



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 1860543 - PR (2020/0027296-7)

RELATOR : **MINISTRO MARCO AURÉLIO BELLIZZE**
RECORRENTE : J M D S C (MENOR)
REPR. POR : A D S
ADVOGADOS : LUIZ GUILHERME BITTENCOURT MARINONI - PR013073
RICARDO ALEXANDRE DA SILVA - PR037097
FLAVIO HENRIQUE UNES PEREIRA - DF031442
MARILDA DE PAULA SILVEIRA - DF033954
GUILHERME GIORDANO SARMENTO - PR068010
JOSIANA GONZAGA DE CARVALHO - DF041428
RECORRIDO : UNIÃO

EMENTA

DIREITO ADMINISTRATIVO. RECURSO ESPECIAL. DIREITO À SAÚDE. TRANSPLANTE INTESTINAL PEDIÁTRICO NO EXTERIOR. EXISTÊNCIA DE ALTERNATIVA TERAPÊUTICA NACIONAL. MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS. DEFERÊNCIA ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS DO SUS. RECURSO DESPROVIDO.

I. Caso em exame

1. *O recurso*. Recurso especial interposto pela parte autora contra acórdão do Tribunal Regional Federal que manteve sentença de improcedência em ação visando condenar a União ao custeio de transplante intestinal e tratamento correlato em hospital estrangeiro de referência.
2. *Fato relevante*. Paciente nascida prematuramente evolui com enterocolite necrosante e extensa ressecção intestinal, desenvolvendo síndrome de intestino ultracurto, insuficiência intestinal e desnutrição, sendo indicado transplante intestinal como única opção de sobrevida em médio e longo prazo. A autora sustenta inexistirem resultados exitosos em transplantes intestinais realizados no Brasil e defende o encaminhamento a centro de referência mundial (Universidade de Miami), que apresentaria taxas de sobrevida superiores a 80% em três anos de tratamento.
3. *As decisões anteriores*. Juízo de primeiro grau afasta omissão do SUS e julga improcedentes os pedidos, por entender existir capacidade de realização do transplante no país. O Tribunal Regional confirma a sentença, à vista de informação do Núcleo de Apoio Técnico de que há três centros cadastrados pelo Ministério da Saúde para transplante de intestino delgado e da manifestação do Hospital Sírio-Libanês acerca de sua habilitação e expertise, concluindo que, existindo alternativa terapêutica no SUS, é inviável impor judicialmente tratamento no exterior.
4. *Elementos técnicos*. Nota técnica do NatJus Nacional concluiu pela necessidade de avaliação formal em centro nacional habilitado e pela ausência de elementos para indicar realização do procedimento no exterior; informação de incorporação das modalidades de transplante de intestino delgado e multivisceral ao SUS (Portaria SECTICS/MS n. 10/2025) e existência de centros de excelência habilitados.

II. Questão em discussão

5. A questão em discussão consiste em saber se é juridicamente possível a condenação da União a custear transplante intestinal pediátrico e tratamento no exterior, em hospital de referência mundial, sob o argumento de maior segurança e melhores taxas de sobrevida, mesmo quando existem, no território nacional,

hospitais habilitados e credenciados pelo SUS para a realização do procedimento, ainda que não tenham histórico de transplantes intestinais em crianças.

III. Razões de decidir

6. O direito à saúde, embora reconhecido como direito social fundamental e de eficácia imediata (CRFB/1988, art. 196; e instrumentos internacionais de direitos humanos), não tem caráter absoluto, devendo sua concretização observar as diretrizes das políticas públicas sanitárias, a reserva do possível, a universalidade e a isonomia na prestação dos serviços de saúde.

7. A jurisprudência do STF e do STJ, ao enfrentar questões relacionadas às políticas públicas do SUS (Temas 793, 500, 1.161, 1.234 e 6 do STF e STA 175/CE; Tema 106 do STJ), firmou compreensão de que a intervenção judicial é legítima apenas em hipóteses de comprovada inadequação ou omissão estatal, exigindo demonstração cumulativa de requisitos rigorosos: inexistência de alternativa terapêutica eficaz no país, comprovação científica robusta de eficácia e segurança do tratamento pretendido, imprescindibilidade clínica para preservação da vida ou saúde do paciente e incapacidade financeira do requerente, vedada a imposição de terapias experimentais ou sem validação técnico-científica.

8. O custeio de tratamentos de alto custo, especialmente no exterior, somente se justifica em caráter excepcionalíssimo, quando evidenciada a ausência ou inadequação concreta das opções terapêuticas disponibilizadas pelo SUS, não bastando a mera existência de centros estrangeiros com melhores índices estatísticos ou maior renome, sob pena de converter o direito à saúde em direito subjetivo à melhor tecnologia disponível no mundo e de comprometer a racionalidade na alocação de recursos públicos.

9. A Medicina Baseada em Evidências impõe que decisões judiciais em saúde se fundamentem em evidências científicas robustas e pareceres técnicos qualificados, defendendo que uma boa prática clínica depende da intersecção equilibrada entre três pilares: i) a melhor evidência científica disponível na literatura; ii) a experiência clínica do profissional; e iii) os valores e preferências do paciente.

10. No caso, a informação técnica de existência de três hospitais habilitados pelo Ministério da Saúde para realizar transplante de intestino delgado no Brasil, dentre eles o Hospital SÍrio-Libanês, afasta, em princípio, o requisito de inexistência de alternativa terapêutica nacional, não havendo prova de incapacidade operacional, deficiência estrutural ou risco específico acrescido que torne inviável a realização do procedimento em território nacional.

11. O argumento de que o transplante intestinal nunca foi realizado em crianças menores de 12 anos no país, embora relevante, não é suficiente, por si só, para infirmar a aptidão técnica dos serviços credenciados, sobretudo diante da reconhecida excelência técnico-científica do hospital habilitado pelo SUS, cuja condição de centro de referência em procedimentos de alta complexidade goza de presunção de adequação e segurança.

12. A invocação de taxas de sobrevida superiores a 80% em centro estrangeiro apenas indica maior experiência daquele serviço, mas não demonstra, de forma inequívoca, que o tratamento no Brasil implique risco substancialmente superior à vida ou à integridade da paciente, nem que o procedimento nacional seja inadequado ou inseguro, tampouco foi comprovada equivalência de custos entre o tratamento nacional e o tratamento no exterior.

13. A prioridade absoluta dos direitos de criança e adolescente (CRFB/1988, art. 227; ECA, arts. 4º e 11) reforça o dever estatal de garantir acesso integral às linhas de cuidado em saúde, mas não autoriza, automaticamente, afastar critérios técnicos, a organização do SUS e a equidade na distribuição de recursos, devendo a proteção integral ser harmonizada com a sustentabilidade do sistema e com as escolhas legítimas de política pública.

14. O precedente mencionado no recurso especial (REsp n. 1.720.326/SP) não constitui precedente específico desta Corte sobre a matéria, porque o recurso ali interposto pela União não foi conhecido em razão de óbices sumulares, sem análise do mérito, de modo que não há precedente específico capaz de subsidiar a tese.

15. Inexistindo demonstração inequívoca de omissão ou inadequação das alternativas terapêuticas oferecidas pelo SUS, nem de necessidade clínica absoluta de tratamento no exterior, não se encontram preenchidos os requisitos jurisprudenciais para imposição à União do custeio do transplante e tratamento no hospital estrangeiro, motivo pelo qual se mantém a improcedência dos pedidos.

