

Saúde na fronteira Brasil-Paraguai: Direitos e desafios do SUS

Thiago Mattos de Oliveira

1 INTRODUÇÃO

A fronteira internacional, no século XXI, não pode mais ser compreendida apenas como linha de separação territorial entre soberanias. Em determinadas regiões, especialmente nas cidades-gêmeas e nas tríplexes fronteiras, a vida cotidiana produz uma densidade de relações econômicas, familiares, educacionais, laborais e sanitárias que relativiza, sem eliminar, a rigidez territorial do Estado. A fronteira Brasil–Paraguai, particularmente entre Foz do Iguaçu e Ciudad del Este, constitui exemplo paradigmático desse fenômeno.

Estudos sobre a região demonstram que Foz do Iguaçu, Ciudad del Este e Puerto Iguazú compõem um espaço social integrado, marcado por deslocamentos cotidianos e relações transnacionais. Webber e Silva (2022, p. 18-20) descrevem a Tríplex Fronteira como cenário de intensa circulação e observam que o fluxo diário pela Ponte da Amizade impacta diretamente a economia, a urbanidade e a composição das cidades envolvidas. O mesmo estudo evidencia a existência de mobilidade educacional transfronteiriça em larga escala, com brasileiros residindo em Foz do Iguaçu e deslocando-se diariamente para estudar Medicina em cidades paraguaias.

A mobilidade sanitária constitui uma dimensão ainda mais sensível dessa realidade. O paciente não atravessa a fronteira porque deseja ser estrangeiro. Ele a atravessa porque busca atendimento. A frase, embora simples, desloca o eixo da discussão jurídica: o problema deixa de ser a nacionalidade do paciente e passa a ser a capacidade dos Estados de proteger a vida, organizar o atendimento e distribuir de forma racional os respectivos custos.

Em agosto de 2026, a questão ganhou atualidade concreta. O Sindicato Nacional dos Médicos do Paraguai iniciou greve geral nas unidades de saúde do Ministério da Saúde Pública e Previdência Social, mantendo apenas o atendimento de urgência e emergência. Segundo reportagem do Brasil de Fato, os médicos reivindicavam reajuste salarial após quatorze anos sem atualização, além de medicamentos, insumos, infraestrutura e melhores condições de trabalho (BRASIL DE FATO, 2026). Poucos dias depois, o fracasso das negociações foi seguido pelo anúncio de pedidos de demissão de aproximadamente trezentos médicos especialistas e subespecialistas. A reportagem do Opera Mundi registrou que a medida poderia atingir áreas

estratégicas, inclusive a cirurgia pediátrica, e que a paralisação havia envolvido aproximadamente onze mil médicos do setor público (OPERA MUNDI, 2026).

Não se pretende afirmar, de modo determinista, que a crise paraguaia necessariamente produzirá migração maciça de pacientes para Foz do Iguaçu. Essa conclusão exigiria dados empíricos posteriores. O que se sustenta é que existe risco sanitário plausível e juridicamente relevante de deslocamento da demanda, especialmente porque a fronteira apresenta elevada porosidade social e circulação cotidiana. A crise, portanto, deve ser tratada como variável de planejamento e não como fato consumado.

A literatura sobre saúde em fronteiras reforça essa cautela. Mello, Victora e Gonçalves (2015) demonstraram, em estudo sobre o Centro Materno Infantil de Foz do Iguaçu, que gestantes brasileiras residentes no Paraguai buscavam assistência no Brasil em razão da precariedade do sistema de saúde paraguaio. O estudo identificou, ainda, que municípios fronteiriços precisam atender população flutuante usuária do SUS que não é integralmente refletida nos repasses financeiros ordinários, evidenciando a tensão entre universalidade, mobilidade e financiamento.

Esse dado histórico é particularmente importante porque demonstra que a questão não é meramente hipotética. Já houve deslocamento sanitário efetivo associado à assimetria entre os sistemas de saúde dos países fronteiriços. A crise de 2026 pode, portanto, funcionar como fator de intensificação de uma dinâmica previamente documentada.

O ordenamento jurídico brasileiro, contudo, não permite uma resposta simplista. A Constituição Federal estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado, com acesso universal e igualitário. A Lei nº 8.080/1990 consagra a universalidade, a integralidade, a igualdade da assistência, a regionalização, a hierarquização e a utilização da epidemiologia para definição de prioridades e alocação de recursos. A Lei nº 13.445/2017 assegura ao migrante acesso a serviços públicos de saúde sem discriminação em razão da nacionalidade ou da condição migratória.

Em paralelo, o Direito Internacional e o processo de integração regional introduzem obrigações de cooperação. O Tratado de Assunção estruturou o MERCOSUL a partir da livre circulação de bens, serviços e fatores produtivos e da coordenação de políticas setoriais. Mais recentemente, o Acordo sobre Localidades Fronteiriças Vinculadas, promulgado pelo Decreto nº 12.948/2026, reconheceu expressamente a necessidade de cooperação sanitária, vigilância epidemiológica, planos de contingência e facilitação do trânsito fronteiriço de pacientes, profissionais e veículos sanitários. O instrumento inclui expressamente Foz do Iguaçu e Ciudad del Este, Presidente Franco e Hernandarias entre as localidades vinculadas (BRASIL, 2026).

