



SAÚDE, MIGRAÇÃO E CIDADE: A (IN)ACESSIBILIDADE DO DIREITO À CIDADE E SUAS IMPLICAÇÕES NA SAÚDE DAS MULHERES MIGRANTES NO BRASIL

Health, migration, and city: the (in)accessibility of the right to the city and its implications on the health of migrant women in Brazil

Janaína Machado Sturza

Programa de Pós Graduação em Direitos Humanos – Mestrado e Doutorado da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUI.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6189149330530912> ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9290-1380>

E-mail: janasturza@hotmail.com

Cláudia Marília França Lima Marques

Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUI

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8192359821421744> ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9523-3891>

E-mail: claufl1903@gmail.com

Tamara Cossetim Cichorski

Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUI

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5450911194317323> ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-0275-0289>

E-mail: tamaracossetim@gmail.com

Trabalho enviado em 18 de dezembro de 2025 e aceito em 18 de dezembro de 2025



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.



Rev. Dir. Cid., Rio de Janeiro, Vol. 17, N.02., 2025, p. 164-189

Janaína M. Sturza, Cláudia Marília F. L. Marques e Tamara Cossetim Cichorski

DOI: 10.12957/rdc.2025.82899 | ISSN 2317-7721

RESUMO

Os fluxos migratórios atuais contam com um número expressivo de mulheres migrantes. Nota-se que há uma feminização dos deslocamentos humanos. Essa genderização da migração repercute em diversas questões relacionadas a (in)efetividade dos direitos humanos das mulheres migrantes. Nesse sentido, a efetivação do direito humano à saúde depende de muitos fatores nos países receptores. No ponto, observa-se que a saúde das mulheres migrantes depende principalmente de elementos relacionados ao direito à cidade, tais como moradia, acesso aos serviços, saneamento básico, acesso à oportunidades. Assim, a presente pesquisa tem o escopo de refletir acerca da (in)acessibilidade do direito à cidade as mulheres migrantes no Brasil e os reflexos na efetivação do direito à saúde desta população. A pesquisa é desenvolvida a partir do método hipotético-dedutivo e instruída por uma análise bibliográfica. Em um primeiro momento, a pesquisa se debruça no entrelaçamento entre gênero, migração e saúde. Após, o estudo adentra no acesso à cidade das migrantes e os reflexos na saúde destas mulheres. Como conclusão, a pesquisa constatou que o direito à saúde está intrinsecamente ligado ao direito à cidade, devendo ser considerado na formulação de políticas públicas e na promoção dos direitos humanos das mulheres migrantes.

Palavras-chave: Migração. Gênero. Feminização. Direito à saúde. Direito à cidade.

ABSTRACT

The current migratory flows involve a significant number of female migrants. There is a noticeable feminization of human displacements. This genderization of migration has repercussions on various issues related to the (in)effectiveness of the human rights of female migrants. In this sense, the realization of the human right to health depends on many factors in receiving countries. It is observed that the health of female migrants primarily depends on elements related to the right to the city, such as housing, access to services, basic sanitation, and access to opportunities. Thus, the present research aims to reflect on the (in)accessibility of the right to the city for female migrants in Brazil and its impact on the realization of the right to health for this population. The research is developed using the hypothetical-deductive method and informed by a bibliographic analysis. Initially, the research delves into the interconnection between gender, migration, and health. Subsequently, the study explores the access to the city for female migrants. In conclusion, the research found that the right to health is intrinsically linked to the right to the city and should be considered in the formulation of public policies and the promotion of the human rights of female migrants.

Keywords: Gender. Migration. Feminization. Right to health. Right to the city.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Os fluxos migratórios estão cada vez mais intensos, complexos e multifacetados. Nos últimos anos, nota-se que houve um aumento significativo do número de mulheres migrando. Assim, percebe-se que há uma feminização da migração e que essas mulheres deixaram de ser meras acompanhantes e passaram a ser protagonistas nos processos de deslocamentos populacionais. Nesse quadro, é possível



observar que a genderização da migração desencadeia inúmeros desafios no contexto da efetivação dos direitos humanos em uma escala global, notadamente o direito humano à saúde. À vista disso, no Brasil, existem muitos desdobramentos acerca da saúde da mulher migrante, pois essa população enfrenta muitos desafios para alcançar esse direito plenamente. Esses desafios perpassam por muitos fatores, mas um dos principais é a inacessibilidade da mulher migrante ao direito à cidade.

Nesse sentido, fazer um entrelaçamento entre o direito à saúde da mulher migrante e o acesso à cidade concretiza um processo de sensibilização pautado em análises multifacetadas acerca da adaptação da mulher migrante no contexto civilizatório brasileiro. Nesse arranjo, percebe-se que a saúde das mulheres migrantes está relacionada com inúmeros fatores, incluindo habitação, condições de trabalho, atividades de lazer, acesso a serviços e relações com o ambiente social. Ou seja, elementos que dizem respeito ao acesso à cidade. No ponto, as migrantes, muitas vezes, possuem um acesso deficitário ao direito à cidade. Essa situação traz contornos no que tange a saúde, pois a falta de acesso a cidade faz com que as mulheres migrantes não consigam desfrutar e efetivar plenamente o seu direito à saúde.

Sendo assim, entre biografias e cartografias migratórias, a temática da presente pesquisa é sustentada a partir da análise da inacessibilidade do acesso à cidade das mulheres migrantes e a relação que esse (não) acesso tem com a efetivação do direito à saúde dessa população. Assim, no campo sanitário, sob a perspectiva do direito à cidade, questiona-se: O direito à cidade pode ser um elemento que auxilia na efetivação da saúde da mulher migrante? Quais são os caminhos e descaminhos para que as mulheres migrantes consigam acessar o direito à cidade?

O estudo é desenvolvido a partir do método hipotético-dedutivo, pois é construído a partir da hipótese de que o acesso à cidade pode ser visto como um fator para a efetivação do direito humano à saúde às mulheres migrantes. Além disso, o estudo é instruído por uma análise bibliográfica, vez que utiliza livros, artigos de revista e materiais para a sua construção. Num primeiro momento, aborda-se a genderização das migrações a partir de um olhar para os deslocamentos das mulheres para o Brasil. Após, analisa-se a intersecção entre gênero e saúde. Em seguida, aborda-se a problemática que envolve a inacessibilidade do direito à cidade das mulheres migrantes e as consequências para o desenvolvimento da saúde mental e física para essa população.

1. A FEMINIZAÇÃO DAS MIGRAÇÕES E O DIREITO À SAÚDE DAS MULHERES MIGRANTES: VULNERABILIDADES E INVISIBILIDADES

Os noticiários de televisão, as manchetes de jornais, os discursos políticos e as postagens nas redes sociais, utilizados para comunicar as fontes e os canais das ansiedades e temores do público, estão atualmente saturados de menções à “crise migratória”. Essa crise parece ameaçar a estabilidade da



Europa e do mundo, apontando para o colapso e a dissolução do estilo de vida que temos conhecido, praticado e valorizado. Refugiados que fogem dos horrores da guerra, da opressão e da desumanidade de uma vida desprovida de esperança têm buscado refúgio junto a outros desde os primórdios da era moderna. Para aqueles do lado de dentro dessas portas, eles sempre foram – e continuam sendo agora – estranhos. A presença do estranho frequentemente desperta ansiedade devido à sua “diferença” – e, conseqüentemente, à imprevisibilidade assustadora, ao contrário das pessoas com as quais interagimos diariamente e das quais presumimos conhecer as expectativas (Bauman, 2019).

É nesse imbróglio de encontros e diferenças que nasce a migração e o ser migrante. Patarra (2012) explica que, nos últimos anos, observamos um notável aumento na migração internacional, impulsionado por diversos fatores. Conflitos no norte da África, no Oriente Médio e na Ásia, juntamente com a crise financeira que assola os países desenvolvidos, especialmente a Europa e os Estados Unidos, têm desempenhado um papel significativo nesse fenômeno. Cada um desses cenários apresenta suas próprias peculiaridades, contribuindo para um panorama desafiador, preocupante e altamente imprevisível.

A atual crise migratória põe em evidência a extensão e, acima de tudo, as complexidades dos deslocamentos populacionais neste início do século XXI. Diante dessa extensão e das complexidades envolvidas, é desafiador conceber qualquer forma viável de acomodação para a vasta quantidade de pessoas que se encontram retidas em um movimento para o qual não se vislumbra um destino seguro (Fonseca, 2016). É amplamente reconhecido que a mobilidade humana internacional, em consonância com o contexto civilizacional, por meio das migrações é um fenômeno que alcança níveis cada vez mais complexos. Os fluxos migratórios se caracterizam pelo movimento de entrada e saída de seres humanos em países de origem, trânsito e destino na sociedade global (Sturza; Dutra; Martini, 2023). Sobre os fluxos migratórios, Miriam Ventura também explica:

Os fluxos migratórios contemporâneos têm sido mais numerosos, rápidos, diversificados e complexos do que no passado, atingindo todos os continentes, classes sociais, gêneros, etnias/raças, gerações. As razões e motivações para os deslocamentos são igualmente diversas. Os conflitos armados e políticos, e os desastres ambientais têm forçado os deslocamentos de grandes contingentes populacionais. A busca pessoal por melhores perspectivas e condições de vida igualmente motiva migrações em situações nem sempre menos dramática do que a dos refugiados (Ventura, 2018, p. 1).

