

# TRATAMENTO RENAL NA FRONTEIRA BRASIL–BOLÍVIA: PERSPECTIVAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E PACIENTES

## KIDNEY TREATMENT ON THE BRAZIL - BOLIVIA BORDER: PERSPECTIVES OF HEALTH PROFESSIONALS AND PATIENTS

## TRATAMIENTO RENAL EN LA FRONTERA ENTRE BRASIL Y BOLIVIA: PERSPECTIVAS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD Y LOS PACIENTES

DOI 10.55028/geop.v20i38

Isabelly Santos Silveira\*

Alex Bontempi Alencar Campos\*\*

Giselaine Novaes Vilas da Silva\*\*\*

Patrick Aparecido Ferreira de Souza\*\*\*\*

**Resumo:** As desigualdades entre os sistemas de saúde do Brasil e da Bolívia intensificam o fluxo de pacientes para Corumbá-MS, impondo desafios à gestão pública local. Como objetivo, este estudo analisou o atendimento a brasileiros e bolivianos em tratamento de hemodiálise em uma clínica conveniada ao SUS, identificando barreiras e facilitadores sob a perspectiva de pacientes e profissionais. O estudo de caso, com abordagem qualitativa e foco exploratório-descritivo, foi realizado por meio de entrevistas em Corumbá. A investigação apontou como barreiras a diversidade linguística, regularização documental, estigma social, mobilidade territorial e custos financeiros, e como facilitador, a avaliação dos serviços públicos.

**Palavras-chave:** Hemodiálise, Saúde, Migrantes, Fronteira, Bolívia.

## Introdução

Os processos migratórios estão diretamente ligados às condições econômicas, políticas e sociais, resultado este, das realidades díspares (Barakat, 2021). Um exemplo a ser citado é a oferta de saúde gratuita em um país, enquanto no outro esse serviço não é disponibilizado, sucedendo a busca de tratamentos médicos por aqueles que não têm condições financeiras de arcar com despesas hospitalares, vivem em

\* Graduada em Administração pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS/CPAN). Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Estudos Fronteiriços (PPGEF/UFMS). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7149-5838>. E-mail: [isabellysilveira40@gmail.com](mailto:isabellysilveira40@gmail.com).

\*\* Graduado em Direito pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS/CPAN). Mestrando no Programa de Pós-Graduação em Estudos Fronteiriços (PPGEF/UFMS). ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-1135-7502>. E-mail: [alex.campos@ufms.br](mailto:alex.campos@ufms.br).

\*\*\* Graduada em Direito pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS/CPAN). Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Estudos Fronteiriços (PPGEF/UFMS). ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-1142-561X>. E-mail: [giselainenovaes@hotmail.com](mailto:giselainenovaes@hotmail.com).

\*\*\*\* Graduado em Educação Física pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS/CPAN). Mestrando no Programa de Pós-Graduação em Estudos Fronteiriços (PPGEF/UFMS). ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-4971-9160>. E-mail: [patrick\\_stan@hotmail.com](mailto:patrick_stan@hotmail.com).

**Abstract:** The inequalities between the healthcare systems in Brazil and Bolivia intensify the flow of patients to Corumbá-MS, which represents a challenge for local public administration. The objective of this study was to analyze the care provided to Brazilians and Bolivians undergoing hemodialysis treatment at a clinic affiliated with the Unified Health System (SUS), identifying barriers and facilitators from the perspective of patients and professionals. The case study, with a qualitative and exploratory-descriptive approach, was conducted through interviews in Corumbá. The research identified linguistic diversity, document regularization, social stigma, territorial mobility, and financial costs as barriers, and the evaluation of public services as a facilitator.

**Keywords:** Hemodialysis, Health, Migrants, Border, Bolivia.

**Resumen:** Las desigualdades entre los sistemas de salud de Brasil y Bolivia intensifican el flujo de pacientes hacia Corumbá-MS, lo que plantea retos a la administración pública local. El objetivo de este estudio fue analizar la atención prestada a brasileños y bolivianos en tratamiento de hemodiálisis en una clínica afiliada al Sistema Único de Salud (SUS), identificando barreras y facilitadores desde la perspectiva de los pacientes y los profesionales. El estudio de caso, con un enfoque cualitativo y exploratorio-descriptivo, se llevó a cabo mediante entrevistas en Corumbá. La investigación señaló como barreras la diversidad lingüística, la regularización documental, el estigma social, la movilidad territorial y los costos financieros, y como facilitador, la evaluación de los servicios públicos.

**Palabras clave:** Hemodiálisis, Salud, Migrantes, Frontera, Bolivia.

vulnerabilidade social ou não dispõem de um serviço de qualidade onde residem.

É essencial salientar que a fronteira não se resume a um limite físico onde há apenas pessoas que passam por um espaço através de uma ordem que delimitam um espaço físico, visto que, segundo Tavano *et al.* (2024), o conceito de fronteira, mesmo que esteja historicamente associado à soberania, segurança nacional e aos mecanismos de controle, tem sido ampliado para incluir dimensões sociais e humanas, reconhecendo esses espaços não apenas como limites geográficos, mas como territórios onde as pessoas vivem e constroem relações cotidianas.

Outro ponto importante, é que temos um fluxo de pessoas entre esses países por motivos específicos como a realização de tratamento médico, e são chamados de migrantes pendulares por Oliveira, Correia e Oliveira (2017) que os define como aqueles que se deslocam regularmente entre países vizinhos para atividades específicas, retornando ao país de origem com frequência.

Para Barakat (2021), a saúde é para todos, e para garantir os direitos dos migrantes, deve haver políticas que viabilizem a inclusão social, sem deixar de lado a sua individualidade, possibilitando a igualdade, por mais que se tenha uma dificuldade de adaptação em algum espaço. Dessa forma, analisaremos também um espaço de trocas culturais, pois temos uma variedade de

moradores tanto no Brasil quanto na Bolívia sendo tratados num mesmo lugar, o que permite compreender como percebem e vivenciam esse ambiente.

Este trabalho apresenta um estudo de caso focado no setor de hemodiálise de uma clínica localizada em Corumbá, cidade brasileira situada na fronteira entre Brasil e Bolívia. A proposta apresentada tem como objetivo geral analisar o atendimento a pacientes brasileiros e bolivianos que realizam hemodiálise em Corumbá, e como objetivo específico identificar as barreiras e facilitadores do serviço prestado, sob as perspectivas de pacientes e profissionais da saúde. Considerando a rotina típica da região de fronteira, busca-se investigar como ocorrem os fluxos de atendimento, as rotinas do serviço e de que forma a proximidade entre os países se reflete na organização do setor.