A questão financeira, portanto, não pode ser ignorada. O SUS possui financiamento constitucionalmente estruturado e capacidade instalada limitada. Se a demanda transfronteiriça crescer de modo significativo sem correspondente planejamento e cooperação financeira, a externalidade poderá recair sobre o orçamento municipal, estadual e federal brasileiro. A dignidade humana exige atendimento; a eficiência administrativa exige planejamento; a cooperação internacional exige mecanismos de compartilhamento de responsabilidades.

É nesse ponto que a experiência argentina de 2026 assume relevância. A Argentina passou a cobrar de estrangeiros não residentes atendimentos médicos não urgentes em hospitais públicos sob administração nacional, exigindo seguro ou pagamento antecipado, mas preservando o atendimento de emergência. A medida foi regulamentada pela Resolução nº 1.066/2026, com base em alteração anterior da Lei de Migrações pelo Decreto de Necessidade e Urgência nº 366/2025 (ARGENTINA, 2025; ARGENTINA, 2026). A experiência argentina não pode ser transplantada automaticamente ao Brasil, mas oferece importante elemento de Direito Comparado.

Assim, o problema de pesquisa consiste em verificar em que medida o Brasil pode organizar juridicamente a mobilidade sanitária transfronteiriça sem violar a universalidade do SUS, preservando a dignidade do paciente e, simultaneamente, estabelecendo mecanismos de regulação, identificação, seguro, faturamento, ressarcimento, reciprocidade e compensação financeira para determinados atendimentos programados.

A hipótese defendida é a de que a resposta juridicamente adequada não está nem na exclusão do estrangeiro, nem na ausência de qualquer mecanismo de gestão. A solução reside em um modelo cooperativo: atendimento imediato e não discriminatório nas situações de urgência e emergência; tratamento específico para residentes fronteiriços abrangidos por acordos internacionais; regulação e planejamento para atendimentos programados; mensuração dos custos; e construção de mecanismos bilaterais de financiamento e compensação.

Metodologicamente, o estudo utiliza abordagem qualitativa, pesquisa bibliográfica e documental e método jurídico-comparativo. São examinados textos constitucionais, legislação brasileira, tratados internacionais, atos do MERCOSUL, normas argentinas, reportagens jornalísticas contemporâneas e literatura acadêmica sobre as dinâmicas sociais da Tríplice Fronteira. O objetivo não é oferecer solução administrativa imediata, mas contribuir para a formulação de uma agenda jurídica de prevenção e governança sanitária transfronteiriça.

2 A FRONTEIRA COMO ESPAÇO DE MOBILIDADE E O ESTATUTO JURÍDICO DO PACIENTE ESTRANGEIRO

2.1 A fronteira contemporânea: território, mobilidade e integração

Fronteiras não são apenas lugares de controle; são também espaços de encontro, circulação, interdependência e produção de novas formas de sociabilidade. Cardin e Albuquerque (2022) destacam que os estudos contemporâneos sobre fronteiras precisam considerar o trânsito e o controle de pessoas e mercadorias, as políticas nacionais e transnacionais e os diferentes modos pelos quais os territórios fronteiriços são vivenciados. A coletânea evidencia que a mobilidade constitui elemento estruturante das regiões fronteiriças e que a fronteira Brasil–Paraguai é atravessada por fluxos que impactam a economia, a urbanidade e a vida cotidiana.

Na região de Foz do Iguaçu, a porosidade da fronteira é empiricamente observável. Webber e Silva (2022, p. 19-20) registram que muitos estudantes brasileiros permanecem domiciliados no Brasil enquanto estudam no Paraguai, integrando-se ao intenso trânsito diário da Ponte da Amizade. O dado é relevante para o Direito Sanitário porque demonstra que a nacionalidade e o local físico de permanência não explicam, sozinhos, a efetiva relação do indivíduo com os serviços públicos de uma cidade fronteiriça.

A categoria jurídica do paciente estrangeiro, portanto, deve ser analisada com maior precisão. Não é razoável equiparar o turista ocasional, o residente fronteiriço, o migrante regular, o residente permanente e o indivíduo que ingressa no território exclusivamente para realizar determinado tratamento. A igualdade formal de todos como pessoas titulares de direitos não elimina as diferenças jurídicas e administrativas relevantes para a organização do serviço.

Essa diferenciação não deve servir para produzir discriminação sanitária. Deve servir para produzir governança. A classificação adequada permite definir quais direitos são imediatamente universais, quais decorrem de acordos internacionais, quais dependem de regulação e quais podem admitir mecanismos de seguro ou faturamento.

2.2 Dignidade da pessoa humana, vida e saúde

A dignidade da pessoa humana ocupa posição central no constitucionalismo brasileiro. A Constituição de 1988 estabelece a dignidade como fundamento da República e determina, no art. 4º, II e IX, a prevalência dos direitos humanos e a cooperação entre os povos para o progresso da humanidade. O parágrafo único do mesmo artigo determina que o Brasil busque a integração econômica, política, social e cultural dos povos da América Latina (BRASIL, 1988).

No campo sanitário, o art. 196 é categórico ao estabelecer que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas destinadas à redução do risco de doenças e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação. O art. 198 acrescenta que os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 1988).

O direito à saúde, portanto, não é somente direito de prestação individual. Possui dimensão institucional. O Estado deve prestar, mas também deve organizar. A proteção da vida de um paciente e a manutenção da capacidade de atendimento dos demais usuários são dimensões complementares do mesmo dever estatal.