Nesse contexto, observa-se que a dinâmica das migrações não se limita apenas ao deslocamento geográfico, mas implica no surgimento de uma ampla gama de sensações vividas pelos migrantes. Estas sensações abrangem sentimentos como a anomia, a desorientação, a transformação, a mudança e outras percepções que moldam a jornada existencial do ser humano ao longo do caminho na sociedade cosmopolita. Em outras palavras, existe um complexo conflito inerente à condição do migrante: do ponto de vista do país de origem, ele é chamado de emigrante por aqueles que o veem como ausente. Por outro



lado, do ponto de vista do destino que foi escolhido como objetivo de partida, a mesma pessoa é vista como imigrante: alguém que chegou ao exterior (Waldman, 2011). No contexto de crise migratória e tendências da migração, Castles e Miller discutem o fenômeno da “feminização da migração”, fato que está se tornando parte da história da civilização humana:

Women play an increasing role in all regions and all types of migration. In the past most labor migrations and many refugee movements were male dominated, and women were often dealt with under the category of family reunion. Since the 1960s, women have played a major role in labour migration. Today women workers from the majority in movements as diverse as those of Cape Verdians to Italy, Filipinos to the Middle East and Thais to Japan. Some refugee movements, including those from the former Yugoslavia, are marked by a majority of women (Castles; Miller, 1998, p. 08).

Dutra e Sturza (2023), no ponto, defendem que o diálogo entre o elemento identitário de gênero e o fenômeno da mobilidade humana global revela uma complexa interseção entre biografias individuais e as dinâmicas globais de movimento populacional. Nesse contexto, emerge a feminização das transmigrações, também conhecida como genderização das transmigrações, destacando o papel crucial das mulheres nos fluxos migratórios ao redor do mundo. Essas mulheres enfrentam experiências únicas e muitas vezes dolorosas, que deixam marcas profundas em suas vidas. Suas histórias, marcadas pela mobilidade e pela luta, frequentemente passam despercebidas, suas vozes silenciadas em meio às adversidades. As dificuldades que enfrentam são, muitas vezes, ignoradas ou minimizadas, pois quem está à margem da sociedade muitas vezes é tratado como invisível.

Acerca dessa feminização, Jolly e Reeves (2005) explicam que indivíduos podem migrar por desejo de uma vida melhor ou para escapar da pobreza, perseguição política, pressões sociais ou familiares. Frequentemente, há uma combinação de fatores, que podem se manifestar de maneira diferente para mulheres e homens. Nesse sentido, nota-se que os papéis de gênero, as relações de gênero e as desigualdades afetam quem migra e o porquê, como a decisão é tomada, os impactos nos próprios migrantes, nas áreas de origem e nas áreas de destino. A experiência mostra que a migração pode oferecer novas oportunidades para melhorar a vida das mulheres e alterar relações de gênero opressivas - até mesmo o deslocamento resultante de conflitos pode levar a mudanças nos papéis e responsabilidades de gênero em benefício das mulheres. No entanto, a migração também pode reforçar papéis tradicionais e desigualdades, expondo as mulheres a novas vulnerabilidades devido a status legal precário, exclusão e isolamento.

Dessa forma, a interação entre gênero e migração é extremamente complexa. Por um lado, o gênero desempenha um papel fundamental no processo de migração, influenciando as decisões sobre quem migra, por que motivo migra e com base em que critérios a decisão de migrar é tomada. Por outro lado, a própria migração tem um impacto significativo nas relações de gênero, podendo intensificar as



desigualdades e reforçar os papéis tradicionais de gênero, ou então desafiá-los e promover alterações nesses papéis (Jolly e Reeves, 2005). Nesse sentido, Jolly e Reeves discutem acerca do processo de migração sob as lentes de gênero:

Migration can provide a vital source of income for migrant women and their families, and earn them greater autonomy, self-confidence and social status. At the same time, women migrants, especially if they are irregular migrants, can face stigma and discrimination at every stage of the migration cycle. Before departure, women can be faced with gender-biased procedures and corrupt agents. In fact, gender discrimination, poverty and violence, can provide the impetus for women to migrate or enable women to be trafficked in the first place. During transit and at their destination women can be faced with verbal, physical and sexual abuse, poor housing and encampments, sex-segregated labour markets, low wages, long working hours, insecure contracts and precarious legal status. And upon return to the source country they may be faced with broken families, illness and poverty (Jolly e Reeves, 2005, p.7).

Assis (2007) explica que a perspectiva de gênero desempenha um papel significativo na configuração dos fluxos migratórios e nos padrões de deslocamento. Para que as teorias de migração internacional sejam verdadeiramente abrangentes, é fundamental que elas incorporem de maneira completa e eficaz as dinâmicas de gênero. Isso implica levar em conta uma variedade de fatores, tanto sutis quanto óbvios, que se entrelaçam para criar experiências distintas ao longo do processo migratório. A clara definição e compreensão desses fatores são elementos cruciais para fortalecer as teorias relacionadas à migração internacional. Simultaneamente, essa compreensão mais profunda contribui para um melhor discernimento das experiências únicas enfrentadas por mulheres migrantes em diversas partes do mundo.

Os estudos de gênero desempenham um papel fundamental na compreensão desse fenômeno, especialmente ao dar visibilidade aos protagonismos femininos nesse processo. Eles nos ajudam a entender as motivações que levam as mulheres a emigrar, os meios e formas de inserção econômica, as dificuldades enfrentadas na adaptação à realidade social e a diversidade de suas experiências. As mulheres que migram não formam um grupo homogêneo, mas uma categoria diversificada. Elas vêm de diversas origens geográficas, estratos sociais, etnias e possuem uma ampla gama de valores culturais, sociais, idades, níveis educacionais e ocupações profissionais (Ramos; Dias, 2020).

Dutra e Sturza (2023) explicam que o panorama do fenômeno das migrações transnacionais reverbera a necessidade de incorporar o elemento de gênero em seu conteúdo de observação. Em razão disso, as questões de gênero sempre estiveram fadadas à invisibilidade, ao passo que se solidificaram como *gender-blind*, fato que representa a desconsideração do elemento identitário de gênero na reflexão crítica dos fenômenos sociais em que as mulheres estão envolvidas. Com efeito, vidas femininas tragadas

pela banalização cotidiana da tragédia humana introjetada pelo patriarcado são corriqueiras nesse imbróglia migratório.

Dessa forma, essa visibilidade é extremamente importante para que todas as dimensões da vida social sejam consideradas, uma vez que as relações de gênero permeiam todas as esferas da produção e reprodução da vida em sociedade e vão além da dicotomia homem/mulher. Elas implicam em relações de poder assimétricas, estabelecendo divisões e hierarquias nas quais as categorias de gênero-classe-cultura/etnia-geração e nacionalidade se entrelaçam. Em outras palavras, elas moldam os lugares, os papéis e o significado das relações de poder de maneira desigual na vida de pessoas de ambos os sexos. É importante lembrar que o gênero é uma construção que continua a classificar corpos com marcas, sejam elas visíveis ou invisíveis, através de gestos, posturas e vestimentas, reforçando papéis e expectativas sociais (Ramos; Dias, 2020).

Diante desse contexto, é evidente que o Brasil está passando por um processo de feminização das migrações, de forma que torna-se extremamente necessário integrar a perspectiva de gênero nos estudos vinculados a esses movimentos migratórios emergentes. Nota-se que ao longo da década passada (2011-2020), as dinâmicas das migrações internacionais no Brasil sofreram transformações significativas. Houve uma mudança no perfil dos migrantes que chegaram ao país em comparação com fluxos anteriores (Cavalcanti; Oliveira; Silva, 2022). Nesse sentido, os dados apontam para um aumento notável no número de mulheres, havendo um processo de feminização no processo migratório:

A feminização das migrações no Brasil, portanto, é um fenômeno social que se inicia a partir de 2015 e vem se consolidando nos últimos anos com um crescente número de mulheres adentrando as fronteiras nacionais e se estabelecendo no mercado de trabalho, com exceção do ano de 2020 e parte de 2021, quando a pandemia de Covid-19 afeta de forma brusca a mobilidade das imigrantes. Junto ao aumento no número de mulheres, observa-se um novo processo nas migrações internacionais para o país, em que há a chegada de mais crianças e adolescentes (Cavalcanti; Oliveira; Silva, 2022, p. 9)

Constata-se que a feminização das migrações no Brasil começou a se intensificar nos últimos sete anos e o aumento no número de mulheres migrantes se deve, em grande parte, ao aumento das migrações provenientes dos países do Sul Global. Nesse contexto, os dados apontam que as haitianas deram início ao processo de feminização das migrações no Brasil. Após, as venezuelanas contribuíram para o aumento do número de mulheres imigrantes no país. A partir de 2015. Dessa forma, as migrações contemporâneas podem ser resumidas em cinco principais características: globalização, aceleração, diversificação, feminização e a crescente politização das migrações. (Cavalcanti; Oliveira; Silva, 2021). Nesse contexto, o Relatório Anual do Observatório das Migrações Internacionais observou:

O número de registros de mulheres imigrantes residentes ao longo da década 2011-2022 tem mostrado uma dinâmica de crescimento constante, com exceção dos anos de



2017 e 2020. Sendo que em 2017 houve uma queda pequena em relação a 2016, em 2020 houve uma queda mais significativa em relação a 2019, devido à pandemia da Covid-19. Aqui é importante destacar que mais de 70% desses registros de mulheres imigrantes pertencem à categoria de residentes, sob a qual iremos debruçar nossa análise. Os anos de 2019 e 2022 são os anos em que constatamos mais registros de imigrantes mulheres, 73.565 e 80.838, respectivamente (Cavalcanti; Oliveira; Silva, 2023).

