

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

**Educação para a alteridade e a saúde coletiva:
movimentos do fazer-se em uma política de equidade**

GUILHERME DE SOUZA MÜLLER

Porto Alegre, 2024.

GUILHERME DE SOUZA MÜLLER

**Educação para a alteridade e a saúde coletiva:
movimentos do fazer-se em uma política de equidade**

Projeto de tese apresentado como requisito parcial ao doutoramento em Educação, junto ao Programa de Pós-Graduação em Educação, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Roberto Kieling Franco

Linha de Pesquisa: Educação Especial, Saúde e Processos Inclusivos.

Porto Alegre, 2024.

CIP - Catalogação na Publicação

de Souza Müller, Guilherme
Educação para a alteridade e a saúde coletiva:
movimentos do fazer-se em uma política de equidade /
Guilherme de Souza Müller. -- 2024.
211 f.
Orientador: Sergio Roberto Kieling Franco.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Faculdade de Educação, Programa de
Pós-Graduação em Educação, Porto Alegre, BR-RS, 2024.

1. Educação para a alteridade. 2. Saúde Coletiva.
3. Promoção da Equidade em Saúde. 4. Diversidade. I.
Kieling Franco, Sergio Roberto, orient. II. Título.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

CES - Conselho Estadual de Saúde

CF88 - Constituição Federal de 1988

CnaR - Consultório na Rua

CRS - Coordenadoria Regional de Saúde

DAPPS - Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde

eAPP - Equipes de Atenção Primária Prisional

EMSI - Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena

LGBTQIA+ - Lésbicas, gays, bissexuais, Travestis, Transexuais e transgêneros, *queer*, intersexo, assexuais e outras

MS - Ministério da Saúde

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SES/RS - Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul

SESAI - Secretaria Especial de Saúde Indígena

SUS - Sistema Único de Saúde

PES - Plano Estadual de Saúde

PIAPS - Programa Estadual de Incentivos para Atenção Primária à Saúde

PNH - Política Nacional de Humanização

POPES - Política de Promoção da Equidade em Saúde

PIM - Primeira Infância Melhor

PSE - Programa Saúde na Escola

PICS - Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

RAS - Rede de Atenção à Saúde

SasiSUS- Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

RSB – Reforma Sanitária Brasileira

UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UBSF - Unidades Básicas de Saúde Fluviais

Guilherme de Souza Müller

Educação para a alteridade e a saúde coletiva:
movimentos do fazer-se em uma política de equidade

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Educação.

Orientador: Prof. Dr. Prof. Sérgio Roberto
Kieling Franco

Aprovado em: ___ de _____ de 2024.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla

(Escola de Enfermagem e Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul)

Prof. Dra. Claudia Rodrigues de Freitas

(Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul)

Prof. Dr. Elisandro Rodrigues

(Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul)

Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim

(Centro de Ciências Sociais Aplicadas e Humanas, Universidade Federal Rural do Seminário)

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
1. EXCLUSÃO DA ALTERIDADE E A INCLUSÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS.....	20
1.1 Política de Promoção da Equidade em Saúde como possibilidade de ressingularização.....	22
2. CORPOS POLÍTICOS E BIOPOTÊNCIA.....	25
3. EU SOU O MONSTRO QUE VOS FALA: NOVAS VIGÊNCIAS DE SEGREGAÇÃO PARA ANTIGAS ROUPAGENS.....	29
4. OS AFETOS COMO IMPERATIVO ÉTICO.....	33
4.1 O Circuito Político dos Afetos.....	34
4.1. Educação e Saúde como Campos Afetivos.....	37
5. OBJETIVOS.....	40
5.1 Objetivo Geral.....	40
5.2 Objetivos Específicos.....	40
6. METODOLOGIA.....	41
7. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	44
8. A INCLUSÃO DE GRUPOS POPULACIONAIS E O BORRAMENTO DAS FRONTEIRAS IDENTITÁRIAS: A CONTRIBUIÇÃO DO MOVIMENTO LGBT+ E DA TEORIA QUEER.....	46
9. MOVIMENT(AÇÃO) COMO APARECIMENTO E COMO RESISTÊNCIA AO FASCISMO NEOLIBERAL... 50	
9.1 Sistema Capitalista Farmacopornográfico.....	53
9.2 A Arte de Contar Histórias.....	55
10. DE MONSTRUOSOS A ACOLHIDOS POR POLÍTICAS PÚBLICAS.....	59
10.1 Movimentação e Acolhimento das Populações Específicas no SUS.....	59
Tabela 1 - Estratégias de acolhimento das populações específicas em âmbito do SUS Fonte: Organizada pelo autor.....	63
10.2 A Reorganização para o Trabalho das Populações Específicas na SES/RS.....	65
Mapa 1 -Divisão das Macrorregiões, Regiões e Coordenadorias Regionais de Saúde.....	67
10.3 A Construção da Primeira Política de Promoção da Equidade em Saúde do País.....	68
Tabela 2 - Principais problemas apresentados na oficina Vales.....	70
10.4 Implementação e desafios da POPES.....	76
10.5 A POPES como Estratégia para (Mo)ver-se.....	79
10.6 Possíveis Limites da Política de Promoção da Equidade em Saúde.....	82
11. TEXTOS-TESTEMUNHOS: EXPERIÊNCIA DE ESCUTA E IMPLICAÇÃO NO TRABALHO.....	85
11.1 Circuito das memórias.....	85
11.2 Circuito sobre a interseccionalidade.....	91
11.3 Circuito do redesenho das POPES.....	94
11.5 Circuito das afecções.....	95
11.4 Circuito das incertezas e potencialidades.....	100
12. DESFECHO: ONDE A CARTOGRAFIA CHEGOU.....	105
REFERÊNCIAS.....	111
APÊNDICE.....	119
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.....	119

ANEXOS.....	121
1 - Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde (Portaria 512/2020).....	121
2 - Relatório de Construção da Política de Promoção da Equidade em Saúde.....	131
3 - Artigo “Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde como Proposição de Resistência ao Exílio da Diversidade”	189

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, José Augusto Nehme Müller e Mara Rosane de Souza Müller, por sempre dar amor, incentivo e o suporte necessário.

Ao meu irmão, Felipe Müller e a cunhada Gabriela Gomes, meus sobrinhos Lavínia Müller e Valentin Müller, e toda a família por estarem unidos e dispostos a dar amparo em todos os momentos.

À Clarissa Sommer Alves, por me acolher afetivamente e me auxiliar nos momentos árduos da finalização da tese.

Aos amigos e primos que, em especial, estiveram mais próximos nos últimos anos e apoiaram em todas as situações: Sâmara Ancheta, Ohara Reis, Malora Lorenzo, Pietro Ancheta, Brenda Rocha, Max Vinícius, Suanne Souza, Raíssa Barbieri, Jose Henrique Hinkel, Diego Cezar, Vanessa Guerra, Savio Marques, Luan Cuiabano, Ilano Barreto, Estela Junges, Kinberlyn Rodrigues, Renata Pureza, Gibran Knopp, Eduardo Mattos, Nathália Inácio, Jaqueline Machado, Marlusa Silva, Moisés Lopes, Gabriela Dalenogare, Gabriela Zuchetto, Drean Costa, Vanessa Rossoni, Katuscia Ferri, Ana Paula Rosal, Raisia Félix, Luiza Moraes, Vinicius Pasqualin, Marcel Gorski, Jéssica Rosa, Péricles Nunes, Bruno Moraes, Alan Fagundes, Taysa Kuss.

