

# Entre a universalidade e a restrição: o acesso à saúde de estrangeiros não residentes no Brasil e na Argentina<sup>1</sup>

*Entre la universalidad y la restricción: el acceso a la salud de extranjeros no residentes en Brasil y Argentina*  
*Between universality and restriction: access to health care for non-resident foreigners in Brazil and Argentina*  
*Tra universalità e restrizione: l'accesso alla salute degli stranieri non residenti in Brasile e in Argentina*

**Arthur Miguel Ferreira Lawand<sup>2</sup>**

Mestrando, PPG em Direito da Saúde, Universidade Santa Cecília, Santos, Brasil

**Carol de Oliveira Abud<sup>3</sup>**

Doutoranda, PPG Ciência e Tecnologia Ambiental, Universidade Santa Cecília, Santos, Brasil

**Resumo:** A saúde é reconhecida como direito humano e fundamental na Constituição brasileira de 1988 e em documentos internacionais, mas sua efetividade sofre limitações decorrentes de migração, soberania e restrições fiscais. No Mercosul, essas dificuldades se ampliam diante de políticas divergentes, como o modelo universalista brasileiro e a norma argentina que passou a exigir seguro ou pagamento para estrangeiros não residentes. **Objetivo:** analisar comparativamente os modelos normativos de Brasil e Argentina, buscando compreender os impactos jurídicos, sociais e políticos da medida argentina no processo de integração regional. **Método:** adotou-se uma metodologia qualitativa, de caráter exploratório e comparativo, fundamentada em análise documental, normativa e jurisprudencial, com enfoque dedutivo a partir dos princípios constitucionais e internacionais relacionados ao direito à saúde, à dignidade humana, à igualdade e à integração regional. **Resultados:** demonstraram que o Brasil garante atendimento integral e gratuito a qualquer pessoa em território nacional, enquanto a Argentina passou a restringir o acesso, preservando apenas casos de emergência ou de residentes permanentes. Essa assimetria normativa revela um choque de racionalidades, em que a universalidade se contrapõe à lógica restritiva pautada na sustentabilidade fiscal. A medida argentina enfraquece a construção de uma cidadania regional em saúde e coloca em risco a coerência do projeto integracionista, ao tratar cidadãos do bloco da mesma forma que turistas extrarregionais. **Conclusão:** a consolidação de uma cidadania do Mercosul exige harmonização mínima das políticas de saúde, especialmente em áreas de fronteira, de modo a equilibrar sustentabilidade dos sistemas nacionais e a proteção efetiva dos direitos fundamentais, garantindo maior coesão e solidariedade regional.

**Palavras-chave:** Saúde Global; Cooperação além-fronteiras; Equidade em Saúde.

**Resumen:** La salud es reconocida como un derecho humano y fundamental en la Constitución brasileña de 1988 y en documentos internacionales, pero su efectividad enfrenta limitaciones derivadas de la migración, la soberanía y las restricciones fiscales. En el Mercosur, estas dificultades se amplían ante políticas divergentes, como el modelo universalista brasileño y la norma argentina que pasó a exigir seguro o pago para extranjeros no residentes. **Objetivo:** analizar comparativamente los modelos normativos de Brasil y Argentina, buscando comprender los impactos jurídicos, sociales y políticos de la medida argentina en el proceso de integración regional. **Método:** se adoptó una metodología cualitativa, de carácter exploratorio y comparativo, basada en análisis documental, normativo y jurisprudencial, con enfoque deductivo a partir de los principios constitucionales e internacionales relacionados con el derecho a la salud, la dignidad humana, la

<sup>1</sup> Esse trabalho foi apresentado originalmente no VII Congresso Internacional de Direito da Saúde, realizado em 23, 24 e 25 de outubro de 2025 na Universidade Santa Cecília (Unisantia). Em função da recomendação de publicação da Comissão Científica do Congresso, fez-se a presente versão.

<sup>2</sup> Advogado na PETROBRAS S.A.. Bacharel em Direito. Especialista pelo Instituto de Direito Sanitário de Campinas/SP – IDISA. Mestrando em Direito da Saúde. ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-6039-0453>

<sup>3</sup> Advogada; Bacharel em Direito; Mestra em Direito da Saúde e Doutoranda em Ciência e Tecnologia Ambiental pela Unisantia; Professora convidada da Pós-Graduação no Programa de Direito Sanitário da Escola de Governo Fiocruz - Brasília; Professora convidada da Pós-Graduação da Universidade Católica de Pernambuco; Professora da Graduação em Direito na UNIBR-Faculdade de São Vicente; Professora na Graduação em Direito na UNIP. ORCID: <https://orcid.org/0000-002-4736-7294>

igualdad y la integración regional. **Resultados:** mostraron que Brasil garantiza atención integral y gratuita a cualquier persona en territorio nacional, mientras que Argentina pasó a restringir el acceso, preservando solo casos de emergencia o de residentes permanentes. Esta asimetría normativa revela un choque de racionalidades, en el que la universalidad se contrapone a la lógica restrictiva basada en la sostenibilidad fiscal. La medida argentina debilita la construcción de una ciudadanía regional en salud y pone en riesgo la coherencia del proyecto integracionista, al tratar a los ciudadanos del bloque de la misma manera que a los turistas extrarregionales. **Conclusión:** la consolidación de una ciudadanía del Mercosur exige una armonización mínima de las políticas de salud, especialmente en áreas fronterizas, de modo que se equilibre la sostenibilidad de los sistemas nacionales y la protección efectiva de los derechos fundamentales, garantizando mayor cohesión y solidaridad regional.

**Palabras clave:** Salud Global; Cooperación más allá de las fronteras; Equidad en Salud.

**Abstract:** Health is recognized as a human and fundamental right in the Brazilian Constitution of 1988 and in international documents, but its effectiveness faces limitations arising from migration, sovereignty, and fiscal constraints. In Mercosur, these difficulties are amplified by divergent policies, such as the Brazilian universalist model and the Argentine rule that began to require insurance or payment for non-resident foreigners. **Objective:** to comparatively analyze the normative models of Brazil and Argentina, seeking to understand the legal, social, and political impacts of the Argentine measure on the process of regional integration. **Method:** a qualitative methodology was adopted, of exploratory and comparative character, based on documentary, normative, and jurisprudential analysis, with a deductive focus from the constitutional and international principles related to the right to health, human dignity, equality, and regional integration. **Results:** showed that Brazil guarantees comprehensive and free care to any person in national territory, while Argentina began to restrict access, preserving only emergency cases or permanent residents. This normative asymmetry reveals a clash of rationalities, in which universality contrasts with the restrictive logic guided by fiscal sustainability. The Argentine measure weakens the construction of regional citizenship in health and puts at risk the coherence of the integration project, by treating citizens of the bloc in the same way as extraregional tourists. **Conclusion:** the consolidation of Mercosur citizenship requires a minimum harmonization of health policies, especially in border areas, in order to balance the sustainability of national systems and the effective protection of fundamental rights, ensuring greater cohesion and regional solidarity.

