REVISTA TÓPICOS
ISSN 2965-6672 | Qualis A2

GESTANTES ESTRANGEIRAS NÃO RESIDENTES NO SUS: DIREITO À SAÚDE E PROTEÇÃO DO BRASILEIRO NATO

NON-RESIDENT FOREIGN PREGNANT WOMEN IN THE SUS: RIGHT TO HEALTH AND PROTECTION OF NATIVE-BORN BRAZILIANS

Ciências Humanas, Ciências Sociais Aplicadas, Ciências da Saúde •

26/11/2026

REGISTRO DOI: 10.70773/revistatopicos/795572025

João Guilherme Souza Guedes[1]

RESUMO

O artigo analisa, à luz dos direitos fundamentais, o acesso da gestante estrangeira não residente ao atendimento pré-natal e obstétrico do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando que a criança nascida no território nacional é brasileira nata, nos termos do art. 12, I, “a”, da Constituição Federal. O fenômeno, registrado pela imprensa sobretudo em relação a gestantes russas e designado no debate público como “turismo de parto”, é examinado de modo crítico quanto ao estigma que essa expressão produz. A pesquisa é qualitativa, de natureza básica, com objetivos exploratório e descritivo e método dedutivo, e adota os procedimentos bibliográfico, documental e jurisprudencial, com exame da Constituição, da Lei Orgânica da Saúde, da Lei de Migração, de tratados internacionais, de acórdãos paradigma e, como contraexemplo, da reforma migratória argentina de 2025. Os resultados indicam que a palavra “todos”, do art. 196, alcança o estrangeiro não residente; que a Constituição impede condicionar o atendimento a seguro ou pagamento ou reduzi-lo à urgência; e que a proteção do nascituro independe da nacionalidade e da situação migratória da mãe. Conclui-se que o ordenamento brasileiro veda restringir esse atendimento, que a escolha do Brasil como lugar do parto decorre da convergência entre a universalidade da saúde e a nacionalidade pelo nascimento, e que eventuais respostas regulatórias devem dirigir-se às agências intermediadoras, à produção de dados oficiais e à comunicação institucional não estigmatizante, preservado o acesso das gestantes ao SUS.

Palavras-chave: Direito à saúde; Gestante estrangeira; Brasileiro nato; Sistema Único de Saúde; Lei de Migração.

ABSTRACT

This article analyzes, in light of fundamental rights, the access of

non-resident foreign pregnant women to prenatal and obstetric care in the Brazilian Unified Health System (SUS), considering that a child born in Brazilian territory is a native-born Brazilian under Article 12, I, “a”, of the Federal Constitution. The phenomenon, reported by the press mainly in relation to Russian pregnant women and labeled in public debate as “birth tourism”, is examined critically with regard to the stigma that this expression produces. The research is qualitative and basic, with exploratory and descriptive aims and a deductive method, and relies on bibliographic, documentary and case-law procedures, examining the Constitution, the Organic Health Law, the Migration Law, international treaties, leading court decisions and, as a counterexample, the 2025 Argentine migration reform. The results indicate that the word “everyone”, in Article 196, extends to non-resident foreigners; that the Constitution prevents conditioning care on insurance or payment or limiting it to emergencies; and that the protection of the unborn child is independent of the mother’s nationality and migration status. The study concludes that Brazilian law prohibits restricting such care, that the choice of Brazil as a place to give birth results from the convergence between universal health care and nationality by birth, and that any regulatory response should address intermediary agencies, the production of official data and non-stigmatizing institutional communication, while preserving pregnant women’s access to the SUS.
Keywords: Right to health; Foreign pregnant women; Native-born Brazilian; Unified Health System; Migration Law.

1. INTRODUÇÃO

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 reúne duas escolhas normativas que, combinadas, ajudam a compreender o objeto deste estudo. De um lado, adota o critério territorial de

atribuição da nacionalidade, ao considerar brasileiros natos os nascidos no território nacional, ainda que de pais estrangeiros, desde que estes não estejam a serviço de seu país (art. 12, I, "a"). De outro, afirma a saúde como direito de todos e dever do Estado, com acesso universal e igualitário às ações e serviços (art. 196) (Brasil, 1988).

Essas regras integram um conjunto normativo centrado na pessoa. A Constituição tem como fundamento a dignidade da pessoa humana (art. 1º, III) e como objetivo promover o bem de todos, sem preconceitos de origem (art. 3º, IV), adota a prevalência dos direitos humanos nas relações internacionais (art. 4º, II) e assegura à criança, com absoluta prioridade, o direito à vida e à saúde, a salvo de toda forma de discriminação (art. 227) (Brasil, 1988). A Convenção sobre os Direitos da Criança, promulgada pelo Decreto nº 99.710/1990, garante os direitos de cada criança sem distinção de origem nacional (art. 2, 1) e assegura às mães adequada assistência pré-natal e pós-natal (art. 24, 2, "d") (Brasil, 1990a).

Nesse cenário, a imprensa brasileira tem registrado a chegada de gestantes estrangeiras não residentes que vêm ao país para dar à luz. Reportagem da Folhapress publicada em 2022 informou que o Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina recebia pacientes russas desde 2014 e que, segundo a instituição, todas haviam apresentado endereço temporário e manifestado o propósito de obter a cidadania brasileira para os filhos (Mantovani; Lopes, 2022).

Reportagem da BBC, reproduzida pelo Correio Braziliense em 2023, apontou como motivações a busca de atendimento obstétrico mais acolhedor e de partos humanizados, a possibilidade de transmitir aos filhos a nacionalidade brasileira e a facilidade de regularização

migratória dos pais, em contexto agravado pela guerra na Ucrânia (Por que [...], 2023). A decisão de dar à luz no Brasil articula, portanto, saúde, família e projeto de vida.

Na Região Metropolitana do Recife, segundo o Diario de Pernambuco, gestantes russas são assistidas desde 2022 por uma agência que oferece pacotes com apoio para inscrição no SUS, tradução de consultas, moradia e emissão de documentos; elas dão entrada nas redes municipais de saúde do Recife e de Jaboatão dos Guararapes e são encaminhadas a maternidades (Lucena, 2025).

Em Florianópolis, o aumento de nascimentos de filhos de mães russas levou órgãos locais a suspeitar, em 2019, de ligação com o tráfico de crianças, e um recém-nascido chegou a ser afastado dos pais e encaminhado a acolhimento institucional por alguns dias. A apuração determinada pela Justiça estadual à Polícia Federal não identificou irregularidades migratórias nem indícios de tráfico de pessoas (Mantovani; Lopes, 2022). Segundo nota do Ministério Público Federal, a Polícia Federal "concluiu que o interesse principal era de obtenção de nacionalidade e passaporte brasileiros para os bebês", e o caso foi arquivado (Amorim, 2023).

No plano comparado, o *Decreto de Necesidad y Urgencia* nº 366/2025, publicado no *Boletín Oficial* argentino em 29 de maio de 2025, deu nova redação ao art. 8º da Lei de Migrações nº 25.871, que passou a garantir a atenção sanitária a todos os estrangeiros em casos de emergência, qualquer que seja a situação migratória, e aos residentes permanentes o acesso ao sistema público em igualdade com os nacionais. Fora dessas hipóteses, o atendimento habitual nos estabelecimentos administrados pelo Estado nacional passou a

depender de seguro de saúde ou de pagamento prévio (Argentina, 2025).

Entre seus fundamentos, o decreto afirma que o acesso gratuito de migrantes sem interesse em se estabelecer no país não estaria amparado pela Constituição argentina e, em considerando relativo à residência permanente, declara que a alteração contribuirá para "*desalentar el 'turismo de natalidad*'", qualificado como forma de abuso da lei migratória (Argentina, 2025). A Resolução nº 1066/2026 do Ministério da Saúde argentino, que regulamentou o procedimento, garante as emergências obstétricas, inclusive o parto iminente, mas não menciona o acompanhamento pré-natal (Argentina, 2026).

As reportagens citadas empregam a expressão "turismo de parto" (Mantovani; Lopes, 2022; Amorim, 2023; Lucena, 2025), difundida no debate público. A palavra "turismo" remete a lazer ou a deslocamento ocasional e, associada ao parto, sugere oportunismo, reduzindo uma decisão vinculada à saúde, à família e à nacionalidade a um aproveitamento indevido de vantagens estatais. Essa linguagem antecipa um juízo de reprovação que o ordenamento brasileiro não formula, pois o nascimento no território é o fato a que a Constituição vincula a nacionalidade originária, e a saúde é direito de todos.

Esse juízo produz efeitos concretos. Em Florianópolis, a suspeita contra famílias sem irregularidade alguma afastou temporariamente um recém-nascido brasileiro de seus pais; na Argentina, a designação "*turismo de natalidad*" integrou os fundamentos de um ato normativo que restringiu direitos de não residentes. Por isso, este artigo adota expressões neutras, como gestante estrangeira, família

migrante e mobilidade para o parto, e emprega "turismo de parto" apenas entre aspas, como objeto de análise.

Essa perspectiva exige examinar com seriedade as objeções ao acesso de não residentes ao SUS. Há, inicialmente, um argumento textual: o *caput* (enunciado principal) do art. 5º da Constituição garante direitos "aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País" (Brasil, 1988), o que poderia sugerir que a titularidade de direitos fundamentais depende da residência.

Somam-se a esse argumento quatro objeções. A primeira é financeira: o atendimento a pessoas que não integram de forma estável a comunidade que financia o sistema poderia agravar as restrições orçamentárias de uma rede já pressionada. A segunda refere-se à capacidade instalada, pois um fluxo concentrado em determinadas cidades poderia sobrecarregar maternidades que atendem a população local.

A terceira objeção diz respeito às agências intermediadoras, que comercializam pacotes nos quais o atendimento gratuito do SUS figura como parte do serviço oferecido (Lucena, 2025). A quarta invoca a reciprocidade entre Estados, já que brasileiros no exterior nem sempre têm acesso gratuito aos sistemas públicos de outros países, como demonstra o próprio modelo argentino.

Essas objeções apontam problemas reais de financiamento, de gestão e de regulação, mas, como se sustentará, reclamam planejamento, gestão e resposta dirigida aos intermediários, e não o condicionamento do atendimento à nacionalidade, à condição migratória ou à capacidade de pagamento da gestante.