Ao Elisandro Rodrigues, por ter acreditado e ter sido fundamental no último ano de doutorado.

Ao sempre amigo e professor Ricardo Burg Ceccim, por ter sido resiliente, mesmo em momentos difíceis, ter me acolhido desde a graduação, por ter me inspirado nos caminhos da educação.

Aos demais membros da qualificação e da banca final, pela grande contribuição nessa trajetória: Cleber Gibbon Ratto, Marcelo Pedra Martins Machado, Frederico Viana Machado, Claudia Rodrigues de Freitas, Alcindo Antônio Ferla, Sérgio Roberto Kieling Franco.

Aos colegas da Divisão de Políticas de Promoção da Equidade e das Coordenadorias Regionais de Saúde da SES/RS, por toparem compartilhar suas experiências de vida e dessa linda construção coletiva.

Ao lado do poder, há sempre a potência. Ao lado da dominação, há sempre a insubordinação. E trata-se de cavar, de continuar a cavar, a partir do ponto mais baixo: este ponto não é mais a prisão enquanto tal, é simplesmente ali onde as pessoas sofrem, ali onde elas são as mais pobres e as mais exploradas; ali onde as linguagens e os sentidos estão mais separados de qualquer poder de ação e onde, no entanto, ele existe; pois tudo isso é a vida e não a morte.

(Toni Negri, 2001)

RESUMO

A presente Tese aborda o problema do campo moral-social da exclusão da alteridade, da inaptidão do viver juntos e do exílio de determinadas formas de existir. Corpos estabelecidos como anormais, monstruosos, diminuídos do seu poder de afetar e ser afetado, clamando por aparecimento e pelo direito de existir. Amplia, dentre outras lentes, o biopoder sobre os indivíduos e a biopolítica sobre as vidas, que resistem e se movimentam enquanto corpos políticos e multidões. Que se chocam às técnicas de poder normalizantes e de captura do neoliberalismo e de um capitalismo farmacopornográfico, em busca de uma nova circulação dos afetos. Como respostas de iniciativas públicas à exclusão da alteridade, apresentam-se políticas para a inclusão e para a equidade em seus processos de construção. Em 2020, através do movimento de trabalhadores da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS), em prol da redução das iniquidades no SUS para as populações em situação de vulnerabilização, cria-se a primeira Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde (POPES). Tal Política reúne um conjunto de grupos populacionais, sendo a população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais (LGBT+), povos indígenas, população em situação de rua, população negra e quilombola, povos ciganos, população privada de liberdade, população de migrantes e população do campo, entre outras. Essa pesquisa se propôs a cartografar a nova legislação, conjuntamente com os testemunhos dos operadores dessa política, como forma de posicionar sua atribuição enquanto resposta pública, assim como os circuitos de afetos presentes, sua capacidade de acolher a interseccionalidade, de recriar diferentes modos de intervenção e de superar as iniquidades presentes no SUS a partir da constante transformação da vida e da diversidade. Possibilitar, dessa forma, mover-se através de lentes de análise que acolham a imprevisibilidade dos afetos, problematizar sua emergência, suas tarefas e seus compromissos com a existência e resistência de vida de todas as pessoas. Chega-se, a partir dos documentos de políticas para populações específicas, dos documentos de construção de oficinas macrorregionais da POPES e dos testemunhos em uma noção de “educação para a alteridade” e dos “movimentos do fazer-se” como intervenção-formação ou formação-intervenção.

Palavras-chave: Educação para a alteridade; Saúde Coletiva; Promoção da Equidade em Saúde; Diversidade.

ABSTRACT

The present thesis addresses the issue of the moral-social field's exclusion of alterity, the incapacity for living together, and the exile of certain forms of existence. Bodies established as abnormal, monstrous, diminished in their power to affect and be affected, clamoring for visibility and the right to exist. It broadens, among other perspectives, the biopower over individuals and biopolitics over lives that resist and move as political bodies and crowds. These confront normalizing power techniques and capture tactics of neoliberalism and a pharmacopornographic capitalism, seeking a new circulation of affections. As responses to public initiatives for the exclusion of alterity, policies for inclusion and equity in their construction processes are presented. In 2020, through the movement of workers from the State Health Department of Rio Grande do Sul (SES/RS), advocating for the reduction of inequities in the Brazilian Public Health System (SUS) for vulnerable populations, the first State Policy for the Promotion of Health Equity (POPES) was created. This policy encompasses a set of population groups, including the lesbian, gay, bisexual, transgender, intersex, queer, and people of other diverse identities (LGBTIQ+), indigenous peoples, the homeless population, the black and quilombola population, Roma people, the incarcerated population, migrant population, and rural population, among others. This research aimed to map the new legislation, along with the testimonies of those implementing this policy, to position its role as a public response, as well as the present circuits of affections, its capacity to embrace intersectionality, to recreate different modes of intervention, and to overcome inequities in SUS through the constant transformation of life and diversity. Thus, enabling an analysis that embraces the unpredictability of affections, questioning their emergence, tasks, and commitments to the existence and resistance of all individuals. Through specific population policy documents, documents from the construction of POPES macro-regional workshops, and testimonials, a notion of "education for alterity" and "movements of becoming" emerges as intervention-training or training-intervention.

Key words: Education for alterity; Public Health; Promotion of Health Equity; Diversity

INTRODUÇÃO

A formulação da presente tese de doutorado em educação advém do aprendizado com a dissertação de mestrado em Saúde Coletiva. A dissertação foi intitulada “Asilo e Exílio, as casas asilares irregulares e a exclusão do viver juntos na sociedade: minicômios?” Esse trabalho anterior permitiu pensar sobre a situação de abandono e sofrimento de pessoas em casas de repouso sob evidente violação de direitos humanos, mas, sobretudo, detectou-se um “dispositivo” (aquilo que faz funcionar um conjunto de aparelhos sociais) de segregação de pessoas e exclusão da alteridade, tal como no nascimento dos manicômios, agora atualizados em mecanismos sociais entre aceitos e promovidos, de modo a fazer funcionar uma sociedade de expropriação da vida ou das forças de afirmação da vida. Embora a maioria das casas asilares, objeto daquela pesquisa, fossem reportadas como casas de acolhimento e passagem para pessoas com transtornos mentais, sob a alegação de serviços residenciais socioassistenciais, encontrou-se, por meio de censos analisados, diversas populações em situação de vulnerabilização (sob risco pela falta de acolhimento, de promoção e proteção da vida).

