

ARTIGO ORIGINAL

**Mortalidade por Infecções em Brasileiros Residentes no Exterior:
Análise do Perfil Epidemiológico do período de 2015 a 2024**
*Mortality from Infections in Brazilians Residing Abroad: Analysis of the
Epidemiological Profile from 2015 to 2024*

ANA FLÁVIA SOUTO FIGUEIREDO NEPOMUCENO¹ | RODRIGO NEVES ALVES²
BEATRIZ DOURADO BORGES DA SILVEIRA³ | MARIANA SOUTO FIGUEIREDO³

^{1,3}Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil.

²Centro Universitário de Excelência, Vitória da Conquista, Bahia, Brasil.

⁴Universidade Federal da Bahia, Vitória da Conquista, Bahia, Brasil.

*anaflaviafigueiredo@outlook.com

Histórico:

Recebido em: 27/04/2026
Revisado em: 19/06/2026
Aceito em: 26/06/2026
Publicado em: 30/06/2026

Palavras-chave

Infecções Oportunistas;
Saúde Pública;
Política de Saúde;
Atenção à saúde.

Keywords

Opportunistic Infections;
Public Health;
Health Policy;
Health Care

Resumo. As doenças infecciosas e parasitárias, apesar de preveníveis, permanecem como uma importante causa de mortalidade, sobretudo, em cenários marcados por desigualdades sociais e com limitações no acesso aos serviços de saúde, como os imigrantes. Este estudo tem como objetivo analisar o perfil sociodemográfico e a distribuição geográfica dos óbitos por infecções em brasileiros residentes no exterior. Trata-se de um estudo ecológico, retrospectivo e descritivo, realizado através de dados secundários coletados no TABNET sobre doenças infecciosas e parasitárias no período de 2015 a 2024. Foram analisadas as variáveis número total de óbitos do período, ano de ocorrência, faixa etária, sexo, raça/cor, país do óbito, anos de escolaridade e local do registro do óbito. Os dados foram organizados no Microsoft Excel e analisados descritivamente com cálculos de frequências absolutas, relativas e construção de séries temporais para avaliação da tendência ao longo dos anos. No período foram registrados 451 óbitos provenientes das doenças infecciosas e parasitárias, com um pico durante o ano de 2021 (N=141; 31,26%), que coincide com o período mais crítico da pandemia por COVID-19. Em relação ao país do óbito, foram registrados em 50 países com destaque para Paraguai (N=134; 29,71%), Bolívia (N=99; 21,95%) e Venezuela (N=80; 17,74%). Quanto ao perfil das pessoas que foram a óbito, homens solteiros de cor parda, entre 60 a 69 anos de idade e com escolaridade de 8 a 11 anos registraram números maiores. A mortalidade de brasileiros por doenças infecciosas e parasitárias no exterior está relacionada à desigualdades sociais e contextos de vulnerabilidade, sendo mais frequente em países sul-americanos, indivíduos do sexo masculino, pardos, solteiros e com maior faixa etária.

Abstract. Infectious and parasitic diseases, despite being preventable, remain a significant cause of mortality, especially in scenarios marked by social inequalities and limited access to health services, such as among immigrants. This study aims to analyze the sociodemographic profile and geographic distribution of deaths from infections among Brazilians residing abroad. This is an ecological, retrospective, and descriptive study, conducted using secondary data collected from TABNET on infectious and parasitic diseases from 2015 to 2024. The variables analyzed were the total number of deaths during the period, year of occurrence, age group, sex, race/color, country of death, years of schooling, and place of death registration. The data were organized in Microsoft Excel and analyzed descriptively with calculations of absolute and relative frequencies and the construction of time series to assess trends over the years. During the period, 451 deaths from infectious and parasitic diseases were recorded, with a peak during 2021 (N=141; 31.26%), coinciding with the most critical period of the COVID-19 pandemic. Regarding the country of death, deaths were recorded in 50 countries, with Paraguay (N=134; 29.71%), Bolivia (N=99; 21.95%), and Venezuela (N=80; 17.74%) standing out. As for the profile of those who died, single men of mixed race, aged 60 to 69 years, and with 8 to 11 years of schooling registered higher numbers. Mortality among Brazilians from infectious and parasitic diseases abroad is related to social inequalities and contexts of vulnerability, being more frequent in South American countries, among males, of mixed race, single, and in older age groups.