**Keywords:** Global Health; Cross-border Cooperation; Health Equity.

**Sommario:** La salute è riconosciuta come un diritto umano e fondamentale nella Costituzione brasiliana del 1988 e in documenti internazionali, ma la sua effettività incontra limitazioni derivanti da migrazione, sovranità e vincoli fiscali. Nel Mercosur, queste difficoltà si ampliano di fronte a politiche divergenti, come il modello universalista brasiliano e la norma argentina che ha iniziato a richiedere assicurazione o pagamento per stranieri non residenti. **Obiettivo:** analizzare comparativamente i modelli normativi di Brasile e Argentina, cercando di comprendere gli impatti giuridici, sociali e politici della misura argentina nel processo di integrazione regionale. **Metodo:** è stata adottata una metodologia qualitativa, di carattere esplorativo e comparativo, basata su analisi documentale, normativa e giurisprudenziale, con un approccio deduttivo a partire dai principi costituzionali e internazionali relativi al diritto alla salute, alla dignità umana, all'uguaglianza e all'integrazione regionale. **Risultati:** hanno dimostrato che il Brasile garantisce assistenza completa e gratuita a qualsiasi persona sul territorio nazionale, mentre l'Argentina ha iniziato a limitare l'accesso, preservando solo i casi di emergenza o dei residenti permanenti. Questa asimmetria normativa rivela uno scontro di razionalità, in cui l'universalità si contrappone alla logica restrittiva fondata sulla sostenibilità fiscale. La misura argentina indebolisce la costruzione di una cittadinanza regionale in materia di salute e mette a rischio la coerenza del progetto di integrazione, trattando i cittadini del blocco allo stesso modo dei turisti extraregionali. **Conclusione:** il consolidamento di una cittadinanza del Mercosur richiede un'armonizzazione minima delle politiche sanitarie, soprattutto nelle aree di frontiera, in modo da equilibrare la sostenibilità dei sistemi nazionali e la protezione effettiva dei diritti fondamentali, garantendo maggiore coesione e solidarietà regionale.

**Parole chiave:** Salute Globale; Cooperazione oltre le frontiere; Equità nella Salute.

## Introdução

O direito à saúde, embora reconhecido como direito humano e fundamental em tratados internacionais e na Constituição Federal de 1988, enfrenta desafios de efetividade diante dos fluxos migratórios e das tensões entre soberania estatal, sustentabilidade fiscal e integração regional. No âmbito do Mercosul, tais dilemas se intensificam quando Estados-membros adotam políticas divergentes: de um lado, o Brasil mantém um modelo universalista que garante acesso irrestrito ao

SUS; de outro, a Argentina passou a condicionar o atendimento a estrangeiros não residentes à contratação de seguro-saúde ou ao pagamento direto pelos serviços, conforme o Decreto nº 366/2025. Essa assimetria normativa coloca em xeque o espírito de cooperação regional, a efetividade dos princípios da dignidade da pessoa humana e a própria construção de uma cidadania do Mercosul.

Parte-se da hipótese de que a opção brasileira pelo princípio da universalidade, ao assegurar o acesso à saúde a todas as pessoas em território nacional, representa maior consonância com os tratados internacionais de direitos humanos e com os ideais de integração regional previstos no Mercosul. Em contrapartida, a medida argentina configura um retrocesso normativo, criando barreiras incompatíveis com os compromissos de solidariedade e cooperação assumidos no plano regional.

O estudo tem como objetivo analisar comparativamente os sistemas normativos de Brasil e Argentina quanto ao acesso à saúde de estrangeiros não residentes, evidenciando os impactos jurídicos, sociais e políticos do Decreto argentino nº 366/2025 à luz do ordenamento jurídico brasileiro, dos princípios constitucionais da universalidade e dignidade da pessoa humana, bem como dos compromissos assumidos no âmbito do Mercosul. A relevância da pesquisa reside em três aspectos centrais: (i) acadêmico-científico – contribui para o aprofundamento das discussões sobre direito à saúde, integração regional e efetividade dos direitos humanos no contexto sul-americano; (ii) jurídico-normativo – oferece subsídios para a interpretação e aplicação de normas constitucionais, legais e internacionais relativas ao acesso de estrangeiros aos sistemas de saúde; (iii) político-social – evidencia os desafios de harmonizar soberania estatal e compromissos de integração, apontando a necessidade de marcos regulatórios equilibrados que conciliem sustentabilidade fiscal e proteção dos direitos fundamentais.

Essa análise, portanto, revela-se imperativa, sobretudo na esfera jurídica. O Decreto nº 366/2025 não pode ser compreendido apenas como uma decisão de política interna da Argentina, mas como um marco que contraria os fundamentos de integração solidária do Mercosul, expondo a tensão entre a soberania estatal na gestão de seus recursos e os compromissos regionais previamente assumidos. Delimita-se, assim, o campo do conflito: de um lado, a saúde concebida como direito humano universal e como expressão da cooperação regional; de outro, a saúde tratada como serviço público de caráter nacional, cujo acesso por estrangeiros deve ser condicionado ou restrito. A opção divergente entre Brasil e Argentina evidencia um cenário de incertezas e questionamentos quanto ao futuro das políticas de saúde e dos próprios rumos da integração regional no Cone Sul.

O estudo adotou uma metodologia qualitativa, de caráter exploratório e comparativo, voltada à análise normativa e jurisprudencial. A pesquisa bibliográfica e documental fundamenta-se em textos legais, tratados internacionais, doutrina especializada e decisões judiciais, de modo a permitir a compreensão dos diferentes arranjos normativos de Brasil e Argentina sobre o acesso à saúde de estrangeiros não residentes. O método utilizado foi o dedutivo, partindo dos princípios constitucionais e internacionais do direito à saúde (universalidade, dignidade da pessoa humana, igualdade e cooperação regional) para a análise dos sistemas jurídicos nacionais. O estudo se desenvolve em três eixos: (i) exame da Constituição Federal de 1988 e da Lei nº 8.080/1990 no contexto brasileiro; (ii) análise do Decreto nº 366/2025 e de suas justificativas no cenário argentino; (iii) comparação dos dois modelos à luz dos compromissos assumidos no âmbito do Mercosul.

Utilizou-se abordagem multidisciplinar, situada no campo do Direito Constitucional, Direito Internacional dos Direitos Humanos e Direito da Integração Regional, permitindo compreender como normas internas dialogam (ou entram em tensão) com os princípios do Mercosul e com os tratados internacionais de proteção aos direitos humanos. O enfoque é também

jurídico-político, já que busca interpretar não apenas os textos normativos, mas os impactos sociais, econômicos e institucionais decorrentes das escolhas legislativas de Brasil e Argentina.

## **1 O direito à saúde de estrangeiros não residentes no Cone Sul: o paradigma universalista brasileiro e a ruptura normativa argentina**

O direito à saúde, consagrado como direito humano e fundamental em diversas declarações e tratados internacionais, constitui um dos maiores desafios dos Estados contemporâneos. Em um mundo globalizado, marcado por intensos fluxos migratórios, a forma como cada nação organiza o acesso de estrangeiros a seus sistemas de saúde revela não apenas prioridades orçamentárias e escolhas de gestão pública, mas também valores éticos e o grau de compromisso com os princípios da dignidade humana. Essa dignidade, reiterada em instrumentos internacionais de proteção dos direitos humanos, impõe aos Estados a responsabilidade de garantir respostas que transcendam fronteiras nacionais.

Nesse contexto, a América do Sul, e em especial o bloco regional do Mercado Comum do Sul (Mercosul), tem se tornado palco de um debate complexo. De um lado, afirma-se a soberania estatal e a necessidade de preservação da sustentabilidade fiscal; de outro, emergem os ideais de integração regional e a efetivação de direitos universais. Esse embate reflete os dilemas próprios da governança regional em saúde, que precisa conciliar limitações de recursos com a construção de uma comunidade de destino comum, baseada em solidariedade, justiça social e respeito aos compromissos assumidos no âmbito internacional (Medeiros, 2018).

