
BOLETIM DO OBSERVATÓRIO SAÚDE E MIGRAÇÃO

Número 1, Volume 1

Observatório Saúde e Migração

Novembro de 2021

Sobre a saúde em contextos migratórios transnacionais: processos que ultrapassam fronteiras teóricas e práticas.



Denise Martin¹

Silvia Viodres Inoue²

Cássio Silveira³

A proposta deste texto é apontar alguns temas importantes para o debate sobre a saúde dos migrantes internacionais no Brasil. Buscamos apresentar estudos com esses grupos que evidenciam aspectos sobre modos e condições de vida, sobre o acesso a serviços de saúde, seus desafios e oportunidades. É importante estabelecer diálogos que busquem cruzar fronteiras disciplinares na produção de conhecimentos e na compreensão da complexidade do processo saúde-doença-cuidados. Pretendemos, também, contribuir para pensar as especificidades da saúde de migrantes, estimulando questionamentos, futuras pesquisas e articulações como demandas dos movimentos, organizações e políticas públicas em saúde. Com isso, esperamos provocar reflexões sobre as experiências práticas de migrantes, gestores e pesquisadores, buscando também contribuir ao fomento do conhecimento e à formação de pessoas.

A saúde, como direito essencial no contexto de inclusão de migrantes e refugiados, é relevante na compreensão do processo migratório (Granada *et al.*, 2017; Santos, 2016). O desafio intelectual de mergulhar nessa complexidade expõe a interface entre os fenômenos biológicos e sociais que compreende o campo de debates acerca dos determinantes sociais, da organização dos serviços, assim como a historicidade dos saberes sobre a saúde e suas práticas.

¹ Antropóloga, doutora em Antropologia Social (USP). Professora associada do Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM-Unifesp). Integrante do Conselho Científico do Observatório Saúde e Migração.

² Psicóloga, doutora em Saúde Pública (ISC-UFBA). Integrante do Conselho Científico do Observatório Saúde e Migração.

³ Sociólogo, doutor em Saúde Pública (USP). Professor adjunto da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCM-SCSP) e do Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM-Unifesp). Integrante do Conselho Científico do Observatório Saúde e Migração.

É importante compreender como os sistemas oficiais de saúde vêm incluindo os migrantes internacionais. Goldberg, Martin, Silveira (2015) mostram que parte dos casos ocorre sem que os sistemas de referência e os códigos próprios às sociedades de origem, ou seja, as tradições e valores carregados por indivíduos e famílias no processo migratório, se comuniquem dentro do sistema receptor. Neste sentido, a saúde é um ponto relevante para entender a inserção de migrantes e refugiados no país de acolhida. A busca por soluções de possíveis sofrimentos e preocupações no processo migratório e na integração local, incluídas aí reflexões críticas sobre as epistemologias que institucionalizam essas concepções, deve considerar como os processos de saúde-doença-cuidados são vividos por estas pessoas.

No Brasil, não existe uma regulamentação específica para acesso à saúde pelos migrantes e refugiados. Os princípios normativos da Constituição Federal Brasileira e a Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS) permitem o acesso universal e gratuito aos serviços de saúde no SUS, independente de regularização documental (Guerra, Ventura, 2017).

Para a inscrição no Sistema são necessários um comprovante de residência e qualquer documento de identificação (incluindo o protocolo de solicitação de refúgio emitido aos solicitantes imediatamente na chegada ao país). O cartão SUS (documento que identifica o usuário) é uma forma de identificação, muitas vezes a primeira que certos migrantes recebem no Brasil (Mota, Marinho, Silveira, 2014). No âmbito da Atenção Primária em Saúde (APS), as Unidades Básicas de Saúde (UBS) têm se tornado uma ligação importante com a população migrante no país, especialmente na cidade de São Paulo.