Introdução

As doenças infecciosas e parasitárias (DIP) permanecem como importantes causas de morbimortalidade no cenário global, especialmente em contextos marcados por desigualdades sociais e limitações no acesso aos serviços de saúde^{1,2}. Apesar dos avanços no diagnóstico, tratamento e prevenção, esses agravos continuam a impactar de forma desproporcional populações em situação de vulnerabilidade, refletindo a influência dos determinantes sociais da saúde na distribuição dos desfechos^{3,4}.

Na atualidade, uma série de razões têm sido associadas às DIPs, com destaque para o contexto da mobilidade humana. Devido ao fenômeno de globalização e às consecutivas crises econômicas, a migração internacional tem se intensificado nas últimas décadas, particularmente nas regiões em desenvolvimento e em localidades cuja proximidade geográfica e os acordos de integração regional favorecem o deslocamento populacional, como a América do Sul^{5,6}. Embora esse processo esteja associado a oportunidades econômicas e sociais, também pode expor indivíduos a condições precárias de trabalho e moradia, instabilidade econômica, dificuldade de acesso aos serviços básicos de saúde pela inexistência de sistemas universais, além de barreiras no acesso aos sistemas de saúde provenientes das dificuldades de comunicação ou outras razões que tendem a contribuir para maior incidência e agravamento das condições clínicas, que podem conduzir a óbitos por causas preveníveis^{7,8}.

Nesse cenário, estudos epidemiológicos que elucidem sobre as condições de vida e saúde de brasileiros residentes no exterior são importantes, uma vez que imigrantes podem enfrentar desafios adicionais relacionados à continuidade do cuidado, acesso a serviços de saúde e inserção em sistemas sanitários distintos, o que pode influenciar negativamente a evolução de doenças infecciosas e parasitárias. Além disso, a ocorrência de óbitos fora do país de origem ainda é um fenômeno pouco explorado na literatura, especialmente no que se refere à caracterização sociodemográfica dos indivíduos e à distribuição geográfica desses eventos^{9,10}.

Diante disso, compreender o perfil dos óbitos de brasileiros por doenças infecciosas e parasitárias no exterior e sua distribuição segundo o país de ocorrência torna-se fundamental para evidenciar padrões de vulnerabilidade e subsidiar políticas públicas mais equitativas. Assim, este estudo tem como objetivo analisar o perfil sociodemográfico e a distribuição geográfica dos óbitos por infecções em brasileiros residentes no exterior.

Metodologia

Trata-se de um estudo ecológico, retrospectivo e descritivo, baseado em dados secundários obtidos por meio do tabulador de dados de domínio público

(TABNET, disponibilizado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS))¹¹.

Foram coletados dados referentes ao Capítulo I da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10, que abrange “Algumas doenças infecciosas e parasitárias”, no período de 2015 a 2024¹².

As variáveis analisadas incluíram número total de óbitos do período, ano de ocorrência, faixa etária, sexo, raça/cor, país do óbito, anos de escolaridade e local do registro do óbito. Após a extração, os dados foram organizados em planilhas eletrônicas no Microsoft Excel para processamento e análise.

Realizou-se análise descritiva dos dados, com cálculo de frequências absolutas e relativas, além da construção de séries temporais. Por se tratar de dados secundários, agregados e de acesso público, o estudo foi dispensado de apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados e discussão