A assimetria entre os sistemas de saúde dos dois países força o deslocamento de pessoas que buscam atendimento mais eficazes e gratuitos. A imprevisibilidade da demanda impõe desafios à gestão pública local da cidade de Corumbá. Além disso, há escassos estudos que abordem as perspectivas de pacientes das duas nacionalidades e profissionais de saúde nessa esfera.

Torna-se fundamental compreender como o contexto fronteiriço impacta o atendimento a pacientes em hemodiálise, considerando além do enfoque clínico, os aspectos sociais, culturais e administrativos. A análise desse cenário buscará identificar entraves e mecanismos de apoio ao acesso e propor estratégias que considerem a realidade local desses pacientes que dependem dos serviços de saúde.

O estudo dessa temática se faz necessário para contribuir com a elaboração e implementação de políticas públicas nas zonas de fronteira, atendendo especificamente às necessidades dos migrantes. A compreensão do fluxo migratório poderá ajudar gestores e profissionais na fomentação de práticas mais equitativas e em acordos internacionais.

## O acesso à saúde em regiões de fronteira

O conceito de acesso à saúde vem sendo desenvolvido gradualmente pelos estudiosos da área. Discute-se, inclusive, o que é saúde, ao se argumentar que ela não se limita à ausência de enfermidades. A compreensão do conceito de saúde, conforme assinalam Costa e Lima (2023), deve transcender a noção restrita de ausência de enfermidades.

Segundo os autores, a saúde é um fenômeno multifacetado, que abrange determinantes sociais, culturais, hábitos de vida e até a comunicação. Essa abordagem ampliada contribui significativamente para o enfrentamento das desigual-

dades entre os povos, conferindo à saúde um papel central na promoção da justiça social e do bem-estar coletivo.

Inferre-se da Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080/1990) que o acesso das pessoas ao sistema de saúde brasileiro é universal, conforme disposto nos artigos 2º, §1º, e 7º, I (Brasil, 1990). Essa legislação federal estabelece, de forma literal e expressa, que a saúde constitui um direito fundamental do ser humano, incumbindo ao Estado o dever de garanti-la por meio do acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. Essa lei instituiu o SUS (Sistema Único de Saúde).

Ressalta-se que o reconhecimento da saúde como direito fundamental de todos os seres humanos ocorreu em 1948, com a promulgação da Declaração Universal dos Direitos Humanos. No contexto brasileiro, contudo, o reconhecimento formal da saúde como direito fundamental somente ocorreu em 1988, com a Constituição Federal do Brasil, que consagrou o acesso universal à saúde como princípio estruturante do sistema de proteção social (Cogo; Mascarenha, 2020).

A saúde é reconhecida como um pilar essencial para a dignidade da pessoa humana e, portanto, um compromisso do Estado de fornecê-la (Brasil, 1988). Além disso, o Brasil é signatário do Pacto de San José da Costa Rica que tem como um de seus objetivos proteger a dignidade de toda e qualquer pessoa (Brasil, 1992).

Diante dessa breve análise do conjunto normativo que fundamenta a proteção do direito à saúde no Brasil, conclui-se que a legislação pátria não estabelece distinções entre nacionais e estrangeiros. Conforme apontam Costa e Campos (2021), ainda persiste debate acerca do acesso de estrangeiros não residentes aos serviços públicos de saúde. Isso se deve ao fato de que, no ordenamento jurídico brasileiro, o direito à saúde é reconhecido como fundamental e de caráter universal, o que implicaria, em tese, a garantia de acesso irrestrito ao SUS, tendo como único critério legitimador a condição humana.

No presente estudo de caso, observou-se que os estrangeiros contemplados com o tratamento de hemodiálise, no município de Corumbá, são, em sua maioria, residentes com autorização provisória e/ou fronteiriços que habitam na região limítrofe entre Corumbá (Brasil) e Puerto Quijarro (Bolívia). Para o acesso a esse tipo de tratamento, é exigida a documentação comprobatória da condição jurídica, conforme os critérios legais. Contudo, o acesso ao transplante permanece restrito, sendo reservado apenas àqueles que possuem residência permanente no território brasileiro.

A realidade observada no município de Corumbá, situado na fronteira com a Bolívia, evidencia a complexidade dessa questão, especialmente no que se refere à efetividade do direito à saúde para migrantes em situação de residência provisória

ou fronteira. Esse cenário convida à reflexão sobre os avanços normativos trazidos pela nova Lei de Migração (Lei nº 13.445/2017) e suas repercussões práticas na garantia dos direitos fundamentais dos estrangeiros em território nacional.

Embora não tenha uma definição mais ampla sobre o migrante, o que ainda pode ter gerado incertezas quanto ao alcance pleno de certos direitos sociais a não residentes, ela garante aos residentes fronteiriços o acesso aos serviços públicos mediante autorização municipal. Com isso, reforça-se a diretriz de inclusão e de proteção social mínima aos migrantes, alinhando o Brasil a compromissos internacionais de direitos humanos e ampliando o acesso à saúde (Costa; Campos, 2021).

Considerando esse aparato jurídico brasileiro, especialmente no contexto das regiões de fronteira, torna-se relevante observar como essas garantias se manifestam na prática. A seguir, serão apresentados dados recentes sobre a oferta e a demanda por tratamentos como a hemodiálise, com destaque para o estado de Mato Grosso do Sul que faz fronteira com a Bolívia, a fim de compreender a realidade concreta do acesso à saúde e a efetividade das políticas públicas voltadas a esse serviço de saúde complexo e contínuo.

De acordo com os dados do Censo Brasileiro de Diálise (CBD) de 2023, promovido pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), estimam-se que haja 157.357 pacientes em diálise no Brasil, um aumento de 2,3% se comparado a julho de 2022 (Nerbass *et al.*, 2025). Esses números indicam o crescimento contínuo de pacientes em diálise.