O Relatório também retrata os fluxos migratórios femininos em todas as UFS do Brasil. Acerca do comportamento dos registro e das UF's, tem-se que:

Olhando o comportamento dos registros vemos que, no geral, todas as UF's registraram aumento nos registros de imigrantes mulheres na série estudada, mas destacamos que São Paulo e Amazonas tiveram seus picos máximos em 2019 e 2022. Roraima teve três picos em 2018, 2019 (com mais registros que o acumulado entre os anos de 2011 e 2018, mas uma grande queda nos registros para o 2020), e em 2022. Já o Paraná (9.078) e Santa Catarina (8.846) tiveram aumentos significativos, sendo o ano de 2022 o com maior número de registros de toda a série histórica estudada. Em 2022, as UF's que mais registraram mulheres imigrantes residentes foram Roraima (19.788), São Paulo (16.829), Paraná (9.078), Santa Catarina (8.846), Amazonas (7.725) e Rio Grande do Sul (5.370) (Cavalcanti; Oliveira; Silva, 2023, p.).

Com relação às nacionalidades, nota-se que mulheres mais frequentemente registradas como residentes no país foram oriundas das seguintes nacionalidades: Venezuela, Haiti, Bolívia, Argentina, Colômbia, Paraguai, Peru, Uruguai, Cuba, Chile e Afeganistão (Cavalcanti; Oliveira; Silva, 2023). No ponto:

Em 2021, as mulheres de nacionalidade venezuelana concentraram o maior número de registros do ano. Do total de registros de residentes mulheres, 63,1% eram venezuelanas, seguidas pelas haitianas (12,84%) e as argentinas e colombianas com 3,43% e 3,40%, respectivamente. As bolivianas, paraguaias e peruanas seguem na lista, mas com menos de 3% do total. Entre as venezuelanas, foram as mulheres entre 19 e 39 anos as que lideraram os registros. No entanto, chama a atenção o número de crianças mulheres de 0 a 11 anos de idade, que somaram 8.370 registros. O mesmo aconteceu com as haitianas (Cavalcanti; Oliveira; Silva, 2023, p.94).

À vista disso, é notório, segundo dados extraídos do Relatório Anual do Observatório das Migrações Internacionais, uma marcante tendência de feminização da migração. Observa-se um aumento significativo na chegada de mulheres migrantes ao Brasil. Sobre essa dinâmica migratória, Dutra e Sturza (2023) refletem que as migrações deste século são tanto compreendidas como estratégias arquitetadas por seres humanos que buscam mudar suas condições de existência devido a transformações adversas em seus horizontes de sobrevivência (como desastres ambientais, guerras, perseguições políticas, culturais e étnicas, miséria, pobreza, desigualdade, exclusão, busca de trabalho, entre outras questões sociais) que dificultam a realização de uma vida digna. Numa perspectiva ontológica, podem ser entendidas como percursos complexos nos quais indivíduos em mobilidade constroem e reconstróem suas identidades mutáveis ao longo do trajeto, influenciados por forças internas que tensionam seus

sistemas de referência. Dessa forma, o processo de migração desencadeia grandes fluxos de deslocamentos humanos em dimensões globais que têm impacto direto no campo dos Direitos Humanos.

Nota-se que o processo de deslocamento e a adaptação no país receptor podem influenciar diretamente na saúde das mulheres migrantes. Assim, a interseção entre gênero, saúde e migrações contribui para a formação de uma estrutura específica no âmbito dos fluxos migratórios vivenciados pela sociedade globalizada. Isso ocorre à medida que o fenômeno de aumento da feminização das migrações ganha destaque, dando origem a uma maior complexidade na mobilidade internacional das mulheres em todo o mundo (Sturza; Dutra; Martini, 2023).

Nesse cenário, o deslocamento de mulheres migrantes apresenta desafios humanitários no âmbito da saúde, uma vez que suas consequências são evidenciadas devido à falta de um plano político sólido destinado a estabelecer respostas adequadas e estratégias de saúde pública que considerem as diversas experiências existenciais das mulheres de maneira a promover efetivamente os direitos humanos, particularmente o direito à saúde das mulheres que estão migrando (Sturza; Dutra; Martini, 2023). Sobre isso, a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) alude, em 1948, em seu artigo XXV sobre a saúde, que todos os seres humanos devem ter direito a contemplar um nível de vida compatível com a efetivação da saúde e com a obtenção de um estado de bem-estar (DUDH, 1948).

Outrossim, a Organização Mundial da Saúde (OMS) explica que a saúde seria tão somente a ausência de doença ou enfermidades ao estabelecer que a saúde é o mais perfeito estado de bem-estar físico, mental e social que uma pessoa pode possuir. Segundo Scliar (2005), esse conceito é composto por duas partes, separadas pela expressão “e não apenas”. A segunda parte representa uma mudança histórica: no passado, era comum que as pessoas se contentassem apenas com a ausência de doenças, considerando-se saudáveis simplesmente por não estarem doentes. Por outro lado, a definição de “estado de mais completo bem-estar físico, mental e social” reflete expectativas mais contemporâneas. É possível estabelecer parâmetros desejáveis em termos orgânicos, como pressão arterial normal e também no equilíbrio mental e social, como por exemplo, as condições de moradia.

A respeito disso, no âmbito brasileiro, a Constituição Federal do Brasil, promulgada em 1988, estabelece o caráter social do direito humano fundamental à saúde. Em seu artigo 6º define “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (Brasil, 1998). Ainda, a Constituição Federal definiu, em seu artigo 196, que “A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1998)



O Brasil também promulgou a Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017, a qual regulamentou a migração no Brasil e estabeleceu princípios e diretrizes para as políticas públicas voltadas a essa população. Nesse viés, em consonância com a Constituição Federal, a legislação de migração assegura igualdade de tratamento aos migrantes internacionais, sem qualquer tipo de discriminação (Brasil, 2017). Acerca da saúde da população migrante, o diploma legal estabelece, em seu artigo 4º, inciso VIII, o pleno acesso aos serviços de saúde:

Ao migrante é garantida no território nacional, em condição de igualdade com os nacionais, a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, bem como são assegurados: VIII - acesso a serviços públicos de saúde e de assistência social e à previdência social, nos termos da lei, sem discriminação em razão da nacionalidade e da condição migratória (Brasil, 2017).

No entanto, apesar do amplo arcabouço jurídico em prol da efetivação do direito à saúde das mulheres migrantes no Brasil, nota-se que esse direito não é operacionalizado na prática. À vista disso, não basta afirmar que a saúde é um direito de todo cidadão e um dever do Estado, é necessário criar as condições que permitam a efetivação desse direito (Vial, 2010). Nesse sentido, antes de adentrarmos na questão relativa à falta de acesso ao direito humano à saúde das migrantes, é necessário entender o que se compreende por saúde da mulher. Nesse universo, a cartilha de promoção de saúde da mulher voltada para venezuelanas e migrantes de países vizinhos ao Brasil, desenvolvida pelo Círculo de Hospitalidade e pela Organização Internacional para as Migrações (OIM), explica que a saúde da mulher inclui:

Boa relação consigo mesma e com o seu entorno, hábitos alimentares saudáveis, prática de esportes e atividades relaxantes, Atenção aos sinais do corpo, acesso às redes de apoio especializadas, Acolhimento e acesso a direitos, estabelecimento de vínculos saudáveis no trabalho, com familiares e amigos, cuidados com a saúde mental, cuidados com a saúde ginecológica através da prevenção e educação em saúde, acesso à anticoncepção e ao planejamento familiar, atenção humanizada durante a gravidez e o parto, tempo para o autocuidado e projetos pessoais (OIM, 2021, s.p.).

Sobre a temática, nota-se que a saúde física e mental da mulher, assim como de qualquer indivíduo, é diretamente influenciada por uma série de fatores, incluindo habitação, condições de trabalho e renda, atividades de lazer, alimentação, acesso a serviços e direitos, bem como a relação com o meio ambiente. No contexto das mulheres migrantes, elementos como o acesso a serviços e direitos, informações, conhecimentos e redes desempenham um papel crucial na promoção de sua saúde. Esses aspectos não apenas contribuem para a autonomia delas, mas também para o seu crescimento pessoal, e, como resultado, afetam positivamente a sua saúde física e mental (OIM, 2021). Assim, observa-se que a saúde vai muito além da mera ausência de doenças, pois é por meio desse direito que os indivíduos conseguem se relacionar com os elementos presentes nas suas sociedades. Nesse sentido, Abreu *et. al* ([s.d], p. 66):



Nesse contexto, falar de saúde implica levar em conta, por exemplo, a qualidade da água que se consome e do ar que se respira, as condições de fabricação e uso de equipamentos nucleares ou bélicos, o consumismo desenfreado e a miséria, a degradação social ou a desnutrição, estilos de vida pessoais e formas de inserção das diferentes parcelas da população no mundo do trabalho; envolve aspectos éticos relacionados ao direito à vida e à saúde, direitos e deveres, ações e omissões de indivíduos e grupos sociais, dos serviços privados e do poder público. A saúde é produto e parte do estilo de vida e das condições de existência, sendo a vivência do processo saúde/doença uma forma de representação da inserção humana no mundo.