IV. Dispositivo e tese

16. Resultado do Julgamento: Recurso especial desprovido.

Tese de julgamento:

1. O custeio de tratamento no exterior é admissível apenas em caráter excepcional, mediante demonstração cumulativa de inexistência de alternativa terapêutica eficaz no país, comprovação científica robusta de eficácia e segurança, imprescindibilidade clínica e incapacidade financeira, com deferência às políticas públicas do SUS.
2. A presença de centros nacionais habilitados para transplante intestinal isolado ou multivisceral afasta, em princípio, a necessidade de deslocamento ao exterior, salvo prova de ineficácia ou risco específico acrescido da alternativa nacional.
3. As decisões judiciais em saúde devem se apoiar na Medicina Baseada em Evidências e em pareceres técnicos qualificados, não bastando prescrição ou relatório médico isolado para afastar as diretrizes do SUS.
4. Não há direito subjetivo à melhor tecnologia disponível em centros estrangeiros; exige-se imprescindibilidade concreta do tratamento no exterior, em respeito aos princípios da isonomia, equidade e racionalidade na alocação de recursos públicos.

Dispositivos relevantes citados:

CF/1988, art. 196; CF/1988, art. 227; ECA, art. 11, §§ 1º e 2º; ECA, art. 4º, § 1º, a e c; Lei nº 8.080/1990, arts. 19-Q e 19-R; Lei nº 6.360/1976; Lei nº 9.782/1999; Lei nº 13.411/2016; CPC/2015, art. 85, § 11; Portaria SECTICS/MS nº 10/2025.

Jurisprudência relevante citada:

STF, RE 855.178 (Tema 793), Plenário; STF, RE 657.718 (Tema 500), Plenário; STF, RE 1.165.959 (Tema 1.161), Plenário; STF, RE 1.366.243 (Tema 1.234) c/c Tema 6, Plenário; STJ, REsp 1.657.156/RJ (Tema 106), Primeira Seção; STF, STA 175/CE, Corte Especial.

ACÓRDÃO

Vistos e relatados estes autos em que são partes as acima indicadas, acordam os Ministros da Turma, por unanimidade, negar provimento ao recurso, nos termos do voto do Sr. Ministro-Relator.

Os Srs. Ministros Afrânio Vilela, Francisco Falcão e Maria Thereza de Assis Moura votaram com o Sr. Ministro Relator.

Ausente, ocasionalmente, o Sr. Ministro Teodoro Silva Santos.

Brasília, 16 de junho de 2026.

MINISTRO MARCO AURÉLIO BELLIZZE, Relator



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 1860543 - PR (2020/0027296-7)

RELATOR : **MINISTRO MARCO AURÉLIO BELLIZZE**
RECORRENTE : J M D S C (MENOR)
REPR. POR : A D S
ADVOGADOS : LUIZ GUILHERME BITTENCOURT MARINONI - PR013073
RICARDO ALEXANDRE DA SILVA - PR037097
FLAVIO HENRIQUE UNES PEREIRA - DF031442
MARILDA DE PAULA SILVEIRA - DF033954
GUILHERME GIORDANO SARMENTO - PR068010
JOSIANA GONZAGA DE CARVALHO - DF041428
RECORRIDO : UNIÃO

EMENTA

DIREITO ADMINISTRATIVO. RECURSO ESPECIAL. DIREITO À SAÚDE. TRANSPLANTE INTESTINAL PEDIÁTRICO NO EXTERIOR. EXISTÊNCIA DE ALTERNATIVA TERAPÊUTICA NACIONAL. MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS. DEFERÊNCIA ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS DO SUS. RECURSO DESPROVIDO.

I. Caso em exame

1. *O recurso.* Recurso especial interposto pela parte autora contra acórdão do Tribunal Regional Federal que manteve sentença de improcedência em ação visando condenar a União ao custeio de transplante intestinal e tratamento correlato em hospital estrangeiro de referência.

2. *Fato relevante.* Paciente nascida prematuramente evolui com enterocolite necrosante e extensa ressecção intestinal, desenvolvendo síndrome de intestino ultracurto, insuficiência intestinal e desnutrição, sendo indicado transplante intestinal como única opção de sobrevida em médio e longo prazo. A autora sustenta inexistirem resultados exitosos em transplantes intestinais realizados no Brasil e defende o encaminhamento a centro de referência mundial (Universidade de Miami), que apresentaria taxas de sobrevida superiores a 80% em três anos de tratamento.

3. *As decisões anteriores.* Juízo de primeiro grau afasta omissão do SUS e julga improcedentes os pedidos, por entender existir capacidade de realização do transplante no país. O Tribunal Regional confirma a sentença, à vista de informação do Núcleo de Apoio Técnico de que há três centros cadastrados pelo Ministério da Saúde para transplante de intestino delgado e da manifestação do Hospital Sírio-Libanês acerca de sua habilitação e expertise, concluindo que, existindo alternativa terapêutica no SUS, é inviável impor judicialmente tratamento no exterior.

4. *Elementos técnicos.* Nota técnica do NatJus Nacional concluiu pela necessidade de avaliação formal em centro nacional habilitado e pela ausência de elementos para indicar realização do procedimento no exterior; informação de incorporação das modalidades de

transplante de intestino delgado e multivisceral ao SUS (Portaria SECTICS/MS n. 10/2025) e existência de centros de excelência habilitados.

II. Questão em discussão

5. A questão em discussão consiste em saber se é juridicamente possível a condenação da União a custear transplante intestinal pediátrico e tratamento no exterior, em hospital de referência mundial, sob o argumento de maior segurança e melhores taxas de sobrevida, mesmo quando existem, no território nacional, hospitais habilitados e credenciados pelo SUS para a realização do procedimento, ainda que não tenham histórico de transplantes intestinais em crianças.

III. Razões de decidir

6. O direito à saúde, embora reconhecido como direito social fundamental e de eficácia imediata (CRFB/1988, art. 196; e instrumentos internacionais de direitos humanos), não tem caráter absoluto, devendo sua concretização observar as diretrizes das políticas públicas sanitárias, a reserva do possível, a universalidade e a isonomia na prestação dos serviços de saúde.

7. A jurisprudência do STF e do STJ, ao enfrentar questões relacionadas às políticas públicas do SUS (Temas 793, 500, 1.161, 1.234 e 6 do STF e STA 175/CE; Tema 106 do STJ), firmou compreensão de que a intervenção judicial é legítima apenas em hipóteses de comprovada inadequação ou omissão estatal, exigindo demonstração cumulativa de requisitos rigorosos: inexistência de alternativa terapêutica eficaz no país, comprovação científica robusta de eficácia e segurança do tratamento pretendido, imprescindibilidade clínica para preservação da vida ou saúde do paciente e incapacidade financeira do requerente, vedada a imposição de terapias experimentais ou sem validação técnico-científica.

8. O custeio de tratamentos de alto custo, especialmente no exterior, somente se justifica em caráter excepcionalíssimo, quando evidenciada a ausência ou inadequação concreta das opções terapêuticas disponibilizadas pelo SUS, não bastando a mera existência de centros estrangeiros com melhores índices estatísticos ou maior renome, sob pena de converter o direito à saúde em direito subjetivo à melhor tecnologia disponível no mundo e de comprometer a racionalidade na alocação de recursos públicos.

