



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE HUMANIDADES, ARTES E CIÊNCIAS
PROFESSOR MILTON SANTOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RELAÇÕES INTERNACIONAIS**

MOISÉS MOREIRA VIEIRA

**BIOPOLÍTICAS DE EXCLUSÃO: HIV/AIDS NO CONTROLE
DE FRONTEIRAS**

Salvador

2016

MOISÉS MOREIRA VIEIRA

**BIOPOLÍTICAS DE EXCLUSÃO: HIV/AIDS NO CONTROLE
DE FRONTEIRAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
graduação em Relações Internacionais,
Instituto de Humanidades, Artes e Ciências
Professor Milton Santos.

Orientador: Prof. Dr. Daniel Tourinho Peres

Salvador

2016

VIEIRA, Moisés Moreira.

Biopolíticas de exclusão: HIV/AIDS no controle de fronteiras / Moisés Moreira Vieira – Salvador: UFBA, 2016.

126 f.

Orientador: Prof. Dr. Daniel Tourinho Peres.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia. Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos, Salvador, 2016.

1. Migrantes 2. HIV/AIDS 3. Segurança 4. Controle de fronteiras 5. Biopoder.

Número CDU: fornecido pela biblioteca central

MOISÉS MOREIRA VIEIRA

**BIOPOLÍTICAS DE EXCLUSÃO: HIV/AIDS NO CONTROLE
DE FRONTEIRAS**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Relações Internacionais, Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos, da Universidade Federal da Bahia.

Aprovada em 18 de janeiro de 2016.

Daniel Tourinho Peres – Orientador _____
Doutor em Filosofia pela Universidade de São Paulo.
São Paulo, Brasil.
Universidade Federal da Bahia.

Daniel Maurício Cavalcanti de Aragão _____
Doutor em Relações Internacionais pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.
Rio de Janeiro, Brasil.
Universidade Federal da Bahia.

Fernanda Rebelo Pinto _____
Doutora em História das Ciências e da Saúde pela Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz.
Rio de Janeiro, Brasil.
Universidade Federal da Bahia.

A Virginia Inês Azevedo de Carvalho Cima, *in memoriam*.

AGRADECIMENTOS

Refletir sobre os dois anos em que me dediquei a este projeto, faz-me remeter a erros e acertos, conquistas e dificuldades, mas, especialmente, ao apoio recebido ao longo desta trajetória. Por isso, passo, aqui, a agradecer a muitos que colaboraram comigo neste percurso.

Agradeço a minha família pelo amor e orações, sempre torcendo pelo êxito dos meus esforços.

A Leonardo da Silva Cavalcante, pelo companheirismo, que tornou mais felizes os momentos difíceis da realização deste trabalho.

A meus amigos, em especial, a Fernando Ferraz Reis, pela amizade em todos os momentos, especialmente, nos mais difíceis; a Maurício Nascimento Sousa, por fazer mais alegre esta fase de tanta seriedade; e a Vítor Rodrigues Lima que, mesmo à distância, se fez presente com mensagens de paz e sabedoria.

Agradeço, também, aos queridíssimos colegas do Mestrado pelas contribuições dada a este projeto, sempre com o carinho e atenção de quem torce pelo sucesso do outro.

Meus sinceros agradecimentos a meu orientador, Prof. Daniel Peres, pela confiança em meu potencial e pelo estímulo à liberdade de pensamento e autonomia na realização desta pesquisa. Ao Prof. Daniel Aragão, pelas contribuições e interesse neste trabalho. À Profa. Fernanda Rebelo por me apresentar, com entusiasmo, aos estudos no campo da saúde. Agradeço, também, aos demais professores do Programa de Pós-graduação em Relações Internacionais, especialmente, à Profa. Denise Vitale e à Profa. Elsa Kraychete que, indubitavelmente, contribuíram para o bom desenvolvimento deste projeto.

Finalmente, agradeço à *University of Windsor* (Canadá) e à *American University in Cairo* (Egito), por viabilizarem a difusão internacional das minhas

ideias e à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) pelo apoio financeiro concedido para a realização deste trabalho.

VIEIRA, Moisés Moreira. Biopolíticas de exclusão: HIV/AIDS no controle de fronteiras. 126 f. 2016. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos, 2016.

RESUMO

Países com restrições de viagem relacionadas ao HIV/AIDS argumentam que as barreiras consistem em medida necessária para proteger a saúde pública e evitar a demanda excessiva por serviços sociais e de saúde. Contrariando tal entendimento, críticos sustentam que as barreiras são ineficazes para a garantia da segurança da população, consistindo numa violação injustificada dos direitos humanos dos migrantes soropositivos. Em que pese a relevância do aludido debate, faz-se necessário oferecer outras leituras do fenômeno da securitização dos estrangeiros infectados, lançando luzes sobre aspectos pouco explorados nas mencionadas discussões. Diante disso, este trabalho tem como objetivo analisar as restrições de viagem relacionadas ao HIV/AIDS, através das lentes do biopoder, explicando seu funcionamento no sistema político da governamentalidade. Argumentando que as restrições constituem uma resposta biopolítica dos Estados à epidemia do vírus, o estudo enfoca quatro processos que tomam lugar no funcionamento das barreiras: a prática do racismo na proteção da comunidade doméstica contra o HIV/AIDS; o emprego da segurança como critério de regulação da mobilidade dos migrantes soropositivos; a economização da vida mediante o gerenciamento do risco e a medicalização do controle de fronteiras. Busca-se demonstrar que as restrições de viagem relacionadas ao HIV produzem discursos e práticas que problematizam concepções tradicionais da segurança, da mobilidade e da saúde, possibilitando a construção de imaginários diversos sobre o corpo do migrante que vive com o vírus.

Palavras-chave: Restrições. Migrantes. HIV/AIDS. Biopoder. Segurança.

VIEIRA, Moisés Moreira. Biopolitics of exclusion: HIV/AIDS at border control. 126 pp. 2016. Dissertation (Master's degree) – Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos, 2016.

ABSTRACT

Countries with HIV-related travel restrictions argue that they are a necessary measure to protect public health and prevent excessive demands for social and health services. Contrary to this understanding, critics claim that restrictions are ineffective to secure the population, unjustifiably violating the human rights of HIV-infected migrants. Although such a controversy is a relevant one, it is necessary to provide distinct readings of the securitization of foreigners living with the virus in order to shed light on aspects poorly explored in the alluded discussions. With this purpose, this dissertation seeks to analyze HIV-related restrictions through the lenses of biopower, by explaining the way they function in the political system of governmentality. By claiming that the barriers reify a biopolitical response of states to the epidemic, the study focuses on four specific processes that take place when mobility is restricted: practices of racism in the protection of domestic communities against HIV; the deployment of security as a criterion to regulate the mobility of HIV-positive migrants; the economization of life through the management of risk and the medicalization of border control. It aims to point out that restrictions produce discourses and practices that problematize traditional concepts of security, mobility and health, constructing an array of imaginaries about the body of foreigners living with HIV.

Key-words: Restrictions. Migrants. HIV/AIDS. Biopower. Security.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 BIOPODER, SEGURANÇA E RACISMO BIOPOLÍTICO: CARACTERIZANDO A ERA DA GOVERNAMENTALIDADE	19
2.1 SOBERANIA, DISCIPLINA E BIOPOLÍTICA: UMA GENEALOGIA DO PODER.....	20
2.2 GOVERNAMENTALIDADE E SEGURANÇA: O PROBLEMA DA CIRCULAÇÃO	34
2.3 PARADOXO DO BIOPODER E O RACISMO BIOPOLÍTICO	43
3 RESTRIÇÕES DE VIAGEM RELACIONADAS AO HIV/AIDS: FUNDAMENTOS E CRÍTICAS À LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE INTERNACIONAL DOS MIGRANTES SOROPOSITIVOS	50
3.1 FUNDAMENTOS DAS RESTRIÇÕES DE VIAGEM RELACIONADAS AO HIV/AIDS: A PROTEÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA E O PROBLEMA DAS DEMANDAS EXCESSIVAS	54
3.1.1 Proteção da saúde pública: o caso Kyiutin vs. Rússia	56
3.1.2 Demanda excessiva por serviços sociais e de saúde: o controle de fronteiras do Canadá.....	61
3.2 CRÍTICAS ÀS RESTRIÇÕES À MOBILIDADE INTERNACIONAL DOS MIGRANTES SOROPOSITIVOS: PROBLEMATIZANDO AS BARREIRAS DE VIAGEM	71
4 CONTROLE DE FRONTEIRAS BIOPOLÍTICO E AS RESTRIÇÕES DE VIAGEM RELACIONADAS AO HIV: SEGURANÇA, SAÚDE E MOBILIDADE HUMANA	78
4.1 BIOPOLITICIZAÇÃO DA RESPOSTA À EPIDEMIA DO HIV E O RACISMO NA PROTEÇÃO DA COMUNIDADE DOMÉSTICA.....	80
4.1.1 Restrições de viagem como resposta biopolítica dos estados à epidemia do HIV/AIDS	80
4.1.2 Racismo biológico na proteção da comunidade doméstica.....	82
4.2 SEGURANÇA E REGULAÇÃO DA MOBILIDADE DOS MIGRANTES SOROPOSITIVOS	85
4.2.1 O sentido da segurança na securitização dos migrantes soropositivos.....	85
4.2.2 Segurança como critério de regulação da mobilidade dos migrantes soropositivos.....	88
4.3 GERENCIAMENTO DO RISCO E ECONOMIZAÇÃO DA VIDA NO PROCESSO DE EXCLUSÃO DE MIGRANTES SOROPOSITIVOS.....	91
4.3.1 Gerenciamento do risco na regulação da mobilidade internacional dos migrantes soropositivos	91

4.3.2 Economização da vida no controle da mobilidade internacional dos migrantes soropositivos	94
4.4 MEDICALIZAÇÃO DO CONTROLE DE FRONTEIRAS NA RESPOSTA AO HIV/AIDS: O CORPO NA FRONTEIRA E A FRONTEIRA NO CORPO DO MIGRANTE	97
4.4.1 Medicalização do controle de fronteiras e a (des)politização das restrições de viagem relacionadas ao HIV	97
4.4.2 Migrantes soropositivos e o esvaziamento terapêutico da medicina no controle de fronteiras	100
4.4.3 Práticas médico-administrativas no controle de fronteiras e a produção do corpo “doente”	103
5 CONCLUSÃO	106
REFERÊNCIAS	119

1 INTRODUÇÃO

Em 02 de fevereiro de 2014, Phillippe Lee – membro do Partido Conservador Britânico e médico praticante no Reino Unido – publicou artigo no jornal *The Independent*, em que escreveu sobre sua recente proposta de emenda à lei de imigração do país. Intitulado “*Why we should screen immigrants for HIV and hepatitis B: The menace of blood-borne infection requires stronger countermeasures*”, o artigo se inicia com advertências sobre a importância da testagem obrigatória de migrantes para detecção de doenças comunicáveis:

I tabled an amendment to the Immigration Bill this week to protect our public health from the risk of communicable diseases - specifically blood-borne viruses like hepatitis B and HIV. We need to know who carries these diseases if we are to treat them, stop the diseases from spreading and, ultimately, eliminate them. These are the first steps - along with prevention measures and, where possible, cures - towards the goal of eradication. In 2012, we introduced a screening programme for immigrants to the UK from countries with a high incidence of tuberculosis before they could be granted a visa for entry. We should now do the same for hepatitis B, HIV and other blood-borne diseases (LEE, 2014).

Além de alertar acerca da urgência da medida para a proteção da saúde pública, Phillippe Lee também registrou a importância da testagem obrigatória, anterior à concessão de vistos de entrada no Reino Unido, para que se evite a sobrecarga do sistema de saúde britânico, que acabaria por arcar com os custos do tratamento de migrantes infectados:

We will never do so until we tackle the risk to public health from those who carry diseases like hepatitis B but do not know they are carriers - including people entering the country from abroad. [...] Unless these diseases are also treated in an immigrant's home country, we also risk burdening our health service with their treatment.

Destacando a realidade da ameaça do HIV/AIDS e da hepatite B, Phillippe Lee conclui, ressaltando a contribuição da testagem obrigatória de migrantes para que se erradiquem, permanentemente, as referidas doenças entre os membros da população britânica. Assim, explica que

We have already acted decisively to reduce the scourge of tuberculosis. We must tackle the menace of hepatitis B, HIV and other blood-borne infections too. Pre-entry screening is a cheap and effective way of getting the information we need to move a step further to eradicating these killers for good. It is not the only thing we need to do - but it is a critical step we can, and should, take now. I want everyone who carries these diseases to have the knowledge they need to empower them to get treatment. I want our children to grow up in a hepatitis B-free world - and I want their children to inherit a world free of HIV. It makes common sense to tackle the spread of these diseases now so that this is our legacy to future generations.

Os argumentos apresentados por Phillippe Lee, fundamentando sua proposta de emenda à lei de imigração britânica, são difíceis de serem ignorados. Iniciando-se pela referência à detecção da doença como primeiro passo para o tratamento do migrante infectado, observa-se o que seria uma convicta preocupação com a saúde e bem estar do estrangeiro. É preciso se ter o conhecimento da condição de doente para que se possa buscar apoio e cuidados médicos. A solicitude da política imigratória está na possibilidade de proporcionar ao migrante o acesso a este diagnóstico no momento em que deseja ingressar no território do Reino Unido.

Porém, como se observa da leitura dos trechos transcritos, a força dos argumentos de Lee derivam de algo distinto da necessidade de se proteger a saúde e o bem-estar de migrantes vivendo com hepatite B e/ou HIV/AIDS. O parlamentar explicitamente ressalta que a testagem obrigatória de migrantes, para a detecção das referidas doenças, é medida imprescindível para a proteção da comunidade doméstica contra a ameaça das epidemias. Identificar o estrangeiro infectado – antes que cruze as fronteiras do país – é procedimento indispensável para a defesa da saúde pública e para que se evite a sobrecarga do sistema de saúde do Reino Unido. Embora reconheça que a realização dos exames médicos não seja suficiente para a erradicação da hepatite B e da AIDS no território britânico, o parlamentar estabelece um nítido vínculo entre a entrada de migrantes infectados no país e os riscos à saúde pública e as pressões sobre o sistema de saúde nacional.

Em meio aos apelos à defesa dos interesses do migrante e à necessidade de proteção da população britânica, o que permanece subjacente – porém claramente perceptível – é a necessidade de limitar o acesso de estrangeiros infectados ao território do Reino Unido. A medida deve ser adotada, não como mero exercício da soberania estatal, mas como necessidade imperativa de proteger a comunidade doméstica. A partir daí, observa-se que o caráter benevolente da política imigratória, direcionado à proteção da saúde do estrangeiro, dissolve-se numa tentativa de “blindagem” das fronteiras contra os vírus da hepatite B e da AIDS, cabendo ao migrante infectado ser remetido a seu país de origem, mesmo que as possibilidades de tratamento da doença sejam remotas ou mesmo inexistentes. A violência do ato, no entanto, encontra-se justificada: é necessário garantir a segurança da população diante da ameaça das epidemias.

As restrições de viagem relacionadas à saúde do migrante – especificamente, as barreiras relativas ao HIV/AIDS – tem sido objeto de frequentes debates. O primeiro deles toma lugar entre aqueles que defendem a importância dos direitos humanos de toda e qualquer pessoa, independentemente de sua nacionalidade, e aqueles que entendem que os cidadãos e o território nacional são os principais referentes de proteção. Em outros termos, a discussão centra-se na oposição entre a necessidade da defesa dos direitos humanos dos migrantes soropositivos e a garantia da segurança nacional em face da ameaça da proliferação do vírus entre os membros da população.

Outro debate comumente travado acerca das restrições de viagem relacionadas ao HIV/AIDS diz respeito ao estabelecimento das barreiras enquanto medida de proteção empiricamente fundada ou como resposta política e socialmente construída que não deriva, necessariamente, de uma observação objetiva da realidade. Nesta perspectiva, as discussões enfocam a realidade da ameaça, personificada no migrante soropositivo, ganhando vulto as controvérsias entre abordagens empiricistas e construtivistas.

Em que pese a relevância dos referidos debates, muitos aspectos da securitização dos migrantes soropositivos restam ignorados – ou pouco

explorados – nas discussões sobre a primazia dos direitos humanos em oposição à segurança nacional ou nas controvérsias sobre a realidade da ameaça dos estrangeiros vivendo com HIV. Neste ponto, mostra-se útil a referência ao pensamento do filósofo francês Michel Foucault para lançar luzes sobre dimensões negligenciadas em debates anteriores sobre o funcionamento das restrições de viagem relacionadas com o vírus.

Para Foucault, a partir do meado do século XVIII, o exercício do poder político passa a assumir novas feições, centradas no controle e regulação dos fenômenos da população, tais como a saúde, longevidade, adoecimento e morte. Anteriormente atributo do soberano, a população passa a ser fonte de riquezas, tornando-se o alvo de estratégias deliberadas do Estado – biopolíticas – que derivam da segurança da população sua legitimidade. Abre-se, assim, a era do biopoder, que se exerce no sistema político denominado governamentalidade: um conjunto de discursos e práticas que permitem o controle e o monitoramento da população, valendo-se da economia política como principal forma de saber e dos dispositivos de segurança como instrumento técnico essencial.

Remetendo ao pensamento de Michel Foucault, este trabalho tem como objetivo analisar as restrições de viagem relacionadas ao HIV/AIDS, através das lentes do biopoder, explicando seu funcionamento no sistema político da governamentalidade. Argumentando que as restrições constituem uma resposta biopolítica dos Estados à epidemia do vírus, o estudo enfoca quatro processos que tomam lugar no funcionamento das barreiras: a prática do racismo na proteção da comunidade doméstica contra o HIV/AIDS; o emprego da segurança como critério de regulação da mobilidade dos migrantes soropositivos; a economização da vida mediante o gerenciamento do risco e a medicalização do controle de fronteiras. Busca-se demonstrar que as restrições de viagem relacionadas ao HIV produzem discursos e práticas que problematizam concepções tradicionais da segurança, da mobilidade e da saúde, possibilitando a construção de imaginários diversos sobre o corpo do migrante que vive com o vírus.

Embora compreenda a relevância das discussões sobre a primazia da segurança humana ou da segurança nacional e das controvérsias sobre a realidade da ameaça dos migrantes com HIV, o trabalho, engajando-se com os argumentos destas discussões, busca oferecer uma outra narrativa acerca do funcionamento das restrições de viagem relacionadas com o vírus, centrando-se no conceito de biopoder, para iluminar aspectos pouco explorados em debates precedentes sobre o funcionamento das barreiras. Enfoca-se, portanto, processos subjacentes que se realizam na operação das restrições de viagem, valendo-se do pensamento foucaultiano como ferramenta de análise.

No que tange à metodologia utilizada, a pesquisa classifica-se como bibliográfica e documental. Quanto aos procedimentos metodológicos empregados, têm-se a leitura e a análise de materiais publicados sobre o tema, tais como livros, publicações em periódicos e artigos científicos, além do estudo e interpretação de informações que se encontram em documentos sem conteúdo analítico (leis, relatórios com dados estatísticos, etc.), conferindo-lhes importância como fonte de análise.

Para o estudo das restrições à mobilidade internacional dos migrantes soropositivos, a partir do conceito de biopoder, o trabalho se organiza em três capítulos. O primeiro deles tem como objetivo resgatar o pensamento de Michel Foucault, especificamente, nos aspectos atinentes ao exercício do biopoder no sistema político da governamentalidade. Inicialmente, apresenta uma genealogia do poder, remetendo aos conceitos de soberania, disciplina e biopolítica. Em seguida, o capítulo ocupa-se de situar o problema da circulação em face das demandas por segurança; a ênfase, aqui, é explicar como as características da governamentalidade se articulam com os temas da mobilidade e da segurança no pensamento de Foucault, iluminando a construção do imaginário moderno de proteger através do governo da circulação. O capítulo finaliza com a análise do paradoxo do biopoder, apresentando o racismo biopolítico como chave explicativa da morte num sistema político de promoção da vida.

A segunda parte do trabalho apresenta o debate entre aqueles que defendem a manutenção das restrições de viagem relacionadas ao HIV e aqueles que se opõem ao estabelecimento das barreiras. O capítulo centra-se nas discussões entre os críticos que reivindicam a importância dos direitos humanos dos migrantes soropositivos e as vozes que sustentam a priorização da segurança nacional contra a ameaça do HIV/AIDS. Enfoca, também, o debate sobre a realidade da ameaça, personificada nos migrantes soropositivos, no qual se discute o estabelecimento das barreiras enquanto mecanismo, empiricamente fundado, de proteção da comunidade doméstica. Para elucidação dos argumentos trazidos pelas perspectivas mencionadas, o capítulo traz exemplos de países com restrições, centrando-se nos casos da Rússia e do Canadá. Neste contexto, apresenta os fundamentos das barreiras e as críticas que lhe são formuladas, a partir da discussão do controle de fronteiras dos referidos países. Além de focar a tradução prática do discurso de securitização dos migrantes soropositivos nas políticas imigratórias dos países com barreiras, o capítulo oferece fundamentos essenciais para a discussão realizada na parte final do trabalho.

O estudo se conclui analisando processos que tomam lugar no funcionamento das barreiras de viagem, comumente negligenciados – ou pouco explorados – pelos debates que se ocupam da importância dos direitos humanos do estrangeiro com HIV em oposição à segurança nacional ou da aferição da realidade da ameaça, personificada nos migrantes soropositivos. O primeiro processo é o emprego de práticas racistas na proteção da comunidade doméstica contra o HIV/AIDS. Situando as barreiras como uma resposta biopolítica dos Estados à epidemia, demonstra-se como a lógica do racismo biológico é operada em nome da defesa da segurança da população.

O capítulo prossegue analisando o emprego da segurança como critério de regulação da mobilidade internacional dos migrantes soropositivos. Trata-se, aqui, de se debruçar sobre o sentido da segurança na securitização do estrangeiro vivendo com HIV/AIDS, ressaltando a dualidade da segurança enquanto – a um só tempo – proteção e sacrifício. Desafiando seu entendimento como bem desejável e positivo, demonstra-se que a segurança

da população figura como referência para que se determine a possibilidade e as formas de ingresso dos migrantes soropositivos no território dos países com barreiras.

Em seguida, o capítulo se ocupa da economização da vida mediante o gerenciamento do risco na regulação da mobilidade internacional dos migrantes soropositivos. As barreiras são caracterizadas como tecnologias empregadas para lidar com probabilidades, realizar estimativas e abordar os perigos do futuro, mediante intervenções no presente. O capítulo sustenta que, através de uma lógica de cálculos e mensurações, as restrições de viagem permitem a atribuição de um valor calculado à experiência humana, traduzido numa linguagem de custos e benefícios que articula quantidade e temporalidade.

Finalmente, o trabalho discute o processo de medicalização do controle de fronteiras na resposta ao HIV/AIDS. O capítulo explica que a compreensão do ingresso de migrantes soropositivos, no território dos países, enquanto problema concebido em termos médicos, despolitiza as restrições de viagem através de uma retórica centrada na proteção da saúde da população. Ademais, é discutido o esvaziamento terapêutico da medicina praticada no controle de fronteiras dos países com restrições, sendo objeto prioritário de estudo a política de imigração canadense. Por fim, o capítulo analisa como práticas médico-administrativas no controle de fronteiras não apenas conhecem o migrante enquanto corpo vivo, mas também são capazes de produzir o estrangeiro “saudável” ou “doente” e, em consequência, aceitável ou inaceitável para cruzar as fronteiras do Estado.

Inspirando-se no pensamento foucaultiano, o trabalho problematiza o que as restrições de viagem são e o que elas fazem, oferecendo uma análise de processos subjacentes ao funcionamento das barreiras. Tal subjacência, no entanto, não deve ser confundida com irrelevância ou inocuidade. Pelo contrário, estes processos produzem e reproduzem formas específicas de concepção da segurança, da saúde e da mobilidade, irradiando efeitos sobre os modos de conceber e tratar o estrangeiro no movimento entre fronteiras.

2 BIOPODER, SEGURANÇA E RACISMO BIOPOLÍTICO: CARACTERIZANDO A ERA DA GOVERNAMENTALIDADE

Países com restrições de viagem relacionadas ao HIV argumentam que as barreiras são estabelecidas com o propósito de proteger a comunidade doméstica contra os riscos trazidos pela entrada de migrantes infectados no território nacional. A proibição pauta-se na necessidade de proteger a saúde pública e evitar a demanda excessiva por serviços sociais e de saúde, circunstâncias capazes de onerar sobremaneira o Estado receptor e dificultar - ou mesmo privar - a população do acesso aos serviços públicos.

O cenário acima retratado, mais do que simplesmente descrever uma política pública criada para responder à epidemia do HIV, revela aspectos essenciais do exercício do poder na contemporaneidade e dos mecanismos necessários para sua operacionalização. As barreiras relacionadas ao vírus simbolizam as formas através das quais o Estado manifesta sua autoridade no monitoramento da vida dentro de suas fronteiras e no controle das migrações.

Embora os primeiros casos de morte por HIV/AIDS tenham sido identificados no início da década de 1980, estabelecendo-se a partir de então barreiras de viagem relacionadas ao vírus, as restrições não consistem numa resposta necessária para uma epidemia específica, que demanda a limitação da mobilidade humana como medida fundamental para evitar sua proliferação. Mais do que isso, as restrições são produto e reforço de um modelo de Estado, cujas origens remetem ao meado do século XVIII, quando novas técnicas de governo passaram a ser implementadas.

A análise das restrições de viagem relacionadas ao HIV/AIDS demanda a compreensão de um modelo de Estado que encontra na administração da vida sua força política, buscando na proteção da existência biológica de sua população a legitimidade para o exercício de poder. A crescente preocupação estatal com o monitoramento e regulação das características biológicas de sua

população – inclusive, a incidência de doenças – foi analisada por Michel Foucault, a partir da década de 1970, que se engajou particularmente com práticas normalizadoras e racistas que acompanharam historicamente o emprego de estratégias biopolíticas (ELBE, 2005, p.404).

Diante disso, o presente capítulo tem como objetivo resgatar o pensamento de Michel Foucault como instrumento teórico para a análise das restrições à mobilidade internacional dos migrantes soropositivos a partir do conceito de biopoder. Para tanto, analisam-se a soberania, a disciplina e a biopolítica como técnicas de governo, ressaltando-se os vínculos entre biopolítica e segurança num contexto de discursos, práticas e saberes denominado por Foucault de governamentalidade. Finalmente, situa-se o racismo biopolítico no pensamento foucaultiano como chave explicativa do paradoxo do biopoder, isto é, um poder que busca “fazer viver”, mas, ao mesmo tempo, desqualifica a vida ao ponto de “deixar morrer”.

2.1 SOBERANIA, DISCIPLINA E BIOPOLÍTICA: UMA GENEALOGIA DO PODER

O privilégio característico do poder soberano é o direito de vida e morte sobre os seus súditos (FOUCAULT, 1999, p.127). Assumir a existência deste direito equivale a dizer que a morte e a vida não são fenômenos naturais que se localizam fora do campo do poder político; “é simplesmente por causa do soberano que o súdito tem direito de estar vivo ou tem direito, eventualmente, de estar morto. Em todo caso, a vida e a morte dos súditos só se tornam direitos pelo efeito da vontade soberana” (FOUCAULT, 2005, p.286). Não se afirma, no entanto, que tal poder possa ser exercido incondicionalmente e em termos absolutos: sua manifestação apenas toma lugar quando o soberano se encontra exposto em sua própria existência, reivindicando a vida do súdito para a proteção de sua autoridade.

Deve-se notar que o direito de vida e morte não significa, necessariamente, a execução do súdito pelo soberano a título de castigo. Tal direito também pode ser exercido de forma indireta quando, por exemplo, o soberano convoca seus

súditos para defendê-lo contra inimigos externos que desejam derrubá-lo ou contestar sua autoridade, expondo-lhes, pela via oblíqua, a vida ao perigo do extermínio (FOUCAULT, 1999, p.127-128). De qualquer sorte, pode-se afirmar que o poder soberano falava através do sangue: a honra da guerra, o medo da fome, o triunfo da morte; o sangue era, assim, um elemento importante com notável função simbólica¹ (EDKINS, 1999, p.55).

Foucault observa também que o direito de vida e morte é essencialmente assimétrico, pois “o soberano não pode fazer viver como pode fazer morrer” (FOUCAULT, 2005, p.286). Em seu entendimento, existe uma espécie de desequilíbrio prático que se inclina para o lado da morte. Isto porque “o soberano só exerce seu direito sobre a vida, exercendo seu direito de matar ou contendo-o; só marca seu poder sobre a vida pela morte que tem condições de exigir” (1999, p.128). Neste sentido, Foucault (2005, p.286-287) explica que

O efeito do poder soberano sobre a vida só se exerce a partir do momento em que o soberano pode matar. Em última análise, o direito de matar é que detém efetivamente em si a própria essência desse direito de vida e morte: é porque o soberano pode matar que exerce seu direito sobre a vida. [...] . Não há, pois, simetria real nesse direito de vida e morte. Não é o direito de fazer morrer ou fazer viver. Não é tampouco o direito de deixar viver e de deixar morrer. É o direito de fazer morrer ou de deixar viver.

Observa-se que, na visão foucaultiana, o direito de vida e morte traduzia-se, efetivamente, no exercício do poder enquanto instância de confisco, mecanismo de subtração e direito de se apropriar de riquezas: extorsão de produtos, serviços, trabalhos e, em última análise, da própria vida dos súditos.

¹ Assim como o sangue é o símbolo da soberania, de acordo com Foucault (1999, p.136-137), o sexo passa a desempenhar função simbólica análoga na era do biopoder: “Sobre tal pano de fundo, pode-se compreender a importância assumida pelo sexo como foco de disputa política. É que ele se encontra na articulação entre os dois eixos ao longo dos quais se desenvolveu toda a tecnologia política da vida. De um lado, faz parte das disciplinas do corpo: adestramento, intensificação e distribuição de forças, ajustamento e economia das energias. Do outro, o sexo pertence à regulação das populações, por todos os efeitos globais que induz. Insere-se, simultaneamente, nos dois registros; dá lugar a vigilâncias infinitesimais, a controles constantes, a ordenações espaciais de extrema meticulosidade, a exames médicos ou psicológicos infinitos, a todo um micropoder sobre o corpo; mas, também, dá margem a medidas maciças, a estimativas estatísticas, a intervenções que visam todo o corpo social ou grupos tomados globalmente. O sexo é acesso, ao mesmo tempo, à vida do corpo e à vida espécie.”

Neste tipo de sociedade, o poder era, antes de tudo, “o direito de apreensão das coisas, do tempo, dos corpos e, finalmente, da vida; culminava com o privilégio de se apoderar da vida para suprimi-la” (FOUCAULT, 1999, p.128). Neste sentido, explica Chloe Taylor (2011, p.41-42) que:

Sovereign power is a power which deduces. It is the right to take away not only life but wealth, services, labour and products. Its only power is to seize that life, to end, impoverish or enslave it; what it does not seize it leaves alone. Sovereign's power's right over life is merely the right of subtraction, not of regulation or control.

Além de sua essencial função subtrativa, duas características fundamentais marcavam a natureza do poder soberano. A primeira delas diz respeito ao objeto sobre o qual se exercia, isto é, o território e seus habitantes, com o propósito fundamental de manter, reforçar e proteger a relação do soberano como aquilo que possui: o território que herdou ou adquiriu e seus súditos (FOUCAULT, 1998, p.279); nesta perspectiva, território e súditos são atributos do soberano, devendo ser preservados na medida em que representam a segurança deste último². A segunda característica se refere ao papel da lei como mecanismo jurídico-legal através dos quais se exercia a soberania: cria-se uma lei e se estabelece uma punição para os que a infringirem, caracterizando uma divisão binária entre o permitido e o proibido e o acoplamento entre um tipo de ação proibida e um tipo de punição (FOUCAULT, 2008, p.8). A soberania se exercia através da lei e a lei executava a vontade do soberano.

A partir do final do século XVII, Foucault identifica que o Ocidente conheceu uma transformação muito profunda desse mecanismo de poder; emerge “um poder destinado a produzir forças, a fazê-las crescer e a ordená-las mais do que a barrá-las, dobrá-las ou destruí-las” (FOUCAULT, 1999, p.198). Esta

² Observe-se que o poder soberano não ignorava que território e população eram elementos com características variáveis, por exemplo, fértil ou infértil, doente ou saudável. No entanto, estes eram aspectos acessórios, que não adquiriam centralidade no exercício do poder. Como esclarece Foucault (1998, p.282), “O território pode ser fértil ou estéril, a população densa ou escassa, seus habitantes ricos ou pobres, ativos ou preguiçosos, etc., mas estes elementos são apenas variáveis com relação ao território, que é o próprio fundamento do principado ou da soberania.” Na era do biopoder, são estas variáveis que ganham destaque para o governo da população que, saudável e produtiva, é fonte de produção de riquezas.

expansão no domínio do poder político - através da qual a existência biológica do homem se torna o alvo de estratégias deliberadas de controle e intervenção – é sinteticamente denominada por biopoder³ (ELBE, 2005, p.405). Sobre a nova modalidade de poder, Foucault (1999, p.131) explica que

A velha potência da morte em que simbolizava o poder soberano é, agora, cuidadosamente, recoberta pela administração dos corpos e pela gestão calculista da vida. Desenvolvimento rápido, no decorrer da época clássica, das disciplinas diversas – escolas, colégios, casernas, ateliês; aparecimento, também, no terreno das práticas políticas e observações econômicas dos problemas da natalidade, longevidade, saúde pública, habitação e migração; explosão, portanto, de técnicas diversas e numerosas para obterem a sujeição dos corpos e o controle das populações. Abre-se, assim, a era de um “biopoder.”

