUS. O Ministério da Saúde recomenda que todas essas opções sejam discutidas no planejamento reprodutivo antes da esterilização definitiva.
No caso concreto, porém, **a existência dessas alternativas não invalida a escolha livre e esclarecida pela esterilização**, desde que satisfeitos os requisitos legais. A Lei nº 14.443/2022 não estabelece hierarquia que obrigue tentativa prévia de DIU, implante ou contraceptivos hormonais.
Se houver **parto vaginal**, o SUS dispõe desde 2024 do procedimento específico **04.09.06.031-3 – Laqueadura Tubária na Mesma Internação de Parto Normal**, realizável em até 72 horas após o parto, desde que cumpridos os requisitos legais e clínicos.
Se ocorrer **cesariana por indicação obstétrica independente**, há no SUS o procedimento **04.11.01.004-2 – Operação Cesariana com Laqueadura Tubária**, permitindo que ambos sejam realizados no mesmo ato anestésico.
Assim, **não é necessário realizar uma cesariana apenas para viabilizar a esterilização**. O próprio SUS dispõe de solução para esterilização tanto após parto vaginal quanto durante uma cesariana que seja efetivamente indicada.
Caso, por impedimento temporal ou clínico, a esterilização não possa ser executada no período do parto, alternativas tecnicamente razoáveis são contracepção reversível de alta eficácia no pós-parto – por exemplo DIU ou implante – seguida de laqueadura de intervalo posteriormente.

Custo da Tecnologia

Tecnologia: 0409060186 - LAQUEADURA TUBARIA

Custo da tecnologia: --

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: 0409060186 - LAQUEADURA TUBARIA

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: A esterilização tubária é método contraceptivo permanente de elevada eficácia. Avaliação da CONITEC sobre métodos contraceptivos utilizou taxa aproximada de falha de **0,5% no primeiro ano** para esterilização feminina. Embora a falha seja rara, pode ocorrer gravidez subsequente e, quando isso acontece, deve-se lembrar do risco de gestação ectópica.
A cirurgia envolve riscos inerentes ao procedimento e anestesia, como sangramento, infecção, lesão de órgãos adjacentes e complicações anestésicas, porém apresenta perfil de segurança

favorável quando executada adequadamente. Técnicas de salpingectomia bilateral completa vêm sendo cada vez mais utilizadas como método definitivo; meta-análises mostram segurança global semelhante à ligadura tubária tradicional, embora com pequeno aumento do tempo operatório, podendo oferecer adicionalmente redução futura do risco de câncer epitelial ovariano.
A idade jovem merece consideração especial no aconselhamento, e não como impedimento. Estudos demonstram associação entre esterilização antes dos 30 anos e maior probabilidade de arrependimento futuro, reforçando a importância de decisão livre, informada e refletida. No presente processo há elementos favoráveis a uma decisão consciente: desejo documentado desde 2024, repetição formal da solicitação em 2026, aconselhamento multiprofissional e manifestação de compreensão acerca do caráter irreversível.
Quanto à **cesariana sem indicação médica**, não se identifica benefício adicional que compense a morbidade cirúrgica – sangramento, infecção, tromboembolismo, complicações anestésicas e possíveis consequências para gestações futuras. O fato de a paciente desejar esterilização não modifica essa relação risco-benefício.

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: O benefício esperado da laqueadura é **contracepção permanente e redução muito acentuada do risco de novas gestações**, resultado particularmente relevante para paciente que expressamente não deseja mais filhos e que apresenta histórico de complicações hipertensivas gestacionais.
Importa salientar que a esterilização **não trata a hipertensão gestacional da gravidez atual**, não reduz os riscos maternos desta gestação e não constitui indicação para antecipação do parto. Seu benefício é essencialmente reprodutivo futuro.
Para a gestação atual, o benefício clínico depende do adequado seguimento de alto risco, avaliação laboratorial de pré-eclâmpsia, controle pressórico, monitoramento materno-fetal e determinação do momento e da via de parto de acordo com a evolução obstétrica.