As reportagens tratam predominantemente de gestantes russas e descrevem, em sua maioria, famílias de classe média ou alta (Mantovani; Lopes, 2022; Por que [...], 2023). Esse perfil não condiciona a conclusão jurídica, pois o art. 196 não distingue os titulares do direito à saúde por nacionalidade ou condição econômica. Os fundamentos aqui desenvolvidos alcançam, assim, também as gestantes migrantes em situação de vulnerabilidade, como as que buscam atendimento em regiões de fronteira.

Diante desse quadro, a pesquisa parte do seguinte problema: em que medida o ordenamento jurídico brasileiro admite restringir ou condicionar o atendimento pré-natal e obstétrico pelo Sistema Único de Saúde à gestante estrangeira não residente, considerando que a criança nascida em território nacional será brasileira nata?

A hipótese é a de que o ordenamento não admite essa restrição. A universalidade do art. 196 da Constituição, a titularidade de direitos fundamentais por estrangeiros, a proteção jurídica do nascituro e a prioridade absoluta assegurada à criança pelo art. 227 convergem para tornar o atendimento à gestante um dever estatal que também se dirige ao futuro nacional.

Supõe-se, ainda, que a escolha do Brasil como lugar do parto se explica pela convergência das duas opções constitucionais apresentadas no início desta introdução: a universalidade do direito à saúde e a atribuição da nacionalidade pelo nascimento no território, com seus efeitos migratórios, entre os quais a autorização de residência para reunião familiar de quem tenha filho brasileiro (art. 37, II, da Lei nº 13.445/2017) (Brasil, 2017b). Nenhum desses fatores, isoladamente, explica o fenômeno.

O acesso universal ao SUS figura entre os principais fatores que levam estrangeiros a procurar o sistema brasileiro. Em pesquisa com secretários municipais de saúde de cidades da fronteira com Argentina, Paraguai e Uruguai, a facilidade de ser atendido pelo SUS (60%) e a qualidade da atenção (58%) foram apontadas, ao lado da proximidade geográfica (68%), da ausência ou insuficiência de serviços públicos no país de origem (66%) e da urgência do caso (60%), entre os motivos mais frequentes da procura. O parto e o pré-natal estavam entre os serviços mais buscados (Giovanella *et al.*, 2007, p. S258-S260).

No plano específico da mobilidade para o parto, Ruseishvili (2021, p. 3) indica que os principais motivos das mulheres que se deslocam para dar à luz no exterior são a busca de melhores condições médicas e o acesso à cidadania para a criança e, eventualmente, para outros membros da família. A autora aponta, ainda, o acesso universal e gratuito à saúde pública, ao lado da dispensa de vistos e dos preços mais baixos da medicina privada, como fator que direciona essa mobilidade à América Latina (Ruseishvili, 2021, p. 9).

No caso das gestantes russas, a nacionalidade da criança parece ter peso predominante. Ruseishvili (2021, p. 1) aponta que a principal motivação dessas mulheres não é o parto em si, mas a obtenção do passaporte brasileiro para os filhos e, por meio dele, o acesso da família à nacionalidade, conclusão próxima da alcançada pela Polícia Federal (Amorim, 2023). Mesmo nesse caso, a universalidade do SUS integra as vantagens de ter o filho no Brasil.

Reconhecer o peso do SUS nessa escolha não altera a conclusão jurídica e, em certa medida, a reforça. A nacionalidade pelo nascimento e a universalidade da saúde são opções da própria

Constituição, e a universalidade que torna o sistema atrativo é a mesma que ela assegura a todos. Eventual resposta regulatória pertenceria, por isso, ao direito migratório, à proteção do consumidor e à fiscalização das agências intermediadoras, e não à limitação do acesso ao SUS.

O objetivo geral consiste em analisar, à luz dos direitos fundamentais, a juridicidade do acesso da gestante estrangeira não residente ao SUS, considerando a condição de brasileiro nato da criança nascida no território, e propor caminhos jurídicos de proteção e de não estigmatização das famílias. Os objetivos específicos são examinar o regime jurídico de acesso do estrangeiro não residente ao SUS e analisar a proteção jurídica do nascituro e da criança brasileira nata, com suas repercussões sobre o atendimento à gestante e a situação migratória da família.

Trata-se de pesquisa qualitativa, de natureza básica, com objetivos exploratório e descritivo, conduzida pelo método dedutivo. Os procedimentos são o bibliográfico; o documental, com exame da Constituição, de leis, decretos, projetos de lei, tratados internacionais, atos normativos estrangeiros e reportagens jornalísticas; e o jurisprudencial, restrito a acórdãos paradigma. As reportagens servem para registrar a existência e as características do fenômeno, pois não há dados oficiais sobre a entrada de gestantes estrangeiras no Brasil, e os serviços de saúde não registram a nacionalidade da mãe, apenas se ela é estrangeira (Por que [...], 2023).

No plano social, o trabalho justifica-se porque o fenômeno é recorrente e já produziu consequências concretas para crianças brasileiras quando tratado sob a ótica da suspeita. No plano jurídico, porque a experiência argentina mostra que respostas restritivas

podem assumir forma normativa, e há notícia de que, após a reforma, parte do fluxo se deslocou para o Brasil (Kir, 2026).

No plano científico, Ruseishvili (2021, p. 2) observa que o fenômeno chamado de "turismo de parto" ainda é pouco abordado pelo debate público e acadêmico no Brasil. Os estudos sobre o acesso de estrangeiros ao SUS concentram-se no estrangeiro que vive em cidades de fronteira (Giovanella *et al.*, 2007; Branco, 2013) ou no imigrante que se estabelece no país (Greco, 2022, p. 2; Real, 2018, p. 60), e Ferreira Lawand e Abud (2025, p. 290) comparam os modelos brasileiro e argentino de acesso de não residentes em geral. Este artigo soma-se a esses estudos ao examinar, de forma conjunta, o direito à saúde da gestante não residente e a proteção do nascituro que, nascendo no Brasil, será brasileiro nato.

Além desta introdução, o artigo organiza-se em três seções. A segunda examina o acesso da gestante estrangeira não residente ao SUS e as objeções aqui apresentadas, a partir de três perguntas: se a expressão "estrangeiros residentes no País", do art. 5º da Constituição, limita o direito à saúde a quem mora no Brasil; como a Lei Orgânica da Saúde e a Lei de Migração tratam o migrante e o visitante, e se a Constituição permite exigir seguro ou pagamento; e se a universalidade permite oferecer ao não residente apenas o atendimento de urgência, e onde se situam o pré-natal e o parto.

A terceira seção analisa a proteção do nascituro e do brasileiro nato, também a partir de três perguntas: qual o alcance da proteção jurídica do nascituro e se ela depende da nacionalidade ou da situação migratória da gestante; se o nascimento no território pode ter consequências diferentes conforme a motivação dos pais; e quais efeitos o nascimento de filho brasileiro produz sobre a situação

migratória dos pais e como se articulam com a universalidade da saúde na decisão de dar à luz no país. As considerações finais avaliam a hipótese e apresentam caminhos de proteção e de não estigmatização.

2. O ACESSO DA GESTANTE ESTRANGEIRA NÃO RESIDENTE AO SUS: UNIVERSALIDADE E TITULARIDADE DE DIREITOS FUNDAMENTAIS

Esta seção examina se a gestante estrangeira que não reside no Brasil tem direito de ser atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e em que condições. A subseção 2.1 responde à seguinte pergunta: a expressão "estrangeiros residentes no País", do *caput* do art. 5º da Constituição, limita o direito à saúde aos estrangeiros que moram no Brasil, ou a palavra "todos", empregada no art. 196, alcança também o estrangeiro não residente?

A subseção 2.2 responde a esta outra pergunta: como a Lei nº 8.080/1990, que organiza o SUS, e a Lei nº 13.445/2017, conhecida como Lei de Migração, tratam o acesso do migrante e do visitante aos serviços públicos de saúde, e a Constituição permite exigir do não residente seguro-saúde ou pagamento como condição de atendimento? A subseção 2.3 examina a seguinte pergunta: a universalidade permite oferecer ao não residente apenas o atendimento de urgência, e em qual categoria se enquadram o pré-natal e o parto? A subseção 2.4 enfrenta, na ordem da introdução, as objeções ao acesso.

2.1. A Titularidade do Direito à Saúde Pelo Estrangeiro Não Residente

O ponto de partida desta subseção é o *caput* do art. 5º da Constituição, que garante "aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País" a inviolabilidade dos direitos à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade (Brasil, 1988). Lido isoladamente, o dispositivo sugeriria que só quem reside no Brasil pode ser titular de direitos fundamentais. Real (2018, p. 49) reconhece que essa leitura literal poderia restringir aos residentes a igualdade de direitos, inclusive quanto à saúde, mas a rejeita como interpretação adequada da Constituição.

Essa leitura fundamentou um dos vetos à Lei de Migração, isto é, a recusa presidencial a um trecho do projeto aprovado pelo Congresso Nacional: o que definia o conceito de migrante (art. 1º, § 1º, I). Nas razões do veto, a Casa Civil sustentou que o conceito estenderia a todo estrangeiro, qualquer que fosse sua condição migratória, a igualdade com os nacionais, e que o art. 5º teria a residência no território como critério dessa igualdade (Brasil, 2017c).

O próprio *caput* do art. 5º, porém, começa por afirmar que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza. A Constituição tem por fundamento a dignidade da pessoa humana e por objetivo promover o bem de todos, sem preconceitos de origem (arts. 1º, III, e 3º, IV), e o § 2º do art. 5º estabelece que os direitos nela previstos não excluem outros decorrentes de tratados internacionais de que o Brasil faça parte (Brasil, 1988). O *caput* não funciona, portanto, como lista fechada de titulares de direitos fundamentais.

Por esse caminho, Real (2018, p. 75) conclui que a incorporação ao direito brasileiro, em 1992, do Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos e da Convenção Americana sobre Direitos Humanos estendeu a igualdade perante a lei aos estrangeiros não residentes.

Quanto à saúde, o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) reconhece o direito de toda pessoa ao mais elevado nível possível de saúde física e mental (art. 12, 1), a ser garantido sem discriminação por origem nacional ou por qualquer outra situação (art. 2º, 2) (Brasil, 1992a).

O Supremo Tribunal Federal (STF), por sua vez, afirmou que a falta de domicílio no Brasil não retira do estrangeiro a condição de sujeito de direitos. No Habeas Corpus 94.016/SP, a Segunda Turma assentou que "a condição jurídica de não-nacional do Brasil e a circunstância de o réu estrangeiro não possuir domicílio em nosso país não legitimam a adoção, contra tal acusado, de qualquer tratamento arbitrário ou discriminatório" (Brasil, 2008b), entendimento ao qual Real (2018, p. 59) recorre para contestar o veto ao conceito de migrante.