Esta transformação não se deu de maneira espontânea ou arbitrária. Segundo Foucault (2005, p.287), a mudança pode ser seguida na teoria do direito, ao se elaborar o seguinte questionamento: quando os indivíduos contratam, no plano do contrato social, assim o fazem pela necessidade de proteger a vida, ou seja, a constituição do soberano se dá para que se possa viver; sendo assim, “[n]ão deve a vida ficar fora do contrato, na medida em que ela é que foi o motivo primordial, inicial e fundamental do contrato?” (FOUCAULT, 2005, p.288). Como se observa, o questionamento filosófico já demonstra como o problema da vida começa a ser problematizado no campo do pensamento político.

Para além da teoria jurídica, Foucault destaca que o surgimento do biopoder ocorre no bojo de transformações históricas, consistindo num instrumento que

³ O termo biopoder é empregado na literatura por Foucault tanto para se referir a uma categoria mais ampla - que engloba a disciplina sobre corpos individuais e a regulação das populações – quanto para remeter, de maneira mais restrita, às intervenções sobre o homem enquanto espécie. Admite, assim, utilização tanto em sentido amplo (disciplina do corpo e regulação das populações) quanto em sentido estrito (regulação das populações). Sobre o emprego da terminologia, Chloe Taylor (2011, p.44-45) explica que “If at times Foucault describes discipline and biopower as two distinct (although intersecting and overlapping) forms of power, at other times he includes discipline within biopower, or describes discipline as one of the two levels at which biopower works. Biopower is a power over *bios* or life, and lives may be managed on both an individual and a group basis. [...] Discipline may be seen as biopower as it targets the individual body, therefore, while another level of biopower targets the species-body. Foucault will describe these two levels as “the two poles around which the organization of power over life was deployed”. These two levels of power are necessarily intertwined, since bodies make up populations and populations are made up of individual bodies.”

permitiu ao poder estender seu alcance para governar o complexo campo político e econômico que se desenvolvia com o crescimento da sociedade industrial⁴ (MARKS, 2008, p.96). Como explica Foucault (1999, p.132),

Este biopoder, sem a menor dúvida, foi elemento indispensável ao desenvolvimento do capitalismo, que só pôde ser garantido à custa da inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e por meio de um ajustamento dos fenômenos da população aos processos econômicos⁵.

Em outros termos, o poder que tinha como esquema organizador a soberania tornou-se inoperante para reger o corpo econômico e político de uma sociedade em via, a um só tempo, de explosão demográfica e de industrialização. Portanto, os avanços no campo da agricultura, indústria, mas também as inovações da medicina e demais ciências do corpo desempenharam papel fundamental na emergência da nova técnica de poder:

The integration of sovereign power into biopower is by no means a transformation within politics alone. Rather, it is itself the result of some important historical transformations. Decisive for the “entry of life into history” was the increase of industrial and agricultural production in the 18th century, as well as growing medical and scientific knowledge about the human body. Whereas the pressure exerted by the biological on the historical in the form of epidemics, disease, and famine was quite high until that time, the technological, scientific, social, and medical innovations allowed now for a relative control over life (LEMKE, 2011, p.35).

⁴ Sobre as mudanças histórico-sociais que ensejaram a emergência do biopoder, Michael Dillon (2008, p.171) explica que “Following the religious revolutions of the seventeenth century, especially, politics and rule were obliged to seek some other warrant than that of a divinely ordained cosmos. However much they nonetheless continued to rely on some guarantor of universal order, that guarantor could no longer be confidently formulated in terms of a providential God divinely manifested throughout creation. Science, commerce, urbanisation, religious war and the rise of the state, as well as the bloody rivalry of conflicting confessions of faith, put paid to that game.”

⁵ Como se observa, as relações entre capitalismo, biopoder e Estado são acentuadas nas análises de Foucault, mas não devem conduzir ao equívoco de que tal modalidade de poder emergiu, exclusivamente, em razão da consolidação do sistema capitalista, que haveria subjugado o Estado e lhe determinado uma nova forma de governar. Este último vale-se do modo capitalista de produção para melhor extrair da população suas forças produtivas e proporcionar a geração de riquezas. Como elucida Charlotte Epstein (2007, p.151), governar nestas circunstâncias – isto é, na era do biopoder – requeria a incorporação da população na máquina capitalista, como forma de otimizar suas capacidades produtivas.

Dessa forma, muitas coisas escapavam à antiga mecânica do poder soberano, tanto no nível do detalhe (corpo) quanto no nível da massa (população) (FOUCAULT, 2005, p.297-298). Fazia-se necessário, assim, a emergência de uma nova tecnologia de poder capaz de investir sobre o corpo vivo, sua valorização e gestão distributiva de suas forças⁶.

O biopoder se desenvolveu de duas formas principais. A primeira delas consistiu no que se denomina anatomopolítica do corpo, centrada no corpo como máquina: “no seu adestramento, na ampliação de suas aptidões, na extorsão de suas forças, no crescimento paralelo de sua utilidade e docilidade, na sua integração em sistemas de controle eficazes e econômicos” (FOUCAULT, 2005, p.131). Este primeiro polo tinha na disciplina uma forma de autocontrole, encorajada pelas instituições que passaram a permear a sociedade moderna. Como explica Sarah Mills (2003, p.43),

Discipline consists of a concern with control which is internalised by each individual: it consists of a concern with time-keeping, self-control over one's posture and bodily functions, concentration, sublimation of immediate desires and emotions – all of these elements are the effects of disciplinary pressure and at the same time they are all actions which produce the individual as subjected to a set of procedures which come from outside of themselves but whose aim is the disciplining of the self by the self.

Como se observa, o poder disciplinar tem como objeto corpos individuais, buscando conhecê-los para subjugar-los e extrair suas forças: a modelagem do corpo é inseparável do desenvolvimento de um conjunto de conhecimentos relativos ao indivíduo nas instituições (MARKS, 2008, p.93). Daí a importância dos estudos e práticas dos criminologistas, psiquiatras e educadores para a

⁶ Discorrendo sobre as políticas da saúde no século XVIII, Foucault (1998, p.193) explica detalhadamente o suporte desta transformação: “Qual o suporte desta transformação? A grosso modo, pode-se dizer que se trata da preservação, manutenção e conservação da ‘força de trabalho’. Mas, sem dúvida, o problema é mais amplo: ele também diz respeito aos efeitos econômico-políticos da acumulação dos homens. O grande crescimento demográfico do Ocidente europeu durante o século XVIII, a necessidade de controlá-lo e de integrá-lo ao desenvolvimento do aparelho de produção, a urgência de controlá-lo por mecanismos de poder mais adequados e rigorosos fazem aparecer a ‘população’ – com suas variáveis de números, de repartição espacial ou cronológica, de longevidade e de saúde – não somente como problema teórico mas como objeto de vigilância, análise, intervenções, operações transformadoras, etc.”

produção de um conhecimento que ao mesmo tempo é produto do poder e sua própria legitimação. Encontra nas instituições – tais como as prisões, escolas, exército, asilo e hospitais – o ambiente, por excelência, de sua profusão, embora se prolifere por todo o corpo social⁷. É um poder que produz o indivíduo enquanto seu objeto, objetivo e instrumento. Ocorre o aumento das habilidades e aptidões do corpo, mas não para que este possa se insurgir: o poder é exercido mediante a vigilância, hierarquização e inspeção, aumentando a força útil dos indivíduos através do exercício e treinamento⁸.

A segunda manifestação do biopoder toma lugar a partir da segunda metade do século XVIII, consistindo em algo novo, que se localiza em outro nível e se vale de outros instrumentos para seu auxílio e implementação. Segundo explica Foucault (1999, p.131), centra-se no corpo-espécie, como suporte dos processos biológicos, tais como o nascimento, o nível de saúde, a mortalidade, que passam a ser assumidos mediante uma série de intervenções e controles reguladores: uma biopolítica da população. Os Estados modernos reconheceram a necessidade de entender as características, estruturas e tendências de suas populações com o propósito de administrá-las e como

⁷ Thomas Lemke (2011, p.37) destaca que, primordialmente, a disciplina se associa às instituições e a regulamentação, ao Estado: “Disciplinary technology and security technology differ not only in their objectives and instruments and the date of their historical appearance but also in where they are situated institutionally. Disciplines developed inside of institutions, such as the army, prisons, schools, and hospitals, whereas the state organized and centralized the regulation of the population from the 18th century on. The collection of demographic data was important in this regard, as were the tabulation of resources and statistical censuses related to life expectancy and the frequency of illness. Two series, therefore, may be discerned: the body–organism–discipline–institution series, and the population–biological processes–regulatory mechanisms–State”. Acompanhando o autor, Chloe Taylor (2011, p.45) alerta que não se deve estabelecer qualquer dicotomia, pois o Estado se envolve em diversas instituições; além disso, o poder, na visão foucaultiana, não admite concentração exclusiva no aparelho estatal, difundindo-se nas relações sociais como um todo.

⁸ Jenny Edkins (1999, p.49-51) explica que o poder disciplinar é abordado por Foucault através da referência ao surgimento do sistema carcerário do século XIX, especialmente, em sua obra *Vigiar e Punir* (1975). A autora destaca como o filósofo francês revela o aspecto tecnodisciplinar das prisões como meio de transformação dos encarcerados, através de técnicas como o isolamento, trabalho, modulação e tempo de pena. A prisão é o local onde o encarcerado está sob permanente observação e vigilância, sendo elaborados relatórios sobre seu comportamento e estado de espírito; tudo para se produzir um conhecimento que possibilitará a mudança do preso a qual, por sua vez, será em benefício da sociedade. Por isso, o panóptico encontrou na prisão seu local privilegiado de realização: ao mesmo tempo vigilância e observação; segurança e conhecimento; isolamento e transparência.

forma de abarcar aquilo que ainda não podiam controlar⁹ (MILLS, 2003, p.46). Como sintetiza Thomas Lemke (2011, p.36-37),

In the second half of the 18th century another technology of power emerged, which was directed not at the bodies of individuals but at the collective body of a population. By “population” Foucault does not imagine a legal or political entity (e.g., the totality of individuals) but an independent biological corpus: a “social body” that is characterized by its own processes and phenomena, such as birth and death rates, health status, life span, and the production of wealth and its circulation.

Embora a disciplina seja concebida por Foucault como um elemento num movimento histórico mais amplo, que parte da soberania para a biopolítica (MARK, 2008, p.97), não se deve entender as referidas tecnologias de poder de maneira progressista ou sob as luzes de um evolucionismo linear¹⁰. A biopolítica não exclui a disciplina, mas sim a integra, modificando-a parcialmente, incrustando-se efetivamente graças a essa técnica disciplinar prévia¹¹ (FOUCAULT, 2005, p.289). Efetivamente, estas duas formas de poder estão interconectadas, pois corpos compõem populações e populações são compostas por corpos individuais (TAYLOR, 2011, p.45). A disciplina é a micro-tecnologia e a biopolítica é a macro-tecnologia do mesmo poder sobre a vida (MILLS, 2003, p.45-46). Disciplina e biopolítica, portanto, se interconectam e se

⁹ Registra Foucault (1999, p.134), no entanto, que “[...] não é que a vida tenha sido exaustivamente integrada em técnicas que a dominem e gerem; ela lhes escapa continuamente. Fora do mundo ocidental, a fome existe numa escala maior do que nunca; e os riscos biológicos sofridos pela espécie são talvez maiores e, em todo caso, mais graves do que antes do nascimento da microbiologia. Mas, o que se poderia chamar de ‘limiar de modernidade biológica’ de uma sociedade se situa no momento em que a espécie entra como algo em jogo em suas próprias estratégias políticas.”

¹⁰ Observa-se que mesmo o poder soberano de causar a morte e deixar morrer não foi, exatamente, substituído pelo biopoder, mas sim complementado, o que permite concluir que a disciplina e biopolítica não apagam o velho direito, mas o penetra e modifica (DILLON, 2008, p.169).

¹¹ Destacando a coexistência entre poder disciplinar e biopolítica, Foucault (2005, p.299) explica que “Por outro lado, esses dois conjuntos de mecanismos, um disciplinar, o outro regulamentador, não estão no mesmo nível. Isso lhes permite, precisamente, não se excluírem e poderem articular-se um com o outro. Pode-se mesmo dizer que, na maioria dos casos, os mecanismos disciplinares de poder e os mecanismos regulamentadores de poder, os mecanismos disciplinares do corpo e os mecanismos regulamentadores da população, são articulados um com o outro.”

diferenciam¹² como esclarece Foucault (2005, p.297) ao distinguir entre a tecnologia disciplinar do corpo e a tecnologia regulamentadora da vida:

Temos, portanto, desde o século XVIII (ou em todo caso desde o fim do século XVIII), duas tecnologias de poder que são introduzidas com certa defasagem cronológica e que são sobrepostas. Uma técnica que é, pois, disciplinar: é centrada no corpo, produz efeitos individualizantes, manipula o corpo como foco de forças que é preciso tornar úteis e dóceis ao mesmo tempo. E, de outro lado, temos uma tecnologia que, por sua vez, é centrada não no corpo, mas na vida; uma tecnologia que agrupa os efeitos de massas próprios de uma população, que procura controlar a série de eventos fortuitos que podem ocorrer numa massa viva; uma tecnologia que procura controlar (eventualmente modificar) a probabilidade desses eventos, em todo caso em compensar seus efeitos. É uma tecnologia que visa, portanto não o treinamento individual, mas pelo equilíbrio global, algo como uma homeostase: a segurança do conjunto em relação aos seus perigos internos¹³.

Deve-se ressaltar que as aproximações entre a disciplina e a biopolítica encontram lugar privilegiado na ideia de normalização. O poder disciplinar articula-se diretamente com a norma; não no sentido estritamente legal do termo, mas como padrão de comportamento que permite a qualificação de

¹² Neste sentido, John Marks esclarece que (2008, p.96-97) “Both discipline and biopower are ways of enabling power to extend its reach in order to govern the complex economic and political field that develops with the growth of industrial society. The organising principle that has sovereignty as its primary reference point is no longer capable of covering the entire field; adjustments have to be made. Discipline provides a first adjustment, in the shape of the disciplinary/carceral network of barracks, schools, hospitals and so on; a second adjustment comes at the end of the eighteenth century, with the addition of a focus on the biological phenomenon of the population as a living mass. These two approaches complement and interpenetrate each other.”

¹³ Neste mesmo sentido, diferenciando a anatomo-política do corpo em relação à biopolítica da população, Foucault (2005, p.289) explica que “Ao que essa nova técnica de poder não disciplinar se aplica é - diferentemente da disciplina, que se dirige ao corpo - à vida dos homens, ou ainda, se vocês preferirem, ela se dirige não ao homem-corpo, mas ao homem vivo, ao homem ser vivo; no limite, se vocês quiserem, ao homem-espécie. Mais precisamente, eu diria isto: a disciplina tenta reger a multiplicidade dos homens na medida em que essa multiplicidade pode e deve redundar em corpos individuais que devem ser vigiados, treinados, utilizados, eventualmente punidos. E, depois, a nova tecnologia que se instala se dirige a multiplicidade dos homens, não na medida em que eles se resumem em corpos, mas na medida em que ela forma, ao contrário, urna massa global, afetada por processos de conjunto que são próprios da vida, que são processos como o nascimento, a morte, a produção, a doença, etc. Logo, depois de uma primeira tomada de poder sobre o corpo que se fez consoante o modo da individualização, temos uma segunda tomada de poder que, por sua vez, não é individualizante mas que é massificante, se vocês quiserem, que se faz em direção não do homem-corpo, mas do homem-espécie. Depois da anatomo-política do corpo humano, instaurada no decorrer do século XVIII, vemos aparecer, no fim do mesmo século, algo que já não é uma anatomo-política do corpo humano, mas que eu chamaria de uma ‘biopolítica’ da espécie humana.”

condutas em “normais” e “anormais”, aceitáveis e proibidas (HOFFMAN, 2011, p.32). As práticas de normalização funcionam, identificando, primeiramente, os indivíduos “anormais” cujo comportamento se desvia da norma “saudável” e que, por consequência, precisam ser cuidadosamente monitorados. As sociedades biopolíticas também se valem da norma como elemento central: tais sociedades precisam encontrar mecanismos para induzir os indivíduos a estruturar (disciplinar) seu comportamento em relação à norma, o que maximizará a saúde da população (ELBE, 2005, p.413). A normalização situa-se, portanto, no ponto de contato entre disciplina e biopolítica¹⁴. Sobre a importância da norma nas sociedades biopolíticas, explica Thomas Lemke (2001, p.38-39) que:

In this context, the concept of the norm plays a key role. The ancient “power over life and death” operated on the basis of the binary legal code, whereas biopolitics marks a movement in which the “right” is more and more displaced by the “norm.” The absolute right of the sovereign tends to be replaced by a relative logic of calculating, measuring, and comparing. A

¹⁴ Neste sentido, Foucault explica que “De uma forma mais geral ainda, pode-se dizer que o elemento que vai circular entre o disciplinar e o regulamentador, que vai se aplicar, da mesma forma, ao corpo e à população, que permite a um só tempo controlar a ordem disciplinar do corpo e os acontecimentos aleatórios de uma multiplicidade biológica, esse elemento que circula entre um e outro é a “norma”. A norma é o que pode tanto se aplicar a um corpo que se quer disciplinar quanta a uma população que se quer regulamentar. A sociedade de normalização não é, pois, nessas condições, uma espécie de sociedade disciplinar generalizada cujas instituições disciplinares teriam se alastrado e finalmente recoberto todo o espaço – essa não é, acho eu, senão uma primeira interpretação, e insuficiente, da ideia de sociedade de normalização. A sociedade de normalização é uma sociedade em que se cruzam, conforme uma articulação ortogonal, a norma da disciplina e a norma da regulamentação.” Além disso, acompanhando Foucault (2008, p.75-83), tem-se que a norma da disciplina opera através da criação de prescrições, com base em resultados esperados, com relação às quais os indivíduos devem ser enquadrados: “A normalização disciplinar consiste em primeiro colocar um modelo, um modelo ótimo que é construído em função de certo resultado, e a operação de normalização disciplinar consiste em procurar tornar as pessoas, os gestos, os atos, conformes a esse modelo, sendo normal precisamente quem é capaz de se conformar a essa norma e anormal quem não é capaz.” A normalização regulamentadora, por sua vez, parte da identificação do “normal” e do “anormal” para se construir curvas de normalidade, apoiadas em estatísticas, dados e cálculos, a partir dos quais se constrói a norma. Curvas mais desviantes devem ser reduzidas a essa curva normal geral. Assim, Foucault (2008, p.82-83) explica que “Temos, portanto, um sistema que é, creio, exatamente o inverso do que podíamos observar a propósito das disciplinas. Nas disciplinas, partia-se de uma norma e era em relação ao adestramento efetuado pela norma que era possível distinguir depois o normal do anormal. Aqui, ao contrário, vamos ter uma identificação do normal e do anormal, vamos ter uma identificação das diferentes curvas de normalidade e a operação de normalização vai consistir em fazer essas diferentes distribuições de normalidade funcionarem urnas em relação às outras e [em] fazer de sorte que as mais desfavoráveis sejam trazidas as que são mais favoráveis. Temos, portanto, aqui uma coisa que parte do normal e que se serve de certas distribuições consideradas, digamos assim, mais normais que as outras, mais favoráveis em todo caso que as outras. São essas distribuições que vão servir de norma.”

society defined by natural law is superseded by a “normalizing society”.

A biopoliticização do Estado implicou uma mudança de foco nas técnicas de governo, pois o biopoder tem como função precípua a administração da vida e não sua aniquilação. Enquanto o poder soberano implicava “fazer morrer” ou “deixar viver”, o biopoder define-se como aquele que “faz viver” ou “deixa morrer”. A saúde e o bem-estar físico da população em geral surgem como objetivos essenciais do poder político, que passa se ocupar das maneiras pelas quais se pode elevar o nível de saúde do corpo social; a biopolítica consubstancia, assim, a entrada dos fenômenos próprios à vida da espécie humana na ordem do saber e do poder, isto é, no campo das técnicas políticas¹⁵. Como explica Foucault (1998, p.196),

Os diversos aparelhos de poder devem se encarregar dos “corpos” não simplesmente para exigir deles o serviço do sangue ou para protegê-los contra inimigos, não simplesmente para assegurar os castigos ou extorquir as rendas, mas para ajudá-los a garantir saúde. O imperativo da saúde: dever de cada um e objetivo geral.

Portanto, é preciso baixar a morbidade, estender a vida e estimular a natalidade; faz-se necessário estabelecer mecanismos de regulação, destinados a maximizar forças e extrai-las, assim como os mecanismos disciplinares o faziam, mas por caminhos bastante diferentes (FOUCAULT, 2005, p.294). Numa sociedade biopolítica, o Estado preocupa-se em conhecer e administrar a vida da população como um todo e, dessa forma, regular problemas relativos, por exemplo, à natalidade, longevidade, saúde pública, moradia e migração (TAYLOR, 2011, p.44-45). Vale registrar que, ao contrário do poder soberano, as finalidades específicas a serem atingidas através desta “disposição de coisas” (FOUCAULT, 1998, p.284) não se dava primordialmente através da lei:

¹⁵ Deve-se registrar, como alerta Foucault (1999, p.134), que, embora a biopolítica represente a entrada dos fenômenos próprios à vida da espécie humana na ordem do saber e do poder, não se pode afirmar que tenha produzido o primeiro contato da vida com a história e com o político: a fome e as grandes epidemias da Idade Média apontam em sentido contrário. O que, efetivamente, diferencia a era do biopoder de períodos anteriores é a especificidade dos procedimentos de poder e saber que tentam controlar e modificar os processos biológicos do homem-espécie.

Ao contrário, no caso da teoria do governo não se trata de impor uma lei aos homens, mas de dispor as coisas, isto é, utilizar mais táticas do que leis ou utilizar, ao máximo, leis como táticas. Fazer por vários meios, com que determinados fins possam ser atingidos. Isto assinala uma ruptura importante: enquanto a finalidade da soberania é ela mesma e seus instrumentos têm a forma de lei, a finalidade do governo está nas coisas que ela dirige, deve ser procurada na perfeição, na intensificação dos processos que ele dirige os instrumentos do governo, em vez de serem constituídos por lei, são táticas diversas.

Diferentemente do poder soberano, a biopolítica não direciona sua atenção para o indivíduo enquanto sujeito jurídico-legal. Tampouco esta tecnologia se ocupa diretamente de corpos individuais. Segundo Foucault (2005, p.293), “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 [...]”. Esta nova categoria emerge, ao mesmo tempo, como um dado, um campo de intervenção e objetivo das técnicas de governo; afasta-se da qualidade de atributo do soberano e se aproxima da ideia de força produtiva que promove a riqueza. Como explica Charlotte Epstein (2007, p.151):

The population was no longer merely the attribute of the sovereign (his or her “people”), but a huge productive force, key to developing the wealth of nations. Governing, under these circumstances, meant harnessing the population into the new capitalist machine; it required finding new ways to optimize these productive capacities.

Deve-se registrar, no entanto, que a população enquanto coletividade sobre a qual se exerce o poder político remete a períodos anteriores à emergência do biopoder enquanto modalidade de poder dominante. O que qualifica, com especificidade, o trato da população, na era do biopoder, é a integração de todos os seus aspectos para fins de elaboração das estratégias políticas do Estado, fundamentadas em novas formas de saber, além da possibilidade de intervenção direta do poder político sobre a novel categoria, cujos fenômenos passavam a ser conhecidos em maior extensão e profundidade. Como explica Foucault (1998, p.274-275),

Certamente, o problema da população sobre a forma “seremos nós muito numerosos, não suficientemente numerosos?”, há muito tempo é colocado, há muito tempo que se dá a ele soluções legislativas diversas: impostos sobre os celibatários, isenção de imposto para as famílias numerosas, etc. Mas, no século XVIII, o que é interessante é, em primeiro lugar, uma generalização destes problemas: todos os aspectos do fenômeno população começam a ser levados em conta (epidemias, condições de habitat, de higiene, etc.) e a se integrar no interior de um problema central. Em segundo lugar, vê-se aplicar a este problema novos tipos de saber: aparecimento da demografia, observações sobre a repartição das epidemias, inquéritos sobre as amas de leite e as condições de aleitamento. Em terceiro lugar, o estabelecimento de aparelhos de poder que permitem não somente a observação, mas a intervenção direta e manipulação de tudo isto. Eu diria que, neste momento, começa algo que se pode chamar de poder sobre a vida, enquanto só havia vagas incitações, descontínuas, para modificar uma situação que não se conhecia bem.

Sendo a população o objeto da nova técnica de governo, cabe-se questionar quais fenômenos relativos a esta categoria deverão ser dignos de registro, análise e intervenção. De pronto, pode-se afirmar que são “fenômenos coletivos, que só aparecem com seus efeitos econômicos e políticos, que só se tornam pertinentes no nível da massa” (FOUCAULT, 2005, p.293). “É da natalidade, da morbidade, das incapacidades biológicas diversas, dos efeitos do meio, é disso tudo que a biopolítica vai extrair seu saber e definir o campo de intervenção de seu poder” (FOUCAULT, 2005, p.292). Em síntese, a biopolítica leva em conta a vida, os processos biológicos do homem-espécie, assegurando sobre eles não um disciplina, mas uma regulamentação.

É certo que a biopolítica se ocupa essencialmente da administração da vida: nascimento, fecundidade, longevidade e saúde são alguns exemplos de processos regulamentados por esta tecnologia de poder. Porém, como explica Foucault (2005, p.290), não se tratam apenas de processos de geração e manutenção da vida, mas também do problema da mortalidade e da morbidade; ocupam-se, assim, das doenças – menos das grandes epidemias e

mais daquilo que se pode chamar endemias, ou seja, a forma, a natureza, a extensão, a duração e a intensidade das doenças na população¹⁶:

Doenças mais ou menos difíceis de extirpar, e que não são encaradas como as epidemias a título de causas de morte mais frequente, mas como fatores permanentes – e é assim que as tratam – de subtração das forças, diminuição do tempo de trabalho, baixa de energia, custos econômicos, tanto por causa da produção não realizada quanto dos tratamentos que podem custar (FOUCAULT, 2005, p.290).

A administração dos processos de adoecimento também se dá de maneira específica na era do biopoder. Em vez de “tentar anular, pura e simplesmente, a doença em todos os sujeitos em que ela se apresenta ou, ainda, impedir que os sujeitos que estejam doentes tenham contato com os que não estão” (FOUCAULT, 2008, p.81), uma abordagem biopolítica tomará em conta “a população e em ver nesta população qual é o coeficiente de morbidade provável, ou de mortalidade provável, isto é, o que é normalmente esperado, em matéria de acometimento da doença, em matéria de morte ligada à doença, nessa população.” (FOUCAULT, 2008, p.81). Neste sentido, quatro noções básicas são integradas nas formas de intervenção das biopolíticas: caso, risco perigo e crise.

As doenças são tratadas em termos de casos na população; passam a ser feitas análises quantitativas de fracassos e de êxitos, de eventualidades de morte e contaminação, como forma de integrar no campo coletivo os fenômenos individuais. Além disso, busca-se identificar a propósito de cada indivíduo (ou grupo de indivíduos) qual é o risco que cada um tem de

¹⁶ Foucault (1999, p.133-134) explica a transição das preocupações do poder político com as grandes epidemias para as endemias que afetam a população a partir das transformações políticas, sociais e econômicas que acompanharam a emergência do biopoder: “[...] a pressão biológica sobre o histórico fora, durante milênios, extremamente forte; a epidemia e a fome constituíam as duas grandes formas dramáticas desta relação que ficava, assim, sob o signo da morte; por um processo circular, o desenvolvimento econômico e, principalmente, agrícola do século XVIII, o aumento da produtividade e dos recursos ainda mais rapidamente do que o crescimento demográfico por ele favorecido, permitiram que se afrouxassem um pouco tais ameaças profundas: a era das grandes devastações da fome e da peste – salvo alguns recrudescimentos – encerrou-se antes da Revolução Francesa; a morte começava a não mais fustigar diretamente a vida. Mas, ao mesmo tempo, o desenvolvimento dos conhecimentos a respeito da vida em geral, a melhoria das técnicas agrícolas, as observações e medidas visando à vida e à sobrevivência dos homens contribuíram para esse afrouxamento: um relativo domínio sobre a vida afastava algumas das iminências da morte.”

contaminação, morbidade e mortalidade. Esse cálculo de risco revela que eles não são os mesmos para todos os indivíduos, em todas as condições e em todos os meios. “Assim, há riscos diferenciais que revelam, de certo modo, zonas de mais alto risco e zonas, ao contrário, de risco menos elevado, mais baixo de certa forma. Em outras palavras, pode-se identificar o que é perigoso” (FOUCAULT, 2008, p.80). Por fim, pode-se determinar a multiplicação da doença num dado momento e lugar, proliferando-se casos, de forma que se configure uma crise, fenômeno que somente pode ser controlado por “um mecanismo superior, natural e superior, que vai freá-lo, ou por uma intervenção artificial.” (FOUCAULT, 2008, p.81).

Finalmente, deve-se registrar que a busca por “fazer viver” num Estado cada vez mais biopoliticizado – ou, como afirma Foucault (1998, p.292), governamentalizado – nem sempre é acompanhada por medidas que fomentam ou se limitam na autonomia e na liberdade do sujeito-objeto das medidas estatais: intervenções autoritárias e de controles são implementadas em nome da defesa e promoção da vida, restando, pois, legitimadas. Assim, a biopolítica medicaliza – voluntaria ou coercitivamente – diversos aspectos da vida, privilegiando a higiene e o funcionamento da medicina como instrumento de controle social¹⁷:

A medicina, como técnica geral de saúde, mais do que como serviço das doenças e arte das curas, assume um lugar cada vez mais importante nas estruturas administrativas e nesta maquinaria de poder que, durante o século XVIII, não cessa de se estender e de se afirmar. O médico penetra em diferentes instâncias de poder. A administração serve de ponto de apoio e, por vezes, de ponto de partida aos grandes inquéritos médicos sobre a saúde das populações; por outro lado, os médicos consagram uma parte cada vez maior de suas atividades a tarefas gerais quanto administrativas que lhes foram fixadas pelo poder (FOUCAULT, 1998, p.202).

A emergência do biopoder, portanto, configura um período histórico marcado por uma série de transformações nas técnicas de governo e no exercício do poder político. A população, enquanto objeto de intervenção e estratégias

¹⁷ Sobre os procedimentos médicos operacionalizados pela biopolítica, Foucault (1998, p.197) ressalta a transição de uma transição do contexto estreito dos socorros de caridade para uma forma mais geral de uma “polícia médica” com suas obrigações e serviços para assegurar a saúde da população.

políticas, surge como categoria primordial cujos processos biológicos devem ser regulados e administrados em favor da promoção da vida. Doenças – e seus efeitos correlatos – são concebidos em termos de casos, risco, perigo e crise, cujo enfrentamento, nem sempre, poderá acontecer de forma benevolente se a segurança da população tiver de ser mantida. A medicina assume lugar de destaque nas estruturas estatais, penetrando de maneira decisiva as instâncias de poder. Em defesa da vida, medicaliza-se progressivamente as instituições do Estado e a existência humana.

2.2 GOVERNAMENTALIDADE E SEGURANÇA: O PROBLEMA DA CIRCULAÇÃO

O biopoder atribui ao poder político mais uma função além daquelas relativas à ordem e à organização do enriquecimento: o bem-estar físico, saúde e longevidade da população. O Estado que, desde a Idade Média, controlava o monopólio das armas (função de guerra e paz) e o controle das funções judiciárias (arbitragem dos litígios e punição dos delitos), passou a se ocupar – num primeiro momento – da ordem e do enriquecimento para, finalmente, debruçar-se sobre a saúde da população e seus processos biológicos¹⁸ (FOUCAULT, 1998, p.197). Constitui-se, assim, um conjunto heterogêneo de saberes, práticas e instituições ao qual Foucault atribui a denominação governamentalidade:

Por esta palavra, “governamentalidade”, entendo o conjunto constituído pelas instituições, procedimentos, análises e reflexões, os cálculos e as táticas que permitem exercer essa forma bastante específica, embora muito complexa, de poder que tem por alvo principal a população, por principal forma de saber a economia política e por instrumento técnico essencial os dispositivos de segurança. Em segundo lugar, por “governamentalidade” entendo a tendência, a linha de força que, em todo o Ocidente, não parou de conduzir, e desde há muito, para a preeminência desse tipo de poder que podemos chamar de “governo” sobre todos os outros – soberania,

¹⁸ Segundo Foucault (1998, p.197), “o exercício destas três funções (ordem, enriquecimento, saúde) foi assegurado menos por um aparelho único que por um conjunto de regulamentos e instituições múltiplas que recém, no século XVIII, o nome genérico de ‘polícia’. O que se chamará até o final do Antigo Regime de polícia não é somente a instituição policial; é o conjunto dos mecanismos pelos quais são assegurados a ordem, o crescimento canalizado das riquezas e as condições de manutenção da saúde em geral.”

disciplina – e que trouxe, por um lado, e, por outro lado, o desenvolvimento de toda uma série de saberes. Enfim, por “governamentalidade”, creio que se deveria entender o processo, ou antes, o resultado do processo pelo qual o Estado de justiça da Idade Média, que nos séculos XV e XVI se tornou o Estado administrativo, viu-se, pouco a pouco, governamentalizado¹⁹ (FOUCAULT, 1998, 292-293).