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

Conclusão

Tecnologia: 0409060186 - LAQUEADURA TUBARIA

Conclusão Justificada: Favorável

Conclusão: <u>Análise técnico-documental</u>
Trata-se de gestante de 26 anos, com aproximadamente 31 semanas de gestação quando do ajuizamento, em acompanhamento pré-natal e encaminhada para serviço de alto risco. A inicial relata antecedente obstétrico desfavorável, incluindo hipertensão gestacional/pré-eclâmpsia grave em gravidez anterior, além de perdas gestacionais/neonatais, e sustenta necessidade de **parto cesariano associado à laqueadura tubária**.
A documentação médica contemporânea, entretanto, exige que sejam analisados separadamente **três pontos distintos**: a existência de gestação de alto risco; a indicação de esterilização voluntária; e a indicação da **via cesariana** para resolução da gestação.
1. Comprovação da doença hipertensiva da gestação
Há documentação suficiente para reconhecer **hipertensão gestacional e necessidade de pré-natal de alto risco**. A guia médica de 21/07/2026 registra gestação com 27 semanas e 5 dias, antecedente de hipertensão gestacional com pré-eclâmpsia grave na gestação anterior e, na gestação atual, níveis pressóricos repetidamente superiores a 140/90 mmHg, considerados pelo médico assistente compatíveis com nova hipertensão gestacional. Foi prescrita metildopa

250 mg duas vezes ao dia e solicitada investigação complementar para pré-eclâmpsia.
Contudo, **não há, nos autos disponibilizados, comprovação laboratorial de pré-eclâmpsia na gestação atual**. Não foram identificados resultados contemporâneos de proteinúria de 24 horas ou relação proteína/creatinina, hemograma com contagem plaquetária, creatinina, transaminases, LDH ou outros exames utilizados para caracterização de disfunção orgânica materna. O próprio documento médico registra que tais exames foram **solicitados para investigação**, e não que a pré-eclâmpsia atual esteja confirmada.
Da mesma forma, embora haja referência a ultrassonografia obstétrica utilizada para datação gestacional, **não foi localizado laudo formal de ultrassonografia obstétrica atual, Dopplervelocimetria, avaliação de crescimento fetal ou cardiotocografia** demonstrando sofrimento fetal, restrição de crescimento ou outra condição que imponha interrupção imediata da gestação.
Portanto, está documentada **hipertensão gestacional**, mas não estão documentados, até o momento, critérios laboratoriais ou clínicos que permitam afirmar pré-eclâmpsia grave atual ou necessidade de resolução imediata da gestação.
A hipertensão gestacional merece acompanhamento em pré-natal de alto risco, conforme orientação do próprio Ministério da Saúde, devido ao risco de progressão para pré-eclâmpsia e às potenciais repercussões maternas e fetais.

2. Comprovação do desejo e elegibilidade para esterilização

Neste ponto, a documentação é consistente.
A requerente possui **26 anos e dois filhos vivos**, preenchendo, portanto, o critério etário e reprodutivo previsto no art. 10 da Lei nº 9.263/1996, com redação dada pela Lei nº 14.443/2022, que permite esterilização voluntária para pessoa plenamente capaz com idade superior a 21 anos **ou** pelo menos dois filhos vivos.
Há também documentação de **desejo reprodutivo definitivo devidamente exteriorizado**. Em 05/08/2026 foi realizado encaminhamento para Assistência Social/Planejamento Familiar, constando expressamente que a paciente desejava submeter-se à esterilização. A ficha do programa de planejamento sexual e reprodutivo registra dois filhos vivos e escolha da **laqueadura tubária na mesma internação do parto normal**.
A avaliação multiprofissional registra que a paciente conhece os métodos contraceptivos disponíveis, está satisfeita com o número de filhos, não deseja novas gestações e associa sua escolha tanto à prole constituída quanto às complicações enfrentadas nas gestações anteriores. O parecer técnico do planejamento familiar foi **favorável**, com registro de preenchimento dos requisitos legais.
Há, ainda, antecedente inequívoco de desejo de esterilização desde **2024**. Naquele ano foi inserida no SISREG solicitação de laqueadura tubária, código 04.09.06.018-6, inicialmente com parecer regulatório favorável. O procedimento chegou a ser agendado, mas não foi realizado porque a paciente informou impossibilidade de comparecimento naquele momento diante de grave condição clínica de sua filha recém-nascida, que havia permanecido em UTI. Posteriormente, a solicitação foi encerrada por “temporalidade”, orientando-se nova atualização do planejamento familiar caso persistisse o desejo.
Assim, **não há dúvida técnico-documental sobre a persistência e autonomia da vontade de realização da esterilização**.