Vários estudos têm detalhado as experiências de migrantes e profissionais dentro do SUS. Destacamos algumas experiências de migrantes e refugiados, mostrando que estes enfrentam problemas de acesso diversos, tais como: barreiras culturais, morais e políticas no acesso aos serviços de saúde; experiências prévias de traumas emocionais, físicos ou sexuais que podem resultar em medo ou receio na relação com esses serviços; problemas de acesso ao novo sistema de saúde; ou mesmo xenofobia e preconceitos (Goldberg; Silveira, 2013; Silveira *et al.*, 2013; Aguiar, Mota; 2014; Granada *et al.*, 2017; Silva, 2017; Leão *et al.*, 2017; Carneiro *et al.*, 2018; Carvalho *et al.*, 2018; Risson, Lima, Matsue, 2018; Haydu *et al.*, 2020). O racismo, identificado em estudos com refugiados no Brasil (Pereira, 2018; Risson, Lima, Matsue, 2018) e em serviços de saúde mental, assim como os vários sofrimentos associados ao refúgio, seja pelas condições pré ou pós-migratórias, podem impor consequências lesivas à saúde mental destas pessoas (Galina *et al.*, 2017).

Na cidade de São Paulo, desde o final do século passado, ganharam destaque experiências inovadoras de assistência à saúde das populações migrantes. Por exemplo, a presença de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) migrantes nos serviços municipais de saúde possibilitou uma comunicação mais fluida com as comunidades. O domínio das línguas de origem nacional, ou mesmo línguas étnicas como no caso de bolivianos que falam Quéchuá, Aymara ou Guaraní ampliou o acesso aos serviços de saúde e à compreensão do processo migratório em suas especificidades por parte destes ACS (Martin, Goldberg e Silveira, 2018).

Essas experiências e muitas outras em articulação com Organizações da Sociedade Civil, culminaram, no ano de 2015, com a aprovação da Política Municipal para a População Imigrante e a criação do Conselho Municipal de Migrantes e Refugiados. Tais experiências ampliaram ações com foco na saúde materno-infantil e ações de intervenção relacionadas à saúde no trabalho, como também em ações de promoção em saúde exemplificadas em atividades de educação e comunicação em saúde junto a organizações de migrantes e outras que atuam em prol destas populações (Carneiro Junior *et al.*, 2018).

A inserção de migrantes e pessoas refugiadas no sistema de saúde, em seus diversos níveis, evidencia a complexidade dos processos migratórios transnacionais. Nas práticas de saúde desenvolvidas junto à população de migrantes é necessário considerar essa diversidade de experiências, as condições de saúde e doenças a que diferentes grupos de migrantes podem padecer e que estejam associadas às condições de trabalho ou problemas de saúde mais frequentes no país de origem (Silveira *et al.*, 2016). Desta forma, as diferentes situações de deslocamento colocam uma série de questionamentos acerca da saúde das pessoas que as vivenciam. Os migrantes e os refugiados deixam evidente que compartilham de outros modos de ver e viver o mundo (Martin, Goldberg e Silveira, 2018).

Vários autores, nacionais e estrangeiros, ressaltam a complexidade de abordar o tema da saúde em diferentes populações, sendo um processo vivido cujo significado é elaborado por meio de contextos culturais, sociais, políticos e econômicos (Langdon e Wiik, 2010). Fassin (2012) mostra que os problemas de saúde associados aos migrantes são comumente associados a questões culturais, ocultando relações sociais, econômicas e de poder. O autor critica uma visão na qual a cultura é implicada diretamente nas explicações, justificativas e sentimentos em relação a certos grupos, como os migrantes, por exemplo. Para Fassin (2012), é importante compreender as políticas migratórias e os processos sociais que se inscrevem nos corpos e que tendem a ser reduzidos a categorias diagnósticas. É oportuno afastar

associações reducionistas, buscando identificar as diversas dimensões envolvidas no processo saúde-doença-cuidados.