As definições trazidas por Foucault acerca da governamentalidade demandam ser esquematicamente analisadas. Em primeiro lugar, observe-se que a governamentalidade se refere a uma arte de governo (FOUCAULT, 1998, p.291) que se utiliza dos saberes, instituições e mecanismos da biopolítica para sua implementação. Em outras palavras, aquilo que se denomina governamentalidade é produzido e, ao mesmo tempo, reforça as estruturas, conhecimento e instrumentos operacionalizados pela biopolítica das populações. Biopolítica e governamentalidade são fenômenos, portanto, que se retroalimentam no processo de controle e regulação do homem-espécie, da população enquanto categoria objeto de intervenção.

Segundo a definição proposta por Foucault, a economia política consiste na principal forma de saber da governamentalidade. Em outros termos, a governamentalidade introduz a economia – a maneira de gerir corretamente os indivíduos, os bens, as riquezas – ao nível da gestão estatal (FOUCAULT,

¹⁹ Segundo Foucault, uma linha explicativa da emergência da governamentalidade pode ser encontrada na análise do surgimento da razão de Estado moderna e do poder pastoral. Como explica o filósofo (1999, p.285-286), “Esquematicamente, se poderia dizer que a arte de governar encontra, no final do século XVI e início do século XVII, uma primeira forma de cristalização, ao se organizar em torno do tema de uma razão de Estado. Razão de Estado entendida não no sentido pejorativo e negativo que hoje lhe é dado (ligado à infração dos princípios do direito, da equidade ou da humanidade por interesse exclusivo do Estado), mas no sentido positivo e pleno: o Estado se governa segundo as regras racionais que lhe são próprias, que não se deduzem nem das leis naturais ou divinas, nem dos preceitos da sabedoria ou da prudência; o Estado, como a natureza, tem sua racionalidade própria, ainda que de outro tipo. Por sua vez, a arte de governo, em vez de fundar-se em regras transcendentais, em modelo cosmológico ou em um ideal filosófico-moral, deverá encontrar os princípios de sua racionalidade naquilo que constitui a realidade específica do Estado.” Acerca da influência do poder pastoral sobre o modo de exercício do biopoder, Johanna Oksala (2013, p.327) aponta com clareza que “Fully grasping the rationality of contemporary, productive forms of power such as biopower requires tracing their origin to a form of power that Foucault calls pastoral power [...]. Pastoral power is a form of power that is oriented towards individuals with the intention of ruling them in a continuous and permanent way. The ruler had to gather together, lead, protect, and guide his people like a good shepherd guides his or her flock. This idea became pronounced and vital in Christian thought and institutions and later for the government of the modern administrative state.”

1998b, p.281). Governar significa estabelecer a economia no nível geral do Estado, isto é, ter em relação aos habitantes, às riquezas, aos comportamentos individuais e coletivos uma forma de controle para fazer prosperar a população. Segundo Foucault (1998, p.290),

A economia política pôde se constituir a partir do momento em que, entre os diversos elementos da riqueza, apareceu um novo objeto, a população. Apreendendo a rede de relações contínuas e múltiplas entre a população, o território, a riqueza, etc., se constituirá uma ciência, que se chamará economia política e, ao mesmo tempo, um tipo de intervenção característico do governo: a intervenção no campo da economia e da população.

Outro aspecto fundamental insculpido na noção de governamentalidade diz respeito à coexistência do tipo de poder em que se funda (governo²⁰) e os poderes soberano e disciplinar. Ou seja, embora afirme Foucault que – desde o século XVIII – vive-se na era da governamentalidade (FOUCAULT, 1998, p.292), não se sugere aqui que a soberania e a disciplina tenham desaparecido; “trata-se de um triângulo: soberania-disciplina-gestão governamental, que tem na população seu alvo principal e nos dispositivos de segurança seus mecanismos essenciais²¹” (FOUCAULT, 1998, p.291).

²⁰ Sobre o uso do termo “governo”, Cláudia Aradau (2004, p.253) explica que “Coined by Michel Foucault, ‘government’ in this sense refers to acting on the actions of individuals, taken either singly or collectively, so as to shape, guide, conduct and modify the ways in which they conduct themselves.

²¹ Foucault (2008, p.09-11) exemplifica a coexistência das diferentes modalidades de poder através da análise do sistema penal. Neste sentido, explica que: “No sistema jurídico-legal, aquele que funcionava, em todo caso aquele que dominava até o século XVIII, é absolutamente evidente que o aspecto disciplinar estava longe de estar ausente, já que, afinal de contas, quando se impunha a um ato, mesmo que e, sobretudo, se esse ato fosse aparentemente de pouca importância e de pouca consequência, quando se impunha uma punição dita exemplar, era precisamente porque se pretendia obter um efeito corretivo, se não sobre o culpado propriamente - porque se ele fosse enforcado a correção era pouca para ele -, pelo menos sobre o resto da população. Nessa medida, pode-se dizer que a prática do suplício como exemplo era uma técnica corretiva e disciplinar. Do mesmo modo que no mesmo sistema, quando se puma o roubo doméstico de maneira extraordinariamente severa - a pena de morte para um roubo de pequeníssima monta, caso tivesse sido cometido dentro de uma casa por alguém que era recebido nesta ou empregado como doméstico -, era evidente que se visava com isso, no fundo, um crime que só era importante por sua probabilidade, e podemos dizer que aí também se havia instaurado algo como um mecanismo de segurança, Poderíamos dizer a mesma coisa a propósito do sistema disciplinar, que também comporta toda uma série de dimensões que são propriamente da ordem da segurança. No fundo, quando se procura corrigir um detento, um condenado, procura-se corrigi-lo em função dos riscos de recidiva, de reincidência que ele apresenta, isto é, em função do que se chamará, bem cedo, da sua periculosidade - ou seja, aqui também, mecanismo de segurança, Logo, os mecanismos disciplinares não aparecem simplesmente a partir do século XVIII, eles já estão presentes no interior do código jurídico-legal. Os mecanismos de segurança também são antiquíssimos

Foucault destaca que a governamentalidade trouxe consigo uma série de saberes próprios desta nova arte de governo. Neste ponto, o filósofo ressalta que problemas da população já tinham sido objeto de intervenção política e que conhecimentos sobre esta categoria já haviam sido produzidos pelo Estado. Porém, o que diferencia e especifica a era da governamentalidade é o ineditismo das formas de conhecer e intervir na população: se anteriormente o conhecimento existente lastreava vagas medidas improvisadas para modificar situações insuficientemente conhecidas – tais como a cobrança de impostos dos celibatários e a isenção de tributos de famílias numerosas – os saberes, na era da governamentalidade, permitem não apenas a observação, mas a intervenção direta e manipulação dos processos biológicos (FOUCAULT, 1998, p.274-275).

A definição proposta por Foucault também traz à tona o processo o qual denomina governamentalização do Estado, isto é, a transmutação de um poder político calcado na soberania para aquele cuja operacionalização se dá através de biopolíticas. Tal fenômeno, segundo explica, não foi uma opção ou uma transformação espontânea, mas sim a condição que permitiu ao Estado sobreviver. As mudanças no panorama econômico e social, trazidas pela industrialização e pela explosão demográfica, além dos avanços nas ciências da vida, demandaram uma nova forma de exercício do poder ou, mais precisamente, uma nova tecnologia de governo que atendesse à realidade de um outro mundo em configuração.

como mecanismos. Eu também poderia dizer, inversamente, que, se tomarmos os mecanismos de segurança tais como se tenta desenvolvê-los na época contemporânea, é absolutamente evidente que isso não constitui de maneira nenhuma uma colocação entre parênteses ou uma anulação das estruturas jurídico-legais ou dos mecanismos disciplinares. [...] Portanto, vocês não têm uma série na qual os elementos vão se suceder, os que aparecem fazendo seus predecessores desaparecerem. Não há a era do legal, a era do disciplinar, a era da segurança. Vocês não têm mecanismos de segurança que tomam o lugar dos mecanismos disciplinares, os quais teriam tomado o lugar dos mecanismos jurídico-legais. Na verdade, vocês têm uma série de edifícios complexos nos quais o que vai mudar, claro, são as próprias técnicas que vão se aperfeiçoar ou, em todo caso, se complicar, mas o que vai mudar, principalmente, é a dominante ou, mais exatamente, o sistema de correlação entre os mecanismos jurídico-legais, os mecanismos disciplinares e os mecanismos de segurança. Em outras palavras, vocês vão ter uma história que vai ser uma história das técnicas propriamente ditas.”

Portanto, verifica-se um processo de transição, começado com um Estado de justiça, nascido numa territorialidade do tipo feudal e que corresponderia a uma sociedade da lei; em segundo lugar, a formação de um Estado administrativo, nos séculos XV e XVI, que corresponderia a uma sociedade de disciplina; e, finalmente, um Estado de governo que não é mais essencialmente definido por sua territorialidade ou pela lei enquanto representação da vontade do soberano; “este Estado de governo que tem essencialmente como alvo a população e utiliza a instrumentalização do saber econômico, corresponderia a uma sociedade controlada pelos dispositivos de segurança²²” (FOUCAULT, 1998, p.292-293). E são estes dispositivos que demandam especial consideração na era das biopolíticas, pois:

The totality of the concrete processes of life in a population is the target of a “technology of security”. This technology aims at the mass phenomena characteristic of a population and its conditions of variation in order to prevent or compensate for dangers and risks that result from the existence of a population as a biological entity. (LEMKE, 2011, p. 37).

Segundo Foucault (2008, p.17), a questão da segurança emerge historicamente, a partir dos meados do século XVIII, quando se fez necessário o “desencravamento espacial, jurídico, administrativo, econômico da cidade.” Isto é, o crescimento do comércio, da demografia urbana, da necessidade de intercâmbios econômicos trazia ao Estado “o problema de seu adensamento e encerramento no interior das muralhas.” Dessa forma, era preciso situar a cidade num espaço de circulação. O soberano do território torna-se um arquiteto do espaço disciplinador e, por último, um regulador do meio que possibilita, garante, assegura circulações: “circulação de pessoas, circulação de mercadorias, circulação de ar, etc” (FOUCAULT, 2008, p.39):

[o] problema da cidade é que está, acredito, no âmago desses diferentes exemplos de dispositivos de segurança. E se é verdade que o esboço da complexa tecnologia das seguranças

²² Questionado sobre o sentido e função metodológica do termo dispositivo, Foucault (1998, p.244) explica que “Através deste termo tento demarcar, em primeiro lugar, um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos.”

aparece por volta do meado do século XVIII, creio que é na medida em que a cidade colocava problemas econômicos e políticos, problemas de técnica de governo que eram, ao mesmo tempo, novos e específicos (FOUCAULT, 2008, p.83).

Porém, a necessidade de circulação deveria observar o objetivo consubstanciado na saúde e longevidade da população. Por um lado, seu monitoramento e controle se impunham ao poder político como decorrência de transformações históricas, sendo condição essencial para a sobrevivência do Estado; por outro lado, a administração da população - menos do que um dever enfadoso - era uma fonte de enriquecimento e poderio do próprio Estado, função da qual não poderia prescindir. Neste sentido, o modelo da soberania, centrado na segurança do território e do soberano, concedia cada vez mais espaço à segurança da população e, por conseguinte, dos que a governam (FOUCAULT, 2008, p.85).

Portanto, o imperativo da saúde e longevidade demandava harmonização com a necessidade de circulação enquanto problema político, social e econômico que se impunha desde os meados do século XVIII. Verificava-se, assim, a exigência por “[...] organizar uma circulação, de eliminar o que era perigoso nela, de separar a boa circulação da má, de maximizar a boa circulação diminuindo a má” (FOUCAULT, 2008, p.24):

Trata-se simplesmente de maximizar os elementos positivos, de poder circular da melhor maneira possível e de minimizar, ao contrário, o que é risco e inconveniente, como o roubo, as doenças, sabendo perfeitamente que nunca serão suprimidos (FOUCAULT, 2008, p.26).

Conforme se observa, a circulação se organizava a partir de uma seletividade que separa os “bons” dos “maus” elementos; realizava-se, assim, uma verdadeira gestão do movimento, tanto das coisas quanto das pessoas, cujo eixo era, fundamentalmente,

[...] não mais estabelecer e demarcar o território, mas deixar as circulações se fazerem, controlar as circulações, separar as boas das ruins, fazer que as coisas se mexam, se desloquem sem cessar, que as coisas vão perpetuamente de um ponto a

outro, mas de uma maneira tal que os perigos inerentes a essa circulação sejam anulados (FOUCAULT, 2008, p.85).

Em outros termos, a demanda da circulação é atendida, mas a saúde e longevidade da população precisam ser preservadas. Crucial, portanto, recorrer aos dispositivos de segurança que, por sua vez, têm “a função de responder a uma realidade de maneira que essa resposta anule essa realidade a que ela responde – anule, ou limite, ou freie, ou regule” (FOUCAULT, 2008, p.61). Essa regulação da realidade é, segundo, Foucault, fundamental nos dispositivos de segurança e pode ser verificada no tratamento dispensado ao problema da circulação.

Deve-se registrar que a regulação que promovem os dispositivos de segurança é aquela atinente ao aleatório, controlando os fenômenos através de uma estimativa de probabilidades, à qual o poder político reage segundo um cálculo de custo. Em outros termos, os dispositivos de segurança buscam manter fenômenos dentro de limites que sejam social e economicamente aceitáveis e em torno de uma média que vai ser considerada ótima para um funcionamento social dado. Tais mecanismos inserem os fenômenos numa série de acontecimentos prováveis, aos quais o poder político responderá com base num custo calculado (FOUCAULT, 2008, p.08-09)²³. Portanto, para Foucault, a segurança é uma técnica ou método de governo que se operacionaliza através de probabilidades, interagindo com cálculos de custos, para definir uma média aceitável relativa aos fenômenos da população. Neste sentido, Colin Gordon (1991, p.20) explica que

He treats security here not just as a broad, self-evident requisite of political power, but as a specific principle of political method and practice, distinct alike from those of law, sovereignty and discipline, and capable of various modes of combination with these other principles and practices within diverse

²³ Por isso, pode-se dizer que o problema da segurança é o problema da série indefinida que se desloca; série indefinida dos elementos que se produzem; série indefinida das unidades que se acumulam. É a gestão dessas séries abertas que, por conseguinte, só podem ser controladas por uma estimativa de probabilidades, que caracterizam essencialmente os mecanismos de segurança (FOUCAULT, 2008, p.26-27). Como sintetiza Foucault (2008, p.27), “O espaço próprio da segurança remete, portanto, a uma série de acontecimentos possíveis, remete ao temporal e ao aleatório, um temporal e um aleatório que vai ser necessário inscrever num espaço dado.”

governmental configurations. Foucault characterizes the method of security through three general traits. It deals in series of possible and probable events; it evaluates through calculations of comparative cost; it prescribes not by absolute binary demarcation between the permitted and the forbidden, but by the specification of an optimal mean within a tolerable bandwidth of variation. Whereas sovereignty has as its object the extended space of a territory, and discipline focuses on the body of the individual (albeit treated as a member of a determinate collectivity), security addresses itself distinctively to “the ensemble of a population.”

Dessa forma, para aperfeiçoar e regular a vida, a segurança se torna um meio de identificar e neutralizar elementos aleatórios ou “problemas” de uma população. Como explica Colleen Bell (2006, p.152),

By addressing itself to probabilities, security is mobilized to address elusive “threats”, often expressed through discourses of “risk”, which allow for political authority to become primarily guided by biological, vital concerns.

Deve-se registrar que a resposta reguladora do Estado, isto é, o emprego dos dispositivos de segurança, não se reveste da qualidade de simples exercício da soberania, como pura manifestação do poder de ditar regras em seu território: tal resposta é representada como medida protetora, ou, conforme argumenta Charlotte Epstein (2007, p.155), como ato de solicitude de um Estado que se utiliza de quaisquer meios para proteger sua população:

What Foucault pointed out in 1977 still holds true: the exceptional measures adopted in the name of security are seldom emphasized as a sovereign prerogative, a sign of arbitrariness, that is, as a demonstration of sovereign power. To the contrary, they are presented, not only as necessary - vital, even - but as an expression of solicitude. The solicitous state will secure the population by any means necessary.

Circulação, segurança e população são os elementos fundamentais para a compreensão do exercício do biopoder na era da governamentalidade. É necessário fazer com que as coisas e as pessoas circulem, mas não toda e qualquer coisa ou pessoa. A circulação se torna, assim, o locus em que operam os mecanismos biopolíticos de segurança (DILLON; LOBO-GUERREIRO, 2008, p.268): permitir a passagem dos “bons” fluxos e proibir o

movimento dos “maus” é o imperativo dos mecanismos que encontram na segurança da população sua finalidade precípua.

Sob o argumento de defesa da população, reivindica-se a segregação e exclusão dos elementos “nocivos” para que apenas circulem os “benéficos”. Embora o processo tenha sido iniciado em meados do século XVIII, como lembra Foucault (1998, p.292), vive-se desde então a era da governamentalidade. Biopolíticas são mutáveis e as populações se transformam, assim como os meios de intervenção e controle sobre a vida. Do mesmo modo, os dispositivos de segurança que regulam a circulação também assumem novas feições, atuando sobre os fenômenos da população na contemporaneidade. Neste sentido, elucida Claudia Aradau (2010, p.44), sintetizando que

For Foucault, the *dispositif* of security is the institutional and discursive formation that has been deployed in the government of societies from the 18th century on. In the sense in which Foucault introduced “security”, the term referred to biopolitical practices of organising circulation, eliminating its dangers, making a division between good and bad circulation, and maximizing the good circulation by eliminating the bad. Thus, the walled town of medieval ages was replaced by a town which made possible the circulation of commodities, people and even air. The transformation of town planning was paralleled by changes in law, medicine, commerce and other domains, which made the population the referent object of security and circulation its sphere of operation. The current concerns with infectious diseases, terrorism and migration appear nested in this modern imaginary of securing through circulation. What matters are ‘unruly’ movements that need to be prevented, contingencies that need to be preempted and good circulation that is to be fostered. From the governing of SARS, avian and more recently swine influenza, to terrorism and migration, circulation appears as the key instrument and target of governing processes.

Portanto, a governamentalidade implica um processo de controle da circulação através de dispositivos de segurança que, assim como no século XVIII, imobiliza aqueles que oferecem “perigo” e permite o movimento dos “bons”. As transformações políticas, sociais e econômicas não enfraqueceram o imaginário moderno de proteger através do governo da circulação (ARADAU, 2010, p.44), refletindo-se num controle de fronteiras que marginaliza e exclui

em nome da “promoção da vida” dentro da comunidade doméstica, ao selecionar aqueles que deverão atravessar os limites territoriais do Estado²⁴. Riscos, perigos, probabilidades e incertezas são cada vez mais governados através da administração de processos circulatórios, permitindo que a segurança predomine como tecnologia de governo da mobilidade humana.

2.3 PARADOXO DO BIOPODER E O RACISMO BIOPOLÍTICO

A governamentalidade é a arte de governo que permite o exercício do biopoder enquanto tecnologia que permite “fazer viver”; reivindica a proteção da saúde e longevidade da população, tornando a vida o alvo primordial das estratégias políticas. A existência biológica da população se torna requisito para a sobrevivência do Estado, que se ocupa de identificar o comportamento dos indivíduos e como estes estão expostos aos eventos da vida, fazendo uso de análises estatísticas, probabilidades, além – dentre outros mecanismos – do gerenciamento e distribuição do risco (DILLON, 2008, p.183). Porém, a biopolítica não pode proteger a vida se não defendê-la daquilo que lhe causa ameaça (DILLON, 2008, p.177). Defender, não apenas no sentido passivo de resguardar, mas, especialmente, num sentido de dissolver a ameaça, desintegrá-la através de sua eliminação. A questão primordial que se enfrenta passa a ser, então, quais vidas são dignas de proteção, contra quem devem ser protegidas e de que maneira esta proteção pode ser assegurada.

Na biopolítica, a defesa da vida se traduz na garantia da segurança da população em termos de proteção da sua saúde e longevidade, porém os apelos ao “fazer viver” não devem ser confundidos com um conjunto de práticas e discursos benevolentes, silenciando os mecanismos violentos empregados para assegurar uma existência sadia. Neste contexto, morte e violência constituem uma contradição que deve ser escondida ou mascarada –

²⁴ Neste sentido, Michael Dillon (2008, p.268) reconhece que o monitoramento e regulação da circulação reflete-se, dentre outras atividades do Estado, sobre o controle de fronteiras: “Circulation is concerned with flows, but flows have to be monitored and regulated. Amongst many other effects, the task of monitoring and regulating flows changes the basic routines and practices of governing institutions including, for example, those of borders.”

como necessidade vital – para que a função da morte possa ser exercida num sistema político do biopoder. Como explica Johanna Oksala (2013, p.322),

The violence it uses has to be hidden away or called something else because it presents a problem in the rationality of biopolitics, the explicit aim of which is the optimization and enhancement of life. The connection with violence has to be mediated: biopolitical violence must pass through the regime of knowledge/power and it must be given a scientific legitimacy compatible with the aims of biopolitics.

A biopoliticização da vida e a governamentalização do Estado – iniciados, segundo Foucault, desde o século XVIII - não marcam um período de ausência de conflitos, de mortes ou de exclusão. Nikolas Rose (2001, p.03-04), por exemplo, chama atenção para o desenvolvimento da eugenia, durante o século XX, como estratégia biopolítica desenvolvida em diversos países da Europa, da América do Norte e em suas colônias. Sob o argumento da promoção da vida de alguns, outros eram submetidos – ainda que coercitivamente – a práticas como o aborto, a segregação e a eutanásia. Como explica o autor,

Eugenics sought to improve the body politic and to relieve it of the economic and social burdens of disease and degeneracy in the future by acting upon the reproductive decisions and capacities of individuals in the present. Eugenics programmes used a combination of incentives and compulsion to modulate the wish or ability of individuals in certain categories to procreate [...]. “Positive eugenics” measures ranged from exhortation to family allowances. “Negative eugenics” measures ranged from abortion, through segregation, more or less involuntary sterilization, to “euthanasia.”

Como se observa, em nome da proteção da vida, é necessário fragmentar o contínuo biológico, fazer subdivisões da espécie, determinando quais formas de vida são mais aptas e predispostas a viver em oposição àquelas que são “inimigas” da vida e que, por isso, precisam ser exterminadas (DILLON, 2008, p.178). Em outros termos, o biopoder é, ao mesmo tempo, técnica de governo que “faz viver” e “deixa morrer”, sendo que “matar” não implica apenas a extinção da existência orgânica do outro, mas também sua aniquilação, segregação e rejeição em diferentes aspectos da vida. Como explica Foucault (2005, p.306),

É claro, por tirar a vida, não entendo simplesmente o assassinio direto, mas também tudo que pode ser assassinio indireto: o fato de expor à morte, de multiplicar para alguns o risco de morte ou, pura e simplesmente, a morte política, a expulsão, a rejeição, etc.

Ao analisar esta dupla dimensão do biopoder (“fazer viver” e “deixar morrer”), Foucault (2005, p.304) depara-se com um paradoxo, cuja síntese segue transcrita:

Como um poder como este pode matar, se é verdade que se trata essencialmente de aumentar a vida, de prolongar sua duração, de multiplicar suas possibilidades, de desviar seus acidentes ou então de compensar suas deficiências? Como, nessas condições, é possível, para um poder político, matar, reclamar a morte, pedir a morte, mandar matar, dar ordem de matar, expor à morte não só seus inimigos, mas seus próprios cidadãos? Como pode esse poder, que tem essencialmente o objetivo de fazer viver, pode deixar morrer? Como exercer o poder da morte, num sistema político centrado no biopoder?

Conforme sustenta Foucault, o paradoxo do biopoder não pode ser explicado por outra forma senão através das lentes do racismo²⁵. Porém, como explica Brad Elliot Stone (2013, p.364-366), o racismo biopolítico de que trata Foucault não se exaure no antagonismo entre povos ou discriminação em decorrência de características fenotípicas. A noção de “raça” não é limitada à etnia ou procedência do indivíduo: o conceito pode incluir orientação sexual, nível de habilidade, status socioeconômico ou qualquer outro elemento que ameace a “pureza” da população; o racismo biológico ou biopolítico imbrica-se, portanto, em questões concernentes ao crime, mortalidade, educação, saúde, pois resulta da decisão sobre quem deve morrer, direta ou indiretamente, sendo que estas formas indiretas de “deixar morrer” incluem decisões sobre quem pode

²⁵ Embora Foucault (2005, p.304) situe o racismo como elemento articulador entre o “fazer viver” e o “deixar morrer” na era da governamentalidade, o filósofo destaca que o racismo antecede a biopolítica, embora assuma papel central (e modificado) na sua operacionalização: “Não quero de modo algum dizer que o racismo foi inventado nessa época. Ele existia há muito tempo. Mas eu acho que funcionava de outro modo. O que inseriu o racismo nos mecanismos do Estado foi mesmo a emergência desse biopoder. Foi nesse momento que o racismo se inseriu como mecanismo fundamental do poder, tal como se exerce nos Estados modernos, e que faz com que quase não haja funcionamento moderno do Estado que, em certo momento, em certo limite e em certas condições, não passe pelo racismo.” Ou seja, Foucault admite a existência de racismo anteriormente ao biopoder, mas cujo funcionamento não se respaldava numa dimensão biológica - a biologização do racismo é que invenção do biopoder.

ter maiores taxas de mortalidade e criminalidade, quem precisa de tratamento de saúde e quem pode ser incluído e excluído das comunidades políticas²⁶.

No bojo da biopolítica, o racismo assume duas funções principais (FOUCAULT, 2005, p.304-305). A primeira diz respeito à fragmentação do domínio biológico a que se dirige o biopoder. Determinam-se indivíduos ou grupos de indivíduos – que constituem, precisamente, raças – que devem viver e aqueles que se deve matar ou permitir morrer. A raça inferior é apresentada como um perigo biológico à sociedade e o Estado, que protege a população, deve atuar para evitar sua “contaminação” (STONE, 2013, p.363). Trata-se, portanto, de uma maneira de defasar, no interior do domínio biológico, uns grupos em relação a outros (FOUCAULT, 2005, p.304). Foucault (2005, p.305) destaca que essa fragmentação permite ao poder “tratar uma população como uma mistura de raças ou, mais exatamente, tratar a espécie, subdividir a espécie de que ele se incumbiu em subgrupos que serão, precisamente, raças. Essa é a primeira função do racismo: fragmentar, fazer cesuras no interior desse contínuo biológico a que se dirige o biopoder²⁷”.

A segunda função do racismo é permitir a construção de uma relação entre o “fazer viver” e o “deixar morrer” a qual Foucault (2005, p.305) sintetiza como “quanto mais você deixa morrer, mais, por isso mesmo, você viverá” ou, em outros termos, “se você quer viver, é preciso que você faça morrer, é preciso que você possa matar”. Como explica Thomas Lemke (2011, p.42)

²⁶ A noção de racismo, formulada por Foucault, não se encontra isenta de críticas. Segundo argumentam críticos do seu pensamento, “Foucault’s analysis of racism has been rightly criticized as being limited and selective. Although the problem of colonialism is mentioned cursorily in his discussion, it is not handled in a systematic manner. Foucault neither recognizes the inner interrelationship of nation, citizenship, and racism, nor is he interested in the sexual component of the race discourse. Despite these lacunae and deficits, it is clear that Foucault’s genealogy of modern racism contains a range of analytical assets.” (LEMKE, 2011, p.41-42)

²⁷ Thomas Lemke (2011, p.41-42) ressalta que, nesta primeira dimensão, têm destaque as práticas racistas da sociedade contra seus próprios elementos, buscando, internamente, purificar a população. O racismo, neste perspectiva, não é meramente construção social, situação excepcional que contraria a dinâmica regular da sociedade ou mesmo uma resposta à determinada crise social. Como explica o autor (2011, p.43), o racismo é a expressão de uma divisão dentro da sociedade que é provocada pela ideia biopolítica de uma contínua e sempre incompleta limpeza do corpo social.

The second function of racism goes even further. It does not limit itself to establishing a dividing line between “healthy” and “sick,” “worthy of living” and “not worthy of living.” Rather, it searches for “the establishment of a positive relation of this type: “The more you kill, the more deaths you will cause” or “The very fact that you let more die will allow you to live more””. Racism facilitates, therefore, a dynamic relation between the life of one person and the death of another. It not only allows for a hierarchization of “those who are worthy of living” but also situates the health of one person in a direct relationship with the disappearance of another. It furnishes the ideological foundation for identifying, excluding, combating, and even murdering others, all in the name of improving life [...].

Essa relação que vincula a promoção da vida de uns à desqualificação da vida de outros remete à própria dinâmica da guerra, mas, no sistema político do biopoder, não se traduz, necessariamente, num embate guerreiro ou militar, revelando uma matriz biológica:

A morte do outro não é simplesmente a minha vida, na medida em que seria minha segurança pessoal; a morte do outro, a morte da raça ruim, da raça inferior (ou do degenerado ou do anormal), é o que vai deixar a vida em geral mais sadia; mais sadia e mais pura. [...] E se esse mecanismo pode atuar é porque os inimigos que se trata de suprimir não são os adversários no sentido político do termo; são os perigos, externos ou internos, em relação à população e para a população. Em outras palavras, tirar a vida, o imperativo da morte, só é admissível, no sistema do biopoder, se tende não à vitória sobre os adversários políticos, mas à eliminação do perigo biológico e ao fortalecimento, diretamente ligado a essa eliminação, da própria espécie ou da raça (FOUCAULT, 2005, p.305-306).

Portanto, nesta nova configuração do racismo, a morte daqueles autorizados a morrer é parte da saúde daqueles que se faz viver (STONE, 2013, p.365); a eliminação do outro, que consubstancia o perigo biológico e ameaça a população, é requisito para o fortalecimento da vida. O racismo é indispensável como condição para poder tirar a vida de alguém, para poder tirar a vida dos outros: “a função assassina do Estado só pode ser assegurada, desde que o Estado funcione, no modo do biopoder, pelo racismo” (FOUCAULT, 2005, p.306). Observa-se, neste ponto, que discursos e práticas racistas se articulam, diretamente, com o exercício do poder político pelo Estado

governamentalizado. O racismo guia a racionalidade das ações estatais e encontra forma em suas políticas:

The idea of society as a biological whole assumes the provision of a central authority that governs and controls it, watches over its purity, and is strong enough to confront “enemies” within its borders and beyond: the modern state (LEMKE, 2011, p.42).

O racismo é, portanto, a condição para que se possa exercer o direito de matar na era da governamentalidade²⁸, sendo a “raça” o mecanismo fundamental para a lógica operacional e analítica de uma forma de poder que é biopoliticizado, na medida em que toma o ser humano na forma de espécie como sua referência primordial (DILLON, 2008, p.178-179)²⁹. Como explica Michael Dillon (2008, p.195),

Race is one of those mechanisms by which politics adjudicates life for the purposes not only of saying how life is to be promoted but also which life has to be disempowered and disenfranchised in that cause. Race is a governmental technology as much as it is a biologised cultural and political ideology.

O racismo assegura a função de morte na economia do biopoder, segundo o princípio de que “a morte dos outros é o fortalecimento biológico da própria pessoa na medida em que ela é membro de uma raça ou de uma população, na medida em que se é elemento numa pluralidade unitária e viva” (FOUCAULT, 2005, p.308). Neste sentido, o racismo simboliza a ativação, no biopoder, do velho poder soberano de “fazer morrer”, demonstrando seu enraizamento nas estruturas de uma tecnologia de promoção da vida. Por isso, é possível concluir que

²⁸ Foucault apresenta duas transformações do racismo no século XX: a Alemanha nazista e o socialismo da União Soviética. Como explica Thomas Lemke (2011, p.43): “Foucault points out two further transformations of racist discourse in the 20th century: Nazi Germany and the state socialism of the Soviet Union. National Socialism harked back to motifs of the old race war in order to launch imperialist expansion outward and to attack its internal enemies. It is characterized by an “oneiric exaltation of a superior blood [that] implied both the systematic genocide of others and the risk of exposing oneself to a total sacrifice”. Soviet racism, however, lacked this theatrical moment. It instead deployed the discrete means of a medical police force. The utopia of a classless society was to be realized in state socialism through the project of cleansing a society in which all those who diverged from the dominant ideology were treated as either “sick” or “crazy.” In this variant of state racism, class enemies became biologically dangerous and had to be removed from the social body.”

²⁹ Neste sentido, Michael Dillon (2008, p.188) explica que “If you biopoliticise, you will racialise, however subtly or opaquely recoded in your biopoliticised operating technologies of power that racialising may be.”

In short, not all life, not every conceivable kind of life, is biopolitically suitable life. It always turns out that in biopolitics some life has to die in order for some other life to live. In that sense biopolitics is simultaneously also a politics of life and death. What differentiates biopolitics from sovereign politics is a change in the correlation of life and death, not some escape from the inevitability of that correlation (DILLON, 2008, p.168).

