ISSN:2594-6153

Direito à Saúde da Criança e Custeio de Tratamento no Exterior

Alessandra Feliciano da Silva, Jessica Rollo da Costa Feitosa, Renato Braz Mehanna Khamis

Universidade Santa Cecília (Unisanta), Santos-SP, Brasil
E-mail: alessandrafeliciano@gmail.com

Resumo: Objetivos: analisar os limites do custeio estatal de tratamento pediátrico no exterior diante da prioridade absoluta da criança e da existência de alternativa no SUS. Métodos: pesquisa qualitativa, bibliográfica e documental, centrada no REsp 1.860.543/PR e em normas sanitárias, examinadas por análise de conteúdo e método hermenêutico-concretizador. Limitação: estudo baseado em precedente único e recente, sem avaliação empírica de sua aplicação posterior. Resultados: a prioridade absoluta reforça o dever estatal, mas não assegura acesso automático ao centro estrangeiro mais renomado. Conclusões: o custeio excepcional exige inadequação da alternativa nacional, eficácia e segurança, imprescindibilidade clínica e incapacidade financeira.

Palavras-chave: Direito à saúde; Criança; Tratamento no exterior; Medicina Baseada em Evidências; Sistema Único de Saúde.

Children's Right to Health and Public Funding of Treatment Abroad

Abstract: Objectives: to analyze the limits of public funding for pediatric treatment abroad in light of children's absolute priority and the existence of an alternative within the SUS. Methods: qualitative, bibliographic and documentary research focused on REsp 1,860,543/PR and health regulations, examined through content analysis and the hermeneutic-concretizing method. Limitation: the study is based on a single recent precedent and does not empirically assess its subsequent application. Results: absolute priority strengthens the State's duty but does not guarantee access to the most renowned foreign center. Conclusions: exceptional funding requires inadequacy of the national alternative, efficacy and safety, clinical indispensability and financial incapacity.

Keywords: Right to health; Children; Treatment abroad; Evidence-Based Medicine; Unified Health System.

Introdução

A Constituição Federal reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que assegurem acesso universal e igualitário (art. 196). Quando o titular é criança ou adolescente, a proteção adquire intensidade qualificada: o art. 227, na redação da Emenda Constitucional nº 65/2010, determina que os direitos à vida e à saúde sejam assegurados com absoluta prioridade, cabendo ao Estado, nos termos do § 1º, promover programas de assistência integral à saúde mediante políticas específicas [1]. O Estatuto da Criança e do Adolescente atribui à família, à sociedade e ao Poder Público o dever

de assegurar prioritariamente a efetivação desses direitos, com preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas e destinação privilegiada de recursos (art. 4º, § 1º, alíneas c e d, na redação da Lei nº 15.240/2025), além de acesso integral às linhas de cuidado por intermédio do SUS, observado o princípio da equidade no acesso (art. 11) [2].

Essa proteção reforçada, contudo, não permite concluir que toda tecnologia médica indicada deva ser financiada pelo Estado. O SUS é política pública universal, organizada de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente (art. 8º), orientada pela integralidade, pela igualdade da assistência à saúde e pela utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades (art. 7º, II, IV e VII) [3]. No plano infralegal, o tratamento médico no exterior deixou de contar com regulamentação própria a partir da Portaria GM/MS nº 763, de 7 de abril de 1994, que revogou a Portaria GM/MS nº 1.236/1993 [4]; sobre essa base, o Superior Tribunal de Justiça consolidou o entendimento de que é vedado o financiamento de tratamento no exterior pelo SUS, declarando a legitimidade do ato no MS 8.895/DF [5]. A tensão entre esse regime e a prioridade absoluta foi examinada pela Segunda Turma do STJ no REsp nº 1.860.543/PR, em pedido de custeio de transplante intestinal pediátrico em hospital estrangeiro [6]. O problema desta pesquisa consiste em determinar em que medida a prioridade absoluta autoriza o custeio de tratamento no exterior quando existe alternativa terapêutica nacional disponibilizada pelo SUS.

Objetivos

Analisar os critérios adotados pela Segunda Turma do STJ no REsp 1.860.543/PR para compatibilizar a prioridade absoluta da criança com a Medicina Baseada em Evidências, identificando os requisitos do custeio excepcional no exterior e o papel do apoio técnico ao Judiciário.