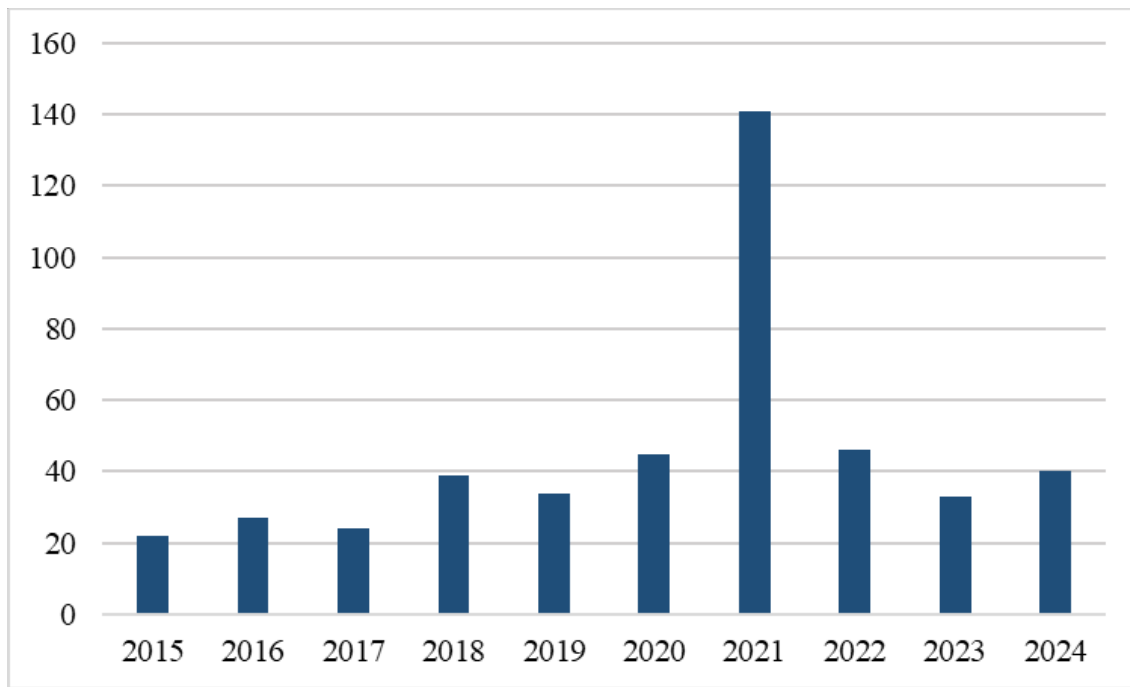
Durante o período estudado, foram notificados 451 óbitos por alguma doença infecciosa e parasitária em brasileiros que residem em outros países, o que representa cerca de 45 mortes por ano e, aproximadamente, 4 óbitos mensais. Conforme apresentado na Figura 1, é possível observar uma distribuição temporal heterogênea e marcada por aumento expressivo no ano de 2021 (N=141; 31,26%), seguido por 2022 (N=33; 10,22%) e 2024 (N= 40; 8,87%).

O pico observado em 2021 coincide com o período mais crítico da pandemia de COVID-19¹³. Embora a doença possua codificação específica na CID-10, é possível que parte dos óbitos tenha sido registrada no Capítulo I devido a coinfeções ou inconsistências no preenchimento. Além disso, a pandemia impactou diretamente o acesso aos serviços de saúde, potencializando a gravidade de outras doenças infecciosas^{14,15}.

A manutenção de números elevados em 2022 e 2024 pode refletir efeitos tardios da pandemia, como fragilidade dos sistemas de saúde, uso indiscriminado de antimicrobianos e atrasos diagnósticos, além da persistência de doenças infecciosas em contextos de vulnerabilidade^{16,17}. Brasileiros residentes no exterior podem estar expostos a barreiras de acesso, condições socioeconômicas adversas e diferentes perfis epidemiológicos, fatores reconhecidos como determinantes da mortalidade^{7,18}. Além disso, populações migrantes apresentam maior vulnerabilidade a agravos infecciosos e piores desfechos em saúde¹⁹.

Por outro lado, os menores registros observados entre 2015 e 2017 podem representar um período de relativa estabilidade epidemiológica global, anterior à pandemia. No entanto, não se pode descartar a possibilidade de subnotificação ou limitações inerentes aos sistemas de informação, especialmente quando se

Figura 1. Distribuição dos óbitos por infecções em brasileiros residentes no exterior durante o período de 2015 a 2024.