A nova economia de vida e morte instituída pela biopolítica revela o *aspecto letal das políticas de “fazer viver”* (DILLON, 2008, p.169), isto é, traz à tona que o fomento da vida requer uma ativa promoção da morte. Tal racionalidade sustenta que para que a vida de alguns possa ser assegurada, a vida de outros deve ser extinta, ocupando o racismo lugar central nesta dinâmica. A biopolítica institui a guerra da vida contra a própria vida, pois “fazer viver” é, ao mesmo tempo, “fazer morrer”: a vida torna-se, assim, um problema de segurança permanente para a biopolítica (DILLON, 2008, p.168).

3 RESTRIÇÕES DE VIAGEM RELACIONADAS AO HIV/AIDS: FUNDAMENTOS E CRÍTICAS À LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE INTERNACIONAL DOS MIGRANTES SOROPOSITIVOS

A governamentalização do Estado e a biopoliticização das técnicas de governo fizeram da segurança da população o objetivo primordial das táticas e estratégias políticas. Os apelos à segurança da população, dentro das fronteiras do território, encontram lugar privilegiado nas restrições à mobilidade internacional dos migrantes soropositivos, estabelecidas para a proteção da comunidade doméstica contra a ameaça do vírus HIV³⁰. Tais barreiras

³⁰ De acordo com o Programa Conjunto da Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) e A Organização Internacional para as Migrações (OIM) (2004, p.03-04), “HIV/AIDS-related travel restrictions usually take the form of a law or administrative instruction that requires people to indicate their HIV-free status before entering or remaining in a country. Some countries require people to undergo an HIV test whereas others require an HIV-free certificate or simply that people declare their HIV status. Restrictions may single out HIV/AIDS; may include HIV/AIDS among excludable communicable or contagious conditions; or may leave discretion to immigration officials to exclude a person living with HIV/AIDS. Many receiving countries require that the testing be done, at the expense of the traveller, in the country of origin. [...] The scope of the restrictions varies. A minority of States appear to impose a blanket proscription against people with HIV entering their countries. These countries may require a test or indication of HIV-free status, or may prohibit people living with HIV from entry and subject them to expulsion if discovered. These blanket restrictions apply to all those seeking to enter, including those seeking to enter for short periods, such as tourists, business-people, meeting participants and

restringem ou proíbem a entrada, permanência e/ou residência de migrantes infectados no território dos países, pois, segundo o argumento, é necessário defender a saúde pública e evitar demandas excessivas por serviços sociais e de saúde, acautelando os recursos do Estado destinados a garantir a segurança de sua população³¹.

Conforme sugere o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), a resposta global ao HIV deve ser pautada pelos princípios da solidariedade global e da responsabilidade compartilhada, tendo em vista o caráter transnacional do desafio imposto pelo vírus e a necessidade de um enfrentamento globalmente articulado para erradicar a epidemia. No entanto, a despeito de compromissos firmados no âmbito dos organismos internacionais³², 38 países apresentam restrições à entrada, permanência e/ou residência de migrantes soropositivos em seu território (UNAIDS, 2014, p.5). Além dos países indicados pela entidade, deve-se incluir no rol dos países com restrições aqueles que, embora tenham excluído o HIV como causa específica de exclusão, rejeitam migrantes soropositivos sob o argumento de

conference attendees. The majority of restrictions imposed by States, however, are aimed at denying to those living with HIV the opportunity to gain entry and stay for longer periods of time, usually for more than a month, e.g. for work, immigration, asylum, residence, or study. Many States distinguish between people entering for short periods and those entering for longer periods. [...] this is because many States fear that if people living with HIV/AIDS are allowed to remain for a significant amount of time the State will bear the costs of eventual health care and social assistance related to their condition. By denying people living with HIV/AIDS the right to remain for long periods, States seek to avoid these potential costs.”

³¹ Sobre os fundamentos das restrições de viagem, o UNAIDS e a IOM (2004, p.01) estabelecem que “Two main rationales are put forward by governments that impose HIV-related travel restrictions. One reason given is to protect the public health. A second reason advanced is to avoid an excessive demand on health care and on social services, as well as other economic costs perceived to be generated by HIV infected non-nationals. The latter rationale has gained greater prominence since the middle of the 1990s, when effective HIV treatment began to become more widely available in high-income countries. Such therapy is still largely unavailable in low- and middle-income countries, where the vast majority – some 95% – of people living with HIV and AIDS live.”

³² Neste sentido, os Estados, na Declaração de Compromisso sobre HIV/AIDS, adotada pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas em 2001, declararam seu compromisso em abordar a crise do HIV/AIDS, tomando diversas medidas, dentre as quais eliminar todas as formas de discriminação contra as pessoas que vivem com o vírus. Em 2011, por sua vez, a Assembleia Geral adotou a Declaração Política sobre HIV/AIDS, referindo-se expressamente à eliminação das restrições à mobilidade internacional dos migrantes soropositivos. Diversas recomendações editadas pela Junta de Coordenação do UNAIDS também representam o compromisso dos Estados em eliminar as restrições relacionadas ao HIV.

inadmissibilidade médica, obtendo por via indireta o banimento de estrangeiros infectados pelo vírus³³.

Os argumentos em favor das restrições de viagem relacionadas ao HIV, no entanto, é assunto extremamente problematizado no campo da saúde global. A abordagem securizatória dos migrantes soropositivos sujeita-se a intenso debate, por caracterizar uma suposta dicotomia entre a garantia da segurança nacional e o respeito pelos direitos humanos dos estrangeiros infectados pelo vírus. Além disso, as barreiras simbolizam contradições entre o discurso de solidariedade global e responsabilidade compartilhada em oposição a um posicionamento isolacionista, consubstanciado nas restrições de viagem, que territorializa a epidemia e pressupõe a possibilidade de encastelamento do Estado. Contradições são igualmente apontadas ao se contrastarem as barreiras com o propósito da cooperação internacional, que reconhece ser a ação individual dos Estados insuficientes para responder ao HIV/AIDS, tendo em vista o caráter transnacional da epidemia e demanda por uma ação coletiva globalmente articulada³⁴.

Diante do exposto, o presente capítulo tem como objetivo apresentar o debate existente entre os defensores das restrições de viagem relacionadas ao HIV e aqueles que se opõem ao estabelecimento e manutenção das barreiras. Neste sentido, busca explicar a caracterização do estrangeiro infectado como ameaça à segurança nacional e os argumentos que problematizam esta premissa. Em síntese, tem como intuito demonstrar que o discurso de securitização dos

³³ Ao excluir estes países da lista de países com restrições, o UNAIDS – a despeito das intenções de promover os direitos humanos das pessoas com HIV – acaba por legitimar procedimentos escusos que, além de não respeitar os direitos daqueles que vivem com o vírus, sugerem a inexistência de discriminação contra o estrangeiro infectado, protegendo os países das pressões pela supressão das barreiras.

³⁴ Cooperar significa coordenar políticas para o enfrentamento de um problema comum, cuja ação individual não se presta a produzir resultados satisfatórios. A decisão de articular internacionalmente uma resposta ao HIV parte, assim, da consciência de que se combate um problema transnacional que demanda uma ação coordenada no nível internacional para que seja solucionado. Ao se estabelecerem barreiras de viagem, no entanto, verifica-se, exatamente, o contrário da cooperação: soluções isolacionistas, traduzidas em leis nacionais discriminatórias, que contradizem os esforços para construir vínculos de cooperação entre os Estados. Neste sentido, Sarah E. Davies, quando afirma que a perspectiva securizatória apresente uma contradição inerente, pois “while it focus os states as agentes and referentes, it also maintains that infectious disease is a transboundary phenomenon that cannot be alleviated by individual states alone” (2010, p.21).

migrantes soropositivos é terreno de debates e profunda contestação, apresentada tanto pelas vozes defensoras dos direitos humanos – que reivindicam o privilégio da segurança humana³⁵ – tanto por aqueles que questionam as barreiras como um mecanismo empiricamente fundado, que deriva sua legitimidade de uma observação objetiva da realidade³⁶.

Para elucidação do argumento, apresentam-se exemplos de países com restrições relacionadas ao vírus, explorando-se as normas atinentes à mobilidade internacional dos migrantes soropositivos. Primeiramente, apresenta-se o caso da Rússia, que figurou como ré em processo tramitado perante a Corte Europeia de Direitos Humanos (CEDH), no qual o autor, estrangeiro infectado por HIV, requer permanência no território do país. O pedido do requerente foi indeferido pelo país sob alegação de que sua presença no território nacional oferecia ameaça à saúde pública e à estabilidade do Estado. Em seguida, concede-se especial atenção ao caso do Canadá. A escolha do país não se deu por razões aleatórias. Diferentemente da Rússia, o país não apresenta em sua lei imigratória regra que, explicitamente, determina a exclusão sumária de migrantes infectados por HIV, mas se vale da cláusula da inadmissibilidade médica para rejeitar migrantes que vivem com o vírus.

Além disso, como se demonstrará, os motivos comumente alegados para justificar a exclusão de migrantes infectados pelo HIV são a ameaça à saúde

³⁵ Substituindo o Estado como principal objeto de proteção, a perspectiva da segurança humana muda o foco da segurança do território nacional e dos cidadãos para a vida dos indivíduos e comunidades dentro e fora das fronteiras nacionais. A ideia é fomentar a proteção dos seres humanos – em sua multiplicidade de dimensões – e não apenas a defesa do território nacional e da comunidade doméstica contra ameaças externa. Como explica Caroline Thomas (2000, p.5), “The concept of human security involves a fundamental departure from an orthodox, international relations security analysis that has the state as the exclusive primary referent object. Instead, human beings and their complex social and economic relations are given primacy with or over states. Human security is about the ability to protect people as well as to safeguard states.”

³⁶ Colin McInnes e Kelley Lee (2012, p.14) advertem acerca do caráter discutível entre realidades empiricamente fundadas e a construção dos entendimentos no campo da saúde global: “[...] our understandings of global health are not derived from an objective examination of a world which exists independently of us, but by ideas which help us to explain the world. These ideas can act as a road map telling us what to look out for and what we can safely ignore. The problem is that these ideas are themselves contested, leading to multiple and competing understandings of, visions for, global health.”

pública e as demandas excessivas por serviços sociais e de saúde. O primeiro argumento tem sido progressivamente afastado pelos países. Porém, o risco de aumento da demanda por serviços públicos, causado por migrantes com o vírus, continua a ser enfatizado. Verifica-se, no entanto, que os países mais desenvolvidos, em regra, apresentam os mais eficientes sistemas de saúde e figuram entre os mais aptos a atender às demandas por serviços públicos daqueles que se encontram em seu território. Neste sentido, o risco de as demandas dos migrantes soropositivos ameaçarem a segurança nacional assume, no contexto destes países, contornos ainda mais controversos. O Canadá representa, com precisão, a situação descrita por ter seu sistema de saúde apontado como um dos mais eficientes, eficazes e igualitários, além de figurar como um dos países mais ricos do mundo³⁷.

O capítulo finaliza apresentando as principais críticas formuladas contra o estabelecimento e manutenção das restrições de viagem relacionadas ao HIV/AIDS, remetendo aos casos de países com barreiras anteriormente mencionados. Neste sentido, busca-se demonstrar que a securitização dos migrantes soropositivos consiste em prática comumente contestada, despertando críticas tanto daqueles que reivindicam a importância dos direitos humanos quanto daqueles que questionam a realidade da ameaça personificada no estrangeiro infectado³⁸.

3.1 FUNDAMENTOS DAS RESTRIÇÕES DE VIAGEM RELACIONADAS AO HIV/AIDS: A PROTEÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA E O PROBLEMA DAS DEMANDAS EXCESSIVAS

³⁷ Segundo Gregory P. Marchildon (2013, p.7), “Canada is an advanced industrial economy with a substantial natural resource base. Measured in terms of per capita wealth, the country ranks among the richest nations in the world. In terms of income inequality as measured by the Gini coefficient, disposable incomes in Canada are more equal than in the United States, the United Kingdom and Australia but less equal than in Sweden and its Nordic neighbours, and the same as in France (UNDP, 2010). On the overall Human Development Index calculated by the United Nations Development Programme (UNDP, 2011), Canada ranked slightly below Australia (second) and the United States (fourth), but above Sweden, France and the United Kingdom in 2010”.

³⁸ Ao se referir a grupos que criticam as barreiras de viagem, fundamentando seus argumentos na priorização dos direitos humanos, e àqueles grupos que centram suas críticas no questionamento à realidade da ameaça, personificada no estrangeiro com HIV, não se pretende, aqui, realizar dicotomizações. Embora priorizem a referência a um ou outro argumento, é comum que as críticas apresentem pontos de contato, existindo vozes que se valem das duas perspectivas para fundamentar suas contestações.

Antes que se apresentem os dois fundamentos principais das restrições à mobilidade internacional dos migrantes soropositivos, faz-se necessário situar as barreiras numa perspectiva mais ampla, isto é, no processo de securitização do HIV/AIDS, pois somente é possível conceber as barreiras num contexto em que a própria epidemia tenha sido securitizada³⁹. De acordo com a abordagem securitizatória, a epidemia é concebida não apenas em termos de saúde e desenvolvimento, mas também como uma ameaça à segurança dos Estados, afetando diretamente seus recursos e sua população. Estudos nesta perspectiva destacam a ameaça que doenças infecciosas impõem aos países num contexto de globalização e interdependência, buscando reforçar os vínculos empíricos entre saúde e segurança.

Acerca dos riscos trazidos pelas doenças infecciosas – inclusive, a AIDS -, Andrew T. Price-Smith (2009, p.01-03) explica que a saúde da população contribui diretamente para a prosperidade e estabilidade da comunidade doméstica, refletindo-se sobre a consolidação do poder político e, em última análise, sobre a própria segurança do Estado. Nesta perspectiva, a eliminação das doenças contribui para o desenvolvimento do capital humano, aumentando sua produtividade, o que permite o incremento dos recursos estatais através da cobrança de tributos e geração de riqueza. Dada a fungibilidade do poder econômico, tais receitas podem ser transformadas em bens e serviços disponibilizados à população ou direcionados para os aparatos de coerção (polícia e exército) de maneira a se manter a ordem e a projeção do poder do Estado para além das fronteiras.

Por outro lado, as epidemias se apresentam como uma ameaça direta ao poder estatal, pois fulmina a prosperidade, desestabilizando as relações entre a

³⁹ Acerca da securitização da epidemia do HIV/AIDS, Stefan Elbe (2005, p.403) explica que “Symbolically this historic shift in the international perception of HIV/AIDS was captured on 10 January 2000 when, in an unprecedented move, the United Nations Security Council temporarily abandoned its traditional concern with regulating the deployment of armed force in international politics, and considered instead the growing impact of AIDS on peace and security in Africa. The meeting was deliberately timed to coincide with the first gathering of the Security Council in the new millennium, rendering the meeting both deeply symbolic and also historic in that the Council had never before considered an illness to pose a threat to international peace and security.”

sociedade e o Estado; além disso, fomentam o colapso das instituições e o aumento dos conflitos intraestatais, fato que afeta a coesão das estruturas do poder político e a segurança nacional. O processo é bem sintetizado pelo trecho a seguir transcrito:

In a climate of increasing lawlessness, a stagnant or contracting economy, increasing institutional fragility, and declining tax revenues, the capacity of the state will be, at a minimum, strained. There are increasing demands on the state from all sectors to deal effectively with the epidemic, even as the epidemic inexorably erodes the state's capacity to respond effectively. Simultaneously, as the population becomes increasingly infected, morbidity and mortality will grow, poverty will deepen as people deplete their savings, and crime will increase. All of this will result in increased feelings of relative deprivation and injustice on the part of the people, who increasingly perceive the government as illegitimate. It is precisely this combination—a weakening state and increasing real and/or perceived deprivation—that increases the probability of political violence within that society, and between society and the state (PRICE-SMITH, 2009, p.108).

Dessa forma, para a abordagem securizatória, existem amplas evidências de que as doenças infecciosas – dentre elas, o HIV/AIDS – têm significantes efeitos sobre a qualidade de vida da população; tais efeitos podem ser sentidos na redução da expectativa de vida e no aumento da pobreza. Além disso, a proliferação das doenças infecciosas corresponde à desestabilização dos Estados, afetando o capital humano e a produção econômica. No longo prazo, estas consequências minarão a prosperidade nacional e um governo eficiente da população e dos recursos. Diante disso, segundo a perspectiva da securitização, pode-se concluir que as epidemias constituem uma ameaça real à segurança de todos os Estados, mas, particularmente, daqueles mais vulneráveis, isto é, com menores capacidades e meios de responder às doenças (PRICE-SMITH, 2002, p.119).

Tendo em vista o cenário de securitização do HIV, como contexto maior em que se inserem as restrições de viagem relacionadas ao vírus, passa-se à análise dos fundamentos comumente apresentados para o estabelecimento e manutenção das barreiras relacionadas com a epidemia e ao estudo de países com restrições.

3.1.1 Proteção da saúde pública: o caso Kiyutin vs. Rússia

Naturalizando os vínculos entre migração e a proliferação do HIV/AIDS nas comunidades domésticas, o primeiro argumento em favor das restrições à mobilidade internacional dos migrantes soropositivos é a proteção da saúde pública.

As práticas de saúde pública têm como objetivo proteger, promover e recuperar a saúde de uma população através de ações coletivas e intervenções sociais, que abrangem um vasto número de técnicas e conhecimentos. Os programas, serviços e instituições envolvidas enfatizam a prevenção das doenças e as necessidades de saúde populacionais, atuando sobre índices de mortalidade, morbidade, incidência e prevalência de doenças, além de temas relacionados com a natalidade e longevidade da população (LAST, 2001, p.145). Enquanto instrumento de proteção da saúde pública dentro das fronteiras do Estado, as restrições de viagem relacionadas ao HIV afirmam a necessidade de proteger a saúde dos membros da comunidade doméstica, evitando que estrangeiros infectados aumentem a incidência do vírus, no território nacional, através da contaminação de indivíduos saudáveis.

No que tange à proteção da saúde pública, as barreiras relacionadas ao HIV preocupam-se diretamente com a proliferação do vírus dentro das fronteiras do Estado, pois o aumento de indivíduos infectados implica o início de uma cadeia de eventos que se inicia com um maior dispêndio de recursos públicos para o tratamento das pessoas que vivem com HIV/AIDS, passando pela redução do capital humano, baixa produtividade econômica, podendo se atingir níveis de instabilidade capazes de interferir na capacidade do Estado de garantir a ordem interna, sua legitimidade enquanto provedor de bens e serviços à população e até mesmo sua sobrevivência no sistema internacional.

Em que pese o aparente exagero que vincula a eliminação das restrições de viagem e o cenário catastrófico representado pelo afastamento das barreiras, tal descrição corresponde ao posicionamento de países que se valem da

proteção à saúde pública como argumento para rejeitar a entrada de migrantes soropositivos em suas fronteiras. O caso Kiyutin vs. Rússia, que tramitou perante a Corte Europeia de Direitos Humanos⁴⁰, simboliza com precisão como a defesa da saúde dos membros da comunidade doméstica pode ser invocada para justificar a exclusão sumária de migrantes soropositivos.

Em 2003, o requerente, Viktor Viktorovich Kiyutin, nascido no Uzbequistão, mudou-se com sua mãe e meio-irmão para Rússia, casando-se com uma nacional do referido país no mesmo ano. Formulou pedido de residência permanente, o qual foi indeferido em 2004, quando o casal já tinha tido uma filha. A residência permanente foi denegada, pois, nos exames médicos necessários para a concessão do visto, o requerente foi diagnosticado com HIV. Em abril de 2009, Kiyutin formulou novo pedido de residência no país, o qual foi indeferido pelo Serviço de Imigração da Rússia, sendo-lhe aplicada multa por estar residindo ilegalmente no país. Em junho do mesmo ano, outro pedido foi igualmente indeferido em razão de seu status sorológico. Confrontado com um mandado para deixar o território russo, o requerente apelou da decisão, sendo os recursos julgados improcedentes pelos órgãos jurisdicionais domésticos. Com base na Convenção Europeia de Direitos Humanos⁴¹, o requerente alegou que a decisão que lhe negou residência

⁴⁰ O incremento das migrações transnacionais e o enrijecimento do controle de fronteiras têm dado lugar a casos de ameaça de expulsão de estrangeiros que vivem com o vírus HIV, circunstância que, por sua vez, tem proporcionado o ajuizamento de demandas perante instâncias supranacionais de resolução de conflitos. A Corte Europeia de Direitos Humanos têm disposto acerca da matéria em seus julgados, estabelecendo parâmetros para o exercício do controle de fronteiras dos Estados sujeitos a sua jurisdição. Três são os casos paradigmáticos acerca da matéria: D. v. Reino Unido (processo n.30240/96); N. v. Reino Unido (processo n.26565/05) e Kiyutin v. Rússia (processo n.2700/10), objeto de análise neste capítulo (CORTE EUROPEIA DE DIREITOS HUMANOS, 2015).

⁴¹ O pedido do requerente foi apreciado com base nos artigos 08 e 14 da Convenção Europeia de Direitos Humanos, que dispõem sobre o respeito à vida privada e ao convívio com a família e ao gozo dos direitos, estipulados na Convenção, sem discriminação de qualquer natureza: “Article 08: Everyone has the right to respect for his private and family life, his home and his correspondence. 2. There shall be no interference by a public authority with the exercise of this right except such as is in accordance with the law and is necessary in a democratic society in the interests of national security, public safety or the economic well-being of the country, for the prevention of disorder or crime, for the protection of health or morals, or for the protection of the rights and freedoms of other; (...) Article 14: The enjoyment of the rights and freedoms set forth in [the] Convention shall be secured without discrimination on any ground such as sex, race, colour, language, religion, political or other opinion, national or social origin, association with a national minority, property, birth or other status.”

temporária no território russo foi desproporcional para o fim de proteção da saúde pública e prejudicou seu direito de viver com sua família.

As disposições legais acerca do tratamento do estrangeiro infectado por HIV em território russo encontram-se insculpidas em dois documentos principais. O primeiro deles, o Ato de Prevenção do HIV (Ato 38-FZ de 30 de Março de 1995), em seu preâmbulo, apresenta o HIV como um fenômeno que ameaça a existência da humanidade, resulta em graves consequências socioeconômicas e demográficas para o país, consistindo num problema de segurança individual e nacional⁴².

Os artigos 10 e 11 estabelecem medidas específicas com relação à entrada e permanência de migrantes soropositivos na Rússia. De acordo com as referidas normas, estrangeiros – para permanecer por períodos superiores a três meses em território russo – devem apresentar um certificado médico, atestando a ausência de infecção por HIV. Além disso, qualquer estrangeiro infectado pelo vírus – independentemente do tempo de permanência ou motivo de ingresso no país – deve ser imediatamente deportados, nos termos da legislação vigente⁴³.

⁴² Estabelece o referido preâmbulo que “In recognition of the fact that the disease caused by the human immunodeficiency virus [HIV] is spreading throughout the world on a mass scale, remains incurable and leads to inevitable death thereby creating a threat to humanity's existence, results in grave socioeconomic and demographic consequences for the country, represents a problem of personal as well as social and state security, and necessitates protection of the public's legal rights and interests, and also in consideration of the need to employ timely, effective, and comprehensive preventive measures, the State Duma of the Federal Assembly of the Russian Federation has passed this Federal Law.”

⁴³ Assim dispõem os referidos artigos: “Article 10. Conditions for Foreign Citizens' and Noncitizens' Entry Into and Stay in the Russian Federation 1. Diplomatic representatives or consular institutions of the Russian Federation shall issue a Russia visa for entry into the Russian Federation to foreign citizens and noncitizens coming to the Russian Federation for a period of more than three months on the condition that they present a certificate of absence of HIV infection, unless otherwise established by international agreements or agreements of the Russian Federation. 2. The requirements for the indicated certificate shall be established by the government of the Russian Federation. Article 11. Consequences of Detection of HIV Infection 1. In the event that they are discovered to be infected with HIV, citizens of the Russian Federation cannot donate blood, biological fluids, organs, or tissues. 2. In the event that foreign citizens and noncitizens located within Russian Federation territory are discovered to be infected with HIV, they shall be deported in accordance with the procedure established by legislation of the Russian Federation.”

O segundo documento, dispendo sobre a situação do estrangeiro infectado por HIV no território da Rússia, é o Ato sobre a Condição Jurídica do Estrangeiro (Ato 115-FZ de 25 de julho de 2002), que reforça as disposições do Ato de Prevenção do HIV, estipulando que a autorização para residência – temporária ou permanente no país – poderá ser rejeitada ou cancelada caso o estrangeiro não apresente documento atestando ausência de infecção por HIV⁴⁴.

O posicionamento da Rússia diante do pedido de residência formulado pelo requerente perante a Corte Europeia de Direitos Humanos demonstra o emprego do argumento da proteção da saúde pública como tese central para legitimar a exclusão sumária de migrantes soropositivos do território do país e reflete o quanto disposto nas supramencionadas leis federais:

The Government submitted that [...] the refusal of a residence permit did not interfere with his right to respect for his family life and, even assuming that it did, such interference had a legal basis in section 7(1)(13) of the Foreign Nationals Act. It was also justified by the Russian authorities' concerns about the massive spread of the HIV epidemic and its socio-economic and demographic consequences in the Russian Federation, the threat it posed to personal, public and national security and to the existence of humankind, and the need to ensure the protection of the rights and lawful interests of the population. The refusal of a residence permit was a necessary measure directed at preventing and combating HIV infection (CEDH, 2011, p.12).

A Corte rejeitou o argumento da Federação Russa segundo o qual a exclusão de migrantes infectados pelo vírus HIV é medida necessária para proteção da saúde pública, destacando que as restrições de viagem são um mecanismo

⁴⁴ Assim dispõe o referido estatuto: "Article 7. Grounds for the Refusal in the Issue or for the Cancellation of a Permit for a Temporary Residence. A permit for temporary residence shall not be issued to a foreign citizen, and the earlier issued permit for a temporary residence shall be cancelled, if the given foreign citizen: [...] 13) is ill with narcomania, or has no certificate on the absence of the illness caused by the virus of the human acquired immunodeficiency (HIV-infection), or suffers from one of the infectious diseases, presenting a threat to other people. The list of such infectious diseases and the procedure for confirming their existence or absence are approved by the Government of the Russian Federation. Article 9. Grounds for the Refusal to Issue or for the Cancellation of a Residence Permit. A residence permit to a foreign citizen shall not be issued, and an earlier issued residence permit shall be cancelled, if the given foreign citizen: [...] 13) is ill with narcomania, or has no certificate on the absence of the illness, caused by the virus of the acquired human immunodeficiency (HIV-infection), or suffers from one of the infectious diseases presenting a threat to other people. The list of such infectious diseases and the procedure for confirming their existence or absence is approved by the Government of the Russian Federation."

desnecessário e ineficaz para evitar o aumento da incidência do vírus⁴⁵ (CEDH, 2011, p.20-24). Porém, o que se revela a partir do caso apresentado é que a legislação vigente na Rússia apresenta o HIV como ameaça demográfica, socioeconômica, sendo responsável por riscos não apenas à segurança nacional, mas também à própria existência humana⁴⁶. Neste cenário, o estrangeiro que vive com o vírus é concebido como vetor da epidemia, restando, assim, legitimada sua exclusão do território do país.

3.1.2 Demanda excessiva por serviços sociais e de saúde: o controle de fronteiras do Canadá

O segundo fundamento comumente apresentado para restringir a entrada, permanência e/ou residência de migrantes soropositivos no território dos países é a possibilidade de o estrangeiro infectado impor ao Estado receptor demandas excessivas por serviços sociais e de saúde, tendo em vista seu status sorológico. A premissa subjacente ao argumento é que migrantes vivendo com HIV/AIDS são capazes de exercer um impacto econômico

⁴⁵ Os fundamentos apresentados pela Corte serão explorados na seção deste capítulo, relativa às críticas formuladas contra o estabelecimento de restrições de viagem relacionadas ao HIV/AIDS. A seção discorrerá sobre os argumentos contrários às barreiras e, portanto, abrangerá o conteúdo da decisão proferida pelo aludido órgão jurisdicional. Com relação à eficácia do julgamento, deve-se registrar que a decisão da Corte Europeia de Direitos Humanos não se sobrepõe àquelas dos órgãos nacionais de jurisdição; não se trata, portanto, de corte de apelação que afasta a eficácia das decisões dos tribunais dos Estados membros. A Corte, no entanto, determina ao Estado condenado o pagamento de indenização, a adoção de medidas genéricas (e.g. mudanças na legislação) e/ou a adoção de medidas individuais (e.g. reabertura do caso perante a corte doméstica, restituições, etc). O Comitê de Ministros monitora a execução satisfatória do julgamento, adotando as medidas necessárias para seu cumprimento.

⁴⁶ Roxana Sjostedt (2008, p.13) ilustra a abordagem securitizatória do HIV/AIDS na Rússia, ao defender a securitização da epidemia, alegando que “The case of Russia clearly demonstrates the military, economic and demographic implications of AIDS for the national security of a state. With regard to the military, 9,000 draftees have been rejected in the last five years owing to their being HIV positive. If this trend continues, Russia will face problems with recruiting new soldiers, and it has been claimed that ‘Russia’s HIV epidemic is already exacerbating an existing shortage of healthy individuals available for service’ (Feldbaum, Lee & Patel, 2006: 5). Macroeconomic modelling predicts that AIDS will have negative effects on Russia’s GDP, ‘by increasing . . . mortality among the economy’s most productive age groups, while at the same time driving up health and social protection costs’ (Sharp, 2006: 90). Finally, there is the demography issue, which has preoccupied Russian politicians and academics alike for almost two decades. Russia’s population is decreasing rapidly, and ‘HIV/AIDS will act as a prime accelerator’ (Ambrosio, 2006: 11). The depopulation in Siberia and the far east can become a geopolitical security issue, expressed by ‘fears of a sinocization’ (Ambrosio, 2006: 13). In short, if Russia does not use extraordinary measures against the HIV/AIDS threat, there will be serious consequences for Russian and international security.”

excessivo sobre os recursos do país de destino, tornando legítima a recusa de sua entrada no território nacional. Sobre os vínculos entre migrações e as demandas excessivas, Brian D. Gushulak, Liane MacDonald e Douglas W. MacPherson (2007, p.201) esclarecem que

Healthcare services at transit and destination locations can also be influenced by migration. Such services may experience high demand due to numbers of migrants, or due to migrants having different diseases or disease presentation in comparison to the host population. For diseases of public health significance, migrants may represent vectors for introduced and transmitted diseases in the host country.

Sob alegação de demanda excessiva imposta pelos migrantes soropositivos é que alguns países, embora não reconheçam a proteção da saúde pública como causa suficiente para excluir estrangeiros com HIV, valem-se da proteção dos recursos públicos para legitimar a recusa de migrantes que vivem com o vírus. Em regra, estes são países cujos serviços de saúde são financiados pelo Estado (integralmente ou em grande parte), sendo garantidos a todos os cidadãos e residentes no território do país. Deve-se registrar que, comumente, refugiados e pessoas em situação análoga não são abarcadas pelo critério ou estão sujeitos a condições especiais. Na maior parte das vezes, o critério da demanda excessiva tem sido aplicado em relação aos estrangeiros que buscam imigrar em caráter permanente ou permanecer no país por período que lhe autorize a utilização de serviços sociais e de saúde⁴⁷.

⁴⁷ Sobre o critério da demanda excessiva, Gushulak MacPherson explica que (2006, p.21) “The historical application of the medical screening of new arrivals according to their likelihood of becoming a public charge was revised in the latter half of the twentieth century in some traditional immigration-receiving nations, such as Australia, Canada, Israel and the United States. These revisions were most common in nations such as Australia and Canada, where publicly national health insurance system provide health care to all residents. In these nations, a rigorous and complex process of assessing potential migrants for illnesses and diseases in terms of cost and demand for health care services has been developed. National legislation in place these nations allows for the denial of admission for those determined to have medical conditions of a certain severity or for which treatment is complex or costly. Public charge exclusion criteria continue to exist in the US immigration health process, but they’re not practiced with the same degree of detail and complexity as the excessive demand screening undertaken by Australia and Canada. Initially applied to all immigrants, the public charge and excessive demand exclusion provisions have either been waived or dropped for refugees and humanitarian arrivals. They are now primarily directed toward independent immigrants or economic migrants seeking permanent residence.”

País com restrições de viagem relacionadas ao HIV, a Nova Zelândia exige que para permanência superior a doze meses, os migrantes apresentem atestado médico comprovando a ausência de doenças, dentre as quais a infecção pelo vírus. Verifica-se, no caso, uma presunção automática de que o estrangeiro infectado imporá demanda excessiva por serviços de saúde, os quais pode incluir hospitalização, cuidados residenciais, custo de medicamentos, dentre outros serviços relacionados ao tratamento, cuidado e apoio do estrangeiro soropositivo. Os refugiados, no entanto, submetem-se a regime imigratório específico: não se sujeitam a exclusão pelo critério da demanda excessiva em razão do HIV, mas devem ser avaliados para detecção de doenças específicas que lhe impedem de ingressar no país⁴⁸. No caso dos demais estrangeiros, identificando-se, nos exames de imigração, que vivem com HIV/AIDS, a Nova Zelândia não procede a uma verificação acerca da possibilidade de excesso de demanda: a exclusão do migrante é sumária⁴⁹.