Material e Métodos

Pesquisa qualitativa, bibliográfica e documental, de natureza jurídico-dogmática. O *corpus* documental compreende a Constituição Federal [1], o Estatuto da Criança e do Adolescente [2], a Lei nº 8.080/1990 [3], a Portaria GM/MS nº 763/1994 [4], o MS 8.895/DF [5], o REsp 1.860.543/PR [6], a literatura de referência sobre Medicina Baseada em Evidências [7] e os atos do CNJ sobre o apoio técnico nas demandas sanitárias [8,9]. A análise de conteúdo organizou o material em três categorias: conteúdo jurídico da prioridade absoluta, requisitos adotados no julgado para o custeio excepcional e função do Núcleo de Apoio Técnico do

Judiciário (NatJus) na qualificação técnica da decisão. O método hermenêutico-concretizador orientou a interpretação dessas categorias à luz das circunstâncias do caso e da Medicina Baseada em Evidências. A principal limitação decorre da concentração em um único julgado recente, sem avaliação empírica de sua aplicação posterior em outros casos.

Resultados

A prioridade absoluta não é mera recomendação política, mas norma constitucional que impõe atuação preferencial do Estado [1,2]. No campo sanitário, exige prevenção de riscos, acesso tempestivo ao diagnóstico e tratamento adequado; a condição da criança como pessoa em desenvolvimento reforça esse dever, pois a demora pode comprometer etapas irreversíveis. A prioridade absoluta, contudo, não transforma o direito à saúde em direito irrestrito à tecnologia escolhida pelo paciente, pela família ou pelo médico assistente: o objeto protegido é o tratamento necessário, seguro e adequado, não a garantia automática do centro mais renomado. A proteção integral atribui maior peso ao direito da criança, mas não dispensa comprovação de benefício clínico nem de inexistência ou inadequação da alternativa nacional.

No REsp 1.860.543/PR, a paciente nascera prematuramente e desenvolvera síndrome do intestino ultracurto, insuficiência intestinal e desnutrição após enterocolite necrosante e extensa ressecção intestinal; o transplante foi indicado como opção de sobrevida, e a controvérsia não envolvia a necessidade do procedimento, mas a imposição à União de custeá-lo em centro estrangeiro [6]. A Segunda Turma admitiu o custeio no exterior apenas em caráter excepcional, mediante demonstração cumulativa da inexistência de alternativa terapêutica eficaz no país, comprovação científica robusta de eficácia e segurança, imprescindibilidade clínica e incapacidade financeira, ancorando esses requisitos nos Temas 6, 500, 793, 1.161 e 1.234 do STF, na STA 175/CE e no Tema 106 do STJ [6]. A presença de centros nacionais habilitados afastou, em princípio, a necessidade do tratamento no exterior, salvo prova de ineficácia ou risco específico acrescido da alternativa nacional [6]. Por se tratar de julgado de Turma, e não de precedente qualificado de observância geral, suas conclusões são analisadas como orientação jurisprudencial relevante para o problema pesquisado.

Discussão

A Medicina Baseada em Evidências consiste na utilização consciente e criteriosa da melhor evidência científica disponível, integrada à experiência clínica e às circunstâncias do paciente [7]. No custeio de tratamento no exterior, não basta demonstrar bons resultados do

procedimento estrangeiro: a prova deve permitir comparar essa opção com os serviços disponíveis no Brasil e identificar benefício clínico que não possa ser alcançado pela alternativa nacional. O relatório do médico assistente permanece relevante, mas, isoladamente, não substitui a avaliação comparativa da alternativa existente no SUS nem a análise da qualidade das evidências disponíveis.

O NatJus reduz essa assimetria informacional. A Resolução CNJ nº 479/2022 prevê, em seu art. 2º, que os magistrados estaduais e federais com competência para julgar ações que tenham por objeto o direito à saúde poderão solicitar informações ao NatJus do seu Estado ou ao NatJus nacional [8]. A nota técnica não substitui o julgamento nem possui força vinculante: as questões formais e de mérito são decididas pelo juiz do processo, cabendo ao NatJus indicar as evidências disponíveis e aplicáveis ao caso e o custo do tratamento (art. 10) [8]. A Resolução CNJ nº 589/2024 acrescentou o art. 2º-A e instituiu o Comitê Gestor Nacional do e-NatJus [9]. O subsídio técnico independente permite examinar a alternativa disponível no SUS, a eficácia comparativa e a urgência clínica.

