NOTA TÉCNICA 11537

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: Segunda Vara

COMARCA: Itaúna

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

IDADE: 27 anos

PEDIDO DA AÇÃO: Interrupção gestação gemelar monocoriônica e monoamniótica

DOENÇA(S) INFORMADA(S): Q894

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Q894

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRMMG- 68273

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2026.00011537

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Os exames demonstram risco imediato e concreto de morte à gestante no atual estágio gestacional ou as intercorrências podem ser manejadas por vigilância e suporte médico hospitalar de alto risco?

R: Não. De acordo com literatura m série de 14 casos de gêmeos conjugados, 20% dos pais optaram por interrupção da gestação e 10% dos fetos morreram intraútero; entre as gestações mantidas, a sobrevida até a alta foi de apenas cerca de 25%, com morbidade significativa na maioria dos fetos sobreviventes. A morbidade materna nessas gestações é elevada por múltiplos mecanismos descritos a seguir, mas não é possível afirmar risco imediato e concreto de morte à gestante

- **Complicações obstétricas gerais da gemelaridade**: maior incidência de hiperêmese gravídica, distúrbios hipertensivos (pré-eclâmpsia), anemia e diabetes gestacional; risco aumentado de hemorragia pós-parto

por sobre distensão uterina. Complicação comum a qualquer gravidez gemelar

- **Risco específico de gêmeos unidos no parto**: trabalho de parto obstruído, pois os fetos geralmente não conseguem passar pela pelve materna; se o parto for mantido, há risco de **ruptura uterina**; cesárea após trabalho de parto obstruído prolongado associa-se a maior risco de hemorragia pós-parto e lesão cervical.
- **Via de parto**: **cesariana eletiva é a conduta recomendada no terceiro trimestre, i**ndependentemente do plano de cuidado neonatal, reduzindo risco de avulsão de tecidos fetais compartilhados, hemorragia interna e óbito intraparto. A incisão uterina (frequentemente clássica/vertical) deve ser planejada individualmente conforme anatomia da massa fetal combinada, inserção placentária e apresentação fetal.

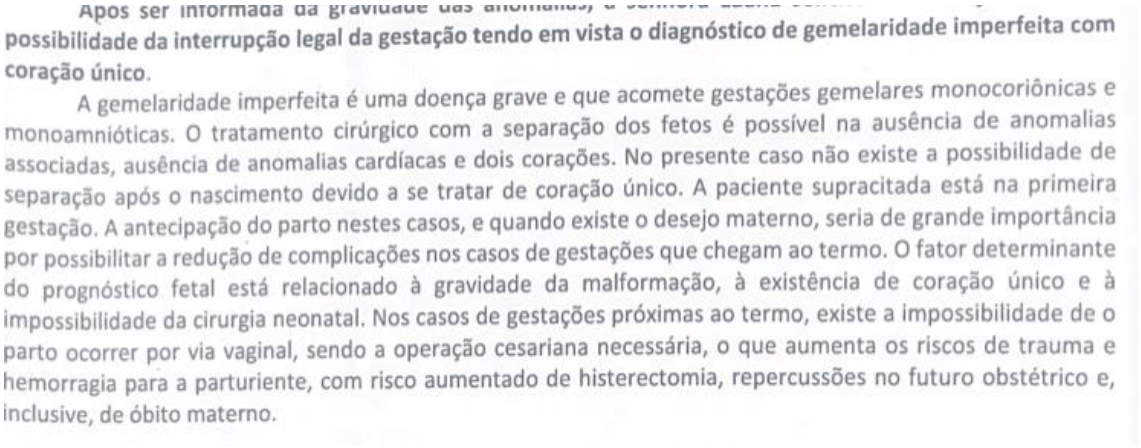
Conduta recomendada

Encaminhamento a **centro de referência em medicina fetal** com equipe multidisciplinar (medicina materno-fetal, cirurgia pediátrica, cardiologia pediátrica, neonatologia, cuidados paliativos e serviço social). O Hospital das Clínicas da UFMG, onde paciente foi atendida e é referência em medicinal fetal e gravidez de alto risco, preenche as condições necessárias tanto para acompanhar quanto para interromper a gravidez do caso em tela .