⁴⁸ Sobre o regramento do ingresso de refugiados na Nova Zelândia, no que tange a sua condição de saúde, o *Immigration New Zealand Operational Manual* dispõe que: “A4.74 Health requirements for mandated refugees and Refugee Quota Family Reunification Category applicants. Mandated refugees who have been put forward for consideration to be resettled in New Zealand under the Refugee Quota Programme and applicants for residence under the Refugee Quota Family Reunification (RQFR) Category can be considered for a residence class visa unless they: 1. require dialysis treatment, or have an Immigration New Zealand medical assessor indicate that they will require such treatment within a period of five years from the date of the medical assessment; or 2. have severe haemophilia; or 3. have a physical, intellectual, cognitive and/or sensory incapacity that requires full time care, including care in the community; or 4. currently have tuberculosis (TB) (any form including pulmonary and non-pulmonary TB, Multidrug-Resistant (MDR)-TB and Extensively Drug-Resistant (XDR)-TB) and have not completed full treatment for TB as outlined in the New Zealand Guidelines for TB Treatment; or 5. have had a history, diagnostic findings or treatment for MDR-TB or XDR-TB, unless they have been cleared by a New Zealand Respiratory or Infectious Diseases specialist upon review of their file or review of the applicant as outlined in the New Zealand Guidelines for TB.”

⁴⁹ Neste sentido, o *Immigration New Zealand Operational Manual* dispõe que: “A4.10 Acceptable standard of health (applicants for residence): a) Applicants for residence class visas must have an acceptable standard of health unless they have been granted a medical waiver or (f), below, applies. An application for a residence class visa must be declined if any person included in that application is assessed as not having an acceptable standard of health and a medical waiver is not granted. b) Applicants for residence class visas are considered to have an acceptable standard of health if they are: 1. unlikely to be a danger to public health; and 2. unlikely to impose significant costs or demands on New Zealand's health services or special education services; and 3. able to undertake the work on the basis of which they are applying for a visa, or which is a requirement for the grant of the visa. c) The conditions listed in A4.10.1 are considered to impose significant costs and/or demands on New Zealand's health and/or special education services. Where an immigration officer is satisfied (as a result of advice from an Immigration New Zealand medical assessor) that an applicant has one of the listed conditions, that applicant will be assessed as not having an acceptable standard of health. d) If an immigration officer is not satisfied that an applicant for a residence class visa has an acceptable standard of health, they must refer the matter for assessment to an Immigration New Zealand medical assessor (or the Ministry of Education as appropriate). e) Despite (d) above, referral to an Immigration New Zealand medical assessor (or the Ministry of Education) is not

Nem todos os países com restrições, no entanto, apresentam, explicitamente, o HIV como causa de exclusão sumária dos estrangeiros infectados pelo vírus. Alguns países optam pela retirada do vírus como causa de rejeição dos estrangeiros infectados, equiparando a AIDS a outras doenças crônicas que, igualmente, podem dar ensejo à exclusão de migrantes. O Canadá é um dos países que, ilustrando a situação retratada, merece especial destaque no que tange ao controle de fronteiras relacionado ao HIV.

O Canadá é globalmente conhecido por ser um país rico, cujo sistema de saúde é um dos mais eficientes do mundo. A resposta canadense ao HIV também se destaca dentre as ações de saúde do Estado, tanto nacional quanto internacionalmente, destacando o sucesso do país em reduzir os casos de pessoas que vivem com o vírus dentro de suas fronteiras e sua posição de liderança na resposta global à AIDS. Neste sentido, afirma a *Public Health Agency of Canada* (2015) que

Canada can point to a number of important successes during the past two decades. Research advances have given us a better understanding of HIV/AIDS transmission, disease progression and treatment options. Mother-to-child transmission of HIV has been nearly eliminated in Canada. New HIV infections among the general population have been minimized, and the blood system has been made as safe as possible from contamination by HIV and other infectious diseases. Steps have also been taken to increase public awareness of HIV/AIDS and tackle stigma and discrimination around the disease. Globally, Canada has responded to the HIV/AIDS pandemic with strong strategic leadership, a generous financial commitment and a comprehensive, coordinated approach to HIV/AIDS programming.

Em contradição com sua posição de destaque na resposta global ao HIV/AIDS, o Canadá, em 2002, modificou sua legislação imigratória (*Immigration and*

required where the applicant is the partner or dependent child of a New Zealand citizen or residence class visa holder, unless the provisions of A4.60(a) or A4.60(b) apply. f) Mandated refugees (see S3.5(a)(i)) and Refugee Quota Family Reunification Category applicants (see S4.20) are exempt from the requirement to have an acceptable standard of health, except where they have any of the conditions set out at A4.74. A4.10.1 Medical conditions deemed to impose significant costs and/or demands on New Zealand's health and/or education services: HIV infection [...].”

Refugee Protection Act and Regulations) para passar a exigir exame específico para detecção de HIV para estrangeiros que pretendem permanecer em seu território por mais de seis meses, dificultando o ingresso de migrantes soropositivos no país⁵⁰.

O exame médico imigratório é procedimento obrigatório para residência temporária (superior a seis meses) e permanente no Canadá, aplicável tanto aos migrantes econômicos quanto aos refugiados ou estrangeiros em situação análoga⁵¹. O procedimento é realizado, exclusivamente, por médicos credenciados, membros do *Panel Physician Program*⁵², responsável por um

⁵⁰ Inicialmente, a mudança legislativa se aplicava a todos os migrantes, independentemente do tempo de permanência no país. Atualmente, a obrigatoriedade do teste só se aplica aos estrangeiros que pretendem permanecer por período superior a seis meses.

⁵¹ A lei imigratória canadense estabelece exceções à regra do exame médico imigratório no art. 30 do *Immigration and Refugee Protection Regulations*, que, como explica o *Citizenship and Immigration Canada* (2015), órgão oficial de imigração canadense, compreende as seguintes hipóteses: “a person described in paragraph 186(b) who is entering or is in Canada to carry out official duties, unless they seek to engage or continue in secondary employment in Canada; a family member of a person described in paragraph 186(b), unless that family member seeks to engage or continue in employment in Canada; a member of the armed forces of a country that is a designated state as defined in the *Visiting Forces Act*, who is entering or is in Canada to carry out official duties, other than a person who has been designated as a civilian component of those armed forces, unless that member seeks to engage or continue in secondary employment in Canada; a family member of a protected person, if the family member is not included in the protected person’s application to remain in Canada as a permanent resident; a non-accompanying family member of a foreign national who has applied for refugee protection outside Canada; and a foreign national who has applied for permanent resident status and is a member of the live-in caregiver class. Note: A person described in paragraph R186(b), is: “a foreign representative, if they are properly accredited by the Department of Foreign Affairs and International Trade and are in Canada to carry out official duties as a diplomatic agent, consular officer, representative or official of a country other than Canada, of the United Nations or any of its agencies or of any international organization of which Canada is a member.” Ademais, deve-se registrar que alguns membros da família do estrangeiro requerente também deverão se submeter ao exame médico imigratório independentemente de acompanharem o migrante no ingresso no país. Neste sentido, estabelece o CIC (2015) que “All accompanying family members of a foreign national who are applying for a permanent resident visa or applying to remain in Canada as a permanent resident must undergo a medical examination. Foreign nationals sometimes have family members who will not go to Canada. With very few exceptions, these family members must also undergo medical examinations. The exceptions are listed in paragraph R30(1): a family member of a protected person, if the family member is not included in the protected person’s application to remain in Canada as a permanent resident [R30(1)(e)] ; a non-accompanying family member of a foreign national who has applied for refugee [R30(1)(f)]. For the purposes of the Act, other than section 12 and paragraph 38(2)(d), and for the purposes of these Regulations, other than sections 159.1 and 159.5, “family member” in respect of a person means (a) the spouse or common-law partner of the person; (b) a dependent child of the person or of the person’s spouse or common-law partner; and (c) a dependent child of a dependent child referred to in paragraph (b).”

⁵² Como explica o *Citizenship Immigration Canada* (2015), “In exceptional circumstances, an applicant may not be in a position to access a Panel Physician. In Canada, due to CIC’s obligations under the *Official Languages Act*, Health Branch may temporarily authorize a non-

detalhamento minucioso do estado de saúde do estrangeiro que intenta ingressar no território do país, através de testes que poderão incluir: exames físicos, mentais, revisão do histórico médico, exames laboratoriais e avaliação de registros de saúde apresentados pelo migrante⁵³. Os resultados dos testes resultam na elaboração do prontuário médico do migrante, que deverá ser encaminhado para o departamento de imigração canadense – *Citizenship Immigration Canada* (CIC). Recebido o prontuário, a equipe médica do referido departamento deverá proceder à avaliação das condições de saúde do estrangeiro, produzindo informações que informarão e legitimarão a tomada de decisão pela autoridade imigratória. O processo é explicado por Laura Bisailon (2013, p.47), que assim sintetiza:

The DMP⁵⁴ is a key actor in the Canadian immigration system because she/he is responsible for medically examining prospective immigrants and for reporting findings to the Health Management Branch of CIC. Three mandatory diagnostic screens are commissioned – HIV, syphilis, and tuberculosis – and additional tests can be ordered at the discretion of the physician. Results of these screens, assembled and submitted by the DMP, are sent to the federal, and in some cases provincial, government. Medical officers internal to CIC stationed in one of the 10 regional medical offices in the world review medical files with problematic results including, but not limited to, an HIV diagnosis.²⁴ From here, officers proceed to hypothetically anticipate costs of publicly funded care for applicants with serious medical conditions. These estimates are key determinants as to whether a person is in/admissible for immigration to Canada.

O objetivo do exame médico imigratório é verificar se a condição de saúde do migrante oferece perigo à saúde pública⁵⁵; perigo à segurança pública⁵⁶ e/ou se

Panel Physician to perform an immigration medical examination (known as “dispensation”). Very rarely is dispensation granted outside Canada.”

⁵³ Neste sentido, o art.29 do *Immigration and Refugee Protection Regulations* dispõe que “29. For the purposes of paragraph 16(2)(b) of the Act, a medical examination includes any or all of the following: (a) physical examination; (b) mental examination; (c) review of past medical history; (d) laboratory test; (e) diagnostic test; and (f) medical assessment of records respecting the applicant.”

⁵⁴ A sigla “DMP” corresponde à expressão “*designated medical practitioner*”, empregada para se referir aos membros do *Panel Physician Programme*.

⁵⁵ De acordo com CIC (2015), a ameaça à saúde pública deve ser avaliada da seguinte forma: “In order to conclude that a foreign national’s health condition is likely to be a danger to public health, the medical officer who is assessing the foreign national’s health condition shall consider any report made by a health practitioner or medical laboratory with respect to the foreign national (i.e. the findings from the immigration medical examination), the

implicará demandas excessivas por serviços sociais e de saúde⁵⁷. Sobre eventual excesso de demanda, a lei de imigração considera que o migrante será considerado inadmissível se a) os prováveis custos dos serviços sociais e de saúde que lhes forem dispensados excederem aqueles do residente “médio”⁵⁸ e b) sua demanda por estes serviços incrementar as listas de espera por serviços públicos, aumentando a mortalidade e morbidez no Canadá, pela demora ou impossibilidade de acesso a estes serviços pelos cidadãos canadenses e residentes permanentes⁵⁹. O cálculo para aferir o excesso de demanda deve ainda, atender a requisito temporal:

communicability of any disease that the foreign national is affected by or carries, and the impact that the disease could have on other persons living in Canada. Active pulmonary tuberculosis (TB) and untreated syphilis are considered a danger to public health.

⁵⁶ Acerca da segurança pública, o CIC (2015) dispõe que “In order to conclude that a foreign national’s health condition is likely to be a danger to public safety, the medical officer who is assessing the foreign national’s health condition shall consider any report made by a health practitioner or medical laboratory with respect to the foreign national (i.e. the findings from the immigration medical examination), the risk of a sudden incapacity or of unpredictable or violent behaviour of the foreign national that would create a danger to the health or safety of persons living in Canada. Health conditions that are likely to cause a danger to public safety include serious uncontrolled and/or uncontrollable mental health problems such as: a) certain impulsive sociopathic behaviour disorders; b) some aberrant sexual disorders such as pedophilia; c) certain paranoid states’ or some organic brain syndromes associated with violence or risk of harm to others; d) applicants with substance abuse leading to antisocial behaviours such as violence, and impaired driving; and e) other types of hostile, disruptive behaviour.”

⁵⁷ Estabelece o art.20 do *Immigration and Refugee Protection Act and Regulations* que “An officer shall determine that a foreign national is inadmissible on health grounds if an assessment of their health condition has been made by an officer who is responsible for the application of sections 29 to 34 and the officer concluded that the foreign national’s health condition is likely to be a danger to public health or public safety or might reasonably be expected to cause excessive demand.”

⁵⁸ Para o referido estatuto, considera-se serviço de saúde “any health services for which the majority of the funds are contributed by governments, including the services of family physicians, medical specialists, nurses, chiropractors and physiotherapists, laboratory services and the supply of pharmaceutical or hospital care”; já os serviços sociais são definidos nos seguintes termos: “any social services, such as home care, specialized residence and residential services, special education services, social and vocational rehabilitation services, personal support services and the provision of devices related to those services, (a) that are intended to assist a person in functioning physically, emotionally, socially, psychologically or vocationally; and (b) for which the majority of the funding, including funding that provides direct or indirect financial support to an assisted person, is contributed by governments, either directly or through publicly-funded agencies.”

⁵⁹ O art.1º do Ato, que esclarece a terminologia empregada no documento, estabelece que consiste a demanda excessiva em “(a) a demand on health services or social services for which the anticipated costs would likely exceed average Canadian per capita health services and social services costs over a period of five consecutive years immediately following the most recent medical examination required under paragraph 16(2)(b) of the Act, unless there is evidence that significant costs are likely to be incurred beyond that period, in which case the period is no more than 10 consecutive years; or (b) a demand on health services or social services that would add to existing waiting lists and would increase the rate of mortality and morbidity in Canada as a result of an inability to provide timely services to Canadian citizens or permanent residents.”

The estimated financial burden of someone applying to enter or remain in Canada is calculated over a five-year period from the date of the person's most recent immigration medical examination. According to the Regulations, the period of time may be extended to 10 years if there is evidence that significant costs are likely to be incurred beyond five years (such as in the case of HIV infection). The contributions the individual is expected to make to Canada, whether economic or social, are not taken into account (CANADIAN HIV/AIDS LEGAL NETWORK, 2013, p.02).

Diante do exposto, questiona-se: podem os migrantes soropositivos ingressar no território canadense, sem que seu status sorológico implique restrição a sua mobilidade? Isto depende, fundamentalmente, de dois fatores: a duração da permanência em território canadense e a categoria legal em que se insere o estrangeiro.

Como se destacou anteriormente, o Canadá não possui em sua legislação o HIV como causa explícita de exclusão sumária de migrantes. Além disso, pessoas que vivem com o vírus não são consideradas como um perigo à saúde ou segurança pública⁶⁰. A infecção pelo HIV, em regra, não impossibilita a entrada e permanência do estrangeiro no país por período igual ou inferior a seis meses, tendo em vista que, nestes casos, o estrangeiro não é elegível para uso de serviços de saúde; ocorre, assim, uma presunção de que não implicará demandas excessivas por estes serviços⁶¹. Efetivamente, migrantes

⁶⁰ De acordo com o manual operacional para a aplicação do *Immigration and Refugee Protection Act and Regulations* (CANADÁ, 2013, p.74), "It is CIC's policy that persons with HIV/AIDS do not represent a danger to public health. Therefore, a foreign national with HIV/AIDS seeking entry into Canada would not, in the absence of contrary evidence, be inadmissible pursuant to A38(1) and the BSO would not normally request a medical examination based on concerns about danger to public health or safety. However, persons living with HIV/AIDS may be medically inadmissible if they have an associated medical condition that is considered a public health risk such as active tuberculosis."

⁶¹ Para visitas de curto prazo, a única avaliação relacionada à entrada do migrante soropositivo no Canadá e a ocorrência de demandas excessivas por serviço de saúde diz respeito à probabilidade de hospitalização do estrangeiro. Neste sentido, o manual operacional para a aplicação do *Immigration and Refugee Protection Act and Regulations* (CANADÁ, 2013, p.74-75) dispõe que "Another concern is the excessive demand that may be placed on health or social services by any applicant experiencing severe or chronic illness. As with any other foreign national making application to enter Canada, persons with HIV/AIDS would not normally be expected to place a demand on health services. It is therefore departmental policy that a diagnosis of HIV/AIDS is not in itself a barrier to visiting Canada. When making a determination, BSOs should only consider whether it is likely that the person will require hospitalization during their visit. The carrying of medication used in the treatment of HIV/AIDS is not grounds for

que desejam permanecer no país pelo referido período nem sequer submetem-se ao exame médico imigratório⁶², reservado aos casos em que se verifique estado explícito de doença ou necessidade de hospitalização⁶³. A situação se modifica, no entanto, se o migrante intenta permanecer por mais de seis meses no Canadá ou fixar residência permanente no país.

Para permanência temporária superior a seis meses, o exame médico é obrigatório caso o migrante, no ano anterior ao pedido de entrada no Canadá, tenha residido – por seis ou mais meses consecutivos – num dos países identificados com maior prevalência de certas doenças comunicáveis⁶⁴. Se detectada infecção por HIV, o migrante se submeterá à avaliação da demanda excessiva e será declarado medicamente inadmissível se, durante a sua

denying temporary residence. Where the applicant is obviously very ill, the BSOs should get the information needed to determine the likelihood of hospitalization during their visit and any medical arrangements that have been made. If required, the CIC Health Programs Division can be contacted for advice or information.”

⁶² Vale destacar que profissionais da área de saúde deverão ser submetidos ao exame médico imigratório independentemente do período que deseje permanecer no país. Neste sentido, o CIC (2015), esclarece que: “A medical examination is not required unless the applicant intends to work in an occupation in which the protection of public health is essential. The following list provides examples of such occupations. This list is not all-inclusive: Occupations that brings the applicant in close contact with people, namely: workers in the health sciences field; clinical laboratory workers; patient attendants in nursing and geriatric homes; medical students admitted to Canada to attend university; medical electives and physicians on short-term locums; teachers of primary or secondary schools or other teachers of small children; domestics; workers who give in-home care to children, the elderly and the disabled; day nursery employees; agricultural workers from designated countries/territories. A country or a territory is designated if there is a "YES" in the column entitled "Immigration Medical Examination (IME) required" in the designated country and territory list.”

⁶³ O Canadá apresenta uma lista de países que cujos nacionais estão dispensados da obtenção de vistos para entrada em seu território. Neste caso, o exame médico imigratório é hipótese extremamente remota, podendo ocorrer já em território canadense se o estrangeiro se apresenta, visivelmente, doente, e/ou demonstrando necessidade de hospitalização. No caso de nacionais de países para os quais o visto é obrigatório, o exame médico também é comumente dispensado. Ocorre o preenchimento de formulário em que se questiona o estrangeiro acerca de seu estado de saúde, sem qualquer menção específica ao HIV. Com esclarece a Canadian HIV/AIDS Legal Network (2013, p.3), o migrante soropositivo não se encontra legalmente obrigado a revelar, nesta hipótese, seu status sorológico.

⁶⁴ Neste sentido, o art.30, (a), III, do *Immigration and Refugee Protection Act and Regulations* estabelece que (1) For the purposes of paragraph 16(2)(b) of the Act, the following foreign nationals are exempt from the requirement to submit to a medical examination: (a) foreign nationals other than [...] (iii) foreign nationals who (A) are seeking to enter Canada or applying for renewal of their work or study permit or authorization to remain in Canada as a temporary resident for a period in excess of six consecutive months, including an actual or proposed period of absence from Canada of less than 14 days, and (B) have resided or stayed for a period of six consecutive months, at any time during the one-year period immediately preceding the date that they sought entry or made their application, in an area that the Minister determines, after consultation with the Minister of Health, has a higher incidence of serious communicable disease than Canada [...].

permanência, seja provável que ocasionará gastos públicos superiores à média dos cidadãos e residentes permanentes e/ou sua demanda por serviços públicos implique demora ou impossibilidade do acesso destes últimos à assistência médica e social, aumentando-se, assim, os índices de morbidade e mortalidade no Canadá. Nos casos de pedido de residência permanente, todo migrante deverá se submeter ao exame médico imigratório no qual se verificará, dentre outros, a existência de infecção por HIV/AIDS. Sendo o estrangeiro soropositivo, realizar-se-á a avaliação para determinar se sua entrada no país implicará demanda excessiva.

No entanto, a questão se problematiza, pois, segundo o *Citizenship Immigration Canada* (CIC), em suas recomendações aos médicos responsáveis pelo exame de imigração, (2002, p.05-06),

HIV infection will frequently meet the CIC criteria of excessive demand due principally to the high cost of drug therapy. The costs of antitviral therapy are borne entirely by some provinces and territories and, in some provinces and territories, the patient pays a small proportion thereof. [...] It should be noted that a large majority of HIV-infected applicants will meet the criteria of excess demand, but there will be a small proportion which will qualify for admittance. Any applicant currently receiving ARV is inadmissible based on excess demand.

Em outras palavras, migrantes que tenham iniciado tratamento com medicação antirretroviral serão inescusavelmente considerados medicamente inadmissíveis pelo critério da demanda excessiva. Aqueles que não o tenham começado passarão por uma avaliação que estimará se, no curso dos dez anos seguintes, iniciarão o referido tratamento. Caso afirmativo, também não deverão ser admitidos. Ademais, como os antirretrovirais são financiados pelo Estado – encontrando-se disponíveis para todos os cidadãos e residentes permanentes – a contratação de seguro médico ou plano de saúde não garante que o estrangeiro não fará uso dos serviços públicos, não servindo, assim, como prova para afastar o critério da demanda excessiva (CANADIAN HIV/AIDS LEGAL NETWORK, 2013, p.5). Diante do exposto, compreende-se que as recomendações do CIC aos médicos responsáveis pelo exame imigratório estabelecem que – embora o HIV não conste como causa explícita

de exclusão sumária de estrangeiros – a regra é que migrantes soropositivos sejam rejeitados e não que sua permanência seja permitida.

Deve-se registrar que – embora se submetam ao exame médico imigratório – algumas classes específicas não se sujeitam ao critério da demanda excessiva por serviços médicos e de saúde. Refugiados e aqueles considerados em necessidade de proteção não serão avaliados quanto ao referido requisito; a seus cônjuges, companheiros e filhos dependentes também não se aplica o critério aludido. Igualmente, encontram-se isentos o cônjuge, companheiro ou filho dependente de cidadão canadense ou residente permanente, assim como os filhos por estes havidos⁶⁵.

3.2 CRÍTICAS ÀS RESTRIÇÕES À MOBILIDADE INTERNACIONAL DOS MIGRANTES SOROPOSITIVOS: PROBLEMATIZANDO AS BARREIRAS DE VIAGEM

Discursos securizatórios apresentam as restrições de viagem relacionadas ao HIV como uma medida indispensável a fim de que se proteja a saúde pública e se evitem as demandas excessivas por serviços sociais e de saúde. Em ambos os casos, o que se pretende garantir é a própria estabilidade do Estado, evitando seu colapso mediante a proliferação do vírus dentro de suas fronteiras. O HIV/AIDS, portanto, é erigido ao status de ameaça, capaz de colocar em xeque a força produtiva da população, as instâncias administrativas do poder e a própria segurança nacional.

A securitização dos migrantes soropositivos encontra forte resistência entre críticos que reivindicam a necessidade do respeito pelos direitos humanos, independentemente da nacionalidade ou status legal do indivíduo. Afirmando a

⁶⁵ De acordo com o CIC (2015), “As per paragraphs A38(2), R24, R117(g) and R139(4), excessive demand determinations under A38(1)(c) do not apply to: spouse, common-law partner or conjugal partner; a dependent child (including an adopted a child) of the sponsor, or of the sponsor’s spouse, common-law partner or conjugal partner; Convention Refugees [including their spouses/common-law partners/conjugal partners and dependent children]; and protected persons [including their spouses/common-law partners/conjugal partners and dependent children]. Although such individuals must undertake a full immigration medical examination, they are not assessed for excessive demand.”

relevância da segurança humana, explicam como as barreiras de viagem implicam a violação da dignidade das pessoas que vivem com HIV/AIDS, refletindo-se um amplo conjunto de direitos, não limitados à mobilidade internacional:

The personal impact of HIV/AIDS-related travel restrictions can be devastating for the individual seeking to immigrate, to gain asylum, to visit family, to attend meetings, to study, or to do business. Testing under such circumstances is akin to mandatory testing, and in many instances is done without appropriate pre and post-test counselling or safeguards of confidentiality. The candidate immigrant, refugee, student or other traveller may simultaneously learn that s/he is infected with HIV, that s/he may not be allowed to travel, and possibly that his/her status has become known to government officials, or to family, community, and employer, exposing the individual to possibly serious discrimination and stigma. Often an entire family seeks to relocate, leaving the family with the painful dilemma of whether to go on and leave the infected member behind or to stay together and renounce immigration plans. (UNAIDS; OIM, 2004, p.5).

As críticas, centradas na segurança humana, destacam que a infecção por HIV é uma condição estigmatizante, capaz de gerar discriminação e preconceito contra as pessoas que vivem com vírus. Ressaltam que, em razão disso, não raramente tal diagnóstico é mantido em sigilo tanto pelo infectado quanto por aqueles que atuam em seu tratamento, suporte e apoio. Países com restrições, no entanto, desconsideram preocupações com a privacidade do soropositivo, ao impor a revelação de seu status sorológico sob pena de fraude, que dará ensejo à futura deportação. Em outros termos, o migrante é obrigado a revelar sua condição e ser sumariamente rejeitado ou incorrer em conduta criminosa. Além disso, mesmo aqueles que conseguem autorização passam a ser identificados como portadores da infecção, atribuindo para si os estigmas associados à AIDS (AMON; TRODYS, 2008, p.3).

Defensores dos direitos humanos ressaltam que migrantes vivendo com HIV, ao ter seu status sorológico revelado no momento de ingresso nas fronteiras de um país com restrições – ou em testes periódicos realizados durante sua permanência no país –, podem ser submetidos à detenção, enquanto aguardam ser deportados, em circunstâncias que lhe privam do acesso à

saúde e cuidados básicos (UNAIDS, 2009, p.14). Aliás, a privação à saúde é um fardo imposto ao migrante como condição para tentar o ingresso nos países com restrições: muitos estrangeiros infectados suspendem as terapias antirretrovirais, correndo riscos de desenvolver resistência à medicação, com intuito de não serem identificados com portadores do vírus pelo controle de fronteiras; com o mesmo propósito, alguns optam pelo envio antecipado dos medicamentos, arriscando seu não recebimento ou recebimento tardio (AMON; TRODYS, 2008, p.4).

Críticas também encontram espaço no questionamento das restrições de viagem enquanto uma medida baseada numa realidade empírica, objetivamente constatada. Segundo este posicionamento, embora o discurso securizatário do HIV encontre forte ressonância no meio acadêmico e nas políticas públicas dos países com barreiras, não existe unanimidade quanto ao efetivo potencial do vírus em causar a desestabilização dos Estados, tanto dos mais pobres quanto dos mais ricos. Neste sentido, explica Colin McInnes (2009, p.49) que

What is lacking, however, is the empirical evidence to support this argument. With HIV/AIDS in particular, a number of states now have very high levels of infection, especially in sub-Saharan Africa. These are also amongst some of the poorest nations on earth. Yet there is little evidence to date that high HIV prevalence has created destabilising pressures threatening the security of the state. Nor is the causal link between disease and state insecurity necessarily apparent⁶⁶.

Igualmente contestado é o argumento segundo o qual a entrada de migrantes soropositivos no território dos países consiste numa ameaça à saúde pública dos Estados. De acordo com este posicionamento, estrangeiros com HIV são responsáveis pela proliferação do vírus entre os membros da comunidade doméstica, colocando em risco à estabilidade do Estado em razão do

⁶⁶ Sobre a construção das epidemias como ameaça à segurança nacional, Kelley Lee e Colin McInnes (2012, p.157) destacam a ausência de lastro empírico que justifique a securitização: "What is notably important is how the national security agenda has been constructed with limited empirical evidence to support it, suggesting the ability of narratives to construct social realities based on discourse and inter-subjective understandings. The fact that there has been no health crisis leading to state failure has not prevented health issues appearing on certain national security agendas."

significativo aumento dos índices de mortalidade e morbidade da população. Como explica Heather Worth (2006, p.226):

Public imaginings around HIV and migration (both forced and voluntary) are imbued with conscious and unconscious fears about outsiders and contamination, whereby foreigners are scapegoated as the vectors of transmission of HIV from outside the country into the very heart of the nation.

Segundo o UNAIDS e a OIM (2004, p.8), restrições de viagem para proteger a saúde pública somente são relevantes nos casos de surtos de doenças altamente contagiosas, não se aplicando ao caso do HIV/AIDS. Como explicam as entidades, excluir migrantes soropositivos para evitar a transmissão do vírus dentro das fronteiras implica a suposição de que os estrangeiros infectados se submeterão a práticas de risco e que os nacionais não se acautelarão. Trata-se, portanto, de argumento altamente determinista que constrói os nacionais como vítima de uma epidemia importada e os estrangeiros como vetores desta epidemia⁶⁷. Além disso, como registram as entidades (2004, p.8),

Furthermore, it would be extremely difficult, if not impossible, to seal borders effectively against people living with HIV. Most countries do not apply HIV travel restrictions against tourists and short-term visitors. Nor do most countries impose HIV tests on leaving and returning nationals. These people represent by far the great majority of travellers. Tests that are applied will not always identify all the people living with HIV as some newly infected persons will be in the “window” period during which time the test does not detect the virus. Under these conditions, it is highly unlikely that all HIV-positive travellers would be excluded through this approach⁶⁸.

Dessa forma, vozes contrárias às barreiras sustentam que intentar a eliminação do HIV, através das restrições de viagem, equivale à tentativa de erradicar a epidemia da AIDS mediante o “encastelamento” do Estado, ignorando que o

⁶⁷ Neste sentido, Barry Hoffmaster e Ted Schrecker (2000, p.19): “The responsibility for prevention does not devolve to immigrants alone, so if immigrants were to transmit HIV to others, the responsibility for the spread of the disease would not be theirs alone. To refuse admission to immigrants solely because they test HIV positive would be to deny society’s collective responsibility for HIV/AIDS and to make immigrants scapegoats for society’s failure to combat the disease more effectively.”

⁶⁸ Neste sentido, Sarah E. Davies (2010, p.104) quando afirma que “Moreover, the securitization of migrants’ and refugees’ health status may be misplaced as these groups pose no higher statistical risk of infectious disease spread than do tourists arriving back in their home country and imported foreign goods.”

vírus é um fluxo global, que penetra as fronteiras dos países através de nacionais e não nacionais. Além disso, a tentativa de “blindagem” das fronteiras, impedindo a entrada de estrangeiros carregando consigo o vírus HIV, consiste muito mais num ideal controverso do que numa possibilidade efetivamente tangível: as fronteiras são porosas e o Estado não consegue determinar todos os que entram e saem do seu território⁶⁹. Ademais, as peculiaridades da epidemia – período de janela em que o vírus não é detectado, dificuldade de detecção do vírus pela redução da carga viral no sangue do infectado através de tratamento antirretroviral – também impõem desafios à eficácia das restrições relacionadas ao HIV como mecanismo que impede a entrada do vírus do território dos países.

Restrições de viagem relacionadas ao HIV/AIDS podem não apenas serem ineficazes para proteção da saúde pública como podem ter efeitos contrários àqueles alegadamente pretendidos. Em primeiro lugar, personalizar a epidemia na figura do migrante não é um instrumento de política pública eficaz, pois conduz ao equívoco de que a AIDS é uma infecção “importada”, trazida pelo migrante em decorrência da abertura das fronteiras. As barreiras de viagem, assim, em vez de diminuir riscos, trabalham no sentido de agravá-los (UNAIDS; OIM, 2004, p.8). Outro ponto problemático diz respeito ao efeito das barreiras sobre a decisão dos migrantes de serem testados, diagnosticados e submetidos a tratamento. Ou seja, o risco de exclusão em decorrência de seu status sorológico faz com que migrantes evitem serem identificados como soropositivos, fato que implica maiores chances de proliferação da epidemia. Neste sentido, Sarah E. Davies (2010, p.104) explica que

⁶⁹ O pleno controle do Estado sobre os fluxos migratórios, resultando em registros confiáveis sobre as migrações, é, na melhor das hipóteses, uma meta dificilmente atingível. Khalid Koser (2007, p.19), ao estudar o caso do Reino Unido, explica que mesmo estatísticas migratórias oficiais não são capazes de oferecer uma visão completa das migrações internacionais: os governos não podem afirmar com qualquer segurança todos que entram e saem dos países, pois estatísticas oficiais não são capazes de mapear a entrada e saída dos migrantes classificados como irregulares: There are three very important observations to make about statistics on migration in the UK. First, even official migration statistics cannot provide a complete picture of international migration in the UK. To put this rather more bluntly, even the government cannot state with any confidence how many people enter or leave the country each year. The most obvious reason is that official migration statistics do not include irregular migrants. Statistics on irregular migrants in the UK are no more than guesses.”

[F]ar from reducing threats by improving migrants' and refugees' health, securitized responses may actually worsen health and increase the threat. [...] This overt securitized approach to cross-border migration and disease risk leads to neglect of alternative disease carriers and further disfranchises already resident migrants and refugees, discouraging them from seeking health care for fear of discrimination and deportation.