Embora o caso tratasse de garantias do processo penal, seu fundamento, a recusa de que a falta de domicílio exclua alguém da proteção dos direitos fundamentais, independe do tipo de direito em discussão: se nem o réu estrangeiro sem domicílio no Brasil pode receber tratamento discriminatório, com mais razão não o pode a gestante que procura um serviço público de saúde.

Em sentido aparentemente oposto, poderia ser lembrado o Tema 173 da repercussão geral, mecanismo pelo qual o STF fixa entendimento a ser aplicado a todos os casos semelhantes. Sua tese afirma que "os estrangeiros residentes no País são beneficiários da assistência social prevista no artigo 203, inciso V, da Constituição Federal, uma vez atendidos os requisitos constitucionais e legais" (Brasil, 2017d). A tese, todavia, responde à questão julgada, que

tratava de estrangeiros residentes, e afirma a inclusão desse grupo sem decidir pela exclusão dos demais.

Além disso, ela se refere a um benefício assistencial pago em dinheiro, e não ao acesso a serviços de saúde. O art. 203 da Constituição destina a assistência social "a quem dela necessitar", ao passo que o art. 196 qualifica a saúde como "direito de todos e dever do Estado", garantido por políticas que assegurem "acesso universal e igualitário" às ações e serviços (Brasil, 1988).

Para Ferreira Lawand e Abud (2025, p. 291), o uso da palavra "todos", em lugar de "cidadãos" ou "brasileiros", traduz uma opção deliberada pela universalidade, e Branco (2013, p. 44) já identificava nessa palavra o centro da divergência entre gestores de saúde e profissionais do direito sobre o atendimento a estrangeiros. Giovanella *et al.* (2007, p. S263), por sua vez, extraem da Constituição e da Lei nº 8.080/1990 que o direito universal à saúde deve ser garantido independentemente da nacionalidade.

A cláusula de residência do art. 5º funciona, portanto, como garantia de igualdade plena para quem reside no Brasil, e não como condição que exclua o estrangeiro não residente. Responde-se, assim, à pergunta que orienta esta subseção: a expressão "estrangeiros residentes no País", do *caput* do art. 5º, limita o direito à saúde aos estrangeiros que moram no Brasil? A resposta é negativa, pois a palavra "todos", do art. 196, alcança o estrangeiro ainda que ele não resida em território nacional.

2.2. O Regime Legal de Acesso: A Lei Orgânica da Saúde, a Lei de Migração e o Veto Ao § 4º do Art. 4º

Demonstrado o fundamento constitucional, esta subseção examina como as leis tratam o tema e se uma lei poderia exigir seguro-saúde ou pagamento como condição de atendimento. A Lei nº 8.080/1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, define a saúde como "direito fundamental do ser humano", atribui ao Estado o dever de assegurar acesso universal e igualitário às ações e serviços (art. 2º, *caput* e § 1º) e prevê, entre os princípios do SUS, a "universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência" e a "igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie" (art. 7º, I e IV) (Brasil, 1990c).

Nenhum desses dispositivos menciona nacionalidade, residência ou situação migratória como condição para o atendimento. Giovanella *et al.* (2007, p. S263) observam que a legislação de saúde não se refere especificamente ao acesso de estrangeiros, e Ferreira Lawand e Abud (2025, p. 296) registram a falta de norma que regule em detalhe o atendimento de não residentes, embora o conjunto do ordenamento aponte para o dever de prestá-lo. Para Greco (2022, p. 3), o acesso universal do art. 7º deve contemplar todas as pessoas, sem ressalva.

A Lei de Migração define imigrante como a pessoa de outra nacionalidade, ou sem nacionalidade alguma (apátrida), que trabalha ou reside e se estabelece temporária ou definitivamente no Brasil, e visitante como a que vem ao país para estadas de curta duração, sem pretensão de se estabelecer (art. 1º, § 1º, II e V) (Brasil, 2017b). A gestante que vem ao Brasil para dar à luz, sem propósito de fixar residência, enquadra-se, portanto, como visitante.

A lei adota como princípios a universalidade dos direitos humanos, o repúdio a quaisquer formas de discriminação e o acesso igualitário e

livre do migrante a serviços, programas e benefícios sociais (art. 3º, I, II e XI). O art. 4º garante ao migrante, em condição de igualdade com os nacionais, o "acesso a serviços públicos de saúde e de assistência social e à previdência social, nos termos da lei, sem discriminação em razão da nacionalidade e da condição migratória" (inciso VIII) (Brasil, 2017b).

O projeto aprovado pelo Congresso continha, no § 4º do mesmo art. 4º, uma regra que estendia ao visitante esses direitos, entre eles o acesso à saúde. O parágrafo foi vetado, por manifestação do Ministério da Fazenda, sob o fundamento de que a extensão "representaria pressões fiscais adicionais à União e aos demais entes nacionais", prejudicando a adequação das despesas ao limite de gastos previsto na Constituição (Brasil, 2017c).

Real (2018, p. 60) discorda do veto por entender que impedir o acesso de visitantes aos serviços públicos de saúde contraria a universalidade. As razões do veto permitem precisar essa crítica: diferentemente do veto ao conceito de migrante, fundado em uma interpretação do art. 5º da Constituição, o veto ao § 4º apoiou-se apenas em razões fiscais, sem afirmar que a Constituição proibiria o acesso do visitante. Retirou-se da lei uma extensão expressa de direitos, e não o direito constitucional que lhe servia de base.

O texto que permaneceu em vigor confirma esse ponto. O § 1º do art. 4º determina que os direitos e garantias previstos na lei sejam exercidos em observância ao disposto na Constituição, "independentemente da situação migratória, observado o disposto no § 4º deste artigo" (Brasil, 2017b). A remissão ao parágrafo vetado perdeu seu objeto, mas continuaram valendo a submissão da lei à

Constituição e a regra de que a situação migratória não interfere no exercício dos direitos.

O veto não converte, assim, o silêncio da lei em proibição. O acesso do visitante ao SUS apoia-se diretamente no art. 196 da Constituição e nos arts. 2º e 7º da Lei nº 8.080/1990, que não distinguem usuários por residência, e uma razão orçamentária, por relevante que seja para a gestão pública, não tem aptidão para reduzir, por meio do veto a um dispositivo legal, o alcance de um direito fundamental que a Constituição atribui a todos.

Resta saber se uma lei poderia condicionar o atendimento do não residente à apresentação de seguro-saúde ou ao pagamento. O Projeto de Lei (PL) nº 5.542/2013, que tornava obrigatória a aquisição de seguro-saúde pelos estrangeiros que ingressassem no país, foi arquivado em 31 de janeiro de 2019 (Brasil, 2013); sua justificativa, segundo Real (2018, p. 61), invocava a exigência do seguro por outros destinos internacionais e a reciprocidade entre Estados. O PL nº 5.179/2019, de mesma ementa, recebeu pareceres favoráveis, na forma de substitutivos (versões alternativas do texto original), das Comissões de Turismo (2021) e de Relações Exteriores e de Defesa Nacional (2024), e aguarda designação de relator na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (Brasil, 2019). Seu autor sustentou, segundo a Agência Câmara, que a proposta pretende proteger o sistema de saúde dos custos do atendimento de emergência a estrangeiros (Projeto [...], 2019).

Essas propostas pertencem ao direito migratório, pois tratam do seguro como condição para entrar no país, e não como requisito para ser atendido no SUS. Ainda que aprovadas, não alterariam o art. 196 da Constituição nem autorizariam a recusa de atendimento a

quem estivesse no país sem a cobertura exigida. Real (2018, p. 62), aliás, admite que a contratação de seguro pelos visitantes seja estimulada, mas considera excessivo transformá-la em exigência de entrada.

Já a exigência de seguro ou de pagamento como condição do próprio atendimento encontraria obstáculo direto na Constituição. O art. 196 assegura acesso "universal e igualitário", e a Lei nº 8.080/1990 proíbe privilégios de qualquer espécie na assistência (art. 7º, IV) e preserva a gratuidade das ações e serviços de saúde nos serviços públicos contratados (art. 43) (Brasil, 1990c). Condicionar o cuidado à capacidade de pagamento criaria, dentro do mesmo sistema, categorias de usuários separadas pela nacionalidade e pela residência.

O contraste com a Argentina ilustra o ponto. O decreto argentino apoiou a exigência de seguro ou de pagamento na premissa de que o acesso gratuito de quem não pretende se estabelecer no país não estaria amparado pela Constituição argentina (Argentina, 2025), em modelo que Ferreira Lawand e Abud (2025, p. 294-295) descrevem como fundado na restrição e na contrapartida financeira, em oposição ao brasileiro, baseado na universalidade e na igualdade de tratamento. Essa premissa não encontra correspondência no art. 196, de modo que uma regra que reservasse aos residentes o atendimento gratuito não poderia ser criada por lei comum, e menos ainda por ato do Poder Executivo.

Responde-se, assim, à pergunta que orienta esta subseção: como as Leis nº 8.080/1990 e nº 13.445/2017 tratam o acesso do migrante e do visitante ao SUS, e a Constituição permite exigir do não residente seguro ou pagamento? A Lei Orgânica da Saúde não distingue

usuários por nacionalidade ou residência; a Lei de Migração assegura expressamente o acesso ao migrante; e o acesso do visitante, cuja extensão expressa foi vetada, continua apoiado no art. 196 da Constituição e nos arts. 2º e 7º da Lei nº 8.080/1990. Não há base constitucional para condicionar esse acesso a seguro ou a pagamento, exigência que poderia, no máximo, ser discutida como condição de entrada no país.

2.3. Atendimento de Urgência e Atendimento Programado: O Lugar do Pré-Natal e do Parto

Esta subseção examina se a universalidade permite oferecer ao não residente apenas o atendimento de urgência e onde se situam, nessa distinção, o pré-natal e o parto. A pergunta surge da prática dos serviços: Branco (2013, p. 44) indagava se o atendimento devido ao estrangeiro que vive na fronteira se limitaria à urgência e à emergência ou alcançaria também as consultas eletivas, isto é, agendadas.

Na pesquisa de Giovanella *et al.* (2007, p. S256) com secretários municipais de saúde da fronteira, 70% afirmaram que todos os estrangeiros têm direito ao atendimento, mas em 28% dos municípios eles eram atendidos apenas em emergências, com indicação de retorno ao país de origem. A busca por parto foi apontada como frequente ou muito frequente por cerca de metade dos secretários que relataram demanda estrangeira, e a de pré-natal por 45% deles (Giovanella *et al.*, 2007, p. S258), e os gestores relataram prejuízos aos indicadores de pré-natal quando a gestante chega apenas no momento do parto (Giovanella *et al.*, 2007, p. S261).

