Nota Técnica 484783

Data de conclusão: 30/03/2026 13:05:26

Paciente

Idade: 74 anos

Sexo: Masculino

Cidade: João Pessoa/PB

Dados do Advogado do Autor

Nome do Advogado: ISRAEL CARDOSO E DANTAS

Número OAB: 33810

Autor está representado por: -

Dados do Processo

Esfera/Órgão: Justiça Estadual

Vara/Serventia: Núcleo de Justiça 4.0 - Saúde Suplementar

Tecnologia 484783

CID: K40.9 - Hérnia inguinal unilateral ou não especificada, sem obstrução ou gangrena

Diagnóstico: Hernia Iguinal Direita Sintomática

Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s): Laudos Medicos e/ou exames acostados em processo medico;

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Procedimento

Descrição: 0407040137 - HERNIORRAFIA INGUINAL VIDEOLAPAROSCOPICA

O procedimento está inserido no SUS? Sim

O procedimento está incluído em: SIGTAP

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: 0407040137 - HERNIORRAFIA INGUINAL VIDEOLAPAROSCOPICA

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o tratamento da hérnia inguinal sintomática é eminentemente cirúrgico, estando indicado principalmente nos casos em que há dor, aumento progressivo do abaulamento ou risco de complicações, como encarceramento e estrangulamento.
De acordo com a Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP), o procedimento padronizado para correção dessa condição é a hernioplastia inguinal unilateral, que consiste na redução do conteúdo herniário e no reforço da parede abdominal, geralmente com utilização de prótese (tela), técnica amplamente consolidada na prática cirúrgica. Essa abordagem corresponde, na prática assistencial, à técnica aberta convencional, sendo a forma mais frequentemente realizada na rede pública, por apresentar boa efetividade, menor custo e ampla disponibilidade.
Embora exista previsão na própria tabela do SUS para a realização da herniorrafia inguinal por videolaparoscopia, classificada como procedimento de média complexidade, essa via de acesso não constitui a modalidade preferencial no sistema público. Isso se deve a fatores estruturais e operacionais, incluindo a necessidade de equipamentos específicos, maior custo e demanda por equipe especializada.
Assim, na prática do SUS, a videolaparoscopia é considerada uma alternativa, podendo ser realizada em centros de referência ou hospitais com maior nível de complexidade, especialmente em situações selecionadas, conforme observado em serviços hospitalares vinculados ao SUS, a utilização dessa técnica ocorre de forma pontual e não universal, frequentemente associada a contextos de ensino ou disponibilidade tecnológica específica. Dessa forma, para pacientes com hérnia inguinal direita sintomática, o SUS oferece como tratamento padrão a correção cirúrgica pela técnica aberta, com bons resultados clínicos e baixo índice de recorrência. A abordagem videolaparoscópica, embora prevista e possível, não é garantida como primeira escolha, estando condicionada à avaliação médica individualizada e à disponibilidade do serviço de saúde.
Em síntese, o SUS assegura o tratamento cirúrgico da hérnia inguinal, porém prioriza técnicas consolidadas, custo-efetivas e amplamente acessíveis, em conformidade com os princípios de universalidade, integralidade e equidade que regem o sistema público de saúde.

Custo da Tecnologia

Tecnologia: 0407040137 - HERNIORRAFIA INGUINAL VIDEOLAPAROSCOPICA

Custo da tecnologia: R$ 376,95 (trezentos e setenta e seis reais e noventa e cinco

centavos)

Fonte do custo da tecnologia: TABELA SIGTAP

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: 0407040137 - HERNIORRAFIA INGUINAL VIDEOLAPAROSCOPICA

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: A Hérnia Inguinal Direita consiste na protrusão de conteúdo intra-abdominal, como alças intestinais ou tecido adiposo, através de um ponto de fraqueza na parede abdominal na região inguinal, trata-se de uma das afecções cirúrgicas mais prevalentes, especialmente em adultos, estando associada a fatores como aumento da pressão intra-abdominal, alterações do colágeno e enfraquecimento da fáscia transversalis. Do ponto de vista fisiopatológico, a hérnia pode ser classificada em direta ou indireta, sendo esta última a mais comum, relacionada à persistência do conduto peritônio-vaginal. Clinicamente, pacientes podem apresentar abaulamento inguinal associado a dor ou desconforto, especialmente aos esforços, mesmo em casos inicialmente pouco sintomáticos ou assintomáticos, há evidências de que existe risco de progressão dos sintomas ao longo do tempo, com possibilidade de complicações como encarceramento e estrangulamento. Estudos apontam que a taxa anual de encarceramento/estrangulamento varia aproximadamente entre 0,3% e 3%, o que reforça a importância do seguimento clínico e da abordagem cirúrgica oportuna.
O tratamento da hérnia inguinal sintomática é essencialmente cirúrgicos, as opções incluem a abordagem por via aberta ou por videolaparoscopia, com diferentes técnicas descritas na literatura. Na técnica aberta, destaca-se a hernioplastia com uso de tela, como na técnica de Lichtenstein, amplamente utilizada e considerada padrão devido à sua eficácia na redução das taxas de recidiva. Já na abordagem videolaparoscópica, destacam-se as técnicas TAPP (transabdominal preperitoneal) e TEP (totalmente extraperitoneal), que também utilizam tela para reforço da parede abdominal. De modo geral, o uso de prótese (tela) é recomendado tanto nas técnicas abertas quanto nas laparoscópicas, especialmente em casos de recidiva, devido à sua associação com menor risco de recorrência. Em situações de urgência, como nos casos de encarceramento ou estrangulamento, a utilização da tela pode ser considerada desde que não haja contaminação do campo operatório, ou seja, na ausência de perfuração intestinal, peritonite ou abscesso.
No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), embora ambas as abordagens sejam reconhecidas na literatura, a técnica aberta convencional com uso de tela constitui a principal forma de tratamento disponibilizada, por apresentar elevada efetividade, menor custo e maior viabilidade operacional. A abordagem por videolaparoscopia, apesar de existente, não é considerada de primeira escolha