Portanto, é evidente que o direito humano à saúde transcende a existência de um sistema de atendimento em casos de doenças, abrangendo um espectro mais amplo. A saúde das mulheres migrantes está interconectada com diversos aspectos, como moradia, lazer, alimentação, acesso a serviços e direitos, notadamente, situações que integram o direito humano à cidade. Diante dessa complexidade, surge a necessidade de uma profunda reflexão sobre o direito à cidade das mulheres migrantes, uma vez que todos os elementos que circundam esse direito estão intrinsecamente entrelaçados e desempenham um papel fundamental na promoção da saúde desta população.

2. A (IN)ACESSIBILIDADE DAS MULHERES MIGRANTES AO DIREITO À CIDADE E OS REFLEXOS NA SAÚDE DESSA POPULAÇÃO

O direito à cidade é um conceito introduzido por Henry Lefebvre em 1968, que define e defende que a vida urbana deve se basear na não exclusão de nenhuma parcela da sociedade de suas qualidades e benefícios e que, em contrapartida, critica a realidade urbana interpretada apenas por questões espaciais, considerando-a reducionista e simplificada, por não considerarem os indivíduos - sujeitos atuantes no espaço social (apud Figueiredo *et al.*, 2017, p. 3822).

Amanajás e Klug (2018) definem que o direito à cidade é um direito difuso e coletivo, de natureza indivisível, do qual são titulares todos os habitantes da cidade, das gerações presentes e futuras. Engloba o direito de habitar, usar e participar na construção de cidades justas, inclusivas, democráticas e sustentáveis. A interpretação desse direito deve considerar a garantia e promoção dos direitos humanos, abrangendo os direitos civis, políticos, sociais, econômicos e culturais reconhecidos internacionalmente para todos.

Acerca da positivação do direito à cidade no Brasil, nota-se que com a instalação da Assembleia Constituinte, por meio de uma emenda popular, obteve-se a primeira conquista com a inclusão, no Capítulo II do Título VII da Constituição Federal de 1988, de dois artigos (182 e 183) que tratam da política urbana no Brasil. O artigo 182 estabelece que a política de desenvolvimento urbano, a ser implementada pelo poder público municipal, visa ordenar o pleno desenvolvimento das funções sociais da cidade,



cumprindo-se quando atende às exigências fundamentais de ordenação da cidade expressas no plano diretor. O artigo 183 define instrumentos para promover a regularização fundiária urbana, incluindo a possibilidade de usucapião especial de imóvel urbano (Brasil, 1988).

Após, o ordenamento jurídico brasileiro infraconstitucional incorporou o direito à cidade no Estatuto da Cidade (Lei nº 10.257/2001), no artigo 2º, incisos I e II, que versam sobre o direito a cidades sustentáveis. Esse estatuto regula os artigos concernentes à política urbana no âmbito federal, referente aos arts. 182 e 183 da Constituição Federal de 1988. O Estatuto da Cidade dispõe que o direito à cidades sustentáveis é compreendido como “o direito à terra urbana, à moradia, ao saneamento ambiental, à infraestrutura urbana, ao transporte e aos serviços públicos, ao trabalho e ao lazer, para as presentes e futuras gerações” (art. 2º, inciso I). Pode-se dizer, então, que a ideia de direito à cidade expressa na lei sintetiza um amplo rol de direitos. Portanto, fala-se sobre o direito de habitar, usar e participar da produção de cidades justas, inclusivas, democráticas e sustentáveis. A interpretação do direito à cidade deve ocorrer em conformidade com a garantia e a promoção dos direitos humanos, que compreenda os direitos civis, políticos, sociais, econômicos e culturais reconhecidos internacionalmente a todos (Amanajás; Klug, 2018, p. 29).

Para além da proteção no Estatuto da Cidade, o direito à cidade também tem referência em outros documentos, desenvolvidos em fóruns internacionais, tais quais a Carta Mundial pelo Direito à Cidade (Fórum Social Mundial Policêntrico, 2006), a Carta-Agenda pelos Direitos Humanos nas Cidades (CGLU, 2009), a Carta da Cidade do México pelo Direito à Cidade (2009), a Carta do Rio de Janeiro sobre o Direito à cidade (2010), entre outros. (Amanajás; Klug, 2018).

Nesse contexto, David Harvey (2014) define o urbano como o espaço da segregação, separação e dominação, mas também do encontro, da simultaneidade e da reunião. Para Harvey, as contradições geradas pelo neoliberalismo resultaram em cidades mais divididas, segregadas e propensas a conflitos. Os processos de urbanização tornaram a qualidade de vida em mercadoria para os que têm dinheiro. Portanto, vivemos em cidades cada vez mais fragmentadas e segmentadas, propensas a conflitos. O autor relata que é nos ambientes urbanos que hoje se demonstram as guerras entre classes. O resultado disso e da polarização na distribuição da riqueza e poder estão inscritos nas formas espaciais das cidades, com comunidades muradas e espaços públicos sob vigilância.

Corrêa (2003) explica que o ambiente urbano reflete diretamente a estrutura social de uma sociedade. Dessa forma, nas cidades capitalistas, o espaço está amplamente dividido em áreas residenciais segregadas, evidenciando a complexa estratificação social por classes. Por outro lado, as cidades medievais exibiam uma organização espacial influenciada pelas guildas e corporações de diferentes artesãos. É importante ressaltar que o ambiente urbano não é apenas resultado das ações do

presente, mas também das que ocorreram no passado, deixando suas marcas nas formas espaciais atuais. No ponto, “o espaço urbano, especialmente o da cidade capitalista, é profundamente desigual: a desigualdade constitui-se em característica própria do espaço urbano capitalista” (Corrêa, 2003, p. 8).

Dessa forma, conforme evidenciado pelos autores, o acesso à cidade é desigual, uma vez que o neoliberalismo tem resultado em cidades mais segregadas, fazendo com que as classes de maior poder aquisitivo se destaquem em relação às demais, fato que resulta em divisões e exclusões sociais. Perante esse contexto, observa-se que a urbanização tem motivos e razões suficientes para causar mudanças sociais e desigualdades na saúde (Figueiredo *et al.*, 2017). Nesse cenário, George Rosen (1994) explica que ao longo da história humana, os principais desafios de saúde enfrentados sempre estiveram ligados à natureza da vida em comunidade. Esses desafios sempre tiveram relação com o controle de doenças transmissíveis, a gestão e aprimoramento do ambiente físico (saneamento), o acesso a água e alimentos limpos em quantidade adequada, a prestação de serviços médicos e a redução da incapacidade e da desigualdade. A ênfase dada a cada um desses problemas variou ao longo do tempo, e é da interconexão entre eles que surgiu a Saúde Pública tal como a conhecemos hoje. Rose (1994), a título exemplificativo, demonstra que existem evidências de atividades relacionadas à saúde comunitária nas mais antigas civilizações:

Cerca de quatro mil anos atrás, um povo, do qual pouco se sabe, desenvolveu uma grande civilização no norte da Índia. Sítios escavados em Mohenjo-Daro, no vale da Índia, e em Harappa, no Punjab, indicam serem essas antigas cidades indianas planejadas em blocos retangulares, segundo, aparentemente, leis de construção. Banheiros e esgotos são comuns nas construções. As ruas eram largas, pavimentadas e drenadas por esgotos cobertos. Esses canais de escoamento ficavam cerca de dois pés, ou menos, abaixo do nível da rua, e consistiam, em sua maior parte, de tijolos cimentados com uma argamassa de barro. Usavam-se materiais superiores no interior das casas e, ao menos em uma ocasião, se mencionam canos de drenagem feitos de cerâmica, embebidos, para evitar-se vazamento, em emplastro de gesso. Achados do Médio Império (2100-1700 a.C.) oferecem alguma ideia das condições no Egito. O arqueólogo Flinders Petrie descobriu as ruínas da cidade de Kahum, construída, por ordem do faraó, segundo um plano. Houve o cuidado de se fazer a água escoar, através de uma calha de pedra mármore implantada no centro da rua. As ruínas de Tel-el-Amarna, do século XIV a.C., são, em essência, iguais às de Kahum. Um detalhe, no entanto, merece menção: os restos de um banheiro, em uma das casas menores. Dois mil anos antes da era cristã já se tinha resolvido, em parte, o problema da água para comunidades maiores (Rose, 1994, p. 31).

Outrossim, a partir do Movimento Sanitário, que teve início no século XIX, a cidade passou a ser também uma preocupação de saúde. Liderado por médicos e engenheiros, as condições de vida da população urbana começaram a ser estudadas, medidas e observadas, estabelecendo-se relações diretas entre a ocupação do indivíduo e o ambiente em que ele vive com a saúde da sociedade. Esse novo enfoque sobre a influência de diferentes contextos (sociais, econômicos e ambientais) na vida urbana defendia o



planejamento conjunto de intervenções na cidade e nos comportamentos como forma de promover a saúde. À luz daquela nova realidade de fome, miséria e doenças, começou-se a refletir sobre a condição humana, e o direito à saúde e à cidade começou a ser desenvolvido. Embora o Movimento Sanitário tenha perdido influência com o surgimento do pensamento biomédico, ele estabeleceu as bases para o entendimento atual sobre saúde e direitos humanos. Com o avanço científico e tecnológico no final do século XIX, tornou-se possível identificar os agentes patológicos e buscar sua erradicação, permitindo a implementação de ações direcionadas, orientadas pela ideia de tratamento e cura (Rosen, 1994).