No plano judicial, tornou-se referência o caso de Foz do Iguaçu, em que o Ministério Público Federal propôs ação civil pública, instrumento judicial de defesa de direitos coletivos, contra a restrição do atendimento a estrangeiros e a brasileiros residentes no Paraguai. Branco (2013, p. 46), com base em relato do procurador da República, registra que uma mulher chegou a dar à luz no banheiro de uma unidade de saúde por falta de atendimento, com posterior óbito da criança.

A sentença garantiu atendimento integral aos brasileiros e, aos que não comprovassem a nacionalidade brasileira, apenas o de urgência ou emergência (Branco, 2013, p. 46-47), divergindo do pedido ministerial, que alcançava todo estrangeiro presente no município (Branco; Antas Torronteguy, 2013, p. 939). Em 2009, a 4ª Turma do Tribunal Regional Federal da 4ª Região manteve a sentença e afirmou que o atendimento, nos casos de emergência ou urgência, aos que não comprovem a nacionalidade brasileira "caracteriza o pleno atendimento à norma constitucional garantidora do direito fundamental à saúde" (Brasil, 2009).

Trata-se do contra-argumento judicial mais relevante para esta pesquisa, mas três circunstâncias limitam seu alcance. A decisão é anterior à Lei de Migração e a seus princípios de universalidade dos direitos humanos e de repúdio a qualquer discriminação (art. 3º, I e II) (Brasil, 2017b). Ferreira Lawand e Abud (2025, p. 297) observam que o STF e o Superior Tribunal de Justiça ainda não firmaram entendimento de observância obrigatória sobre o tema, e relatam decisão do Tribunal Regional Federal da 1ª Região que assegurou a estrangeiro não residente, em visita ao país, transplante cardíaco pelo SUS (Ferreira Lawand; Abud, 2025, p. 297-298).

A resposta à pergunta exige partir do texto das normas. A Lei nº 8.080/1990 assegura a universalidade de acesso "em todos os níveis de assistência" e define a integralidade, isto é, o cuidado completo, como "conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos" (art. 7º, I e II) (Brasil, 1990c). A Constituição organiza o SUS segundo a diretriz do atendimento integral, "com prioridade para as atividades preventivas" (art. 198, II) (Brasil, 1988). Restringir o não residente à urgência inverte essa prioridade, pois lhe reserva apenas a etapa final do cuidado.

Isso não impede que o acesso seja organizado. O SUS estrutura-se em rede regionalizada e hierarquizada, isto é, distribuída por regiões e por níveis de complexidade (art. 198, *caput*) (Brasil, 1988), com critérios de atendimento aplicáveis a todos. A igualdade da assistência impede apenas que o critério seja a nacionalidade ou a residência: a diferenciação admitida decorre da necessidade de saúde.

No caso da gestação, a lei já definiu a natureza do cuidado devido. O art. 8º do Estatuto da Criança e do Adolescente assegura "às gestantes" atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério (período que se segue ao parto) e "atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde" (Brasil, 1990b). A Lei nº 11.634/2007 garante a toda gestante atendida pelo SUS a vinculação prévia à maternidade onde ocorrerá o parto, feita no momento da inscrição no programa de assistência pré-natal (art. 1º, § 1º) (Brasil, 2007).

Para o legislador, portanto, o pré-natal e o parto compõem um mesmo percurso de cuidado, contínuo. O pré-natal é atendimento programado, mas com finalidade preventiva, justamente o tipo de

atendimento que a Constituição manda priorizar. O parto é previsível quanto à época, porém não pode ser adiado quando começa, e a própria lei dos planos de saúde privados qualifica como urgência os atendimentos resultantes de complicações no processo gestacional (Lei nº 9.656/1998, art. 35-C, II) (Brasil, 1998). Por contraste, a resolução argentina, ao garantir o parto iminente sem mencionar o pré-natal (Argentina, 2026), assegura o momento final do cuidado e deixa sem garantia sua etapa preventiva, solução incompatível com o art. 198, II, da Constituição brasileira.

O direito internacional ratificado pelo Brasil aponta na mesma direção. O PIDESC determina que se conceda "proteção especial às mães por um período de tempo razoável antes e depois do parto" (art. 10, 2) e inclui, entre as medidas para assegurar o direito à saúde, a diminuição da mortinatalidade, isto é, dos nascimentos sem vida, e da mortalidade infantil (art. 12, 2, "a") (Brasil, 1992a). A Convenção sobre os Direitos da Criança obriga os Estados a assegurar às mães adequada assistência pré-natal e pós-natal (art. 24, 2, "d") (Brasil, 1990a). Nenhum desses dispositivos condiciona a proteção à residência da gestante.

Responde-se, assim, à pergunta que orienta esta subseção: o princípio da universalidade permite oferecer ao estrangeiro não residente apenas o atendimento de urgência, e em qual dessas categorias se enquadram o pré-natal e o parto? A universalidade admite organizar o acesso segundo a necessidade de saúde, mas não autoriza reservar ao não residente apenas a urgência. O pré-natal e o parto formam um percurso contínuo de cuidado, assegurado por lei às gestantes, que reúne prevenção programada e um evento que não pode ser adiado; restringi-los à urgência

significaria abandonar a prevenção que a Constituição manda priorizar.

2.4. As Objeções Ao Acesso: Financiamento, Capacidade Instalada, Agências Intermediadoras e Reciprocidade

Resta examinar, em sua versão mais forte e na ordem em que aparecem na introdução, as quatro objeções ao acesso de não residentes ao SUS, uma vez que o argumento textual baseado no art. 5º da Constituição já foi respondido na subseção 2.1.

A objeção financeira sustenta que o atendimento a pessoas que não integram de forma estável a comunidade que financia o sistema agravaria as restrições orçamentárias do SUS, e tem base documentada. Branco (2013, p. 44) mostrava que os repasses federais para a atenção básica são calculados pelo número de habitantes residentes, de modo que o atendimento a não residentes não é computado, e Giovanella *et al.* (2007, p. S260) registram que o financiamento foi a principal dificuldade apontada por 74% dos secretários municipais da fronteira.

A objeção ganha força porque o acesso universal e gratuito à saúde pública figura, como visto na introdução, entre os fatores que orientam a escolha do Brasil, tanto na procura de estrangeiros pelo SUS nas cidades de fronteira (Giovanella *et al.*, 2007, p. S259-S260) quanto na mobilidade de gestantes para a América Latina (Ruseishvili, 2021, p. 9). A preocupação com o custo do atendimento precisa, portanto, ser enfrentada em seus próprios termos.

A resposta já está esboçada no próprio ordenamento. A Lei nº 8.080/1990 determina que, nos estados e municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos de divisão

dos recursos sejam ponderados por outros indicadores de crescimento populacional (art. 35, § 2º) (Brasil, 1990c), dispositivo ao qual a Lei Complementar nº 141/2012 continua a remeter na divisão dos recursos da União (art. 17) (Brasil, 2012).

Branco (2013, p. 48-49, 51) sustenta que o registro do atendimento a estrangeiros permitiria medir a demanda e dar efetividade a essa ponderação, em vez de transformar o Cartão SUS em instrumento de restrição. Greco (2022, p. 2-3) adverte, ainda, que a imagem de um Estado com recursos escassos demais para atender não nacionais constitui entendimento falacioso, que alimenta a ideia de que o migrante estaria tomando a vez do brasileiro.

A advertência é pertinente porque a objeção financeira, dirigida às gestantes estrangeiras, tende a transformar um problema de gestão em suspeita sobre as pessoas atendidas. O problema existe, mas sua solução está na divisão dos recursos e na compensação entre os entes. Tampouco a influência da gratuidade sobre a escolha do Brasil altera essa conclusão, pois a gratuidade decorre da universalidade constitucional, e um atributo assegurado a todos não pode ser suprimido para um grupo apenas porque esse grupo também se beneficia dele.

Quanto à capacidade instalada, a eventual concentração da demanda em determinadas maternidades é questão de planejamento e de financiamento, a ser enfrentada pela identificação dos fluxos e pela adequação da rede. Giovanella *et al.* (2007, p. S264) relatam, a partir da experiência europeia, que a abertura do acesso entre países não produziu fluxos intensos de pacientes e veio acompanhada de mecanismos de compensação financeira entre os Estados.

A objeção relativa às agências intermediadoras, que oferecem pacotes nos quais o atendimento pelo SUS figura como parte do serviço vendido (Lucena, 2025), dirige-se à atividade econômica de terceiros, e não à gestante. Sua resposta pertence aos instrumentos de proteção do consumidor e de fiscalização dessa atividade, sem repercussão sobre o direito de acesso da gestante ao sistema público.

A objeção da reciprocidade foi invocada na justificativa do PL nº 5.542/2013 (Real, 2018, p. 61). O modelo brasileiro, contudo, baseia-se na dignidade da pessoa humana, e não na reciprocidade (Ferreira Lawand; Abud, 2025, p. 292), e os tratados de direitos humanos que asseguram o direito à saúde não subordinam a proteção ao tratamento que o país de origem dispensa aos brasileiros. A reciprocidade pode orientar acordos de cooperação e de compensação entre Estados, mas não serve de critério para negar atendimento a quem está no território brasileiro e precisa de cuidados.

Em síntese, a Constituição atribui o direito à saúde a todos; a legislação de saúde não distingue usuários por nacionalidade ou residência; o veto ao § 4º do art. 4º da Lei de Migração não afetou o fundamento constitucional do acesso do visitante; e a universalidade não permite reservar à gestante não residente apenas a urgência. As objeções apontam problemas reais, cujas soluções estão no planejamento, no financiamento, na regulação e na cooperação entre Estados. Esse regime ganha densidade adicional quando se considera que o cuidado pré-natal e obstétrico se dirige também ao nascituro, isto é, ao ser humano já concebido e ainda não nascido, que, nascendo no território, será brasileiro nato, questão examinada na seção seguinte.

3. O NASCITURO E O BRASILEIRO NATO: O DEVER ESTATAL DE PROTEÇÃO E SEUS REFLEXOS MIGRATÓRIOS

A seção anterior demonstrou que a gestante estrangeira não residente tem direito ao atendimento pré-natal e obstétrico pelo SUS em razão de sua própria condição de pessoa. Esta seção volta-se a quem está sendo gerado: o nascituro, que, nascendo no território, será brasileiro nato, fato que produz consequências jurídicas próprias, inclusive para a situação migratória da família.