Uma outra perspectiva para pensar o processo saúde-doença-cuidados é proposta por Menéndez (2003) que sugere considerar, além do modelo biomédico e todas as atividades de cuidado aos sofrimentos, compreender as atividades diagnósticas exercidas pelos sujeitos e pelos grupos domésticos, denominada de auto atenção. Ou seja, a capacidade de agência dos sujeitos e microgrupos de criatividade e de encontrar soluções para seus sofrimentos devem ser consideradas (Menéndez, 2003). Tomamos como exemplo experiências de congoleses moradores na cidade de São Paulo. Alguns participantes da pesquisa mantinham tradições de cuidados com os problemas de saúde, como hemorroidas ou gastrite, por exemplo, com chá de gengibre e de boldo, a partir de conhecimentos e experiências vivenciadas em seus contextos familiares (Haydu *et al.*,2020).

Portanto, em abordagens teóricas sobre saúde e doença, é importante considerar todos os sistemas de atenção à saúde disponíveis para um conjunto social (tanto o biomédico, a auto atenção, os populares e tradicionais, os de outras tradições acadêmicas – como acupuntura, assim como os centrados na autoajuda). O autor ressalta que é por meio da auto atenção que os sujeitos se apropriam de outras formas e as relacionam, gerando ou não consequências para a saúde (Menéndez, 2003).

Uma visão mais ampliada proposta por Menéndez (2016) mostra que os processos interculturais existem sempre que temos sociedades em contato, sendo permanentes e históricos, acompanhando os processos de saúde, doença, atenção e prevenção. O autor destaca, ainda, os desafios da interculturalidade nos sistemas oficiais de saúde (estruturado em bases técnico-científicas da biomedicina) e a expansão dentro desses sistemas dos processos de inclusão de grupos socioculturais com distintas tradições e práticas de saúde. Propõe, também, que se busque nas relações interculturais as similitudes e não somente as diferenças, que muitas vezes são as que se apresentam mais evidentes (Menéndez, 2016).

A abordagem dos processos de saúde-doença-cuidados no contexto migratório, engajada na ruptura do modelo reducionista que vincula inequivocamente doença, cultura e nacionalidade, deve considerar a coexistência de diferentes sistemas de compreensão e autocuidado frente ao sofrimento e às doenças. Na concepção de práticas transnacionais há manutenção ou redefinição dos laços com o país e a cultura de origem (Glick-Schiller, 2003), o que nos convoca a uma postura que favorece compreender como as conexões com as origens estão presentes na vida das pessoas que migram, incluindo as práticas em saúde.

Assim, no contexto da saúde, é importante refletir sobre as perguntas que fazemos no contato com migrantes e refugiados. A proposta é superar abordagens unidirecionais (de onde vieram, porque vieram, como vieram, que doenças têm e como se integram no nosso país?) e procurar entender sobre as redes que mantêm, como são desenvolvidas, quais as relações com familiares e com a política, como desenvolvem as conexões entre o país de origem e o novo país, como se conectam em redes sociais e qual a dimensão da internet neste contexto. Observamos a expansão do uso de tecnologias na manutenção dos contatos familiares, na facilitação da manutenção de redes de colaboração, cuidados no âmbito familiar e na inserção e manutenção do trabalho.

Santos (2019) mostra como o uso da internet, de aparelhos *smartphone* e as diversas redes sociais que massificam o uso das mídias digitais, constituem meios de participação em tempo real na vida de migrantes. A sensação de estar presente em sua família ou grupo de origem por meio do envio de fotos, vídeos e áudios, constitui uma nova experiência no processo migratório. O compartilhamento de emoções, alegrias e novidades, inclusive a realização de rituais familiares como a comemoração de um aniversário, aproxima as pessoas muito além do que a troca de correspondência física pelos correios que podiam durar meses de espera. A expressão sobre o cotidiano e a intimidade a quilômetros de distância constituem elementos de comunicação do dia a dia do migrante. Além das partilhas descritas pelo autor, observamos, também, que há trocas de informações sobre a política dos países, violações de direitos humanos e processos de adoecimento entre amigos e familiares, via divulgação de áudios, vídeos e fotos. Esses laços e relações podem contribuir ao entendimento do processo saúde-doença-cuidados dessas pessoas.