Prazo legal de 60 dias

Há, entretanto, aspecto que deverá ser formalmente conferido pelo serviço executor. A Lei nº 9.263/1996 determina intervalo mínimo de **60 dias entre a manifestação de vontade e o ato cirúrgico**; especificamente para esterilização realizada no período do parto, exige 60 dias entre a manifestação e o parto, além das condições médicas adequadas.
Os documentos contemporâneos de renovação do planejamento familiar são datados de

agosto de 2026, incluindo avaliação social em 11/08 e avaliação de enfermagem posteriormente no mesmo mês. Consequentemente, **o cumprimento do prazo de 60 dias deve ser verificado em relação à data efetiva do parto**, particularmente porque uma gestação hipertensiva poderá eventualmente demandar antecipação obstétrica.

O pedido formal realizado em 2024 demonstra desejo reprodutivo estável e de longa duração, porém, como aquela solicitação foi administrativamente encerrada e o próprio SISREG orientou atualização do planejamento, **não cabe a esta Nota Técnica concluir juridicamente que a manifestação antiga substitua automaticamente o requisito temporal do processo atual**. Essa questão deve ser aferida pelo serviço executor e, se necessário, pelo Juízo.

Questão central: há indicação para parto cesariano?

Não há, nos documentos médicos apresentados, indicação técnica comprovada para cesariana programada neste momento.

Esse ponto é particularmente importante porque a petição inicial associa diretamente **"parto cesariano + laqueadura"**, porém o documento médico de 21/07/2026 **não recomenda cesariana**. Ele solicita consulta em pré-natal de alto risco, diagnostica hipertensão gestacional, institui anti-hipertensivo e solicita investigação de pré-eclâmpsia.

Ainda mais significativamente, a própria documentação oficial de planejamento familiar de agosto de 2026 assinala como procedimento pretendido **"laqueadura tubária na mesma internação de parto normal"**, e não "laqueadura pós-parto cesárea".

A avaliação de Enfermagem registra **quatro partos anteriores por via vaginal e nenhuma cesariana**, além de dois filhos vivos. Não há, portanto, cicatriz uterina prévia ou histórico de cesarianas sucessivas que, por si só, pudesse influenciar a escolha da via atual.

Hipertensão gestacional ou mesmo pré-eclâmpsia **não constituem, isoladamente, indicação obrigatória de cesariana**. Quando a interrupção da gestação é necessária, a via vaginal é possível e frequentemente preferencial na ausência de contraindicação obstétrica, reservando-se a cesariana às indicações maternas ou fetais habituais. A FEBRASGO é explícita ao estabelecer que, na pré-eclâmpsia, a via vaginal deve ser preferida sempre que factível, reservando-se a cesariana às indicações obstétricas.

As Diretrizes de Atenção à Gestante: Operação Cesariana, aprovadas no âmbito do Ministério da Saúde/CONITEC, igualmente enfatizam que a cesariana apresenta benefício quando existe **indicação médica**, ao passo que sua realização sem justificativa agrega riscos cirúrgicos sem benefício claro.

Portanto, **a necessidade de laqueadura não deve determinar a via do parto**.

Esse entendimento é igualmente refletido na Saúde Suplementar: a RN ANS nº 576/2023 garante cobertura da esterilização quando satisfeitos os critérios legais, mas expressamente exclui a realização de **cesárea indicada exclusivamente para fins de esterilização**.

Recomendações da CONITEC e Ministério da Saúde

Não foi identificada avaliação específica da CONITEC destinada a decidir pela incorporação da laqueadura, uma vez que a esterilização cirúrgica feminina **já é procedimento consolidado e padronizado no SUS**.

Há, contudo, recomendação diretamente pertinente à outra parte do pedido: as **Diretrizes de Atenção à Gestante: a Operação Cesariana**, aprovadas pela CONITEC no Relatório de Recomendação nº 179 e formalizadas pela Portaria SAS/MS nº 306/2016, permanecem disponibilizadas pelo Ministério da Saúde. Essas diretrizes reforçam que a escolha da cesariana deve resultar de indicação obstétrica fundamentada e de avaliação individual de riscos e benefícios.

Quanto à esterilização, o Ministério da Saúde publicou orientação técnica após a Lei nº 14.443/2022 esclarecendo que **tanto o parto vaginal quanto a cesariana constituem oportunidades para contracepção definitiva**, desde que respeitadas as condições clínicas e

legais, não sendo necessário alterar a via de parto para realizar a laqueadura.

Quesitos do Juízo

Não foram identificados quesitos médico-técnicos individualizados formulados pelo Juízo nos documentos disponibilizados.