As restrições de viagem relacionadas ao HIV/AIDS também são desafiadas no que tange ao argumento das demandas excessivas. Como se verificou no caso do Canadá, a principal justificativa para exclusão de migrantes soropositivos do país, em razão de sua condição de saúde, consiste num alegado excesso de demanda imposta pelos estrangeiros infectados sobre os serviços sociais e de saúde. O destaque é especialmente concedido à utilização das terapias antirretrovirais, empregadas no tratamento das pessoas que vivem com HIV. Discordando do referido posicionamento, o UNAIDS (2014, p.11) argumenta que

Providing treatment to people living with HIV brings economic gains to a society through a person's improved health and productivity. It also has a preventive effect by reducing the individual's viral load, thereby reducing the likelihood of transmitting the virus. Coupled with the falling costs for treatment, it is increasingly difficult to argue that people living with HIV incur greater costs to the destination country compared to the benefits they could contribute over a long-term stay while they are healthy. Perhaps recognizing these factors, the United Kingdom makes antiretroviral therapy available to all people living with HIV in the country at no cost regardless of their immigration status."

Estudando as restrições de viagem relacionadas ao HIV no Canadá, Barry Hoffmaster e Ted Schrecker (2000, p.19) fazem críticas contundentes ao critério das demandas excessivas. A primeira delas problematiza a exclusão do migrante soropositivo sob o argumento de que incrementará as listas de espera por serviços sociais e de saúde, retardando ou impossibilitando o atendimento médico dos cidadãos canadenses e residentes permanentes:

Given the familiar phenomena of crowded waiting rooms and waiting lists, **any** use of health care services could reasonably be expected to delay provision of those services to Canadian citizens or permanent residents. Every time someone makes an

appointment with a family doctor and waits patiently to be seen, that person is delaying the provision of services to everyone booked afterwards. An immigrant who was also waiting to be seen by that family doctor would extend the delay. Does it thereby follow that admitting that immigrant caused an “excessive demand” on Canada’s health care system? (grifos originais).

Outro problema levantado pelos autores no que tange ao critério da demanda excessiva é a sua natureza especulativa e a desconsideração das contraprestações dos migrantes para o recrudescimento das finanças públicas. O requisito projeta o custo da utilização de serviços de saúde pelo migrante soropositivo, embora dados sejam difíceis de serem obtidos e estimativas sejam elaboradas com base em um conjunto de suposições. Além disso, desconsidera-se a participação do migrante na vida econômica do país, o pagamento de tributos e suas contraprestações no financiamento do sistema de saúde canadense:

[W]ould an immigrant whose net contribution to the gross national product has outweighed any health care cost that that person engendered constitute an excessive cost to the Canadian health care system? An immigrant, who may be more productive than the average person, could contribute more in 5 years of work within Canada than that person could cost, even if he or she were to become ill and die of HIV-related disease. Would this net benefit to the Canadian economy mean that such a person should not be considered an excessive cost to the health care system? (SOMERVILLE, 1989, p.891 *apud* HOFFMASTER; SCHRECKER, 2000, p.19-20).

Finalmente, vozes contrárias às restrições de viagem relacionadas ao HIV argumentam que a ausência de barreiras não implica, necessariamente, que o país sem restrições receberá fluxos migratórios de estrangeiros infectados pelo vírus, capazes de lhe desestabilizar a economia em razão de demandas excessivas por serviços sociais e de saúde. Diversos são os critérios aos quais se submetem o estrangeiro ao requerer ingresso nas fronteiras dos países, isto é, seu estado de saúde não é um “passe livre” para a entrada no território nem a saúde é o único requisito de ingresso e permanência. Além disso, deve-se lembrar que a condição de saúde nem sempre é o elemento motivador primordial das migrações. Como explica Colin McInnes e Kelley Lee (2012, p.149), “[...] health status does not appear to be a key driver in people leaving

their homes. Rather, poverty, famine and conflict appear to be much more significant factors of mass migration.” Em síntese, o entendimento é que as barreiras sugerem a ocorrência de uma realidade cuja verificação empírica é ausente ou, no mínimo, suspeita.

Como se observa, o estudo dos fundamentos e críticas à limitação da mobilidade internacional dos migrantes soropositivos caracteriza um cenário em que migrações, saúde e segurança encontram-se intimamente articulados. O Estado insere-se, neste contexto, como protetor da comunidade doméstica, evitando a contaminação de seus membros por estrangeiros infectados, demandas excessivas por serviços públicos, assim como o aumento da morbidade e mortalidade em seu território mediante a restrição do acesso de cidadãos e residentes aos serviços de saúde. Por outro lado, críticos - reivindicando o privilégio dos direitos humanos - apontam para a relevância da segurança humana, enquanto outras vozes questionam a realidade da ameaça personificada no migrante soropositivo.

4 CONTROLE DE FRONTEIRAS BIOPOLÍTICO E AS RESTRIÇÕES DE VIAGEM RELACIONADAS AO HIV: SEGURANÇA, SAÚDE E MOBILIDADE HUMANA

As restrições de viagem relacionadas ao HIV são comumente discutidas no âmbito do debate entre aqueles que reivindicam a priorização da segurança nacional e aqueles que entendem prevalecer os direitos humanos dos indivíduos, independentemente de seu status jurídico ou lugar de procedência. De acordo com o primeiro entendimento, cabe ao Estado proteger a comunidade doméstica contra a ameaça do vírus, evitando, portanto, que seja comprometida sua estabilidade enquanto provedor de bens e serviços a sua população. Por outro lado, defensores dos direitos humanos reivindicam a defesa dos interesses das pessoas em decorrência de sua condição humana, não sendo legítima a violação de direitos por motivos de nacionalidade.

Outra perspectiva de análise das restrições de viagem relacionadas ao HIV centra-se no debate entre aqueles que sustentam que a entrada de migrantes

soropositivos no território dos países consiste numa ameaça – objetivamente aferível – à segurança nacional e vozes que argumentam que as barreiras resultam de um processo de construção política e social que transforma os fenômenos num problema de segurança, ainda que não se respalde numa realidade material, empiricamente demonstrável.

Indubitavelmente, os aludidos debates possuem especial relevância para a compreensão dos processos de inclusão e exclusão nas relações internacionais, assim como para a contestação de práticas de marginalização que tomam lugar nas relações entre os indivíduos e os Estados dos quais não são cidadãos. No entanto, em que pese a importância das controvérsias supramencionadas, muito permanece negligenciado nas discussões sobre a prioridade da segurança do Estado em oposição ao privilégio dos direitos humanos ou na aferição da realidade da ameaça personificada nos migrantes soropositivos.

A análise do pensamento foucaultiano – em particular, o estudo do biopoder – lança luzes sobre a emergência e funcionamento das restrições de viagem relacionadas ao HIV/AIDS, iluminando aspectos pouco explorados pelos debates entre a segurança nacional e a segurança humana ou pelas discussões entre abordagens empiricistas e construtivistas. A partir de Foucault, observa-se que – mais do que uma política de saúde pública, implementada para evitar a proliferação do vírus no território dos países – as barreiras se inserem nas raízes de uma forma específica de governo, que encontra na vida o alvo principal das estratégias políticas: a governamentalidade. Através da descrição e análise desta arte de governo, torna-se possível construir uma outra narrativa acerca do que são e do que fazem as restrições de viagem relacionadas ao HIV que, embora tome em consideração os termos dos debates mencionados, apresenta novas ferramentas teóricas para a compreensão do estabelecimento das barreiras.

Resgatando o pensamento de Michel Foucault, este capítulo analisa as restrições de viagem relacionadas ao HIV/AIDS através das lentes do biopoder, explicando seu funcionamento no sistema político da governamentalidade.

Argumentando que as restrições constituem uma resposta biopolítica dos Estados à epidemia do vírus, o capítulo enfoca quatro processos que se realizam no funcionamento das barreiras: a prática do racismo na proteção da comunidade doméstica contra o HIV/AIDS; o emprego da segurança como critério de regulação da mobilidade dos migrantes soropositivos; a economização da vida mediante o gerenciamento do risco e, finalmente, a medicalização do controle de fronteiras.

4.1 BIOPOLITICIZAÇÃO DA RESPOSTA À EPIDEMIA DO HIV E O RACISMO NA PROTEÇÃO DA COMUNIDADE DOMÉSTICA

4.1.1 Restrições de viagem como resposta biopolítica dos Estados à epidemia do HIV/AIDS

A análise do exercício do poder no sistema da governamentalidade permite concluir que a imposição de restrições de viagem relacionadas ao HIV/AIDS consiste numa resposta biopolítica dos Estados à epidemia, cujo mecanismo essencial é o racismo biológico. Em outros termos, o que se afirma é que os Estados – sob o argumento de defesa da vida dentro de suas fronteiras – valem-se de práticas racistas para proteger os membros da comunidade doméstica, fato que revela o aspecto letal das políticas de “fazer viver”. Porém, como se pode fundamentar tal constatação? Explicar que as barreiras consistem numa resposta biopolítica dos Estados à epidemia do HIV demanda recordar as características essenciais da macrotecnologia do poder sobre a vida, isto é, os elementos fundamentais das biopolíticas da população.

De acordo com Foucault, a biopolítica transforma a existência biológica da população no alvo de estratégias deliberadas de controle e intervenção, cuja função precípua é a proteção da vida. “Fazer viver” significa investir sobre o corpo vivo, gerenciando a extração de suas forças, mediante uma série de mecanismos reguladores dos processos biológicos da população, tais como

sua saúde, longevidade, morbidade e mortalidade. A biopolítica é a tecnologia regulamentadora da vida que, aplicando-se sobre os fenômenos próprios da população, procura administrar os diversos eventos fortuitos que podem ocorrer nesta massa viva, controlando e modificando a probabilidade desses eventos ou, ao menos, compensando os efeitos de sua ocorrência. O Estado preocupa-se em conhecer e administrar a vida da população, objetivando aumentar seus níveis de saúde e bem estar, pois, acima de tudo, esta categoria é fonte de riqueza, sendo essencial a garantia de sua segurança e, conseqüentemente, daqueles que a governam.

Revistas as características fundamentais das biopolíticas, torna-se mais nítido o entendimento de que as restrições de viagem relacionadas ao HIV consistem numa resposta biopolítica dos Estados à epidemia do vírus. Países com barreiras argumentam que as restrições são estabelecidas para proteger a saúde pública e evitar o excesso de demanda por serviços sociais e de saúde, alegadamente oriundo do ingresso de migrantes soropositivos em seu território. Limitar ou proibir a entrada de estrangeiros infectados pelo HIV é um imperativo que se legitima pela necessidade de proteção dos membros da comunidade doméstica contra os efeitos da proliferação da epidemia dentro das fronteiras.

A racionalidade das barreiras é que a entrada de migrantes soropositivos no território dos países é uma ameaça à comunidade doméstica, por dois motivos principais: em primeiro lugar o ingresso de estrangeiro vivendo com HIV facilita a proliferação do vírus, fato que implica aumento da morbidade e mortalidade da população a qual, por outro lado, torna-se improdutiva, constituindo um ônus para o Estado. Por outro lado, migrantes soropositivos geram uma demanda excessiva por serviços públicos, onerando sobremaneira o país receptor, além de dificultar o acesso dos cidadãos e residentes permanentes aos serviços sociais e de saúde. Não se deve negligenciar que tal cenário demanda um escoamento dos recursos estatais para o enfrentamento da epidemia, gerando pressões que, fugindo ao controle do poder político, promove o colapso das instituições e a própria falência do Estado. Em última análise, portanto, a

eliminação das barreiras relacionadas ao HIV é um problema de segurança nacional.

Tomando como fundamento a defesa da saúde pública ou a proteção contra a demanda excessiva por serviços sociais e de saúde, as restrições têm como objetivo fundamental proteger a população – não apenas como um conjunto de sujeitos jurídicos –, mas sim como um corpo vivo, cujos processos biológicos – saúde, longevidade, adoecimento e morte – são interesses essenciais do Estado. A população, a um só tempo, é problema biológico e político, na medida em que sua saúde é fonte de riquezas e legitimação do Estado enquanto garantidor de proteção, além de consistir em elemento básico para a segurança nacional. Diante da personificação da ameaça do HIV nos migrantes soropositivos, o Estado precisa agir para regular os fluxos migratórios, identificando e excluindo da comunidade doméstica os estrangeiros que vivem com o vírus, pois, como aduz Foucault (1998, p.196), a saúde é um imperativo, objetivo geral do Estado governamentalizado.

4.1.2 Racismo biológico na proteção da comunidade doméstica

É preciso atentar, como faz Foucault, para o fato de que as biopolíticas não se confundem com um conjunto de discursos e práticas benevolentes, que fomentam, através da promoção da saúde, o bem geral: é necessário ter em mente que assegurar a existência sadia de alguns pode implicar o emprego de mecanismos violentos contra outros, que se legitimam sob o argumento da otimização da vida⁷⁰. Portanto, no sistema político do biopoder, “deixar morrer”

⁷⁰ Debruçando-se sobre o fenômeno da securitização do HIV/AIDS, explica Stefen Elbe (2005, p.408-409) que “[...] their humanitarian appeals to “life” and “health” notwithstanding, biopolitical strategies have historically been Janus-faced. They have led to the construction of hospitals and the design of universal healthcare systems, but they have also led to the justification of eugenics and mass death. [...] Foucault’s historical analyses, however, point to the need for a greater degree of caution regarding these normative aspirations because biopolitical strategies have in the past also engendered serious dangers that continue to accompany recent efforts to think of security in terms of the health of populations. One of these dangers is that the biopolitical imperative of optimizing the health of populations effectively constitutes disease – and by extension the diseased – as a social and political problem that needs to be addressed, but without specifying exactly how this problem should be dealt with. Unfortunately the creation of universal healthcare programmes to treat the ill is just as compatible with a biopolitical logic as is the purging of populations of the diseased by more sinister means, such as killing them or letting them gradually die. As counter-intuitive and ironic

é medida justificada, cuja violência se legitima, se a promoção da vida é a finalidade última, pois – deve-se recordar – a biopolítica não pode proteger a vida se não defendê-la daquilo que lhe causa ameaça (DILLON, 2008, p.177). Este aspecto letal das políticas de “fazer viver” encontra seu espaço privilegiado no racismo biológico, que na resposta dos Estados à epidemia do HIV, direciona-se contra os migrantes que vivem com o vírus⁷¹.

No contexto da governamentalidade, o racismo representa uma cisão no domínio biológico do corpo vivo a que se dirige o biopoder, determinando aqueles que devem “viver” e aqueles que, constituindo uma ameaça à população, podem ter sua vida desqualificada ao ponto de morte. Ressalta-se que “deixar morrer”, segundo registra Foucault (2005, p.306), não é apenas eliminar a existência orgânica do indivíduo, o assassinio direto, mas também a exposição ao risco, a marginalização, a expulsão e a rejeição. Exercendo a função da morte num sistema político centrado na promoção da vida, o racismo constrói uma relação segundo a qual a eliminação do “doente”, “anormal”, “degenerado” é o que vai deixar a existência mais sadia; em outros termos, a promoção da vida depende diretamente da eliminação dos perigos para a população, cabendo ao Estado confrontar os “inimigos” do bem estar, da saúde e da longevidade.

A caracterização do racismo biopolítico remete diretamente ao funcionamento das restrições de viagem relacionadas ao HIV. Através do estabelecimento das barreiras, faz-se possível realizar a primeira função do racismo no sistema do biopoder: a identificação dos “doentes” e “saudáveis” e, por consequência, daqueles que entrarão no território dos países e aqueles que serão excluídos da comunidade doméstica em razão de seu status sorológico. O mecanismo de seleção se opera mediante a realização do exame médico imigratório que

as it may seem, a biopolitical society based on the enhancement of ‘life’ and ‘health’ can still sanction and justify instances of mass death. [...]The insistence on maximizing the health of populations can thus be dangerous for those who are deemed to be unhealthy.”

⁷¹ Faz-se necessário registrar que a biopoliticização da resposta dos Estados à epidemia do HIV/AIDS faz com que o racismo biológico também se direcione contra grupos internos da própria população, caracterizados como grupos de risco. No entanto, tendo em vista o escopo deste trabalho, esta dimensão do racismo biológico na resposta ao HIV/AIDS não será examinada, embora se reconheça sua existência na dinâmica do enfrentamento biopolítico da epidemia pelos Estados.

permite detectar a infecção por HIV, detalhando, minuciosamente o estado de saúde do estrangeiro que intenta cruzar as fronteiras do Estado. É através deste procedimento que se verifica se o estrangeiro constitui um perigo à saúde pública ou um “fardo” ao país receptor, ao gerar demandas excessivas por serviços sociais e de saúde.

A resposta dos Estados à epidemia do HIV também consiste num mecanismo racista de proteção da comunidade doméstica na medida em que constitui uma relação que vincula o banimento dos migrantes soropositivos do território dos países à promoção da saúde dos nacionais e residentes permanentes. As barreiras são concebidas como uma medida necessária para evitar o aumento das taxas de morbidade e mortalidade entre os membros da população, cujo acréscimo é diretamente influenciado pela entrada de estrangeiros que vivem com HIV nas fronteiras do país. Neste ponto, muito nítida se mostra a premissa racista, apontada por Foucault (2005, p.305), segundo a qual “quanto mais você deixar morrer, mais, por isso mesmo, você viverá.” Ou, aplicado ao caso dos migrantes soropositivos, quanto mais se excluir estrangeiros infectados, mais a saúde e a segurança florescerão dentro das fronteiras.

A referência aos casos da Rússia e do Canadá elucida o argumento. A Federação Russa afirma que as barreiras são necessárias como prevenção dos efeitos catastróficos da AIDS sobre a população – em seus aspectos demográficos, sociais e econômicos –, tendo em vista que a doença representa um perigo tanto à segurança do indivíduo quanto à segurança nacional. Neste sentido, vale relembrar as declarações do governo russo sobre o banimento de migrantes com HIV, no caso *Kiyutin vs. Rússia*, tramitado perante a Corte Europeia de Direitos Humanos (CEDH), em que explicou que

It was [...] justified by the Russian authorities' concerns about the massive spread of the HIV epidemic and its socio-economic and demographic consequences in the Russian Federation, the threat it posed to personal, public and national security and to the existence of humankind, and the need to ensure the protection of the rights and lawful interests of the population. The refusal of a residence permit was a necessary measure directed at preventing and combating HIV infection (CEDH, 2011, p.12).

O Canadá, por sua vez, destaca a necessidade das restrições para evitar que o migrante gere demandas excessivas por serviços públicos, enfraquecendo o potencial do Estado de assistir sua população. Além disso, argumenta que as restrições também se justificam para evitar o aumentando da morbidade e da mortalidade entre cidadãos e residentes permanentes, em decorrência da demora ou privação do acesso aos serviços médicos. Em ambos os casos, verifica-se uma dinâmica que permite diferenciar “saudáveis” e “doentes” e correlaciona o banimento dos migrantes soropositivos à promoção da vida dentro das fronteiras, racionalidade típica das biopolíticas. Neste sentido, explica Stefen Elbe (2005, p.409-410) que

A biopolitical society aimed at promoting “life” and “health” still has to make decisions about whose life is worth preserving and whose life will be allowed to perish, and the function of racism in a biopolitical age is to make this very distinction not necessarily according to the principle of cultural difference, but according to the maxim of whose survival will maximize the strength and wellbeing of the population, and whose will undermine it. [...] What is striking about such sentiments is not just the sobering cost–benefit analysis they bring to bear on human life, but more importantly the biopolitical racism they evince by pitting the interests of those living without HIV/AIDS against those affected by the illness through implying, however erroneously, that the healthy ones would be better off without the latter. To reiterate, these kinds of arguments appeal directly to the core principle of biopolitical racism, namely that the death of others makes one biologically stronger insofar as one is a member of a race or a population.

Diante do exposto, é forçoso concluir que as restrições de viagem relacionadas ao HIV consistem numa resposta biopolítica dos Estados à epidemia do vírus, operando através de discursos e práticas racistas, que identificam migrantes “saudáveis” e “doentes” a partir de seu status sorológico e vinculam o banimento do estrangeiro infectado à promoção da saúde e da vida dentro das fronteiras. O racismo biológico, assim, é discurso e prática empregados nas políticas de proteção da comunidade doméstica.

4.2 SEGURANÇA E REGULAÇÃO DA MOBILIDADE DOS MIGRANTES SOROPOSITIVOS

4.2.1 O sentido da segurança na securitização dos migrantes soropositivos

As restrições de viagem relacionadas ao HIV encontram seus fundamentos na necessidade de garantia da segurança nacional. A eliminação das barreiras constitui uma ameaça à saúde pública, e a entrada de estrangeiros infectados no território dos países pode gerar demandas excessivas por serviços sociais e de saúde, que além de onerar sobremaneira o Estado receptor, ainda podem aumentar os índices de morbidade e mortalidade entre os nacionais e residentes permanentes, que terão seu acesso aos serviços médicos restringido em razão do excesso de demanda trazido pelos migrantes com HIV. O escoamento dos recursos públicos para o enfrentamento da epidemia, fugindo ao controle do poder político, produz a instabilidade do Estado, incapaz de atender às demandas da população. O banimento de migrantes soropositivos, como se observa, é um imperativo de segurança – tanto individual quanto nacional – em sentidos demográficos, econômicos, sociais e políticos. A referência ao preâmbulo do Ato de Prevenção do HIV (1995), promulgado pela Federação Russa, exemplifica com clareza o cenário retratado:

In recognition of the fact that the disease caused by the human immunodeficiency virus (HIV) is spreading throughout the world on a mass scale, remains incurable and leads to inevitable death thereby creating a threat to humanity's existence, results in grave socioeconomic and demographic consequences for the country, represents a problem of personal as well as social and state security, and necessitates protection of the public's legal rights and interests, and also in consideration of the need to employ timely, effective, and comprehensive preventive measures, the State Duma of the Federal Assembly of the Russian Federation has passed this Federal Law.

Como se verifica, as restrições de viagem relacionam-se diretamente com as preocupações do Estado em garantir a segurança da população em face da epidemia do HIV e dos efeitos catastróficos que poderão advir da proliferação do vírus na comunidade doméstica. O enfoque concedido à segurança, na resposta à epidemia, não é alheio às considerações de Foucault acerca do

exercício do biopoder. Para o filósofo, nas sociedades biopolíticas, os fenômenos da população – como o adoecimento e morte – são controlados através de mecanismos que têm na segurança da massa viva sua finalidade essencial.

Na securitização dos migrantes soropositivos, os argumentos em favor das barreiras constroem a segurança como um valor dotado de integridade ontológica, preenchido com um conteúdo essencial que lhe qualifica como bem desejável – positivo – cujo significado não é somente a garantia da sobrevivência, o conforto econômico e a defesa contra violência, mas também a proteção contra epidemias, a redução dos riscos de morbidade e mortalidade, além do acesso a serviços sociais e de saúde⁷².

No entanto, compreender as restrições de viagem a partir da posição dos migrantes soropositivos permite vislumbrar outro sentido para a segurança, que desintegra um entendimento unidimensional de seu conteúdo, focado na benevolência e proteção. Para os estrangeiros com HIV/AIDS, as barreiras significa a limitação de sua mobilidade internacional, repercutindo-se sobre um plexo de outros interesses, tais como oportunidades de trabalho e educação ou o acesso a tratamento e medicações. Além disso, as barreiras também significam, por exemplo, a realização obrigatória de exames – muitas vezes sem o aconselhamento e privacidade recomendados – que se soma à possibilidade de deportação compulsória, sem respeito aos direitos individuais do estrangeiro infectado. Portanto, assiste razão a Didier Bigo (2005, p.123) quando afirma que

A critical discussion certainly needs to remember that the knowledge of who needs to survive, to be protected and from what, also supposes knowing who is sacrificed in this operation.

⁷² Neste sentido, Didier Bigo (2008, p.123) explica que “Security is not restricted to survival. Security is economic, social. This is the move that IR theorists do not recognize. Security may mean ‘comfort’, especially in a consumerist society. Security does not only mean avoiding an unwilling form of death, it has to do with management of life and its social and structural conditions. Security also describes a range of practices which are diverse but may be summarized by a mainstream position so as to protect and to reassure in order to stay alive, and if possible to have a good life. Security is then seen as a positive value. It is a good thing to be in security, and insecurity is a bad thing.”

That is perhaps one of the limits of the understanding of security as survival or as protection and reassurance. Security is also and mainly about sacrifice. [...] Not only may security generate insecurity, but it assumes a choice and a sacrifice of one actor in favour of another one. Security cannot be global and for all. Security has winners and losers. The practices of securing some are simultaneously practices rendering others insecure⁷³.

Essa dualidade inerente aos processos de securitização que lhes qualifica, ao mesmo tempo, como produtores de segurança e insegurança, também é identificada por Jef Huysmans. Segundo o autor (2006, p.57):

Securitization has the capacity to frame systematic killing as a strategy of survival. The ultimate aim of destroying outsiders is to preserve and guarantee the optimal survival of the community of people who are endangered. Killing is thus justified as life-saving and/or life-optimizing.

Como se verifica, a securitização dos migrantes soropositivos conduz ao entendimento da segurança como proteção, que se dirige à comunidade doméstica para a defesa da saúde, garantia da estabilidade e promoção da vida dentro das fronteiras do Estado. No entanto, a análise das barreiras relacionadas ao HIV, como expressão de uma resposta biopoliticizada à epidemia do vírus, permite observar uma configuração distinta da segurança, centrada no sacrifício do outro enquanto condição inerente ao seu funcionamento. Os apelos à segurança da população, diante da ameaça da epidemia do HIV, trabalham para obscurecer a violência exercida contra os migrantes que vivem com o vírus, pois, num sistema político do biopoder – cuja

⁷³ Columba Peoples e Nick Vaughan-Williams (2009, p.69-70) elucidam a ambiguidade do sentido da segurança, destacado por Bigo: “For Bigo, security is always necessarily about *sacrifice*: the security of *x* always leads to the *insecurity* of *y*. In other words, the practice of securing one actor simultaneously renders other actors insecure. For this reason, and this is a crucial point, it makes little sense to think of ‘security’ as a positive condition and ‘insecurity’ as its negative correlative. Furthermore, this view holds that security and insecurity are *not* polar opposites, but fundamentally interrelated and interdependent.” Os autores destacam que o reconhecimento do sacrifício inerente à dinâmica da segurança aproxima Bigo do pensamento realista, embora com ele não se confunda: “On the one hand, there is a striking similarity between Bigo’s formulation of (in)security and the classical ‘security dilemma’ in Realist thought. On the other hand, however, while both point to the sacrificial logic of security, Bigo does not delimit the application of this insight to *states* acting within an anarchical system. Rather, the ‘actors’ in this context comprise all those who constitute the field of security relations. Bigo refers to practices through which different actors are produced as (in)secure as practices of (in)securitization.”

finalidade é a promoção da vida – “fazer morrer” implica uma contradição lógica, que rompe com a racionalidade do sistema. A exclusão dos migrantes soropositivos – a violência contra seus corpos – precisa se tornar inteligível a partir de outra ótica, qual seja, a proteção da população.

4.2.2 Segurança como critério de regulação da mobilidade dos migrantes soropositivos

A governamentalidade é caracterizada pelo exercício do poder de modo a proteger a vida dentro das fronteiras, enfocando os processos biológicos do corpo vivo a que se direciona: a população. Saúde e doença, neste contexto, são elementos essenciais para a regulação dos fenômenos desta categoria, pois repercutem sobre as taxas de morbidade e mortalidade, afetando a produção de riquezas e a administração de recursos; a população, como lembra Foucault (2005, p.293), torna-se, a um só tempo, problema biológico e do poder. Neste contexto, a atividade do Estado se direciona para a garantia da segurança, traduzida no ímpeto de proteger a vida e no imperativo da saúde, cujos efeitos se verificam em diversos aspectos da conduta estatal, dentre os quais o controle de fronteiras.

No sistema político da governamentalidade, o controle de fronteiras tem como objetivo fundamental organizar a circulação de forma que se elimine o que nela é perigoso para população, maximizando o movimento dos elementos positivos e minimizando o que é inconveniente, como as doenças ou, mais especificamente, os vetores destas doenças. Trata-se, assim, da busca por segurança através do governo da mobilidade humana ou, como lembra Claudia Aradau (2014, p.44), do imaginário moderno de proteger através do governo da circulação. Por isso, pode-se afirmar que a segurança tem na população sua referência e na mobilidade sua esfera de operação. As restrições de viagem relacionadas ao HIV ilustram o funcionamento desta dinâmica, pois se concentram em garantir a segurança dentro das fronteiras, através do governo do movimento internacional dos migrantes soropositivos.

Efetivamente, as restrições à mobilidade internacional dos migrantes soropositivos consistem naquilo que, segundo Foucault, são os instrumentos essenciais das biopolíticas, isto é, os dispositivos de segurança. Conforme explica o filósofo (1998, p.244), os dispositivos são um conjunto heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Sinteticamente, como explicam Cláudia Aradau e Rens Van Munster (2007, p.97),

The heterogeneous elements that make up a dispositif can be understood more systematically as rationalities and technologies of government. [...] Put simply, rationalities are ways of thinking about a social problem that will make its management practicable. Technologies are the means of realization of rationalities, the social practices which are aimed at manipulating the social and physical world according to identifiable routines.

Na condição de dispositivo de segurança, as restrições de viagem são caracterizadas por uma racionalidade segundo a qual a entrada de migrantes soropositivos no território dos países é uma ameaça à segurança nacional, seja em razão dos riscos à saúde pública, seja pelas demandas excessivas por serviços sociais e de saúde. As barreiras representam, portanto, uma maneira de conceber o ingresso de estrangeiros infectados pelo HIV nas fronteiras do Estado, que qualifica a epidemia do vírus como uma ameaça e os migrantes soropositivos como a personificação do perigo. As restrições também traduzem tecnologias que permitem a realização prática desta racionalidade, tais como as leis de imigração que inscrevem o HIV/AIDS como causa sumária de exclusão de migrantes infectados, os exames médicos de imigração, formulários que demandam a declaração compulsória da infecção pelo vírus, sob pena de fraude, além das práticas de detenção e deportação de estrangeiros infectados.

Figurando como racionalidade e tecnologia voltada para a proteção da comunidade doméstica, as restrições à mobilidade internacional dos migrantes soropositivos revelam que a segurança é o critério utilizado para regular a circulação dos estrangeiros infectados pelo HIV, isto é, a segurança é o

elemento balizador do governo da mobilidade dos migrantes com o vírus. Por exemplo, remetendo à segurança nacional é que a Rússia proíbe a entrada, permanência e residência de qualquer estrangeiro com HIV/AIDS em seu território; referindo-se à segurança da população, é que o Canadá restringe a permanência de migrantes infectados em suas fronteiras, argumentando a necessidade de se garantir a saúde dos cidadãos e residentes permanentes. Em ambos os casos, a referência à segurança é que determina se e como o migrante soropositivo poderá circular. Na medida em que caracterize ameaça à segurança, sua mobilidade deverá ser restringida ou proibida.

Como se verifica, a análise das restrições de viagem relacionadas ao HIV/AIDS, através das lentes do biopoder, permite afirmar que as barreiras consistem num instrumento da busca por segurança através do governo da mobilidade humana; segurança enquanto estado de coisas desejável, marcado pela promoção da vida dentro das fronteiras do Estado. Entretanto, o sentido da segurança, fomentado pelos discursos securizatórios, negligencia a dualidade do conceito, que produz práticas de proteção, mas também de sacrifício e exclusão em nome da defesa da vida. De qualquer sorte, as barreiras revelam que a segurança é o critério de regulação da mobilidade dos migrantes soropositivos, cuja observância é essencial para as decisões sobre sua entrada, permanência e residência no território dos países.

4.3 GERENCIAMENTO DO RISCO E ECONOMIZAÇÃO DA VIDA NO PROCESSO DE EXCLUSÃO DE MIGRANTES SOROPOSITIVOS

4.3.1 Gerenciamento do risco na regulação da mobilidade internacional dos migrantes soropositivos

Foucault (2005, p.297) registra que a biopolítica consiste numa tecnologia que agrupa os efeitos de massa próprios de uma população, procurando regular a série de eventos fortuitos que podem ocorrer nesta massa viva. Além disso, a biopolítica busca controlar – e, eventualmente, modificar – a probabilidade destes eventos ou, ao menos, compensar seus efeitos. Trata-se de uma

tecnologia que visa à segurança do conjunto em relação a perigos que podem interferir em seus processos biológicos: saúde, adoecimento, longevidade, morte. Dessa forma, biopolíticas são implementadas para garantir a promoção da vida, através de mecanismos de controle das probabilidades e dos eventos fortuitos que podem repercutir sobre a segurança da população.

Não surpreendentemente, as biopolíticas ocupam-se destacadamente com o processo de adoecimento da população, sendo elucidativo o emprego de uma terminologia centrada nas noções de caso, risco, perigo e crise. Os processos de vida e morte são o alvo de intervenções biopolíticas – em outros termos, tecnologias de segurança – que abordam estes fenômenos para evitar ou compensar os perigos e os riscos que resultam da existência da população enquanto entidade biológica (LEMKE, 2011, p.37). Remetendo a probabilidades, as intervenções biopolíticas são mobilizadas para lidar com ameaças, expressas através de discursos de risco, que autorizam ao Estado a responder aos perigos da/para população, movido por preocupações vitais (BELL, 2006, p.152). Manifestando sua solicitude, cabe ao Estado proteger a população através de todos os meios que se façam necessários (EPSTEIN, 2007, p.155).