Adentrando nesta senda, destaca-se o paradigma brasileiro do direito à saúde em sua dimensão multidisciplinar. A Constituição Federal de 1988, ao instituir o Sistema Único de Saúde (SUS), consolidou um dos mais abrangentes modelos de saúde pública do mundo, alicerçado nos princípios da universalidade, integralidade e gratuidade. Esse marco normativo não apenas ampliou a inclusão social, mas também reafirmou o compromisso do Brasil com a concretização dos direitos humanos em sua perspectiva mais ampla, reconhecendo a saúde como requisito essencial para a dignidade e a cidadania (Giovanella, 2012).

Em contraposição, a Argentina recentemente promulgou, por meio de decreto, uma medida que introduz uma realidade desafiadora e disruptiva no cenário regional. Essa decisão sinaliza uma mudança radical no padrão até então predominante de acesso universal e irrestrito, levantando preocupações quanto à continuidade da tradição de cooperação em saúde no âmbito do Mercosul. A alteração normativa, além de impactar diretamente os fluxos de estrangeiros em busca de atendimento médico, reabre o debate sobre os limites entre soberania estatal, responsabilidade fiscal e os compromissos ético-jurídicos assumidos no plano internacional e regional.

O Brasil, ao promulgar a Constituição de 1988, conhecida como “Constituição Cidadã”, consagrou no artigo 196 que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”. A redação adotada revela uma opção política e jurídica consciente: a utilização do termo “todos”, em detrimento de expressões restritivas como “cidadãos” ou “brasileiros”, confere amplitude universal ao direito à saúde. Tal escolha linguística e normativa não foi acidental, mas sim deliberada, reafirmando o princípio da universalidade que orienta o Sistema Único de Saúde (SUS).

Essa formulação constitucional garante que o acesso aos serviços de saúde independe de nacionalidade ou condição migratória, consolidando o Brasil como referência internacional em políticas públicas inclusivas (Medeiros, 2018). Nesse sentido, a norma constitucional projeta um paradigma de proteção integral e universal, vinculando o Estado brasileiro a uma postura ética de

promoção da dignidade humana em consonância com os tratados internacionais de direitos humanos dos quais é signatário.

Regulamentado pela Lei nº 8.080/1990, o SUS materializa essa universalidade ao proibir qualquer tipo de distinção ou privilégio, garantindo que qualquer pessoa – seja brasileiro nato, naturalizado, estrangeiro residente, não residente, turista ou mesmo em situação migratória irregular ou até apátridas – que se encontre em território nacional tenha direito à assistência integral, desde a atenção primária até procedimentos de alta complexidade, como em casos até de transplantes de órgãos (Brasil, 1990). Essa abordagem não se baseia, num primeiro momento, em reciprocidade, mas sim no princípio fundamental da dignidade da pessoa humana (art. 1º, III, da CF/88), tratando a saúde como um requisito essencial à vida, que não pode ser negado ou condicionado pela nacionalidade ou *status* migratórios do indivíduo (Brasil, 1988).

Paralelamente à consolidação desse modelo de saúde, o bloco regional do Mercosul avançava em seu projeto de integração, que atualmente permanece no estágio de união aduaneira. O bloco foi concebido sob o princípio da cooperação regional, visando criar um espaço de livre circulação de pessoas, bens e serviços, e fomentar uma identidade sul-americana.

Nesse processo, a Declaração Sociolaboral do Mercosul, adotada em dezembro de 1998, durante a Cúpula do Mercosul, instrumento não vinculante, mas de grande relevância política e normativa no processo de integração regional, revista em 2015<sup>4</sup>, desempenhou papel crucial ao assegurar que cidadãos de um Estado-membro pudessem residir e trabalhar em outro país do bloco com direitos equiparados aos dos nacionais. Entre esses direitos, inclui-se o acesso a serviços públicos essenciais, como saúde e educação, reforçando a dimensão social da integração regional e aproximando-a dos parâmetros de proteção internacional dos direitos humanos (Declaração Sociolaboral, 1998).

A premissa fundamental da integração regional no Mercosul sempre foi a de que o processo não deveria se limitar ao incremento das trocas comerciais ou à harmonização de tarifas, mas deveria refletir em benefícios concretos para os cidadãos, de modo a fortalecer a solidariedade e a isonomia entre os povos do bloco. Por isso, a compatibilidade e a harmonização das políticas sociais, com destaque para a saúde, foram gradualmente incorporadas como dimensões estratégicas do projeto integracionista, reconhecendo que a construção de um bloco efetivo exige também a promoção de direitos sociais básicos de forma equitativa.

Nesse cenário, o modelo brasileiro de universalidade de acesso à saúde, consagrado pelo Sistema Único de Saúde, tem sido frequentemente apontado como exemplo de alinhamento com os ideais de cooperação regional, por assegurar atendimento a todos, independentemente de nacionalidade ou condição migratória (Brasil, 1990).

Em contraste, o Decreto nº 366/2025 da Argentina, ao condicionar o acesso de estrangeiros não residentes à contratação de seguro saúde ou ao pagamento direto pelos serviços, configura um movimento dissociativo frente à lógica integradora do Mercosul (Argentina, 2025). Isso porque rompe com o ideal de reciprocidade e solidariedade regional, introduzindo barreiras seletivas no acesso a um direito fundamental que deveria ser garantido de forma equânime no espaço do bloco. A medida, além de criar assimetrias normativas entre os Estados Partes, desafia os compromissos assumidos nas declarações sociolaborais e nos instrumentos de cooperação regional em saúde, evidenciando uma tensão entre a perspectiva universalista do sistema brasileiro

---

<sup>4</sup> A revisão de 2015 ampliou esses direitos, detalhando a proteção contra práticas antissindicaais, reforçando o diálogo social tripartite, alinhando-se à Convenção 182 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) sobre piores formas de trabalho infantil, expandindo a noção de não discriminação (incluindo orientação sexual, identidade de gênero e deficiência), promovendo políticas afirmativas de equidade de gênero e incorporando a proteção ambiental ao ambiente laboral. Também fortaleceu a proteção de migrantes e a portabilidade de direitos previdenciários, introduziu o conceito de trabalho decente e deu maior institucionalidade à Comissão Sociolaboral.

e a opção restritiva recentemente adotada pela Argentina. A medida fragiliza a coesão regional e questiona a integração como instrumento de promoção de direitos e de redução de desigualdades.

Em uma mudança de paradigma, o governo argentino instituiu uma política que limita o acesso universal à saúde, condicionando o atendimento de estrangeiros não residentes à apresentação de um seguro de saúde ou ao pagamento direto pelos serviços prestados. A justificativa oficial para a medida reside na necessidade de garantir a sustentabilidade do sistema de saúde argentino, que estaria, segundo o decreto, sobrecarregado por uma crescente demanda de estrangeiros que buscariam atendimento gratuito, inclusive de alta complexidade.

Embora o decreto preserve o atendimento gratuito em emergências por “razões humanitárias” e mantenha o acesso para residentes permanentes, sua regra geral representa um claro recuo em relação à política de universalidade que caracterizava a região.

A decisão argentina introduz uma lógica de contrapartida financeira onde antes prevalecia um ideal de acesso baseado na universalidade. Ao fazê-lo, o decreto não apenas se afasta do modelo universalista brasileiro, mas também desafia diretamente o espírito do cooperacionista do Mercosul.