No plano internacional, a Convenção Americana sobre Direitos Humanos protege o direito à vida e à integridade pessoal, enquanto o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos reconhece a dignidade inerente à pessoa humana e assegura direitos sem discriminação por origem nacional (BRASIL, 1992a; BRASIL, 1992b). O estrangeiro que se encontra sob jurisdição brasileira não se transforma, pela simples nacionalidade, em pessoa destituída de proteção jurídica.

Daí decorre a premissa fundamental deste estudo: em situação de risco à vida ou à integridade física, o Estado não pode transformar a fronteira em obstáculo à assistência médica necessária. A nacionalidade não constitui justificativa suficiente para negar socorro.

2.3 Lei de Migração e acesso aos serviços públicos

A Lei nº 13.445/2017 consolidou uma concepção de migração fundada na proteção dos direitos humanos e na não discriminação. O art. 4º, VIII, assegura ao migrante acesso a serviços públicos de saúde e assistência social e à previdência social, nos termos da lei, sem discriminação em razão da nacionalidade e da condição migratória (BRASIL, 2017).

A norma impede que a situação migratória seja utilizada como fundamento automático para exclusão do sistema de saúde. Essa garantia deve ser lida em conjunto com a Constituição e com a Lei nº 8.080/1990, que estruturam o SUS sobre a universalidade.

É importante, contudo, afastar uma falsa conclusão: universalidade de acesso não equivale à ausência de regulação. A própria Lei nº 8.080/1990 determina a utilização da epidemiologia para estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e orientação programática, além de impor regionalização, hierarquização e conjugação de recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos.

O ordenamento, portanto, oferece fundamento tanto para o dever de atender quanto para o dever de planejar. A mesma ordem jurídica que impede discriminação contra o estrangeiro exige do administrador público racionalidade na alocação de recursos.

2.4 Um microssistema de direitos do paciente

Não existe, no Brasil, um único diploma legislativo denominado Estatuto dos Direitos dos Pacientes que reúna toda a disciplina aplicável ao indivíduo em tratamento de saúde. Existe, em verdade, um microssistema formado pela Constituição, pela Lei nº 8.080/1990, pela Lei de Migração, pelo Código de Defesa do Consumidor quando aplicável à assistência privada, pela legislação de proteção de dados, pelos tratados internacionais de direitos humanos e pelas normas éticas e profissionais da Medicina.

Desse microssistema podem ser extraídos direitos centrais: acesso à assistência necessária; tratamento digno; não discriminação; informação; autonomia; confidencialidade; integridade física e moral; continuidade assistencial; segurança do paciente e proteção da vida.

Em uma região transfronteiriça, esse microssistema deve ser complementado por protocolos bilaterais. O paciente que atravessa a fronteira precisa ter assegurados, especialmente em situações críticas, direitos mínimos que não dependam de sua capacidade de explicar seu status migratório no momento do sofrimento.

A proteção jurídica do paciente, portanto, deve acompanhar a pessoa no deslocamento. A fronteira administrativa não pode interromper a continuidade da proteção da vida.

3 A CRISE SANITÁRIA DO PARAGUAI EM 2026 E O RISCO DE PRESSÃO SOBRE O SUS EM FOZ DO IGUAÇU

3.1 A greve médica e a deterioração da capacidade assistencial

As notícias publicadas em agosto de 2026 revelam uma crise relevante no sistema público de saúde paraguaio. Em 27 de agosto, o Brasil de Fato informou que o Sindicato Nacional dos Médicos estava no quarto dia de greve geral nas unidades de saúde e centros hospitalares do Ministério da Saúde Pública e Previdência Social, mantendo apenas serviços de urgência e emergência. A reportagem apontou quatorze anos sem reajuste salarial, falta de insumos básicos e medicamentos essenciais, além de reivindicações

relativas a infraestrutura, jornada e vínculos de trabalho (BRASIL DE FATO, 2026).

O problema ultrapassou a esfera reivindicatória. Em 31 de agosto, o Opera Mundi noticiou que quase trezentos médicos especialistas e subespecialistas apresentariam pedidos de demissão, após o fracasso das negociações com o governo. Segundo a matéria, a paralisação envolvera aproximadamente onze mil médicos do setor público, e a saída dos especialistas poderia afetar setores sensíveis, inclusive a cirurgia pediátrica do Hospital Infantil Acosta Ñu (OPERA MUNDI, 2026).

Esses dados devem ser utilizados com rigor. Eles não demonstram, por si, que milhares de paraguaios buscarão atendimento em Foz do Iguaçu. Demonstram, porém, redução potencial da oferta de serviços no país de origem. Em regiões fronteiriças, alterações dessa natureza podem produzir deslocamentos de demanda, especialmente quando a alternativa territorialmente mais próxima é um sistema de saúde com capacidade assistencial reconhecida.

A hipótese de pressão sobre Foz do Iguaçu é, portanto, uma hipótese de planejamento. O gestor não precisa esperar que o fenômeno ocorra em larga escala para começar a medir sua possibilidade.

3.2 Evidência histórica: a mobilidade sanitária já ocorre

A hipótese não parte do vazio. Mello, Victora e Gonçalves (2015) analisaram a clientela do Centro Materno Infantil de Foz do Iguaçu e identificaram a presença de brasileiras residentes no Paraguai que procuravam assistência no Brasil em razão da precariedade do sistema paraguaio. O estudo registrou que municípios fronteiriços disponibilizam recursos humanos e equipamentos para suas próprias populações, mas também precisam atender população flutuante usuária do SUS, não integralmente refletida nos repasses financeiros.