9. A Medicina Baseada em Evidências impõe que decisões judiciais em saúde se fundamentem em evidências científicas robustas e pareceres técnicos qualificados, defendendo que uma boa prática clínica depende da intersecção equilibrada entre três pilares: i) a melhor evidência científica disponível na literatura; ii) a experiência clínica do profissional; e iii) os valores e preferências do paciente.

10. No caso, a informação técnica de existência de três hospitais habilitados pelo Ministério da Saúde para realizar transplante de intestino delgado no Brasil, dentre eles o Hospital Sírio-Libanês, afasta, em princípio, o requisito de inexistência de alternativa terapêutica nacional, não havendo prova de incapacidade operacional, deficiência estrutural ou risco específico acrescido que torne inviável a realização do procedimento em território nacional.

11. O argumento de que o transplante intestinal nunca foi realizado em crianças menores de 12 anos no país, embora relevante, não é suficiente, por si só, para infirmar a aptidão técnica dos serviços credenciados, sobretudo diante da reconhecida excelência técnico-científica do hospital habilitado pelo SUS, cuja condição de centro de referência em procedimentos de alta complexidade goza de presunção de adequação e segurança.

12. A invocação de taxas de sobrevida superiores a 80% em centro estrangeiro apenas indica maior experiência daquele serviço, mas não demonstra, de forma inequívoca, que o tratamento no Brasil implique risco substancialmente superior à vida ou à integridade da paciente, nem que

o procedimento nacional seja inadequado ou inseguro, tampouco foi comprovada equivalência de custos entre o tratamento nacional e o tratamento no exterior.

13. A prioridade absoluta dos direitos de criança e adolescente (CRFB/1988, art. 227; ECA, arts. 4º e 11) reforça o dever estatal de garantir acesso integral às linhas de cuidado em saúde, mas não autoriza, automaticamente, afastar critérios técnicos, a organização do SUS e a equidade na distribuição de recursos, devendo a proteção integral ser harmonizada com a sustentabilidade do sistema e com as escolhas legítimas de política pública.

14. O precedente mencionado no recurso especial (REsp n. 1.720.326/SP) não constitui precedente específico desta Corte sobre a matéria, porque o recurso ali interposto pela União não foi conhecido em razão de óbices sumulares, sem análise do mérito, de modo que não há precedente específico capaz de subsidiar a tese.

15. Inexistindo demonstração inequívoca de omissão ou inadequação das alternativas terapêuticas oferecidas pelo SUS, nem de necessidade clínica absoluta de tratamento no exterior, não se encontram preenchidos os requisitos jurisprudenciais para imposição à União do custeio do transplante e tratamento no hospital estrangeiro, motivo pelo qual se mantém a improcedência dos pedidos.

IV. Dispositivo e tese

16. Resultado do Julgamento: Recurso especial desprovido.

Tese de julgamento:

1. O custeio de tratamento no exterior é admissível apenas em caráter excepcional, mediante demonstração cumulativa de inexistência de alternativa terapêutica eficaz no país, comprovação científica robusta de eficácia e segurança, imprescindibilidade clínica e incapacidade financeira, com deferência às políticas públicas do SUS.

2. A presença de centros nacionais habilitados para transplante intestinal isolado ou multivisceral afasta, em princípio, a necessidade de deslocamento ao exterior, salvo prova de ineficácia ou risco específico acrescido da alternativa nacional.

3. As decisões judiciais em saúde devem se apoiar na Medicina Baseada em Evidências e em pareceres técnicos qualificados, não bastando prescrição ou relatório médico isolado para afastar as diretrizes do SUS.

4. Não há direito subjetivo à melhor tecnologia disponível em centros estrangeiros; exige-se imprescindibilidade concreta do tratamento no exterior, em respeito aos princípios da isonomia, equidade e racionalidade na alocação de recursos públicos.

Dispositivos relevantes citados:

CF/1988, art. 196; CF/1988, art. 227; ECA, art. 11, §§ 1º e 2º; ECA, art. 4º, § 1º, a e c; Lei nº 8.080/1990, arts. 19-Q e 19-R; Lei nº 6.360/1976; Lei nº 9.782/1999; Lei nº 13.411/2016; CPC/2015, art. 85, § 11; Portaria SECTICS/MS nº 10/2025.

Jurisprudência relevante citada:

STF, RE 855.178 (Tema 793), Plenário; STF, RE 657.718 (Tema 500), Plenário; STF, RE 1.165.959 (Tema 1.161), Plenário; STF, RE 1.366.243 (Tema 1.234) c/c Tema 6, Plenário; STJ, REsp 1.657.156/RJ (Tema 106), Primeira Seção; STF, STA 175/CE, Corte Especial.

RELATÓRIO

J. M. D. S. C., representada por sua genitora, A. D. S., promoveu ação em desfavor da União postulando a sua condenação ao pagamento dos custos decorrentes de transplante de intestino e respectivos tratamentos perante o Hospital Jackson Memorial Medical, em Miami, Flórida, Estados Unidos.

O Juízo de primeiro grau julgou improcedentes os pedidos, ao argumento de que não existe omissão do SUS quanto à realização de cirurgia de transplante de intestino capaz de justificar sua realização e custeamento no exterior, não havendo privação da paciente a tratamento que lhe traga reais benefícios à saúde.

Interposta apelação pela autora, a Turma Regional Suplementar do Paraná do Tribunal Regional Federal da 4ª Região negou-lhe provimento, estando o acórdão assim ementado (e-STJ, fls. 3.326-3.327):

ADMINISTRATIVO. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS OU TRATAMENTO DE SAÚDE. LEGITIMIDADE. EXISTÊNCIA DE ALTERNATIVA TERAPÊUTICA. CONCESSÃO JUDICIAL. IMPOSSIBILIDADE.

1. A jurisprudência é sólida no sentido da responsabilidade solidária da União, Estados e Municípios nas ações onde se postula fornecimento público de medicamentos ou tratamento médico, sendo que a solidariedade não induz litisconsórcio passivo necessário, mas facultativo, cabendo à parte autora a escolha daquele contra quem deseja litigar, sem obrigatoriedade de inclusão dos demais.

2. As normas relativas ao direito à saúde devem ser analisadas e interpretadas de forma sistêmica, visando à máxima abrangência e ao amplo acesso aos direitos sociais fundamentais.

3. Tratando-se de direito essencial, incluso no conceito de mínimo existencial, inexistirá empecilho jurídico para que o Judiciário estabeleça a inclusão de determinada política pública nos planos orçamentários do ente político, mormente quando não houver comprovação objetiva da incapacidade econômico-financeira de pessoa estatal.

4. Observando as premissas elencadas no julgado Suspensão de Tutela Antecipada n. 175 (decisão da Corte Especial no Agravo Regimental respectivo proferida em 17 de março de 2010, Relator o Ministro Gilmar Mendes), quando da avaliação de caso concreto, devem ser considerados, entre outros, os seguintes fatores: (a) a inexistência de tratamento/procedimento ou medicamento similar/genérico oferecido gratuitamente pelo SUS para a doença ou, no caso de existência, sua utilização sem êxito pelo postulante ou sua inadequação devido a peculiaridades do paciente; (b) a adequação e a necessidade do tratamento ou do medicamento pleiteado para a doença que acomete o paciente; (c) a aprovação do medicamento pela ANVISA (só podendo ser relevado em situações muito excepcionais, segundo disposto nas Leis n.º 6.360/76 e 9.782/99) e (d) a não configuração de tratamento experimental.