A nacionalidade e o *status* migratório de uma pessoa também constituem aspectos importantes à compreensão deste fenômeno. Haydu *et al.* (2020) evidenciam que a violência sofrida, as torturas e prisões, as perdas materiais e imateriais durante o processo migratório e o sofrimento decorrente da migração em busca de refúgio no Brasil, constituem uma chave importante na compreensão do processo histórico e político. Todavia, quando se trata de processos de intervenção com estas pessoas, outras perspectivas são possíveis, especialmente na área da saúde. Os grupos de migrantes e refugiados não se constituem como grupos homogêneos, portanto, falar sobre “os” congolese é tão genérico quanto falar sobre “os” brasileiros.

Menéndez (2016) nos mostra que é importante não tratar os atores sociais como homogêneos e monolíticos. O autor ressalta que devem ser incluídos também as

desigualdades socioeconômicas e de poder, as diferenças entre os grupos em termos de religião, gênero, adesão política, escolaridade, poder ou grupos etários; e que grupos étnicos se relacionam em termos de solidariedade e cooperação, assim como de conflito e violência.

A nacionalidade oferece uma informação sobre parte da identidade, mas não contempla as vivências, temores, condições sociodemográficas e saúde do migrante, incluindo também diversas formas de violações de Direitos Humanos. Um aspecto a considerar em intervenções com estes grupos é o cuidado em não reproduzir estereótipos. Alguns pressupostos sobre os migrantes os consideram como vítimas, heróis, pessoas que cometeram crimes no seu país (no caso dos refugiados), que podem trazer doenças e aumentar os riscos de problemas sociais e econômicos (Sargent, Larchanché, 2011).

A experiência retratada por Goldberg e Silveira (2013) ilustra a atuação destas concepções inclusive entre profissionais de saúde em hospitais públicos. O aumento do número de casos de tuberculose entre migrantes bolivianos a partir de 2004 em Buenos Aires foi atribuído por profissionais de saúde à migração de infectados. No entanto, estudos microbiológicos constataram a inexistência da transmissão de cepas nativas estrangeiras andinas a pacientes argentinos locais. Havia uma cepa dominante na Região Metropolitana, que contaminava os migrantes bolivianos em decorrência da precariedade das condições de vida e de trabalho a que estavam submetidos (Goldberg, Silveira, 2013).

De forma análoga, o alarde sanitário provocado pelos casos de sarampo relacionados aos venezuelanos, no ano de 2018, na região norte do Brasil, chegou à opinião pública como a imagem pronta do migrante como risco. Após estudo epidemiológico realizado pelo Ministério da Saúde se constatou que uma epidemia de sarampo na Venezuela associada ao não cumprimento da meta de cobertura vacinal em alguns estados brasileiros constituíram as principais causas do surto epidêmico (Brasil, 2018).

O contexto migratório expõe as pessoas a múltiplas situações, muitas delas adversas à manutenção de sua saúde. Aquisição de documentos, condições de trabalho, situação de moradia, condições de vida, desemprego, acesso a serviços essenciais etc., são alguns aspectos fundamentais ao entendimento do processo migratório que vão além de outros não menos importantes. Tomados isoladamente constituem apenas parte da totalidade da vida dessas pessoas, quando não, transformam em formas preconceituosas de conceber os migrantes e refugiados tais como: barreira linguística, costumes e comportamentos, senso estético etc. (Martín, Goldberg, Silveira, 2018). Assim, intervenções com estas pessoas, na saúde ou em

outras áreas requerem atenção especial quanto a padronizações equivocadas e superficiais sobre suas experiências de vida e de cuidados.



Quando tratamos de processos de saúde-doença-cuidados no contexto das migrações transnacionais, é importante entender a doença como um processo que envolve o reconhecimento de sintomas, o diagnóstico e a escolha do tratamento, a avaliação do seu desenvolvimento e dos efeitos desses cuidados (Langdon, Wiik, 2010). Este processo, por si, é bastante complexo, independente do paciente. Por exemplo, há diferenças culturais no reconhecimento de sinais e sintomas entre diferentes grupos, dos sintomas que identificariam a doença, possíveis causas e prognósticos. Como mostram os autores, o sofrimento precisa ser entendido no sentido de organizar a experiência de vida e encontrar uma solução.