Antigos trabalhadores rurais, então sem capacidade produtiva, pessoas idosas, pessoas com deficiência, egressos de “instituições totais”, muitas pessoas negras e pobres, todas igualmente legadas ao asilamento, no mesmo ambiente. Dessa forma, passou-se de uma reflexão sobre a saúde mental e a proposta contemporânea de uma Rede de Atenção Psicossocial, para a detecção de uma ação difusa de segregação de determinados modos de existir, a que se interpreta como exílio das existências em meio a “vida diversa” ou exílio da diversidade. Não se tratando de exilar pessoas, mas modos de existir, modos de cuidar, modos de acolher, modos de aprender. Exílio esse que sugeria, em meio ao contemporâneo, a produção contínua de “anormais” na sociedade, não apenas aqueles que permitiram ao filósofo francês Michel Foucault enunciar a categoria de análise em ciências humanas como “os anormais” (FOUCAULT, 2001), mas ainda outros, os novos anormais. Sujeitos a que se pode rejeitar, negar a sobrevida, alimentação, vestuário, direito à própria higiene e a um leito para dormir, a se somarem na mesma verve de exclusão do direito de afirmar sua existência singular, diversa, de demonstração das fragilidades do vivo em busca de afirmação e do viver juntos, exclusão da própria alteridade, do aprender em meio à vida.

Esses “novos anormais” seriam aquelas pessoas que escapam da subjetividade esperada (ou que resistem a ela) e que não servem para contribuir ao modelo econômico vigente. Configuradas como “monstros”, servem aos diagramas da padronização e segregação. Desse modo, pessoas foram e seguem sendo asiladas, assim como permanece o desafio de ruptura com o instituído, uma vez que ainda se exila o diverso. Uma vez expulsas para fora da convivência comum ou da visibilidade social, as existências desviantes ou indesejadas perdem seu poder instituinte e de afirmação da diferença. Nega-se, portanto, a possibilidade de pertencermos à mesma sociedade de todas as diversidades de corpos, afetos e intelectos.

A continuidade ou a renovação dos anseios da pesquisa nessa direção promoveram, de um lado, a escolha pela localização no mundo do trabalho e, de outro, a decisão por uma nova proposição de estudo, aqui consubstanciada em tese de doutorado, seguindo a preocupação com os dispositivos de arranjo biopolítico (FOUCAULT, 1999) ou de poder sobre os corpos e a vida. A influência dos dispositivos biopolíticos sobre as práticas coletivas de poder e vigilância dos corpos determinam quem frequenta a esfera do viver e do ser deixado morrer. O aperfeiçoamento das técnicas de adestramento ao longo dos séculos até o atual neoliberalismo farmacopornográfico, como denominou Paul Beatriz Preciado (2018a), a constituição do empresário de si, como propõe Maurizio Lazzarato (2021) ou a emergência de uma sociedade do cansaço, como interpretou Byung-Chul Han (2015), trazem um percurso ou trajetória das paisagens psicossociais aos modos de vida e, também, de seletividades das vidas impostas pelo contemporâneo.

Os modos de vida e a seletividade das vidas se agruparam na maior vertigem do contemporâneo, a pandemia de covid-19, como uma profusão de mortes, mas a que se assistiu, de um lado, uma velocidade extremada da ciência na busca de uma vacina capaz de prevenção e, de outro, a tolerância, quando não o incentivo, à morte daqueles que “podiam morrer”. Valorizam-se modos de vida pautados na performance, no esgotamento, no desprendimento da vida com o outro. Também há perda de contato e conexão com a terra, com a existência que envolve não a precariedade das vidas individuais, mas a propulsão que está nas forças que constituem o vivo sobre a Terra, absolutamente em composição com a produção de mais vida, como ilumina Ailton Krenak (2019) em sua instigante abordagem sobre adiar o fim do mundo. Consideradas as raízes ancestrais que geraram a vida na Terra,

as territorializações e as desterritorializações, compete a afirmação da capacidade de reterritorialização nos termos de Félix Guattari, a ressingularização necessária à afirmação da vida em todos os lugares, nos serviços de saúde, nas escolas, nas cidades (GUATTARI, 1992).

Diante dessa questão problemática, foi possível escolher um cenário e tatear possibilidades aproximativas. Percurso longo e difícil, de partir de um olhar simplificado sobre “as diferenças” e chegar a um lugar complexo sobre os poderes resistivos, disruptura e biopotência, como desafia Peter Pelbart (2016). Poderes que se materializam por meio ou através de corpos políticos, que lutam, que se movimentam em coletivos e produção do comum na multidão. A multidão, como na obra de Toni Negri (2004), é fuga total às representações, às capturas, às normalizações ou às identidades. Todo encontro com uma pauta de lutas, produz um plano de comum, mas todo plano de comum retorna e deve retornar à multidão, onde se depara outra vez com a novidade, com a multiplicidade de lutas e projetos de vida. Para expulsar o fascismo, para inventar novos mundos para seus corpos, para resgatar o contato com a terra e com a cidade subjetiva, todas as lutas se singularizam, retornam à multidão e se ressingularizam (GUATTARI, 1992).

No campo moral-social, das forças resistivas de movimentação dos corpos políticos, é que se ampliam as reivindicações de movimentos sociais e grupos populacionais identitários que buscam por conquistas no campo dos direitos e das políticas públicas, onde não vivem sozinhos o afeto da repulsa, da segregação, da negligência, do preconceito e do estigma. O desafio de pesquisa começou a percorrer, então, o caminho de uma política pública na saúde, com pretensão de ser orientado à vida, à afirmação de vidas diversas como potentes em sua diversidade para ensinar a novidade em políticas públicas. Na saúde, as pressões dos grupos sociais ampliaram as estratégias passando de Programas à Políticas, de Assistência Médica à Atenção Integral, chegou-se ao conceito de populações específicas, populações minoritárias, em situação de fragilidade ou expostas à vulnerabilização¹.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) inaugurou o desafio de promover a saúde de forma universal em que o princípio da equidade seria o balizador dos processos de implementação de suas políticas públicas para alcançar toda a população ou todas as

¹ A utilização do termo vulnerabilização, não vulnerabilidade, é a demarcação de que processos sociais, históricos, sanitários e educacionais investem nesta condição, submetem populações, em lugar de apresentar investimentos que reduzam desigualdades de acesso, o baixo acolhimento e a falta de processos inclusivos. Enquanto a vulnerabilidade pode ser entendida como algo da essência de pessoas e grupos, a vulnerabilização evidencia a exposição sofrida pelas pessoas em diversidade, violação de direitos e injustiça social.

diversas populações que compõem a humanidade, os lugares, as instituições. Também para atender às diretrizes de descentralização da gestão, da integralidade da atenção e de participação social na avaliação e decisão sobre políticas e programas. A equidade, incluída dentre os princípios doutrinários do SUS, visa à correlação dos conceitos de igualdade de direitos e de justiça social. Reconhece a desigualdade das condições sociais como limitante do acesso à saúde, estabelecendo estratégias diferenciadas para atender cada qual a partir das suas necessidades. Entretanto, apesar de mais de três décadas de criação do Sistema, as desigualdades que estruturam a sociedade brasileira mantiveram a distância no acesso à saúde quando se considera aspectos como raça/cor/etnia, território, diversidade sexual e de gênero, condição de privação de liberdade, condição socioeconômica e atividade laboral, entre outros.