A subseção 3.1 responde à seguinte pergunta: qual o alcance da proteção jurídica do nascituro no direito brasileiro, e essa proteção depende da nacionalidade ou da situação migratória da gestante? A subseção 3.2 responde a esta outra: qual a natureza do critério territorial de atribuição da nacionalidade adotado pelo art. 12, I, "a", da Constituição, e é juridicamente possível atribuir consequências diferentes ao nascimento no território conforme a motivação dos pais? A subseção 3.3 examina a seguinte pergunta: quais efeitos o nascimento de filho brasileiro produz sobre a situação migratória dos pais estrangeiros, e como esses efeitos se articulam com a universalidade do acesso à saúde na decisão de vir dar à luz no país?

Uma distinção acompanha toda a seção: durante a gestação, ainda não existe um brasileiro nato, mas um nascituro que, se nascer no território, o será. Essa distinção fortalece a tese deste artigo, pois a proteção do nascituro não depende da nacionalidade dos pais e, depois do nascimento, a criança é tão plenamente brasileira quanto qualquer outra.

3.1. A Proteção Jurídica do Nascituro e Sua Independência da Nacionalidade da Gestante

Esta subseção examina o alcance da proteção que o direito brasileiro confere ao nascituro e verifica se ela depende da nacionalidade ou da situação migratória da gestante. O Código Civil afirma que toda pessoa é capaz de direitos e deveres na ordem civil (art. 1º) e que "a personalidade civil da pessoa começa do nascimento com vida; mas a lei põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro" (art. 2º) (Brasil, 2002).

O Supremo Tribunal Federal, na Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 3.510/DF, afirmou que a Constituição "não dispõe sobre o início da vida humana ou o preciso instante em que ela começa", mas registrou que o direito previsto nas leis protege de modo variado cada etapa do desenvolvimento humano e que "os momentos da vida humana anteriores ao nascimento devem ser objeto de proteção pelo direito comum" (Brasil, 2008c).

O Superior Tribunal de Justiça (STJ) foi além. No Recurso Especial 1.415.727/SC, reconheceu ao nascituro a condição de titular de direitos e enumerou, entre os indicativos dessa condição no ordenamento, a especial proteção conferida à gestante por meio do atendimento pré-natal previsto no art. 8º do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), dispositivo que, nos termos do acórdão, "visa a garantir o direito à vida e à saúde do nascituro" (Brasil, 2014).

Os dois julgados partem de premissas teóricas distintas, mas convergem no ponto que interessa a este estudo: qualquer que seja a compreensão adotada sobre o início da personalidade, o direito brasileiro protege o nascituro, e o faz, em grande medida, por meio do cuidado com a gestante, especialmente do atendimento pré-natal e obstétrico.

A legislação confirma essa leitura. O ECA assegura à criança o direito à proteção da vida e da saúde mediante políticas sociais públicas "que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso" (art. 7º). O art. 8º garante "a todas as mulheres" o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e, "às gestantes", atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do SUS (Brasil, 1990b).

O mesmo artigo determina que a atenção primária à saúde faça a busca ativa da gestante que não iniciar ou que abandonar as consultas de pré-natal (art. 8º, § 9º) (Brasil, 1990b), isto é, impõe um dever de procurar a gestante, e não apenas de atendê-la quando ela chega ao serviço. Um sistema obrigado a buscar quem não iniciou o pré-natal dificilmente poderia, sem contradição, afastar a gestante que o procura por ser estrangeira ou por não residir no país.

A Lei nº 11.804/2008, por sua vez, disciplina os alimentos gravídicos, isto é, os valores destinados a cobrir as despesas adicionais da gravidez, "da concepção ao parto", como assistência médica, exames, internações, parto e medicamentos (art. 2º), convertidos em pensão alimentícia em favor da criança após o nascimento com vida (art. 6º, parágrafo único) (Brasil, 2008a). O custeio dos cuidados da gestação é tratado como forma de proteger quem vai nascer.

A própria Constituição reforça o vínculo entre a saúde da gestante e a da criança. O art. 227 atribui à família, à sociedade e ao Estado o dever de assegurar à criança, com absoluta prioridade, o direito à vida e à saúde, e o seu § 1º, I, determina a aplicação de percentual dos recursos públicos destinados à saúde "na assistência materno-

infantil" (Brasil, 1988), tratando a assistência à mãe e à criança como um campo único de proteção.

No plano internacional, a Convenção sobre os Direitos da Criança recorda, em seu preâmbulo, com apoio na Declaração dos Direitos da Criança, que a criança necessita de proteção e cuidados especiais, inclusive a devida proteção legal, "tanto antes quanto após seu nascimento" (Brasil, 1990a). A Convenção Americana sobre Direitos Humanos estabelece que o direito à vida "deve ser protegido pela lei e, em geral, desde o momento da concepção" (art. 4, 1) (Brasil, 1992b). Branco (2013, p. 49-50) recorre a esse dispositivo para sustentar que a negativa de atendimento a estrangeiros no SUS fere também os tratados firmados pelo Brasil: recusar o pré-natal à gestante estrangeira deixaria sem proteção o ser humano em desenvolvimento que o tratado manda proteger.

Nenhum dos textos examinados condiciona essa proteção à nacionalidade ou à situação migratória da gestante. O Código Civil refere-se ao nascituro sem qualificá-lo; o ECA dirige-se "a todas as mulheres" e "às gestantes"; e a Convenção Americana protege toda pessoa, definida como "todo ser humano" (art. 1, 2), reconhece em seu preâmbulo que os direitos essenciais do homem "não derivam do fato de ser ele nacional de determinado Estado" e obriga os Estados a garanti-los a toda pessoa sujeita à sua jurisdição, sem discriminação por origem nacional, nascimento ou qualquer outra condição social (art. 1, 1) (Brasil, 1992b).

Há, ainda, uma razão própria do problema estudado: o nascituro de uma gestante estrangeira que dá à luz no Brasil será, ao nascer, brasileiro nato. A futura nacionalidade não é condição da proteção, que existiria de qualquer modo, mas a reforça, pois o Estado que se

recusasse a cuidar da gestação deixaria de cuidar de um de seus futuros nacionais.

Responde-se, assim, à pergunta que orienta esta subseção: qual o alcance da proteção jurídica do nascituro no direito brasileiro, e essa proteção depende da nacionalidade ou da situação migratória da gestante? O direito brasileiro protege o nascituro desde a concepção e concretiza essa proteção, sobretudo, por meio da atenção à gestante, em especial do pré-natal e do parto, sem condicioná-la à nacionalidade ou à situação migratória da mãe; a futura condição de brasileiro nato apenas a reforça.

3.2. O Critério Territorial da Nacionalidade e a Irrelevância da Motivação dos Pais

Esta subseção examina a natureza do critério de atribuição da nacionalidade adotado pelo art. 12, I, "a", da Constituição e se a motivação dos pais poderia alterar as consequências do nascimento, como sugere a designação "turismo de parto" ao tratar o nascimento planejado como merecedor de tratamento diverso.

Os ordenamentos jurídicos costumam combinar dois critérios de atribuição da nacionalidade originária, isto é, aquela que a pessoa adquire ao nascer: o *jus soli*, ou critério do solo, que considera nacional quem nasce no território do Estado, e o *jus sanguinis*, ou critério do sangue, que considera nacional o filho de nacionais (Oliveira; Martin, 2016, p. 9-10). Essa nacionalidade se estabelece por fatores alheios à vontade da pessoa, pois decorre das circunstâncias de seu nascimento (Oliveira; Martin, 2016, p. 10).

Os mesmos autores associam o *jus soli* aos países de imigração, que o adotam para que os filhos dos imigrantes criem vínculo com o

novo Estado (Oliveira; Martin, 2016, p. 10). No mesmo sentido, Giovanella *et al.* (2007, p. S252) indicam que o critério territorial favorece a inclusão de migrantes e estrangeiros, e Ruseishvili (2021, p. 3) registra que a nacionalidade pelo lugar de nascimento é mais comum nos países da América, cuja formação nacional foi marcada pela grande imigração do século XIX.

A Constituição adota o critério territorial como regra principal: são brasileiros natos "os nascidos na República Federativa do Brasil, ainda que de pais estrangeiros, desde que estes não estejam a serviço de seu país" (art. 12, I, "a") (Brasil, 1988). Oliveira e Martin (2016, p. 12) destacam que o Brasil dá primazia ao *jus soli*, embora também admita o *jus sanguinis*, sem hierarquia entre os dois critérios, e que a única restrição se refere aos filhos de estrangeiros a serviço de seu país, sem limites para os filhos de imigrantes não autorizados, indocumentados ou em outras situações problemáticas.

A única circunstância relativa aos pais que a Constituição considera é, portanto, o exercício de função a serviço de Estado estrangeiro, e não os motivos da viagem, a duração da estada ou a intenção de permanecer. Pode-se objetar, em versão mais forte, que o critério territorial foi concebido para integrar filhos de imigrantes que se estabelecem no país, e que o nascimento de filhos de não residentes, que logo partem, produziria nacionalidade sem vínculo efetivo com a comunidade nacional.

A objeção não encontra apoio no texto constitucional. Quando quis exigir residência ou vínculo duradouro, a Constituição o fez expressamente: para os nascidos no estrangeiro, filhos de pai ou mãe brasileiros, exigiu registro em repartição brasileira competente ou residência no Brasil seguida de opção pela nacionalidade (art. 12,

I, "c"); para a naturalização, exigiu residência por prazos determinados (art. 12, II) (Brasil, 1988). Para os nascidos no território, exigiu apenas o nascimento e a ausência de pais a serviço de outro Estado, de modo que a razão histórica do critério não se converte em requisito que o texto não prevê.

Essa conclusão é reforçada pelo § 2º do art. 12, segundo o qual "a lei não poderá estabelecer distinção entre brasileiros natos e naturalizados, salvo nos casos previstos nesta Constituição" (Brasil, 1988). Se nem mesmo entre natos e naturalizados a lei pode criar diferenças fora das hipóteses constitucionais, com mais razão não poderia criar categorias diferentes de brasileiros natos conforme a motivação de seus pais.

Também a perda da nacionalidade é disciplinada de modo completo pela Constituição. Desde a Emenda Constitucional nº 131/2023, o brasileiro só a perde se tiver cancelada sua naturalização, nas hipóteses que o texto indica, ou se fizer pedido expresso perante autoridade brasileira competente, ressalvadas as situações que acarretem apatridia (art. 12, § 4º) (Brasil, 1988). Para o brasileiro nato, a nacionalidade só se perde por vontade própria, nunca por decisão estatal fundada nos motivos dos pais.