A operação das biopolíticas, no tratamento dos processos biológicos da população, permite observar que tais tecnologias são empregadas para lidar com probabilidades, administrar incertezas, abordar os perigos do futuro, evitando sua ocorrência ou minimizando seus efeitos através de intervenções no presente. Trata-se, assim, de uma política orientada para o gerenciamento do risco, pois

Risk implies a specific relation to the future, a relation that requires monitoring of the future, an attempt to calculate what the future can offer, and a need to control and minimize its potentially harmful effects⁷⁴ (ARADAU; LOBO-GUERREIRO; MUNSTER, 2008, p.149).

⁷⁴ Em sentido similar, Nikolas Rose (2001, p.7) explica que “Risk here denotes a family of ways of thinking and acting, involving calculations about probable futures in the present followed by interventions into the present in order to control that potential future.”

Responder biopoliticamente aos fenômenos da população equivale, portanto, a administrar seus processos biológicos mediante o gerenciamento do risco, processo que encontra lugar privilegiado nas restrições de viagem relacionadas ao HIV. No caso das barreiras, estabelecem-se limitações à mobilidade dos migrantes soropositivos com base em probabilidades que estimam que a entrada de estrangeiros com o vírus, no território nacional, implica ameaça à saúde pública e excesso de demanda por serviços sociais e de saúde.

Outras probabilidades – e incertezas – também são governadas no processo de securitização dos migrantes infectados. Supõe-se que estrangeiros soropositivos aumentarão a incidência do vírus dentro das fronteiras estatais, contaminando indivíduos saudáveis; estima-se que a riqueza produzida por estes migrantes será inferior aos custos que serão impostos ao Estado diante da necessidade de tratamento médico; ou, ainda, que as demandas dos estrangeiros infectados dificultarão ou impossibilitarão o acesso de cidadãos e residentes permanentes aos serviços sociais e de saúde, aumentando as taxas de morbidade e mortalidade. Além disso, estima-se, também, que a proliferação do vírus seja capaz de desestabilizar o Estado que, incapaz de atender às demandas de sua população, entrará em colapso econômico, demográfico, político e social.

Além de remeter a probabilidades, incertezas e perigos futuros, as restrições de viagem também consubstanciam um mecanismo de gerenciamento do risco porque se voltam para intervir no presente, buscando evitar ou minimizar potenciais efeitos danosos trazidos pela entrada de migrantes soropositivos no território dos países. Por um lado, as restrições são concebidas como um dispositivo capaz de, ao menos, dificultar a entrada do vírus no território dos países, evitando-se, assim, os efeitos catastróficos atribuídos a sua proliferação nas comunidades domésticas. Por outro lado, as barreiras propõem-se a aferir, estimativamente, as demandas dos migrantes soropositivos por serviços sociais e de saúde, evitando que sua ocorrência imponha custos excessivos ao Estado ou restrinja o acesso de cidadãos e residentes permanentes a serviços médicos.

O gerenciamento do risco na regulação da mobilidade internacional dos migrantes soropositivos consolida o imaginário de que uma proteção efetiva contra os perigos da vida – inclusive as epidemias, como o HIV/AIDS – não pode se limitar ao distanciamento da ameaça, mas ao afastamento do risco em si:

Our well-being, our very lives, are dependent then on the maintenance of a self-protective detachment, an interval not only between ourselves and evidently dangerous others – be they microbes, parasites, or infected human bodies – but also between ourselves and the mere potential of risk. (SHILDRICK, 2001, p.155).

O funcionamento das restrições de viagem relacionadas ao HIV permite observar, portanto, que a mobilidade dos migrantes soropositivos ocorre mediante discursos e práticas de gerenciamento do risco, considerando cálculos, probabilidades e perigos futuros, cujos potenciais efeitos danosos devem ser evitados com intervenções no presente, realizadas em nome da segurança da população.

4.3.2 Economização da vida no controle da mobilidade internacional dos migrantes soropositivos

O gerenciamento do risco na regulação da mobilidade internacional dos migrantes soropositivos opera através de cálculos, probabilidades, estimativas de perigos e administração de incertezas. A operação desta racionalidade/tecnologia manifesta-se expressivamente no critério da demanda excessiva por serviços sociais e de saúde, determinado pelos países com restrições relacionadas ao HIV/AIDS. O controle de fronteiras do Canadá elucida com precisão o argumento.

Para permanência superior a seis meses ou residência permanente em território canadense, o migrante deve submeter-se ao exame médico imigratório, através do qual se determinará a existência (ou não) de infecção por HIV. Identificado o migrante como soropositivo, passa-se a uma avaliação acerca da possibilidade de sua permanência gerar demandas excessivas por serviços sociais e de saúde, examinando-se, também, as chances de seu

ingresso contribuir para o aumento da morbidade e mortalidade no país, pela limitação do acesso aos serviços públicos pelos nacionais e residentes. Deve-se registrar que a demanda é considerada excessiva se ultrapassar aquela do cidadão médio, conforme valores fixados anualmente pela autoridade competente⁷⁵. Além disso, para fins do cálculo realizado, não se tomam em consideração a estimativa das contraprestações econômicas do migrante durante sua permanência, sendo certo que, se faz uso de medicamentos antirretrovirais, a presunção de demanda excessiva é absoluta.

O critério da demanda excessiva também estipula que o cálculo sobre os custos da permanência do migrante deverão observar um critério temporal, que, no caso do HIV/AIDS, estabelece o prazo de dez anos, contados a partir da data da realização do último exame médico imigratório, para finalidade de determinar se a demanda do estrangeiro infectado será superior àquela do cidadão médio. Em síntese, se durante os dez anos seguintes à realização do exame médico imigratório, restar verificado que o migrante soropositivo implicará custos superiores a uma média determinada, sua permanência no país deve ser denegada.

Esta apropriação, pelo poder político, de uma lógica econômica no controle dos fenômenos biológicos da população é apontada por Foucault (1998, p.197) como característica inerente da governamentalidade. Para o filósofo, este sistema introduz, no aparato do Estado, preocupações com a maneira de gerir coisas e pessoas para fins de enriquecimento. Neste cenário, a população – antes atributo do soberano – aparece como fonte de riquezas, sendo necessário intervir nesta categoria para extrair suas forças, melhorar sua produtividade e incrementar os recursos disponíveis para a administração da vida.

⁷⁵ De acordo com a Canadian HIV/AIDS Legal Network (2013, p.02), “The cost for the average Canadian is calculated based on data provided by the Canadian Institute for Health Information. The figure changes each year. Effective December 1, 2011, Citizenship and Immigration Canada (CIC) has determined the cost threshold is CAN\$6,285 per year.”

Segundo Foucault (1998, p.292-293), as biopolíticas têm como objeto a população, utilizam-se do saber econômico para sua instrumentalização e produzem uma sociedade controlada por dispositivos de segurança, que regulam os fenômenos através de uma estimativa de probabilidades, à qual o Estado reage mediante um cálculo de custo. Estabelece-se uma série de probabilidades; avaliam-se eventos através de cálculos comparativos de custo e se especifica uma média ótima nos limites da qual devem permanecer as variações dos fenômenos populacionais (GORDON, 2001, p.20). Vida e morte figuram, aqui, como eventos cujo valor pode ser calculado com base em seus efeitos econômicos, cabendo ao Estado a administração destes fenômenos.

No sistema político da governamentalidade, o controle da morbidade e da mortalidade direciona-se para aquelas doenças mais ou menos difíceis de extirpar, consistindo num fator permanente de subtração de forças. São doenças às quais se associam “a diminuição do tempo de trabalho, baixa de energia, custos econômicos, tanto por causa da produção não realizada, quanto dos tratamentos que podem custar” (FOUCAULT, 2005, p.290). Neste ponto, deve-se destacar que assim é concebido o HIV/AIDS pelos países que estabelecem barreiras aos migrantes soropositivos com base no critério da demanda excessiva.

Diante do exposto, percebe-se que o pensamento de Foucault se atualiza nas restrições de viagem relacionadas ao HIV, notadamente, quando são impostas por motivo de excesso de demanda por serviços sociais e de saúde. Tal requisito situa a vida num cálculo de quantidade e temporalidade, obscurecido por probabilidades, estimativas, incertezas e perigos futuros. O gerenciamento do risco se reflete na atribuição de um valor calculado à vida humana, a partir de uma estimativa de custos, tomando por referência especulações sobre seu desenvolvimento em períodos definidos de tempo. Em outros termos, o gerenciamento do risco, na regulação da mobilidade internacional dos migrantes soropositivos, implica a um processo de economização da vida:

[...] the economization of life names a regime of value-making in which what it means to live an abundant life, a life worth

living, and by extension what it means to live a life to be averted, or a life unworthy of investment, has been transformed and instrumentalized in the formula of a calculus⁷⁶. (MURPHY, 2013, p.153).

Quantidade e temporalidade se imbricam no processo de economização da vida, no qual referências a probabilidades, estimativas e cálculos revela o anseio pela minimização de perigos futuros, mediante intervenções no presente. A ocorrência deste processo adquire vulto quando se concebem as problemáticas e inquietações advindas de sua operação. A economização da vida, mediante o gerenciamento do risco, traz à tona o problema ético sobre a possibilidade – ou deseabilidade – de quantificar o valor da experiência humana, compreendendo a existência do sujeito através de uma relação de custo/benefício. O processo também fomenta a problematização dos critérios admissíveis para a mensuração dos “custos” e dos “benefícios” de se proteger determinadas formas de vida, proporcionando o debate sobre a instrumentalização dos seres humanos e a sujeição de seu valor a uma lógica economicista.

As restrições de viagem são ferramentas analíticas importantes da economização da vida ao refletirem este processo no controle de fronteiras. A reflexão é relevante, pois, frente ao crescente avanço da tecnologia médica, cada vez mais se faz possível o mapeamento do corpo, o que pode implicar uma progressiva utilização de marcadores biológicos para o cálculo do valor experiência humana, tal como já ocorre nas barreiras de viagem relacionadas ao HIV.

4.4 MEDICALIZAÇÃO DO CONTROLE DE FRONTEIRAS NA RESPOSTA AO HIV/AIDS: O CORPO NA FRONTEIRA E A FRONTEIRA NO CORPO DO MIGRANTE

⁷⁶ Para Michelle Murphy (2013, p.142), o processo de economização da vida pode ser sinteticamente descrito nos seguintes termos: “In short, the *economization of life* concerns: 1. aggregate forms of life exemplified by population; and 2. technical infrastructures that connect population to the macro-scale of national, regional, or global economy as tracked by the discipline of economics and other social sciences.”

4.4.1 Medicalização do controle de fronteiras e a (des)politização das restrições de viagem relacionadas ao HIV

Conforme se demonstrou em linhas alhures, diversos processos se realizam através do funcionamento das restrições de viagem relacionadas ao HIV, muitas vezes pouco enfatizados – ou não explorados – nas discussões sobre a prioridade da segurança nacional ou dos direitos humanos dos estrangeiros infectados e nos debates sobre a efetiva realidade da ameaça dos migrantes soropositivos, tendo em vista discursos de construção do perigo. Dentre tais processos, faz-se importante incluir a medicalização do controle de fronteiras, que situa a saúde do migrante como elemento político, essencial para a tomada de decisão acerca da mobilidade humana⁷⁷.

A medicalização pode ser analisada a partir do estudo de três abordagens distintas, mas interrelacionadas. A primeira enfatiza o elemento conceitual da medicalização; a segunda debruça-se sobre a expansão da jurisdição dos profissionais da saúde, especialmente, dos médicos; a última perspectiva, por sua vez, sem desconsiderar as abordagens anteriores, enfoca discursos e práticas médicas que conhecem e produzem o corpo⁷⁸ (ELBE, 2010, p.21-22). Como anteriormente dito, tais perspectivas não se excluem, enfatizando diferentes dimensões e efeitos do ato de medicalizar.

Enfocando o aspecto conceitual, Peter Conrad (1992, p.211) explica que “Medicalization consists of defining a problem in medical terms, using medical language to describe a problem, adopting a medical framework to understand a

⁷⁷ Deve-se registrar que, ao se referir à medicalização do controle de fronteiras, não se sugere que outras dimensões do processo de regulação da entrada de migrantes no território dos países tenham sido anuladas. A medicalização é um fenômeno que se agrega a este processo, que possui outros aspectos que, ao mesmo tempo, se comunicam e se diferenciam do ato de medicalizar. Por isso faz sentido concordar com Peter Conrad (1992, p.220) quando afirma que “[...] rather than seeing medicalization as an either/or situation, it makes sense to view it in terms of degrees.”

⁷⁸ Esta terceira perspectiva, na categorização de Stefen Elbe (2010, p.19), é aquela inspirada no pensamento de Michel Foucault. Segundo explica o autor, “Scholars influenced by Michel Foucault’s genealogical studies of medicine highlight a final elemento of medicalization. In comparison to Conrad’s definitional perspective, and sociological approaches focusing on the power of the medical professions, Foucauldian accounts understand medicalization at a wider discursive level. Here medicine is conceptualized not just as a set of complex technical procedures, but as broad system of knowledge used to understand and experience our bodies.”

problem, or using a medical intervention to treat it.” Em outros termos, a medicalização descreve um processo através do qual situações passam a ser conceituadas, compreendidas e tratadas como problemas médicos, realizando-se intervenções médicas para sua resolução. Esta dimensão da medicalização pode ser claramente observada no controle de fronteiras dos países com restrições de viagem relacionadas ao HIV conforme se demonstrará a seguir.

Em países com barreiras, o ingresso de migrantes soropositivos é concebido como um problema que se explica a partir do discurso médico: estrangeiros com HIV são uma ameaça à saúde pública, causam demandas excessivas por serviços sociais e de saúde, além de aumentarem a morbidade e mortalidade de cidadãos e residentes ao restringirem seu acesso a serviços médicos. Tomando a entrada de migrantes com o vírus como um “problema” a ser enfrentado, os Estados explicam as restrições de viagem a partir de uma terminologia médica, centrada nos conceitos de saúde e doença.

Mais não apenas isso: o problema também requer a atuação do aparato médico, incutido na estrutura do Estado, para que possa ser solucionado ou minimizado. Daí a contratação de médicos, credenciados para a realização do exame médico imigratório, cuja função fundamental é a detecção de doenças que inabilitem o migrante a cruzar as fronteiras nacionais. Ainda que as barreiras não possam “blindar” a população contra o HIV, detectar a infecção pelo vírus no estrangeiro e proibir sua entrada no país é medida que não pode ser dispensada. Racionalidade e tecnologia médicas, como se verifica, cruzam-se no estabelecimento das barreiras de viagem.

O emprego do discurso médico para explicar as restrições relacionadas ao HIV e – propor intervenções para sua administração – deve ser analisado com cautela, pois os rótulos “saúde” e “doença” detêm forte potencial de despolitizar os fenômenos da existência humana (ZOLA, 1972, p.500); neste sentido, afastam a problematização de premissas, que se tornam um fato dado e natural, promovendo acriticamente determinadas agendas que se valem da retórica da saúde. A despolitização trazida pelo emprego desta terminologia

pode ser explicada pela potência do imperativo por uma vida saudável, livre de doenças, e pela força do apelo à saúde como bem necessário e desejável:

Health is a difficult thing to argue with. We desire it, pursue it, and wish it for others. And yet, actions taken in the name of health are certainly not always benevolent. Health imperatives—perhaps particularly in the global arena—are often vexed, caught up in the exercise of power, and come with unintended consequences. (HOWELL, 2012, p.315).

Medicalizar o controle de fronteiras enfraquece a problematização sobre se o estabelecimento de restrições de viagem é uma medida necessária e eficaz para a segurança da população. Descrever o ingresso de migrantes soropositivos no território do país como um problema, inteligível a partir da referência à saúde da população, retira as barreiras de viagem do campo do questionamento, emprestando-lhe, a um só tempo, a força e a incontestabilidade do imperativo da saúde.

4.4.2 Migrantes soropositivos e o esvaziamento terapêutico da medicina no controle de fronteiras

Além de definir e tratar problemas em termos de saúde e doença, a medicalização também promove a expansão da jurisdição social dos profissionais da medicina, aumentando sua influência no processo de tomadas de decisão sobre uma crescente parcela da vida humana (ELBE, 2010, p.17):

The power vested in doctors is enormous: they make decisions about employ ability, fitness to marry and to have children, the right to have an abortion, the time a person is allowed to die, competence to enter into contracts, adopt children or rear one's own children, or about incarceration in mental asylums. Their authoritarian judgement is sought on correct eating, sexual behaviour and the use of leisure time. (SKRABANEK, 1994, p.146).

A influência dos médicos sobre uma gama cada vez maior dos fenômenos individuais e da população qualifica a medicina como uma importante instância de controle social, que constrói julgamentos objetivos, moralmente neutros, proferidos em nome da saúde (ZOLA, 1972, p.487). Reconhecendo-se que o

controle social é problema relevante para o poder político, entende-se por que o Estado passa a estabelecer uma íntima relação com os profissionais da saúde, utilizando sua expertise para objetivos políticos e econômicos (SKRABANEK, 1994, p.146).

O estreitamento dos laços entre os profissionais da saúde e o Estado, numa relação de empoderamento recíproca, é verificada por Foucault (1998, p.202), que observa que a medicina tem assumido um lugar cada vez mais importante nas estruturas administrativas e nos mecanismos do poder; penetra progressivamente em diferentes instâncias de seu exercício, demandando dos médicos cada vez mais a realização de atividades e tarefas administrativas fixadas pelo Estado.

A expansão da jurisdição social dos profissionais da saúde, acompanhada da incorporação dos médicos nos aparatos estatais para exercício do poder, caracteriza um aspecto da medicalização nitidamente verificável no controle de fronteiras dos países com restrições de viagem. Exemplo elucidativo é a realização do exame médico imigratório, no caso do Canadá, que incute os profissionais da saúde nas estruturas do Estado, realizando funções eminentemente administrativas, essenciais para o exercício do poder político na regulação dos fluxos migratórios:

Their work is centrally organized around completing forms, collating documents, commissioning and attesting to the authenticity of diagnostic tests and safeguarding against identity fraud. Panel Physicians are first stage data collectors of information that enables informed decision-making about an applicant's medical inadmissibility to Canada. (BISAILLON; ELLS, 2014, p.03)

A realização de tarefas administrativas não se confunde com a perda de autoridade sobre a regulação das migrações. Ressaltando a importância dos médicos como atores centrais, na linha de frente do sistema de imigração, Laura Bisailon e Carolyn Ells (2014, p.04) explicam que

While the Panel Physicians' legal enforcement work is a great deal subtler than that of the border control agent (in the

absence of a mandated uniform, weapon and physical position at a frontier), the two roles are organized within relations that embody the state's power. Through the work of both of these figures, important state gatekeeping functions are achieved.

É certo que os cálculos sobre a demanda excessiva não são realizados pelos médicos membros do *Panel Physician Programme*, mas sim pelas autoridades médicas do *Citizenship Immigration Canada*, cabendo aos oficiais da imigração a decisão final sobre a (in)admissibilidade do migrante. Porém, a divisão de tarefas não deve ser confundida com um enfraquecimento da influência médica no controle de fronteiras:

CIC relies heavily on input from the Public Health Agency of Canada about matters relating to immigration medical programming, including the regulation of Canadian borders and changes to practices within the IME, such as the addition of mandatory HIV screening in January 2002 as the only regulated change in approximately 50 years. (BISAILLON, 2013, p.48).

A expansão da jurisdição social dos médicos, abrangendo o controle de fronteiras, fomenta inquietações. Embora muitas vezes a medicina se afirme como a ciência da cura, a serviço dos interesses do pacientes, médicos nos serviços de saúde pública, ocupando cargos na maquinaria estatal, possuem, pela natureza do seu vínculo, diferentes fidelidades (SKRABANEK, 1994, p.146). No contexto das restrições de viagem relacionadas ao HIV, a lógica organizacional do trabalho é a detecção do vírus para fundamentar a exclusão do migrante soropositivo, mediante um esvaziamento da função terapêutica associada à atividade médica:

We see that the IME⁷⁹ has above all to do with medico-administrative duties to the state rather than therapeutic relations of care or the responsibility of patient best interest, and that these arrangements lead DMPs to work in contravention of principles guiding medical practice. (BISAILLON, 2013, p.49).

Problemas como a ausência de consentimento informado, a falta de aconselhamento anterior e após os exames e a utilização dos dados médicos do migrante para fins diversos da análise clínica são procedimentos

⁷⁹ A sigla "IME" refere-se à expressão "immigration medical examination".

comumente observados no controle de fronteiras do Canadá⁸⁰ (BISAILLON; ELLS, 2014, p.02). Os padrões médicos não são dispensados pelas leis, regulamentações e códigos de ética em vigência no país, mas o que se observa é que

A central role that this text plays is to support the idea that certain standards of medical care and practices happen in the IME when someone is diagnosed with HIV despite empirical evidence to the contrary (e.g., pre- and post-HIV test counselling). CIC's public education about the HIV screening policy and medical in/admissibility process additionally supports the notion that particular forms of care and professional practices systematically take place in the work of DMPs despite conflicting empirical reports. (BISAILLON, 2013, p.49).

O descompasso entre as previsões legais e a prática médica não surpreende se for tomado em conta que, em sociedades biopolíticas, o Estado preocupa-se em administrar os fenômenos da população – dentre os quais, as migrações – menos através de leis, mas sim através de táticas ou, no máximo, leis como táticas, fazendo com que, por diversos meios, determinados fins possam ser atingidos (FOUCAULT, 1998, p.284). No sistema político da governamentalidade, a menor ênfase nas leis harmoniza-se com a percepção dos indivíduos não como sujeitos jurídico-legais – titulares de direitos –, mas sim enquanto corpos membros de uma massa viva, cujos processos biológicos são alvo de deliberações do poder político.

A expansão da jurisdição social dos médicos, para abarcar as decisões sobre a mobilidade humana entre os Estados, se institui na medicalização do controle de fronteiras. A incorporação dos médicos, no aparato estatal, ocorre mediante uma crescente realização de tarefas administrativas, através das quais o poder político é exercido, produzindo relações de empoderamento recíprocas. Este processo, no entanto, enfraquece a função terapêutica da clínica médica,

⁸⁰ Neste sentido, Laura Bisailon (2013, p.49) explica que “In a perverse construction of medical practice, therefore, the work of the DMP is specifically organized *against* the possibility of being an encounter with a therapeutic or caring purpose. Within people's stories and the materially occurring, observable conditions of the IME is evidence that medical responsibilities and principles from which ethical codes derive – such as confidentiality, do no harm, patient well-being, appropriate care, and informed consent practices – are compromised and in some instances breached in the IME.”

vinculando a atividade dos profissionais da saúde aos interesses do Estado. O migrante soropositivo – menos como sujeito de direitos e mais como corpo a ser governado – personifica o esvaziamento terapêutico da medicina no controle de fronteiras.

4.4.3 Práticas médico-administrativas no controle de fronteiras e a produção do corpo “doente”

O processo de medicalização dos fenômenos humanos – dentre os quais, o controle de fronteiras – funciona mediante a compreensão de problemas a partir do discurso médico e através da expansão da jurisdição social dos profissionais da saúde, que passam a proferir julgamentos sobre uma crescente gama de assuntos anteriormente não relacionados com a atividade médica. A medicalização, no entanto, pode ser analisada a partir dos discursos e práticas médicas através dos quais o corpo é conhecido e produzido, num reflexo de complexas relações de poder que se imbricam na construção do conhecimento.

Ecoando o pensamento de Michel Foucault, esta perspectiva não compreende o poder apenas de maneira coercitiva e negativa. As relações de poder são também produtoras da realidade, da “verdade” e dos sujeitos. Além disso, estas relações não são externas aos processos econômicos, culturais, institucionais ou cognitivos. Efetivamente, poder e saber são mutuamente constituídos, de forma que não existem relações de poder sem suas correspondentes formas de conhecimento. O poder produz conhecimento e o conhecimento, por sua vez, produz o poder (EDKINS, 1999, p.53).

Este complexo de poder e conhecimento dá origem a modos particulares de entender o “eu”, o corpo e a saúde, delineando a subjetividade e a identidade do indivíduo ao tempo em que desafia convicções sobre uma essência do sujeito, constituída independentemente de discursos e práticas (ELBE, 2010, p.20-21). Na esteira deste entendimento é que se afirma que os discursos e práticas médicas não apenas conhecem o corpo, mas também o produzem, refletindo as relações de poder entre os elementos envolvidos. Medicalizar,

portanto, é empregar discursos e práticas não apenas para conhecer, mas também para produzir o corpo num campo complexo de relações de poder. A análise do funcionamento das restrições de viagem relacionadas ao HIV permite compreender a operação desta dinâmica.

O exame médico imigratório é realizado através de um longo processo administrativo, centrado no preenchimento de formulários, juntada de documentos, interpretação de exames, elaboração de diagnósticos, verificação da autenticidade dos resultados, preparação de prontuários, além de outros procedimentos que o médico encarregado julgue necessário para construir o mais perfeito quadro da saúde do migrante. A partir deste emaranhado de dados, informações e interpretações é que se obtém – ou, em outros termos, se produz – o estrangeiro enquanto corpo “doente” ou “saudável” e, assim, aceitável ou inaceitável para cruzar as fronteiras do país. Como explica Laura Bisailon (2013, p.48) sobre o exame médico imigratório no Canadá:

A medical file can thus be seen as more than a report of disease status: it brings into view specific medical conditions, while excluding others, and creates the conceptual boundaries that define an acceptable immigrant.

Esta produção de conhecimento acerca do corpo do migrante não ocorre de maneira neutra sob o ponto de vista do poder. A realização do exame médico imigratório – e o desenvolvimento de todo o processo burocrático de coleta e interpretação de dados – toma lugar em meio a complexas relações entre o migrante/paciente e o médico/guardião das fronteiras do Estado. A racionalidade da interação entre o migrante e o médico é baseada na responsabilidade deste último em detectar doenças no corpo do estrangeiro, reportar resultados à autoridade imigratória para, finalmente, tomar lugar sua exclusão. Mediante uma sequência de práticas administrativas, que esvaziam o caráter terapêutico da clínica, o médico se faz autoridade, determinando condutas e impondo significados ao corpo do migrante.

O exercício do poder no exame médico imigratório é notório em momentos diversos da avaliação. Por exemplo, no caso do Canadá, o teste de HIV deve

ser realizado mediante o consentimento informado do migrante, que deve conceder permissão para ser examinado quanto à infecção pelo vírus. No entanto, candidatos à imigração (ou permanência superior a seis meses) não têm escolha a não ser submeter-se ao procedimento, fazendo com que a solicitação do exame seja muito mais uma notificação prévia acerca da realização mandatória do teste do que uma requisição de consentimento (BISAILLON; ELLS, 2014, p.04).

O aconselhamento após a realização do teste de HIV, especialmente nos casos de detecção de infecção pelo vírus, é registrado em documento padronizado que atesta que o migrante foi orientado acerca de sua condição, incluindo estratégias de redução de riscos e uma discussão sobre a adoção de providências subsequentes. No entanto, como explica Laura Bisailon e Carolyn Ells (2014, p.06)

In signing this form, applicants attest to receiving HIV post-test counselling after diagnosis whether they have or not. Persons report feeling bound to sign the “Acknowledgement of post-testing counseling” form as part of their efforts to immigrate. [...] Indeed, applicants have little choice in the matter because a finalized medical file for an HIV-positive applicant must include this form signed by the applicant, the Panel Physician, and an expert witness or counsellor.

Conhecimento e poder se interrelacionam na complexidade do exame médico imigratório enquanto um conjunto de discursos e práticas médico-administrativas, direcionadas para conhecer e produzir o corpo do migrante como “saudável” ou “doente”, “aceitável” ou “inaceitável” para cruzar as fronteiras dos países. Este entendimento e produção do corpo do estrangeiro toma lugar mediante relações de poder entre migrantes/pacientes e médicos/guardiões das fronteiras nacionais, indissociáveis da produção de conhecimento sobre o sujeito. Neste contexto, as restrições de viagem relacionadas ao HIV não apenas situam o corpo do migrante soropositivo nas fronteiras do Estado; efetivamente, o corpo carrega, em si próprio, a fronteira, ao ser investido de marcadores biológicos que determinam sua inclusão ou exclusão do território dos países.

5 CONCLUSÃO

Health security [...] exchanges the range of sites where security is practiced in international relations. It takes the provision of security beyond the battlefield and brings it to bear directly on the individual human body as well. Or, to put it more succinctly, with the rise of health security the body becomes the new battlefield of the twenty-first century. (ELBE, 2010, p.166).

Conceber a segurança em termos de saúde permite o deslocamento dos discursos e práticas de securitização para campos distintos das guerras, conflitos armados ou embates militares. Esta ressignificação da segurança permite que se pense uma vida segura em termos de uma experiência humana livre de doenças ou, ao menos, uma vida em que se tenha acesso a bens e serviços que garantam uma existência sadia, com menos riscos de adoecimento e morte. Discursos e práticas de segurança passam a ter como objeto o próprio corpo, individualmente ou coletivamente considerado, que personifica tensões políticas, conflitos ideológicos e divergências sobre o sentido da soberania, cidadania e direitos humanos num mundo em que a proteção da vida legitima o exercício do poder. Como lucidamente afirma Stefen Elbe (2010, p.166), com a emergência da segurança “medicalizada”, o próprio corpo se torna o campo de batalhas.

As restrições de viagem relacionadas ao HIV/AIDS são um exemplo elucidativo deste processo de medicalização da segurança, em que estar seguro se equipara a ter uma vida saudável, livre de doenças, ou, ao menos, com menos riscos de morbidade e mortalidade. As barreiras são instituídas como mecanismos de garantia da segurança nacional, traduzida na defesa da saúde pública e na proteção contra demandas excessivas por serviços sociais e de saúde que, segundo o argumento, podem onerar sobremaneira o país receptor e aumentar as taxas de morbidade e mortalidade na comunidade doméstica, mediante a restrição do acesso de nacionais e residentes aos serviços médicos. A segurança da população é o imperativo inspirador das barreiras; este imperativo, por sua vez, é traduzido em termos de saúde, longevidade e bem estar da população.

Como se demonstrou ao longo do trabalho, as restrições de viagem não consistem num modelo de resposta específica, diante das peculiaridades da epidemia do HIV/AIDS. Mais do que isso, as barreiras consubstanciam um modelo de governo que, segundo Foucault, tem se desenvolvido desde o século XVIII, denominado governamentalidade. Enquanto conjunto de racionalidades e tecnologias para o exercício do biopoder, este sistema tem como objeto a população, por principal fonte de saber a economia política e como instrumentos técnicos essenciais os dispositivos de segurança. No sistema político da governamentalidade, a atuação do Estado se direciona para a garantia da segurança da população, mediante a regulação de seus processos biológicos, controlando e monitorando os fenômenos capazes de influenciar sobre sua saúde, longevidade e bem-estar.

Remetendo ao pensamento de Michel Foucault, este trabalho ofereceu uma análise das restrições de viagem relacionadas ao HIV/AIDS, através das lentes do biopoder, explicando o funcionamento das barreiras no sistema político da governamentalidade. Com a pesquisa realizada, procedeu-se ao estudo de processos subjacentes ao funcionamento das barreiras, negligenciados – ou pouco explorados – nos debates entre críticos que reivindicam a importância dos direitos humanos dos migrantes soropositivos e as vozes que defendem a prioridade da segurança nacional, ou nas discussões acerca da realidade da ameaça personificada no estrangeiro vivendo com HIV/AIDS.

Estabelecendo seu referencial teórico, o trabalho ofereceu uma análise da emergência do biopoder como modalidade de poder predominante na contemporaneidade. Direcionando-se para a população enquanto conjunto de seres biológicos, o biopoder se exerce mediante biopolíticas que faz desta categoria o alvo de estratégias deliberadas de controle e intervenção. As macrotecnologias do poder sobre a vida são os mecanismos de atuação de um Estado governamentalizado, que atua para garantir a saúde, a longevidade e reduzir os riscos de morbidade e mortalidade dentro da massa viva objeto de suas estratégias. Diferentemente não haveria de ser: menos que um atributo do soberano, a população é fonte de riqueza e da garantia de sua segurança deriva a legitimidade da conduta estatal. Neste cenário, faz-se preciso que os

fenômenos populacionais sejam regulados de maneira que a segurança seja mantida. Por isso lembra Foucault que as sociedades biopolíticas são sociedades controladas por dispositivos de segurança.

Enquanto fenômeno comunicável à população, as migrações não haveriam de escapar às técnicas reguladoras do Estado. A circulação – das coisas, dos ares, das pessoas – passa a ser administrada de modo que a segurança possa ser garantida. Trata-se de separar os bons dos maus elementos, permitindo que apenas os primeiros possam circular. Verifica-se, assim, que a circulação se torna o *locus* de operação dos mecanismos biopolíticos da segurança, tomando forma o imaginário moderno de proteger através do governo da circulação.

O estudo do biopoder permite observar que – embora seja exercido em prol da defesa da vida – seu desenvolvimento, desde o século XVIII, não foi marcado por períodos de ausência de conflitos, morte ou exclusão. Dentre vários outros eventos, a eugenia, no século XX, exemplifica o exercício do poder de “fazer viver” contra a própria vida, desqualificando-a ao ponto de matar e “deixar morrer”. O paradoxo que se verifica é: como um poder centrado na promoção da vida pode, ao mesmo tempo, fomentar a morte? Morte, como lembra Foucault, não apenas concebida como assassinio direto, mas também como a exposição a riscos, a expulsão e a rejeição. A chave explicativa deste questionamento, segundo o filósofo, é o racismo biopolítico: a identificação, no domínio biológico daqueles que consistem numa ameaça a certas formas de vida, dignas de defesa, cabendo ao Estado atuar para garantir-lhes a segurança. Além disso, o racismo institui relação positiva entre a vida de uns e a morte de outros: quanto mais se mata ou deixa morrer, mais se assegura uma existência sadia: a saúde da população depende diretamente da eliminação de seus perigos. Instituído a guerra da vida contra a vida, o racismo revela o aspecto letal das biopolíticas de “fazer viver”.