Assim, observa-se que a urbanização tem relação direta com a promoção da saúde da população. Nesse sentido, Cohen *et al.* (2004) explicam que a promoção de saúde está se solidificando como um espaço de reflexão extremamente importante para a história social do processo saúde-doença, tornando-se um campo para a implementação de estratégias que integram conhecimento e práticas. Isso inclui a incorporação e análise dos determinantes biopsicossociais, econômicos, culturais, políticos e ambientais. Sua principal estratégia reside na expansão do conceito de saúde e qualidade de vida, propondo a articulação com diversos setores, como habitação, urbanismo, meio ambiente, educação, cultura, trabalho, economia, justiça, transporte e lazer, entre outros.

Destarte, a promoção da saúde continua a expandir o conceito de saúde, estabelecendo conexões com outros conceitos, como o ambiente. Nessa abordagem da relação entre saúde e ambiente, foram consideradas dimensões físicas (água, esgoto, resíduos sólidos domésticos e industriais, drenagem urbana, controle de vetores, proteção da atmosfera, solo, rios, lagoas e oceanos) e fatores sociais, políticos, econômicos e culturais. Destacando-se a necessidade premente da criação de ambientes saudáveis (Cohen *et al.*, 2004).

Assim, é evidente que é possível entrelaçar o direito à cidade e o direito à saúde. Nesse contexto, observa-se que o século XXI surgiu marcado com a maioria absoluta da população mundial vivendo nas cidades. Situação que não foge da realidade brasileira, com cidades superpopulosas e planejamento falho que não consegue acompanhar esse ritmo de crescimento. Em vista disso, proporcionalmente também se agravam problemas sociais, de desemprego e ausência de trabalho formal, bem como as disputas pelo espaço urbano (Schonardie; Canabarro; Ricotta, 2019).

No ponto, as migrações e o processo de exclusão da população hipossuficiente, mais pobre, auxilia decisivamente para um desequilíbrio nas cidades. Os espaços urbanos constantemente se transformam, mudam funções, ou adquirem outras por conta do próprio sistema capitalista, que impõe o aumento de atividades produtivas a fim de manter a economia estável (Schonardie; Canabarro; Ricotta, 2019,). Zygmunt Bauman, nesse sentido, explica que os “estranhos à nossa porta” causam “mixofobia (o medo provocado pelo volume irrefreável do desconhecido, inconveniente, desconcertante e incontrolável)”

(2019, p. 11). Nesse sentido, o autor explica que os ricos e privilegiados fogem dos espaços urbanos comuns e se isolam em comunidades fechadas, a fim de se isolar da agitação causada pelos migrantes:

O primeiro impulso é a principal atração da vida urbana, e o segundo, pelo contrário, é sua aflição mais assustadora, em especial aos olhos dos menos afortunados e qualificados, os quais – ao contrário dos ricos e privilegiados, capazes de comprar seu espaço em “comunidades fechadas” para se isolar do pandemônio e da agitação, desconfortáveis, desconcertantes e com frequência terríficas das ruas apinhadas das cidades – carecem de capacidade para se manter a distância das inúmeras armadilhas e emboscadas que se espalham por um ambiente urbano heterogêneo muitas vezes inamistoso, problemático e hostil, a cujos perigos ocultos estão destinados a permanecer expostos por toda a vida (Bauman, 2019, p. 11).

Ramos e Dias (2020), sobre a realidade das pessoas em condição de migrante nas cidades, explicam que há uma tendência que essa população se estabeleça em bairros com pouca infraestrutura, partilhando de uma vivência precária:

Eles tendem a concentrarem-se por origem étnica, muitas vezes em bairros com parca infraestrutura, zonas degradadas e suburbanas, sem condições adequadas de habitabilidade e higiene, em alojamentos sobrelotados, partilhando idênticas condições de vida e fatores de precariedade, isolamento e de exclusão social. A homogeneidade de populações que residem em bairros e/ou habitações degradadas e sobrelotadas em termos de escolarização, de rendimento e muitas vezes de origem étnica; a concentração de populações que vivem em condições socioeconômicas precárias, com fracas redes sociais, instabilidade familiar e profissional, taxas elevadas de violência e delinquência, constituem elementos de risco, exclusão e doença. Estes fatores agravam as dificuldades de integração na vida social, laboral e escolar; dificultam a formação de sociabilidades, projetos de vida e adaptação ao espaço urbano; podem conduzir a situações de isolamento e gueto, favorecendo a estigmatização e a emergência de tensões sociais e sentimentos de intolerância, discriminação e xenofobia da população autóctone; afetam a qualidade de vida e saúde, podendo provocar distúrbios somáticos e psicopatológicos tanto nas crianças como nos jovens e adultos. Esses bairros e zonas degradadas são, em geral, marcados por estigma e isolamento geográfico, social e simbólico face ao resto da cidade. Frequentemente as crianças e jovens desses bairros, sobretudo das segundas e terceiras gerações de migrantes, acumulam insucesso escolar e problemas de adaptação social. Isolam-se, muitas vezes, em atitudes antissociais, de violência e rejeição e organizam-se em culturas e grupos de resistência, reproduzindo e aumentando as situações de exclusão social, de vulnerabilidade e de estresse (Ramos; Dias, 2020, n.p).

Acerca da moradia no Brasil, sabe-se que na sociedade de classes, observam-se discrepâncias sociais quanto ao acesso aos bens e serviços produzidos coletivamente. No sistema capitalista, essas disparidades são consideravelmente amplas, especialmente em regiões como os países latino-americanos. A moradia representa um desses bens com acesso seletivo: uma parcela significativa da população não possui os recursos necessários para arcar com o custo do aluguel de uma habitação adequada, muito menos para adquirir uma propriedade. Esse fenômeno é um dos indicadores mais marcantes de exclusão social, que, no entanto, não está isolado: correlaciona-se com problemas como



desnutrição, doenças, baixa escolaridade, desemprego ou subemprego, e até mesmo empregos mal remunerados (Corrêa, 2003).

As opções de moradia para os grupos marginalizados incluem habitações densamente ocupadas, como os cortiços, localizados nas proximidades do centro da cidade - antigas residências que, no passado, abrigava a elite e que agora se encontram em estado de degradação e subdivisão. Outras alternativas são as casas construídas pelo sistema de autoconstrução em loteamentos periféricos, os conjuntos habitacionais subsidiados pelo Estado, geralmente situados distantes do centro urbano, e as favelas (Corrêa, 2003).

Nesse cenário, as mulheres migrantes e economicamente vulneráveis encontram-se em posições ainda mais desprivilegiadas dentro dos espaços urbanos brasileiros, pois um dos problemas mais enfrentados é a irregularidade na moradia. Para Raquel Rolnik (2015) a insegurança da posse é uma questão de economia política, portanto as leis, as instituições e os processos de tomada de decisão relacionados ao acesso e ao uso da moradia e da terra são atravessados pelas estruturas de poder existentes na sociedade. Assim, as formas de gestão do solo e as estratégias de planejamento urbano têm uma enorme incidência sobre as possibilidades de acesso - ou bloqueio - à terra urbanizada para os moradores de menor renda. É dentro da trama jurídico-administrativa que se tecem os mecanismos de inclusão/exclusão na cidade. Nas palavras de Vera Telles:

Nas suas configurações contemporâneas, práticas e situações instauradas no centro da vida política (e da normalidade democrática) fazem estender uma zona de indeterminação entre a lei e a não lei, terrenos de fronteiras incertas e sempre deslocantes nos quais todos e qualquer um se transformam em vida matável, homo sacer. (Rolnik, 2015, p. 172).

Ainda sobre a moradia, Pasternak (2016) explica que a interação entre habitação e meio ambiente exerce um impacto profundo na saúde humana. Estima-se que entre 80% e 90% do nosso dia seja passado no ambiente construído, sendo a maior parte desse tempo dentro de casa. Nesse contexto, os riscos para a saúde tornam-se extremamente relevantes. A medicina, por si só, não é capaz de solucionar integralmente os problemas de saúde associados a esse ambiente. É essencial que ela se articule com outras disciplinas do conhecimento, como urbanismo, habitação, meio ambiente, cultura, transporte, educação e lazer. Essa abordagem integrada é fundamental para abordar efetivamente as complexas questões relacionadas à saúde, reconhecendo a interconexão entre diversos aspectos do nosso ambiente e estilo de vida.

Além disso, existe uma exclusão do acesso à cidade às mulheres migrantes e, consequentemente, o acesso à saúde no âmbito do saneamento básico, gestão de resíduos sólidos, moradia digna, trabalho digno, lazer, cultura, entre outros. Nesse contexto, Harvey (2014) explica que há uma grande dificuldade



na integração das diversas culturas e, portanto, povos e indivíduos que hoje formam a sociedade brasileira, e ainda uma dificuldade maior de assimilar as mulheres migrantes que aqui chegam, com as diferentes realidades que encontravam-se em seus países de origem, urge a necessidade de transformar a vida quotidiana, nas palavras de Harvey:

Somente quando a política se concentrar na produção e reprodução da vida urbana como processo de trabalho essencial que dê origem a impulsos revolucionários será possível concretizar lutas anticapitalistas capazes de transformar radicalmente a vida cotidiana. Somente quando se entender que os que constroem e mantêm a vida urbana têm uma exigência fundamental sobre o que eles produziram, e que uma delas é o direito inalienável de criar uma cidade mais em conformidade com seus verdadeiros desejos, chegaremos a uma política do urbano que faz mais sentido (2014, p. 21)

Acerca dessa questão, Ventura e Yujra (2019) explicam que as condições de vida e a saúde dos migrantes e refugiados depende do acesso, da mesma forma que para os nacionais, a serviços essenciais como saneamento básico e água potável, bem como à disponibilidade de moradias seguras e limpas. Entretanto, em alguns Estados, migrantes e refugiados, devido a razões políticas e/ou econômicas, são relegados a regiões em que a urbanização é deficiente ou ausente, causando um impacto devastador em sua qualidade de vida.