A norma impõe uma barreira significativa à circulação e, de certo modo, ao bem-estar dos cidadãos dos países vizinhos e estados-partes originários do bloco regional, tratando um cidadão brasileiro, paraguaio ou uruguaio da mesma forma que um turista de qualquer outra parte do mundo, ignorando os laços e compromissos que definem o Tratado de Assunção<sup>5</sup> (Mercosul, 1991).

Formou-se, desse modo, uma evidente desigualdade no tratamento entre os cidadãos dos dois países: enquanto os argentinos continuam a usufruir do acesso irrestrito e gratuito ao Sistema Único de Saúde no Brasil, os brasileiros que necessitam de atendimento na Argentina passaram a enfrentar um modelo restritivo, condicionado ao pagamento direto pelos serviços ou à contratação de um seguro de saúde. Essa diferença evidencia um desequilíbrio nas relações de reciprocidade dentro do Mercosul, contrariando o ideal de solidariedade e cooperação que inspira o processo de integração regional.

## **2 Modelos em contraste: o SUS brasileiro e o Decreto argentino nº 366/2025 sobre o acesso de estrangeiros à saúde**

Neste cenário de tensões normativas e políticas entre Brasil e Argentina, a compreensão dos fundamentos e das implicações do Decreto argentino nº 366/2025 demanda uma análise à luz do ordenamento jurídico brasileiro e dos compromissos multilaterais assumidos no âmbito do Mercosul. A perspectiva comparativa não se limita a expor diferenças quanto ao acesso de estrangeiros não residentes aos sistemas nacionais de saúde, mas permite identificar como essas opções regulatórias impactam a concretização dos princípios de solidariedade, reciprocidade e universalidade de direitos que orientam a integração regional. Assim, a medida argentina, ao

---

<sup>5</sup> O Tratado de Assunção, firmado em 1991 por Brasil, Argentina, Paraguai e Uruguai, instituiu o Mercosul como projeto de integração regional. Seu objetivo central foi criar um mercado comum, prevendo a livre circulação de bens, serviços e fatores produtivos, a eliminação de tarifas e barreiras alfandegárias, a adoção de uma tarifa externa comum e a coordenação de políticas macroeconômicas e setoriais. Embora voltado à dimensão econômica, o tratado também abriu espaço para a construção de um bloco com identidade social e política, onde a integração deveria resultar em benefícios concretos para os cidadãos. Essa perspectiva foi aprofundada em instrumentos posteriores, como o Protocolo de Ouro Preto de 1994, que deu personalidade jurídica ao Mercosul, e a Declaração Sociolaboral de 1998, que consagrou direitos trabalhistas e sociais básicos. Nesse percurso, consolidou-se a ideia de que a integração não deveria restringir-se ao comércio, mas promover solidariedade, isonomia e cooperação em áreas essenciais, como a saúde. É justamente nesse ponto que medidas recentes, como o Decreto nº 366/2025 da Argentina, ao condicionar o acesso de estrangeiros não residentes à saúde pública ao seguro ou pagamento, rompem com a lógica integradora originalmente delineada pelo Tratado de Assunção e reafirmada nas declarações sociolaborais, introduzindo barreiras que fragilizam a coesão regional e a cidadania no âmbito do bloco.

restringir o atendimento, problematiza a coerência do processo integracionista e desafia a efetividade do projeto de cidadania regional delineado desde o Tratado de Assunção e reafirmado pela Declaração Sociolaboral do Mercosul.

Desse modo, ao contrastar o novo modelo argentino, pautado em restrição e contribuição, com o paradigma brasileiro de universalidade e isonomia, é possível delinear os caminhos pelos quais cada país responde aos desafios contemporâneos de sustentabilidade fiscal, solidariedade internacional e respeito aos direitos humanos (Argentina, 2025).

O Decreto nº 366/2025 da Argentina e o ordenamento jurídico brasileiro apresentam abordagens fundamentalmente distintas sobre o direito à saúde para estrangeiros não residente, refletindo diferentes prioridades políticas e fundamentos constitucionais (Argentina, 2025; Brasil, 1988).

O novo modelo argentino está pautado pelos princípios da restrição e contribuição, ou seja, fundamenta-se em uma lógica de restrição de acesso e de contrapartida financeira, substituindo a noção de universalidade por critérios contributivos. A nova regra estabelece que o atendimento a estrangeiros com residência transitória em estabelecimentos de saúde públicos será cobrado. Assim, para ingressar no país, será necessário declarar a posse de um seguro de saúde para cobrir seus próprios gastos médicos, condição esta que não existia até a entrada em vigor da norma (Argentina, 2025).

Neste viés, o governo argentino fundamenta a medida na necessidade de garantir a sustentabilidade do sistema de saúde, que, segundo o texto, sofre com a alta demanda de estrangeiros que buscam atendimento gratuito, especialmente para procedimentos de alta complexidade, sem a intenção de se estabelecer no país. O decreto menciona um “turismo de saúde”<sup>6</sup> que estaria sobrecarregando os recursos destinados aos cidadãos argentino (Argentina, 2025).

Do ponto de vista jurídico e político, esse argumento revela uma tensão entre a proteção da capacidade interna do sistema de saúde e os compromissos regionais de integração. Se, por um lado, o decreto procura preservar os recursos públicos e responder a uma percepção de desequilíbrio na utilização dos serviços, por outro, ele colide com os princípios de solidariedade, reciprocidade e universalidade de direitos afirmados tanto no Tratado de Assunção (Mercosul, 1991) quanto na Declaração Sociolaboral do Mercosul (Mercosul, 1998, revisada em 2015), que destacam a importância de políticas sociais harmonizadas como instrumento de integração efetiva. A invocação do “turismo de saúde” como fundamento normativo, portanto, não apenas legitima uma lógica de exclusão contributiva, mas também evidencia um afastamento do ideal de cidadania regional no âmbito do Mercosul.

Apesar do retrocesso e do caráter restritivo da nova normativa argentina, o novo sistema introduz algumas exceções relevantes. Em primeiro lugar, os residentes permanentes continuam a ter acesso ao sistema público de saúde em condições idênticas às asseguradas aos cidadãos argentinos, preservando a igualdade formal nesse grupo específico. Em segundo lugar, o decreto mantém o atendimento em emergências, fundamentado em “razões humanitárias”, o que garante a prestação mínima de cuidados imediatos inclusive a estrangeiros em situação migratória irregular.

---

<sup>6</sup> “Turismo de saúde” é o termo utilizado no texto oficial para sustentar que cidadãos de países vizinhos buscariam a Argentina com o objetivo de realizar tratamentos médicos de média e alta complexidade de forma gratuita, o que estaria provocando uma sobrecarga financeira e estrutural sobre os recursos destinados prioritariamente aos cidadãos argentinos. Essa justificativa parte da ideia de que o aumento da demanda externa comprometeria a sustentabilidade do sistema público de saúde nacional, impondo a necessidade de condicionar o acesso a um seguro de saúde ou ao pagamento direto dos serviços prestados.

Por sua vez, o modelo brasileiro, nesse contexto, assenta-se nos princípios da universalidade do acesso e da isonomia no tratamento dos cidadãos, assegurando a todos igualdade de condições no usufruto do direito à saúde.

O Brasil adota um sistema de acesso universal à saúde, que não distingue entre nacionais e estrangeiros, independentemente de sua situação migratória.