Dessa estimativa de pacientes, 88,2% fazem o tratamento de hemodiálise no Brasil, ou seja, 138.788 pacientes. No âmbito mais restrito, poucos dados oficiais e de pacientes em tratamento no Mato Grosso do Sul foram localizados. Conforme publicação do *Campo Grande News*, de março de 2025, a promotora de Justiça e Coordenadora do Núcleo de Saúde do Ministério Público de Mato Grosso do Sul, Daniela Cristina Guiotti, esclareceu que o estado tem mais de 2 mil pessoas dependentes de hemodiálise e cerca de 200 aptas para transplante de rim (Modena, 2025).

As informações atualizadas, tanto do Brasil quanto da Bolívia, são necessárias para mensurar quantos pacientes dependentes desse tipo de tratamento e para estabelecer melhorias no atendimento, principalmente em regiões de fronteira. O Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia divulgou, na semana passada, em sua página que o Sistema Único de Salud (SUS) atende 4.496 pessoas em diálise no país. A maior parte dos pacientes reside em Santa Cruz (1.615 pessoas), Cochabamba (1.100) e La Paz (950). O valor do financiamento custou aos cofres públicos 500 milhões de bolivianos em 2024 (Bolivia, 2025).

Quanto ao financiamento dos tratamentos de diálise realizados no Brasil, os dados de 2023 do CBD informam que 75,6% são financiados pelo sistema público de saúde e 24,4% por planos de saúde privados. Das regiões do Brasil, o Centro-Oeste tem a menor porcentagem de financiamento público com 64%, seguido do Sudeste (70%), Norte (76%), Sul (81%) e Nordeste (84%) (Nerbass *et al.*, 2025).

## Metodologia

A pesquisa caracteriza-se por uma abordagem qualitativa, com delineamento exploratório e descritivo. Segundo Creswell (2010, p. 129), propõe que a “pesquisa qualitativa é exploratória, e que os pesquisadores a utilizam para explorar um tópico quando as variáveis e a base teórica são desconhecidas”. Assim realizamos uma abordagem qualitativa, direcionada à escuta dos sujeitos envolvidos e na observação da realidade local. Quanto à descrição do campo de pesquisa, foi realizada em uma clínica de diálise do setor privado, subsidiada pelo SUS, localizada na cidade de Corumbá-MS. Por se tratar de uma região de fronteira com a Bolívia, a clínica de tratamento renal atende pacientes das cidades brasileiras Corumbá e Ladário, e das cidades bolivianas Puerto Quijarro e Puerto Suárez.

A clínica de diálise delimitada no estudo de caso iniciou suas atividades no ano de 1992, prestando, desde então, serviços de hemodiálise para pacientes do sistema público de saúde e particulares. Segundo o autor Yin (2001, p. 32), o estudo de caso “é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”. A escolha desse método qualitativo permite uma interpretação sob a ótica das percepções da equipe de saúde e usuários em hemodiálise.

Atualmente, no sistema público são 160 pacientes brasileiros e bolivianos que usufruem de tratamento renal, entre homens e mulheres, com faixa etária entre 17 e 88 anos, residentes nas cidades, sendo aproximadamente 20 indivíduos da Bolívia, 12 de Ladário e 128 de Corumbá. Todos os pacientes realizam três sessões de hemodiálise na semana com duração de quatro horas por sessão. As sessões são predefinidas conforme os dias da semana, alguns pacientes realizam suas sessões às segundas, quartas e sextas; e outros, nas terças, quintas e sábados. O período de maior procura do tratamento pelos migrantes bolivianos ocorre em determinadas temporadas: início, meio e final do ano.

A respeito do ambiente digital, a clínica não possui site próprio e foram encontrados poucos informativos sobre o tratamento e instituição nas redes sociais, como Instagram e Facebook. No portal da prefeitura de Corumbá, há poucas



notícias sobre o serviço prestado, cerca de duas reportagens, a mais recente sobre a capacitação de profissionais para fortalecer a prevenção da Doença Renal Crônica (DRC) (Corumbá, 2025). A falta de informações atualizadas e acessíveis pode dificultar o acesso daqueles que precisam da assistência, principalmente por parte dos migrantes.

Com relação ao ambiente físico, até o ano de 2023, o tratamento era realizado no Centro de Hemodiálise da Santa Casa de Corumbá, para pacientes internados ou não. Atualmente, a Santa Casa realiza as sessões de hemodiálise apenas aos pacientes internados, ou seja, de emergência. Em setembro de 2023, os pacientes renais crônicos começaram a ser atendidos em um novo espaço. O novo prédio é moderno e sua estrutura é de grande porte, com fachada envidraçada; externamente também possui uma escada com corrimão e plataforma inclinada para cadeirantes; e há uma rampa de acesso lateral para veículos. O ambiente interno é climatizado, espaçoso, com iluminação adequada e com cadeiras confortáveis na sala de espera.

A sala de tratamento possui em torno de 40 poltronas reclináveis para os pacientes, as máquinas de hemodiálise aparentam estar em excelentes condições e há televisores distribuídos nos corredores. Esse mesmo cômodo tem uma divisória ao meio que permite a circulação dos profissionais para atender todos os pacientes, todos os colaboradores estavam uniformizados e atentos ao monitoramento dos pacientes, como se encontra retratado na Figura 01.

**Figura 01.** Pacientes em hemodiálise na fronteira Brasil-Bolívia



**Fonte:** Elaborado pelos autores (2025).

A fim de atender às necessidades de todos os pacientes, são realizados quatro turnos com 40 pacientes ao longo da semana, um pela manhã até as 12h e outro até as 18h. O horário de funcionamento da clínica é de segunda a sexta-feira das 06h às 18h. No quesito infraestrutura, o estabelecimento trabalha com uma margem para atender 46 pacientes por turno. A equipe de trabalho é formada por 22 técnicos, 3 enfermeiros, 3 médicos, 1 psicólogo, 1 assistente social e 1 nutricionista.

As entrevistas foram aplicadas em dois dias a dois grupos de participantes: pacientes em tratamento renal e profissionais da área da saúde. Para a execução desta pesquisa foram selecionados quatro pacientes, dois brasileiros e dois migrantes bolivianos, seguindo os seguintes critérios: pacientes que estavam presentes no mesmo turno de hemodiálise, e que foram escolhidos pela responsável técnica por serem pessoas mais abertas ao diálogo durante a sessão.