Bauman (2019) aduz que as migrantes são submersas na pobreza, na desonra e no desprezo em uma sociedade pronta para excluí-las, enquanto ostenta o esplendor de seu inigualável conforto e riqueza. Rotineiramente desconsideradas, reprimidas e censuradas por essas “outras criaturas humanas”, nossas migrantes sentem-se ofendidas e oprimidas, ao serem menosprezadas e terem seu valor negado pelos outros. Ao mesmo tempo, são rejeitadas, zombadas e humilhadas pelo tribunal de sua própria consciência, devido à sua evidente incapacidade de equiparar-se àqueles que estão acima delas.

Nesse imbróglio, Dutra e Sturza (2023) elucidam que suas experiências, marcadas pelo não-viver, penetram profundamente nos corações das migrantes, resultando em expressões vazias e sem frutos. Elas não existem, portanto, não têm o direito nem mesmo de clamar por socorro, muito menos o direito de perecer. Pois quem não é reconhecido não teve um início, não pode ter um fim; suas lutas permanecem anônimas. A “hora da estrela” dessas mulheres é uma temporalidade interrompida pela tragédia do aprisionamento de suas vidas sem propósito. Elas não desempenham nenhum papel protagonista. A designada “crise migratória” retrata o surgimento de caminhos marcados pela hostilidade, nos quais a própria existência não é reconhecida como humana e é, de maneira trágica, marcada por uma sobrevivência precária e degradada, moldada por processos de vulnerabilidade.

Perante esse contexto de precarização da vida das mulheres migrantes, surge a necessidade de elaborar políticas públicas efetivas que foquem no amplo espectro do desenvolvimento socioterritorial das cidades o que poderia romper com o modelo tradicional da área biomédica, haja vista que a



abordagem da saúde urbana se daria de modo transversal e multidimensional, que implicaria economia, emprego, educação, habitação, transporte, cultura, família, lazer e acesso à saúde. Desta feita, evidente que à medida que os governos locais e as partes interessadas obtêm maior participação e conhecimento das reais necessidades da população, melhoram as decisões sobre a cidade na qual querem viver, ajudando-se mutuamente a seguirem rumo à equidade em saúde (Figueiredo *et al.*, 2017).

No ponto, para a integração e o bem-estar das mulheres migrantes, são necessárias atitudes da sociedade de acolhimento, bem como as políticas públicas relacionadas à migração e ao refúgio. Isso enfatiza a necessidade de adotar uma abordagem abrangente, global e interdisciplinar para a mobilidade humana, com base na promoção dos direitos humanos fundamentais, igualdade de oportunidades, cidadania e na formulação de políticas de migração sustentáveis e inclusivas. Essa abordagem deve incorporar estratégias e políticas voltadas para essa população, tanto nos países de origem quanto nos países de acolhimento, com o objetivo de fomentar a saúde mental e física, a participação, a inclusão e o diálogo intercultural (Ramos; Dias, 2020).

Cohen *et al.* (2004) explica, no mesmo sentido, que a inadequação das condições habitacionais, a deterioração da qualidade de vida, os efeitos prejudiciais à saúde causados por ambientes insalubres e a distância da comunidade científica em relação à realidade reforçam a urgência de aprimorar a eficácia e eficiência das políticas públicas de saúde. Para superar o desafio de consolidar intervenções nos determinantes da saúde no ambiente construído, torna-se imperativo articular políticas públicas relacionadas à habitação, saúde, meio ambiente e infraestrutura urbana. Isso demanda a formação de alianças intersetoriais, baseadas em uma visão holística, integradora e multidisciplinar, na qual a participação comunitária desempenha um papel crucial no enfrentamento das questões locais relacionadas à precariedade das interações entre o meio ambiente e o ser humano em seu contexto habitacional.

Dessa forma, é imperativo conceber e implementar projetos, estratégias e políticas que visem à construção e promoção da cidade às mulheres migrantes. Essa visão busca transformar a cidade em um ambiente aberto e diversificado, fomentando a integração e a participação. Nesse contexto, deve predominar a adoção de discursos, políticas e práticas que promovam a igualdade e combatam a discriminação. A cidade deve ser um local privilegiado para o diálogo intercultural, a afirmação de identidades, a igualdade de oportunidades, a qualidade de vida e a cidadania, tanto para indivíduos quanto para grupos, sejam eles minoritários ou majoritários, nativos ou migrantes (Ramos; Dias, 2020).

Além disso, a cidade deve ser uma fonte de inovação, criatividade e transformação em termos de organização espacial, social e ambiental, bem como nos aspectos culturais, econômicos, de comunicação e de gênero. Um elemento fundamental dessa visão é o reconhecimento e valorização da diversidade

cultural como um ativo positivo, que enriquece o patrimônio de todos os cidadãos e contribui para o desenvolvimento humano, social e urbano (Ramos; Dias, 2020).

O IBGE, através da Pesquisa Nacional de Domicílios, divulgou os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde (2019), com as informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde. Nessa pesquisa, foi observado, por exemplo, atendimentos em visitas de Equipes de Saúde da Família nos domicílios de pessoas residências no país, no que a PNS constatou que:

Dentre os domicílios cadastrados há um ano ou mais em Unidade de Saúde da Família, verificou-se que, em 2019, 38,4% receberam visita mensal de agente comunitário de saúde ou de membro da Equipe de Saúde da Família, o equivalente a 15,4 milhões de unidades domiciliares. É importante destacar que esse percentual caiu, consideravelmente, frente a 2013 (47,2%), embora a quantidade de domicílios que recebiam essas visitas fosse menor (14,1 milhões) naquele ano. O que explica tal comportamento é o aumento do número de domicílios cadastrados ocorrer em maior proporção do que o aumento das visitas mensais. Ainda sobre as visitas mensais, em 2019, as Regiões Centro-Oeste, Nordeste e Norte apresentaram resultados superiores à média nacional (46,8%, 42,6% e 38,7%, respectivamente), enquanto a Região Sudeste registrou o menor resultado (33,4%). Na Região Sul, 37,7% dos domicílios cadastrados recebiam essas visitas mensalmente. Dentre os domicílios cadastrados há um ano ou mais em Unidade de Saúde da Família, observou-se que, em 2019, aproximadamente 23,8% (9,5 milhões) nunca receberam visita de agente comunitário de saúde ou de membro da Equipe de Saúde da Família, o que retrata um forte aumento em comparação a 2013, quando esse percentual era 17,7% (5,3 milhões). Esse aumento foi observado em todas as Grandes Regiões, destacando-se a Região Sudeste, que atingiu 30,0% (quase 1 /3) de domicílios cadastrados que nunca receberam tal visita. O percentual da Região Sul (28,6%) também foi superior à média nacional, enquanto, nas demais, variou de 16,4%, na Região Nordeste, a 19,1%, na Região Norte.

Ainda, acerca dos internamentos junto ao Sistema Único de Saúde, a PNS constatou que em 2019, das pessoas que ficaram internadas em hospitais por 24 horas ou mais, 64,6% (8,9 milhões) fizeram o atendimento por meio do SUS, no que as maiores proporções foram registradas nas regiões Norte e Nordeste enquanto a Região Sudeste apresentou a menor (56,4%). Referente ao nível de instrução, maior foi a proporção do indicador, no que variou de 79,6% entre as pessoas sem instrução ou com o ensino fundamental incompleto, a 21,1% entre aquelas com ensino superior completo.

Destaca-se que, quando considerado o rendimento domiciliar *per capita* das pessoas que ficaram internadas em hospitais por 24 horas ou mais nos últimos 12 meses anteriores à data da pesquisa, as disparidades são ainda mais expressivas. Esse indicador, portanto, revela uma clara dependência das pessoas economicamente vulneráveis em relação ao SUS.

Segundo estimativas da PNS 2019, estavam nessa condição 95,0% das pessoas sem rendimento até $\frac{1}{4}$ do salário mínimo e 89,8% daquelas situadas na faixa de mais de $\frac{1}{4}$ a $\frac{1}{2}$ salário mínimo. Ao contrário do observado nessas faixas iniciais, somente 6,8% das pessoas com rendimento domiciliar per capita de mais de 5 salários mínimos tiveram

sua última internação por meio do SUS. No meio rural, as internações via SUS também foram mais frequentes (85,9%) do que as registradas na área urbana (61,4%).

Em vista do desafio da questão da efetividade do direito à saúde às mulheres migrantes, pode-se citar o Relatório Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres e Adolescentes Migrantes Venezuelanas no Brasil elaborado pelo ReGHID - Redressing Gender Health of Displaced Woman and Girls (2023) que trouxe à tona informações acerca da chegada das mulheres venezuelanas no país, e registrou que o desconhecimento da língua é um impacto no trato com as autoridades de recepção.