no SUS, estando condicionada à disponibilidade de recursos e à estrutura do serviço de saúde.

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: Em primeiro lugar, destaca-se o alívio dos sintomas, como dor, desconforto e sensação de peso na região inguinal. A cirurgia promove a correção anatômica do defeito da parede abdominal, eliminando o abaulamento e melhorando significativamente a qualidade de vida do paciente. Conforme descrito em estudos, “a hernioplastia resulta em melhora significativa dos sintomas e retorno às atividades habituais” (Simons et al., Hernia). Outro benefício fundamental é a prevenção de complicações, a hérnia inguinal apresenta risco de evolução para encarceramento e estrangulamento, condições potencialmente graves que podem levar à isquemia intestinal e necessidade de cirurgia de urgência, a correção eletiva reduz esse risco, sendo considerada uma medida preventiva importante. A literatura aponta que a intervenção precoce diminui significativamente a incidência dessas complicações.
A cirurgia também proporciona baixa taxa de recorrência, especialmente quando realizada com o uso de prótese (tela), como na técnica de Lichtenstein- estudos demonstram que o uso de tela está associado a menores índices de recidiva em comparação às técnicas sem tensão, consolidando-se como padrão na prática cirúrgica moderna. Além disso, há rápida recuperação funcional, principalmente nos casos de cirurgia eletiva, a maioria dos pacientes retorna às atividades cotidianas em curto período, com baixo tempo de internação e boa evolução pós-operatória.
Outro ponto relevante é a resolução definitiva da doença, uma vez que a hérnia inguinal não apresenta regressão espontânea, o tratamento cirúrgico corrige de forma eficaz o defeito anatômico, evitando a progressão do quadro clínico. Por fim, em contextos como o SUS, a realização da cirurgia aberta com uso de tela apresenta excelente relação custo-efetividade, garantindo acesso ao tratamento com bons desfechos clínicos e segurança para o paciente.
Em síntese, a cirurgia da hérnia inguinal oferece alívio sintomático, previne complicações graves, reduz o risco de recorrência e proporciona melhora significativa na qualidade de vida, sendo o tratamento de escolha para casos sintomáticos mas sem prerrogativa a via de sua realização.

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

Conclusão

Tecnologia: 0407040137 - HERNIORRAFIA INGUINAL VIDEOLAPAROSCOPICA

Conclusão Justificada: Favorável

Conclusão: **CONSIDERANDO** a idade do paciente de 73 anos;

CONSIDERANDO que o paciente é portador de hérnia inguinal direita sintomática;
CONSIDERANDO que o procedimento cirúrgico possui indicação, sendo a questão do processo a inércia do plano em relação a resposta ao solicitante;
CONSIDERANDO que não trata-se de procedimento de urgência, mas sim de procedimento eletivo;
CONSIDERANDO a RN 259/2011 onde afirma que para procedimentos de alta complexidade ou cirurgia eletiva, como a herniorrafia inguinal, o prazo máximo para autorização é de 21 dias úteis;
CONSIDERANDO que o paciente é portador de múltiplas comorbidade, incluindo neo de próstata e histórico de hemorragia digestiva alta por causa de varizes esofágicas;
CONSIDERANDO que o procedimento consa no Rol da ANS, como cobertura obrigatória;
CONSIDERANDO que o procedimento tabém está inserido no SUS, a depender do centro especializado para sua realização;
CONSIDERANDO que não existe DUT especídica para o caso em questão, elencando critérios de exclusão e inclusão do procedimento;
CONSIDERANDO que o paciente possui indicação cirúrgica, com respaldo técnico e de imagem para tal realização;
CONSIDERANDO que o processo apresenta provas de inércia da operadora no que tange a RN 259/2011;
Este comitê julga como favorável a demanda do solicitante.

Há evidências científicas? Sim

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

Referências bibliográficas:
1. Stabilini C, van Veenendaal N, Aasvang E, et al. BJS Open. 2023;
2. Tran HM, MacQueen I, Chen D, Simons MP. Journal of Abdominal Wall Surgery. 2023;
3. Messias BA, Nicastro RG, Mocchetti ER, et al. Hernia. 2024;
4. Paasch C, Mainprize M. Hernia. 2024;
5. Simons MP, Aufenacker T, Bay-Nielsen M, et al. Hernia. (HerniaSurge Guidelines – base atualizada).

NatJus Responsável: PB - Paraíba

Instituição Responsável: TJPB

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: . .