O presente estudo transcorre no contexto da saúde em busca da problematização da Educação para a inclusão e para a ampliação da equidade nos aspectos relativos às transformações cotidianas, aos territórios da vida e à ressingularização permanente das políticas de saúde. Apesar da ampliação dos espaços de participação popular e controle social com a implementação do SUS e da sua premissa de acolher os diferentes anseios dos seus usuários na qualificação e oferta de serviços, segmentos da população ainda são mantidos politicamente incapazes, pouco opinam, influem ou participam das grandes políticas de saúde, não sendo possível reduzir disparidades no acesso e qualidade desses dispositivos. Acabam sendo continuamente seus objetos, porquanto números ruins à informação em saúde pública, mantendo elevados os números de morte, de adoecimento, de internação hospitalar e de prevalência de indicadores sensíveis à atenção básica.

Na condição de pesquisador-trabalhador, pesquisador em Educação e trabalhador em Saúde, atuando em espaços de planejamento e implementação de políticas públicas de saúde, implicado com as políticas para populações específicas, recebo desafios para a inclusão desses grupos, aqueles ainda renegados pelo acesso e acolhimento com qualidade às ações e serviços de saúde, sofrendo das barreiras do preconceito e discriminação, sob regular negligência de necessidades, inúmeras vezes por motivo de racismo, xenofobia, homofobia, transfobia, capacitismo, etarismo ou sob necessidades de difícil assimilação pela Rede de Atenção à Saúde (RAS) e seus agentes.

No Rio Grande do Sul, em 2020, foi publicada a Política Estadual de Promoção da

Equidade em Saúde (POPES), primeira política de promoção da equidade em saúde do país, apresentando o ambicioso desafio de redirecionar políticas e serviços para ampliar o acesso, enfrentar o preconceito e a discriminação por meio de rupturas morais e da redução de todas as formas de vulnerabilização. Participei da composição da Política e dela participo ao longo de sua implementação. Foram incluídas inicialmente como populações específicas a população de pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transsexuais e outras diversidade de gênero, expressão de gênero e orientação sexual (população LGBT+), povos indígenas, população em situação de rua, população negra, povos ciganos, população privada de liberdade e egressos do sistema prisional, população de migrantes, refugiados e apátridas, e populações do campo, da floresta e das águas.

O estudo se realizou, então, na interface pesquisador-trabalhador, onde a condição de cartógrafo e educador já se somava com os demais atores e fazedores dessa política, uma cartografia de territórios vivos, perscrutando cenários e paisagens psicossociais, uma educação de processos vivos, não apenas a ilustração pelo contato com indicadores epidemiológicos e da iniquidade em saúde. Compreende-se Cartografia, a partir de Gilles Deleuze e Félix Guattari (1997), como o percorrer das raízes de um rizoma; sem um caminho retilíneo, mas como um desdobrar que leva a lugares incomuns, um percurso que suscita sempre mais perguntas e múltiplos modos de fazer. A partir desse referencial, realizou-se a cartografia da POPES e questionou-se, em diálogo com seus operadores cotidianos, o seu fazer enquanto profissional da formulação, monitoramento e avaliação da proposta, suas perspectivas sobre a execução e sobre a implementação.

Acolher a interseccionalidade como princípio, borrar as fronteiras do identitarismo e pensar nas transversalidades e marcadores sociais que compõem os corpos movem os atores da Política, tanto ou mais que os esforços de convertê-la em uma ação programática. Uma política como essa faz circular afetos. Foi assim que Wladimir Safatle (2014) foi encontrado: circuito dos afetos, corpos políticos, desamparo e fim do indivíduo. Uma proposta, no interior da filosofia, para uma “teoria da transformação”. O professor desloca a noção de que transformações políticas são modificações nos modelos de circulação de bens e distribuição de riquezas para sugerir que a transformação política é resultado das modificações na estrutura dos sujeitos, nos regimes de suas economias psíquicas e nas dinâmicas de seus vínculos sociais. Nessa medida, seria um “circuito de afetos”, portanto seria necessário nos

deixarmos afetar pelo que pode instaurar novas corporeidades e formas de ser.

Sobre equidade, Wagner de Souza Campos (2006) realizou uma análise do conceito, concluindo que são duas as vertentes principais, com suas respectivas implicações práticas. A equidade como equivalente a justiça e igualdade ou a equidade como capacidade de estabelecer julgamento e tratamento em conformidade com a singularidade de cada situação. Embora o primeiro sentido seja predominante no campo da saúde, essa forma genérica, que se confunde ao conceito de justiça, parece insuficiente e suscetível a servir a manutenção do poder hegemônico. Desafia-se, desse modo, uma concepção mais ampliada, pensada para além da noção de justiça social, considerando como foram produzidos os sujeitos e não apenas o fato em si, reconhecendo suas questões existenciais e sua historicidade (CAMPOS, 2006).

Referencial significativo para pensar o futuro de uma política de equidade, de tensionar a inclusão de populações e as fronteiras identitárias é o movimento *queer*. Tal movimento traz importantes aprendizados no que se refere às transformações de grupos sociais em torno das questões de gênero e da própria vida. Em seus textos, Paul Preciado (2020a) traz para os escritos as experiências do seu próprio corpo político: as transformações físicas/corporais, seus afetos cotidianos, a extraordinária força necessária para sobreviver sendo um corpo transexual não binário. Vidas inseridas no interior de um sistema de captura que ele alcunha como capitalismo farmacopornográfico. Esse modo de estar no mundo é regido por desejos introjetados que confundem a própria natureza humana. É em resistência ao instituído que a teoria *queer* tensiona o movimento LGBTQ+ acerca do mundo binário que atende unicamente aos anseios das normas heterossexual/homossexual, masculino/feminino, homem/mulher, afirmando múltiplas possibilidades do existir, provocando releituras e outras formas de agir ao movimento social.

Os aprendizados dessas movimentações trouxeram possibilidades interessantes de ouvir os testemunhos dos especialistas sobre a Política. A partir dos referenciais suscitados, da análise de documentos da política de saúde para populações específicas, dos registros das oficinas macrorregionais de construção da Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde e da discussão com os responsáveis pela sua implementação, chegou-se à noção de uma “Educação para a alteridade”, reivindicada para efetivá-la na Saúde Coletiva. São os “movimentos do fazer-se” como uma intervenção-formação ou formação-intervenção, como

parte de uma política de equidade.

1. EXCLUSÃO DA ALTERIDADE E A INCLUSÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

A desigualdade social, a exclusão da alteridade e a inaptidão do viver juntos fabricam sujeitos cotidianamente percebidos, assim como nomeou Michel Foucault (2001), anormais, menos valorosos ou monstros humanos, que se multiplicam por meio do potente controle dos corpos do século XXI. Foucault (2001) traz pistas sobre como os discursos e enunciados definem o modo como esses corpos são punidos, vivendo como forasteiros dentro das cidades ou exilados para instituições totais. O exílio como definido por Montanés (2006) é uma solidão vivida fora do grupo em um estado descontínuo do ser, em situação de discriminação, exclusão e repulsão. A privação sentida por não estar com os outros na habitação comunal. Para tanto, a vida do exilado não necessariamente é nas prisões, largados em casas de repouso, embaixo de pontes e viadutos, longe da vista dos centros urbanos. Ela inicia bem antes, com a expressão de uma vida diversa aos valores vigentes, em um exílio permanente que, conseqüentemente, destina-o ao cerceamento e privação do acesso à educação, à saúde, ao lazer, à vida!