Vale a pena lembrar que gêmeos com fusão cardíaca: fusão atrial e ventricular combinadas tornam os gêmeos inseparáveis, com óbito tipicamente em semanas após o nascimento; mesmo fusão atrial isolada tem sobrevida ruim pós-separação ; podendo ser considerados fetos inviáveis mesmo em grandes serviços (os dados são de literatura internacional em serviços de excelência que não são a realidade brasileira e mesmo assim os resultados são runis com óbito nas primeiras semanas após nascimento)

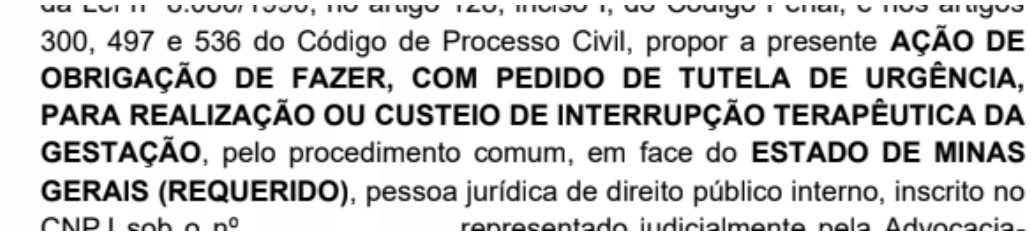
III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Documentos acostados



Após ser informada da gravidade das anomalias, a senhora [illegible] possibilidade da interrupção legal da gestação tendo em vista o diagnóstico de gemelaridade imperfeita com coração único.

A gemelaridade imperfeita é uma doença grave e que acomete gestações gemelares monocoriônicas e monoamnióticas. O tratamento cirúrgico com a separação dos fetos é possível na ausência de anomalias associadas, ausência de anomalias cardíacas e dois corações. No presente caso não existe a possibilidade de separação após o nascimento devido a se tratar de coração único. A paciente supracitada está na primeira gestação. A antecipação do parto nestes casos, e quando existe o desejo materno, seria de grande importância por possibilitar a redução de complicações nos casos de gestações que chegam ao termo. O fator determinante do prognóstico fetal está relacionado à gravidade da malformação, à existência de coração único e à impossibilidade da cirurgia neonatal. Nos casos de gestações próximas ao termo, existe a impossibilidade de o parto ocorrer por via vaginal, sendo a operação cesariana necessária, o que aumenta os riscos de trauma e hemorragia para a parturiente, com risco aumentado de histerectomia, repercussões no futuro obstétrico e, inclusive, de óbito materno.



da Lei nº 8.080/1990, no artigo 120, inciso I, do Código Penal, e nos artigos 300, 497 e 536 do Código de Processo Civil, propor a presente **AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER, COM PEDIDO DE TUTELA DE URGÊNCIA, PARA REALIZAÇÃO OU CUSTEIO DE INTERRUPÇÃO TERAPÊUTICA DA GESTAÇÃO**, pelo procedimento comum, em face do **ESTADO DE MINAS GERAIS (REQUERIDO)**, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ sob o nº [illegible] representado judicialmente pela Advocacia-

DADOS DE LITERATURA

Gestação gemelar monocoriônica monoamniótica (MCMA) é uma condição rara (cerca de 1% das gestações gemelares, 3–5% das monocoriônicas) com risco significativamente aumentado de morbimortalidade perinatal, principalmente por entrelaçamento de cordão umbilical — presente em praticamente todos os casos — além dos riscos comuns às gestações monocoriônicas (STFF, restrição seletiva do crescimento fetal, anomalias congênitas). Ultrasound in Obstetrics & Gynecology + 3[1-4]