5. Ante a existência de alternativas terapêuticas no âmbito do SUS para tratamento da moléstia que acomete a parte autora, não deve ser judicialmente deferida a dispensação judicial do pleito.

Irresignada, a autora interpõe recurso especial, fundamentado nas alíneas *a* e *c* do permissivo constitucional, apontando, além de dissídio jurisprudencial,

violação aos arts. 4º, parágrafo único, *a e d*, 7º e 11, §§ 1º e 2º, do ECA; e 2º, §1º, 4º, *caput*, 6º, I, *d*, e 7º, II, da Lei n. 8.080/1990.

Sustenta, em síntese, a necessidade de condenação da União a arcar com o transplante e tratamento no Jackson Memorial Medical, da Universidade de Miami, pois é um centro de referência mundial, mostrando-se uma alternativa terapêutica mais segura e com melhores taxas de sobrevida.

Destaca que o Hospital Sírio-Libânes, credenciado pelo SUS para a realização de transplantes dessa espécie, nunca realizou esse tipo de procedimento em crianças, apenas em adultos e, ainda assim, em poucas oportunidades.

Enfatiza a prioridade absoluta e acesso integral às linhas de cuidado pelas crianças e adolescentes, que têm especial proteção à vida e à saúde, incumbindo ao Poder Público fornecer gratuitamente tecnologias mais modernas e viáveis ao tratamento de saúde.

Colaciona, ainda, acórdão proferido pelo TRF da 3ª Região, em situação exatamente igual, deferiu o transplante multivisceral pediátrico no referido hospital da Universidade de Miami (Apelação Cível 5004634-69.2017.4.03.6100).

Contrarrazões às fls. 3.399-3.418 (e-STJ).

É o relatório.

VOTO

A controvérsia consiste em definir se é possível a condenação da União ao pagamento de transplante e tratamento no exterior ao argumento de que seria uma alternativa terapêutica mais segura e com melhores taxas de sobrevida, haja vista que o hospital credenciado pelo SUS nunca realizou o procedimento postulado em crianças.

De início, relembre-se que desde a Declaração Universal de Direitos Humanos, proclamada pela ONU em 1948, a saúde passou a pertencer de forma definitiva dos direitos humanos fundamentais e universais, como se pode depreender de seu art. 25º, que assim dispõe:

Art. 25º. 1. Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle.
2. A maternidade e a infância têm direito a ajuda e a assistência especiais. Todas as crianças, nascidas dentro ou fora do matrimônio, gozam da mesma proteção social.

Seguindo essa tendência mundial, a Constituição da República de 1988 dispôs sobre o tema, reconhecendo-o como direito social, universal e de

segunda dimensão, tendo em vista a possibilidade de se exigir do Estado obrigações positivas para sua efetivação, sobretudo por meio de políticas sociais para acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (art. 196 da CRFB).

Não há dúvidas de que a finalidade dessa previsão é de universalização do direito à saúde, garantindo o acesso de todos a tratamentos e medicamentos necessários, mas também é notório que as desigualdades sociais e econômicas são obstáculos reais à sua concretização, tanto que no Pacto Internacional de Direito Econômicos, Sociais e Culturais, ao fazer menção ao direito à saúde, usa-se a expressão "possível de atingir", conforme se depreende da seguinte redação (sem grifos no original):

Art. 12.º 1. Os Estados Partes no presente Pacto reconhecem o **direito de todas as pessoas de gozar do melhor estado de saúde física e mental possível de atingir**.

2. As medidas que os Estados Partes no presente Pacto tomarem com vista a assegurar o pleno exercício deste direito deverão compreender as medidas necessárias para assegurar:

- a) A diminuição da mortalidade e da mortalidade infantil, bem como o seu desenvolvimento da criança;
- b) O melhoramento de todos os aspectos de higiene do meio ambiente e da higiene industrial;
- c) A profilaxia, tratamento e controle das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras;
- d) A criação de condições próprias a assegurar a todas as pessoas serviços médicos e ajuda médica em caso de doença.

Portanto, as previsões constitucional e em diplomas internacionais necessitam de uma correlação fática para que o direito à saúde seja efetivado, exigindo, também, um olhar econômico sobre sua execução, à luz das premissas do mínimo existencial, da reserva do possível e do custo dos direitos.

Nessa toada, é incontroverso que a saúde evolui em consonância com os avanços tecnológicos, o que torna esse desafio de conciliação ainda maior, pois de um lado há a necessidade de atender o maior número possível de pessoas, ampliando a assistência e primando pela qualidade dos serviços prestados, do outro lado há a escassez de recursos econômicos, sendo muito importante que se avalie a efetividade e o custo-benefício das ações de saúde na transformação do sistema de saúde.

É em razão dessa dicotomia que tem se desenvolvido um cenário cada vez maior de judicialização da política pública de saúde, pois "dentro do escopo do Estado Democrático e Social de Direito [...] devem ser compatibilizadas as possibilidades advindas dos recursos escassos existentes com as necessidades médicas da sociedade que o Estado de Bem-Estar deve suportar (ASSIS NETO, Nilson Dias de. *SUS e a Judicialização da Saúde*. Curitiba: Juruá, 2022, p. 15).

Salienta-se que aqui não se defende uma visão míope de que a análise do acesso a tratamentos de saúde se restrinja a questões econômicas, mas, na verdade, que estas devem ser conjugadas com as nuances que a realidade impõe, também se considerando elementos não-monetários para constituição do direito, até mesmo porque "resolver a escassez definitivamente não é possível, há a necessidade de entender como conviver com ela e buscar alternativas para a ampliação do que é possível se a leitura de um direito social for também econômica" (GARCIA, Lara Rocha. *Inovação Tecnológica e Direito à Saúde*. Curitiba: Juruá, 2017, p. 41).

Portanto, a judicialização da saúde impacta diretamente o orçamento público e interfere nos serviços e tratamentos disponibilizados aos outros pacientes, de modo que decisões judiciais sem evidência científica robusta produzem, na verdade, uma injustiça sanitária, pois podem beneficiar poucos à custa de muitos.

Diante disso, a transição do Estado Liberal para o Estado Social impõe ao Poder Judiciário, dentro dos limites que lhe são impostos pelo princípio constitucional da separação dos poderes, a necessidade de absorver funções que lhe eram alheias, dada a forte judicialização fomentada pelo vácuo deixado em espaços decisórios dos outros Poderes ou pela ineficiência de suas atuações, estabelecendo uma nova configuração da jurisdição para subsidiar na implementação de políticas públicas.

A problemática ora posta se torna ainda mais sensível quando a parte postulante do tratamento de saúde é criança ou adolescente, como no caso dos autos, pois o art. 227 da CRFB prevê, como um dever da família, da sociedade e do Estado, a sua proteção integral e a prioridade absoluta dos seus direitos sobre outros interesses, notadamente na formulação de políticas públicas, o que também está disposto na Lei n. 8.069/1990 (ECA), atualmente previsto em seu art. 4º, § 1º, *a* e *c* (antigo art. 4º, parágrafo único, *a* e *c*).