Para compreensão dos corpos anormais que são segregados cotidianamente, procura-se distanciar da sua configuração identitária, de sujeitos remetidos às nomenclaturas, das estratégias especializadas e políticas específicas, para aproximar-se de lentes mais abrangentes sobre a tentativa sistemática de produção de corpos politicamente incapazes, alijados da sua potência de agir. A essa gestão ampliada com saberes e técnicas sobre os corpos Foucault (1999) denominou biopolítica, e é precisamente sobre ela que vai incidir o movimento de resistir como a potência política da vida ou biopotência. Esses corpos resistivos são corpos políticos, que se movimentam em direção às transformações do cotidiano. É através deles que ocorrem as disputas no campo comum das ideias, no campo político, no campo educacional, e que se proclama o direito de existência.

Propõe-se, a partir disso, o aprofundamento do tema das afecções e dos afetos desde Baruch Spinoza (2013), no século XVII, até reflexões contemporâneas de Vladimir Safatle (2014). São os afetos que mobilizam individualmente cada pessoa em busca de expandir sua potência de agir e é em decorrência deles que se reorientam e se redefinem as pautas nas agendas políticas e sociais, fazendo com que a reivindicação desses corpos efetivamente reverbere, não apenas nas políticas públicas, mas também em mudanças nas concepções

éticas e morais para uma vida mais plural. É como o impulso vital que movimenta os corpos políticos em direção às transformações do cotidiano. Saflate (2014) defende que essas transformações coletivas e políticas não dependem apenas de modelos de circulação de bens e riquezas, mas do circuito dos afetos. Para ele é necessária a mudança da dinâmica dos vínculos sociais, da transformação de corpos individuais, coletivos e corpos políticos para instaurar novas formas de ser. Do contrário, sem a movimentação dos afetos que impulsionam a vida, cada existência diminuída de seu poder termina por ser condenada à invisibilidade. Aqui, acolhendo e ampliando essa reflexão, pode-se pensar a centralidade do circuito dos afetos como impulso para mover indivíduos e populações em prol da superação da exclusão, tecendo novos circuitos de alteridade.

Corroborando a essa discussão, “A vida dos homens infames” narrada por Michel Foucault (2006) nos ajuda a iluminar diversas existências nos séculos XVII e XVIII que, não fosse o acesso a poucos registros sobre suas vidas, estariam fadadas ao esquecimento. Suas vidas foram resgatadas pelo autor através de notícias, fragmentos, referidas em palavras breves e violentas. São pequenos textos que serviram de instrumentos para expressões de gritos, gestos, intrigas, atitudes, astúcias (Foucault, 2006, p. 206-207), de modo que a representação desses corpos pode ser descrita exatamente porque houve um ponto de interface ao poder instituído naquele período. O filósofo esclarece que foi através da resistência e do confronto aos poderes que se pode iluminar aquelas trajetórias, mesmo que de forma trágica. É o confronto, enquanto impulso de vida, capaz de mo(ver) corpos políticos, ainda que ela continue a ocorrer, muitas vezes, pelo desfecho dos homens infames.

No campo de disputas das políticas públicas, as práticas violentas e excludentes do Estado brasileiro acentuaram-se a partir de 2018 com o empobrecimento populacional e o respaldo institucional aos discursos de ódio, juntamente com a pandemia global de Covid-19, uma vez que certos grupos populacionais foram mais afetados que outros na exposição à morte. Para Saflate (2020) uma política de morte foi declaradamente instituída, acelerando a mortificação e a mortalidade de corpos, assemelhando-se aos períodos mais horrendos da história, tal como o contexto nazi-fascista. Em meio ao neonazismo insinuante, o autor identifica a presença de um Estado Suicidário (Virilio, 1976 apud Saflate, 2020, s.p) ou mesmo uma nova banalização do mal (ARENDT, 1999). As populações empobrecidas, vulnerabilizadas e “diversas” continuam sendo o alvo prioritário dessa eliminação.

Nas últimas duas décadas, na tentativa de resposta face às movimentações sociais diante da permanente exclusão da diversidade, houve a criação de políticas públicas de saúde para populações específicas, que procuraram avançar na redução das iniquidades por meio de estratégias como a inauguração de serviços de saúde específicos, novas práticas de educação em e na saúde, melhoria dos dados, combate à discriminação e ao preconceito e visibilização da maior diversidade de segmentos populacionais. Embora assertivas diante de situações pontuais no âmbito do acesso e qualidade a saúde, a macroestrutura de iniquidades sociais segue inalterada.

Além disso, constata-se que a análise das políticas públicas de saúde somente por meio de dados epidemiológicos ou de cenários pré-existentes é insuficiente para compreender os processos moventes do circuito político dos afetos, bem como os processos de exclusão em seu círculo mais íntimo. Mesmo com alguns avanços nas informações prestadas sobre a saúde das populações vulnerabilizadas, somente os números não indicam nuances e transformações dos territórios da vida. Dessa forma, justifica-se a intenção de perscrutar os movimentos que tal iniciativa incita no campo das políticas públicas e do próprio território dessas vidas. Desta forma a presente pesquisa agrega à área da saúde coletiva contribuições do campo educacional e das ciências humanas, na busca por lançar novas lentes de pensamento às políticas, aliando equidade e inclusão. Assim, parece interessante contrastar uma política de equidade com uma política de inclusão (nada sobre nós, sem nós) das populações “anormais”, trazendo suas linguagens do cuidado, da educação em saúde, da participação na formulação de políticas.

1.1 Política de Promoção da Equidade em Saúde como possibilidade de ressingularização

Diante de um cenário de retrocessos em políticas sociais em âmbito federal e de austeridade fiscal em âmbito estadual, o Governo do Estado do Rio Grande do Sul, por meio da Secretaria Estadual da Saúde, instituiu, em 29 de julho de 2020, a Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde (POPES). Tal política nasce fruto de uma construção coletiva a partir da movimentação de servidores responsáveis por atuar tecnicamente no desenvolvimento de políticas para populações específicas ou em situação de vulnerabilização. Em seu planejamento, ocorreu a ativa participação de diferentes atores

identificados com a pauta, dentre profissionais, movimentos sociais, conselhos de saúde, militantes e usuários dos e serviços públicos de saúde. Dessa forma, foi organizado um documento de formulação da política (Portaria SES 512/2020) a fim de unir pontos indispensáveis para a redução das desigualdades no acesso à saúde para essas populações, além das especificidades e bandeiras de luta ainda não efetivadas no contexto do SUS.