Fonte: Adaptado do DATASUS.

trata de óbitos ocorridos fora do território nacional e posteriormente registrados nos sistemas brasileiros. Cabe também destacar que, a variabilidade ao longo dos anos também pode estar relacionada a mudanças nos fluxos migratórios, políticas de registro de óbitos no exterior e aprimoramento dos sistemas de vigilância epidemiológica³.

Em relação ao país do óbito, de acordo com a Tabela 1, eles aconteceram em 50 países diferentes. Com destaque para o Paraguai (N=134; 29,71%), Bolívia (N=99; 21,95%) e Venezuela (N=80; 17,74%). Esse achado pode ser explicado, em parte, pela proximidade geográfica desses países com o Brasil, especialmente nas regiões de fronteira, que favorecem intensa mobilidade populacional e circulação transnacional. Cabe ainda destacar que, a dinâmica migratória regional, particularmente no contexto sul-americano, contribui para maior exposição de brasileiros a diferentes sistemas de saúde e condições epidemiológicas^{21,22}.

Além disso, fluxos migratórios históricos e recentes, como a migração laboral para países vizinhos e a mobilidade associada a crises econômicas e políticas, como observado na Venezuela, podem aumentar a permanência de brasileiros nesses territórios, elevando a probabilidade de ocorrência de óbitos fora do país de origem²¹. Esse fenômeno também reflete a integração regional no âmbito do Mercosul, que facilita o deslocamento entre países⁷.

Outro aspecto relevante refere-se às condições de acesso e qualidade dos serviços de saúde. Estudos indicam que populações migrantes frequentemente

apresentam maior vulnerabilidade, com barreiras no acesso à assistência, o que pode resultar em maior proporção de mortes por causas evitáveis, incluindo doenças infecciosas e parasitárias^{7,21,22}. Assim, a concentração de óbitos nesses países pode também refletir desigualdades no cuidado em saúde, especialmente em regiões fronteiriças ou com sistemas de saúde fragilizados.

Portanto, os resultados sugerem que a ocorrência de óbitos de brasileiros nesses países não é aleatória, mas sim influenciada por fatores estruturais, como mobilidade populacional, integração regional e desigualdades no acesso à saúde, reforçando a necessidade de estratégias de cooperação internacional em vigilância e assistência à saúde de populações migrantes⁷.

Quanto ao perfil das pessoas que foram a óbito, destacaram-se pessoas do sexo masculino (N=285; 63,19%), solteiro (N=146; 32,37%), de raça cor parda (N= 210; 46,56%), com faixa etária de 60 a 69 anos (N=77; 17,07%) e, com 8 a 11 anos de estudo (N=101; 22,39%).

O padrão de mortalidade apresentado no período reflete a interseção entre determinantes sociais da saúde e maior vulnerabilidade a desfechos desfavoráveis, especialmente no contexto das doenças infecciosas e parasitárias. A maior frequência de óbitos entre homens é um achado consistente na literatura e tem sido associada tanto a fatores comportamentais, como menor procura por serviços de saúde e maior exposição a situações de risco, quanto a aspectos estruturais, incluindo barreiras de acesso e menor

Tabela 1. Países que registraram óbitos de brasileiros no período de 2015 a 2024 por doenças infecciosas e parasitárias.

País	N	(%)
Paraguai	134	29,71
Bolívia	99	21,95
Venezuela	80	17,74
Peru	19	4,21
Argentina	15	3,33
Estados Unidos	12	2,66
Filipinas	9	2,00
Guiana	9	2,00
Itália	5	1,11
Ucrânia	4	0,89
Alemanha	4	0,89
Uruguai	4	0,89
Colômbia	4	0,89
Chile	4	0,89
Gabão	3	0,67
México	3	0,67
Portugal	3	0,67
Equador	2	0,44
Suíça	2	0,44
Angola	2	0,44
Espanha	2	0,44
Franca	2	0,44
Guiana Francesa	2	0,44
Indonésia	2	0,44
Vaticano	1	0,22
Guatemala	1	0,22
Tanzânia	1	0,22
Reino Unido	1	0,22
Tuvalu	1	0,22
Suriname	1	0,22

Continuação...