O direito internacional aponta na mesma direção. A Convenção Americana assegura a toda pessoa o direito à nacionalidade do Estado em cujo território houver nascido, se não tiver direito a outra, e proíbe a privação arbitrária da nacionalidade (art. 20, 2 e 3) (Brasil, 1992b). A Convenção sobre os Direitos da Criança garante à criança o direito de ser registrada imediatamente após o nascimento e de ter, desde então, um nome e uma nacionalidade, bem como o de

preservar sua identidade, inclusive a nacionalidade (arts. 7 e 8) (Brasil, 1990a).

Mais decisivo é o art. 2, 2, da mesma Convenção, que obriga os Estados a proteger a criança "contra toda forma de discriminação ou castigo por causa da condição, das atividades, das opiniões manifestadas ou das crenças de seus pais" (Brasil, 1990a). Atribuir à criança nascida no Brasil condição jurídica inferior em razão da decisão de seus pais de virem dar à luz no país seria impor-lhe uma consequência negativa por causa das atividades dos pais, o que contraria também o dever constitucional de colocá-la a salvo de toda forma de discriminação (art. 227) (Brasil, 1988).

A experiência estrangeira mostra o que está em jogo. Ruseishvili (2021, p. 3-4) relata que, nos Estados Unidos, setores do debate político propuseram restringir vistos a gestantes e até modificar a regra constitucional de cidadania pelo nascimento, e que a expressão "bebês-âncora", qualificada pela autora como depreciativa, passou a estigmatizar crianças como estratégia de regularização migratória das famílias. No Canadá, as mulheres que se deslocam para dar à luz e seus filhos passaram a ser estigmatizados como contraventores, em retórica fundada na ideia de merecimento (Ruseishvili, 2021, p. 4-5).

No Brasil, o episódio de Florianópolis mostra que a suspeita sobre os motivos de famílias estrangeiras chegou a afastar um recém-nascido brasileiro de seus pais. Ruseishvili (2021, p. 2) registra que as famílias foram acusadas de negligência por terem vindo ao Brasil no sétimo mês de gestação sem rede de apoio na cidade, e que a criança só foi devolvida após *habeas corpus* impetrado pela Defensoria Pública estadual.

A dificuldade aparece também na rotina dos serviços: Giovanella *et al.* (2007, p. S263) relatam que parte dos secretários municipais de saúde considerava estrangeiros filhos de estrangeiros nascidos no Brasil que não tinham documentação brasileira por insuficiência de renda familiar. Por isso, o registro de nascimento assume papel central. Oliveira e Martin (2016, p. 15-18) sustentam que o registro é direito fundamental, porta de acesso a outros direitos, como saúde e educação, e que não pode ser negado em razão da situação migratória ou documental dos pais, pois nenhuma condição atrelada aos progenitores pode restringir o direito fundamental da criança.

Responde-se, assim, à pergunta que orienta esta subseção: qual a natureza do critério territorial adotado pelo art. 12, I, "a", da Constituição, e é juridicamente possível atribuir consequências diferentes ao nascimento no território conforme a motivação dos pais? O critério territorial atribui a nacionalidade originária a partir de um fato objetivo, o nascimento no território, com uma única exceção, relativa aos pais a serviço de Estado estrangeiro. A motivação dos pais é juridicamente irrelevante, pois a Constituição não a considera, veda distinções entre brasileiros fora dos casos que prevê e disciplina de modo completo a perda da nacionalidade, e os tratados ratificados pelo Brasil proíbem que a criança seja discriminada pelas atividades de seus pais. A criança nascida no Brasil de mãe estrangeira não residente é brasileira nata, em plena igualdade com qualquer outra.

3.3. Os Efeitos Migratórios do Nascimento e Sua Articulação com o Acesso à Saúde

Esta subseção examina quais efeitos o nascimento de filho brasileiro produz sobre a situação migratória dos pais estrangeiros e como esses efeitos se articulam com a universalidade do acesso à saúde. A Lei de Migração adota como princípio a garantia do direito à reunião familiar (art. 3º, VIII) e assegura ao migrante o direito à reunião com seu cônjuge ou companheiro, seus filhos, familiares e dependentes (art. 4º, III) (Brasil, 2017b).

A autorização de residência, isto é, o ato que permite ao estrangeiro morar regularmente no Brasil, pode ser concedida ao imigrante, ao residente fronteiriço "ou ao visitante" que se enquadre em uma das hipóteses legais, entre as quais a reunião familiar (art. 30, I, "i"), e pode sê-lo independentemente da situação migratória (art. 31, § 5º). O art. 37 prevê a concessão de visto ou de autorização de residência para reunião familiar, entre outros, ao imigrante "que tenha filho brasileiro" (inciso II) (Brasil, 2017b).

O Decreto nº 9.199/2017, que regulamenta a Lei de Migração, explicita essas hipóteses. Seu art. 153, III, prevê a autorização de residência para reunião familiar ao imigrante "que tenha filho brasileiro", e o art. 45, III, prevê, na mesma hipótese, o visto temporário para esse fim. O art. 123 permite que o visitante requeira autorização de residência no território nacional, a qual poderá ser concedida "independentemente da situação migratória", desde que cumpridos os requisitos da modalidade pretendida (Brasil, 2017a).

Em termos práticos, a gestante que ingressa no país como visitante e dá à luz no Brasil passa a ter um filho brasileiro e, com isso, base legal para requerer, sem deixar o território, a autorização de residência por reunião familiar, base que alcança também o outro genitor. Real (2018, p. 63-64) destaca que a Lei de Migração prevê

essa modalidade sem discriminação, embora critique exigências do regulamento, como a entrevista presencial, que podem dificultar sua concessão.

O nascimento repercute também na naturalização, isto é, na aquisição da nacionalidade brasileira por quem não a tem desde o nascimento. A naturalização ordinária exige, entre outras condições, residência no Brasil pelo prazo mínimo de quatro anos (art. 65, II), reduzido para, no mínimo, um ano se o naturalizando tiver filho brasileiro (art. 66, II) (Brasil, 2017b). O filho brasileiro abre, assim, um caminho mais curto para que os próprios pais venham a se tornar brasileiros.

A lei protege a convivência entre o genitor estrangeiro e o filho brasileiro até mesmo diante da expulsão, medida excepcional de retirada compulsória do estrangeiro do território, que não guarda relação com as famílias aqui estudadas, mas revela o peso atribuído a esse vínculo. O art. 55, II, "a", veda a expulsão de quem tiver filho brasileiro sob sua guarda ou dependência econômica ou socioafetiva (Brasil, 2017b), e o STJ aplicou essa regra ao considerar inviável a expulsão de estrangeiro visitante, pai de criança brasileira sob sua dependência socioafetiva, com fundamento também na prioridade absoluta assegurada à criança pelo art. 227 da Constituição (Brasil, 2021).

A Convenção sobre os Direitos da Criança, por sua vez, determina que a criança não seja separada dos pais contra a vontade destes, salvo quando necessário ao seu interesse maior, e que os pedidos de reunião familiar sejam atendidos de forma positiva, humanitária e rápida (arts. 9, 1, e 10, 1) (Brasil, 1990a).

Esses efeitos ajudam a compreender o peso da nacionalidade da criança no caso das gestantes russas. Ruseishvili (2021, p. 1) aponta que a principal motivação dessas mulheres é a obtenção do passaporte brasileiro para os filhos e, por meio dele, o acesso da família à nacionalidade, associando esse objetivo à dispensa de vistos que o passaporte brasileiro proporciona para muitos países do Norte global. A autora compreende a mobilidade para o parto como forma de ampliar a liberdade de movimento dos filhos e das famílias, em um quadro no qual as diferentes cidadanias conferem capacidades desiguais de deslocamento (Ruseishvili, 2021, p. 8-10).

O acesso à saúde, porém, também integra essa decisão. A mesma autora indica como principais motivos das mulheres que se deslocam para dar à luz no exterior a busca de melhores condições médicas e o acesso à cidadania para a criança (Ruseishvili, 2021, p. 3), e aponta o acesso universal e gratuito à saúde pública como fator que direciona essa mobilidade para a América Latina (Ruseishvili, 2021, p. 9).

Os dois fatores aparecem articulados também nas cidades de fronteira, com outra lógica. Branco (2013, p. 42) registra que, em diversas cidades-gêmeas, é cada vez mais comum que nacionais da cidade estrangeira vizinha queiram ter seus filhos do lado brasileiro para garantir o atendimento posterior, e Giovanella *et al.* (2007, p. S261) relatam que bebês de mães que vêm ao Brasil para o parto hospitalar podem ser registrados como brasileiros e depois retornar ao país de origem.

Chega-se, assim, à articulação anunciada na hipótese. No quadro geral, o acesso universal ao SUS figura entre os principais fatores da procura de estrangeiros pelo sistema; no caso das gestantes russas,

a nacionalidade da criança e seus efeitos migratórios têm peso predominante, sem que a saúde deixe de compor a escolha. Ambos decorrem de opções da própria Constituição: a universalidade da saúde (art. 196), a nacionalidade pelo nascimento no território (art. 12, I, "a") e a especial proteção da família (art. 226) e da convivência familiar da criança (art. 227), que os efeitos migratórios do nascimento concretizam na Lei de Migração (Brasil, 1988).

Reconhecer que o SUS integra os motivos dessa escolha não a converte em desvio, pois a universalidade que torna o sistema atrativo é a mesma que a Constituição assegura a todos, e o filho que nasce dessa escolha é brasileiro nato. Eventuais problemas, como a atuação comercial das agências intermediadoras, pertencem ao direito migratório, à proteção do consumidor e à fiscalização dessa atividade.

Responde-se, assim, à pergunta que orienta esta subseção: quais efeitos o nascimento de filho brasileiro produz sobre a situação migratória dos pais estrangeiros, e como esses efeitos se articulam com a universalidade do acesso à saúde na decisão de vir dar à luz no país? O nascimento de filho brasileiro permite aos pais obter autorização de residência por reunião familiar, inclusive a partir da condição de visitante, reduz o prazo de residência exigido para a naturalização e protege a convivência familiar até mesmo contra a expulsão. Esses efeitos explicam o peso predominante da nacionalidade no caso das gestantes russas, ao lado do acesso universal à saúde, que integra os motivos da escolha; ambos decorrem de opções constitucionais legítimas.