Dentre as ações já implementadas a partir da implantação da política está a criação de ações afirmativas na SES/RS com a inclusão de cotas para indígenas e pessoas transgênero em cursos e concursos, o financiamento de projetos de promoção da equidade e enfrentamento da discriminação e do preconceito em âmbito municipal, a implantação de serviços especializados como a de ambulatório para o processo transexualizador e a gestão participativa com a criação dos comitês técnicos estaduais das populações específicas. Além disso, pode-se citar, a partir da vigência da POPES, o fortalecimento das ações já em andamento, como o aumento do financiamento dos recursos da atenção básica à saúde para indígenas, quilombolas, privados de liberdade no sistema prisional e o aumento do corpo técnico de servidores para o trabalho com as populações específicas (ainda que em número insuficiente).

Nesse sentido, uma das apostas da pesquisa foi realizar uma análise cartográfica que acolha a imprevisibilidade dos afetos, das diferentes conformações dos corpos políticos e do devir da vida, como forma de potencializar investigação em políticas públicas, em especial a Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde no Rio Grande do Sul. Possibilita-se uma análise dos limites da política, problematizando o pertencimento às identidades (onde a subjetividade se encontra ameaçada de paralisia) ou aos processos de subjetivação e ressingularização permanente (onde a construção de uma relação particular de afirmação da vida pode ser feita e refeita todo dia).

A pretensão da implementação plena de uma política da equidade requereria reengendrará-la constantemente, aquilo que Félix Guattari chamaria uma “cidade subjetiva” (Guattari, 1992, p. 70), que engaja tanto os níveis mais singulares dos indivíduos quanto os níveis coletivos (uma população não numeramentalizada, tampouco vertida em recortes identitários com cada “anormal” em sua “política”). De fato, tratar-se-ia de tomar todo o porvir das políticas de equidade, ressingularizar a inclusão, fazê-la conquistar o “poder de agir” sobre instituídos, estados de direito, políticas normativas em saúde ou em educação.

Destacar então o poder de disruptura, de desmanchamento de mundo e de invenção de mundo que a alteridade promove.

Qual a potência de uma política de equidade para fazer enxergar e incidir sobre a frenagem no exílio de novos anormais, pavimentar territórios seguros às pessoas condenadas à infâmia e ainda incitar novos olhares, mais acolhedores e capazes de ressingularização da própria política? Quais são os afetos que incidem sobre os operadores responsáveis por implementar uma política para a promoção da equidade em saúde? Como continuar a provocar interfaces, encontros potentes, indispensáveis para a movimentação desses usuários das ações e serviços públicos de saúde, atores implicados na necessidade de uma atenção à saúde e produção de qualidade de vida mais equânime porque mais diversa? Ou ainda, qual a capacidade de acolher a interseccionalidade² e a transversalidade, deslocando o olhar dos fazeres estritamente identitários e específicos?

Parte-se do suposto de que o desalojamento técnico-científico é possível e é necessário, que uma política de equidade opera nesse sentido e que o resultado desse desalojamento é inclusão da diversidade como devir³, não como forma, na recomposição daquilo que há por fazer. Acolhe-se um suposto fato de que o desacomodar técnico-científico da saúde no contato com corpos minoritários incita à renovação das políticas de saúde e movimenta os corpos à educação para alteridade na formulação de novas ou outras políticas de saúde. A proposição do estudo não foi a de responder sobre rumos e destinos de uma política de equidade, assim designada na organização das políticas públicas de saúde, mas de problematizar sua emergência, suas tarefas e seus compromissos com a existência e resistência de vida de todas as pessoas.

² Para Collins (2021), refere-se às relações interseccionais de poder entre sociedade e indivíduo, formada por categorias através da raça, etnia, classe, gênero, orientação sexual, nacionalidade, faixa etária, renda etc – sendo elas inter-relacionais. A combinação desses fatores agrava a experiência de um grupo conforme a composição desses elementos.

³ Deleuze e Guattari (1997) se reportam ao devir como relação, ao entrar em contato com o fora, que implica necessariamente em mudar. Algo que se opõe ao estável, ao eterno, ao binário, ao idêntico, ao constante. É pura heterogeneidade, transformação, multiplicidade, singularidade, imanência.

2. CORPOS POLÍTICOS E BIOPOTÊNCIA

No curso "Em defesa da sociedade", Foucault (1999) remonta a história acerca da apropriação sobre a vida para suprimi-la, ao se referir ao poder dos soberanos no século XVII para causar a morte de alguns e deixar viver para outros, em decisão exclusiva dessas figuras. A historicidade trazida pela obra auxilia na compreensão sobre quais determinados modos de vida foram aceitos e defendidos, e os diferentes motivos que levaram às mudanças dessa configuração ao longo das décadas. Com o passar do tempo, segundo o autor, a transformação das técnicas de poder a partir da revolução industrial e do sistema capitalista deslocou também a técnica de poder sobre a vida, de modo que se necessitou fazer viver para que o trabalho, essencial para a prosperidade do sistema, pudesse ter corpos saudáveis e produtores. Ao mesmo tempo se intensificaram as mortes e as guerras em nome da defesa da sociedade e das raças. Em sentido contrário, ao estudar os corpos anormais, corpos excluídos do olhar social do século XIX como loucos, vagabundos, criminosos, Foucault (1999) identifica setores que, de modo geral, não compõem os corpos produtivos e dóceis esperados nesse momento da história. Ao contrário, são populações que lutam pelo direito de serem diversas e por habitarem outros mundos.

Ainda sobre a modernidade, Foucault (1999) promoveu importantes reflexões referindo-se ao deslocamento do poder sobre os corpos. Uma delas aborda o modo como a biopolítica vigente passou a proteger a vida, no qual inclui-se políticas para a promoção da vida e da saúde. Para Foucault (1999) a biopolítica lida com as populações e suas estratégias e tecnologias de saber e de poder. Ela vai intervir em fenômenos mais gerais/globais, e menos individuais, como exemplos de necessidade de intervenção nas taxas natalidade, de mortalidade, através de técnicas reguladoras, disciplinares.

Como exemplo prático da proteção da vida, no caso brasileiro, pode-se referir as inúmeras políticas de saúde produzidas e aperfeiçoadas no século XX e XXI, como a garantia da saúde universal pelo Estado e o Sistema Único de Saúde. Por outro lado, as iniquidades se mantêm presentes e deixam à deriva, muitas vezes, os corpos diversos e considerados improdutivos, que constantemente frequentam a esfera do deixar morrer. Foucault (1999) refere que o próprio suicídio, que até o século XIX era apontado como crime – afinal, a decisão sobre vida e morte era um direito do soberano – passa a ser uma escolha ou um

direito individual. Desse modo, percebe-se, por um lado, a preocupação com a saúde e a proteção de determinadas existências e, por outro, um contínuo deixar morrer dos corpos que são abandonados pelo Estado, excluídos dos direitos fundamentais, cansados do modelo exploratório e hierarquizado da vida e exilados para locais longe do olhar social, à *mercê* da selvageria, da sobrevivência às suas custas e a espera da própria morte.