Mais especificamente quanto ao direito à saúde, também há determinação expressa de que haja acesso integral às linhas de cuidado voltadas à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do SUS, observado o princípio da equidade no acesso a ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde, dando especial atenção àqueles com deficiência e incumbindo o poder público de fornecer tratamentos e tecnologias necessárias ao cuidado com a saúde.

A fim de melhor compreensão, transcreve-se o dispositivo do ECA:

Art. 11. É assegurado acesso integral às linhas de cuidado voltadas à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, observado o princípio da equidade no acesso a ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

§ 1º A criança e o adolescente com deficiência serão atendidos, sem discriminação ou segregação, em suas necessidades gerais de saúde e específicas de habilitação e reabilitação.

§ 2º Incumbe ao poder público fornecer gratuitamente, àqueles que necessitarem, medicamentos, órteses, próteses e outras tecnologias

assistivas relativas ao tratamento, habilitação ou reabilitação para crianças e adolescentes, de acordo com as linhas de cuidado voltadas às suas necessidades específicas.

§ 3º Os profissionais que atuam no cuidado diário ou frequente de crianças na primeira infância receberão formação específica e permanente para a detecção de sinais de risco para o desenvolvimento psíquico, bem como para o acompanhamento que se fizer necessário.

É em razão da importância do tema que deve haver uma intersecção entre as áreas de conhecimento, de modo que cada vez mais as decisões judiciais devem se pautar na Medicina Baseada em Evidências (MBE), a qual defende que uma boa prática clínica depende da intersecção equilibrada entre três pilares: i) a melhor evidência científica disponível na literatura; ii) a experiência clínica do profissional; e iii) os valores e preferências do paciente, isto é, atenção ao que importa para quem recebe o cuidado.

A sua pretensão não é vincular estritamente o médico em protocolos, mas garantir a integração entre o pensamento crítico na interpretação da literatura médica, de modo que haja um uso consciencioso, explícito e judicioso da melhor evidência atual na tomada de decisões sobre o cuidado de pacientes individuais, sobretudo quando houver ensaios clínicos randomizados, com revisões sistemáticas e metanálises, até mesmo para condutas clínicas que ficaram consagradas pelo uso e costume ao longo do tempo, pois ser judicioso é importar-se com o certo.

Foi exatamente com a pretensão de dar maior importância às evidências científicas que o CNJ, por meio de diversos atos normativos, tais como as Resoluções n. 107/2010, 238/2016, 326/2020, 388/2021 e 479/2022, estruturou a criação dos Núcleos de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NatJus) para subsidiar a atuação dos Magistrados nas ações de saúde com informações técnicas e bases sólidas de evidência científica.

Dessa maneira, a sensibilidade do tema conjugada com alta demanda por políticas públicas direcionadas à saúde, contrapostas à ineficiência estatal na área e à escassez de recursos, não por acaso fizeram chegar aos tribunais uma miríade de questões relacionadas ao tema, tanto é que já existem diversos entendimentos vinculantes sobre a matéria definidos tanto pelo Supremo Tribunal Federal como por esta Corte Superior, não obstante nenhum deles trate especificamente sobre a possibilidade, ou não, da condenação do Estado de custear cirurgia e tratamento médico no exterior.

Todavia, não há dúvidas de que os raciocínios neles adotados subsidiam qualquer decisão que diga respeito às prestações de saúde, pois, exemplificativamente, no Tema n. 793/STF (RE n. 855.178) houve o reconhecimento da responsabilidade solidária dos entes federados para prestar assistência à saúde, não havendo que se falar em litisconsórcio passivo necessário, tendo em vista que a obrigação estatal é

ampla, desde que justificada pela sua imprescindibilidade à preservação da vida e da dignidade da pessoa humana, conforme se depreende da tese nele firmada:

Os entes da federação, em decorrência da competência comum, são solidariamente responsáveis nas demandas prestacionais na área da saúde, e diante dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização, compete à autoridade judicial direcionar o cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro.

No tema n. 500 (RE n. 657.718), o STF se debruçou sobre a obrigatoriedade de o Estado fornecer medicamentos experimentais e sem registro na Anvisa, podendo se depreender que, para o custeio estatal fora das políticas públicas ordinárias, como é o caso do tratamento no exterior, é imprescindível prova técnica robusta e uma excepcionalidade qualificada. Veja-se:

1. O Estado não pode ser obrigado a fornecer medicamentos experimentais.
2. A ausência de registro na ANVISA impede, como regra geral, o fornecimento de medicamento por decisão judicial.
3. É possível, excepcionalmente, a concessão judicial de medicamento sem registro sanitário, em caso de mora irrazoável da ANVISA em apreciar o pedido (prazo superior ao previsto na Lei nº 13.411/2016), quando preenchidos três requisitos: (i) a existência de pedido de registro do medicamento no Brasil (salvo no caso de medicamentos órfãos para doenças raras e ultrarraras);(ii) a existência de registro do medicamento em renomadas agências de regulação no exterior; e (iii) a inexistência de substituto terapêutico com registro no Brasil.
4. As ações que demandem fornecimento de medicamentos sem registro na ANVISA deverão necessariamente ser propostas em face da União.

Já no Tema n. 1.161 (RE n. 1.165.959) se discutiu o dever do Estado de fornecer medicamento que, embora não possua registro na Anvisa, tem a sua importação autorizada pela agência de vigilância sanitária, reforçando-se, contudo, a excepcionalidade da medida, nos seguintes termos:

Cabe ao Estado fornecer, em termos excepcionais, medicamento que, embora não possua registro na ANVISA, tem a sua importação autorizada pela agência de vigilância sanitária, desde que comprovada a incapacidade econômica do paciente, a imprescindibilidade clínica do tratamento, e a impossibilidade de substituição por outro similar constante das listas oficiais de dispensação de medicamentos e os protocolos de intervenção terapêutica do SUS.

Não se pode esquecer, ainda, que a Primeira Seção do STJ julgou o Tema n. 106 (REsp n. 1.657.156/RJ), que se relaciona diretamente aos Temas n. 6 e 1.161 do STF, tendo sido analisada a obrigatoriedade de o Poder Público fornecer medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS, tendo sido fixada a seguinte tese:

A concessão dos medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS exige a presença cumulativa dos seguintes requisitos:

- i) Comprovação, por meio de laudo médico fundamentado e circunstanciado expedido por médico que assiste o paciente, da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento, assim como da ineficácia, para o tratamento da moléstia, dos fármacos fornecidos pelo SUS;
- ii) incapacidade financeira de arcar com o custo do medicamento prescrito;
- iii) existência de registro do medicamento na ANVISA, observados os usos autorizados pela agência.