Ao adotar um modelo de acesso universal à saúde, consagrado constitucionalmente pelo artigo 196 da Constituição Federal de 1988, segundo o qual a saúde é direito de todos e dever do Estado, permite que essa universalidade implique na ausência de qualquer distinção entre nacionais e estrangeiros, assegurando atendimento integral e gratuito no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), inclusive àqueles em situação migratória irregular (Brasil, 1988; Brasil, 1990; Giovanella, 2012).

Trata-se de uma escolha normativa e política que materializa os princípios da dignidade da pessoa humana, da isonomia e da solidariedade, colocando o Brasil em sintonia com compromissos internacionais de direitos humanos, como o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, e em consonância com a própria lógica integracionista do Mercosul, que privilegia a cooperação social e a igualdade de tratamento entre os povos da região.

A expressão “todos”, constante do artigo 196 da Constituição Federal de 1988, tem sido interpretada de forma ampla e inclusiva, de modo a abranger qualquer pessoa presente em território nacional, independentemente de sua nacionalidade ou situação migratória (Brasil, 1988).

Nessa mesma linha, o artigo 5º da Constituição assegura a igualdade de todos perante a lei e a inviolabilidade do direito à vida, estendendo expressamente tais garantias a brasileiros e a estrangeiros residentes no País, o que reforça o caráter universal e não discriminatório da proteção constitucional à saúde e aos direitos fundamentais (Brasil, 1988).

A interpretação ampla do artigo 196 da Constituição, conjugada com a garantia de igualdade e de inviolabilidade do direito à vida prevista no artigo 5º, encontra concretização normativa na Lei nº 8.080/1990. Em seus artigos 2º e 7º, o diploma reforça os princípios da universalidade de acesso e da igualdade da assistência à saúde, assegurando a prestação de serviços “sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie”. Ademais, define a saúde como um direito fundamental do ser humano e atribui ao Estado o dever de criar as condições necessárias para o seu pleno exercício, consolidando, assim, o caráter universal, inclusivo e não discriminatório do Sistema Único de Saúde (SUS).

Como reforço ao argumento da universalidade e da não discriminação no acesso à saúde no Brasil, é pertinente destacar que a omissão de socorro constitui crime tipificado no ordenamento jurídico brasileiro. O artigo 135 do Código Penal<sup>7</sup> prevê a responsabilização de quem se abstém de prestar assistência a pessoa em situação de perigo iminente, quando poderia fazê-lo sem risco pessoal, ou de não solicitar auxílio da autoridade competente (Brasil, 1940). Essa previsão penal evidencia que a proteção à vida e à integridade física se sobrepõe a qualquer distinção de nacionalidade, condição social ou *status* migratório, reafirmando o compromisso do Estado brasileiro com a garantia de atendimento em situações de urgência e emergência. Nesse sentido, a criminalização da omissão de socorro atua como um complemento normativo à lógica universalista

---

<sup>7</sup> O artigo 135 do Código Penal brasileiro aplica-se às pessoas físicas – civis em geral, profissionais de saúde e agentes públicos – que, tendo condições de agir, se omitam diante de uma situação de urgência. No âmbito do atendimento em unidades de saúde, essa previsão pode alcançar profissionais ou gestores que, de forma injustificada, neguem assistência em casos emergenciais, configurando omissão de socorro. Ainda que não tenha sido concebido como fundamento do Sistema Único de Saúde, esse dispositivo penal funciona como instrumento sancionatório complementar, reforçando a lógica constitucional da universalidade de acesso. Ao punir a recusa de atendimento em situações de risco iminente, o art. 135 evidencia que a proteção à vida e à saúde transcende a condição jurídica do indivíduo, reafirmando a vocação inclusiva e não discriminatória do SUS.



do Sistema Único de Saúde, reforçando a ideia de que a tutela da saúde e da vida é um dever jurídico inescapável e de interesse público.

Dessa forma, verifica-se que, embora não exista uma norma jurídica específica que regule de maneira detalhada o atendimento de estrangeiros não residentes no SUS, o conjunto do ordenamento jurídico brasileiro aponta para o dever de prestação do serviço, amparado no princípio da dignidade da pessoa humana, da universalidade e, claro, na vedação à omissão de socorro – conduta tipificada como crime no país.

Todavia, uma solução definitiva e equilibrada para a questão dependeria da elaboração de um marco regulatório específico, capaz de delimitar as regras e responsabilidades do poder público no atendimento a estrangeiros não residentes, estabelecendo critérios justos e transparentes que preservem tanto os direitos fundamentais quanto a sustentabilidade do sistema de saúde, fato este que evitaria a atuação do Poder Judiciário em casos concretos.

Considerando o papel central da saúde como direito fundamental e como vetor de integração regional no âmbito do Mercosul, as diferenças entre Brasil e Argentina quanto ao atendimento de estrangeiros não residentes assumem especial relevância. Enquanto o ordenamento jurídico brasileiro, por meio da Constituição Federal de 1988 e da Lei nº 8.080/1990, consagra a universalidade e a igualdade no acesso ao Sistema Único de Saúde, independentemente da nacionalidade ou da situação migratória, o recente Decreto argentino nº 366/2025 introduz um modelo restritivo, condicionado ao pagamento direto ou à contratação de seguro saúde, admitindo exceções apenas em casos de emergência e para residentes permanentes.

Diante desse contraste, torna-se necessário organizar os principais pontos de convergência e divergência de forma esquemática, a fim de evidenciar não apenas as escolhas normativas de cada país, mas também as implicações dessas opções para a efetividade dos princípios de solidariedade, reciprocidade e integração preconizados pelo Tratado de Assunção e pela Declaração Sociolaboral do Mercosul.

O quadro a seguir apresenta, lado a lado, as características centrais de cada sistema, facilitando a compreensão crítica das estratégias legislativas adotadas por Brasil e Argentina na prestação de serviços de saúde a estrangeiros não residentes.

| <b>Quadro 1:</b> Bicolunado comparativo entre os modelos de acesso ao sistema de saúde para estrangeiros não residentes no Brasil e Argentina |                                                               |                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Características</b>                                                                                                                        | <b>Decreto argentino (modelo restritivo)</b>                  | <b>Sistema brasileiro SUS (modelo universal)</b>                                               |
| <b>Princípio base</b>                                                                                                                         | Sustentabilidade financeira e priorização do cidadão nacional | Dignidade da pessoa humana e universalidade do acesso                                          |
| <b>Acesso para não residentes</b>                                                                                                             | Cobrado. Exigência de seguro saúde para cobrir as despesas    | Gratuito e universal                                                                           |
| <b>Acesso para residentes</b>                                                                                                                 | Acesso igualitário                                            | Acesso igualitário                                                                             |
| <b>Urgência e emergência</b>                                                                                                                  | Garantido por razões humanitárias                             | Garantido como parte do direito a Saúde                                                        |
| <b>Norma legal</b>                                                                                                                            | Decreto de necessidade e urgência nº 366/2025                 | Constituição Federal (arts. 5º e 196), Lei nº 8080/90, Código Penal (art.135) e jurisprudência |
| <b>Fonte:</b> elaborado pelos autores.                                                                                                        |                                                               |                                                                                                |

O quadro comparativo evidencia a existência de dois paradigmas distintos de regulação do acesso à saúde para estrangeiros não residentes no contexto sul-americano. O modelo argentino, de caráter restritivo e orientado pela lógica da sustentabilidade financeira, prioriza a proteção dos recursos nacionais e introduz barreiras contributivas ao atendimento. Já o modelo brasileiro, ancorado nos princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana, da universalidade e da

igualdade, reafirma a saúde como direito de todos, sem distinção de nacionalidade ou condição migratória. A contraposição entre ambos os sistemas revela não apenas uma divergência normativa, mas também um choque de valores: de um lado, a ênfase na seletividade e no critério econômico; de outro, a consolidação de um projeto universalista e inclusivo. Tal contraste assume especial relevância no âmbito do Mercosul, pois expõe os desafios de compatibilizar políticas nacionais de saúde com os compromissos de solidariedade, reciprocidade e integração regional que inspiraram o Tratado de Assunção e a Declaração Sociolaboral.