País	N	(%)
Mauritânia	1	0,22
Geórgia	1	0,22
Turcomenistão	1	0,22
Somália	1	0,22
Sudão	1	0,22
Uzbequistão	1	0,22
Maldivas	1	0,22
Japão	1	0,22
Antilhas Holandesas	1	0,22
Albânia	1	0,22
Canadá	1	0,22
Haiti	1	0,22
Panamá	1	0,22
Quênia	1	0,22
África do Sul	1	0,22
Cuba	1	0,22
Emirados Árabes Unidos	1	0,22
Índia	1	0,22
República Popular da China	1	0,22
Ignorado/Branco	1	0,22

Fonte: Adaptado do DATASUS

Continua...

adesão ao cuidado contínuo^{7,20,21}. Esse cenário contribui para diagnósticos mais tardios e maior gravidade clínica no momento da assistência, impactando diretamente a mortalidade^{22,23}.

A predominância de indivíduos de raça/cor parda reforça o papel das desigualdades raciais na determinação dos desfechos em saúde. No Brasil, raça/cor constitui um importante marcador de iniquidades sociais, estando associada a piores condições de vida, menor acesso a serviços de saúde e maior exposição a agravos^{21,22}. Quando transposto para o contexto internacional, esse marcador pode se somar a outras formas de vulnerabilidade, como a condição migratória, ampliando o risco de desfechos desfavoráveis^{22,23}.

A maior proporção de óbitos entre indivíduos solteiros sugere a relevância do suporte social como fator protetor. Segundo Berkman et al. (2000)²⁴, redes de apoio social influenciam diretamente o acesso, à adesão ao tratamento e a evolução clínica, sendo particularmente importantes em doenças crônicas e infecciosas. A ausência desse suporte pode ser ainda mais crítica em contextos de migração, nos quais vínculos familiares e comunitários são frequentemente fragilizados²⁰.

A concentração de óbitos na faixa etária de 60 a 69 anos aponta para a interação entre envelhecimento e maior vulnerabilidade clínica. Indivíduos mais velhos apresentam maior carga de comorbidades e resposta imunológica reduzida, o que aumenta o risco de evolução desfavorável frente a doenças infecciosas^{20,25}. Esse fator, combinado a possíveis dificuldades de acesso aos serviços de saúde em países estrangeiros, pode contribuir para o agravamento dos quadros clínicos⁷.

No que se refere à escolaridade, embora a maior frequência tenha sido observada entre indivíduos com 8 a 11 anos de estudo, esse nível intermediário não parece suficiente para mitigar barreiras relacionadas ao acesso e à navegação nos sistemas de saúde, especialmente em contextos transnacionais. Conforme destacado por Cutler e Lleras-Muney²⁶, a escolaridade influencia comportamentos de saúde, compreensão de informações médicas e capacidade de utilização dos serviços, sendo um determinante importante dos desfechos em saúde.

A predominância de óbitos em ambiente hospitalar (93,35%) sugere que a maioria dos casos evoluiu com necessidade de atenção de maior complexidade, possivelmente em estágios avançados da doença. Esse achado pode refletir tanto o acesso tardio aos serviços de saúde quanto falhas na atenção primária e na continuidade do cuidado, especialmente em populações migrantes^{8,10}. Cabe ainda destacar que sistemas de saúde com forte base na atenção primária são capazes de reduzir hospitalizações evitáveis e mortalidade precoce, o que nem sempre se

verifica em contextos de mobilidade internacional⁷.

No plano geopolítico, a concentração de óbitos em países sul-americanos evidencia a importância das dinâmicas regionais de migração. A literatura aponta que fluxos migratórios intra-regionais, muitas vezes associados a trabalho informal e baixa proteção social, expõem indivíduos a condições de maior vulnerabilidade sanitária^{6,7}. No caso da Venezuela, a crise humanitária recente agrava esse cenário, com impactos diretos sobre a capacidade do sistema de saúde de responder às demandas da população²². Já em países como Paraguai e Bolívia, embora existam acordos de integração regional, estes nem sempre se traduzem em acesso equitativo aos serviços de saúde, evidenciando um descompasso entre mobilidade territorial e garantia de direitos sociais.