Além dos pacientes, foram escolhidos quatro profissionais da saúde com áreas de atuação distintas: enfermeira, psicólogo, assistente social e nutricionista. Para preservar a identidade dos entrevistados, foram utilizados códigos identificadores numéricos para profissionais da saúde (E1, E2, E3 e E4) e pacientes (P1, P2, P3 e P4) conforme os Quadros 01 e 02 abaixo.

**Quadro 01.** Caracterização dos profissionais de saúde entrevistados

IDENTIFICADOR	PROFISSÃO	IDADE	GÊNERO	TEMPO DE ATUAÇÃO NA HEMODIÁLISE
E1	Enfermeira	43 anos	Feminino	15 anos
E2	Psicóloga	37 anos	Feminino	8 meses
E3	Assistente Social	38 anos	Masculino	10 anos
E4	Nutricionista	40 anos	Feminino	3 anos

**Fonte:** Dados da pesquisa (2025).

**Quadro 02.** Caracterização dos pacientes entrevistados

IDENTIFICADOR	IDADE	GÊNERO	NACIONALIDADE	LOCAL DE RESIDÊNCIA	TEMPO DE TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE
P1	68 anos	Masculino	Brasileiro	Corumbá	5 anos
P2	77 anos	Feminino	Brasileira	Ladário	3 anos
P3	55 anos	Feminino	Boliviana	Puerto Quijarro	24 anos
P4	29 anos	Feminino	Boliviana	Puerto Suárez	1 ano

**Fonte:** Dados da pesquisa (2025).

A coleta de dados ocorreu durante os meses de maio e junho de 2025, fundamentada em fontes de pesquisa bibliográfica e documental, seguida de entrevistas individuais com roteiro semiestruturado, observação direta e registro em diário



de campo. Ao utilizar a entrevista como método, foi possível obter percepções singulares de cada participante. Todos os entrevistados aceitaram participar da pesquisa, e as entrevistas foram gravadas mediante consentimento prévio. Concluída a etapa de entrevistas, os registros foram transcritos integralmente e os resultados são discutidos a seguir.

## Resultados

Este capítulo da pesquisa apresenta os resultados das entrevistas sob as perspectivas de cada profissional de saúde e pacientes, o que nos permitiu identificar facilitadores e barreiras no setor de hemodiálise e estabelecer algumas categorias de análise. Foram consideradas as seguintes barreiras: diversidade linguística, regularização documental, estigma social no acesso à saúde, mobilidade territorial e custos financeiros em saúde. Como facilitador na avaliação dos serviços públicos, uma categoria merece destaque: o atendimento no setor de hemodiálise.

### *Diversidade linguística*

No âmbito desta discussão, considera-se que a diversidade linguística é uma barreira limitante na comunicação de pacientes migrantes e profissionais da saúde. Os diferentes dialetos bolivianos refletem a pluralidade cultural e a vivência na região fronteiriça. Havendo a necessidade de maior compreensão do diálogo, eles contam com o suporte de um paciente que compreende melhor o português e de uma profissional que fala espanhol por ter aprendido durante a sua vivência de 12 anos na Bolívia. Essa dificuldade pode ser constatada nas falas dos profissionais E1 e E2, transcritas a seguir.

Tem dois pacientes que a gente tem a dificuldade de comunicação. A gente não entende e às vezes a gente também não entende o que eles falam, entendeu? Como eu falei, para passar alguma informação, eles querem comunicar e a gente não entende, a gente acaba pedindo para algum paciente que entende bem (E1, 2025).

Como há muitos dialetos na Bolívia, às vezes a língua se torna um impasse para a gente, porque é um espanhol muito truncado, quando é um espanhol mais próximo, que parece com um da fronteira, a gente consegue entender mais fácil, mas quando envolve dialetos às vezes isso acaba sendo empecilho no nosso atendimento. Então sempre que a gente tem dúvida, a gente pede auxílio dela (E2, 2025).

Essa dificuldade também aparece na fala do profissional E3 (2025): “tenho, porque a gente sempre chamou uma pessoa que trabalha aqui, que sempre tá, né? Mas, em muitos deles, eu entendo; a gente entende o que eles falam e eles entendem do que eu falo”.

Uma solução encontrada pela paciente P4 é recorrer a aplicativos de tradução. Recurso útil não apenas para as consultas presenciais, mas também para traduzir as informações compartilhadas no grupo de WhatsApp dos pacientes. Ela relata que “algumas coisas são difíceis de entender. Eu uso, principalmente quando não entendo, o tradutor do meu celular. Sim, às vezes meus amigos aqui da Bolívia, os que estão realizando, me ajudam um pouco” (P4, 2025).

A dificuldade para entender outra língua que não seja a sua língua materna é difícil, algo relatado no início do tratamento pela paciente P3. Em meio aos cuidados de sua saúde, ela percebeu outra necessidade: ser entendida. A procura por melhores condições de vida nos setores da saúde, educação e trabalho faz com que migrantes da região busquem aprender a língua portuguesa, conforme a fala subsequente.

Quando eu comecei, poxa chorava, porque eu não sabia. Não entendia que me falava. Eu fui aprendendo né, conforme foi passando o tempo fui aprendendo. É, porque tinha um enfermeiro que não me entendia, como eu falava. E ele não entendia também como eu falava. Então eu tive interesse de aprender português (P3, 2025).

Assim, torna-se imprescindível a disseminação do castelhano na fronteira Corumbá-Bolívia como facilitador no diálogo entre bolivianos e brasileiros. Portanto, algumas ações podem contribuir para contornar a barreira linguística no setor estudado: informativos físicos e digitais em português e espanhol sobre o tratamento, termos e documentos necessários; e a oferta de curso de espanhol para os profissionais de saúde e administrativos. Essas medidas podem colaborar para maior interação social e acolhimento dos migrantes.

### *Regularização documental*

A próxima categoria identificada, regularização documental, define os serviços de saúde que podem ou não ser prestados aos migrantes temporários e permanentes. Independentemente da classificação migratória — seja o migrante temporário, permanente ou indocumentado —, todos recebem atendimento pelo SUS. O serviço de hemodiálise é prestado aos três status migratórios, mas somente os migrantes permanentes podem entrar na fila de transplante renal no Brasil pelo SUS. Essas informações foram confirmadas durante a entrevista com a profissional E2 logo abaixo.