Exemplo de exclusão e rejeição é o estabelecimento das restrições de viagem relacionadas ao HIV. De acordo com o discurso securitizatório, as restrições de viagem relacionadas ao vírus são uma medida necessária para a defesa da

saúde pública e para a proteção contra o excesso de demanda por serviços sociais e de saúde. Conforme sustentam seus defensores, as barreiras têm como finalidade evitar a proliferação da epidemia dentro da comunidade doméstica, impedindo que pessoas saudáveis sejam infectadas. Além disso, as restrições têm como objetivo evitar que a entrada de migrantes soropositivos no território dos países implique um excesso de demanda por serviços sociais e de saúde que, além de onerar sobremaneira o Estado receptor, pode aumentar a morbidade e a mortalidade da população, restringindo o acesso de nacionais e residentes aos serviços médicos.

Tanto na defesa da saúde pública quanto na proteção contra a demanda excessiva por serviços sociais e de saúde, as restrições de viagem tem como finalidade a garantia da segurança nacional, traduzida em termos de saúde da população e na estabilidade de um Estado protetor diante de uma ameaça biológica capaz de destroçar suas instituições, seus recursos e sua população. O controle de fronteiras da Rússia exemplifica com nitidez essa dinâmica: é proibida a entrada de migrantes soropositivos no território nacional, sendo obrigatória a apresentação de teste negativo de HIV para a permanência no país superior a noventa dias. Segundo explica o Estado russo, o vírus cria uma ameaça à existência da humanidade, resulta em graves consequências demográficas e socioeconômicas para o país, representando um problema tanto de segurança pessoal quanto nacional.

O Canadá também releva sua preocupação com a ameaça personificada nos migrantes soropositivos no estabelecimento do critério das demandas excessivas por serviços sociais e de saúde. Embora o país não inclua o HIV/AIDS como causa sumária de exclusão de estrangeiros infectados em sua lei de imigração, os médicos responsáveis pelos exames imigratórios são orientados pelo *Citizenship Immigration Canada* a recusar a entrada de estrangeiros soropositivos se fizerem uso de medicação antirretroviral ou se, num prazo de dez anos contados a partir da data da realização do último exame médico, for estimado que o migrante gere demandas excedentes àquelas do cidadão “médio”, incrementando excessivamente os gastos

públicos e aumentando as taxas de morbidade e mortalidade da população, ao restringir o acesso de nacionais e residentes aos serviços médicos.

A qualificação do migrante com HIV/AIDS enquanto centro de ameaças à segurança nacional não é, no entanto, assunto pacificado. O primeiro debate acerca das barreiras centra-se nas discussões entre críticos que reivindicam a importância dos direitos humanos dos migrantes soropositivos em oposição às vozes que priorizam a segurança nacional em face da ameaça do HIV. Insurgindo-se contra o estabelecimento das restrições, as críticas enfocam o impacto pessoal das barreiras sobre a mobilidade humana, explicando seu desdobramento sobre um conjunto de direitos relacionados, tais como o acesso ao trabalho, ao estudo, à saúde. Esta perspectiva também destaca como o funcionamento das restrições violam a dignidade humana, a liberdade e a privacidade do soropositivo, além de submetê-lo a práticas violentas como a detenção e deportação em circunstâncias que desrespeitam seus direitos fundamentais.

Argumentos contrários às barreiras de viagem também desafiam o entendimento segundo o qual as restrições são uma medida eficaz para defesa da saúde pública e para proteção contra demandas excessivas por serviços sociais e de saúde. Trava-se, aqui, um debate acerca da realidade da ameaça personificada no migrante soropositivo, discutindo-se se o estabelecimento das barreiras é um mecanismo empiricamente fundado de proteção da comunidade doméstica.

No que tange à saúde pública, os críticos explicam que as barreiras se fundamentam numa suposição determinista que implica admitir que os estrangeiros infectados se submeterão a práticas de risco e que os nacionais não adotarão medidas de proteção; nesta perspectiva, os membros da comunidade doméstica são construídos como vítimas de uma epidemia importada e os estrangeiros como vetores desta epidemia.

Outro argumento contrário à utilização das barreiras para proteção da saúde pública consiste na impossibilidade de “encastelamento” do Estado, cujas

fronteiras se poderia “blindar” contra a entrada do vírus HIV. Nacionais podem retornar infectados aos seus países de destino e estrangeiros infectados podem não ser diagnosticados como portadores do vírus, seja em razão do período de janela, seja em razão da redução da carga viral pelo uso das medicações antirretrovirais. Não se pode desconsiderar que as restrições, de fato, podem produzir efeitos contrários àqueles que se diz querer evitar. Primeiramente, conduz ao equívoco de que a AIDS é uma doença importada, trazida pelo migrante em decorrência da abertura das fronteiras. Além disso, as barreiras também podem afetar a decisão dos migrantes sobre serem testados e medicamente tratados, quando conscientes do risco de deportação em decorrência de seu status sorológico, fato que aumenta os riscos de proliferação da epidemia.

As demandas excessivas também são desafiadas como argumento legitimador das restrições de viagem relacionadas ao HIV. O primeiro ponto contestado é a desconsideração dos benefícios econômicos trazidos pelo migrante, que contribuem com o pagamento de tributos para o financiamento dos serviços públicos. Além disso, o argumento do excesso de demanda exclui estrangeiros soropositivos com base em uma série de possibilidades, justificando a rejeição de migrantes infectados através de cálculos estimativos, cuja plausibilidade é extremamente contestada. No caso do Canadá, por exemplo, críticos explicam que a imposição de barreiras para evitar o possível retardamento no acesso de cidadãos e residentes permanentes aos serviços de saúde é uma probabilidade especulativa, que patologiza o migrante e o caracteriza como um doente parasita.

Tomando em consideração os aludidos debates, mas sem se limitar a discussão de seus argumentos, este trabalho analisou processos subjacentes ao funcionamento das barreiras, comumente negligenciados ou pouco explorados nas discussões anteriores. O primeiro deles diz respeito à prática do racismo biológico na proteção da comunidade doméstica contra o HIV/AIDS. Afirmar que práticas racistas tomam lugar na defesa da população contra a epidemia pressupõe reconhecer que as restrições de viagem consistem numa resposta biopolítica dos Estados ao HIV/AIDS. Em outros termos, implica

admitir que as barreiras são estabelecidas para a proteção da saúde da população; para o controle de seus processos biológicos (adoecimento, morte), mediante a regulação dos fenômenos (migrações, circulação) capazes de influenciar sua existência enquanto corpo coletivo – a um só tempo – político e biológico.

Diz-se que a proteção da comunidade doméstica se dá mediante a prática do racismo biológico, pois o funcionamento das barreiras ocorre mediante a identificação do estrangeiro infectado pelo HIV, concebido como ameaça à segurança da população, que – em razão de seus status sorológico – deverá ser excluído do território do país. Além disso, as restrições operam mediante uma lógica que vincula o banimento dos migrantes soropositivos à promoção da saúde dos nacionais e residentes: quanto mais se excluírem estrangeiros com HIV/AIDS, menores os riscos à saúde da população, menores as taxas de morbidade, mortalidade e maiores os recursos disponíveis para atender as demandas dos membros da comunidade doméstica. Esta correlação entre vida e morte se revela plenamente justificada no sistema da governamentalidade: a biopolítica não pode proteger a vida se não defendê-la daquilo que lhe causa ameaça. Como se verifica, o aspecto letal das políticas de “fazer viver” se traduzem em práticas racistas na proteção da comunidade doméstica, marcando decisivamente o funcionamento das barreiras.

Outro processo subjacente ao funcionamento das restrições de viagem é o emprego da segurança como critério de regulação da mobilidade internacional dos migrantes soropositivos. Diz-se critério no sentido de requisito ao qual se faz referência para determinar se e como devem circular estrangeiros vivendo com HIV/AIDS. Observe-se que a segurança a que se refere aqui é aquela da população, que deve ser protegida da ameaça do HIV, mediante a regulação da mobilidade do migrante infectado. A segurança é um bem desejável, um valor positivo, cabendo ao Estado atuar para sua consecução.

A concepção da segurança enquanto valor com integridade ontológica, como bem desejável e positivo, demonstra fragilidade quando se observam as restrições de viagem a partir da posição dos migrantes soropositivos. Para os

estrangeiros com HIV, as barreiras significam a limitação de sua mobilidade, refletindo-se sobre um plexo de outros interesses, tais como trabalho, educação e saúde. Portanto, a análise das restrições de viagem permite observar que a segurança é – a um só tempo – proteção e sacrifício; práticas de segurança também geram insegurança e instituem um sistema no qual a morte é estratégia de sobrevivência. Desconsiderando a dualidade do conceito – que produz práticas de proteção, mas também de exclusão em nome da defesa da vida – os discursos securizatórios instituem a segurança como critério para regular a mobilidade de migrantes soropositivos, como requisito ao qual se refere para determinar se e como estrangeiros com HIV devem cruzar as fronteiras do Estado.

A economização da vida mediante o gerenciamento do risco é mais um processo que toma lugar no funcionamento das restrições de viagem relacionadas ao HIV/AIDS. Gerenciar o risco significa, aqui, estabelecer uma relação específica com o futuro que se consubstancia na realização de cálculos, na formulação de probabilidades, na administração de incertezas e, especialmente, na avaliação de perigos futuros, cujos efeitos danosos devem ser eliminados ou minimizados mediante intervenções no presente.

Diante disso, pode-se dizer que as barreiras de viagem operam mediante o gerenciamento do risco, pois mobilizam a incerteza do perecimento da população em face da epidemia da AIDS; realiza cálculos sobre os custos da permanência de migrantes soropositivos na comunidade doméstica; formula probabilidades sobre o aumento das taxas de morbidade e mortalidade na população em decorrência da demanda de estrangeiros soropositivos; e faz estimativas sobre o potencial de o HIV/AIDS promover a desestabilização do Estado. Mas não apenas isso: as restrições figuram como um mecanismo de intervenção neste processo; um dispositivo empregado no presente para se evitar alegados efeitos danosos no futuro.

O gerenciamento do risco pode ser nitidamente observado no critério da demanda excessiva por serviços sociais e de saúde. Tal requisito concebe a existência do migrante mediante um cálculo de quantidade e temporalidade,

obscurecido por probabilidades, estimativas, incertezas e perigos futuros. Dessa forma, o gerenciamento do risco se reflete na atribuição de um valor calculado à vida humana, a partir de uma estimativa de custos, tomando por referência especulações sobre seu desenvolvimento em períodos definidos de tempo. Verifica-se, assim, um processo de economização da vida, isto é, o desenvolvimento de uma racionalidade e tecnologia de produção do valor da experiência humana, aferido pela aplicação de uma lógica de custos e benefícios.

Economizar a vida adquire vulto quando se concebem as problemáticas e inquietações advindas de sua operação. A economização da vida, mediante o gerenciamento do risco, traz à tona o problema ético sobre a possibilidade – ou deseabilidade – de quantificar o valor da experiência humana, compreendendo a existência do sujeito através de uma relação de custo/benefício. O processo também fomenta a problematização dos critérios admissíveis para a mensuração das vantagens e desvantagens de se proteger determinadas formas de vida, proporcionando o debate sobre a instrumentalização dos seres humanos e a sujeição de seu valor a uma lógica economicista. Neste contexto, as restrições de viagem são ferramentas analíticas importantes do referido processo ao refletirem sua operação no controle de fronteiras. O debate é relevante, pois, frente ao crescente avanço da tecnologia médica, cada vez mais se faz possível o minucioso mapeamento do corpo, possibilitando uma progressiva utilização de marcadores biológicos para o cálculo do valor experiência humana, tal como já ocorre nas barreiras de viagem relacionadas ao HIV.

Último processo analisado no funcionamento das restrições de viagem relacionadas ao HIV/AIDS é a medicalização do controle de fronteiras. Medicalizar é conceituar, compreender e tratar situações como problemas médicos, realizando-se intervenções médicas para sua resolução. Pode-se afirmar que, nos países com restrições, o controle de fronteiras é medicalizado, pois a entrada de migrantes soropositivos é concebida enquanto problema que se explica por referência ao binômio saúde/doença, sendo abordado mediante

a atuação do aparato médico, incutido na estrutura do Estado, responsável pela detecção do vírus no migrante que pretende cruzar as fronteiras nacionais.

No entanto, deve-se lembrar que descrever o ingresso de migrantes soropositivos no território dos países como um problema, inteligível a partir da referência à saúde da população, retira as barreiras de viagem do campo do questionamento, emprestando-lhe, a um só tempo, a força e a incontestabilidade do imperativo da saúde. Neste contexto, tem-se que medicalizar o controle de fronteiras enfraquece a problematização sobre se as restrições de viagem são uma medida necessária e eficaz para a segurança da população, despolitizando seu estabelecimento; além disso, tal despolitização permite a promoção acrítica de agendas específicas, que se valem da retórica da saúde como fundamento de legitimidade.

Medicalizar o controle de fronteiras também significa estender a jurisdição dos profissionais da saúde para a tomada de decisões acerca do ingresso no território dos países. Neste processo, a medicina se fortalece enquanto instância de controle social e garante ao Estado a força de julgamentos objetivos, moralmente neutros, proferidos em nome da saúde. Numa relação de empoderamento recíproco, os médicos se infiltram progressivamente nas instâncias do poder, realizando, cada vez mais, atividades administrativas fixadas pelo poder político. Esta expansão do processo de medicalizar pode ser verificada, também, no controle de fronteiras dos países com restrições de viagem relacionadas ao HIV.

O trabalho dos profissionais de saúde responsáveis pelo exame médico imigratório é eminentemente administrativo, centralizado no preenchimento de formulários, autenticação de resultados de testes e juntada de documentos necessários para a construção de um perfil médico do migrante. A realização de tarefas administrativas não se confunde, no entanto, com a perda da autoridade sobre a regulação das migrações. No caso do Canadá, por exemplo, os profissionais da medicina exercem grande influência na elaboração dos critérios de imigração, realizam os exames imigratórios, além

de elaborarem pareceres sobre a possibilidade de demandas excessivas, que embasarão a decisão última tomada pelas autoridades imigratórias.

A expansão da jurisdição social dos médicos, abrangendo o controle de fronteiras, fomenta inquietações. Embora muitas vezes a medicina se afirme como a ciência da cura, a serviço dos interesses dos pacientes, médicos nos serviços de saúde pública, ocupando cargos na maquinaria estatal, podem possuir, pela natureza do seu vínculo, diferentes fidelidades. No contexto das restrições de viagem relacionadas ao HIV, a lógica organizacional do trabalho é a detecção do vírus para fundamentar a exclusão do migrante soropositivo, mediante um esvaziamento da função terapêutica associada à atividade médica. O migrante soropositivo – menos como sujeito de direitos e mais como corpo a ser governado – personifica o esvaziamento terapêutico da medicina no controle de fronteiras.

Por fim, pode-se dizer que medicalizar é empregar discursos e práticas não apenas para conhecer, mas também para produzir o corpo num campo complexo de relações de poder. A análise do funcionamento das restrições de viagem relacionadas ao HIV permite compreender a operação desta dinâmica. O exame médico imigratório é realizado através de um longo processo administrativo, centrado no preenchimento de formulários, juntada de documentos, interpretação de exames, elaboração de diagnósticos, verificação da autenticidade dos resultados, preparação de prontuários, além de outros procedimentos que o médico encarregado julgue necessário para construir o mais perfeito quadro da saúde do migrante. A partir deste emaranhado de dados, informações e interpretações é que se obtém – ou, em outros termos, se produz – o estrangeiro enquanto corpo “doente” ou “saudável” e, assim, aceitável ou inaceitável para cruzar as fronteiras do país.

Esta produção de conhecimento acerca do corpo do migrante não ocorre de maneira neutra sob o ponto de vista do poder. A realização do exame médico imigratório – e o desenvolvimento de todo o processo burocrático de coleta e interpretação de dados – toma lugar em meio a complexas relações entre o migrante/paciente e o médico/guardião das fronteiras do Estado. A

racionalidade da interação entre o migrante e o médico é baseada na responsabilidade deste último em detectar doenças no corpo do estrangeiro, reportar resultados à autoridade imigratória para, finalmente, tomar lugar sua exclusão. Mediante uma sequência de práticas administrativas, que esvaziam o caráter terapêutico da clínica, o médico se faz autoridade, determinando condutas e impondo significados ao corpo do migrante. Dessa forma, as restrições de viagem relacionadas ao HIV não apenas situam o corpo do migrante nas fronteiras do Estado, mas também incutem – no próprio corpo do estrangeiro – a fronteira, na medida em que o corpo é investido de marcadores biológicos que determinam sua inclusão ou exclusão do território dos países.

Analisar o funcionamento das restrições de viagem relacionadas ao HIV/AIDS, através das lentes do biopoder, permite observar a tradução prático-discursiva de imaginários diversos sobre a segurança, a mobilidade e a saúde nas Relações Internacionais. Efetivamente, o estabelecimento das barreiras reifica concepções acerca do papel do Estado diante de sua população e daqueles que não figuram como seus nacionais, constituindo a fronteira como *locus* de tensões políticas, em que o protagonismo do migrante desafia a estabilidade dos fatos dados, das convenções e das convicções. Mobilizando esforços para a compreensão de processos marginais – subjacentes – que tomam lugar nas restrições da mobilidade internacional dos migrantes soropositivos, buscou-se iluminar aspectos silenciados em debates anteriores sobre as barreiras, mas que muito dizem sobre os modos de ser e interagir na política internacional.

As restrições de viagem relacionadas ao HIV fazem do corpo do migrante o espaço do exercício do poder político, o lugar da materialização de fronteiras constituídas através de seus marcadores biológicos. Menos do que um corpo oprimido pelo poder soberano, exercido no controle da circulação, o migrante soropositivo é entidade que problematiza discursos e práticas “benevolentes”, aparentemente neutras, atribuindo-lhes novos sentidos e reconfigurações.

REFERÊNCIAS

AMON, Joseph J.. TODRYS, Katherine Wiltenburg. Fear of foreingers: HIV-related restrictions on entry, stay and residence. **Journal of the International AIDS Society**, [S.l.], v.11, n.8, p.01-06, [...]. 2008.

ARADAU, Claudia; BLANKE, Tobias. Governing Circulation: A Critique of the Biopolitics of Security. In: LARRINAGA, Miguel de; DOUCET, Marc G. (Orgs.). **Security and Global Governmentality: Globalization, Governance and the State**. Londres: Routledge, 2010. p.44-58.

ARADAU, Claudia. The Perverse Politics of Four-Letter Words: Risk and Pity in the Securitization of Human Trafficking. **Millenium: Journal of International Studies**, Letchworth, v.33, n.02, p.251-277, mar. 2004.

ARADAU, Claudia; LOBO-GUERRERO, Luis; VAN MUNSTER, Rens. Securty, Technologies of Risk, and the Political: Guest Editors' Introduction. **Security Dialogue**, [S.l.], v.39, n.02, p.147-154, abr. 2008.

ARADAU, Claudia; VAN MUNSTER, Rens. Governing Terrorism Through Risk: Taking Precautions, (um) Knowing the Future. **European Journal of International Relations**, [S.l.], v.13, n.01, p.89-115, mar. 2007.

BELL, Colleen. Surveillance Strategies and Populations at Risk: Biopolitical Governance in Canada's National Security Policy. **Security Dialogue**, [S.l.], v.37, n.02, p.147-165, jun.2006.

BIGO, Didier. International Political Sociology. In: WILLIAMS, Paul D. **Security Studies: An Introduction**. Nova York: Routledge, 2008. P.116-129.

_____. Security and Immigration: Toward a critique of governmentality of Unease. **Alternatives: Local, Global, Political**. [S.l.], v.27, n.01, p.63-92, fev. 2002.

BISAILLON, Laura. Contradictions and Dilemmas Within the Practice of Immigration Medicine. **Canadian Journal of Public Health**. [S.l.], v.104, n.01, p.45-51, jan./fev. 2013.

BISAILLON, Laura; ELLS, Carolyn. When Doctoring is not about Doctoring: An Ethical Analysis of Practices Associated with Canadian Immigration HIV Testing. **Public Health Ethics**. [S.l.], v.11, n.01, p.01-11, out. 2014.

BURKE, Anthony. Aporias of Security. **Alternatives: Local, Global, Political**, [S.l.], v.27, n.01, p.01-27, jan./mar. 2002.

CANADÁ. **Citizenship Immigration Canada**. Disponível em <<http://www.cic.gc.ca/english/>>. Acesso em: 02 dez. 2014.

_____. **Handbook for Designated Medical Practicioners**. Disponível em <http://publications.gc.ca/collections/collection_2011/cic/Ci4-11-2011-eng.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2015.

_____. **Operational Processing Instruction 2002-2004: Medical Assessment of HIV-Positive Applicants**. Disponível em <<http://www.aidslaw.ca/site/canadas-immigration-policy-as-it-affects-people-living-with-hiv-questions-and-answers/>>. Acesso em: 12 jan. 2015.

CANADIAN HIV/AIDS LEGAL NETWORK. **Canada's Immigration Policy and How it Affects People Living with HIV.** Disponível em <<http://www.aidslaw.ca/site/canadas-immigration-policy-as-it-affects-people-living-with-hiv-questions-and-answers/>>. Acesso em: 12 dez. 2014.

CONRAD, Peter. Medicalization and Social Control. **Annual Review of Sociology**, [S.l.], v.18, n.01, p.209-232, [...]. 1992.

CORTE EUROPEIA DE DIREITOS HUMANOS. **Bioethics and the case-law of the Court.** Disponível em http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/texts_and_documents/Bioethics_and_caseslaw_Court_EN.pdf. Acesso em: 01 jul. 2015.

_____. **Case of Kiyutin vs. Russia.** Disponível em <http://www.echr.coe.int/>. Acesso em: 06 jun. 2015.

CONSELHO DA EUROPA. **European Convention on Human Rights.** Disponível em <http://www.echr.coe.int/>. Acesso em: 06 jun. 2015.

CROTTY, Michael. **The Foundations of Social Research: Meaning and Perspective in the Research Process.** Londres: Sage Publications, 1998.

DAVIES, Sarah. E. **Global politics of health.** Cambridge: Polity Press, 2010.

DEANE, Kevin D.; PARKHURST, Justin O.; JOHNSTON, Debora. Linking Migration, Mobility and HIV. **Tropical Medicine and International Health**, [S.l.], v.15, n.12, p.1458-1463, dez. 2010.

DILLON, Michael. Security, Race and War. In: DILLON, Michael; NEAL, Andrew W. (Orgs.). **Foucault on Politics, Security and War.** Hampshire: Palgrave Macmillan, 2008, p.166-198.

EDKINS, Jenny. **Poststructuralism and International Relations: Bringing the Political Back In**. Colorado: Lynne Rienner Publishers, 1999.

_____. Poststructuralism. In: GRIFFITHS, Martin (Org.). **International Relations Theory for the Twenty-first Century**. Nova York: Routledge, 2007.

ELBE, Stefen. AIDS, Security, Biopolitics. **International Relations**, Londres, v.19, n.4, p.403-419, [...]. 2005.

_____. **Security and Global Health**. Cambridge: Polity, 2010.

EPSTEIN, Charlotte. Guilty Bodies, Productive Bodies, Destructive Bodies: Crossing the Biometric Borders. **International Political Sociology**, Oxford, v.01, n.02, p.149-164, jun. 2007.

FOUCAULT, Michel. **Em Defesa da Sociedade**. Tradução de Maria Ermantina Galvão. 4.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____. **História da Sexualidade I: A Vontade de Saber**. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 13. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

_____. **Microfísica do Poder**. Tradução de Roberto Machado. 13. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1998.

_____. **Segurança, Território, População**. Tradução de Eduardo Brandão. 1.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

_____. **Vigiar e Punir**. Tradução de Raquel Ramallete. 20.ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

FEDERAÇÃO RUSSA. **Ato 38-FZ de 30 de março de 1995**. Disponível em <<http://www.youth-policy.com/Policies/Russian%20AIDS%20Law.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2015.

_____. **Ato 115-FZ de 25 de julho de 2002**. Disponível em <<http://www.mid.ru/bdomp/nsosndoc.nsf/1e5f0de28fe77fdcc32575d900298676/a052819e48402515c32575d9002c4486!OpenDocument>>. Acesso em: 28 abr. 2015.

GORDON, Colin. Governmental Rationality: An Introduction. In: BURCHELL, Graham; GORDON, Colin; MILLER, Peter (Orgs.). **The Foucault Effect: Studies in Governmentality**. Chicago: The University of Chicago Press, 1991, p.01-52.

GUSHULAK, Brain D.; MACDONALD, Liane; MACPHERSON, Douglas W. Health and Foreign Policy: influences of migration and population mobility. **Bulletin of the World Health Organization**, [S.l.], v.20, n.85, p.200-206, [...]. 2007.

GUILD, Elspeth. **Security and Migration in the 21st Century**. Cambridge: Polity Press, 2010.

HOFFMAN, Marcelo. Disciplinary Power. In: TAYLOR, Dianna. **Michel Foucault: Key Concepts**. Durham: Acumen, 2011. p.24-39.

HOFFMASTER, Barry; SCHRECKER, Ted. **An Ethical Analysis of the Mandatory Exclusion of Refugees and Immigrants Who Test HIV-Positive**. Disponível em <<http://www.aidslaw.ca/>>. Acesso em: 02 dez. 2014.

HOWEL, Alison. Toward an International Political Sociology of Health and Medicine. **International Political Sociology**, Oxford, v.06, n.03, p.315-316, set. 2012.

HUYSMANS, Jef. **The Politics of Insecurity**: Fear, Migration and Asylum in the EU. Nova York: Routledge, 2006.

HUYSMANS, Jef. SQUIRE, Vick. Migration and Security. In: CAVELTY, Myriam Dunn; MAUER, Victor. **The Routledge Handbook of Security Studies**. London: Routledge, 2010. p.169-179.

KENNY, Katherine E. The Biopolitics of Global Health: Life and Death in Neoliberal Time. **Journal of Sociology**, [S.l.], v.51, n.01, p.09-27, mar. 2015.

KOSER, Khalid. **International Migration**: a Very Short Introduction. Nova York: Oxford University Press, 2007.

LAST, John M. **A Dictionary of Epidemiology**. New York: Oxford University Press, 2001.

LEE, Kelley; McINNES, Colin. **Global Health and International Relations**. Cambridge: Polity, 2012.

LEE, Phillipe. Why we should screen immigrants for HIV and hepatitis B: The menace of blood-borne infection requires stronger countermeasures. **The Independent**, Londres, 02 fev. 2014. Disponível em <<http://www.independent.co.uk/voices/comment/why-we-should-screen-immigrants-for-hiv-and-hepatitis-b-9102435.html>>. Acesso em: 07 jul. 2015.

LEMKE, Thomas. **Biopolitics**: An Advanced Introduction. Tradução de Eric Friederick Trump. Nova York: New York University Press, 2011.

LOBO-GUERREIRO, Luis; DILLON, Michael. Biopolitics of Security in the 21st Century: An Introduction. **Review of International Studies**, Aberystwyth, v.34, n.02, p.265-292, abr. 2008.

MACPHERSON, Gushulak. **Migration, Medicine and Health**: Principles and Practices. Ontario: BC Decker, 2006.

MARCHILDON, Gregory P. Canada Health System Review. In: SAGAN, Anna; THOMSON, Sarah. **Health Systems in Transition**, [S.l.], v.15, n.01, p. 01-179, 2013.

MARKS, John. Michel Foucault: Biopolitics and Biology. In: BYGRAVE, Stephen; MORTON, Stephen (Org.). **Foucault in an Age of Terror: Essays on Biopolitics and the Defence of Society**. Hampshire: Palgrave Macmillan, 2008, p.88-105.

McINNES, Collin. National security and global health governance. In: KAY, Adrian. WILLIAMS, Owain David (Org.). **Global Health Governance: crisis, institutions and political economy**. New York: MacMillan, 2009. p.42-59.

METZL, Jonathan M. Introduction: Why against health? In: METZL, Jonathan M. KIRKLAND, Anna (Org). **Against health: how health became the new morality**. Nova York: New York University Press, 2010. p. 01-11.

MILLS, Sarah. **Michel Foucault**. Nova York: Routledge, 2003.

MURPHY, Michelle. Economization of Life: Calculative Infrastructures of Population and Economy. In: RAWES, Peg. **Relational Architectural Ecologies: Architecture, Nature and Subjectivity**. Nova York: Routledge, 2013, p.139-155.

NOVA ZELÂNDIA. **Immigration New Zealand Operational Manual**. Disponível em <<http://www.immigration.govt.nz/opsmanual/>>. Acesso em: 21 maio 2014.

OKSALA, Johanna. From Biopower to Governmentality. In: FALZON, Christopher; O'Leary, Timothy; SAWICKI, Jana (Orgs.). **A Companion to Foucault**. Oxford: Wiley-Blackwell, 2013, p.320-336.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração de Compromisso sobre**

HIV/AIDS. Disponível em: <<http://www.unaids.org.br/biblioteca/Declara%20Pol%20sobre%20HIV%20VIH%20AIDS%20SIDA%202011%20PORTUGU%20CAS.pdf>>. Acesso em: 27 dez. 2013.

PEOPLE, Columba. VAUGHAN-WILLIAMS, Nick. **Critical Security Studies**. New York: Routledge, 2010.

PRICE-SMITH, Andrew T. **Contagion and Chaos: disease, ecology and security in the era of globalization**. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology, 2009.

_____. **The Health of Nations: Infectious Disease, Environmental Change and their Effects on National Security and Development**. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology, 2002.

PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA. **HIV/AIDS**. Disponível em <<http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/index-eng.php>>. Acesso em: 08 maio. de 2015.

ROSE, Nikolas. The Politics of Life Itself. **Theory, Culture & Society**, Londres, v.18, n.06, p.01-30, dez. 2001.

SHILDRICK, Margrit. Vulnerable Bodies and Ontological Contamination. In: BASHFORD, Alison; HOOKER, Claire (Orgs). **Contagion: Historical and Cultural Studies**. Nova York: Routledge, 2001, p.153-167.

SKRABANEK, Petr. **The Death of Humane Medicine and the Rise of Coercive Healthism**. Suffolk: Social Affairs Unit, 1994.

STONE, Brad Elliot. Power, Politics, Racism. In: FALZON, Christopher; O'Leary, Timothy; SAWICKI, Jana (Orgs.). **A Companion to Foucault**. Oxford: Wiley-Blackwell, 2013, p.353-367.

TAYLOR, Chloe. Biopower. In: TAYLOR, Dianna. **Michel Foucault: Key Concepts**. Durham: Acumen, 2011. p.41-54.

THOMAS, Caroline. **Global Governance, Development and Human Security: The Challenge of Poverty and Inequality**. Sterling: Pluto Press, 2000.

UNAIDS - PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE O HIV/AIDS. **The Gap Report**. Disponível em <<http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014>>. Acesso em: 08 dez.2014.

UNAIDS - PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE O HIV/AIDS; OIM – Organização Internacional para as Migrações. **UNAIDS/IOM Statement on HIV/AIDS-related Travel Restrictions**. Disponível em <<http://catalogue.saf aids.net/publications/unaidsiom-statement-hivaids-related-travel-restrictions>>. Acesso em: 02 dez. 2014.

VAUGHAN-WILLIAMS, Nick. **Border Politics: The Limits of Sovereign Power**. Edinburgh: Edinburgh University Press, 2009.

VIEIRA, Moisés Moreira. Cosmopolitismo, Cooperação Internacional e Migrantes Soropositivos: o Estudo do Caso dos BRICS. **Revista de Estudos Internacionais**. [S.l.], v.5, n.1, p.108-119, [...]. 2014.

_____. Regramento da Mobilidade Internacional dos Migrantes Soropositivos: Influências do Conceito Kantiano de Hospitalidade Universal. In: CAMINO, Leôncio; POZZOLI, Lafayette; TRAMONTINA, Robison. **Filosofia do Direito II**. João Pessoa: Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Direito, 2014. p. 329-348.

_____. Segurança Nacional vs. Direitos Humanos dos Migrantes Soropositivos: uma Oposição Intransponível na Resposta ao HIV/AIDS? In: 5º ENCONTRO NACIONAL DA ABRI, 05, 2015. Belo Horizonte. **Anais do 5º Encontro Nacional da ABRI**. Belo Horizonte: Associação Brasileira de Relações Internacionais, 2015.

WIESSNER, Peter; HAERRY, David H. U. **Regulations on entry, stay and residence for people with HIV**: The Global Database on HIV Specific Travel and Residence Restrictions. Disponível em <<http://www.hivtravel.org/>>. Acesso em: 02 dez.2014.

WORTH, Heather. Unconditional hospitality: HIV, ethics and the refugee “problem”. **Bioethics**, [S.l.], v.20, n.5, p.223-232, [...]. 2006.

ZOLA, Irving Kenneth. Medicine as an Institution of Social Control. **The Sociological Review**, [S.l.], v.20, n.04, p.487-504, [...], 1972.