Adicionalmente, deve-se considerar a possibilidade de vieses de informação, especialmente no que se refere ao registro de variáveis como raça/cor e escolaridade, bem como à captação de óbitos ocorridos no exterior, que depende de sistemas consulares e fluxos administrativos heterogêneos^{27,28}. Ainda assim, o padrão observado é consistente com a literatura e reforça a existência de um perfil de maior vulnerabilidade entre os indivíduos que evoluem a óbito²⁹.

Dessa forma, os achados evidenciam que a mortalidade de brasileiros por doenças infecciosas e parasitárias no exterior pode estar relacionada à interseção entre desigualdades sociais, condições de vida e barreiras de acesso à saúde, tanto no país de origem quanto nos países de destino^{30,31,32}. Esse cenário reforça a necessidade de políticas que ultrapassem a lógica nacional dos sistemas de saúde, incorporando estratégias de cooperação internacional, vigilância em saúde transfronteiriça e garantia de continuidade do cuidado para populações migrantes, de modo a reduzir iniquidades e evitar desfechos evitáveis.

Como limitações, destaca-se a utilização de dados secundários, sujeitos a sub-registro e inconsistências no preenchimento de variáveis como raça/cor, escolaridade e estado civil, além de possíveis diferenças na captação e notificação de óbitos ocorridos no exterior^{33,34,35}. Também não foi possível avaliar variáveis clínicas, tempo de residência fora do país ou condições de acesso aos serviços de saúde, o que restringe análises mais aprofundadas sobre os determinantes dos desfechos. Para minimizar esses impactos, foram adotados critérios rigorosos de seleção e consistência dos dados, com análise de completude das variáveis e interpretação dos achados à luz da literatura, buscando reduzir vieses e fortalecer a validade dos resultados.

Conclusão

Os resultados deste estudo demonstram que a mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias em brasileiros no exterior está ligada a desigualdades sociais e contextos de vulnerabilidade, e não a uma

distribuição aleatória. A concentração de óbitos em países sul-americanos, aliada ao predomínio de indivíduos do sexo masculino, pardos, solteiros e mais velhos, evidencia a influência de determinantes sociais e da inserção precária em contextos migratórios.

Em contrapartida, a elevada ocorrência de óbitos em ambiente hospitalar sugere acesso tardio e fragilidades na continuidade do cuidado, especialmente em cenários transnacionais. Assim, os achados reforçam a necessidade de cooperação internacional, fortalecimento da vigilância em saúde e ampliação do acesso equitativo aos serviços, visando reduzir iniquidades e mortes evitáveis.

Declaração de conflito de interesse: *Os autores declaram, para os devidos fins, a inexistência de quaisquer conflitos de interesse relacionados à elaboração e publicação deste trabalho.*

Participação dos autores: *Todos os autores participaram ativamente das etapas de concepção, desenvolvimento, revisão crítica e aprovação final do manuscrito.*

Agradecimentos: *Os autores expressam seus sinceros agradecimentos às instituições e aos órgãos de fomento que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização deste estudo. Reconhecem, ainda, o apoio técnico e científico recebido ao longo do desenvolvimento deste trabalho, o qual foi fundamental para sua concretização.*