A única questão é que, se ele não for um residente permanente, ele não tem direito a fazer o transplante renal. Quando eles chegam, alguns chegam sem a carteirinha que dá direito deles transitarem livremente de um país para o outro. Então, na verdade, transplante, eles só podem se eles forem residentes permanentes, só recebem essa carteirinha, quando a Polícia Federal faz visita e identifica que eles estão morando aqui, mas isso,

depois deles renovarem a temporária, por mais de cinco anos. Então, eles só vão conseguir esse visto permanente após cinco anos, não quer dizer que seja imediatamente após cinco anos, tá? Tem paciente nosso que está a 12 e ainda não recebeu essa carteira (E2, 2025).

Até onde eles poderiam ser atendidos e até onde eles não poderiam ser contemplados, porque por exemplo, cirurgias de grande porte eles não são contemplados. Tem uma história recente de uma migrante que foi encaminhada pro transplante renal e de maneira errônea porque ela não tinha o visto permanente dela. E aí foi que eu me atentei para a lei. Não fui eu que enviei, ... e a gente está reorientando o porquê que eles podem ou não estar nesta fila, então só os que tenham o permanente que conseguem adentrar (E2, 2025).

A espera por um transplante renal é longa, a demanda é maior se comparada à quantidade de órgãos disponíveis no banco. Para o migrante, esse tempo pode se tornar ainda mais extenso, visto que ele terá de aguardar a emissão do documento permanente. Essa situação se evidencia na espera de 12 anos conforme o discurso da paciente P4 (2025): “disseram-me que a médica veio há duas semanas e me disse que, para entrar na lista de transplantes, eu preciso ligar para a residência e apresentar um documento. Eu só tenho o documento de residente (temporário)”. Essa situação é confirmada adiante neste texto pelo profissional E3.

Então eles são temporários, tá? Existe os temporários, porque assim o agente da polícia federal falou que tem 3 tipos de registro, tem o que é pra comerciante, quem é pra morar aqui e que tem pra saúde. A maioria deles é que é pra saúde. Então pra saúde, eles não um prazo X. Aí tem que tá renovando sempre, depois de 5 anos é emitido definitivo (E3, 2025).

A carência de um serviço de saúde público e de qualidade faz com que alguns pacientes migrantes apresentem declaração de endereço falso, e Cartões Nacionais de Saúde (CNS), comumente conhecido como Cartão SUS, realizados em outros estados do Brasil, como mencionado pelos colaboradores E2 e E3 a seguir.

Nós temos pacientes aqui que inicialmente eles alegam que eles estão morando no Brasil para ter direito ao visto temporário e para poder fazer tratamento de saúde, mas a gente sabe que se a gente for fazer uma visita lá, pode ser que a gente identifique que eles não estão morando aqui, mas obviamente que essa não é a responsabilidade nossa, então a gente não faz (E2, 2025).

E aí a gente vê muito cartão SUS feito em Miranda, São Paulo. Entendeu? Aí, eu falo pra ele: como vocês fizeram ah, minha prima fez em São Paulo? Aí você mora lá? Não, então aí eu já calma aí. Então você vai ter que dar entrada na polícia federal pra ficar uma coisa legal, porque isso aqui é crime, aí eles ficam cientes e vão lá e procura a polícia (E3, 2025).

Realizar tais práticas é crime e o paciente pode ter seu tratamento interrompido. Uma situação mais grave ocorreu com uma paciente boliviana que apresentou documentos de identificação de uma mulher brasileira para poder iniciar seu tratamento em Corumbá. Esses acontecimentos ocorriam com mais frequência há alguns anos, mas hoje em dia não são práticas comuns, como relata o assistente social E3.

Ela era uma boliviana que tinha um nome brasileiro, ela chamava ..., só que o nome dela era... E aí eu peguei os documentos dela e olhava pra ela, olhava o documento, e falei, mano, não é a mesma pessoa, aí eu fui, conversei com ela, aí ela falou: então, eu tava quase morrendo, e aí uma pessoa me falou que essa pessoa alugava os documentos dela. Aqui tinha muito isso no passado, hoje em dia graças a Deus não tem mais, e o que que acontece ela alugava esses documentos tanto o RG, o CPF, cartão SUS e comprovante de residência dessa pessoa e ela começou a fazer o tratamento aqui... Aí fui conversei com ela, falei: Olha, automaticamente mexer com isso aí agora, porque senão você vai ser presa, utilizando documento dos outros. E aí a gente correu atrás, tudo, e um mês depois a verdadeira..., faleceu (E3, 2025).

O Brasil é um país que concede direito universal à saúde pública, e existem maneiras legais para iniciar o tratamento. A incongruência não está no acesso a saúde, mas, sim, no enfrentamento de obstáculos burocráticos e territoriais. Em razão disso, é essencial encontrar soluções flexíveis e baseadas em direitos humanos para atender às necessidades dos usuários fronteiriços.

### *Estigma social no acesso à saúde*

Outra temática emergente, aprofundada na fundamentação teórica é o acesso à saúde para todos. Durante as conversas com alguns profissionais e pacientes que vivenciam a realidade da fronteira Brasil-Bolívia, foi possível perceber uma mistura de sentimentos, experiências e visões sobre o atendimento em saúde oferecido aos migrantes em Corumbá.

A profissional E1 relata já ter presenciado diferenças no tratamento ao migrante, mas reforça que essa distinção não condiz com a sua conduta profissional. Conforme suas palavras, “a minha percepção, eu já vi a experiência, não aqui, mas essa diferença até me deixa triste, porque eu não costumo trabalhar com esse tipo de situação. Pra mim todo mundo se independente eles têm que ir vir, tem que eles precisam disso” (E1, 2025).

Nem todas as pessoas e profissionais veem o migrante da mesma forma. Esse tipo de pensamento pode estar relacionado a alguma experiência vivenciada ou até mesmo à construção social de opinião. Algo comum retratado nas zonas de fronteira é ver o “outro” como intruso e beneficiário de serviços públicos sem a devida contribuição financeira, ou seja, sem o pagamento de impostos. Essa

visão reforça uma ideia equivocada, de que a saúde não é um direito a todos, e se restringe à nacionalidade, desconsiderando o caráter universal. Essa situação é retratada nas falas seguintes.