O estudo combinou dados quantitativos e qualitativos e identificou situações em que gestantes residentes no Paraguai utilizavam intensamente os serviços de saúde de Foz do Iguaçu. A pesquisa também apontou que a falta de informações sobre a história reprodutiva e gestacional podia aumentar a necessidade de cesarianas e internações, elevando custos e complexidade assistencial (MELLO; VICTORA; GONÇALVES, 2015).

A evidência permite uma conclusão prudente: a mobilidade sanitária produz efeitos financeiros e assistenciais que não se limitam ao ato de consulta. O custo pode envolver exames, medicamentos, internação, cirurgia, UTI, transporte sanitário, acompanhamento e continuidade do tratamento.

Isso explica por que a gestão da fronteira sanitária não pode ser reduzida à pergunta “pode ou não pode atender?”. O atendimento deve ser garantido quando necessário; a questão subsequente é como registrar, regular, financiar e coordenar esse atendimento.

3.3 O paciente não atravessa a fronteira porque deseja ser estrangeiro

A afirmação central deste artigo deve ser compreendida como categoria jurídica e não como recurso retórico. O paciente transfronteiriço é, antes de tudo, pessoa titular de direitos. A necessidade médica constitui causa do deslocamento e não simples preferência migratória.

Essa perspectiva impede que a política sanitária seja construída com base em categorias moralizantes. O indivíduo que cruza a Ponte da Amizade para obter atendimento pode ser trabalhador, estudante, residente fronteiriço, turista, familiar de residente, pessoa sem recursos ou paciente em situação de urgência. O mesmo território de mobilidade econômica produz mobilidade sanitária.

A pesquisa de Webber e Silva (2022) demonstra que o trânsito entre Foz do Iguaçu e Ciudad del Este é cotidiano e impacta diretamente a urbanidade e a economia das cidades. As autoras mostram, inclusive, a existência de fluxo expressivo de estudantes brasileiros vinculados ao sistema educacional paraguaio e deslocamentos diários pela Ponte da Amizade. A fronteira, portanto, é vivida e atravessada, não apenas fiscalizada.

Se a vida social atravessa a fronteira, é previsível que a doença também a atravessasse. A política pública deve partir dessa realidade.

3.4 Turismo médico-hospitalar e mobilidade por necessidade: distinção indispensável

Turismo médico-hospitalar é fenômeno distinto da mobilidade sanitária por necessidade. No primeiro, o indivíduo desloca-se deliberadamente para adquirir determinado tratamento ou serviço médico, muitas vezes planejado e comparado por preço, qualidade, tecnologia ou disponibilidade. No segundo, o deslocamento decorre de insuficiência, indisponibilidade ou precariedade do sistema de origem.

A distinção é decisiva para a formulação de políticas públicas. O paciente em risco de morte não pode ser tratado como turista médico. A urgência não é mercadoria. O tratamento programado, por outro lado, pode admitir instrumentos jurídicos de seguro, faturamento e planejamento, desde que respeitados os direitos fundamentais e os acordos internacionais.

A própria experiência argentina de 2026 utilizou essa distinção: emergências não podem sofrer cobrança ou atraso, enquanto estrangeiros não residentes submetidos a tratamentos não urgentes devem apresentar seguro ou pagar antecipadamente nos estabelecimentos nacionais abrangidos pela norma (ARGENTINA, 2026).

O Brasil pode estudar essa classificação sem copiar automaticamente sua solução.

3.5 O custo público e a externalidade financeira da fronteira

Os serviços de saúde possuem custo econômico, ainda que o paciente não o pague diretamente. Recursos humanos, leitos, medicamentos, exames, equipamentos, ambulâncias e infraestrutura são financiados por recursos públicos. A universalidade do SUS não elimina a dimensão econômica da prestação; apenas impede que o preço seja utilizado como barreira de acesso nos limites definidos pelo ordenamento.

Em uma cidade fronteiriça, surge uma externalidade particular: parte da demanda pode ser originada fora do território nacional, enquanto o custo da assistência recai sobre o orçamento brasileiro. A literatura de saúde fronteiriça já identificou essa tensão em Foz do Iguaçu.

O problema não deve ser interpretado como argumento contra o atendimento do estrangeiro. Deve ser interpretado como argumento a favor de mecanismos

de compensação. Se a integração regional produz benefícios econômicos e sociais compartilhados, a assistência sanitária transfronteiriça também pode exigir instrumentos de financiamento compartilhado.

A eficiência administrativa, nesse contexto, não significa simplesmente negar despesas. Significa saber onde a despesa ocorre, por que ocorre, quem é o usuário, qual é o procedimento realizado, qual é o custo e qual Estado ou entidade pode, juridicamente, participar de seu financiamento.

4 GOVERNANÇA SANITÁRIA TRANSFRONTEIRIÇA, EXPERIÊNCIA ARGENTINA E POSSIBILIDADES PARA O BRASIL

4.1 O Tratado de Assunção e a saúde como dimensão da integração

O Tratado de Assunção, promulgado no Brasil pelo Decreto nº 350/1991, estabeleceu o MERCOSUL e previu livre circulação de bens, serviços e fatores produtivos, além de coordenação de políticas setoriais. Embora não tenha criado um sistema sanitário regional, sua lógica de integração fornece base para políticas cooperativas que ultrapassem a visão estritamente econômica da integração (BRASIL, 1991).