## **2.1 Direito à saúde de estrangeiros não residentes: a contribuição da jurisprudência brasileira**

A análise de casos concretos pelos Tribunais Brasileiros evidencia a consolidação do entendimento de que o direito à saúde possui dimensão universal, servindo como norte para decisões que transcendem os limites da nacionalidade e da residência. Nos julgados observa-se reiteradamente que a proteção à saúde é reconhecida enquanto direito fundamental, irrenunciável e indiscriminado, cuja prestação se impõe ao Estado mesmo diante de situações que envolvam estrangeiros não residentes. Esse posicionamento jurisprudencial, ao enfrentar desafios concretos, reafirma o compromisso estatal com a dignidade da pessoa humana e com a efetividade dos direitos sociais, tornando o acesso ao SUS uma expressão prática dos princípios constitucionais de universalidade e igualdade.

Vale dizer que tribunais de diversas instâncias reiteram que o direito à saúde deve ser garantido de modo amplo e inclusivo, tanto para nacionais quanto para estrangeiros, residentes ou não, reforçando a interpretação de que a proteção à vida não admite distinções discriminatórias puras.

Os julgados ratificam tais princípios no Estado brasileiro, eis que estende a proteção de direitos fundamentais, como a saúde, até mesmo a estrangeiros não residentes são destinatários.

A interpretação ampla do artigo 196 da Constituição Federal, que consagra a saúde como direito de todos e dever do Estado, tem sido reiteradamente confirmada pela jurisprudência brasileira. Os tribunais superiores consolidaram o entendimento de que o direito à saúde é um direito fundamental de caráter universal, aplicável a nacionais e estrangeiros, residentes ou não, independentemente da condição migratória.

Esses precedentes evidenciam que o ordenamento jurídico brasileiro não apenas reconhece a saúde como direito universal, mas também afasta qualquer interpretação restritiva que possa gerar discriminação em razão da nacionalidade<sup>8</sup>. Desse modo, o Brasil reafirma, no plano interno, um modelo de proteção alinhado a compromissos internacionais de direitos humanos e coerente com a lógica integracionista do Mercosul, que privilegia a solidariedade e a cooperação entre os povos da região.

A jurisprudência brasileira reforça a interpretação de que o direito à saúde, previsto no artigo 196 da Constituição Federal de 1988, é efetivamente universal e não pode ser restringido em razão da nacionalidade. Nesse sentido, merece destaque a decisão paradigmática do Tribunal Regional Federal da 1ª Região (TRF1), que assegurou a um cidadão alemão, não residente no Brasil, o direito de realizar um transplante de coração pelo Sistema Único de Saúde (SUS):

---

<sup>8</sup> No Brasil, a jurisprudência sobre estrangeiros no SUS é mais localizada em decisões de Tribunais Regionais Federais e Tribunais Estaduais, em especial em casos envolvendo migrantes em situação irregular, refugiados e turistas. O STF e o STJ ainda não consolidaram entendimentos vinculantes diretamente sobre esse ponto específico, embora reconheçam a universalidade da saúde em outros contextos.

ADMINISTRATIVO. MANDADO DE SEGURANÇA. TRANSPLANTE DE CORAÇÃO. ESTRANGEIRO NÃO RESIDENTE NO BRASIL. INSCRIÇÃO NO SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES E CIRURGIA GARANTIDA PELO SUS. ARTS. 1º, 5º E 196, DA CF. LEGALIDADE. SENTENÇA MANTIDA. 1. A Constituição Federal, em seu artigo 1º, inciso III, eleger como um dos seus princípios fundamentais a dignidade da pessoa humana. 2. Nessa perspectiva, o direito à saúde, de que tratam o art. 5º, caput e o art. 196, da CF, não pode ser negado a nenhuma pessoa, por constituir o direito à saúde, e, em última análise, o direito à própria vida, um direito garantido a qualquer pessoa, independentemente de sua nacionalidade. 3. **Assim, o estrangeiro que se encontra em solo brasileiro, mesmo não sendo residente no país, encontra-se protegido pela Constituição Federal, sendo-lhe garantido, portanto, os direitos e garantias fundamentais.** 4. No caso dos autos, o impetrante, cidadão alemão, estando no país no ano de 2008 e antes de retornar ao país em que residia, desenvolveu doença grave, denominada cardiopatia isquêmica, enfermidade essa que impedia sua remoção do país, e cujo único tratamento era o transplante de coração, conforme atestado nos autos por médico especialista do Hospital das Clínicas da UFMG. 5. Nessa condição, o impetrante obteve medida liminar para que a autoridade impetrada o inscrevesse na lista nacional de transplante de coração, conseguindo, inclusive, ser operado e transplantado em fevereiro/2009, segundo informou a Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes - CGSNT. 6. Portanto, correta a sentença ao conceder a segurança para que fosse assegurado ao impetrante sua inscrição no Sistema Nacional de Transplantes, garantindo-lhe, inclusive, o transplante no âmbito do SUS. 7. Remessa oficial a que se nega provimento.

(TRF-1 - REOMS: 00036141820094013400, Relator.: DESEMBARGADOR FEDERAL NÉVITON GUEDES, Data de Julgamento: 13/05/2015, QUINTA TURMA, Data de Publicação: 06/07/2015) (grifos nossos)

Na ementa do acórdão, o tribunal ressaltou que a dignidade da pessoa humana, prevista no artigo 1º, inciso III, da Constituição, bem como os direitos fundamentais à saúde e à vida (arts. 5º e 196), são garantidos a qualquer pessoa em território nacional, independentemente de sua condição migratória. O caso concreto envolvia um estrangeiro em visita ao Brasil que, ao ser diagnosticado com cardiopatia isquêmica grave, impossibilitado de retornar ao seu país de origem, obteve medida liminar para inscrição na lista nacional de transplantes. Posteriormente, foi submetido com sucesso à cirurgia em hospital público, em fevereiro de 2009, sob coordenação do Sistema Nacional de Transplantes.

A decisão consolidou o entendimento de que os direitos fundamentais possuem aplicabilidade imediata e alcançam não apenas os nacionais, mas também todos os indivíduos sob jurisdição do Estado brasileiro. Esse precedente ilustra, de forma prática, a opção constitucional pela universalidade do SUS e reforça o caráter inclusivo e humanitário do sistema, ao priorizar a proteção da vida acima de barreiras administrativas ou limitações decorrentes da nacionalidade.

## 2.2 Fronteiras, acesso ao SUS e a proteção de direitos fundamentais

Para além da normatização na arena internacional, o agravamento do problema torna-se ainda mais evidente diante da configuração geográfica particular dos países envolvidos, já que são fronteiriços e suas cidades muitas vezes se encontram a pouco tempo de deslocamento de distância entre si. Essa proximidade facilita o trânsito de pessoas e dificulta o controle efetivo sobre o acesso aos serviços de saúde, em especial para atendimentos ambulatoriais que não se enquadram nas situações de urgência ou emergência.