O que eu não sou a favor muito assim, entre aspas, é que o brasileiro, quando a gente mora lá na Bolívia, eles são muito cruéis pra gente, sabe? Aí eu não sei que mudança que eles fazem que aí o assistente social já deve ter falado. Porque eles vêm já orientados, sabendo tudo pra pegar bolsa família, pra pegar não sei o quê. Então, assim, culturalmente eu não vejo benefícios pra nós brasileiros daqui a um tempo como que vai ser. Porque a gente paga imposto e eles vêm só pra se beneficiar do que a gente trabalha para deixar o país melhor (E4, 2025).

Eu não concordo, né? Porque eu vivi a parte do brasileiro na Bolívia. Eu vivi na pele, tudo isso. Então, ninguém me conta de falar, ah, mas é porque é bom. E eles vêm com uma cara de coitadinho e disso e aquilo. E não é assim. Às vezes os coitadinhos têm casa, carro e tudo lá. Mais rico que todo mundo. Lá, eu não sou muito fã dessa imigração deles aqui, né? (E4, 2025).

Contornar o estigma social no acesso à saúde para migrantes exige, a execução de ações educacionais e de sensibilização, tanto da população quanto aos profissionais da saúde. A construção de práticas acolhedoras e equitativas combate atitudes discriminatórias na sociedade. É fundamental que as prefeituras, os meios de comunicação locais e a sociedade civil organizada promovam campanhas de combate à xenofobia e à desinformação.

### *Mobilidade territorial*

Outra categoria que requer atenção é o transporte dos pacientes que vêm das cidades próximas, incluindo migrantes e pendulares. Os pacientes em hemodiálise estão mais propensos à fadiga, fraqueza e desnutrição; e a locomoção até a clínica exige a garantia de cuidado e bem-estar. Conforme relatos dos entrevistados, eles precisam se deslocar por conta própria e muitas vezes por ônibus, táxi, ou veículos de aplicativo, como demonstrado abaixo.

No começo, quando eu comecei o tratamento, era difícil para mim, porque eu não tinha como vir. Eu tinha que pagar ônibus e, aí nesse tempo ainda estava querendo me recuperar. Porque eu fiquei magrinha, magrinha. Foi de um momento a outro né que eu fiquei assim (P3, 2025).

É transporte sim, é muitos aí fazem cota e alugam um táxi na Bolívia pra poder vir pra cá, né? E muitos vivem uma situação bem vulnerável lá na Bolívia, isso aí eles passam pra mim e eu até fico assim pensando: então acesso aqui a gente não pode tá passando, porque até então eles não têm esse direito. Quando não pode, né? E aí, eu falo pra eles enquanto não tem como. Agora, se você tiver o RNE definitivo, você tem todos os direitos aqui do nosso Brasil (E3, 2025).

Segundo a entrevistada P4 (2025): “lá da fronteira há um ônibus que vem para cá”. A fala da paciente confirma a existência do transporte público que realiza o trajeto do centro da cidade de Corumbá até o limite com Puerto Quijarro. No site da Prefeitura de Corumbá, foi localizada uma matéria de 2023 comunicando a entrega de um micro-ônibus para transportar pacientes da hemodiálise (Corumbá, 2023). Não foi mencionado por nenhum profissional ou entrevistado o transporte oferecido pelo poder público e não fica explícito na entrevista se esse veículo ainda está em uso pelos pacientes e quais pacientes são beneficiados, o que se percebe, contudo, é que não inclui os pacientes migrantes pendulares.

Para chegar à clínica, os pacientes entrevistados utilizam meios próprios de transporte, contando com o apoio de familiares ou terceiros para levá-los e buscá-los. A necessidade pelo tratamento de qualidade gera despesas adicionais para pacientes, principalmente migrantes, seja com combustível, uso de transporte por aplicativos ou ônibus. Isso representa um obstáculo significativo, especialmente para aqueles que vivem em situação de vulnerabilidade social.

Com já mencionado, o deslocamento de migrantes ocorre sobretudo por três motivos: saúde, educação e trabalho. No caso dos pacientes bolivianos, advém da saúde. Um fato relevante é que as pacientes P3 e P4, residentes, respectivamente, em Puerto Quijarro e Puerto Suárez, eram de outras localidades da Bolívia. A paciente P3 é de Aguas Calientes, uma comunidade do município de Roboré. Já a paciente P4 é natural de Cochabamba, mas se mudou há oito anos para Puerto Suárez por razão de trabalho. Assim como elas, há alguns pacientes bolivianos que se mudam, principalmente, de Santa Cruz e estabelecem moradia nas cidades bolivianas mais próximas de Corumbá para realizar o tratamento.

Em relação à mobilidade e ao trânsito, os pacientes P1 e P2 mencionaram sentir tensão ao chegar à clínica que está localizada em uma área de intenso fluxo de carros e pessoas, por estar próxima a uma escola. Apesar de ter uma faixa de pedestre e semáforo, é recomendável a presença de agentes de trânsito no local. Além disso, melhorias de infraestrutura externa e interna da clínica para garantir segurança e melhor acessibilidade.

É, aqui na saída, né? As vezes a pessoa tem que atravessar a rua, aí vem aqueles carros. A gente tem que parar, porque eles não param, né? Nós que tem que parar. Se tivesse pelo menos um quebra mola ali na frente era bom. Para eles parar um pouquinho (P1, 2025).

O único acesso em termos físicos, eu não gosto muito é da rampa, porque não tem retorno, então há muita dificuldade, às vezes está um descendo e o outro já está apressado para subir, só a parte física mesmo, mas é a estrutura do prédio (P2, 2025).



## Custos financeiros em saúde

O atendimento de saúde no Brasil, conforme preconiza a Constituição Federal, é gratuito, oferecido aos residentes e não residentes no país. A cobertura é realizada pelo SUS, devendo para tanto o paciente cumprir os requisitos, como estar com o registro nacional de estrangeiro e/ou possuir a documentação de residência, seja permanente ou temporária.

O repasse financeiro do SUS no Brasil limita os serviços prestados a migrantes. Se o paciente migrante for atendido diretamente no hospital, exclusivamente para situações emergenciais, seu tratamento é coberto pelo sistema público de saúde brasileiro. Contudo, se não se tratar de urgência, o atendimento para hemodiálise será direto na clínica, após regularização documental, e os gastos não serão custeados pelo SUS. Esse recorte analítico é observado adiante na entrevista com a profissional E1.