Outro ponto fundamental para a discussão de Foucault (1997) acerca da biopolítica é o sistema capitalista e o desenvolvimento do liberalismo. Esse seria um modo de fazer, um princípio e método de exercício de governo. Não como um Estado soberano, como um dia já fora, mas como uma sociedade que governa a si e que propõe a presença do Estado em situações mínimas para seus objetivos. É essa “sociedade” como ideia difusa, e ao mesmo tempo difícil de atacar e resistir, que determina onde o governo deve ser justificado e onde o Estado está em excesso ou em demasia. Poderíamos inferir como um Estado que funciona na manutenção do capital e que vacila na promoção da inclusão. Um lugar a serviço da manutenção do *status quo*.

Ainda ao propor a relação entre biopoder e capitalismo, Michel Foucault (1999) concede um campo de possibilidades para a discussão dos modos de “escape” dos grupos diversos nas sociedades antigas até as atuais, de modo que se amplia o olhar no que se refere ao poder exercido sobre os corpos e sua segregação, o que remete novamente ao resgate feito pelo autor da vida dos homens infames. O ponto de maior concentração de energia, de maior intensidade de suas vidas, é onde se chocam com o poder, determinando assim os seus destinos. Portanto, pode-se sugerir um paralelo entre os homens condenados à infâmia e a vida atual de alguns segmentos populacionais, como pessoas em situação de rua, transexuais, negros periféricos, que por sua condição de invisibilidade, ressurgem em páginas de jornais ou em programas policiais de televisão vinculando suas existências a episódios de confronto em operações da polícia, massacres, assassinatos, estupros. Corpos abandonados, à própria sorte, existências desinteressadas à sua história e passado, que ganham visibilidade na medida em que perturbam o biopoder e a governamentalidade.

Segundo Foucault (1999), o biopoder foi fundamental para o desenvolvimento do capitalismo através da sujeição de corpos docilizados. O autor remonta, a partir do século XVIII, às instituições de poder que ganharam notoriedade em todos os níveis sociais, como a escola, a família, a polícia, o exército, a medicina, garantindo efeitos de hegemonia e relação

de dominação. A hierarquização e a segregação são consequências das normas atribuídas de biopoder. Como mencionado, chama-se a atenção para a novidade das condições de existência; da saúde individual e coletiva. Segundo ele, o biológico passou, pela primeira vez na história, a refletir no político. O corpo passa a ser campo de controle do saber e de intervenção do poder (Foucault, 1999, pg.133).

Portanto, o poder passa a gerir o vivo, sua medição, qualificação, hierarquização, mais do que se manifestar sobre a morte: “Uma sociedade normalizadora é o efeito histórico de uma tecnologia de poder centrada na vida”(FOUCAULT, 1999, pg.134). É por meio da gestão da vida que se medicalizam corpos, que tornam mulheres como responsáveis pela solidez familiar, pela saúde dos seus filhos; é por meio dela que ocorre a psiquiatrização da perversão; o controle da natalidade. Para o filósofo isso ocorre através da junção do “corpo” e “população”, sendo o sexo um alvo central do poder.

É no livro “Vigiar e Punir” que Foucault (2009) detalha os métodos de controle dos corpos. Traz a figura do soldado do século XVIII como aquele que se aproxima de uma máquina, um corpo assujeitado e treinado a cumprir com as determinações hierárquicas. Um corpo que é útil na mesma proporção que obedece, que é “dócil”. Há um investimento político e detalhado do corpo, que serve a um propósito de sociedade e de um sistema econômico. Também nesta obra o autor insere a figura do panóptico, o sujeito que tudo vê, treinando e modelando sujeitos a agirem como se tivessem sempre sendo observados. Muitas estruturas arquitetônicas do século XVIII seguiram o modelo do panóptico. O modelo é replicado nas casas, nas escolas, no trabalho, tornando os corpos disciplinarizados e uniformes.

A partir desse apanhado histórico, de ferramentas e reflexões em Foucault, que incide um elemento de poder resistivo, essencial para a discussão nessa pesquisa: os corpos políticos. De maneira que, tem-se, por um lado, sociedades normalizadas, docilizadas, disciplinarizadas por tecnologias de poder centradas na vida; por outro, tem-se populações de corpos revolucionários, que “escapam” a esse poder, com potencial de incidir sobre o instituído enquanto multidões. Pelbart (2016) observa que é a partir desse poder permanente e mutante sobre a vida (biopolítica) que se pressupõe a incidência de corpos políticos que vão de encontro e incidem outros poderes resistivos (biopotência). O autor refere que esses corpos inventivos, que produzem resistência, novas formas de cooperação,

costumes, crenças, não são próprios de gênios, mas do sujeito comum. Até mesmo determinadas existências em estado de sobrevivência podem ser produtoras de biopotência, pelo qual o corpo acaba sendo o seu único capital. É própria força, afirmação viva, potente, afetiva, política!

É sobre a atuação de corpos políticos e biopotentes que se propõe cartografar uma política pública para a equidade. Do contrário, ações aparentemente geradoras de “conquistas” orgânicas, sejam elas na saúde ou na educação, podem ser meramente paliativas e de conservação do *status quo*, servindo ao poder instituído ou à biopolítica vigente. Por isso e, sobretudo, propõe-se o cuidado em demonstrar que nem todos os avanços na esfera dos direitos das e para as populações são terrenos produtores de ruptura e podem estar à serventia da permanência do mesmo modelo, ou da consolidação de técnicas de disciplina e controle dos corpos.

3. EU SOU O MONSTRO QUE VOS FALA: NOVAS VIGÊNCIAS DE SEGREGAÇÃO PARA ANTIGAS ROUPAGENS

Michel Foucault (1997) revelou as práticas de segregação e mortificação de corpos ditos “anormais” por meio do poder psiquiátrico e suas instituições de vigilância e controle nos séculos XVII a XIX. Em sua análise, o autor remonta três personagens: o monstro humano, o indivíduo a corrigir e o onanista. A justificativa é que esses corpos representavam uma ameaça à sociedade e, por isso, teriam escrutínio jurídico e médico. Além disso, a teoria geral da “degenerescência”, a partir do livro de Benedict-Augustin Morel (1857), vai servir como justificativa moral e social para todos os métodos de intervenção aplicados sobre os corpos *anormais*.

Para Foucault (1997) o monstruoso pressupõe a anormalidade descrita em laudos biológico-jurídicos. Esses documentos consideravam que alguns corpos eram merecedores de sentenciamento, pois causavam uma dupla infração, descumprindo leis da sociedade e leis da natureza, como no exemplo de pessoas pejorativamente chamadas hermafroditas, termo cunhado para denominar pessoas intersexo, aquelas cujos corpos possuem variações biológicas em relação às características binárias atribuídas ao macho ou fêmea. Foucault conta que esses casos desafiavam juristas e médicos, que construíram argumentos de periculosidade, fundados em infração e doença: “não remete pura e simplesmente à lei, mas não a suspende tampouco; arma-lhe ciladas, suscitando efeitos, disparando mecanismos, apelando para instituições parajudiciais e marginalmente médicas” (Foucault, 1997, p. 42).