Em síntese, o direito brasileiro protege o nascituro independentemente da nacionalidade da gestante, por meio do

pré-natal e do parto; a criança nascida no território é brasileira nata, qualquer que seja a motivação dos pais; e os efeitos migratórios do nascimento, somados à universalidade da saúde, explicam a escolha do Brasil sem retirar dela sua legitimidade. O atendimento à gestante estrangeira não residente revela-se, assim, um dever estatal que se dirige, ao mesmo tempo, à mulher e ao futuro brasileiro que ela carrega.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo partiu do seguinte problema: em que medida o ordenamento jurídico brasileiro admite restringir ou condicionar o atendimento pré-natal e obstétrico pelo Sistema Único de Saúde (SUS) à gestante estrangeira não residente, considerando que a criança nascida em território nacional será brasileira nata? Para respondê-lo, examinaram-se o regime de acesso do estrangeiro não residente ao SUS e a proteção jurídica do nascituro e da criança brasileira nata, com seus reflexos sobre a situação migratória da família.

Quanto ao primeiro objetivo específico, a Seção 2 demonstrou que a expressão "estrangeiros residentes no País", do *caput* do art. 5º da Constituição, não limita o direito à saúde a quem mora no Brasil, pois a palavra "todos", do art. 196, alcança também o não residente; que a Lei Orgânica da Saúde não distingue usuários por nacionalidade ou residência; e que o veto ao § 4º do art. 4º da Lei de Migração retirou uma extensão legal expressa ao visitante, sem afetar o fundamento constitucional de seu acesso ao SUS.

A mesma seção concluiu que não há base constitucional para condicionar ao seguro ou ao pagamento o atendimento de quem já

se encontra no território e que a universalidade não permite reservar ao não residente apenas o atendimento de urgência. O pré-natal e o parto formam um percurso contínuo de cuidado, assegurado por lei às gestantes, e restringi-lo à urgência significaria abandonar justamente a prevenção que a Constituição manda priorizar (art. 198, II).

Quanto ao segundo objetivo específico, a Seção 3 demonstrou que o direito brasileiro protege o nascituro desde a concepção, sobretudo por meio da atenção à gestante, sem condicionar essa proteção à nacionalidade ou à situação migratória da mãe, e que o critério territorial do art. 12, I, "a", atribui a nacionalidade a partir de um fato objetivo, o nascimento no território, de modo que a motivação dos pais não pode gerar consequências diferentes para a criança. Mostrou, ainda, que o nascimento de filho brasileiro permite aos pais obter autorização de residência por reunião familiar, reduz o prazo exigido para a naturalização e protege a convivência familiar até mesmo contra a expulsão.

Diante dessas respostas, a hipótese confirma-se em seu núcleo: o ordenamento jurídico brasileiro não admite restringir ou condicionar o atendimento pré-natal e obstétrico da gestante estrangeira não residente. A universalidade do direito à saúde, a titularidade de direitos fundamentais por estrangeiros, a proteção do nascituro e a prioridade absoluta assegurada à criança convergem para fazer desse atendimento um dever estatal que se dirige, ao mesmo tempo, à mulher e ao futuro brasileiro que ela carrega.

A parte da hipótese relativa às razões da escolha do Brasil confirma-se de modo matizado. A universalidade do SUS mostrou-se, no quadro geral da procura de estrangeiros pelo sistema, um dos

principais fatores, mas não o único: a decisão de dar à luz no Brasil resulta também da nacionalidade da criança e de seus efeitos migratórios, das condições do atendimento obstétrico e da realidade vivida pela família em seu país de origem.

O peso de cada fator varia conforme a origem e a situação dessas famílias. No caso das gestantes russas, a nacionalidade da criança mostrou-se predominante, sem que a saúde deixasse de compor a escolha; nas cidades de fronteira, o parto do lado brasileiro associa-se também à busca de atendimento futuro para a criança. Quaisquer que sejam os motivos predominantes, todos se apoiam em opções da própria Constituição: a universalidade da saúde, a nacionalidade pelo nascimento no território e a especial proteção da família e da criança. Reconhecer o papel do SUS nessa escolha não a converte em desvio.

O estudo evidenciou, ainda, que o risco mais grave associado ao tema está no estigma que pode recair sobre as gestantes e seus filhos. Designações como "turismo de parto" atribuem a eles uma suspeita alheia à condição jurídica do recém-nascido, brasileiro nato por força da Constituição, e o episódio de Florianópolis mostrou que essa suspeita pode separar, ainda que temporariamente, uma criança brasileira de seus pais. A experiência de outros países, relatada por Ruseishvili (2021, p. 3-5), indica que esse estigma tende a produzir categorias de crianças tratadas como menos legítimas, efeito vedado pela Constituição e pelos tratados ratificados pelo Brasil.

Da análise decorrem alguns caminhos jurídicos de proteção e de não estigmatização. O primeiro, e prioritário, é o acolhimento da gestante estrangeira na atenção pré-natal e obstétrica sem

condicionantes migratórias. A eventual verificação da situação migratória não pode anteceder nem condicionar o cuidado, sob pena de inverter a ordem de valores estabelecida pelos arts. 196 e 227 da Constituição (Brasil, 1988).

O segundo diz respeito às agências intermediadoras. É essencial distinguir a família que decide ter o filho no Brasil de quem transforma essa decisão em negócio. A comercialização, como produto, do acesso a um serviço público gratuito e da própria condição de brasileiro nato é eticamente reprovável, pois converte direitos fundamentais em fonte de lucro privado. Onde houver oferta enganosa, promessa de vantagens que o ordenamento não assegura ou prática que induza essas famílias a erro, a conduta poderá configurar ilícito, a ser apurado pelos órgãos de defesa do consumidor e de fiscalização da atividade, sem repercussão sobre o direito da gestante ao atendimento.

As propostas que pretendem exigir seguro-saúde dos estrangeiros que ingressam no país, ainda que situadas no direito migratório, tendem a criar categorias de titulares dos mesmos direitos fundamentais separadas pela capacidade de pagamento, e a obrigatoriedade do seguro mostra-se medida excessiva, como já apontava Real (2018, p. 62). O Congresso Nacional tem legitimidade para debater o tema, desde que o debate seja orientado pela garantia de direitos.

O terceiro caminho é a produção de dados oficiais. Como registrado na introdução, não há dados oficiais sobre a entrada de gestantes estrangeiras no Brasil, e os serviços de saúde não registram a nacionalidade da mãe (Por que [...], 2023). O registro dos atendimentos prestados a estrangeiros permitiria medir a demanda,

planejar a rede e dar efetividade aos mecanismos de ponderação e de compensação financeira previstos na legislação, sem transformar o cadastro em instrumento de restrição (Branco, 2013, p. 48-49, 51). A informação produzida de forma técnica, sem identificação pejorativa dessas famílias, é também o meio mais adequado para afastar leituras estigmatizantes baseadas em episódios isolados.

O quarto caminho é a comunicação institucional. Os órgãos de saúde, de migração e de justiça devem referir-se a essas famílias como titulares de direitos, evitando designações que antecipem um juízo de reprovação e reproduzam o estigma examinado neste estudo.

A comparação com a Argentina reforça essas conclusões. O *Decreto de Necesidad y Urgencia* nº 366/2025 e a Resolução nº 1066/2026 representam uma resposta predominantemente financeira, incompatível com a universalidade do direito à saúde adotada pela Constituição brasileira e com a igualdade de acesso que estrutura o SUS. A mobilidade de gestantes estrangeiras envolve também as relações internacionais, o direito migratório, os direitos humanos e a proteção de crianças brasileiras, e as respostas adequadas passam pela cooperação entre Estados, inclusive por mecanismos de compensação financeira como os relatados por Giovanella *et al.* (2007, p. S264) na experiência europeia.

Quanto aos limites, a pesquisa adotou perspectiva predominantemente jurídica, apoiada em análise normativa, jurisprudencial e bibliográfica, e não mensurou a ocorrência do fenômeno. As reportagens utilizadas serviram para registrar sua existência e tratam sobretudo de gestantes russas, e os motivos das

famílias foram examinados a partir dos trabalhos científicos disponíveis, sem escuta direta das gestantes.

Abrem-se, a partir daí, agendas de pesquisa. Estudos baseados em dados poderão dimensionar o fenômeno e seus efeitos sobre a rede; análises comparadas poderão examinar soluções de outros países e mecanismos de cooperação internacional; e investigações qualitativas poderão aprofundar os motivos das famílias conforme sua origem. Merece atenção especial a situação das gestantes migrantes em regiões de fronteira. O tema pede, ainda, abordagem multidisciplinar, que some a este estudo a perspectiva dos profissionais de saúde que acolhem essas gestantes e dos gestores que planejam e financiam a rede.

A gestante estrangeira que dá à luz no Brasil encontra um país cuja Constituição assegura a saúde a todos e reconhece como brasileiro quem nasce em seu território. Garantir-lhe o cuidado, sem suspeita e sem condicionantes, é dar efetividade a essas escolhas constitucionais e proteger, desde antes do nascimento, uma criança brasileira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMORIM, Luana. Guerra na Ucrânia estimula turismo de parto de mulheres russas em Santa Catarina. **NSC Total,** Florianópolis, 28 mar. 2023. Disponível em: https://www.nsctotal.com.br/saude/guerra-na-ucrania-estimula-turismo-de-parto-de-mulheres-russas-em-santa-catarina. Acesso em: 2 nov. 2026.

ARGENTINA. Decreto de Necesidad y Urgencia nº 366, de 28 de mayo de 2025. Modificación de la Ley de Migraciones nº 25.871 y la Ley de Ciudadanía nº 346. **Boletín Oficial de la República**

Argentina, Buenos Aires, 29 mayo 2025. Disponível em: https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-366-2025-413297/texto. Acesso em: 2 nov. 2026.

ARGENTINA. Ministerio de Salud. Resolución nº 1066, de 10 de agosto de 2026 (RESOL-2026-1066-APN-MS). Aprueba el Procedimiento operativo para la atención sanitaria de personas extranjeras en los establecimientos sanitarios administrados por el Estado Nacional. **Boletín Oficial de la República Argentina,** Buenos Aires, n. 35968, p. 20, 11 ago. 2026. Disponível em: https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/norma-428778/texto. Acesso em: 7 nov. 2026.