Ademais, importante destacar o julgamento do Tema n. 1.234/STF (RE 1.366.243), em que se estabeleceu critérios para inclusão da União no polo passivo e a competência da Justiça Federal para processar ação que verse sobre a obtenção de medicamento ou tratamento não incorporado nas políticas públicas do SUS, embora registrado pela Anvisa, sendo que esse tema foi julgado conjuntamente com o Tema n. 6/STF, o qual, por sua vez, estipulou diretrizes a serem observadas para a concessão judicial de medicamentos registrados na Anvisa, mas não incorporados ao Sistema Único de Saúde (SUS), independentemente do custo, estando a tese deste último precedente qualificado assim redigida:

1. A ausência de inclusão de medicamento nas listas de dispensação do Sistema Único de Saúde - SUS (RENAME, RESME, REMUME, entre outras) impede, como regra geral, o fornecimento do fármaco por decisão judicial, independentemente do custo.
2. É possível, excepcionalmente, a concessão judicial de medicamento registrado na ANVISA, mas não incorporado às listas de dispensação do Sistema Único de Saúde, desde que preenchidos, cumulativamente, os seguintes requisitos, cujo ônus probatório incumbe ao autor da ação: (a) negativa de fornecimento do medicamento na via administrativa, nos termos do item '4' do Tema 1234 da repercussão geral; (b) ilegalidade do ato de não incorporação do medicamento pela Conitec, ausência de pedido de incorporação ou da mora na sua apreciação, tendo em vista os prazos e critérios previstos nos artigos 19-Q e 19-R da Lei nº 8.080/1990 e no Decreto nº 7.646/2011; (c) impossibilidade de substituição por outro medicamento constante das listas do SUS e dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas; (d) comprovação, à luz da medicina baseada em evidências, da eficácia, acurácia, efetividade e segurança do fármaco, necessariamente respaldadas por evidências científicas de alto nível, ou seja, unicamente ensaios clínicos randomizados e revisão sistemática ou meta-análise; (e) imprescindibilidade clínica do tratamento, comprovada mediante laudo médico fundamentado, descrevendo inclusive qual o tratamento já realizado; e (f) incapacidade financeira de arcar com o custeio do medicamento.
3. Sob pena de nulidade da decisão judicial, nos termos do artigo 489, § 1º, incisos V e VI, e artigo 927, inciso III, § 1º, ambos do Código de Processo Civil, o Poder Judiciário, ao apreciar pedido de concessão de medicamentos não incorporados, deverá obrigatoriamente: (a) analisar o ato administrativo comissivo ou omissivo de não incorporação pela Conitec ou da negativa de fornecimento da via administrativa, à luz das circunstâncias do caso concreto e da legislação de regência, especialmente a política pública do SUS, não sendo possível a incursão no mérito do ato administrativo; (b) aferir a presença dos requisitos de dispensação do medicamento, previstos no item 2, a partir da prévia consulta ao Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NATJUS), sempre que disponível na respectiva jurisdição, ou a entes ou pessoas com expertise técnica na área, não podendo fundamentar a sua decisão unicamente em prescrição, relatório ou laudo médico juntado aos

autos pelo autor da ação; e (c) no caso de deferimento judicial do fármaco, oficial aos órgãos competentes para avaliarem a possibilidade de sua incorporação no âmbito do SUS.

Por fim, necessário fazer referência à STA n. 175/CE, utilizada pelo acórdão recorrido como base argumentativa para negar o pedido da parte autora, na qual o STF estabeleceu algumas premissas para atuação do Poder Judiciário nas demandas de prestação de saúde, sobretudo naquelas que envolvem medicamento ou tratamento de alto custo, reconhecendo como eixos centrais a deferência judicial às políticas públicas de saúde, a vedação à concessão de prestações sem comprovação científica suficiente e a preocupação com o efeito multiplicador e o impacto sistêmico das decisões judiciais.

Assim, dentre outras questões, decidiu-se que, ao analisar o caso concreto, o Magistrado deverá levar em consideração a existência, ou não, de tratamento similar oferecido pelo SUS ou, se existente, demonstrar sua ineficácia ou inadequação à hipótese, de modo que, havendo o tratamento requerido, seja determinada a inclusão da parte nos programas existentes no SUS ou, caso esse tratamento seja comprovadamente ineficaz ao caso, será possível a determinação de fornecimento de medida diversa daquela usualmente custeada pelo Poder Público.

Estabelecidas essas premissas, depreende-se que a *ratio decidendi* de todos esses precedentes convergem para a interpretação de que o direito à saúde, embora dotado de eficácia imediata e exigibilidade judicial, não ostenta caráter absoluto, devendo ser concretizado em harmonia com as diretrizes das políticas públicas de saúde, a reserva do possível e os princípios da isonomia e da universalidade do sistema.

Dessa maneira, a intervenção judicial é legítima apenas em hipóteses de comprovada inadequação ou omissão estatal, exigindo-se, para o deferimento de prestações não incorporadas ao SUS, a demonstração cumulativa de requisitos rigorosos, notadamente: inexistência de alternativa terapêutica eficaz no país; comprovação científica da eficácia e segurança do tratamento pleiteado; imprescindibilidade à preservação da vida ou da saúde do paciente e incapacidade financeira do requerente; vedando-se a imposição de terapias experimentais ou destituídas de validação técnico-científica, salvo hipóteses excepcionálíssimas.

A jurisprudência também enfatiza a necessidade de deferência institucional às escolhas administrativas em matéria de saúde pública, advertindo que decisões judiciais individualizadas não podem comprometer a racionalidade na alocação de recursos escassos nem gerar tratamentos privilegiados em detrimento da coletividade, sob pena de violação aos postulados da equidade e da eficiência.

Ademais, o custeio de tratamentos de alto custo - inclusive no exterior -, embora possível em caráter extraordinário, demanda um juízo estrito de

proporcionalidade e razoabilidade, no qual se ponderem, de um lado, a proteção à vida e à dignidade da pessoa humana e, de outro, a sustentabilidade do sistema público de saúde, de modo a evitar a desorganização das políticas públicas e a indevida judicialização substitutiva da gestão administrativa.

Diante dessas considerações e passando-se à análise do caso concreto, verifica-se que o caso dos autos era, de fato, hipótese de improcedência dos pedidos, como decidido pelas instâncias ordinárias.

Não se olvida que o caso é extremamente delicado e exige uma sensibilidade mais apurada do julgador, sobretudo porque, de acordo com o quadro fático delineado pelo acórdão recorrido, a autora nasceu com idade gestacional de 26 (vinte e seis) semanas e 6 (seis) dias, sendo que, em decorrência da prematuridade, evoluiu para o quadro de enterocolite necrosante, tendo sido submetida à laparotomia exploradora com 11 (onze) dias de vida, constatando-se necrose extensa de todo o intestino delgado, cólon ascendente e metade do cólon transversal, sendo ressecada toda a área necrosada e realizada anastomose jejuno-cólica a 3 cm do ângulo de Treitz.

Assim, a paciente evoluiu para a síndrome de intestino ultracurto, permanecendo internada durante 1 (um) ano e 40 (quarenta) dias, evoluindo com quadro de insuficiência intestinal e desnutrição, de modo que, diante da sua situação clínica, a única opção de sobrevivência, a médio e longo prazo, é o transplante intestinal.

A exordial narra que nenhum dos pacientes submetidos a este tratamento no Brasil sobreviveu, motivo pelo qual argumenta que seria recomendado que a infante fosse encaminhada a um centro especializado em transplante intestinal no exterior, e que o serviço de transplante da University of Miami, nos EUA, é o de maior experiência mundial, com taxas de sobrevivência de 80% em 3 (três) anos de tratamento.

De outro lado, o aresto *a quo* consignou que, em resposta a quesitos complementares, o Núcleo de Apoio Técnico da UFPR/CHC informou que existem 3 (três) centros médicos cadastrados pelo Ministério da Saúde para realizar transplante de intestino delgado no Brasil: Hospital Israelita Albert Einstein, Hospital Sírio-Libanês e Hospital de Clínicas da Universidade de São Paulo.