A saúde é particularmente adequada à cooperação regional porque doenças, epidemias, acidentes e deslocamentos de pacientes não respeitam fronteiras. A integração econômica produz mobilidade; a mobilidade produz necessidades sanitárias; e as necessidades sanitárias demandam coordenação.

Em 2026, o próprio MERCOSUL avançou nessa direção ao anunciar a aprovação do Plano Estratégico de Saúde nas Fronteiras 2026-2030, apresentado como roteiro para mobilizar cooperação técnica e financeira em benefício das populações das localidades fronteiriças vinculadas (MERCOSUL, 2026).

A existência desse plano demonstra que a questão financeira não é incompatível com a integração. Ao contrário, a cooperação financeira constitui instrumento para torná-la sustentável.

4.2 O Acordo sobre Localidades Fronteiriças Vinculadas e a situação de Foz do Iguaçu

O Decreto nº 12.948/2026 promulgou o Acordo sobre Localidades Fronteiriças Vinculadas, firmado entre Brasil, Argentina, Paraguai e Uruguai. O Acordo reconhece que a relação das comunidades fronteiriças antecede o próprio MERCOSUL e afirma que o respeito aos direitos humanos é fundamental para alcançar melhor qualidade de vida das populações fronteiriças (BRASIL, 2026).

O Artigo VII do Acordo prevê cooperação em saúde pública, vigilância epidemiológica e planos de contingência. Também estabelece que os Estados Partes deverão coordenar-se para assegurar cooperação em defesa civil e prestação de assistência de urgência ou emergência, comprometendo-se a desenvolver regulamentações para facilitar o trânsito fronteiriço de materiais, pacientes, profissionais e veículos sanitários, inclusive ambulâncias.

A norma é particularmente relevante porque seu Anexo I inclui Foz do Iguaçu vinculada a Ciudad del Este, Presidente Franco e Hernandarias. Não se trata, portanto, de mera possibilidade abstrata de cooperação. Existe instrumento internacional incorporado ao direito brasileiro que contempla expressamente a região e a mobilidade sanitária.

Esse dado muda o eixo do debate. O Brasil não precisa começar do zero. Precisa operacionalizar um compromisso jurídico já assumido.

4.3 O modelo argentino de 2026: cobrança sem recusa da emergência

Em 11 de agosto de 2026, a Argentina colocou em prática, por meio da Resolução nº 1.066/2026, um procedimento operacional para atendimento de pessoas estrangeiras nos estabelecimentos de saúde administrados pelo Estado nacional. A resolução regulamentou alterações promovidas pelo Decreto de Necessidade e Urgência nº 366/2025 na Lei de Migrações argentina.

A norma preservou uma regra central: em casos de emergência, o acesso à assistência social e à atenção sanitária não pode ser negado ou restringido em razão da situação migratória. Estrangeiros com residência permanente continuam equiparados aos cidadãos argentinos no sistema público. Para estrangeiros não residentes permanentes, contudo, o atendimento sanitário não emergencial passou a depender de seguro ou pagamento do serviço, conforme o procedimento aplicável (ARGENTINA, 2025; ARGENTINA, 2026).

A experiência é importante porque demonstra que um Estado do MERCOSUL decidiu separar juridicamente a emergência do atendimento programado. A lógica é: proteção imediata da vida, mas responsabilidade financeira diferenciada para atendimentos não urgentes.

A medida argentina foi apresentada pelo governo como mecanismo de combate ao denominado turismo de saúde. Reportagens contemporâneas registraram, contudo, que dados da província de Buenos Aires apontavam participação de estrangeiros não residentes correspondente a aproximadamente 0,4% dos atendimentos de emergência e 0,5% das internações, segundo declaração do ministro da Saúde provincial (FOLHA DE S.PAULO, 2026). O dado é relevante porque demonstra que a discussão política sobre o fenômeno não substitui a necessidade de mensuração empírica.

Também é necessário observar o alcance institucional da experiência argentina: a regulamentação federal incide sobre estabelecimentos administrados pelo Estado nacional, enquanto as províncias argentinas possuem autonomia para adotar suas próprias regras. Não se trata, portanto, de um sistema uniforme aplicável indistintamente a todos os hospitais públicos argentinos.

4.4 A Argentina pode ser um laboratório jurídico para o Brasil?

A comparação não autoriza a transposição automática. O Brasil possui um desenho constitucional distinto. O art. 196 da Constituição afirma que a saúde é direito de todos e estabelece acesso universal e igualitário. A Lei nº 13.445/2017 assegura ao migrante acesso a serviços públicos de saúde sem discriminação por nacionalidade ou condição migratória. Qualquer política de cobrança que transforme a nacionalidade em barreira de acesso exigiria exame rigoroso de constitucionalidade e compatibilidade com tratados internacionais.

Entretanto, uma questão juridicamente distinta merece ser formulada: a universalidade do atendimento impede que o Estado brasileiro estabeleça mecanismos de recuperação de custos, seguro, faturamento ou compensação para determinados atendimentos programados de não residentes?

A resposta não precisa ser necessariamente negativa. É possível imaginar um sistema no qual o atendimento emergencial seja sempre prestado, mas o custo de determinados tratamentos programados seja objeto de seguro, faturamento contra terceiro, compensação internacional ou pagamento em hipóteses legalmente definidas. Isso seria diferente de negar o direito à saúde em razão da nacionalidade.