Na prática, não é novidade que moradores de municípios limítrofes de países estrangeiros atravessam a fronteira para buscar assistência médica no SUS sem qualquer barreira física de controle de acesso como ocorrem nos aeroportos, tornando quase impossível a fiscalização e a delimitação dos serviços em escala (Quintana et al., 2022). Tal cenário exige do poder público não

apenas o reforço das estratégias de planejamento e gestão, mas também a revisão constante das políticas voltadas ao atendimento transfronteiriço, sendo certo que a busca do equilíbrio entre o direito à saúde com a necessidade de garantir a sustentabilidade do sistema brasileiro e a observância das limitações orçamentárias e administrativas é um dos maiores desafios aos gestores públicos da região em esboço.

Nesse contexto, é importante destacar que a fronteira entre o Brasil e a Argentina percorre uma vasta extensão territorial, abrangendo os estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Essa configuração geográfica intensifica os desafios para o controle e a organização do acesso aos serviços públicos, especialmente no âmbito da saúde, dada a proximidade entre as cidades e a fluidez dos deslocamentos cotidianos ao longo da linha divisória internacional.

A análise jurídica reforça tais dificuldades quando se observa que a Lei nº 13.445/2017 (Lei de Migração) e dispositivos específicos sobre faixa de fronteira (art. 20, §2º, da Constituição Federal; Lei nº 6.634/1979) não trazem disciplina detalhada sobre o atendimento de estrangeiros não residentes no SUS, deixando um espaço normativo que se preenche pela interpretação constitucional do direito à saúde como direito universal. Além disso, a noção de direito fraterno, desenvolvida na doutrina contemporânea, aponta para a superação de fronteiras rígidas quando se trata da proteção da vida e da dignidade humana, impondo uma leitura solidária e inclusiva ao acesso à saúde em regiões limítrofes.

No plano internacional e regional, o Mercosul já reconheceu, por meio da Declaração Sociolaboral (Mercosul, 1998/2015) e de resoluções específicas sobre trabalhadores migrantes, a necessidade de compatibilizar políticas sociais, inclusive de saúde, como vetor da integração. Da mesma forma, o Regulamento Sanitário Internacional (RSI, 2005), ainda que centrado no controle de emergências de saúde pública, reforça a importância da cooperação transfronteiriça, sobretudo em áreas de intensa circulação populacional.

Portanto, a questão do acesso de estrangeiros a serviços de saúde em municípios fronteiriços não pode ser reduzida a uma visão estritamente nacional de sustentabilidade orçamentária, mas deve ser tratada como problema de governança multinível, que envolve o direito interno, os compromissos regionais de integração e as normas internacionais de saúde pública (Quintana et al., 2022).

*In casu*, o Superior Tribunal de Justiça (STJ) também já se pronunciou sobre a prestação de serviços de saúde pelo SUS a estrangeiros e brasileiros residentes fora do país, como se observa no julgamento do Recurso Especial nº 1.235.977 (Brasil, 2013).

Neste precedente, o STJ analisou a controvérsia envolvendo o atendimento a pessoas em municípios de fronteira, no caso, tratou da prestação de serviços de saúde pelo SUS a estrangeiros e brasileiros residentes no exterior ("brasiguaios") no município brasileiro fronteiriço de Foz do Iguaçu no estado do Paraná, destacando a legitimidade do Ministério Público Federal para pleitear direitos fundamentais e reforçando que, embora o acesso ao SUS seja garantido de forma ampla, existem restrições específicas no caso de estrangeiros e brasileiros não residentes, sobretudo no contexto do equilíbrio entre direitos constitucionais e limitações administrativas e orçamentárias do sistema público de saúde.

Por fim, o STJ negou seguimento aos recursos especiais da União e do Estado do Paraná, consolidando o entendimento de que o acesso ao SUS deve ser assegurado de forma ampla, dentro dos limites constitucionais e legais, especialmente em regiões de fronteira onde há relevante fluxo de pessoas, inclusive aos denominados "brasiguaios" da tríplice fronteira.

### **3 A força normativa dos princípios do Mercosul e os limites ao direito à saúde**

O contexto apresentado destaca o papel do SUS e a discussão sobre a força normativa dos princípios do Mercosul diante de medidas nacionais que possam restringir direitos fundamentais, como o acesso à saúde. Neste estudo, enfatiza-se o compromisso brasileiro com o princípio da universalidade, assegurando o atendimento integral pelo SUS a brasileiros, mesmo residentes no exterior, e o atendimento de urgência a estrangeiros em situações excepcionais.

No âmbito do Mercosul, as normas e princípios do bloco são fundamentais para promover a integração regional, a livre circulação de pessoas e o tratamento isonômico entre cidadãos dos Estados-membros. Medidas restritivas, como a exigência de seguro de saúde por parte da Argentina, podem ser vistas como obstáculos ao espírito de integração e à construção de uma cidadania do Mercosul.

A professora Maristela Basso, referência em Direito Internacional e de Integração, analisa em seus estudos a estrutura normativa do Mercosul sob uma ótica evolutiva, destacando o desenvolvimento das fontes do direito do bloco. Basso classifica as fontes jurídicas do Mercosul em três categorias: direito originário (tratados constitutivos e protocolos), direito derivado (decisões e resoluções dos órgãos do Mercosul) e fontes complementares (princípios do direito internacional e de integração, jurisprudência arbitral, doutrina etc.).

Segundo Basso, o Protocolo de Ouro Preto (1994) consagra a obrigatoriedade das normas do Mercosul, que devem ser incorporadas aos ordenamentos jurídicos nacionais conforme os procedimentos de cada país. Ela enfatiza que os princípios fundamentais – como proporcionalidade, limitação da reserva de soberania, razoabilidade e previsibilidade comercial – fazem parte do tecido substancial do bloco e prevalecem sobre os direitos internos dos Estados-membros, constituindo o fundamento da cooperação e integração regional.

Basso destaca ainda a relevância das decisões dos tribunais arbitrais, que consolidam interpretações autênticas das normas do Mercosul e contribuem para a consolidação do bloco. Ela observa que o direito do Mercosul está em constante formação e que sua força normativa depende não só das normas formais, mas também da incorporação e aplicação efetivas por parte dos Estados-membros.

Segundo o jurista Pedro Dallari (2007), na atual estrutura institucional do Mercosul, as deliberações de seus órgãos não se configuram, por si mesmas, como normas jurídicas em sentido estrito. Trata-se, antes, de determinações de natureza política, que impõem aos Estados-partes a obrigação de adaptar seus ordenamentos jurídicos internos, a fim de dar eficácia às decisões tomadas no âmbito do bloco.

Dallari (2007) explica que a força normativa das decisões do Mercosul depende de sua efetiva incorporação e implementação nos sistemas jurídicos nacionais, sobretudo quando implicam encargos ou obrigações para os Estados. Desse modo, a juridicidade das deliberações do bloco não é automática, mas resulta de um processo dinâmico de incorporação, adaptação e harmonização legislativa entre os países-membros. Em síntese, a doutrina especializada reconhece que tais normas possuem caráter obrigatório, mas sua efetividade concreta está condicionada aos procedimentos de aprovação e internalização realizados no plano interno.