Diagnóstico e fisiopatologia

A MCMA resulta da divisão do embrião após o 9º dia pós-fertilização, com ausência de membrana separadora entre os sacos amnióticos. A ausência dessa membrana dificulta inclusive o diagnóstico de STFF, já que a discordância de líquido amniótico — critério habitual — pode não estar presente. Best Practice & Research[4] O entrelaçamento de cordões pode ser identificado por Doppler colorido e reconstrução 3D, útil para estratificação de risco, embora sua detecção isolada não modifique necessariamente a conduta.

Mortalidade e evolução

A perda perinatal pode chegar a 50% antes de 16 semanas (principalmente por anomalias e abortamento espontâneo), mas a taxa global melhorou de cerca de 40% em séries antigas para 10–15% em estudos mais recentes. Ultrasound in Obstetrics & Gynecology[1] Após 32 semanas, a mortalidade perinatal cai acentuadamente (cerca de 4% dos casos). Ultrasound in Obstetrics & Gynecology[1] A morte fetal pode ser aguda e imprevisível mesmo sob vigilância rigorosa. Best Practice & Research[4]

Vigilância pré-natal

Não há ensaios clínicos randomizados definindo o protocolo ideal de monitorização. NeoReviews + 1[3-4] Condutas recomendadas incluem:

- Avaliação detalhada da anatomia fetal precoce para rastrear anomalias estruturais, sequência TRAP e gemelaridade imperfeita (unida). Best Practice & Research[4]
- Vigilância ultrassonográfica seriada a cada 2 semanas a partir de ~16 semanas para rastreio de STFF, conforme recomendado pelo ACOG/SMFM para gestações monocoriônicas em geral. Obstetrics and Gynecology[5]
- Vigilância fetal intensiva (cardiotocografia) após a viabilidade, idealmente a partir de 26–28 semanas, reduz o risco de óbito intrauterino. Ultrasound in Obstetrics & Gynecology + 1

Manejo pode ser hospitalar (internação eletiva) ou ambulatorial — um estudo multicêntrico francês (149 casos) e uma metanálise não encontraram diferença significativa na mortalidade perinatal entre as duas estratégias quando a vigilância é bem estruturada, embora uma metanálise citada tenha sugerido menor óbito fetal com manejo hospitalar (3,0% vs 7,4%). NeoReviews + 2[3][6][8]

Diagnóstico de corionicidade/amnionicidade deve ser estabelecido o mais precocemente possível, idealmente no primeiro trimestre. Obstetrics and Gynecology[5]

- Encaminhar para centro de referência com experiência em gestações monocoriônicas complexas. Ultrasound in Obstetrics & Gynecology[1]
- Não há papel para tocólise profilática, progesterona ou cerclagem de rotina nessas gestações. Obstetrics and Gynecology[5]
- Manter alto índice de suspeição para óbito intrauterino súbito mesmo sob vigilância adequada; a decisão do momento do parto deve ser individualizada, considerando sempre centro terciário com suporte neonatal

Gestação gemelar monocoriônica monoamniótica (MCMA) com coração único

Gestação gemelar monocoriônica monoamniótica (MCMA) com coração único corresponde ao diagnóstico de gêmeos toracópagos (conjoined twins), já que a monoamnionicidade com fusão cardíaca é característica desse tipo de gemelaridade — gêmeos conjugados sempre se apresentam como uma gestação MCMA. Ultrasound in Obstetrics & Gynecology[1] A presença de coração único (fusão cardíaca completa, não apenas pericárdica) é o achado de pior prognóstico entre os tipos de fusão.