No tocante aos processos migratórios transnacionais e saúde, este tema nos provoca a pensar sobre as diferentes circunstâncias e experiências de vida de migrantes e refugiados que envolvem sistemas oficiais e não oficiais de saúde, práticas e modelos de cuidado e auto atenção, como já indicado anteriormente.

Este campo de estudos e intervenções abre a diferentes perspectivas, teóricas ou práticas, assim como dialogam com diversos atores: migrantes, profissionais de saúde, acadêmicos, gestores, organizações governamentais e da sociedade civil, instituições de ensino e saúde, entre outros. Além de suas especificidades e dos desafios da interculturalidade, as práticas e teorias sobre estes grupos devem priorizar condições dignas, comprometidas com os Direitos Humanos e eticamente inseridas.

Referências

AGUIAR, Marcia Ernani, MOTA, André. O Programa Saúde da Família no bairro do Bom Retiro, SP, Brasil: a comunicação entre bolivianos e trabalhadores de saúde. *Interface*, Botucatu. v. 18, n. 50, 2014. pp. 493-503.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Informe número 33 de 06 de dezembro de 2018*. <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2018/dezembro/06/Informe-Sarampo-n33-6dez18.pdf>, acesso em 10/11/2021.

CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo *et al.* Políticas Públicas no contexto dos processos migratórios no: a experiência de construção da política municipal de saúde para migrantes e refugiados na cidade de São Paulo (2015-2016). In: SILVEIRA, Cássio; GOLDBERG,

Alejandro; MARTIN, Denise. *Migração, refúgio e saúde*. Santos. Editora Leopoldianum. 2018. pp. 251-260.

CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo *et al.* Bolivian migration and Chagas disease: boundaries for the action of the Brazilian National Health System (SUS). *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. v.22, n.64, Jan-Mar 2018. pp. 87-96. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0338>

CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo *et al.* Migração, exclusão social e serviços de saúde: o caso da população boliviana no centro da cidade de São Paulo. *SUS: Mosaico de Inclusões*, v.3, n.2. 2011. pp. 177-181. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0338>

CARVALHO, Luciana de Andrade.; *et al.* Serviços de Saúde Mental para Imigrantes e Refugiados na Cidade de São Paulo. *Travessia*, n. 84, 2018. pp.55-68. DOI: <https://doi.org/10.48213/travessia.i84.917>

FASSIN, Didier. O sentido da saúde: antropologia das políticas da vida. In: SAILANT, Francine, GENEST, Serge. *Antropologia médica: ancoragens locais, desafios globais*. Rio de Janeiro. Fiocruz. 2012. pp. 375-390.

GALINA, Vivian Fadlo *et al.* A saúde mental dos refugiados: um olhar sobre estudos qualitativos. *Interface*. Botucatu. v.21.n. (61). Apr-Jun 2017. pp. 297-308. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0929>

GLICK-SCHILLER, Nina. The centrality of ethnography in the study of transnational migration. In: FONER, Nancy. (org.) *American Arrivals. Anthropology engages the new immigration*. Santa Fe. The School of American Research. 2003. pp. 99-117.

GOLDBERG, Alejandro; SILVEIRA, Cássio. Desigualdad social, condiciones de acceso a la salud pública y procesos de atención en inmigrantes bolivianos de Buenos Aires y São Paulo: una indagación comparativa. *Saúde e Sociedade*. São Paulo. v.22, n.2. 2013. pp. 283-297. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000200003>

GOLDBERG, Alejandro; MARTIN, Denise; SILVEIRA, Cássio. Por um campo específico de estudos sobre processos migratórios e de saúde na Saúde Coletiva. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. v.19. n. 53. Jun 2015. pp. 229-232. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0194>

GRANADA, Daniel *et al.* Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. v.21. n. 61 Apr-Jun 2017. pp.285-296.