Há decisão do plantão judicial que, sem apreciação do mérito, entendeu não suficientemente demonstrada a urgência extraordinária para apreciação em regime de plantão e observou que o documento regulatório apresentado não continha solicitação atual do procedimento pleiteado, determinando redistribuição ao juízo natural.

Do ponto de vista técnico, igualmente **não há documentação de situação obstétrica emergencial que imponha realização imediata de cesariana**. Há necessidade de seguimento especializado e investigação da doença hipertensiva, mas os autos não demonstram eclâmpsia, síndrome HELLP, hipertensão grave persistente, descolamento prematuro de placenta, sofrimento fetal ou outro critério de resolução cirúrgica imediata.

Conclusão técnica

A documentação permite estabelecer as seguintes conclusões:

1. Há comprovação de gestação de alto risco por hipertensão gestacional, com antecedente de doença hipertensiva gestacional grave e necessidade de seguimento especializado. Entretanto, **não foram anexados exames laboratoriais capazes de confirmar pré-eclâmpsia atual ou sinais de gravidade**, e não há laudo contemporâneo de exame de imagem fetal demonstrando comprometimento que determine interrupção imediata da gravidez.

2. Há indicação e elegibilidade técnico-reprodutiva para esterilização voluntária por laqueadura tubária. A requerente possui 26 anos, dois filhos vivos, capacidade civil e manifestação reiterada, livre e documentada de não desejar novas gestações. Existe histórico de solicitação desde 2024 e novo processo multiprofissional de planejamento familiar em 2026, com parecer favorável.

3. O cumprimento do prazo mínimo legal de 60 dias deve ser conferido em relação à data efetiva do parto. As manifestações atuais são de agosto de 2026 e, por se tratar de gestação hipertensiva, existe possibilidade de antecipação do nascimento. O histórico de solicitação em 2024 demonstra desejo antigo, porém a validade jurídica desse registro para fins do prazo do procedimento atual extrapola a avaliação estritamente médica.

4. Não há, entretanto, documentação técnica que sustente a obrigatoriedade de parto cesariano. O encaminhamento médico atual não prescreve cesárea; a hipertensão gestacional, mesmo quando evolui para pré-eclâmpsia, não determina automaticamente essa via de parto; e a requerente possui histórico de partos vaginais, sem cesarianas anteriores. A própria ficha atual do planejamento familiar assinala **laqueadura na mesma internação de parto normal**, e não cesariana com laqueadura.

5. Portanto, o parecer é FAVORÁVEL à garantia de acesso à esterilização cirúrgica, desde que observados os requisitos legais e as condições clínicas no momento do parto, porém DESFAVORÁVEL à imposição prévia de PARTO CESARIANO exclusivamente ou primordialmente para possibilitar a laqueadura.

A conduta tecnicamente mais adequada é **manter o pré-natal de alto risco, completar a investigação de pré-eclâmpsia e definir momento e via de parto segundo critérios obstétricos**. Se o nascimento ocorrer por via vaginal e os requisitos legais estiverem satisfeitos, a laqueadura poderá ser realizada na mesma internação, inclusive por procedimento SUS específico. Se surgir indicação obstétrica independente para cesariana, a esterilização poderá ser realizada concomitantemente. Dessa forma, **preserva-se integralmente o direito reprodutivo da requerente sem expô-la aos riscos adicionais de uma operação cesariana sem indicação médica demonstrada**.

Há evidências científicas? Sim

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

Referências bibliográficas:

1. **BRASIL.** Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, com redação dada pela Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022. Regula o planejamento familiar e os critérios para esterilização voluntária.
2. **BRASIL. Ministério da Saúde.** Nota Técnica sobre esterilização cirúrgica após a Lei nº 14.443/2022 – orientações para laqueadura e vasectomia no planejamento reprodutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.
3. **BRASIL. Ministério da Saúde/CONITEC.** *Diretrizes de Atenção à Gestante: a Operação Cesariana*. Relatório de Recomendação nº 179; Portaria SAS/MS nº 306, de 28 de março de 2016.
4. **FEBRASGO.** *Hipertensão arterial e gravidez/Pré-eclâmpsia*. Protocolos de Obstetrícia. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; atualização 2024.
5. **YANG M, DU Y, HUANG H, et al.** Complete salpingectomy versus tubal ligation during cesarean section: a systematic review and meta-analysis. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2021;34:3794-3802. doi:10.1080/14767058.2019.1690446.

NatJus Responsável: MT - Mato Grosso

Instituição Responsável: TJMT

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: PM 5769 - MARIELLY MARQUES DE AGUILARES - laqueadura tubária - mvrn