Nesse contexto, a edição do decreto argentino que exige a contratação de seguro de saúde e prevê a cobrança de serviços para cidadãos do Mercosul não residentes permanentes exemplifica os limites dessa dinâmica. A medida cria uma barreira baseada na nacionalidade, equiparando o cidadão de um Estado-membro – como o Brasil – a um turista de qualquer outra parte do mundo. Tal diferenciação contraria diretamente o espírito de integração regional e a construção de uma cidadania do Mercosul, que pressupõe tratamento privilegiado e mais benéfico entre os integrantes do bloco.

## Considerações finais

A análise comparativa dos modelos brasileiro e argentino evidencia dois paradigmas distintos de regulação do acesso à saúde para estrangeiros não residentes. Enquanto o Brasil consagra a universalidade como princípio constitucional, assegurando a prestação do serviço a qualquer pessoa em território nacional, a Argentina adota uma postura restritiva ao condicionar o acesso a mecanismos contributivos. Esse contraste revela não apenas escolhas normativas diversas, mas um embate entre racionalidades: de um lado, a dignidade da pessoa humana e a cooperação regional; de outro, a ênfase na soberania fiscal e no controle de recursos públicos.

No plano regional, a medida argentina projeta tensões no processo de integração do Mercosul, uma vez que equipara cidadãos dos Estados-partes a estrangeiros extrarregionais, enfraquecendo o ideal de cidadania comum. Tal cenário evidencia a insuficiência do arcabouço normativo do bloco para lidar com políticas sociais sensíveis, como a saúde, cujo impacto transcende fronteiras e exige maior harmonização normativa.

Conclui-se, portanto, que a consolidação de uma cidadania do Mercosul em matéria de saúde depende da superação de assimetrias nacionais e da criação de instrumentos regionais que conciliem sustentabilidade fiscal e proteção dos direitos fundamentais. Somente por meio de soluções cooperativas e solidárias será possível fortalecer a integração regional e assegurar que o direito à saúde, como direito humano universal, seja efetivado de forma equitativa no Cone Sul.

## Referências

- ALMEIDA, Paulo Roberto de. A marcha da integração no Mercosul: *vivace ma non troppo*. **Rev. Bras. Polít. Int.** 40 (1), Jun 1997. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0034-73291997000100013> <https://www.scielo.br/j/rbpi/a/fzqm5wzdpkhptyct3df6cdg/?lang=pt> Acesso em 20 set. 2025.
- ARGENTINA. **Decreto de Necesidad y Urgencia nº 366/2025**. Modifica la Ley de Migraciones y establece la obligatoriedad de seguro de salud para extranjeros no residentes. Buenos Aires: Poder Ejecutivo Nacional, 21 maio 2025. Disponível em: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-366-2025-413297>. Acesso em: 18 set. 2025.
- BASSO, Maristela. **Artigo 12**. Disponível: [Artigo 12 Maristela Basso — Portal da Câmara dos Deputados](#). Acesso em 18 de setembro 2025.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 21 set. 2025.
- BRASIL. **Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Código Penal. Diário Oficial da União: seção 1, Rio de Janeiro, 31 dez. 1940. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm). Acesso em: 18 set. 2025.
- BRASIL. **Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017**. Institui a Lei de Migração. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 25 maio 2017. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2015-2018/2017/lei/L13445.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2017/lei/L13445.htm). Acesso em: 22 set. 2025.
- BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 21 set. 2025.
- BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Recurso Especial nº 1.235.977/PR**. Relator: Min. Humberto Martins. Segunda Turma. Julgado em 15 out. 2013. Diário da Justiça Eletrônico, Brasília, DF, 23 out.

2013. Disponível em:

[https://processo.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ITA&sequencial=1261842&num\\_registro=201102424239&data=20131023&formato=PDF](https://processo.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ITA&sequencial=1261842&num_registro=201102424239&data=20131023&formato=PDF). Acesso em: 22 set. 2025.

BRASIL. Tribunal Regional Federal. TRF 1ª Região. **Julgamento do Processo nº**

**00036141820094013400**. Disponível em: TRF-1 26/10/2015 - Pg. 72 - Caderno Judicial - Sjd | Tribunal Regional Federal da 1ª Região | Diários Jusbrasil Acesso em 18 set. 2025.

DALLARI, Pedro Bohomoletz de Abreu. **O Mercosul perante o sistema constitucional brasileiro**. Mercosul - Mercosur : estudos em homenagem a Fernando Henrique Cardoso. Tradução . São Paulo: Atlas, 2007.

GIOVANELLA, L., ESCOREL, S., LOBATO, L. V. C., NORONHA, J. C., and CARVALHO, A. I., eds. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil** [online]. 2nd ed. rev. and enl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, 1097 p. ISBN: 978-85-7541-349-4. <https://doi.org/10.7476/9788575413494>.

MEDEIROS, Cecí Maria Menezes do Nascimento e Medeiros Flávia. *O acesso de estrangeiros ao SUS*. 2018. Dissertação (Mestrado em Estudos Fronteiriços) – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campus do Pantanal, Corumbá, 2018. Disponível em: <https://ppgefcpn.ufms.br/files/2018/11/CECI-MARIA-1.pdf>. Acesso em: 22 set. 2025.

MERCOSUL. **Declaração Sociolaboral do Mercosul**, de 17 de julho de 2015. Assunção, 1998. Revisada em Brasília, 2015. Disponível em: <https://www.mercosur.int/documento/declaracion-sociolaboral-del-mercotur/> Acesso em 20 set. 2025.

MERCOSUL. **Protocolo de Ouro Preto**: protocolo adicional ao Tratado de Assunção sobre a estrutura institucional do Mercosul. Ouro Preto, 17 dez. 1994. Disponível em: <https://www.mercosur.int/pt-br/documento/protocolo-de-ouro-preto/> Acesso em: 22 set. 2025.

MERCOSUL. **Tratado de Assunção**: Tratado para a constituição de um mercado comum entre a República Argentina, a República Federativa do Brasil, a República Do Paraguai e a República Oriental do Uruguai. Assunção, 26 Mar. 1991. Disponível em: <https://www.mercosur.int/pt-br/documento/tratado-de-assuncao/> Acesso em: 22 Set. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Regulamento Sanitário Internacional (2005)**. 3. ed. Genebra: OMS, 2016. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241580496>. Acesso em: 22 set. 2025.

QUINTANA, Glênio Borges; HERMANY, Ricardo. **Políticas públicas de saúde em municípios de fronteira**. Brasília, DF: Confederação Nacional de Municípios, 2022. Disponível em: [https://cnm.org.br/storage/biblioteca/2022/Livros/2022\\_LIV\\_INTER\\_Políticas\\_publicas\\_saude\\_municipios\\_frenteira.pdf](https://cnm.org.br/storage/biblioteca/2022/Livros/2022_LIV_INTER_Políticas_publicas_saude_municipios_frenteira.pdf). Acesso em: 22 set. 2025.

---

Informação bibliográfica deste texto, conforme a NBR 6023:2018 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT):

FERREIRA LAWAND, Arthur Miguel; ABUD, Carol de Oliveira. Entre a universalidade e a restrição: o acesso à saúde de estrangeiros não residentes no Brasil e na Argentina. **Revista Brasileira de Direito Constitucional**, vol. 25, jan./dez. 2025), pp. 288-302. São Paulo: ESDC, 2025. ISSN: 1983-2303 (eletrônica).

---

Recebido em 03/10/2025

Aprovado em 25/10/2025



<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt-br>