<https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0626>

GUERRA, Kátia., VENTURA, Miriam. Bioética, imigração e assistência à saúde: tensões e convergências sobre o direito humano à saúde no Brasil na integração regional dos países. *Cadernos de Saúde Coletiva*. v. 25, 2017, pp. 123–129. doi:10.1590/1414-462x201700010185

HAYDU, Marcelo *et al.* Therapeutic itineraries of Congolese refugees in the city of São Paulo. *Global Public Health*. v. 15. Jan 2020. 1-12. <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1714071>

LANGDON, Ester Jean, WIIK, Flavio Braune. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*; 18(3). 2010. http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_23.pdf

LEAO, Luis Henrique da Costa *et al.* Migração internacional, saúde e trabalho: uma análise sobre os haitianos em Mato Grosso, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 33, n. 7, pp. 1-7, 2017. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00181816>

MARTIN, Denise; GOLDBERG, Alejandro; SILVEIRA, Cássio. Imigração, refúgio e saúde: perspectivas de análise sociocultural. *Saúde e Sociedade*. v.27. n. 1. Jan – Mar 2018. pp. 26-36. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170870>

MENÉNDEZ, Eduardo Luiz. Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. *Ciência e Saúde Coletiva*. v.21. n. 1. Ene 2016. pp. 109-118. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.20252015>

MENÉNDEZ, Eduardo Luiz. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência e Saúde Coletiva*. v. 8. n. 8. 2003. pp. 185-208. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>

MOTA, André; MARINHO, Maria Gabriela S. M.; SILVEIRA, Cássio. *Saúde e História de Migrantes e Imigrantes: Direitos, Instituições e Circularidades*. São Paulo. Casa de Soluções e Editora. 2014.

PEREIRA, Alexandre Branco. O refúgio do trauma. Notas etnográficas sobre trauma, racismo e temporalidades do sofrimento em um serviço de saúde mental para refugiados. *REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, v. 26, n. 53, Mai-Ago 2018. pp. 79-97. <https://doi.org/10.1590/1980-85852503880005306>

RISSON, Ana Paula; LIMA, Ana Cristina Costa, MATSUE, Regina Yoshie. Imigração haitiana para Chapecó (Santa Catarina): implicações de um novo fenômeno no Sistema Único de Saúde. In: SILVEIRA, Cássio; GOLDBERG, Alejandro; MARTIN, Denise. *Migração, refúgio e saúde*. Santos: Editora Universitária Leopoldianum. 2018. pp. 133-146.

SANTOS, Fabiane Viviane. A inclusão dos migrantes internacionais nas políticas do sistema de saúde brasileiro: o caso dos haitianos no Amazonas. *Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos*. v. 23. n. 2. 2016. pp. 477-494. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702016000200008>

SANTOS, Percy Daniel Arce. Tecnologias sociais e migração: uma análise do atual processo de transmigração. *Anais do I Encontro Internacional de História do Sertão: a Educação e os Desafios Contemporâneos*. 2019. Universidade Federal de Alagoas. <https://doity.com.br/media/doity/submissoes/artigo-606bea777154a7cca26ebf71a8c385e05b4de9df-arquivo.pdf>

~~SARGENT, Carolyn; LARCHANCHÉ, Stéphanie. Transnational migration and global health: the production and management of risk, illness and access to care. *Annual Review of Anthropology*. Palo Alto. v. 40. n. 40. pp. 345-361.~~

SILVA, Sidney Antonio. Imigração e redes de acolhimento: o caso dos haitianos no Brasil. *Rev. bras. estud. popul.*, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 99-117, abr. 2017.

SILVEIRA, Cássio *et al.* Living conditions and access to health services by Bolivian immigrants in the city of São Paulo, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*. v.29. n. 10. Oct 2013. pp. 2017–2027. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00113212>

SILVEIRA, Cássio *et al.* O lugar dos trabalhadores de saúde nas pesquisas sobre processos migratórios internacionais e saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. v. 32. n.10. 2016. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00063916>