Referências

1. World Health Organization. World health statistics 2023. Geneva: WHO; 2023.
2. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of disease study 2019. Lancet. 2020;396:1204–22.
3. Marmot M, Friel S, Bell R, et al. Closing the gap in a generation. Lancet. 2008;372:1661–9.
4. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on social determinants of health. Geneva: WHO; 2010.
5. International Organization for Migration. World migration report 2022. Geneva: IOM; 2022.
6. Pan American Health Organization. Health of migrants in the Americas. Washington: PAHO; 2020.
7. Abubakar I, Aldridge RW, Devakumar D, et al. Migration and health. Lancet. 2018;392:2606–54.
8. Zimmerman C, Kiss L, Hossain M. Migration and health framework. Soc Sci Med. 2011;73:327–32.
9. Malta DC, França E, Abreu DMX, et al. Mortality in Brazil. Rev Bras Epidemiol. 2016;19:146–59.
10. França EB, Passos VMA, Malta DC, et al. Causas mal definidas de morte. Rev Saúde Pública. 2014;48:671–81.
11. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Informações de saúde (TABNET). Brasília; 2024.
12. World Health Organization. ICD-10: International classification of diseases. Geneva: WHO; 2019.
13. World Health Organization. WHO Coronavirus Dashboard. Geneva: WHO; 2024.
14. Figueiredo MS, Nepomuceno AFSF, et al. Mortalidade por COVID-19 na Bahia. Prát Cuid Rev Saúde Coletiva. 2021.
15. World Health Organization. Pulse survey on essential health services. Geneva: WHO; 2022.
16. UNAIDS. Global AIDS update 2023. Geneva: UNAIDS; 2023.
17. Hay SI, Rao PC, Dolecek C, et al. Antimicrobial resistance burden. Lancet. 2022;399:629–55.
18. Msemburi W, et al. Global excess mortality during COVID-19. Lancet. 2023.
19. Courtenay WH. Constructions of masculinity and health. Soc Sci Med. 2000;50:1385–401.
20. Baker P, Dworkin SL, et al. Men's health and inequities. Lancet. 2014;383:2233–43.
21. Travassos C, Williams DR. Concept and measurement of race. Cad Saúde Pública. 2004;20:660–78.
22. Doocy S, Page KR, de la Hoz F, Spiegel P, Beyrer C. Venezuelan migration and the border health crisis in C o l o m b i a a n d B r a z i l . J A M A . 2019;322(20):1963–1965.
23. Chor D, Lima CRA. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais. Cad Saúde Pública. 2005;21:1586–94.
24. Berkman LF, Glass T, Brissette I, Seeman TE. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. Soc Sci Med. 2000;51(6):843–857.
25. Yoshikawa TT. Epidemiology and unique aspects of aging and infectious diseases. Clin Infect Dis. 2000;30(6):931–933.
26. Cutler DM, Lleras-Muney A. Understanding differences in health behaviors by education. J Health Econ. 2010;29(1):1–28.
27. Carreño-Calderón A, Obach A, Cabieses B, Oyarte M, Arias Schreiber A, et al. Addressing health inequalities and barriers to access among adolescent migrants in Chile: a mixed methods study. Int J Equity Health. 2025;24:234.
28. Agarwal-Harding P, Ruscitti B, Shepard DS, Harker Roa A, Bowser DM, et al. Disparities in healthcare-seeking behaviors and associated costs between Venezuelan migrants and Colombians residing in Colombia. Int J Equity Health. 2024;23:202.
29. Vearey J, et al. Addressing migrant-specific barriers to accessing health services through primary health care in Latin America and the Caribbean. Lancet Reg Health Am. 2024;40:100957.

30. Díaz HL, Ramos-Tovar ME. Human rights and inequity in health access of Central American migrants. *Front Public Health*. 2023;11:1104703.
 31. Pierola MD, Rodríguez Chatruc M. Migrants in Latin America: disparities in health status and access to healthcare. Washington (DC): Inter-American Development Bank; 2020.
 32. Legido-Quigley H, et al. Barriers to healthcare access for migrants: a global perspective. *Public Health*. 2019;172:89–92.
 33. Nepomuceno AFSF, Figueiredo MS, dos Santos LO. Análise do perfil de intoxicação exógena no estado da Bahia entre 2012 a 2021. *Rev Cienc Plural*. 2023;9(1):1–14.
 34. Nepomuceno AFSF, Figueiredo MS, de Queiroz LA, Porto MDJ, dos Santos LO. Perfil de intoxicação por medicamentos no estado da Bahia, Brasil: uma análise do período de 2015 a 2024. *Rev Cient Eletron Cons Reg Farm Bahia*. 2025;4(1):e04012504.
 35. Nepomuceno AFSF, Figueiredo MS. Perfil de mortalidade por sarcoma de Kaposi no Brasil: uma análise do período de 1996 a 2022. *Rev Cient Eletron Cons Reg Farm Bahia*. 2024;e03012404.
-