A excepcionalidade admitida no julgado opera, portanto, sobre um fundo de vedação administrativa: a supressão da regulamentação do tratamento no exterior e a jurisprudência que a sucedeu explicam por que os requisitos são cumulativos e por que o ônus probatório recai sobre quem pleiteia o custeio [4,5]. Não se trata de discricionariedade judicial, mas de exceção construída contra regra de sentido oposto.

A literatura sobre judicialização da saúde no Brasil reconhece esse dilema como estrutural: respostas judiciais que pecam pelo excesso ou pela insuficiência de controle comprometem, por vias diferentes, a racionalidade e a sustentabilidade do sistema [10]. A deferência às políticas do SUS não significa imunidade das escolhas administrativas ao controle judicial: a intervenção permanece legítima diante de omissão, demora incompatível com o quadro clínico ou inadequação concreta do tratamento oferecido. A prioridade absoluta deve incidir também sobre o procedimento decisório — avaliação rápida por centro habilitado, parecer técnico tempestivo e decisão fundamentada —, sem que isso determine necessariamente o tratamento no exterior. A conciliação entre prioridade absoluta e deferência ao SUS depende, assim, de análise em duas etapas: primeiro, verifica-se se a alternativa nacional é concreta, acessível e adequada; somente identificada sua insuficiência, examina-se se o tratamento estrangeiro apresenta eficácia, segurança e imprescindibilidade suficientes para o custeio excepcional. A mera habilitação administrativa de um centro nacional não encerra o

exame quando houver prova de indisponibilidade tempestiva, inadequação técnica ao quadro ou risco específico acrescido.

Conclusões

A prioridade absoluta da criança reforça o dever estatal de proteção à saúde, mas não gera direito automático ao tratamento no centro estrangeiro mais renomado. No REsp 1.860.543/PR, a Segunda Turma do STJ considerou excepcional o custeio no exterior e exigiu demonstração cumulativa da inexistência de alternativa terapêutica eficaz no país, comprovação científica robusta de eficácia e segurança, imprescindibilidade clínica e incapacidade financeira [6], em leitura convergente com a vedação administrativa consolidada desde a Portaria GM/MS nº 763/1994 [4,5]. A Medicina Baseada em Evidências e o apoio técnico do NatJus qualificam essa avaliação. A proteção integral exige, assim, acesso real, tempestivo e adequado ao tratamento necessário, sem afastar a equidade entre os usuários nem a racionalidade das políticas do SUS; a generalização dessas conclusões deve considerar que o estudo se concentra em julgado de Turma e não avalia sua aplicação empírica posterior.

Referências

1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
2. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União. 16 jul 1990. Art. 4º com redação dada pela Lei nº 15.240, de 28 de outubro de 2025; art. 11 com redação dada pela Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016.
3. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 set 1990.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 763, de 7 de abril de 1994. Revoga a Portaria Ministerial nº 1.236/GM, de 14 de outubro de 1993, que regulamentava o tratamento médico no exterior. Diário Oficial da União. 8 abr 1994.
5. Brasil. Superior Tribunal de Justiça. Mandado de Segurança nº 8.895/DF. Primeira Seção. Julgado em 22 out 2003. Diário da Justiça. 7 jun 2004.
6. Brasil. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 1.860.543/PR. Relator: Ministro Marco Aurélio Bellizze. Segunda Turma. Julgado em 16 jun 2026. Diário da Justiça Eletrônico Nacional. 22 jun 2026. Informativo de Jurisprudência. 2026;(894).
7. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ. 1996;312(7023):71-2. doi:10.1136/bmj.312.7023.71.
8. Brasil. Conselho Nacional de Justiça. Resolução nº 479, de 11 de novembro de 2022. Dispõe sobre o funcionamento e utilização do Sistema Nacional de Pareceres e Notas Técnicas (e-

NatJus). Diário da Justiça Eletrônico do Conselho Nacional de Justiça. 14 nov 2022;(282):2-4.

9. Brasil. Conselho Nacional de Justiça. Resolução nº 589, de 15 de outubro de 2024. Altera a Resolução CNJ nº 479/2022 e institui o Comitê Gestor Nacional do e-NatJus. Diário da Justiça Eletrônico do Conselho Nacional de Justiça. 5 nov 2024;(274):3-4.
10. Ferraz OLM. Health as a Human Right: The Politics and Judicialisation of Health in Brazil. Cambridge: Cambridge University Press; 2021.