

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: Única

COMARCA: Conceição do Rio Verde

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2026.0010339

IDADE: 01 ano

Sexo: masculino

DOENÇA(S) INFORMADA(S): J38.6

PEDIDO DA AÇÃO: Cirurgia de reconstrução laringotraqueal multiprocedimental, compreendendo ressecção cricotraqueal (30206359), laringotraqueoplastia (30206200), laringofissura (30206170), traqueorrafia (30801087), enxerto de cartilagem costal anterior e posterior (30601029), colocação de molde intralaríngeo (40813304), broncoscopia flexível (40201058), laringoscopia rígida (40202429), colocação de cânula sob orientação endoscópica (40202097) e implante de cateter venoso central (30913012), com equipe especializada e suporte de terapia intensiva.

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Tratamento cirúrgico definitivo de estenose subglótica grave (grau III de Cotton-Myer) com dependência de traqueostomia, visando restaurar o calibre da via aérea e possibilitar a decanulação. Réus: Estado de Minas Gerais e Município de Conceição do Rio Verde (SUS).

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Requisita-se parecer, por meio do sistema NatJus, acerca do procedimento pleiteado. Por se tratar de quesito genérico, a resposta é desenvolvida na Seção III.

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme a documentação apresentada, trata-se de lactente de 1 ano de idade, com antecedente de intercorrência neonatal grave e necessidade de intubação orotraqueal prolongada (cerca de duas semanas), com tentativas malsucedidas de extubação. A broncoscopia evidenciou estenose subglótica grau III de Cotton-Myer, de caráter circunferencial, com obstrução crítica da luz da via aérea (referida entre 85% e 95% conforme o exame). Desde então, o

paciente é dependente de traqueostomia como única via respiratória efetiva. Foi conduzido com tratamento conservador — cinco sessões seriadas de dilatação endoscópica associadas à aplicação intralesional de triancinolona, além de medidas clínicas —, sem resposta satisfatória, persistindo a estenose grave. O caso foi discutido em equipe multidisciplinar (cirurgia torácica, otorrinolaringologia, broncoscopia intervencionista e terapia intensiva pediátrica), com consenso de que o tratamento definitivo indicado é a reconstrução laringotraqueal com enxerto de cartilagem costal (enxertos anterior e posterior). Consta negativa/ausência de disponibilização do procedimento pela rede pública, apesar de encaminhamentos desde setembro de 2025 e inserção na plataforma de regulação; o juízo deferiu a tutela de urgência em 18/06/2026, determinando a realização da cirurgia, e requisitou este parecer.

A estenose subglótica é o estreitamento da via aérea na região imediatamente abaixo das cordas vocais, ao nível da cartilagem cricoide. Pode ser congênita ou adquirida, sendo a intubação prolongada a causa adquirida mais frequente na infância. É graduada pela classificação de Cotton-Myer conforme o percentual de obstrução: grau I (até 50%), grau II (51–70%), grau III (71–99%) e grau IV (sem luz detectável). O grau III, como no caso, representa obstrução grave, habitualmente incompatível com respiração espontânea adequada sem via aérea artificial. A dependência prolongada de traqueostomia, embora salvadora, associa-se a riscos cumulativos — infecções respiratórias de repetição, obstrução aguda por rolha de secreção, decanulação acidental, granulomas, traqueomalácia e estenoses adicionais —, com risco concreto de hipóxia grave e óbito, além de repercussão no desenvolvimento da fala, da deglutição e da interação social. Quanto à oferta pelo SUS, a reconstrução laringotraqueal (laringotraqueoplastia) é procedimento cirúrgico de alta complexidade já disponível no Sistema Único de Saúde para o tratamento das estenoses laringotraqueais graves e complexas, com os respectivos procedimentos constantes da Tabela de Procedimentos do SUS (SIGTAP). Trata-se, portanto, de tecnologia

incorporada e ofertada pela rede pública, e não de tecnologia experimental ou não padronizada. Os materiais descritos (cânula de traqueostomia, tubo T de Montgomery, cola de fibrina, afastador e demais insumos cirúrgicos) são materiais de uso consolidado, com registro regular na ANVISA, não configurando OPME inovadora ou não incorporada. Há, inclusive, precedente do próprio NATJUS-TJMG sobre laringotraqueoplastia (NT 2024.0004964) reconhecendo tratar-se de procedimento de alta complexidade disponível no SUS.