Ademais, houve manifestação do Dr. João Seda Neto, em nome do Hospital Sírio-Libanês, informando que, apesar de não ter realizado nenhum transplante de intestino em crianças menores de 12 (doze) anos no país, encontra-se credenciado desde março de 2016 para realização de transplantes intestinais/multiviscerais na população pediátrica e que um dos médicos responsáveis pela equipe de transplante de intestino teve experiência com o cuidado de pacientes em falência intestinal e transplante intestinal como *fellow* oficial do programa de transplante pediátrico da Universidade de Pittsburgh, em Pittsburgh, nos Estados Unidos.

Em contrapartida, a parte autora refuta esses argumentos alegando que no Brasil nem sequer há coleta de intestino delgado para transplante em crianças e nunca

houve a realização desse tipo de transplante em menores de 12 anos, não havendo no país evidências seguras para se submeter uma criança a um tratamento tão agressivo, o que afrontaria os princípios da proteção integral e do melhor interesse das crianças e adolescentes.

Contudo, à par dos fundamentos suscitados no recurso especial, conforme orientação acima delineada, a pretensão de custeio de tratamento no exterior, consistente em transplante intestinal pediátrico, deve ser examinada sob o rigor dos requisitos de excepcionalidade qualificada, não se prestando o Poder Judiciário a substituir, sem base técnico-científica robusta, as escolhas administrativas legitimamente estruturadas no âmbito do SUS.

Exatamente em busca de subsídios mais sólidos e diante da necessidade de o Poder Judiciário privilegiar a MBE é que este signatário gerou a Solicitação de Nota Técnica de ID 510328 ao NatJus Nacional, conforme informado à fl. 3.848 (e-STJ), tendo sido emitida a respectiva nota técnica (e-STJ, fl. 3.855), a qual está disponível para consulta em: <https://www.pje.jus.br/e-natjus/notaTecnica-dados.php?output=pdf&token=nte:510328:1778695262:cee820786d474cafaa12da0acbc6dcc5e6dc972ece19>

O parecer emitido concluiu que os elementos colocados à disposição justificam uma avaliação formal da paciente por equipe especializada em transplante intestinal/multivisceral em centro nacional habilitado ou capacitado, pois exclusivamente pela consulta dos documentos disponibilizados não há elementos técnicos suficientes para afirmar a indicação imediata de realização do transplante antes da sobretida avaliação, destacando, ao final, também não haver elementos para sustentar a indicação de realizar o procedimento em centro fora do Brasil.

As partes foram intimadas a se manifestar, tendo a autora refutado a conclusão argumentando que, a despeito de citar a existência de centros nacionais habilitados para realizar o procedimento, o documento é omissos sobre pontos relevantes do Relatório de Recomendação n. 959 da CONITEC (e-STJ, fls. 3.869-3.884).

Aponta omissão em especial o Estudo Tannuri et al. (2014), o qual acompanhou 19 (dezenove) crianças em Nutrição Parenteral Total (NPT) prolongado no HCFMUSP, sendo que 12 (doze) permaneceram dependentes de NPT; dessas 11 (onze) faleceram em decorrência de complicações da NPT; apenas uma foi submetida a transplante multivisceral (e não de intestino delgado isolado) nos EUA e faleceu por complicações pós-operatórias, o que demonstra a alta mortalidade quando a estratégia é manter o manejo em centros nacionais sem transplante oportuno.

Também afirma a comparação entre as estratégias pelo Modelo de Markov, utilizado pela CONITEC e que apresenta uma análise de custo-efetividade, aponta que o transplante (TID/TMV) implica em sobrevida esperada de 8,78 anos enquanto a NPT

em lista de espera é de 0,667 anos (aproximadamente 8 meses), evidenciando o "custo do atraso" em anos de vida e a mortalidade precoce da paciente em espera.

Alega, ainda, omissão quanto a paciente pediátrico transplantado com sucesso em modalidade de intestino delgado isolado no exterior, sob ordem judicial em 2014 (Processo n. 0021789-78.2014.4.03.6100), diferenciando-o do caso multivisceral mencionado no estudo, assim como afirma já ter cumprido desde o início da ação a exigência de realização de avaliação por equipe médica especializada e junta nova carta técnica emitida pelo Dr. Rodrigo Vianna em 22/5/2026, do Miami Transplant Intitute (MIT), às fls. 3.877-3.880 (e-STJ).

A referida carta, ainda segundo a recorrente, faz uma distinção técnica fundamental, isto é, a paciente é candidata a transplante intestinal isolado, o mesmo realizado no Jackson Memorial pelo paciente pediátrico sobrevivente ignorado pela nota técnica, já que a função hepática está preservada e há menor mortalidade.

Alerta para o fato de haver possibilidade de agravamento do quadro e mudança da modalidade cirúrgica para transplante multivisceral combinado (intestino + fígado), cuja mortalidade é consideravelmente maior, dada a progressão de doença hepatobiliar associada à NPT, comprometimento venoso central e doença óssea metabólica.

Destaca a irreversibilidade anatômica e a inexistência de terapia alternativa para tratamento, sendo que a paciente preenche, pelo menos, 3 (três) indicações formais da CONITEC, quais sejam, perda iminente de acessos venosos centrais; déficit severo de crescimento e desenvolvimento com doença óssea metabólica; e distúrbios metabólicos/hidroeletrolíticos refratários ao manejo convencional, com dependência absoluta de NPT.

Conclui, portanto, reafirmando a necessidade de realização do transplante no exterior em razão da vasta experiência do hospital estrangeiro, bem como por haver severa restrição doador-receptor em pediatria, exigindo doadores com 25% a 50% menos peso que o receptor, o que torna o acesso ao pool da *United Network for Organ Sharing* (UNOS) clinicamente relevante frente ao reduzido volume nacional, ressaltando a inexistência de captação de intestino delgado isolado nos registros brasileiros de transplantes.

Por sua vez, a União se manifesta pela manutenção do acórdão recorrido com os fundamentos acrescidos pela nota técnica do NatJus Nacional, sobretudo por existir capacidade técnica e regulatória no Sistema Único de Saúde (SUS) para transplantes de intestino delgado e multivisceral.

Informa que as modalidades de transplante de intestino delgado (e também o multivisceral) foi incorporada ao SUS pela Portaria SECTICS/MS n. 10/2025, após recomendação do Relatório n. 959/2025 da CONITEC, existindo centros de excelência

habilitados, com equipes multidisciplinares qualificadas e protocolos nacionais alinhados a padrões internacionais.

Ainda destaca o histórico de transplantes pediátricos de intestino e multivisceral realizados no Brasil com financiamento PROADI/SUS, que, reunindo adultos e crianças, já foram realizados 30 (trinta) procedimentos desde o início do programa, sendo que o custo do transplante realizado em território nacional é significativamente inferior ao dos Estados Unidos.

Registra que a principal diferença entre os sistemas é o momento de indicação, pois o modelo norte-americano é mais precoce, enquanto o modelo europeu (ESPEN), adotado pelo Brasil, trata o transplante como último recurso, especialmente em pediatria, dadas as maiores chances de sucesso.