Classificação e achados esperados

O tipo toracópago é o mais comum (40–60% dos casos de gêmeos conjugados), com junção torácica e abdominal, fígado quase sempre compartilhado e, segundo a classificação de Spencer, envolvimento cardíaco obrigatório, variando de um vaso único compartilhado até um coração único perfundindo ambos os fetos. Perinatology + 1[2-3] Até 75% dos toracópagos têm coração fundido, geralmente inseparável. Perinatology[2]

Prognóstico

Em série de 14 casos de gêmeos conjugados, 20% dos pais optaram por interrupção da gestação e 10% dos fetos morreram intraútero; entre as gestações mantidas, a sobrevida até a alta foi de apenas cerca de 25%, com morbidade significativa na maioria dos sobreviventes. Ultrasound in Obstetrics & Gynecology[1] Especificamente quanto à fusão cardíaca: fusão atrial e ventricular combinadas tornam os gêmeos inseparáveis, com óbito tipicamente em semanas após o nascimento; mesmo fusão atrial isolada tem sobrevida pós-separação ruim. Pediatric Radiology[3] A sobrevida com separação eletiva (planejada, meses após o nascimento) é de aproximadamente 80% nos casos elegíveis, contra menos de 30% em separação de emergência. Pediatric Radiology[3]

Avaliação complementar necessária

- Ecocardiograma fetal detalhado (a janela acústica com líquido amniótico pode ser superior à avaliação pós-natal) para definir o grau exato de fusão cardíaca Perinatology + 1[2-3]
- Ressonância magnética fetal para complementar a anatomia torácica, abdominal e hepatobiliar Perinatology[2]
- Pesquisa de anomalias cromossômicas associadas (amniocentese/biópsia de vilo corial), pois anomalias congênitas são quase universais nesses casos, embora não sugiram etiologia genética Perinatology[2]
- Avaliação seriada de crescimento, volume de líquido amniótico e sinais de insuficiência cardíaca Perinatology[2]

Conduta

O caso deve ser encaminhado a um centro de referência em medicina fetal com equipe multidisciplinar (medicina materno-fetal, cirurgia pediátrica, cardiologia pediátrica, neonatologia, cuidados paliativos e serviço social). Perinatology[2] Na ausência de guidelines específicas, recomenda-se vigilância fetal mensal (crescimento, líquido amniótico, sinais de falência cardíaca) e, a partir de 32 semanas, testes anteparto duas vezes por semana se a intervenção neonatal for desejada; parto por cesariana eletiva entre 34–36 semanas é sugerido para equilibrar risco de óbito fetal versus prematuridade, com corticoterapia antenatal prévia. Perinatology[2] O parto vaginal está associado a risco significativo de distocia e ruptura uterina, de modo que a cesariana eletiva é a via recomendada.

1.ISUOG Practice Guidelines (updated): role of ultrasound in twin pregnancy.

Ultrasound in Obstetrics & Gynecology : The Official Journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology. 2025. Khalil A, Sotiriadis A, Baschat A, et al.

2- Conjoined twins: an obstetrician's guide to prenatal care and delivery management.
Journal of Perinatology : Official Journal of the California Perinatal Association. 2021. Greco PS, Pitts D, Weadock WJ, et al.

3 Fetal MRI findings in conjoined twin pregnancies.
Pediatric Radiology. 2026. Walcutt JE, Kline-Fath BM, Ayyala RS, Lim FY, Nagaraj UD.Recen

IV – CONCLUSÃO

- ✓ De acordo com literatura m série de 14 casos de gêmeos conjugados, 20% dos pais optaram por interrupção da gestação e

10% dos fetos morreram intraútero; entre as gestações mantidas, a sobrevida até a alta foi de apenas cerca de 25%, com morbidade significativa na maioria dos fetos sobreviventes.