Enquanto ele ficando no hospital internado, as diálises dele são cobertas pelo SUS, mas se vem para cá, não. Então, por isso que eles ficam até analisar tudo, se não legaliza, eles têm que voltar para Bolívia... A não ser os bolivianos que estão vindo tudo de lá. Não sei que parece que lá o tratamento deles são tudo cobrados lá na Bolívia. Aí tem muitos. A gente está recebendo muitos porque eles vêm embora para cá, porque aqui eles não pagam nada (E1, 2025).

O SUS na Bolívia não é 100% gratuito como no Brasil e sua implementação ainda é recente. Os problemas econômicos enfrentados pelo país refletem-se na escassez de profissionais, hospitais e medicamentos para atender o povo boliviano. A urgência pelo tratamento e a falta de recursos financeiros contribuem para o deslocamento desses migrantes, como relatado a seguir.

Lá, em Santa Cruz, o tratamento é todo pago, por isso que eles falam que eles não têm condições de arcar com o tratamento, né? Desde uma seringa, até um tratamento de capilar (dialisador), de todo aquele processo de insumos que faz a hemodiálise, eles não têm, por isso que eles recorrem pra gente aqui na fronteira (E3, 2025).

E eu vejo que eles estão tentando entrar aqui por causa do SUS. Eles vêm com esse benefício do SUS, porque eles não têm lá na Bolívia o benefício igual é o SUS aqui no Brasil. Não é igual na Bolívia. Lá, se você não tem dinheiro, você não dialisa. Tem uma parte que eles dialisam pelo governo, mas é tudo igual que eu tô te falando. Uma sessão de hemodiálise. Que eu acho que é 1.200 bolivianos. Agora, como se fosse R\$ 500,00. Então, eles não têm, né? E já chegam aqui pra não pagar mesmo. E com a qualidade do tratamento que é aqui (E4, 2025).

Como também confirmou a paciente P4 (2025): “porque lá, na Bolívia, os medicamentos são escassos. Não há medicamentos, há pessoas que têm que pagar

para poderem realizar o tratamento”. Um relato comovente compartilhado durante a entrevista da enfermeira E1 confirma como o status migratório é decisivo no acesso à saúde. Além da regularização documental, — barreira já comentada anteriormente, o discurso da profissional contém uma crítica implícita à política pública. Crítica ao Estado e ao sistema por não contemplarem com maior humanidade situações como a mencionada posteriormente.

E eles não tinham isso, eles não cobriam, porque não tinham documentação... Uma documentação que tem que legalizar eles aqui para o SUS pagar. Aí ele veio, ficou precisando fazer a cirurgia, ela teve que pagar. Foi uma história triste, porque ela correu, fez um empréstimo para conseguir o dinheiro para o filho fazer a cirurgia. Chegou de fazer a cirurgia e não resistiu também. E hoje, a gente fica assim, porque ela faz promoção, essas coisas para tentar agora reverter o dinheiro do empréstimo que ela fez. É uma situação que é triste para a gente, né? Só que... Não é a gente, que decide. Essa aí é uma questão do SUS (E1, 2025).

### *Avaliação dos serviços públicos*

A última dimensão analisada refere-se à avaliação dos serviços de saúde. Como discorrido na descrição do campo de pesquisa, a clínica é uma instalação nova, com manutenção e limpeza realizados de maneira notável quando comparada com outras instalações de saúde do município.

Um dos questionamentos elementares dessa pesquisa é analisar o atendimento aos pacientes, e averiguar se há alguma distinção de tratamento relacionada à nacionalidade. Todos os pacientes, brasileiros e bolivianos, foram unânimes em afirmar que a clínica possui uma excelente estrutura, os profissionais são solícitos, e todos se sentem respeitados e acolhidos.

Esse tratamento é evidenciado na declaração do paciente P1 (2025): “sobre aqui, aqui é uma clínica muito boa, né? Muito boa mesmo, parece pra tratar de nós, somos bem tratados, bem cuidado. E eu gosto dessa clínica”. Também transcrito no depoimento da paciente P2 (2025): “o atendimento é único, é tranquilo, a gente se sente em casa, porque o acolhimento que a gente recebe, deixa a gente à vontade”. E na fala da paciente P4 (2025): “não, aqui está tudo bem, atendem bem, as enfermeiras são muito simpáticas, os médicos também são muito atenciosos”.

Uma das entrevistadas de nacionalidade boliviana (P3) revelou ter percebido diferenciação no atendimento recebido na Bolívia em comparação ao Brasil, referindo-se ao mau atendimento naquele país e ressaltando que, aqui, se sente bem amparada.

Sim, poxa. Bem, graças a Deus, como falei, meu médico é uma maravilha. As meninas também. Todos eles são... Eles nunca me trataram mal. É a atenção, a atenção das me-

ninas, elas são boas, nunca se veem assim zangadas ou que tratem mal as pessoas. Eu não sei porque lá na Bolívia a gente vai lá uma consulta e eles tratam mal a gente. Eu fui uma vez lá, porque não faço lá consulta. Eu fui uma vez e me trataram mal, porque não sei o que, não sabem eles, né? Que que ser hemodiálise. E eu tinha que explicar... Tinha que explicar como que era, que não podia medir pressão aí (se referindo a fistula), não sabem (P3, 2025).

No discurso da paciente P3, além do tratamento oferecido de forma excelente no Brasil, há o relato de uma experiência negativa no atendimento na Bolívia, onde percebeu despreparo técnico e falta de empatia por parte dos profissionais. Isso reflete a discordância em relação ao que se espera da rede pública de saúde: tratamento humanizado, com profissionais capacitados, instalações limpas e seguras.

Assim como a paciente P4 que procurou ajuda e por indicação de amigos veio até Corumbá, onde foi bem atendida e percebeu que a estrutura e os serviços de saúde aqui são melhores do que os da Bolívia. De acordo com suas declarações, “aqui em Corumbá tem tudo, ou seja, saúde, tem tudo, e lá na Bolívia não tem. Aqui é muito melhor do que na Bolívia. De repente eu fiquei inchado, ... fui até lá e eles me disseram para ir para Corumbá, que o atendimento era melhor” (P4, 2025).