A experiência argentina, portanto, deve ser tratada como laboratório de Direito Comparado, e não como modelo a ser copiado.

4.5 Uma terceira via brasileira: dignidade sem desorganização

A proposta deste artigo é uma terceira via. De um lado, rejeita-se a ideia de que o estrangeiro possa ser recusado em emergência. De outro, rejeita-se a ideia de que a universalidade dispense o Estado de registrar e gerir a demanda transfronteiriça.

O primeiro nível deve ser a emergência: atendimento imediato, sem exigência de pagamento e sem discriminação. O segundo nível deve ser a urgência: atendimento segundo critérios clínicos e de regulação, com identificação posterior e registro da origem territorial. O terceiro nível deve envolver residentes fronteiriços abrangidos pelo Acordo e demais instrumentos internacionais. O quarto nível deve abranger tratamentos programados, para os quais podem ser estudados mecanismos de seguro, autorização prévia, faturamento e compensação. O quinto nível corresponde ao turismo médico privado, preferencialmente organizado fora da estrutura do SUS.

Esse modelo preserva o núcleo constitucional do direito à saúde e cria instrumentos de governança. A pergunta deixa de ser “cobrar ou não cobrar estrangeiros” e passa a ser “como distribuir institucionalmente o custo da mobilidade sanitária?”

4.6 Um protocolo sanitário bilateral Foz do Iguaçu–Ciudad del Este

Considerando o Acordo sobre Localidades Fronteiriças Vinculadas e o Plano Estratégico de Saúde nas Fronteiras do MERCOSUL, propõe-se a criação de protocolo sanitário bilateral específico para a região de Foz do Iguaçu e as localidades paraguaias vinculadas.

O protocolo poderia conter, no mínimo, os seguintes eixos: (a) centro bilateral de monitoramento; (b) classificação de pacientes por emergência, urgência, atendimento especializado e tratamento eletivo; (c) regulação bilateral; (d) protocolo de transporte sanitário e ambulâncias; (e) compartilhamento mínimo de informações clínicas, observada a legislação de proteção de dados; (f) sistema de contabilização dos atendimentos e custos; (g) mecanismo de compensação financeira entre os Estados; (h) plano de contingência para crises sanitárias; e (i) avaliação periódica de capacidade hospitalar.

A experiência histórica do Centro Materno Infantil mostra que a informação é decisiva. Quando a rede desconhece a origem, o histórico e o percurso assistencial do paciente, aumenta-se o risco de duplicação de procedimentos, atraso, internações evitáveis e custos. A informação, portanto, não deve ser vista como burocracia, mas como ferramenta de segurança do paciente e eficiência.

4.7 Seguro sanitário transfronteiriço e tratamentos programados

Uma das possibilidades mais promissoras é a criação, por acordo bilateral, de seguro sanitário transfronteiriço para determinados atendimentos programados. O objetivo não seria restringir a emergência, mas criar uma fonte de custeio para consultas especializadas, exames, procedimentos e tratamentos previamente agendados.

O sistema poderia operar com três fluxos. No primeiro, paciente em emergência: SUS e atendimento imediato. No segundo, paciente residente fronteiriço abrangido pelo acordo: aplicação dos direitos e mecanismos de reciprocidade definidos bilateralmente. No terceiro, paciente que procura tratamento programado: seguro, autorização, faturamento ou pagamento, conforme a categoria jurídica e o acordo aplicável.

Esse modelo teria a vantagem de separar a função clínica da função financeira. O profissional de saúde decide clinicamente; a administração regula e fatura; os Estados negociam compensação. O paciente não precisa ser transformado em obstáculo administrativo em situação de risco.

4.8 Reciprocidade e compensação financeira

Reciprocidade não deve significar retaliação sanitária. Não se trata de afirmar que, se o Paraguai não pagar, o Brasil deixará de atender. Essa solução seria incompatível com a proteção da vida em situações emergenciais.

Reciprocidade deve ser entendida como mecanismo institucional de repartição de responsabilidades. Se os cidadãos de um Estado utilizam de forma regular os serviços públicos do outro em razão da integração fronteiriça, os governos podem estabelecer mecanismos de compensação, cotas, seguros, transferências, fundos comuns ou faturamento recíproco.

O MERCOSUL já reconhece a necessidade de cooperação técnica e financeira em saúde nas fronteiras. O passo seguinte é transformar esse reconhecimento em mecanismos mensuráveis de financiamento.

4.9 O princípio da eficiência e o dever de planejamento

O art. 37 da Constituição estabelece a eficiência como princípio da Administração Pública. Na saúde, eficiência não significa apenas reduzir despesas. Significa organizar recursos escassos para maximizar a proteção da vida e a continuidade dos serviços.

A Lei nº 8.080/1990 reforça essa concepção ao determinar a utilização da epidemiologia para definição de prioridades e alocação de recursos. Portanto, se a Administração Pública sabe que Foz do Iguaçu é cidade-gêmea, que a mobilidade Brasil–Paraguai é intensa e que o sistema paraguaio atravessa crise assistencial, possui fundamento jurídico para planejar.

Planejamento não é discriminação. Registro não é xenofobia. Regulação não é negativa de atendimento. Cobrança de custos em hipóteses juridicamente admitidas não é, necessariamente, negação de direitos.

O desafio está em construir fronteiras administrativas compatíveis com a inexistência de fronteiras para a circulação da vida social.