Quanto à técnica, a reconstrução laringotraqueal amplia o calibre da via aérea estenosada por meio de incisão vertical da cartilagem cricoide — anterior, posterior ou ambas — com interposição de enxertos de cartilagem costal do próprio paciente, considerada o material de melhor moldagem para esse fim. Os enxertos alargam o arcabouço cartilaginoso e são estabilizados por molde ou tubo intralaringeo temporário (por exemplo, tubo T de Montgomery) até a consolidação. Pode ser realizada em estágio único, com extubação programada sob visão broncoscópica, ou em duplo estágio, mantendo-se a traqueostomia até a estabilização; a escolha depende da extensão da estenose, da idade e das condições clínicas. O objetivo final é restabelecer via aérea estável que dispense a cânula, viabilizando a decanulação.

No tocante à evidência científica, a reconstrução laringotraqueal com enxerto de cartilagem costal é, há décadas, o tratamento de escolha para a estenose subglótica pediátrica grave, sobretudo após falha do manejo endoscópico conservador. As séries e revisões sistemáticas relatam taxas globais de decanulação de aproximadamente 83% a 96% nos casos de grau III, alcançando cerca de 90% em centros experientes; a taxa por operação (operation-specific) situa-se em torno de 66% a 91%, elevando-se com eventuais procedimentos de revisão. Séries com enxerto costal anterior e posterior em crianças traqueostomizadas com estenose grau III–IV descrevem decanulação superior a 90% após um único procedimento. A idade e o porte do paciente não contraindicam a intervenção — há séries com mediana de idade em torno de 19 meses e casos operados a partir de poucos meses de

vida —, exigindo-se, contudo, centro especializado e suporte intensivo.

Quanto à segurança e às limitações da evidência, expõe-se com honestidade que a decanulação não é universal: uma parcela dos pacientes (aproximadamente 10% a 17%, a depender da série e do grau) não é decanulada após a primeira cirurgia, sendo frequentemente necessários procedimentos complementares, como dilatações endoscópicas e cirurgias de revisão. As complicações descritas incluem formação de tecido de granulação, reestenose, necessidade de reintubação ou retraqueostomia, além de pneumotórax relacionado à retirada da cartilagem costal. O êxito depende da experiência técnica da equipe, da adequada seleção técnica (enxerto anterior e/ou posterior, cirurgia em estágio único ou duplo) e de pós-operatório prolongado em unidade de terapia intensiva. Tais ressalvas, entretanto, não afastam a indicação — mas reforçam amplamente a necessidade de realização em serviço de referência.

As alternativas terapêuticas foram consideradas: o tratamento endoscópico conservador (dilatação e corticoide intralesional) já foi tentado, sem resposta; a ressecção cricotraqueal parcial é técnica cirúrgica alternativa, com resultados de decanulação variáveis e, em algumas séries, inferiores à laringotraqueoplastia para determinados perfis; a manutenção indefinida da traqueostomia não constitui solução definitiva e perpétua os riscos já descritos. Assim, no caso concreto, a reconstrução laringotraqueal apresenta-se como a alternativa adequada e, à luz da documentação, imprescindível para restaurar a via aérea e viabilizar a decanulação.

Registra-se, quanto à suficiência documental, que os relatórios médicos e o laudo são robustos e uniformes quanto à gravidade do quadro, à refratariedade ao tratamento conservador e à imprescindibilidade da intervenção, sendo suficientes para a presente análise técnica. Anota-se, sem prejuízo, que o juízo determinou a emenda da inicial para juntada do formulário de relatório médico para judicialização instituído pelo CNJ, preenchido por profissional credenciado ao SUS, e do comprovante de inclusão em sistema de regulação (SUS Fácil/CORE-MG) — providências de natureza

administrativo-processual que não infirmam a conclusão clínica desta nota.

Por fim, quanto ao enquadramento, cumpre observar que, em consulta realizada em 08/07/2026, confirmou-se que alaríngotraqueoplastia/reconstrução laringotraqueal permanece como procedimento de alta complexidade disponível no SUS (Tabela SIGTAP) e, assim, a controvérsia não versa sobre tecnologia externa a ser incorporada, mas sobre acesso, fluxo e regulação assistencial — obtenção de vaga e execução em hospital de referência. Trata-se de matéria de gestão e de competência solidária dos entes federados, na forma do Tema 793 do STF (responsabilidade solidária, com direcionamento do cumprimento conforme a repartição de competências e possibilidade de ressarcimento), e das deliberações da CIB-SUS/MG que atribuem aos Municípios a gestão plena da média e alta complexidade. Sob o aspecto estritamente técnico, o procedimento exige execução em estabelecimento habilitado em alta complexidade, com unidade de terapia intensiva pediátrica e equipe experiente. A definição do estabelecimento específico — serviço público de referência ou, subsidiariamente, unidade da rede privada — e o respectivo custeio ou ressarcimento não são objeto desta análise técnica, constituindo matéria de regulação e de competência dos entes, a ser dirimida pelo juízo.