## Considerações finais

Esta pesquisa buscou observar e analisar o atendimento ao público em geral, bem como aos migrantes no tratamento de hemodiálise na cidade de Corumbá, Mato Grosso do Sul, fronteira com as cidades de Puerto Suárez e Puerto Quijarro, Bolívia, sobretudo como é oferecido o serviço de saúde, sua capacidade técnica e as dificuldades encontradas, tanto pelos profissionais de saúde quanto para os pacientes. A pesquisa foi realizada no mês de maio e junho de 2025, em uma clínica de hemodiálise localizada na região central de Corumbá. Foram ouvidos quatro pacientes e quatro profissionais de saúde de diversas áreas.

O Brasil é signatário de convenções de direitos humanos sobre atendimento de saúde, e mais especificamente na sua Carta Magna expressa que a saúde é direito de todos e dever do Estado, não distinguindo raça, classe ou nacionalidade. Observou-se que grande parte da procura por atendimento de migrantes se refere à insuficiência na prestação do serviço público na Bolívia e ao elevado custo do tratamento para a população mais carente, que demanda constância nos cuidados.

Destaca-se como principal obstáculo a questão linguística, pois na Bolívia se tem muitos dialetos, além do castelhano. A falta de uma comunicação mais fluida em consequência das divergências linguísticas entre paciente e profissional da saúde, com isso os profissionais buscam outros meios de fazer essa comunicação, seja por outros pacientes, como a profissional que atende como intérprete.

Além da diversidade linguística, outras barreiras emergiram, como: a regularização documental, o estigma social no acesso à saúde, a mobilidade territorial e os custos financeiros. Outras dificuldades também puderam ser percebidas, entre elas, a ausência de estrutura adequada e a falta de atendimento gratuito e de qualidade na Bolívia, que resulta no deslocamento de pacientes bolivianos para o Brasil. No tocante à operacionalização do atendimento, a principal barreira é a exigência de documentação ou a regularidade destes. De acordo com a pesquisa realizada, o atendimento dos profissionais de saúde despontou como facilitador na categoria de avaliação dos serviços públicos.

Uma das limitações desse estudo, foi a impossibilidade de obter a perspectiva do setor administrativo da clínica, a qual restringiu a compreensão de aspectos relacionados à gestão, financiamento e histórico da organização. Sugere-se a realização de pesquisas futuras sobre os custos e o financiamento da hemodiálise, quanto é desembolsado pelo SUS por cada paciente migrante, se há transferência de recursos financeiros dos governos brasileiros e bolivianos para atender o migrante, dados aos quais não se teve acesso. Bem como se os hábitos alimentares têm impacto sobre a doença renal, tanto em migrantes quanto em brasileiros.

A temática, direito à saúde e o enfrentamento aos seus obstáculos, principalmente em relação ao migrante, deve ser debatida e analisada para que a atenção à saúde seja uma pauta prioritária. Diante da complexidade da realidade fronteiriça e suas particularidades, são necessários esforços das leis brasileiras e da política pública em oferecer atendimento gratuito e de qualidade, para enfrentar as questões de saúde, respeitando um direito fundamental humano, independentemente da nacionalidade.

## Referências

- BARAKAT, N. J. D. **A feminização da migração no contexto da proteção do direito à saúde**. 2021. 142 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2021.
- BOLÍVIA. Ministerio de Salud. **En Bolivia 4.496 personas reciben diálisis gratuito gracias al SUS que cubre los costos de Bs. 500 millones por año**. 2025. Disponível em: <https://www.minsalud.gob.bo/8664-en-bolivia-4-496-personas-reciben-dialisis-gratuito-gracias-al-sus-que-cubre-los-costos-de-bs-500-millones-por-ano>. Acesso em: 17 jun. 2025.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: [https://planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao.htm](https://planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao.htm). Acesso em: 25 jun. 2025.
- BRASIL. **Decreto nº 678, de 6 de novembro de 1992**. Promulga a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica). Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/d0678.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d0678.htm). Acesso em: 25 jun. 2025.
- BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm). Acesso em: 24 jun. 2025.

COGO, G. A. M.; MASCARENHA, T. R. S. Direitos de primeira e segunda geração: direito à saúde x responsabilidade do Estado. **Revista Interdisciplinar em Saúde**, Cajazeiras, v. 7, p. 965–977, 2020.

CORUMBÁ. Prefeitura Municipal. **Corumbá capacita profissionais e fortalece prevenção à Doença Renal Crônica**. 2025. Disponível em: <https://corumba.ms.gov.br/noticias/corumba-capacita-profissionais-e-fortalece-prevencao-a-doenca-renal-cronica>. Acesso em: 15 maio 2025.

CORUMBÁ. **Prefeitura entrega micro-ônibus para transporte de pacientes da hemodiálise**. 2023. Disponível em: <https://corumba.ms.gov.br/noticias/prefeitura-entrega-micro-onibus-para-transporte-de-pacientes-da-hemodialise>. Acesso em: 25 jun. 2025.

COSTA, L. B.; CAMPOS, N. F. F. O acesso à saúde pública brasileira por estrangeiros não residentes como forma de observância ao princípio da dignidade da pessoa humana. **Revista do CEPEJ**, n. 23, 2021.

COSTA, P. P. S.; LIMA, C. A. Direitos humanos e acesso à saúde em regiões de fronteira. **Revista em Foco**, v. 16, n. 9, p. e3199, 2023. DOI: 10.54751/revistafoco.v16n9-185.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MODENA, C. MS tem cerca de 2 mil dependentes da hemodiálise e 200 à espera de transplante. **Campo Grande News**, 2025. Disponível em: <https://www.campograndenews.com.br/saude-e-bem-estar/ms-tem-cerca-de-2-mil-dependentes-da-hemodialise-e-200-a-espera-de-transplante>. Acesso em: 15 maio 2025.

NERBASS, F. B. *et al.* Censo Brasileiro de Diálise 2023. **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 47, n. 1, e20240081, jan. 2025.

OLIVEIRA, M. A. M.; CORREIA, J. M.; OLIVEIRA, J. C. Imigrantes pendulares em região de fronteira: semelhanças conceituais e desafios metodológicos. **Direitos Culturais**, Santo Ângelo, v. 12, n. 27, p. 91–108, maio/ago. 2017.

TAVANO, P. T. *et al.* Educar em fronteiras internacionais: demandas e encaminhamentos do sistema público municipal de Corumbá/Mato Grosso do Sul. **Revista Tempo do Mundo**, n. 35, p. 119–145, ago. 2024.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.