4.10 As perguntas que o Brasil precisa responder

A crise paraguaia de 2026 coloca ao Brasil perguntas que não podem ser adiadas. Se a capacidade assistencial paraguaia cair, quantos pacientes adicionais poderão procurar Foz do Iguaçu? Quais especialidades serão mais afetadas? A rede municipal e hospitalar possui capacidade ociosa? Qual é o custo médio de uma internação de paciente estrangeiro? Quantos atendimentos são de emergência, urgência ou tratamento programado? Quantos pacientes são residentes fronteiriços? Quantos são turistas? Quantos possuem seguro? Quantos poderiam ser faturados a terceiros?

Sem essas informações, qualquer política pública corre o risco de ser construída sobre impressão política, seja para defender abertura absoluta, seja para defender restrição absoluta.

A experiência argentina demonstra a necessidade de diferenciar emergência e atendimento programado. A experiência brasileira demonstra a necessidade de preservar a universalidade. O Acordo do MERCOSUL demonstra a necessidade de cooperação. A literatura de fronteiras demonstra a intensidade da mobilidade. A crise paraguaia demonstra a urgência do planejamento.

A questão, portanto, não é escolher entre humanidade e eficiência. É compreender que a eficiência é instrumento para tornar a humanidade sustentável.

4.11 Uma proposta de governança em sete eixos

Como síntese operacional, propõe-se uma política pública de governança sanitária transfronteiriça estruturada em sete eixos: 1) monitoramento epidemiológico e assistencial bilateral; 2) identificação da origem territorial do paciente; 3) classificação clínica e administrativa do atendimento; 4) protocolo de trânsito de ambulâncias e pacientes; 5) compartilhamento seguro de informações; 6) contabilização e auditoria dos custos; e 7) negociação de mecanismos de compensação financeira.

Em situações de crise no país vizinho, o protocolo deveria ser automaticamente ativado. O município de Foz do Iguaçu não deveria descobrir a pressão sobre sua rede somente depois da lotação dos hospitais. A prevenção deve ser o centro da política.

Essa proposta é coerente com o Acordo sobre Localidades Fronteiriças Vinculadas, que já prevê cooperação sanitária, vigilância epidemiológica, planos de contingência e facilitação do trânsito de pacientes e veículos sanitários. O desafio passa a ser institucional e administrativo: criar rotinas, indicadores e responsabilidades.

CONCLUSÃO

A mobilidade sanitária transfronteiriça entre Paraguai e Brasil não constitui fenômeno excepcional. Ela integra a própria dinâmica social da Tríplice Fronteira e deve ser compreendida como consequência natural da circulação de pessoas entre cidades profundamente interdependentes.

A crise do sistema público de saúde paraguaio em agosto de 2026 acrescenta elemento novo e preocupante. A greve nacional de médicos, a reivindicação por reajuste salarial após quatorze anos conforme entidade sindical, a falta de medicamentos e insumos e o anúncio de desligamento de quase trezentos especialistas e subespecialistas representam redução potencial da capacidade assistencial do país. Não é possível afirmar, sem dados posteriores, a dimensão de eventual deslocamento de pacientes para o Brasil. É possível, contudo, afirmar que o risco é suficientemente plausível para justificar planejamento.

A experiência histórica de Foz do Iguaçu demonstra que assimetrias sanitárias produzem deslocamento de pacientes. O estudo de Mello, Victora e Gonçalves (2015) sobre o Centro Materno Infantil identificou o uso dos serviços brasileiros por gestantes residentes no Paraguai e apontou consequências financeiras e assistenciais dessa mobilidade.

O ordenamento brasileiro estabelece uma proteção forte. A Constituição afirma que a saúde é direito de todos e dever do Estado. A Lei nº 8.080/1990 consagra universalidade, igualdade, integralidade, regionalização e planejamento. A Lei de Migração assegura acesso a serviços públicos de saúde sem discriminação por nacionalidade ou condição migratória. O Direito Internacional protege a vida, a integridade e a dignidade da pessoa humana.

Isso significa que a emergência não pode ser condicionada à nacionalidade. O paciente não atravessa a fronteira porque deseja ser estrangeiro. Ele atravessa porque busca atendimento.

Mas a dignidade humana não exige desorganização administrativa. A universalidade do SUS não elimina o dever de planejamento, mensuração, regulação e eficiência. O Estado deve conhecer a demanda que recebe e organizar mecanismos que impeçam que a assistência transfronteiriça produza externalidades financeiras insustentáveis.

O MERCOSUL fornece base jurídica para esse movimento. O Tratado de Assunção estruturou integração e coordenação de políticas. O Acordo sobre Localidades Fronteiriças Vinculadas, promulgado pelo Decreto nº 12.948/2026, é ainda mais específico: inclui Foz do Iguaçu e Ciudad del Este, Presidente Franco e Hernandarias e prevê cooperação sanitária, vigilância epidemiológica, planos de contingência e facilitação do trânsito de pacientes, profissionais e veículos sanitários.

A experiência argentina de 2026 deve ser observada com atenção. A Argentina passou a exigir seguro ou pagamento para determinados atendimentos não urgentes de estrangeiros não residentes, preservando integralmente a assistência emergencial. O Brasil não pode simplesmente copiar esse modelo, porque sua Constituição e sua legislação migratória possuem conteúdo próprio. Entretanto, a experiência argentina demonstra que é possível juridicamente discutir a separação entre proteção emergencial e mecanismos de financiamento de tratamentos programados.