IV – CONCLUSÃO:

Considerando que se trata de lactente de 1 ano de idade, com antecedente de intubação neonatal prolongada, portador de estenose subglótica grau III de Cotton-Myer, com obstrução crítica da via aérea e dependência de traqueostomia, refratário a cinco sessões de dilatação endoscópica com corticoide intralesional;

Considerando que a reconstrução laringotraqueal com enxerto de cartilagem costal é o tratamento definitivo de escolha para a estenose subglótica pediátrica grave, com taxas de decanulação de aproximadamente 83% a 96% e respaldo em revisões sistemáticas e séries consolidadas, constituindo, no caso, a única alternativa capaz de restaurar a via aérea e possibilitar a decanulação;

Considerando que o procedimento e seus componentes são de alta complexidade e já ofertados pelo SUS (Tabela SIGTAP), não se tratando de tecnologia experimental ou não incorporada, tampouco de OPME externa ao SUS, e que os materiais possuem registro regular na ANVISA; Considerando que a documentação médica é robusta e uniforme quanto à gravidade, à refratariedade ao tratamento conservador e à imprescindibilidade da intervenção, expondo a criança, na ausência dela, a risco contínuo de obstrução aguda da cânula, hipóxia grave e óbito;

Este NATJUS considera a presente demanda justificada do ponto de vista técnico-científico quanto à indicação do procedimento. Observa-se, contudo, que, por se tratar de procedimento já ofertado pelo SUS, a controvérsia não versa sobre tecnologia externa a incorporar, mas sobre acesso, fluxo e regulação assistencial — matéria de gestão e de competência solidária dos entes federados (Tema 793/STF), a ser direcionada pelo juízo conforme a repartição de competências.

Esta nota técnica responde, em tese e de forma preliminar, à questão clínica sobre o procedimento em foco, com base na análise documental e nas evidências científicas atuais, e independe do estágio de cumprimento da medida liminar já deferida. A conclusão diz respeito tão somente a essas evidências e à indicação de custeio pelo poder público, entre as opções disponíveis. A documentação apresentada demonstra de forma suficiente a gravidade do quadro e a indicação do procedimento, não se vislumbrando, dado o caráter urgente e a robustez dos elementos clínicos, necessidade de perícia médica prévia à intervenção, sem prejuízo de o juízo determiná-la caso entenda cabível.

V – REFERÊNCIAS:

- 1) BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP). Disponível em: <https://sigtap.datasus.gov.br/>. Acesso em: 08/07/2026.
- 2) NATJUS-TJMG. Nota Técnica 2024.0004964 – Laringotraqueoplastia (procedimento de alta complexidade disponível no SUS). Banco de dados do

TJMG. Disponível em: <https://bd.tjmg.jus.br/>.

3) STF. Tema 793 (RE 855.178/SE). Responsabilidade solidária dos entes federados nas demandas prestacionais de saúde. Supremo Tribunal Federal.

4) MINAS GERAIS. Deliberação CIB-SUS/MG nº 4.498/2023 (gestão plena da média e alta complexidade pelos Municípios).

5) Chen C, et al. Immediate extubation after single-stage laryngotracheal reconstruction for subglottic stenosis in children. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2023 (taxa de decanulação específica 90,9%; global 100%). PMID: 36729155.

6) Bajaj Y, et al. Laryngotracheal reconstruction for pediatric glotto-subglottic stenosis: taxas de decanulação global 86,7% e por operação 66,7%. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2014.

7) Gustafson LM, Hartley BEJ, Liu JH, et al. Single-stage laryngotracheal reconstruction with anterior and posterior costal cartilage grafts — decanulação ~92% em estenose grau III. Otolaryngol Head Neck Surg.

8) Cotton RT, et al. Treatment of laryngotracheal stenosis with anterior and posterior cartilage grafts: 41 crianças traqueostomizadas (Cotton III–IV), decanulação > 90% após procedimento único. PMID: 8417749.

9) Revisão sistemática e metanálise: reconstrução laringotraqueal primária versus ressecção cricotraqueal parcial na estenose subglótica pediátrica de grau moderado. PMC12267102 (2024/2025).

10) Myer CM 3rd, O'Connor DM, Cotton RT. Proposed grading system for subglottic stenosis based on endotracheal tube sizes (classificação de Cotton-Myer). Ann Otol Rhinol Laryngol. 1994.

VI – DATA:

24/07/2026 NATJUS – TJMG