Nesse momento, de acordo com o ReGHID (2023) muitas mulheres já se encontram com a saúde mais fragilizada e emocionalmente vulneráveis e mesmo as que entram regularmente, podem passar muitos dias em situação de rua, sem acesso a locais que lhes possibilitem manter a sua higiene íntima. Ainda, a ausência de abrigo e a morosidade para obter documentação aumentam ainda mais os riscos à saúde sexual e reprodutiva e à saúde mental. Além disso, dentro dos abrigos, as condições de organização do espaço chamam atenção, devido a entrada e saída de muitas pessoas desconhecidas há um controle muito maior, com regras acerca dos horários e tempos. As famílias são divididas entre “carpas”, que são espaços pequenos e desconfortáveis. Para as mulheres migrantes em situação de irregularidade, a obtenção de informações relacionadas à documentação e à saúde é mais difícil e demorada. Ainda, as mulheres com filhos devido a falta de redes de cuidado sociais ou institucionais que lhe dêem apoio acabam por ter ainda mais dificuldades. Muitas, portanto, permanecem desempregadas ou em trabalhos informais, e correm risco, conseqüentemente, de maior exploração. O que chama a atenção é que essas mulheres saíram de seu país de origem em busca de melhor qualidade de vida e continuam enfrentando empregos precários e mal remunerados, condições de moradia inadequadas, caras e ruins e transportes precários.

As participantes do estudo do ReGHID relataram enfrentamento de sérios desafios à saúde como riscos de estupro, agressão, assédio e outras ameaças. Estas situações são ampliadas pela pobreza, pelo estigma, exclusão social e diferenças culturais, incluindo acesso inadequado a serviços de atendimento à saúde. As evidências produzidas por este estudo identificaram as seguintes necessidades em saúde sexual e reprodutiva durante (e devido ao) o processo de deslocamento da Venezuela ao Brasil:

63% das mulheres ativas sexualmente referiram que os parceiros não utilizaram preservativo nenhuma vez nos últimos 12 meses. Apenas metade das mulheres com vida sexual ativa (53%) relatou usar algum contraceptivo, sendo o mais usado o anticoncepcional injetável (15%). Esse percentual é menor do que o observado nas brasileiras (80%).

Ainda, no que diz respeito às participantes adolescentes, que ainda não haviam iniciado a vida sexual, a pesquisa realizada pelo ReGHID (2023) identificou a necessidade de espaços e profissionais que



gerem confiança e que compartilhem as informações adequadas, sem vieses morais e religiosos. Quanto à utilização de serviços de saúde sexual e reprodutiva, mulheres e adolescentes migrantes destacaram conseguir acessar ao exame preventivo por meio do SUS, inclusive a realização, em conjunto, de testes de rastreamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), suprimindo algumas de suas necessidades. Dentre as mulheres que relataram, no momento da entrevista, uso dos serviços nas últimas duas semanas (32%), esses foram os principais motivos para os atendimentos:

(...) enfermidades (23%); prevenção, cuidados periódicos de Sumário executivo REGHID 04 saúde ou puericultura (19%) e vacinação (17%). Um total de 69% realizaram o exame de Papanicolau nos últimos 3 anos e 40% destas zeram o exame no Brasil. Muito embora mais de 70% das venezuelanas auto-avaliaram o seu estado de saúde como bom e muito bom, seu uso do sistema de saúde foi mais que o dobro do uso feito por mulheres brasileiras da mesma idade e região e pode repetir demanda reprimida no país de origem, assim como novas demandas geradas no processo do deslocamento. Mulheres que sofreram violência no percurso migratório ou no Brasil e que deixaram lhos na Venezuela relataram uma pior auto-avaliação de sua saúde.

Com as últimas estimativas aqui relatadas e os estudos trazidos até agora, pode-se observar que o direito à saúde das mulheres migrantes no Brasil está ameaçado por muitos fatores, o primeiro deles, no caso de não falantes da língua portuguesa, é a barreira linguística. Em seguida, a problemática da moradia inadequada também se apresenta, visto que, conforme constatado no relatório do ReGHID, muitas delas mesmo que cheguem ao país legalmente passam dias em situação de rua. Aquelas que residem em abrigos ainda encontram outras dificuldades, como o risco de abuso sexual, psicológico e físico. Considerando que as mulheres migrantes se encontram em situação de vulnerabilidade econômica e, levando em consideração a pesquisa realizada pelo PNS aqui mencionada, também pode-se afirmar que elas fazem parte do grupo que mais depende da utilização dos serviços do SUS, entretanto também pode-se observar que a falta de acesso à informação pertinente acerca dos serviços públicos de saúde também as impede de acessar aos serviços do SUS.

O SUS, através das Unidades de Saúde, oferece atendimentos à domicílios de responsabilidade das Equipes de Saúde de Família, no entanto, conforme já mencionado, pode-se constatar com a relatório da PNS que as pelo menos 23,8% (9,5 milhões) das pessoas residentes no Brasil nunca receberam visita de agente comunitário de saúde ou de membro da Equipe de Saúde da Família. No ponto, parece forçoso destacar o papel do SUS e dos profissionais envolvidos com as mulheres migrantes no país, que é de extrema importância para efetivação do direito à saúde dessas mulheres. Para além disso, forçosa a disponibilidade de moradia digna para esse grupo de pessoas e de acesso à informação aos direitos que possuem no que diz respeito ao acesso à saúde.

O direito à saúde e o direito à cidade estão interconectados no que compete às mulheres migrantes ao acesso à políticas públicas e na autodeterminação dos indivíduos utilizadores dos serviços



públicos e residentes de um determinado território urbano, a fim de designar o uso e a participação nos espaços urbanos. Isso se vislumbra também no acesso equitativo a um ambiente ecologicamente equilibrado, à moradia, ao trabalho, à cultura, ao lazer, enfim, tudo o que compete ao acesso efetivo das mulheres migrantes dentro das cidades. Dessa forma, é necessário desenvolver e executar ações direcionadas à criação e promoção de uma cidade inclusiva para as mulheres migrantes. Esta perspectiva poderá alterar o cenário urbano, transformando-o em um ambiente aberto e diversificado que incentive a integração e a participação ativa dessas mulheres.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa abordou a complexa interseção entre gênero, migração, direito à saúde e direito à cidade. Assim, como conclusão, primeiro, observou-se que a interseção das questões de gênero e migração amplia a complexidade das discussões sobre fluxos migratórios. Nesse contexto, entender a genderização se torna essencial para analisar os processos de migração, uma vez que as construções de gênero desempenham um papel fundamental na definição das expectativas e expressões associadas ao feminino e ao masculino, influenciando e perpetuando desigualdades e discriminações. Além disso, nota-se que as mulheres migrantes contemporâneas frequentemente optam por migrar de maneira independente, desafiando a concepção tradicional de que as mulheres aguardam ou seguem os passos dos homens. Nesse sentido, a perspectiva de gênero desempenha um papel significativo na formação e compreensão dos fluxos migratórios.

Outrossim, a pesquisa constatou que a migração de mulheres traz consigo uma série de desafios acerca da (in)efetividade dos direitos humanos. Sobre isso, observa-se que as mulheres migrantes enfrentam muitos desafios para efetivar o seu direito à saúde, o qual é elemento central na promoção dos demais direitos. Nesse sentido, o direito à saúde não se limita à ausência de doenças, mas abrange uma gama de fatores que influenciam o bem-estar físico e mental das mulheres migrantes, incluindo moradia, condições de trabalho, acesso a serviços e direitos, alimentação e relacionamento com o ambiente. Assim, nota-se que o direito à saúde está intrinsecamente ligado ao direito à cidade.

Assim, a pesquisa adentrou na acessibilidade das mulheres migrantes ao direito à cidade. Nesse contexto, observou-se que o direito à cidade é fundamental para a promoção da equidade e da justiça social, visto que engloba o acesso a uma série de serviços e oportunidades dentro do espaço urbano. As mulheres migrantes, muitas vezes em situações vulneráveis, enfrentam desafios adicionais, como a irregularidade na moradia e a exclusão do acesso a serviços essenciais. Dessa forma, para garantir que as mulheres migrantes tenham acesso adequado à saúde e aos benefícios de viver em áreas urbanas, é necessário adotar políticas públicas que considerem suas necessidades específicas. A abordagem da saúde



urbana deve ser multidimensional, abrangendo não apenas a área biomédica, mas também questões econômicas, sociais, culturais e de moradia. Somente ao reconhecer a complexidade desses desafios e adotar uma abordagem abrangente é possível promover a equidade em saúde e garantir que as mulheres migrantes desfrutem de todos os direitos a que têm direito dentro das cidades.

Portanto, a título de conclusão, a pesquisa destaca a importância de abordar os fluxos migratórios a partir das lentes de gênero, a fim de melhor compreender as vulnerabilidades e as invisibilidades das mulheres migrantes. Além disso, a pesquisa acentua que a questão da saúde das mulheres migrantes está conectada com o direito à cidade, pois é necessário pensar em saúde não apenas a partir da ausência de doenças, mas também em aspectos relativos ao ambiente ecologicamente equilibrado, à moradia, ao trabalho, à cultura, ao lazer. Assim, a hipótese levantada na pesquisa foi confirmada em sua integralidade, pois é necessário reconhecer que o direito à saúde está intrinsecamente ligado ao direito à cidade, devendo ser considerado na formulação de políticas públicas e na promoção dos direitos humanos das mulheres migrantes.