BRANCO, Marisa Lucena; ANTAS TORRONTEGUY, Marco Aurélio. O SUS na fronteira e o Direito: em que medida o estrangeiro tem direito ao SUS. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário,** Brasília, DF, v. 2, n. 2, p. 932-945, jul./dez. 2013. DOI: 10.17566/ciads.v2i2.133. Disponível em: https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/133. Acesso em: 2 nov. 2026.

BRANCO, Marisa Lucena. Saúde nas fronteiras: o direito do estrangeiro ao SUS. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário,** Brasília, DF, v. 2, n. 1, p. 40-54, jan./jul. 2013. DOI: 10.17566/ciads.v2i1.29. Disponível em: https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/29. Acesso em: 2 nov. 2026.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Texto atualizado até a Emenda Constitucional nº 141/2026. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, [2026]. Disponível em:

https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/constituicao1988. Acesso em: 2 nov. 2026.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 5.179, de 2019.** Torna obrigatória a aquisição de seguro-saúde pelos estrangeiros que ingressarem no País, nas condições que especifica. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2019. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2221428. Acesso em: 3 nov. 2026.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 5.542, de 2013.** Torna obrigatória a aquisição de seguro-saúde pelos estrangeiros que ingressarem no País, nas condições que especifica. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2013. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=576277. Acesso em: 3 nov. 2026.

BRASIL. Decreto nº 591, de 6 de julho de 1992. Atos Internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Promulgação. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, 7 jul. 1992a. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1992/decreto-591-6-julho-1992-449000-publicacaooriginal-1-pe.html. Acesso em: 3 nov. 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), de 22 de novembro de 1969. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, p. 15562, 9 nov. 1992b. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1992/decreto-678-6-

novembro-1992-449028-publicacaooriginal-1-pe.html. Acesso em: 7 nov. 2026.

BRASIL. Decreto nº 9.199, de 20 de novembro de 2017. Regulamenta a Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017, que institui a Lei de Migração. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, p. 1, 21 nov. 2017a. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2017/decreto-9199-20-novembro-2017-785772-normaatualizada-pe.html. Acesso em: 7 nov. 2026.

BRASIL. Decreto nº 99.710, de 21 de novembro de 1990. Promulga a Convenção sobre os Direitos da Criança. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, 22 nov. 1990a. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1990/decreto-99710-21-novembro-1990-342735-publicacaooriginal-1-pe.html. Acesso em: 2 nov. 2026.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde [...]. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, 16 jan. 2012. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/leicom/2012/leicomplementar-141-13-janeiro-2012-612270-norma-pl.html. Acesso em: 3 nov. 2026.

BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, p. 1, 11 jan. 2002. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2002/lei-

10406-10-janeiro-2002-432893-publicacaooriginal-1-pl.html. Acesso em: 7 nov. 2026.

BRASIL. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, p. 2, 28 dez. 2007. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2007/lei-11634-27-dezembro-2007-567635-norma-pl.html. Acesso em: 3 nov. 2026.

BRASIL. Lei nº 11.804, de 5 de novembro de 2008. Disciplina o direito a alimentos gravídicos e a forma como ele será exercido e dá outras providências. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, p. 2, 6 nov. 2008a. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2008/lei-11804-5-novembro-2008-583181-publicacaooriginal-106007-pl.html. Acesso em: 7 nov. 2026.

BRASIL. Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017. Institui a Lei de Migração. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, p. 1, 25 maio 2017b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13445.htm. Acesso em: 12 nov. 2026.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, 16 jul. 1990b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069compilado.htm. Acesso em: 3 nov. 2026.

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. 1990c. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-publicacaooriginal-1-pl.html. Acesso em: 3 nov. 2026.

BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, 4 jun. 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm. Acesso em: 3 nov. 2026.

BRASIL. Presidência da República. Mensagem nº 163, de 24 de maio de 2017. [Razões do veto parcial ao Projeto de Lei do Senado nº 288, de 2013, que institui a Lei de Migração]. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, p. 12, 25 maio 2017c. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2017/lei-13445-24-maio-2017-784925-veto-152813-pl.html. Acesso em: 3 nov. 2026.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (1. Seção). **Habeas Corpus nº 666.247/DF.** Relator: Min. Sérgio Kukina, 10 de novembro de 2021. Diário da Justiça Eletrônico, Brasília, DF, 18 nov. 2021. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/jurisprudencia/externo/informativo/?acao=pesquisarumaedicao&livre=%270719%27.cod. Acesso em: 7 nov. 2026.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (4. Turma). **Recurso Especial nº 1.415.727/SC.** Relator: Min. Luis Felipe Salomão, 4 de setembro de 2014. Diário da Justiça Eletrônico, Brasília, DF, 29 set. 2014. Disponível em: https://www.stj.jus.br/websecstj/cgi/revista/REJ.cgi/ITA?seq=1346306&tipo=0&nreg=201303604913&SeqCgrmaSessao=&CodO

rgaoJgdr=&dt=20140929&formato=HTML&salvar=false. Acesso em: 7 nov. 2026.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (2. Turma). **Habeas Corpus nº 94.016/SP.** Relator: Min. Celso de Mello, 16 de setembro de 2008b. Diário da Justiça Eletrônico, Brasília, DF, 27 fev. 2009. Disponível em: https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/stf/14718206. Acesso em: 7 nov. 2026.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (Tribunal Pleno). **Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 3.510/DF.** Relator: Min. Ayres Britto, 29 de maio de 2008c. Diário da Justiça Eletrônico, Brasília, DF, n. 96, 28 maio 2010. Disponível em: https://www.stf.jus.br/arquivo/djEletronico/DJE_20100527_096.pdf. Acesso em: 7 nov. 2026.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (Tribunal Pleno). **Recurso Extraordinário nº 587.970/SP.** Tema 173 da repercussão geral. Relator: Min. Marco Aurélio, 20 abr. 2017d. Disponível em: https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?classeProcesso=RE&incidente=2621386&numeroProcesso=587970&numeroTema=173. Acesso em: 7 nov. 2026.

BRASIL. Tribunal Regional Federal (4. Região). 4. Turma. **Apelação/Reexame Necessário nº 2006.70.02.007108-9/PR.** Relator: Juiz Federal Sérgio Renato Tejada Garcia, 9 de dezembro de 2009. Boletim Jurídico EMAGIS, Porto Alegre, n. 98, fev. 2010. Disponível em: https://www.trf4.jus.br/trf4/boletimjuridico/arquivos/bol98.pdf. Acesso em: 3 nov. 2026.

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,** São Paulo, v. 25, p. 288-302, jan./dez. 2025. DOI: 10.62530/rbdc25p288. Disponível em: https://doi.org/10.62530/rbdc25p288. Acesso em: 7 nov. 2026.

GIOVANELLA, Ligia *et al.* Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 23, supl. 2, p. S251-S266, 2007. DOI: 10.1590/S0102-311X2007001400014. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/c3dJ5WtjKZZw5JyvVCN93fB/abstract/?lang=pt. Acesso em: 7 nov. 2026.

GRECO, Pedro Teixeira Pinos. Os não nacionais imigrantes e o sistema público de saúde do Brasil: a universalidade do direito à saúde e a pandemia de covid-19. **Revista de Direito Sanitário,** São Paulo, v. 22, n. 2, e0019, 2022. DOI: 10.11606/issn.2316-9044.rdisan.2022.182443. Disponível em: https://revistas.usp.br/rdisan/article/view/182443. Acesso em: 2 nov. 2026.

KIR, Anka. De Argentina a Brasil: miles de rusas recurren al turismo de parto para obtener otro pasaporte para sus hijos. **Euronews,** [s. l.], 4 sept. 2026. Disponível em: https://es.euronews.com/my-europe/2026/09/04/miles-de-rusas-recurren-al-turismo-de-parto-en-america-para-lograr-un-segundo-pasaporte-pa. Acesso em: 2 nov. 2026.

LUCENA, Adelmo. Casal promove turismo de parto para que grávidas russas fugidas da guerra tenham filhos no Recife. **Diario de Pernambuco,** Recife, 15 nov. 2025. Disponível em: https://www.diariodepernambuco.com.br/vida-urbana/2025/11/11700600-casal-promove-turismo-de-parto-para-que-gravidas-russas-fugidas-da-guerra-tenham-filhos-no-recife.html. Acesso em: 2 nov. 2026.

MANTOVANI, Flávia; LOPES, Raquel. Turismo de parto traz russas ao Brasil em busca de cidadania para filhos. **Banda B,** Curitiba, 9 abr. 2022. Folhapress. Disponível em: https://www.bandab.com.br/nacional/turismo-de-parto-traz-russas-ao-brasil-em-busca-de-cidadania-para-filhos/amp/. Acesso em: 2 nov. 2026.

OLIVEIRA, Aline Passuelo de; MARTIN, Cássio Nardão. O acesso ao registro de nascimento de filhos de imigrantes. *In*: GRUPO DE ASSESSORIA A IMIGRANTES E A REFUGIADOS (org.). **Múltiplos olhares:** migração e refúgio a partir da extensão universitária. Porto Alegre: Faculdade de Direito da UFRGS, 2016. p. 9-19. E-book. ISBN 9788594890320.

POR QUE cada vez mais russas viajam ao Brasil para dar à luz. **Correio Braziliense,** Brasília, 25 mar. 2023. BBC. Disponível em: https://www.correiobraziliense.com.br/mundo/2023/03/5082880-por-que-cada-vez-mais-russas-viajam-ao-brasil-para-dar-a-luz.html. Acesso em: 2 nov. 2026.

PROJETO exige seguro-saúde de estrangeiros em visita ao Brasil. **Agência Câmara de Notícias,** Brasília, DF, 14 out. 2019. Disponível em: https://www.camara.leg.br/noticias/598864-projeto-exige-

seguro-saude-de-estrangeiros-em-visita-ao-brasil/. Acesso em: 3 nov. 2026.

REAL, Eduardo de Oliveira Soares. **O acesso ao Sistema Único de Saúde pela população migrante:** uma questão de direitos humanos e de justiça social. 2018. 120 f. Dissertação (Mestrado em Direito e Justiça Social) - Faculdade de Direito, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2018.

RUSEISHVILI, Svetlana. Parir para evitar fronteiras: turismo de parto de mulheres russas no contexto do regime de controle global de mobilidades. *In*: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO, 12., 2021, Florianópolis. **Anais eletrônicos** [...]. Florianópolis: UFSC, 2021. v. 1, p. 1-12. ISSN 2179-510X.

---

[1] Especialista em Direitos Difusos e Coletivos, Direito Médico e Saúde Pública. ORCID: https://orcid.org/0009-0005-4256-0481. Lattes: http://lattes.cnpq.br/6809723897024007. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail