

Gênero, migração e deficiência na união europeia: a (in)efetivação do direito humano à saúde das mulheres migrantes com deficiência sob a matriz biopolítica do direito fraterno

Gender, migration and disability in the european union: the (in)effectiveness of the human right to health for migrant women with disabilities under the biopolitical matrix of fraternal law

Género, migración y discapacidad en la Unión Europea: la (in)eficacia del derecho humano a la salud para las mujeres migrantes con discapacidad bajo la matriz biopolítica del derecho fraterno

Gabrielle Scola Dutra¹; Janaína Machado Sturza²; Ariély Domingos³

1 Pós-Doutorado em Direito pela UNIRITTER (Brasil). Doutora em Direito pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUI. Mestre em Direito pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI. Professora e pesquisadora na Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, lecionando na graduação em Direito e no Programa de Pós-graduação stricto sensu em Direito – Mestrado e Doutorado (PPGD UNESC). Líder do Grupo de Pesquisa “Direitos Humanos, Diversidade e Inclusão na Era das Migrações”, cadastrado no CNPq e vinculado ao PPGD UNESC. Membro do Comitê Gestor do Observatório Latino-americano de Direitos Humanos Professor Antônio Carlos Wolkmer (OLADH – PPGD UNESC). Membro do grupo de pesquisa: “Biopolítica e Direitos Humanos”, cadastrado no CNPq e vinculado ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Direitos Humanos, Mestrado e Doutorado da UNIJUI. Advogada. E-mail: gabriellescoladutra@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2688-8429>

2 Doutora em Direito pela Universidade de Roma Tre – Itália, com estágio pós-doutoral em Direito na Universidade Tor Vergata – Itália (2024) e na UNISINOS (2016). Mestre em Direito e Especialista em Demandas Sociais e Políticas Públicas pela UNISC. Professora e 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 Gaúcha FAPERGS – Edital N° 09/2023 (2024 – 2027). E-mail: janasturza@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9290-1380>

3 Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Direito (PPGD) da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC (Área de concentração: Direitos Humanos e Sociedade, Linha de Pesquisa I: Direitos Humanos, Cidadania e Novos Direitos), sob orientação da Professora Doutora Gabrielle Scola Dutra. Membro do Grupo de Pesquisa “Direitos Humanos, Diversidade e Inclusão na Era das Migrações”, cadastrado no CNPq e vinculado ao PPGD UNESC. Advogada. e-mail: domingos.ariely@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-1051-4504>

DOI: [https://doi.org/10.37767/2591-3476\(2026\)06](https://doi.org/10.37767/2591-3476(2026)06)

Fecha de recepción: 04.03.2026

Fecha de aceptación: 05.05.2026

RESUMO:

O artigo discute as categorias de gênero, migração e deficiência no locus da União Europeia. O objetivo é produzir uma intersecção crítica entre gênero, migração e deficiência por intermédio de uma análise a respeito da (in)efetivação do direito humano à saúde das mulheres migrantes com deficiência no contexto da União Europeia sob a matriz biopolítica da Teoria do Direito Fraterno, desenvolvida pelo jurista italiano Eligio Resta. Foi empregado o método dedutivo, instruído por uma análise bibliográfica e documental. Sob a perspectiva do Direito Fraterno, questiona-se: como as políticas migratórias e de saúde da União Europeia, estruturadas pela lógica biopolítica, produzem a (in)efetivação do direito humano à saúde das mulheres migrantes com deficiência? Constatou-se que as políticas migratórias e de saúde da União Europeia transformam o direito humano à saúde das mulheres migrantes com deficiência em mecanismo biopolítico de gestão da vida, uma aversão aos pressupostos do Direito Fraterno.

RESUMEN:

El artículo analiza las categorías de género, migración y discapacidad en el ámbito de la Unión Europea. El objetivo es producir una intersección crítica entre género, migración y discapacidad mediante un análisis sobre la (in)efectividad del derecho humano a la salud de las mujeres migrantes con discapacidad en el contexto de la Unión Europea, bajo la matriz biopolítica de la Teoría del Derecho Fraterno, desarrollada por el jurista italiano Eligio Resta.

Se empleó el método deductivo, sustentado en una revisión bibliográfica y documental. Desde la perspectiva del Derecho Fraterno, se plantea la siguiente pregunta: ¿cómo las políticas migratorias y de salud de la Unión Europea, estructuradas por la lógica biopolítica, producen la (in)efectividad del derecho humano a la salud de las mujeres migrantes con discapacidad?

Se constata que las políticas migratorias y de salud de la Unión Europea transforman el derecho humano a la salud de las mujeres migrantes con discapacidad en un mecanismo biopolítico de gestión de la vida, en contraposición a los presupuestos del Derecho Fraterno.

ABSTRACT

This article discusses the categories of gender, migration, and disability within the context of the European Union. The aim is to produce a critical intersection between gender, migration, and disability through an analysis of the (non-)realization of the human right to health for migrant women with disabilities in the European Union context, under the biopolitical framework of the Theory of Fraternal Law, developed by the Italian jurist Eligio Resta. The deductive method was employed, guided by bibliographic and documentary analysis. From the perspective of Fraternal Law, the question posed is: how do the migration and health policies of the European Union, structured by biopolitical logic, produce the (non-)realization of the human right to health for migrant women with disabilities? It is found that the migration and health policies of the European Union transform the human right to health of migrant women with disabilities into a biopolitical mechanism for managing life, an aversion to the assumptions of Fraternal Law.

PALAVRAS-CHAVE: Deficiência; Direito Humano à Saúde; Gênero; Migração; Mulheres Migrantes.

PALABRAS CLAVE: Discapacidad; Derecho humano a la salud; Género; Migración; Mujeres migrantes.

KEY WORDS: Disability; Human Right to Health; Gender; Migration; Migrant Women.

I. Introdução

Sabe-se que as migrações transnacionais personificam-se em um terreno fértil para vislumbrar como as formas contemporâneas de governamentalidade biopolítica repercutem na vida e na mobilidade humana do “ser migrante”. Assim, os regimes migratórios tanto regulam fluxos populacionais no cerne das dinâmicas de deslocamentos, quanto operam como dispositivos biopolíticos sofisticados que fabricam categorias jurídicas instáveis, tais como: o migrante “irregular” e “ilegal”, o solicitante de refúgio e o refugiado “condicional”, o migrante econômico “desejável e “indesejável”, o migrante “suspeito” e a “ameaça”, o “deportável”, entre outras. Tais categorias funcionam para modular graus diferenciados da operacionalização de uma biopolítica de fronteira através da atuação de regimes jurídicos de exceção, tecnologias de vigilância e saberes técnico-administrativos que (re)produzem classificações diferenciais de vidas migrantes. Sob o crivo do neoliberalismo, os direitos humanos deixam de funcionar como garantias universais e passam a ser administrados de maneira condicional, seletiva e frequentemente suspensiva, reduzidos biopoliticamente, a imperativos de segurança, produtividade e controle demográfico.

A biopolítica da fronteira inscreve-se no corpo do “ser migrante” antes de se inscrever no mapa. Ela respira na fila que não anda, no documento que promete passagem e entrega suspensão, no olhar treinado para distinguir quem pode viver depressa de quem deve aprender a esperar. A fronteira não corta apenas territórios: ela administra pulsos, regula fôlegos, distribui cansaços. Faz da vida um cálculo e da travessia uma prova moral, onde alguns corpos são acolhidos como investimento e outros mantidos em estado de sobrevivência prolongada, vivos o suficiente para trabalhar, vulneráveis o bastante para não perceber. Sob a codificação da segurança e da fraternidade, a fronteira cultiva uma violência silenciosa, uma morte que não explode, mas se estende (lenta, burocrática e cotidiana) enquanto decide, com precisão quase invisível, quais existências merecem proteção e quais podem desaparecer sem ruído. Logo, a fronteira transforma-se em um espaço de exceção normalizada, no qual a vida migrante é simultaneamente objeto de proteção discursiva e alvo de práticas generalizadas de contenção, exposição e abandono.

As migrações transnacionais escancaram a constituição de uma economia política da mobilidade humana, na qual a carga valorativa da vida é continuamente calculada, negociada e hierarquizada. Por isso, a governamentalidade migratória, numa dimensão transnacional, articula um arsenal de tecnologias jurídicas, estatísticas e biométricas para promover a gestão biopolítica das populações em mobilidade, à medida que delineiam a figura do migrante em consonância com as necessidades do mercado global. Entretanto, essa mesma condição biopolítica arquiteta formas complexas de resistência e reapropriação de direitos humanos, que não se limitam à demanda por reconhecimento estatal, mas produzem práticas transnacionais de fraternidade e reivindicação política. Nesse panorama, a União Europeia não apenas adota, mas encarna a lógica da Europa Fortaleza como forma histórica de racionalização biopolítica do espaço político

européu, materializada na densificação das fronteiras externas, na externalização dos dispositivos de contenção para países terceiros e na institucionalização de tecnologias de rastreamento, triagem e classificação de “estrangeiros”.

A biopolítica europeia inaugura zonas de abjeção e indistinção entre proteção e abandono, nas quais o migrante é governado como população estatística e como vida potencialmente descartável, revelando uma racionalidade enrijecida que desloca a soberania do gesto excepcional da exclusão para a administração contínua da exposição diferencial à vulnerabilidade, à detenção e à morte. A fronteira irrompe como uma cena de linguagem e poder, um gesto performativo que não se limita a conter corpos em movimento, mas que inscreve, no próprio limiar do território, os regimes do (in)visível e do (ir)reconhecível. É ali que se decide quais vidas podem ser nomeadas, choradas e amparadas, quais merecem proteção e inscrição jurídica, e quais são lançadas à opacidade, condenadas a uma exposição contínua à violência normalizada e ao abandono socialmente autorizado.

Sob as lentes de gênero, a fronteira configura-se como um dispositivo contínuo de produção da vulnerabilidade, cuja operação excede o instante do cruzamento territorial e se estende aos antes, durante e depois do movimento migratório, incidindo de modo particularmente violento sobre as mulheres migrantes. Seus corpos são governados por regimes biopolíticos de gestão da vida, desde a violência doméstica, sexual e econômica nos contextos de origem, passando pela exposição à exploração, ao tráfico e à violência sexualizada nas rotas migratórias, até a precarização jurídica, laboral e reprodutiva nos países de destino. Nessa conjuntura hostil, a biopolítica da fronteira converte a experiência migratória feminina das mulheres migrantes em uma trajetória marcada pela normalização do abuso e pela suspensão reiterada de direitos humanos, ao mesmo tempo em que invisibiliza essas violências sob discursos securitários, humanitários ou assistenciais que raramente reconhecem as mulheres migrantes como sujeitos plenos de proteção.

A articulação simbiótica entre gênero, migração e deficiência, no espaço europeu, revela que as políticas migratórias europeias, incorporam racionalidades capacitistas e patriarcais, e tendem a enquadrar as mulheres migrantes com deficiência ora como corpos improdutivos e onerosos aos sistemas de proteção social, ora como sujeitos passivos de cuidado, destituídos de agência política e autonomia moral, o que legitima práticas de contenção, segregação institucional e negligência que repercute na desproteção dos direitos humanos, com ênfase para o direito humano à saúde. A deficiência não apenas intensifica os riscos associados à mobilidade forçada, tais como: violência sexual, exploração econômica, medicalização coercitiva e dependência forçada, mas redefine os próprios critérios de inteligibilidade do sofrimento, restringindo o reconhecimento de violações de direitos humanos a parâmetros normativos que excluem experiências corporais e cognitivas dissidentes.

A temática da presente pesquisa discute as categorias de gênero, migração e deficiência no locus da União Europeia. O objetivo geral da investigação é produzir uma intersecção crítica entre gênero, migração e deficiência por intermédio de uma análise a respeito da (in)efetivação do direito humano à saúde das mulheres migrantes com deficiência no contexto da União Europeia sob a matriz biopolítica da Fraternidade. Num primeiro momento, analisam-se dados qualitativos e/ou quantitativos sobre as mulheres migrantes com deficiência na União Europeia, com ênfase para as vulnerabilidades a partir das dimensões interseccionais de gênero, migração e deficiência. Por último, identifica-se e estuda-se os obstáculos que dificultam a efetivação do direito humano à saúde das mulheres migrantes com deficiência na União Europeia.

No âmbito metodológico, a presente investigação adota o método dedutivo como eixo estruturante da análise, partindo de referenciais teóricos gerais acerca das intersecções entre gênero, migração, deficiência e direitos humanos para, posteriormente, examinar a realidade específica das mulheres migrantes com deficiência no contexto da União Europeia. A pesquisa possui natureza qualitativa, exploratória e analítico-descritiva, sendo desenvolvida por meio de revisão bibliográfica e análise documental, com o propósito de compreender as dinâmicas de vulnerabilização e os limites da efetivação do direito humano à saúde desse grupo social em situação de mobilidade humana. No primeiro tópico do artigo, intitulado “Simbioses entre gênero, migração e deficiência: uma análise das mulheres migrantes com deficiência no contexto da União Europeia”, realizou-se uma investigação teórico-conceitual fundamentada em produções acadêmicas nacionais e internacionais voltadas às categorias de interseccionalidade, vulnerabilidade e mobilidade humana, buscando evidenciar como os marcadores sociais da diferença operam na intensificação de processos de exclusão social, institucional e normativa. No segundo tópico, denominado “A complexa (in)efetivação do direito humano à saúde das mulheres migrantes com deficiência: contribuições biopolíticas do direito fraterno no locus da União Europeia”, procedeu-se à análise crítica da efetivação do direito humano à saúde a partir das contribuições teóricas da biopolítica e do direito fraterno, examinando os mecanismos institucionais europeus de proteção, reconhecimento e inclusão.

Para tanto, foram analisados documentos normativos, relatórios institucionais e bases de dados produzidos por organismos internacionais e entidades europeias, dentre os quais se destacam: Conselho da União Europeia, no documento “Deficiência na UE: fatos e números” (2025); European Commission, no relatório “Persons with disabilities” (2026); Migration Data Portal, nos estudos “Disability and human mobility” (2023) e “Visible in advocacy but missing in data: Migrants and persons with disabilities” (2022); bem como a Organização das Nações Unidas, por meio da “Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência” (2016); Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia (2000); Regulamento de Dublin III (Regulamento UE n.º 604/2013); Pacto Europeu sobre Migração e Asilo, aprovada em 2024. A análise documental permitiu identificar insuficiências estatísticas, invisibilidades institucionais e assimetrias normativo-políticas que impactam diretamente o acesso à saúde e à dignidade das mulheres migrantes com deficiência, possibilitando uma abordagem crítica acerca das limitações e potencialidades dos mecanismos de proteção no espaço europeu.

A base teórica escolhida para arquitetar a fundamentação da pesquisa é de matriz biopolítica a partir da Teoria do Direito Fraterno, desenvolvida pelo jurista italiano Eligio Resta na década de 90 e materializada na obra *Il Diritto Fraterno*. A fraternidade, resgatada das masmorras das grandes revoluções, resplandece no cenário social na tentativa de construir um projeto comum compartilhado para e pela humanidade enquanto espaço onde a diversidade humana pode desabrochar e flertar com a inclusão universal. A fraternidade converte-se em mecanismo biopolítico por excelência, acontecimento que promete desvelar os grandes paradoxos contidos no cerne dos Direitos Humanos enquanto promessa do (ir)realizável. Logo, sob a perspectiva do Direito Fraterno, questiona-se: como as políticas migratórias e de saúde da União Europeia, estruturadas pela lógica biopolítica, produzem a (in)efetivação do direito humano à saúde das mulheres migrantes com deficiência? Parte-se da hipótese de que as políticas migratórias e de saúde da União Europeia transformam o direito humano à saúde das mulheres migrantes com deficiência em mecanismo biopolítico de gestão da vida, uma aversão aos pressupostos do Direito Fraterno.

II. Simbioses entre gênero, migração e deficiência: uma análise das mulheres migrantes com deficiência no contexto da união europeia

Em consonância com o preceituado na Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (2016) pela Organização das Nações Unidas (ONU), pessoas com deficiência são consideradas “aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas”. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), “estima-se que 1,3 bilhão de pessoas – cerca de 16% da população mundial – atualmente vivem com alguma deficiência significativa. Esse número está aumentando, em parte devido ao envelhecimento da população e ao aumento da prevalência de doenças não transmissíveis” (OMS, 2011). A deficiência é condição que interpela a existência humana e seu conceito detém um conteúdo político de significação, no sentido de que a compreensão contemporânea a respeito das pessoas com deficiência abandona o modelo biomédico e incorpora outros modelos como o social e o biopsicossocial da deficiência por intermédio de uma abordagem crítica e interseccional para explicar a complexidade do “ser deficiente”.

Nas palavras de Paulo Henrique dos Santos Mota e Aylene Bousquat, o percurso histórico e civilizacional demonstra multifacetadas perspectivas sobre quem são as pessoas com deficiência, à medida que tais noções produziram vários modelos de interpretação a respeito do conceito:

Modelos são formas de interpretação concebidas a partir de recursos cognitivos. Dependem de quem os constrói, de suas prerrogativas e sua história. No entanto, estão sempre sujeitos a análises, críticas e testes. Ao longo do século XX, diferentes modelos conceituais sobre a deficiência foram elaborados. Alguns a compreendem como dependente das características do indivíduo (sua patologia e seus atributos físicos), levando à construção de ações condescendentes com dependência da sociedade, segregação e discriminação. Outros atribuem um papel crescente ao ambiente (em seus aspectos físicos) e à participação social, colocando os indivíduos em posição de agentes da sociedade e compartilhando aquilo que esta tem a oferecer. Resulta em escolha, direitos humanos, integração social, entre outras ações participativas (Mota; Bousquat, 2021: 849).

A criticidade que emerge, principalmente, através da diferenciação entre o modelo biomédico da deficiência, o modelo social e o modelo biopsicossocial, resulta da constatação de que “o corpo não é simplesmente as fronteiras físicas de nossos pensamentos. É por meio do corpo que se reclama o direito de estar no mundo” (Diniz, 2007: 33). O modelo biomédico da deficiência opera por meio da classificação, mensuração e hierarquização dos corpos a partir de parâmetros normativos de funcionalidade e produtividade. Nesse prisma, a deficiência é inteligibilizada como desvio em relação a um ideal abstrato de normalidade, sendo inscrita no corpo individual como falha, déficit ou patologia a ser corrigida, compensada ou mitigada por intervenções técnicas especializadas. Tal racionalidade não apenas reduz a experiência da deficiência à sua dimensão orgânico-funcional, como também legitima regimes que produzem sujeitos medicalizados, permanentemente avaliados e governados por dispositivos clínicos, periciais e assistenciais (Diniz, 2007).

O modelo social da deficiência desloca a deficiência do corpo para o campo das relações sociais, interrogando os modos pelos quais o espaço, as instituições e os regimes de normatividade produzem corpos como incapazes. A deficiência passa a ser compreendida como efeito de estruturas sociais capacitistas que organizam o mundo a partir de uma

ficção de corpo universal, funcional e autossuficiente, excluindo aqueles que escapam a esse padrão. O modelo social desnaturaliza a deficiência ao evidenciar que as limitações emergem da interação entre diversidade corporal e ambientes hostis, revelando seu caráter político e contingente. Ancorado em uma gramática calcada na diversidade e nos direitos humanos, esse paradigma reconfigura a responsabilidade coletiva, exigindo transformações estruturais que vão além da acessibilidade formal, alcançando a redistribuição de poder, o reconhecimento da diferença e a participação efetiva das pessoas com deficiência na produção das normas que governam suas próprias vidas (Diniz, 2007).

Já o modelo biopsicossocial da deficiência configura-se como um marco epistemológico crítico que desestabiliza a ontologia individualizante da deficiência, ao inscrevê-la em um campo relacional no qual corpo, subjetividade e ordem social se co-produzem de maneira indissociável. A vista disso, “o Modelo Biopsicossocial foi proposto pela OMS em 2001, a partir de revisão de modelo classificatório da ICIDH, incorporando aspectos do Modelo Médico e do Social” (Mota; Bousquat, 2021: 852). Por intermédio da matriz biopsicossocial, uma pessoa que não tem condições de empreender movimento até o seu trabalho, por exemplo, pode ser acometida por múltiplas situações vinculadas a tal tarefa, “seja ela pela amputação de um membro (biológico), por não ter transporte público de qualidade (ambiental) ou por não ter condições financeiras de adquirir uma cadeira de rodas (social e ambiental), de modo que a sua participação é afetada” (Mota; Bousquat, 2021: 852). Logo, “trata-se de um modelo que não dita quem é ‘normal’ e quem é ‘incapaz’, que permite que uma pessoa ou um grupo possa ser identificado como tendo suas ‘capacidades’ e ‘incapacidade’ dentro de cada contexto” (Mota; Bousquat, 2021: 852).

Anahi Guedes de Mello e Adriano Henrique Nuernberg referem sobre as sinergias do pensamento feminista com os estudos a respeito da deficiência:

Os Estudos sobre Deficiência emergiram nos anos 1970 e 1980 em decorrência das lutas políticas, nos anos 1960 e 1970, das pessoas com deficiência nos Estados Unidos (Independent Living Movement), na Inglaterra (Union of the Physically Impaired against Segregation) e nos países nórdicos (Self-advocacy Movement, na Suécia), primeiro com uma perspectiva histórico-materialista e, após, desde o início dos anos 1990, com a contribuição da epistemologia feminista (Mello; Nuernberg, 2012: 637).

O *locus* em que uma pessoa com deficiência se encontra detém repercussões na sua experiência existencial e na extensão da deficiência, em razão de que “ambientes inacessíveis criam barreiras que muitas vezes impedem a participação plena e efetiva de pessoas com deficiência na sociedade, em igualdade de condições com as demais” (OMS, 2011). No contexto da União Europeia (UE), “Apenas metade das pessoas com deficiência estão empregadas, em comparação com 3 em cada 4 pessoas sem deficiência; 28,4% das pessoas com deficiência estão em risco de pobreza ou exclusão social, em comparação com 17,8% das pessoas sem deficiência” (European Commission, 2026). Em complemento, “apenas 29,4% das pessoas com deficiência concluem o ensino superior, em comparação com 43,8% das pessoas sem deficiência. 52% das pessoas com deficiência sentem-se discriminadas” (European Commission, 2026). Considerando o ano de 2024, sabe-se que “24 % da população da UE com mais de 16 anos tinha alguma forma de deficiência” (Conselho da União Europeia, 2025). Sobre isso, “segundo as estimativas do Eurostat, essa percentagem corresponde a 107 milhões de pessoas ou a um em cada quatro adultos na UE” (Conselho da União Europeia, 2025).

Ainda, a percentagem de pessoas com deficiência por faixa etária em 2024 é a seguinte: “entre os 16 e os 19 anos: 6 %, entre os 20 e os 24 anos: 7 %, entre os 25 e os 34 anos: 9 %, entre os 35 e os 44 anos: 12 %, entre os 45 e os 64 anos: 23 %, 65 anos ou mais: 47 %” (Conselho da União Europeia, 2025). No contexto de gênero, constata-se que “em 2024, a percentagem de mulheres com deficiência era superior à dos homens em todos os Estados-Membros. Na UE, em média, 26,2 % da população feminina total tem uma deficiência, em comparação com 21,5 % da população masculina total” (Conselho da União Europeia, 2025). Por conseguinte, considerando o ano de 2024, “os países com a maior diferença de pontos percentuais entre homens e mulheres eram: Letónia: 6,5 pontos percentuais, Finlândia: 6,8 pontos percentuais, Portugal: 9,3 pontos percentuais” (Conselho da União Europeia, 2025). A análise da deficiência através de uma perspectiva de gênero, aplicada às mulheres com deficiência na União Europeia, evidencia a produção de uma subalternidade específica que não pode ser compreendida nem pela categoria “mulher” nem pela categoria “pessoa com deficiência” discutidas isoladamente, mas pela interação interseccional⁴ de tais categorias analíticas no mundo real.

Nessa atmosfera, constata-se que os corpos das mulheres com deficiência são historicamente inscritos em regimes de invisibilidade, tutela e dessexualização, que operam tanto no plano simbólico quanto no institucional, limitando suas potencialidades existenciais. Em outras palavras, “as mulheres com deficiência estão em dupla desvantagem devido a uma complexa combinação de discriminação baseada em gênero e deficiência” (Mello; Nuernberg, 2012: 639). Do mesmo modo, “enfrentam uma situação peculiar de dupla vulnerabilidade, que se torna ainda mais complexa a partir da incorporação das categorias de raça/etnia, classe, orientação sexual, geração, região e religião” (Mello; Nuernberg, 2012: 639-640). Das reivindicações coletivas, sabe-se que os movimentos sociais das pessoas com deficiência detém diálogos “com os movimentos feministas e de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, transgêneros e intersexuais (LGBTITI), que é o de questionar o construto do corpo como um dado natural que antecede a construção dos sujeitos” (Mello; Nuernberg, 2012: 640).

A imbricação entre migração, gênero e deficiência adquire autenticidade nas experiências das mulheres migrantes com deficiência, na medida em que suas trajetórias são produzidas no entrecruzamento de racionalidades estatais, dispositivos biopolíticos⁵ e economias morais que regulam a mobilidade, o cuidado e a vida considerada digna de proteção. As categorias: migração, gênero e deficiência, entrelaçam-se, configurando formas específicas de vulnerabilização que se expressam, de maneira concreta, na obstrução ao acesso aos direitos humanos. No campo do direito à saúde, tais mulheres frequentemente se deparam com sistemas sanitários organizados a partir de pressupostos nacionalizantes e capacitistas, nos quais a regularidade migratória funciona como critério implícito de elegibilidade, os serviços carecem de acessibilidade arquitetônica, comunicacional e cultural, e os protocolos clínicos ignoram tanto as necessidades decorrentes da deficiência quanto às violências de gênero vivenciadas nas fases pré-migratória, mi-

4 No pensamento de Kimberlé Crenshaw sobre interseccionalidade: “a conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos de subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, as opressões de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam posições relativas de mulheres, raça, etnias, classes e outras. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como ações e políticas específicas gera opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento” (Crenshaw, 2002, p. 175).

5 O filósofo francês Michel Foucault refere que a biopolítica “lida com a população, e a população como problema político, como problema a um só tempo científico e político, como problema biológico e como problema de poder” (Foucault, 2010, p. 206). Nessa dinâmica, anuncia-se um poder de “fazer viver e deixar morrer” (Foucault, 2010, p. 207). Por conseguinte, o termo biopolítica serve “para designar o que faz com que a vida e seus mecanismos possam entrar no domínio de cálculos explícitos, e o que transforma o saber-poder num agente de transformação da vida humana” (Foucault, 2020, p. 134).

gratória e pós-migratória.

No âmbito da proteção social e do trabalho, a não equivalência de certificações, a segmentação do mercado laboral em atividades precárias e feminizadas, a ausência de políticas de inclusão profissional para pessoas com deficiência migrantes e a dependência de arranjos informais de cuidado produzem uma autonomia permanentemente suspensa. Já no acesso à justiça e à proteção contra múltiplas formas de violência (doméstica, institucional, sexual, simbólica, etc.), obstáculos linguísticos, a inacessibilidade dos canais de denúncia, a medicalização ou infantilização de seus relatos e o temor constante de sanções migratórias operam como mecanismos de silenciamento e deslegitimação. Portanto, as vivências dessas mulheres expõem como o deslocamento transnacional (re) configura a deficiência e o gênero como marcadores de governabilidade. No contexto europeu, tais processos são reforçados por políticas públicas e marcos regulatórios que, embora formalmente orientados pelos princípios da igualdade e da não discriminação, permanecem ancorados em concepções abstratas de sujeito de direitos humanos, incapazes de apreender as experiências corporificadas e situadas dessas mulheres.

De acordo com o Migration Data Portal (2023), as pessoas com deficiência experienciam processos de vulnerabilidade de forma muito mais potencializada se comparadas às experiências existenciais de pessoas sem deficiência, no sentido de que a vulnerabilidade do “ser com deficiência” é mais evidente em situações de mobilidade humana pelas migrações (e também pelo instituto do refúgio). Salienta-se que “dentro da população de pessoas com deficiência em movimento, subgrupos como migrantes idosos e mulheres e meninas migrantes com deficiência são particularmente vulneráveis” (Migration Data Portal, 2023). Estatísticas internacionais oficiais a respeito de migrantes com deficiência são ausentes, há somente estimativas que referem que “em 2020, estimou-se que 12 milhões de pessoas na população deslocada à força eram pessoas com deficiência, mas a prevalência é provavelmente maior” (Migration Data Portal, 2023).

Diante do déficit de dados sobre migrantes e pessoas com deficiência, o Migration Data Portal (2022) estabelece premissas sobre a importância da produção analítica da temática (migração, deficiência e a complexidade de suas intersecções):

Formuladores de políticas nacionais e locais, escolas, planejadores urbanos, agências de serviços sociais e uma série de outros prestadores de serviços dependem de dados sobre deficiência. Eles precisam realizar uma série de tarefas, desde a alocação de recursos para programas e projetos relacionados à deficiência e/ou migração até a elaboração de políticas inclusivas e o planejamento e a definição de adaptações razoáveis com base no número de pessoas com deficiência em uma determinada área e no tipo de deficiência que apresentam. Organizações de resposta a emergências, tanto nacionais quanto locais, também dependem de dados para responder com mais eficácia. Um estudo observou que a pandemia de COVID-19 teve um impacto desproporcional na comunidade de pessoas com deficiência e que a falta de coleta de dados sobre deficiência representou uma barreira para a inclusão dessas pessoas na resposta à COVID-19. O mesmo ocorrerá com migrantes com deficiência. A comunidade política internacional também se baseia em dados desagregados por deficiência para 11 indicadores de deficiência dos ODS e solicita dados desagregados por status migratório para pelo menos 24 indicadores dos ODS, a fim de monitorar o progresso da Agenda 2030. Os defensores dos direitos humanos também precisam de dados para garantir que os direitos dos migrantes com deficiência sejam protegidos de acordo com a Con-

venção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD). Organizações para Pessoas com Deficiência (OPDs), assim como organizações de apoio a migrantes, podem usar dados para atividades de defesa de direitos baseadas em evidências junto a formuladores de políticas e legisladores (Migration Data Portal, 2022: s.p.).

A deficiência, articulada às normas de gênero, funciona como um marcador de governabilidade que legitima práticas de medicalização excessiva, institucionalização e controle dos corpos, sobretudo nos sistemas de saúde, assistência social e migração, onde a vulnerabilidade é frequentemente mobilizada como justificativa para a restrição de direitos. Nesse prisma, a partir da imbricação crítica entre gênero, migração e deficiência, a valorização da experiência vivida, corporificada e situada em trajetórias marcadas por deslocamentos, inscreve-se como um eixo central na produção de conhecimentos das mulheres migrantes com deficiência, pois articula memória, narrativa e comunicação como práticas de resistência e autorrepresentação. Tal perspectiva desloca o monopólio dos saberes hegemônicos e tecnocráticos ao reconhecer o corpo não como objeto de intervenção, mas como locus legítimo de enunciação e elaboração de sentidos, capaz de transformar vivências historicamente silenciadas em conhecimento socialmente relevante (Camargo; Oliveira; Marques, 2025: 12).

O empoderamento dessas mulheres opera como um gesto de recusa crítica às racionalidades que sustentam a objetificação, a mercantilização e a violência exercidas sobre seus corpos, desestabilizando regimes normativos que reduzem suas existências à vulnerabilidade administrável (Camargo; Oliveira; Marques, 2025: 12). Ao afirmar a centralidade da experiência encarnada, o empoderamento reconfigura as relações de poder que atravessam gênero, migração e deficiência, instaurando formas contra-hegemônicas de produção de saber que reivindicam dignidade, autonomia e reconhecimento na seara da proteção dos direitos humanos (Camargo; Oliveira; Marques, 2025: 12). O empoderamento das mulheres migrantes com deficiência, pugna por uma inflexão estrutural no desenho, na implementação e na governança das políticas (públicas) da União Europeia, com ênfase no campo migratório, historicamente orientado pelo enrijecimento das fronteiras, racionalidades de controle, seletividade e excepcionalidade jurídica sob a égide da Europa Fortaleza.

Ressignificar tais políticas sob a perspectiva da hospitalidade implica deslocar o paradigma dominante, substituindo lógicas securitárias e assistencialistas por uma atmosfera centrada na dignidade humana, na interseccionalidade e na efetividade dos direitos humanos, reconhecendo que gênero, deficiência e condição migratória operam de forma simultânea e cumulativa na produção de processos forjadores (desigualdade, exclusão, pobreza, vulnerabilidade, etc.). Empoderar mulheres migrantes com deficiência significa criar condições institucionais, normativas e materiais para que elas transcendam posições estruturalmente impostas de subalternidade e dependência, frequentemente reproduzidas por regimes migratórios restritivos, barreiras de acessibilidade, discriminações e exclusões no locus da UE. Em síntese, o empoderamento deve ser compreendido como um processo de ampliação real de capacidades, autonomia decisória e reconhecimento jurídico-político, por meio do qual essas mulheres possam se desvencilhar de contextos persistentes de vulnerabilidade, rompendo com a invisibilização e a precarização que marcam suas trajetórias, e afirmando-se como sujeitas de direitos humanos plenos no espaço europeu.

III. A complexa (in)efetivação do direito humano à saúde das mulheres migrantes

com deficiência: contribuições biopolíticas do direito fraterno no locus da união europeia

Sob a égide da biopolítica articulada pelo filósofo francês Michel Foucault, as transformações operadas no campo do direito político ocidental a partir dos séculos XVII e XVIII podem ser compreendidas como a emergência e progressiva consolidação de uma nova tecnologia de poder, que desloca o eixo da soberania jurídica clássica para formas de governamentalidade orientadas à gestão, regulação e normalização da vida, tomada simultaneamente em sua dimensão individual e coletiva. A “vida” deixa de ser compreendida como um dado natural exterior ao poder e passa a ser constituída como seu objeto privilegiado, integrando-se aos dispositivos de saber e às estratégias de governo que caracterizam a modernidade (Foucault, 2020). Logo, “o poder está em toda parte; não porque englobe tudo, e sim, porque provém de todos os lugares” (Foucault, 2020: 103). A partir do momento em que a vida é elevada à condição de direito humano fundamental e, simultaneamente, de categoria normativa, ela se inscreve no cerne de uma nova racionalidade política, na qual o poder não se exerce primordialmente pelo direito de matar, próprio da soberania clássica, mas pela capacidade de “fazer viver e deixar morrer” (Foucault, 2010).

O poder é considerado através de “uma multiplicidade de correlações de forças imanentes ao domínio onde se exercem e constitutivas de sua organização” (Foucault, 1977: 88). Por isso, a biopolítica não se apresenta como mera gestão abstrata da vida, mas como um regime de inteligibilidade que permite sua captura, mensuração e normalização, convertendo os processos biológicos, nascimento, morte, saúde, doença, sexualidade, reprodução, longevidade, mobilidade e produtividade, em variáveis politicamente administráveis pela via da “estatização da vida”. A vida personifica-se, simultaneamente, em objeto de proteção jurídica e de intervenção contínua, sendo atravessada por multifacetados critérios que definem seu conteúdo valorativo no cenário social. A biopolítica entra em ascensão enquanto tecnologia de poder que se sofisticava ao longo do percurso civilizatório para operar sobre populações, e não apenas sobre indivíduos isolados, por meio de dispositivos disciplinares e mecanismos regulatórios que visam otimizar a vida coletiva (Foucault, 2010). Logo, “a disciplina é um princípio de controle da produção do discurso. Ela lhe fixa os limites pelo jogo de uma identidade que tem a forma de uma reatualização permanente” (Foucault, 2008: 36).

Ao metamorfosear a vida em objeto de cálculo e intervenção, a biopolítica redefine as fronteiras entre o biológico e o político, evidenciando que a proteção da vida está indissociavelmente ligada à sua governamentalização. O que se apresenta como ampliação dos direitos humanos e da tutela da existência revela, simultaneamente, um aprofundamento das técnicas de controle e diferenciação, nas quais certas vidas são intensamente investidas e potencializadas, enquanto outras são relegadas à exposição, à precariedade ou ao abandono, sem que tal exclusão se apresenta como violência direta, mas como efeito racionalizado da gestão biopolítica da vida. A performatividade do flerte entre vida, poder e política fabrica o biopoder enquanto sustentáculo global que compreende “o conjunto dos mecanismos pelos quais aquilo que, na espécie humana, constitui suas características biológicas fundamentais vai poder entrar numa política, numa estratégia política, numa estratégia geral de poder” (Foucault, 2008: 03).

No contexto biopolítico do direito humano à saúde, observa-se que, a partir do século XVIII, as racionalidades governamentais próprias das sociedades modernas passam a incorporar de maneira estruturante a administração do bem-estar físico da população como eixo estratégico do exercício do biopoder. A saúde coletiva deixa de figurar como

mera consequência contingente da ação estatal e se converte em objeto explícito de saber, cálculo e intervenção política, articulando-se a dispositivos orientados tanto à normalização dos corpos quanto à otimização dos processos vitais, especialmente no que concerne à longevidade e à produtividade populacional. Nesse movimento, consolida-se um regime de governamentalidade no qual a preservação e a ampliação da vida tornam-se critérios fundamentais de legitimidade das práticas de governo (Foucault, 2021). A biopolítica incorpora-se no corpo do coletivo “pela mecânica do ser vivo e como suporte dos processos biológicos, sendo seus alvos de interesse: taxas de natalidade e de procriação, saúde pública, demografia como uma ciência biopolítica, estatísticas, em direção à saúde de seu corpo coletivo” (Foucault, 2020: 51).

Ademais, “o controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo” (Foucault, 2021: 144). É nesse horizonte que se pode identificar, ainda que de modo anacrônico e não nomeado, a emergência de um paradigma de “promoção da saúde”, operado por meio de uma constelação heterogênea de saberes médicos, estatísticos e administrativos, bem como de técnicas regulatórias voltadas à vigilância, prevenção e correção dos riscos que incidem sobre o corpo da população. Embora tal configuração histórica não corresponda plenamente aos dispositivos institucionais, às formas de visibilidade nem aos regimes normativos que caracterizam as políticas contemporâneas de saúde, ela já mobilizava um arranjo de práticas e tecnologias de poder funcionalmente análogo àquele que, hoje, sustenta as estratégias de gestão da vida, revelando a continuidade histórica dos modos pelos quais o biopoder se investe nos processos biológicos enquanto problema político por excelência (Foucault, 2021).

Então, “os traços biológicos de uma população se tornam elementos pertinentes para uma gestão econômica e é necessário organizar em volta deles um dispositivo que assegure não apenas sua sujeição, mas o aumento constante de sua utilidade” (Foucault, 2021: 304). A saúde e o bem-estar da população revestidos pela biopolítica, perfectibilizam-se “como um dos objetivos essenciais do poder político. Não se trata mais do apoio a uma franja particularmente frágil - perturbada e perturbado - da população, mas da maneira como se pode elevar o nível de saúde do corpo social em seu conjunto” (Foucault, 2021: 301). Nesse aspecto, a vida está diretamente associada ao direito humano à saúde, portanto, no locus da União Europeia, os projetos migratórios das mulheres com deficiência revelam-se como um ponto crítico que produz uma miscelânea de racionalidades biopolíticas de governo da vida e da saúde, nas quais se articulam dispositivos migratórios, regimes de saber médico, técnicas de securitização e economias políticas do cuidado. A saúde como “um bem comum da humanidade” é reduzida a mera retórica diante da potência do Leviatã Europeu em fabricar zonas de não-direito e escorraçar para as bordas da trama histórica corpos “desimportantes” para o sustentáculo biopolítico.

Esses corpos, forjadamente marcados pela mobilidade humana, pelo gênero e pela deficiência (e por tantas outras diversidades interseccionais), são inscritos em circuitos biopolíticos de gestão diferencial da saúde que operam por meio de práticas de triagem, elegibilidade e hierarquização terapêutica, nas quais o acesso ao cuidado é condicionado por critérios administrativos, biomédicos e estatísticos que produzem zonas de abjeção. Em outras palavras, a condição de abjeção é atrelada “a todo tipo de corpos cujas vidas não são consideradas ‘vidas’ e cuja materialidade é entendida como não importante” (Butler, 2002: 161). Em adição, a significação de abjeto diz respeito às “zonas “não-vivíveis” e “inabitáveis” da vida social que, não obstante, são densamente povoadas por aqueles que não alcançam o estatuto de sujeito, mas cujo viver sob o signo do “inabitável” é necessário para circunscrever o domínio do sujeito” (Butler, 2019^a: p. 04). Sob a

égide da “Europa Fortaleza”, a (sobre)vivência das mulheres migrantes com deficiência é fragmentada pela existência de obstáculos biopolíticos à efetivação do direito humano à saúde, resultantes da articulação entre políticas migratórias securitizadas, regimes diferenciados de cidadania e racionalidades administrativas orientadas pela seletividade de relações adversariais (binômio amigo/inimigo).

A subordinação do acesso aos sistemas públicos de saúde à regularidade documental e ao estatuto jurídico-migratório operacionaliza-se enquanto um dispositivo de triagem, que hierarquiza vidas dignas de proteção e relega essas mulheres a circuitos assistenciais fragmentários, emergenciais e descontinuados, incompatíveis com as demandas específicas de deficiências que requerem acompanhamento longitudinal, tecnologias assistivas e cuidados especializados. A isso somam-se práticas institucionais atravessadas pelo capacitismo, pela racialização e pela generificação da migração, que produzem formas de deslegitimação dos sofrimentos vividos pelo “ser mulher migrante com deficiência”, frequentemente percebidas como corpos excessivamente onerosos ou improdutivos para os Estados europeus de “acolhimento”. Os déficits estruturais que circundam o direito humano à saúde no locus da UE, transformam o direito à saúde em um mecanismo biopolítico de governo das populações, provocando rupturas ardilosamente arquitetadas nos marcos normativos europeus de direitos humanos, com ênfase para o direito humano à saúde, bem como para a proteção às pessoas migrantes com deficiência.

A título exemplificativo: centros de acolhimento para solicitantes de asilo que não dispõem de infraestrutura acessível para usuárias de cadeiras de rodas ou com mobilidade reduzida; exigência de documentação migratória regular para o acesso a tratamentos contínuos, como fisioterapia, terapias ocupacionais ou fornecimento de próteses e órteses; ausência de intérpretes de línguas de sinais e de mediadores interculturais em consultas médicas, inviabilizando a comunicação de sintomas e a compreensão de diagnósticos; interrupção de tratamentos de saúde mental em razão de transferências forçadas entre Estados-membros ou centros de detenção; recusa ou atraso no atendimento em saúde sexual e reprodutiva para mulheres com deficiência intelectual ou psicossocial sob a justificativa de incapacidade de consentimento; e negligência no acompanhamento de gestações de alto risco em contextos de acolhimento precário, nos quais a deficiência é tratada como condição secundária frente às prioridades de controle migratório. Um arsenal de “Estado de Coisas” compromete a efetivação do direito humano à saúde das mulheres migrantes com deficiência na UE.

A problemática da (in)efetivação do direito humano à saúde das mulheres migrantes na União Europeia inscreve-se em uma arena de profunda ambivalência normativo-política, na qual coexistem, de maneira paradoxal, discursos de universalização dos direitos humanos e práticas institucionais orientadas pela racionalidade securitária das políticas migratórias contemporâneas. Embora a Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia (2000) estabeleça, em seus artigos 21.º, 26.º e 35.º, um complexo axiológico assentado na vedação de discriminações estruturais, na proteção das pessoas com deficiência e na garantia do acesso à saúde enquanto direito humano fundamental, a materialidade das experiências vivenciadas pelas mulheres migrantes revela a persistência de dispositivos jurídicos e administrativos que operam como mecanismos de filtragem biopolítica do acesso à dignidade. O Regulamento de Dublin III (Regulamento UE n.º 604/2013) assume centralidade analítica ao consolidar uma lógica de responsabilização territorial assimétrica entre os Estados-membros, transferindo aos países periféricos das rotas migratórias o ônus do acolhimento, da triagem e da assistência inicial aos requerentes de proteção internacional (União Europeia, 2013).

Tal engenharia jurídico-institucional produz efeitos particularmente gravosos sobre mulheres migrantes com deficiência, cujas demandas de cuidado contínuo, acessibilidade e acompanhamento especializado colidem com estruturas nacionais de saúde frequentemente precarizadas, superlotadas e orientadas por critérios restritivos de elegibilidade. A reforma do Pacto Europeu sobre Migração e Asilo, aprovada em 2024, longe de representar uma ruptura paradigmática com a lógica anterior, reafirma a centralidade da gestão securitária das mobilidades humanas ao ampliar mecanismos de contenção, rastreamento e aceleração procedimental nas fronteiras externas do bloco, aprofundando processos de vulnerabilização institucional que atravessam os corpos femininos migrantes e deficientes (Pacto Europeu sobre Migração e Asilo, 2024).

Consolida-se uma arquitetura jurídica paradoxal: ao mesmo tempo em que o ordenamento europeu proclama a universalidade dos direitos humanos fundamentais, institui mecanismos administrativos que modulam seletivamente o reconhecimento da humanidade política de determinados sujeitos migrantes. As mulheres migrantes com deficiência passam, então, a ocupar uma zona de interseção entre múltiplos regimes de exclusão (de gênero, corporalidade, nacionalidade e mobilidade) tornando-se destinatárias de uma cidadania precária, marcada pela instabilidade do reconhecimento jurídico e pela intermitência do acesso ao cuidado.

Sob uma leitura biopolítica, o espaço europeu contemporâneo revela-se atravessado por tecnologias de governo que administram diferencialmente a precariedade, estabelecendo hierarquias implícitas entre vidas dignas de proteção e vidas passíveis de abandono institucional. O acesso à saúde deixa, assim, de operar exclusivamente como direito universal para converter-se em instrumento de regulação das mobilidades, no qual a proteção sanitária é condicionada pela utilidade econômica, pela regularidade migratória e pela inteligibilidade burocrática dos corpos. A efetivação do direito humano à saúde das mulheres migrantes com deficiência pugna, portanto, não apenas reformas procedimentais no sistema europeu de asilo e acolhimento, mas uma profunda reconfiguração epistemológica das estruturas jurídico-políticas que sustentam a governamentalidade migratória contemporânea.

Percebe-se que as políticas migratórias e de saúde da UE, estruturadas pela lógica biopolítica, produzem violações generalizadas do direito humano à saúde das mulheres migrantes com deficiência, no sentido de que transformam o direito à saúde em dispositivo biopolítico de gestão da vida. Nessa lógica, o direito à saúde resta estéril de sua dimensão enquanto bem comum (acessível a todos e todas) e passa a operar como tecnologia de biopoder que administra quais vidas merecem ser protegidas e em que condições, inscrevendo essas mulheres em zonas de precariedade e vulnerabilidade biopolítica próprias da “Europa Fortaleza”. Sob a perspectiva da precariedade, em certos momentos, algumas “vidas serão altamente protegidas, e a anulação de suas reivindicações à inviolabilidade será suficiente para mobilizar as forças de guerra. Outras vidas não encontrarão um suporte tão rápido e feroz e nem sequer se qualificarão como “passíveis de serem enlutadas” (Butler, 2019b: 52). A vulnerabilidade “depende fundamentalmente das normas existentes de reconhecimento a fim de ser atribuída a qualquer sujeito humano” (Butler, 2019b: 64). Portanto, “a luta pelo reconhecimento exige que cada sujeito reconheça, na reciprocidade, não apenas que o outro precisa de reconhecimento e merece tê-lo, mas também que cada um, de maneira diferente, está compelido pela mesma necessidade, pelo mesmo requisito” (Butler, 2019b: 65).

Torna-se imperativo propor um projeto compartilhado de fraternidade, capaz de des-

obstruir as vias de acesso ao direito à saúde ao deslocar o eixo normativo das políticas públicas da securitização e do controle para o reconhecimento da humanidade enquanto locus de corresponsabilidade, apostando na saúde como direito humano incondicionado e não como instrumento de governamentalidade seletiva de biopolítica da vida. Sob as lentes teóricas do Direito Fraternal, articulado pelo jurista italiano Eligio Resta, a fraternidade surge enquanto aposta, desafio e possibilidade de propor o estilhaçamento de relações adversariais (amigo/inimigo), próprias da “Europa Fortaleza”, onde a operacionalização das categorias guerra e direito reaparecem: “infelizmente, é verdade que isto ocorra e que prevaleça o míope egoísmo de quem pensa sob a perspectiva de pequenas e estéreis devoções. Poderia ser diferente, mas nem sempre essas outras possibilidades são adequadamente cultivadas” (Resta, 2020: 116).

O Direito Fraternal resplandece no mundo real enquanto um grande trunfo da humanidade na seara dos direitos humanos. Assim, “retornamos àquele binômio constituído de direito e fraternidade, que, prima pobre da modernidade, recoloca em jogo um modelo de rega da comunidade política; modelo não vencedor, mas possível” (Resta, 2020, p. 116). O Direito Fraternal é uma aversão ao poder do pater, porque instaura uma atmosfera frater, ou seja, “é um direito jurado em conjunto por irmãos, homens e mulheres, mediante um pacto em que se “decide compartilhar” regras mínimas de convivência. Portanto, é convencional e tem o olhar direcionado ao futuro” (Resta, 2020: 116). Nessa sistemática, “sua “raiz errante” encontra seu terreno em um espaço político aberto, privado daquele território que, mais ou menos artificialmente, justifica o domínio. Não demanda mais justificações do que a com-munitas, justamente a tarefa compartilhada” (Resta, 2020: 117).

Sob a ótica do direito fraternal, a (sobre)vivência das mulheres migrantes com deficiência revela-se como uma ferida aberta nas arquiteturas jurídicas que ainda fazem da cidadania um filtro paradoxal da (des)proteção dos direitos humanos. Seus corpos, atravessados por fronteiras, limitações funcionais e regimes de exclusão, expõem a insuficiência de um direito à saúde que é apresentado como “um bem comum”, mas que insiste em se enraizar em pertencimentos, documentos e *ethé*. O direito fraternal transcende o olhar para além do território e convoca uma proximidade sensível que não se confunde com abstração: reconhece a humanidade como lugar comum, sem dissolver as diversidades interseccionais que singularizam essas mulheres e intensificam sua vulnerabilidade e precariedade. Nessa criticidade fraterna, os direitos humanos deixam de ser promessa metafísica ou linguagem consoladora e passam a adquirir densidade concreta no mundo real, ecológica, relacional, fundada na consciência de que a vida só pode ser ameaçada e protegida pela própria humanidade (Resta, 2020).

Nesse horizonte eivado por limites e possibilidades, a efetivação do direito humano à saúde não se confia a instâncias transcendentais, nem a neutralidades institucionais, mas se inscreve no gesto cotidiano de corresponsabilidade, no encontro entre sujeitos reais, de carne e osso, que escolhem acolher, cuidar e sustentar a vida alheia como extensão da sua (Resta, 2020). Para as mulheres migrantes com deficiência, o direito fraternal afirma que o acesso à saúde não é concessão nem favor, mas expressão sensível de um compromisso fraternal que reconhece, na vulnerabilidade e precariedade compartilhadas, o fundamento mais profundo da distinção entre “ser um ser humano e ter humanidade” (Resta, 2020). O Direito Fraternal converte-se em mecanismo inclusivo, em razão de que “escolhe Direitos Fundamentais e define o acesso universalmente compartilhado a bens “inclusivos”. Bens e direitos fundamentais são inclusivos quando o indivíduo não pode aproveitar sem que, ao mesmo tempo, não aproveitem todos os outros” (Resta, 2020, p. 118).

IV. Considerações finais

A título de conclusão, constata-se que as políticas migratórias e de saúde da União Europeia, quando analisadas sob as lentes teóricas da biopolítica, revelam-se como dispositivos centrais de gestão diferencial da vida, por meio dos quais o direito humano à saúde das mulheres migrantes com deficiência é simultaneamente reconhecido em nível normativo e sistematicamente esvaziado em sua dimensão material. Ao serem atravessadas por critérios de elegibilidade, condicionalidade administrativa, securitização das fronteiras e hierarquização de corpos considerados produtivos ou onerosos, tais políticas convertem o direito à saúde em instrumento de controle, vigilância e normalização, afastando-se radicalmente dos pressupostos do Direito Fraterno.

A chamada “Europa Fortaleza” aprofunda esse cenário ao enrijecer estruturalmente qualquer possibilidade de acolhimento do “ser migrante”, deslocando para as margens do espaço jurídico-político europeu vidas consideradas abjetas. As mulheres migrantes com deficiência são empurradas para zonas de não-direito, ou seja, para as bordas das fronteiras, onde a saúde deixa de ser concebida como direito humano universal e passa a funcionar como variável biopolítica de seleção, contenção e exclusão. Antes, durante e após o movimento migratório, essas mulheres experimentam uma cadeia contínua de violações, na qual a ausência de políticas interseccionais (gênero, migração e deficiência) reforça a desproteção dos direitos humanos, com ênfase para o direito humano à saúde.

A (in)efetivação do direito à saúde não constitui uma falha contingente do sistema europeu, mas um efeito estrutural de políticas que, ao priorizarem a segurança e o controle sobre a vida, corroem as comunicações fraternas e reproduzem uma governança que administra a vulnerabilidade e a precariedade em vez de superá-las. O grande paradoxo dos Direitos Humanos anunciado por Resta está na seguinte premissa: “os Direitos Humanos são aqueles direitos que somente podem ser ameaçados pela própria humanidade, mas que não podem encontrar vigor, também aqui, senão graças à própria humanidade” (Resta, 2020, p. 13). Em outras palavras, a “chave” para resolver tal questão está unicamente na humanidade enquanto *locus* de auto responsabilização.

Referências

- Butler, J. (2019a). *Corpos que importam: os limites discursivos do “sexo”*. São Paulo: n-1 edições.
- Butler, J. (2019b). *Vida Precária: Os poderes do luto e da violência*. Belo Horizonte: Editora Autêntica.
- Camargo, G. F.; Oliveira, L. A. L. de; Marques, Â. C. S. (2025). Potencialidades do conceito de escrevivência para a análise de narrativas sobre a trajetória de mulheres migrantes com deficiência. In: *Revista Rarratio*. nº 6. V. 1. Disponível em: <https://revistanarratio.emnuvens.com.br/narratio/article/view/42/2>.
- Comissão Europeia (2024). *Pacto em matéria de Migração e Asilo Um sistema comum da UE para gerir a migração*. Disponível em: https://home-affairs.ec.europa.eu/policies/migration-and-asylum/pact-migration-and-asylum_pt.
- Conselho da União Europeia. (2025). *Deficiência na UE: Fatos e números*. Disponível em: <https://www.consilium.europa.eu/pt/infographics/disability-eu-facts-figures/>.
- Crenshaw, K. (2002). Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. In: *Revista Estudos Feministas*. v. 10, n. 1, p. 175. Dis-

ponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n1/11636.pdf>.

- Diniz, D. (2007). *O que é deficiência?*. Disponível em: <https://www.ufmg.br/giz/wp-content/uploads/2025/08/O-que-e-deficiencia-Diniz-2007.pdf>.
- European Commission. (2026). *Persons with disabilities*. 2026. Disponível em: https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/policies/justice-and-fundamental-rights/disability/persons-disabilities-eu_en.
- Foucault, M. (2010). *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. 2ª Edição. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes.
- Foucault, M. (2020). *História da Sexualidade I: A Vontade de Saber*. 11ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra.
- Foucault, M. (2021). *Microfísica do Poder*. Tradução de Roberto Machado. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra.
- Foucault, M. (2008). *Segurança, território, população: curso dado no Collège de France (1977-1978)*. Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (1977). *Vigiar e punir*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Mello, A. G. de; Nuernberg, A. H. (2012). Gênero e deficiência: interseções Gênero e deficiência: interseções e perspectivas e perspectivas. In: *Estudos Feministas*, Florianópolis, 20(3): 384, setembro-dezembro. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/rDWXgMRz zPFVtTQDLxr7Q4H/?format=pdf&lang=pt>.
- Migration Data Portal. (2023). *Disability and human mobility*. Disponível em: <https://www.migrationdataportal.org/themes/disability-and-human-mobility>.
- Migration Data Portal. (2022). *Visible in advocacy but missing in data: Migrants and persons with disabilities*. Disponível em: <https://www.migrationdataportal.org/blog/visible-advocacy-missing-data-migrants-and-persons-disabilities>.
- Mota, P. H. dos S; Bousquat, A. (2021). Deficiência: palavras, modelos e exclusão. In: *Revista Saúde Debate*. Rio de Janeiro. V. 45, N. 130, P. 847-860, Jul-set. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/MPHb3GxYsc6HRsRQCBwmNVQ/?format=pdf&lang=pt>.
- Organização das Nações Unidas (ONU). (2016). *Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência*. Disponível em: <https://www.mds.gov.br/webarquivos/Oficina%20PCF/JUSTI%C3%87A%20E%20CIDADANIA/convencao-e-lbi-pdf.pdf>.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2011). *Disability*. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/disability#tab=tab_1.
- Prins, B.; Meijer, I. C. (2002). Como os corpos se tornam matéria: entrevista com Judith Butler. In: *Revista de Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 10, nº 1, 1º semestre. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/vy83qbL5HHNKdzQj7PXDJt/?format=pdf&lang=pt>.
- Resta, E. (2020). *O direito fraterno [recurso eletrônico]*. 2ª Edição. Tradução de: Bernardo Baccon Gehlen, Fabiana Marion Spengler e Sandra Regina Martini. Santa Cruz do Sul: Essere nel Mondo.
- União Europeia (2000). *Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia*. Disponível em: https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_pt.pdf.
- União Europeia (2013). *Regulamento de Dublin III (Regulamento UE n.º 604/2013)*. Disponível em: https://www.sef.pt/pt/Documents/Folheto%20Regulamento_DUBLIN.pdf.