Dessa forma, reafirma o pedido de manutenção do acórdão recorrido, com o indeferimento do pedido de tratamento no exterior, ante a ausência de fundamento técnico e diante da oferta nacional existente.

Diante desse quadro, deve-se reafirmar a necessidade de o Poder Judiciário decidir questões tão delicadas como a ora posta com base nas evidências científicas colocadas à disposição, sobretudo naqueles três pilares supramencionados da MBE, quais sejam: i) a melhor evidência científica disponível na literatura; ii) a experiência clínica do profissional; e iii) os valores e preferências do paciente.

No caso em análise, não obstante a preferência da paciente já seja notória, a existência de hospitais habilitados no território nacional para a realização do procedimento constitui elemento decisivo, porquanto afasta, em princípio, o requisito da inexistência de alternativa terapêutica no país. O argumento de que o procedimento não foi anteriormente realizado em crianças, embora relevante, não é, por si só, suficiente para infirmar a aptidão técnica do serviço credenciado, sobretudo se ausente demonstração concreta de incapacidade operacional, insuficiência estrutural ou risco acrescido específico à paciente.

Ademais, a invocação de índices de sobrevida superiores a 80% em centro estrangeiro, conquanto indicativa de excelência médica, não autoriza automaticamente o deslocamento do tratamento para o exterior, sob pena de transformar o direito à saúde em direito subjetivo à melhor tecnologia disponível no mundo, em detrimento dos princípios da isonomia e da racionalidade na alocação de recursos públicos. A jurisprudência repele tal lógica, exigindo não a superioridade abstrata, mas a imprescindibilidade concreta do tratamento no exterior.

Importante destacar que a carta escrita pelo Dr. Rodrigo Vianna, Diretor de Serviços de Transplante de Órgãos Sólidos do Jackson Memorial Hospital, apenas conclui que o quadro apresentado pela recorrente não possui nenhuma possibilidade anatômica ou fisiológica de retirada do NPT, de maneira que o transplante intestinal isolado é o tratamento mais indicado, recomendando a aprovação para avaliação e

listagem no MIT, ou seja, não há nenhuma afirmação de que o tratamento lá realizado seria mais eficaz do que disponibilizado em território nacional ou que garanta o sucesso do transplante

Nesse contexto, à míngua de prova inequívoca de que o procedimento não possa ser realizado com segurança e eficácia no Brasil — ou de que a alternativa nacional implique risco substancialmente superior à vida ou à integridade da paciente, nem mesmo de certeza do sucesso do procedimento no exterior —, a pretensão revela-se juridicamente insustentável, por não atender aos requisitos cumulativos fixados pela jurisprudência, notadamente aqueles decorrentes da vedação a tratamentos excepcionais sem demonstração de necessidade absoluta e da deferência às políticas públicas de saúde, sendo insuficiente o argumento de que os custos dos tratamentos no exterior e no país seriam equivalentes.

Diante de tais balizas, o sentimento pessoal do julgador de atender às expectativas legítimas dos familiares da criança não é suficiente para o deferimento do pleito, infelizmente.

Como se não bastasse, é notório que o Hospital Sírio-Libanês, credenciado pelo SUS para a realização do tratamento, ostenta reconhecida excelência técnico-científica, sendo amplamente reconhecido, no cenário nacional e internacional, como centro de referência em procedimentos de alta complexidade, dotado de corpo clínico especializado, infraestrutura de ponta e protocolos alinhados às melhores práticas da medicina baseada em evidências, reforçando a presunção de adequação e segurança do tratamento a ser realizado em território nacional, infirmando a alegação de ineficiência da rede interna e evidenciando que a eventual opção por unidade estrangeira traduz, em verdade, preferência subjetiva por centro de maior renome, e não necessidade terapêutica juridicamente qualificada.

Por fim, cumpre rechaçar o argumento trazido no recurso especial no sentido de que, ao julgar o REsp n. 1.720.326/SP, esta Corte Superior teria chancelado a decisão proferida na Apelação Cível 5004634-69.2017.4.03.6100, preferida pelo TRF da 3ª Região, no sentido de que o Hospital Sírio-Libanês não teria a expertise necessária para realizar o transplante multivisceral pediátrico.

Na verdade, depreende-se da decisão proferida pela Ministra Regina Helena Costa, relatora do recurso, que o apelo especial da União nem sequer chegou a ser conhecido em razão da existência de óbices sumulares (Súmulas n. 7 e 13 do STJ e n. 282 e 284 do STF) e de não estar configurado o dissídio jurisprudencial, o que impediu a análise do mérito recursal, de modo que há não precedente específico desta Corte que tenha apreciado controvérsia semelhante.

Diante dessas ponderações, reforça-se que o caso submetido a julgamento é de dor e extremamente delicado, obrigando o Poder Judiciário a desempenhar uma tarefa difícilíssima, mas, dentro dos limites constitucionais de atuação que lhe são

impostos, constata-se que a compreensão adotada pelas instâncias ordinárias não merece reparos, estando alinhada à fundamentação acima delineada.

Ante o exposto, conheço do recurso especial para negar-lhe provimento.

É como voto.

**CERTIDÃO DE JULGAMENTO
SEGUNDA TURMA**

Número Registro: 2020/0027296-7

PROCESSO ELETRÔNICO REsp 1.860.543 / PR

Número Origem: 50281123220164047000

PAUTA: 12/05/2026

JULGADO: 16/06/2026

RelatorExmo. Sr. Ministro **MARCO AURÉLIO BELLIZZE**

Presidente da Sessão

Exma. Sra. Ministra MARIA THEREZA DE ASSIS MOURA

Subprocurador-Geral da República

Exmo. Sr. Dr. MARIO LUIZ BONSAGLIA

Secretária

Bela. VANESSA ZACARIAS PEREIRA PONTES DA SILVA

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : J M D S C (MENOR)
REPR. POR : A D S
ADVOGADOS : LUIZ GUILHERME BITTENCOURT MARINONI - PR013073
RICARDO ALEXANDRE DA SILVA - PR037097
FLAVIO HENRIQUE UNES PEREIRA - DF031442
ADVOGADOS : MARILDA DE PAULA SILVEIRA - DF033954
GUILHERME GIORDANO SARMENTO - PR068010
ADVOGADA : JOSIANA GONZAGA DE CARVALHO - DF041428
RECORRIDO : UNIÃO

ASSUNTO: DIREITO ADMINISTRATIVO E OUTRAS MATÉRIAS DE DIREITO PÚBLICO -
Serviços - Saúde - Fornecimento de Medicamentos

SUSTENTAÇÃO ORAL

Dr(a). MARILDA DE PAULA SILVEIRA, pela parte RECORRENTE: J M D S C

Dr(a). MARCIO PEREIRA DE ANDRADE, pela parte RECORRIDA: UNIÃO

CERTIDÃO

Certifico que a egrégia SEGUNDA TURMA, ao apreciar o processo em epígrafe na sessão realizada nesta data, proferiu a seguinte decisão:

"A Turma, por unanimidade, negou provimento ao recurso, nos termos do voto do Sr. Ministro-Relator."

Os Srs. Ministros Afrânio Vilela, Francisco Falcão e Maria Thereza de Assis Moura votaram com o Sr. Ministro Relator.

Ausente, ocasionalmente, o Sr. Ministro Teodoro Silva Santos.

C542542155254654523@ 2020/0027296-7 - REsp 1860543