REFERÊNCIAS

ABREU, Ana Rosa; PEREIRA, Maria Cristina Ribeiro; SOARES, Maria Tereza Perez; NOGUEIRA, Neide. **Saúde**. Disponível em: <http://basenacionalcomum.mec.gov.br/images/pcn/livro092>. Acesso em: 24 jan. 2024.

AMANAJÁS, Roberta; KLUG, Letícia. **Direito à cidade, cidades para todos e estrutura sociocultural urbana**. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8622?mode=full>. Acesso em: 23 fev. 2024.

ASSIS, Gláucia de Oliveira. **Mulheres migrantes no passado e no presente: gênero, redes sociais e migração internacional**. Estudos Feministas, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 745-747, jan. 2007.

BAUMAN, Zigmunt. **Estranhos à nossa porta**. Rio de Janeiro: Zahar, 2017.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 2022.

BRASIL. Lei n.13.445, de 24 de maio de 2017. **Lei de Migração**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13445.htm. Acesso em: 20 jan. 2024.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 20 jan. 2024.

CAVALCANTI, Leonardo; OLIVEIRA, Tadeu de; SILVA, Bianca. **Relatório Anual OBMigra 2022**. Série Migrações. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/ Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral. Brasília, DF: OBMigra, 2022.



Rev. Dir. Cid., Rio de Janeiro, Vol. 17, N.02., 2025, p. 164-189

Janaína M. Sturza, Cláudia Marília F. L. Marques e Tamara Cossetim Cichorski
DOI: 10.12957/rdc.2025.82899 | ISSN 2317-7721

CAVALCANTI, Leonardo; OLIVEIRA, Tadeu de.; SILVA, Bianca. **Relatório Anual OBMigra 2023**. Série OBMigra 10 anos: Pesquisa, Dados e Contribuições para Políticas. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral. Brasília, DF: OBMigra, 2023

CASTLES, Stephen. MILLER, Mark. **The Age of Migration: International Population Movements in the Modern World**. Second Edition. MACMILLAN PRESS LTD Houndmills, Basingstoke, Hampshire RG21 6X Sand London Companies And Representatives Throughout Theworld.1998.

COHEN, Simone Cynamon *et al.* **Habitação saudável no Programa Saúde da Família (PSF): uma estratégia para as políticas públicas de saúde e ambiente**. Ciência & Saúde Coletiva, [S.L.], v. 9, n. 3, p. 807-813, set. 2004.

CORRÊA, Roberto Lobato. **O espaço urbano**. São Paulo: Editora Ática, 2003.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS (DUDH). In: UNICEF. 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 22 jan. 2024.

DUTRA, Gabrielle Scola; STURZA, Janaína Machado. **Direito Humano à Saúde: Performatividade e precariedade da existência das mulheres transmigrantes no estado do Rio Grande do Sul sob a perspectiva da metateoria do Direito Fraternal**. Blumenau: Editora Dom Modesto, 2023.

FIGUEIREDO, Glória Lúcia Alves; MARTINS, Carlos Henrique Gomes; DAMASCENO, Jaqueline Lopes; CASTRO, Gisélia Gonçalves de; MAINEGRA, Amado Batista; AKERMAN, Marco. **Direito à cidade, direito à saúde: quais interconexões?**. Ciência & Saúde Coletiva, [S.L.], v. 22, n. 12, p. 3821-3830, dez. 2017.

FONSECA, Márcio Alves da. **Imigração, Estado de direito e biopolítica**. Revista de Filosofia Aurora, [S.L.], v. 28, n. 45, p. 969, 7 abr. 2016. Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUCPR

HARVEY, David. **Cidades rebeldes: do direito à cidade à revolução urbana**. São Paulo: Martins Fontes, 2014.

OLLY, Susie; REEVES, Hazel. **Gender and Migration: Overview Report**. 2005. Disponível em: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/75185>. Acesso em: 24 jan. 2024.

RAMOS, Maria Natália Pereira; DIAS, Marly de Jesus Sá. **Migrações contemporâneas e feminização: impactos e desafios para as políticas públicas e para a integração nas cidades**. 2020. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/3211/321165167025/html/>. Acesso em: 20 jan. 2024.

ROLNIK, Raquel. (2015). **Guerra dos lugares: a colonização da terra e da moradia na era das finanças**. São Paulo, Boitempo.

ROSEN, George. **Uma história da Saúde Pública**. São Paulo: Editora Unesp, 1994.

SCLIAR, Moacyr. **Do Mágico ao Social**. 2. ed. São Paulo: Editora Sanae, 2005.

SCHONARDIE, Elenise Felzke; CANABARRO, Ivo dos Santos; RICOTTA, Giuseppe. **Múltiplos olhares sobre as cidades: controle social, memória e direitos humanos**. 2. ed. ampl., atual. e rev. – Santa Cruz do Sul: Essere nel Mondo, 2019.



ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL PARA AS MIGRAÇÕES (OIM). **Caminhos Para A Promoção De Saúde Da Mulher: Cartilha de promoção de saúde da mulher voltada para venezuelanas e migrantes de países vizinhos ao Brasil**. 2021. Disponível em:

https://brazil.iom.int/sites/brazil/files/Publications/cartilha_sau%CC%81de_mulher_sau%CC%81de_mental_pt_v3.pdf. Acesso em: 24 jan. 2024.

PASTERNAK, Suzana. **Habitação e saúde**. Estudos Avançados, [S.L.], v. 30, n. 86, p. 51-66, abr. 2016.

PATARRA, Neide Lopes. **O Brasil: país de imigração?** E-metropolis, Revista Eletrônica de Estudos Urbanos e Regionais, ano 3, n. 9, p. 8-18, 2012.

PERALVA, Angelina. **França: imigrantes, estrangeiros, estranhos**. Lua Nova: Revista de Cultura e Política, [S.L.], n. 33, p. 59-76, ago. 1994.

PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE. **Informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação**. [S.L.]. 2019. Disponível em:

<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101748.pdf>. Acesso em 28 fev. 2025.

REDRESSING GENDER HEALTH OF DISPLACED WOMAN AND GIRLS. **Sumário executivo Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres e Adolescentes Migrantes Venezuelanas no Brasil**. [S.L.]. Disponível em:

https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2023/03/REGHID_sumario_executivo_9mar23.pdf. Acesso em: 28 fev. 2025.

VENTURA, Deisy de Freitas Lima; YUJRA, Veronica Quispe. **Saúde de Migrantes e Refugiados**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019.

VENTURA, Miriam. **Imigração, saúde global e direitos humanos**. Cadernos de Saúde Pública, [S.L.], v. 34, n. 4, p. 1-3, 29 mar. 2018

VIAL, Sandra Regina Martini. **Saúde e determinantes sociais: uma situação paradoxal**. In: Comparazione e Diritto Civile. v. 1, p. 16, 2010.

WALDMAN, Tatiana Chang. **Movimentos Migratórios sob a perspectiva do Direito à saúde: Imigrantes bolivianos em São Paulo**. In: Revista de Direito Sanitário. São Paulo. V. 12, n. 1 p. 90-114 . Mar./Jun. 2011. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13239/15054>. Acesso em: 20 jan. 2024.

Sobre os autores:

Janaína Machado Sturza

Pós Doutora em Direito pela Universidade Tor Vergata – Roma/It. Pós Doutora em Direito pela Unisinos. Doutora em Direito pela Universidade de Roma Tre/It. Mestre em Direito e Especialista em Demandas Sociais e Políticas Públicas pela Unisc. Professora/Pesquisadora na Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande Do Sul – Unijui, lecionando na Graduação em Direito e no Programa de Pós-Graduação em Direito - Mestrado e Doutorado. Integrante da Rede Iberoamericana de Direito Sanitário. Integrante do Grupo de Pesquisa Biopolítica e Direitos Humanos (CNPq). Pesquisadora Universal CNPq - Chamada CNPq/MCTI/FNDCT N° 18/2021. Editora Chefe da Revista Direito em Debate. Programa de Pós Graduação em Direitos Humanos – Mestrado e Doutorado da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUI.
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6189149330530912> ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9290-1380>
E-mail: janasturza@hotmail.com

Cláudia Marília França Lima Marques

Mestranda em Direitos Humanos pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUI, Ijuí/RS, na Linha de Pesquisa I - Fundamentos e Concretização dos Direitos Humanos, com Bolsa Integral da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), sob orientação da Professora Pós-Doutora Janaína Machado Sturza. Pós-Graduada em Direito Civil pela Universidade Dom Alberto, Santa Cruz do Sul/RS. Pós-Graduada em Direito Penal pela Universidade Dom Alberto, Santa Cruz do Sul/RS. Graduada em Direito pela Universidade de Cruz Alta, Cruz Alta/RS. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUI
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8192359821421744> ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9523-3891>
E-mail: claufl1903@gmail.com

Tamara Cossetim Cichorski

Mestranda em Direitos Humanos do Programa de Pós-Graduação da Universidade Regional do Noroeste do Rio Grande do Sul (PPGD) com Bolsa Gratuidade (UNIJUI). Pós-graduada em Direito Imobiliário pela Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Graduada em Direito pela Universidade Regional do Noroeste do Rio Grande do Sul (UNIJUI).
Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUI
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5450911194317323> ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-0275-0289>
E-mail: tamaracossetim@gmail.com