- ✓ A morbidade materna materna nessas gestações é elevada por múltiplos mecanismos descritos a seguir, mas não é possível afirmar risco imediato e concreto de morte à gestante

- ✓ **Complicações obstétricas gerais da gemelaridade**: maior incidência de hiperêmese gravídica, distúrbios hipertensivos (pré-eclâmpsia), anemia e diabetes gestacional; risco aumentado de hemorragia pós-parto por sobredistensão uterina. Complicação comum a qualquer gravidez gemelar
- ✓ **Risco específico de gêmeos unidos no parto**: trabalho de parto obstruído, pois os fetos geralmente não conseguem passar pela pelve materna; se o parto for mantido, há risco de **ruptura uterina**; cesárea após trabalho de parto obstruído prolongado associa-se a maior risco de hemorragia pós-parto e lesão cervical.
- ✓ **Via de parto**: **cesariana eletiva é a conduta recomendada no terceiro trimestre, i**ndependentemente do plano de cuidado neonatal, reduzindo risco de avulsão de tecidos fetais compartilhados, hemorragia interna e óbito intraparto. A incisão uterina (frequentemente clássica/vertical) deve ser planejada individualmente conforme anatomia da massa fetal combinada, inserção placentária e apresentação fetal.
- ✓ **Conduta recomendada é o e**ncaminhamento a **centro de referência em medicina fetal** com equipe multidisciplinar (medicina materno-fetal, cirurgia pediátrica, cardiologia pediátrica, neonatologia, cuidados paliativos e serviço social).
- ✓ O Hospital das Clínicas da UFMG, onde paciente foi atendida e é referência em medicinal fetal e gravidez de alto risco, preenche as

condições necessárias tanto para acompanhar quanto para interromper a gravidez do caso em tela .

- ✓ Vale a pena lembrar que gêmeos com fusão cardíaca: fusão atrial e ventricular combinadas tornam os gêmeos inseparáveis, com óbito tipicamente em semanas após o nascimento; mesmo fusão atrial isolada tem sobrevida ruim pós-separação ; podendo ser considerados fetos inviáveis mesmo em grandes serviços (os dados são de literatura internacional em serviços de excelência que não são a realidade brasileira e mesmo assim os resultados são runis com óbito nas primeiras semanas após nascimento)

V – REFERÊNCIAS:

1 ISUOG Practice Guidelines (updated): role of ultrasound in twin pregnancy.
Ultrasound in Obstetrics & Gynecology : The Official Journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology. 2025. Khalil A, Sotiriadis A, Baschat A, et al.

2 Planned early delivery versus expectant management for monoamniotic twins.
Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015. Alexis Shub, Susan P WalkerSR

3 Multifetal Gestations and Associated Perinatal Risks.
NeoReviews. 2021. Duffy CR.Review

4 Monochorionic Monoamniotic Twin Pregnancies.
Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology.
2022. Khairudin D, Khalil A.Review

5 Multifetal Gestations Twin Triplet and Higher-Order Multifetal Pregnancies.
Obstetrics and Gynecology. 2021. Committee on Practice Bulletins—Obstetrics and the Society for Maternal-Fetal MedicineGuideline

6 Inpatient vs outpatient management and timing of delivery of uncomplicated monochorionic monoamniotic twin pregnancy: the MONOMONO study.
Ultrasound in Obstetrics & Gynecology : The Official Journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology. 2019. MONOMONO Working Group.

7 Managing Monoamniotic Twin Pregnancies.
Clinical Obstetrics and Gynecology. 2023. Post AL.Observational

8 Monitoring Methods for Monoamniotic Twin Pregnancies: Multicenter Retrospective Study of 149 Cases.
American Journal of Perinatology. 2025. Winer N, Cariou De Vergie L, Maillet Dumas L, et al.Recent

9 Twin pregnancy.
Nature Reviews. Disease Primers. 2026. Khalil A, Craig JM, Ernst S, et al.RecentReview

10 Perinatal mortality and morbidity, timing and route of delivery in monoamniotic twin pregnancies: a retrospective cohort study.
Archives of Gynecology and Obstetrics. 2021. Chitrit Y, Korb D, Morin C, et al.Ob

VI – DATA:09/11 /2026