A tese deste artigo é que o Brasil pode construir uma terceira via: atendimento universal e imediato nas emergências; proteção específica dos residentes fronteiriços conforme os acordos; regulação e planejamento dos atendimentos programados; seguro ou mecanismos de faturamento quando juridicamente possíveis; contabilização dos custos; reciprocidade; e compensação financeira entre os Estados.

Essa solução permite conciliar quatro valores que frequentemente são apresentados como incompatíveis: dignidade humana, universalidade do SUS, eficiência administrativa e sustentabilidade financeira.

A questão central deixa de ser “cobrar ou não cobrar estrangeiros”. A pergunta juridicamente mais adequada é: como Brasil e Paraguai podem compartilhar responsabilidades quando a mobilidade regional faz com que a doença atravesse uma fronteira que a vida cotidiana já atravessa diariamente?

O paciente não atravessa a fronteira porque deseja ser estrangeiro. Ele a atravessa porque busca atendimento. Cabe aos Estados, portanto, transformar essa mobilidade inevitável em cooperação institucional organizada, financeiramente sustentável e juridicamente fundada na dignidade humana.

Talvez esta seja a próxima fronteira do Direito Sanitário no MERCOSUL: construir um sistema em que a fronteira não seja barreira para a vida, mas também não seja desculpa para a ausência de responsabilidade financeira, planejamento e cooperação entre os Estados.

REFERÊNCIAS

ARGENTINA. Decreto de Necesidad y Urgencia nº 366, de 28 de maio de 2025. Modifica a Ley de Migraciones nº 25.871 e outras normas. Buenos Aires,

2025. Disponível em: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-366-2025-413297>. Acesso em: 31 ago. 2026.

ARGENTINA. Ministerio de Salud. Resolución nº 1.066, de 10 de agosto de 2026. Procedimiento operativo para la atención sanitaria de personas extranjeras. Buenos Aires, 2026. Disponível em: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/norma-428778/texto>. Acesso em: 31 ago. 2026.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 31 ago. 2026.

BRASIL. Decreto nº 350, de 21 de novembro de 1991. Promulga o 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. Brasília, DF, 1991. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0350.htm. Acesso em: 31 ago. 2026.

BRASIL. Decreto nº 592, de 6 de julho de 1992. Promulga o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos. Brasília, DF, 1992a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0592.htm. Acesso em: 31 ago. 2026.

BRASIL. Decreto nº 678, de 6 de novembro de 1992. Promulga a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica). Brasília, DF, 1992b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d0678.htm. Acesso em: 31 ago. 2026.

BRASIL. Decreto nº 12.948, de 27 de abril de 2026. Promulga o Acordo sobre Localidades Fronteiriças Vinculadas entre a República Federativa do Brasil, a República Argentina, a República do Paraguai e a República Oriental do Uruguai. Brasília, DF, 2026. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2026/decreto/d12948.htm. Acesso em: 31 ago. 2026.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília, DF, 1990. Disponível em: https://planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 31 ago. 2026.

BRASIL. Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017. Institui a Lei de Migração. Brasília, DF, 2017. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13445.htm. Acesso em: 31 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Durante sua estadia: saúde do viajante. Brasília, DF, 2026. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-do-viajante/durante-sua-estadia>. Acesso em: 31 ago. 2026.

BRASIL DE FATO. Médicos no Paraguai chegam ao quarto dia de greve, exigindo melhores condições de trabalho. 27 ago. 2026. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2026/08/27/medicos-no-paraguai-chegam-ao-quarto-dia-de-greve-exigindo-melhores-condicoes-de-trabalho/>. Acesso em: 31 ago. 2026.

CARDIN, Eric Gustavo; ALBUQUERQUE, José Lindomar C. (org.). Fronteiras, deslocamentos e suas dinâmicas sociais. Uberlândia: EDUFU, 2022.

FOLHA DE S.PAULO. Medida de Milei restringe gratuidade na saúde pública argentina. 12 ago. 2026. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2026/08/medida-de-milei-restringe-gratuidade-na-saude-publica-argentina.shtml>. Acesso em: 31 ago. 2026.

MELLO, Fabio de; VICTORA, Cesar Gomes; GONÇALVES, Helen. Saúde nas fronteiras: análise quantitativa e qualitativa da clientela do Centro Materno Infantil de Foz do Iguaçu, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 7, p. 2135-2145, jul. 2015. DOI: 10.1590/1413-81232015207.09462014.

MERCOSUL. Comunicado conjunto dos Presidentes dos Estados Partes do MERCOSUL. 2026. Disponível em: <https://www.mercosur.int/pt-br/comunicado-conjuntos-dos-presidentes-dos-estados-partes-do-mercosul>. Acesso em: 31 ago. 2026.

OPERA MUNDI. Paraguai: 300 médicos pedem demissão após fracasso de negociações com governo. 31 ago. 2026. Disponível em: <https://operamundi.uol.com.br/america-latina/paraguai-300-medicos-pedem-demissao-apos-fracasso-de-negociacoes-com-governo/>. Acesso em: 31 ago. 2026.

WEBBER, Maria Aparecida; SILVA, Regina Coeli Machado e. Entre pontes e livros: educação superior em Medicina na fronteira Brasil-Paraguai. In: CARDIN, Eric Gustavo; ALBUQUERQUE, José Lindomar C. (org.). *Fronteiras, deslocamentos e suas dinâmicas sociais*. Uberlândia: EDUFU, 2022. p. 17-44.