Outro personagem analisado pelo autor dentre os anormais é o indivíduo a corrigir, produto das técnicas de disciplina e adestramento dos corpos aplicadas nas escolas, no exército e nas famílias. Foucault (1997) observa que a partir da busca pela correção desses corpos houve a criação de instituições específicas para o adestramento e a utilização do método de interdição judiciária, que extrai o direito dessas pessoas em decidirem sobre suas vidas. O enclausuramento, embora fora das leis, possuía a roupagem de reformatório como justificativa. Dentre os grupos mais afetados estariam os assim conhecidos por surdos-mudos, os deficientes intelectuais, os cegos, os nervosos, os desequilibrados. Mais tarde, em “Vigiar e Punir”, Foucault (2009) detalha com mais precisão essa figura enquanto “delinquente”.

O último personagem seria o onanista ou a criança masturbadora, que tem relação

com novos parâmetros familiares no século XVIII. Ele surge do aparecimento da sexualidade nas crianças e o julgamento moral da sociedade sobre os seus pais. Isso se estabeleceu a partir das novas relações da industrialização sobre o corpo produtivo, em detrimento do corpo do prazer e as novas vigências morais da medicina sobre a patologização da sexualidade. Outro aspecto é a constituição das novas relações entre pais e filhos com a saúde do corpo e do corpo sexual. A vigilância recai sobre crianças e adolescentes na descoberta da sexualidade e a culpa é direcionada aos seus pais pela falta de fiscalização e negligência na criação. Para Foucault, aí nasce a família incestuosa e sexualmente reprimida das sociedades atuais.

Os corpos anormais delineados por Michel Foucault carregam características semelhantes a de monstros cotidianos, paralelo adotado nesse estudo para chamar a atenção a respeito do julgamento moral sobre determinadas populações postas à margem. Isso por que a dupla penalidade segue sendo aplicada com o sentenciamento e aprisionamento em massa de diversas populações como negros, quilombolas, transexuais, pessoas em situação de rua, imigrantes, indígenas etc. Além disso, observamos a tentativa incessante de correção por parte do Estado, das sociedades, dos indivíduos. A interdição dos corpos, a exclusão do direito de decidir sobre sua própria vida, a medicalização com identificação de novas doenças e psicopatologias; tudo faz parte da negação cotidiana da alteridade. São poderes instituídos e modos de agir seculares que se mantêm para servir aos mesmos propósitos, mantendo atuais os conceitos provocados por Foucault (2009) em “Os Anormais”.

Na mesma direção, a movimentação dos corpos é cotidianamente barrada pelo biopoder e a biopolítica, que reprimem-na severamente. Como demonstração, trazemos formulações de Paul Preciado, estudioso das questões de gênero e da teoria *queer*, que elabora questionamentos ensurdecadores acerca do instituído. No ano de 2019, participou de um evento internacional que tratava sobre as questões das mulheres na psicanálise. Sua fala, publicada no livro: “Yo soy el monstruo que os habla: informe para una academia de psicoanalistas”, foi assistida por cerca de 3.500 psicanalistas que, em sua maioria, externalizaram descontentamento com as argumentações expostas a respeito da parcela de responsabilidade da psicanálise com a padronização do mundo binário. Para Preciado (2020), não há o reconhecimento dos profissionais analistas sobre sua influência nas transformações

da epistemologia sexual e de gênero, que exclui e deixa de fora muitas expressões da vida, como a do próprio filósofo. Paul afirma viver na pele de um monstro construído pelos discursos e práticas clínicas. Então sugere que, ao invés de mulheres, o evento poderia tematizar a necropolítica do poder discursivo dos psicanalistas brancos, heterossexuais e burgueses que criaram o “humano universal”.

Preciado (2020b) se refere à psicanálise de Freud e Lacan como não universais, que legitimam a superioridade de homens brancos europeus. Que buscam, desde o pré-natal até a velhice, os diagnósticos e sinais de desvios à norma, assim como os sinais de não binarismo. Em sua vida, como define o filósofo, a testosterona afirmava a passagem de um lugar para outro lugar, por isso decide abandonar gradualmente o uso das substâncias, a fim de afirmar uma inconformidade com a diferença sexual; sair da binaridade seria como sair da esfera do humano. O autor diz perceber claramente a violência das normas, e afirma que, para decolonizar-se e desidentificar-se, foi necessário sentir a repulsa social. Estar fora do regime sexual imposto é mais satisfatório do que o reconhecimento de analistas de sua saúde por estar dentro da norma.

Preciado (2020b) se sente um desertor, um monstro que não condiz com a binaridade esperada pelos analistas e pela sociedade. Por ter sido mulher, depois um homem trans e hoje se declarar uma pessoa trans não binária, refere algumas vezes em seu discurso o desprezo proferido à sua vida, devido a sua não escolha pelo “mundo” masculino ou feminino e ao seu inconformismo com o regime binário heteropatriarcal. Atribui aos especialistas a epistemologia do regime da diferença sexual, este que seria o conjunto das convenções, representações, instituições, discursos culturais; o que é verdadeiro ou falso. O mal-estar causado por sua fala, a tentativa de o calar, é decorrente da sua condição de “disfórico de gênero”, o que, para o autor, poderia ser um prenúncio da crise epistemológica da psicanálise contemporânea.

Preciado (2020b) tece críticas a vertentes feministas, com o argumento de que gênero e liberdade sexual não podem ser uma distribuição mais justa da violência, como aqueles que lutam por uma distribuição mais igual de tarefas entre homens e mulheres. Isso seria optar por uma visão mais popular de opressão. Tanto Foucault (1997) quanto Preciado (2020b) reafirmam os movimentos científicos e intelectuais como determinantes na instauração de modos de viver desde séculos passados. A biopolítica sobre os corpos

determina quem serão os novos monstros e conclama por uma nova forma de inventar mundos através da academia, políticas de Estado e territórios sociais. Preciado (2020) diz que sua força de sobrevivência não provém da psicanálise ou da psicologia, mas ao contrário, dos livros punks, feministas, lésbicos e antirracistas. O que pressupõe, portanto, que a proposição de um novo circuito dos afetos de incorporação de força vital para as minorias inicia por dar voz (dar poder, tirar do exílio) aos próprios “monstrificados” e se abrigar na diferenciação em detrimento da normatização e reprodução.

4. OS AFETOS COMO IMPERATIVO ÉTICO

Baruch Spinoza (2013), no século XVII, define, pela primeira vez, os afetos como propriedade humana e rechaça as ideias de que afetos são vícios, vãos, horrendos e opostos à razão. Tudo o que era percebido como impreciso e incompreensível, como a inveja, a ira, o ódio, o amor, agora é percebido como *afectos* com origem e efeitos. Spinoza (2013) conseguiu, através da Teoria dos Afetos, a passagem de um domínio de teorização e abstração para a experiência prática, trazendo os afetos para o mesmo plano das leis universais da natureza, denominado por ele de campo de imanência.

O filósofo afirma que as paixões explicam a alegria, a tristeza e o desejo, sendo esses os afetos primários, que serão a base de todos os outros. São forças que nos fortalecem e nos enfraquecem. Que nos alegram e nos entristecem. A abertura ao que nos perpassa e nos toca ou aquilo que nos contrai, nos imobiliza e freia nossa essência. Spinoza (2013) refere que estamos em um esforço contínuo de manter nossas relações, de perseverar em nosso ser, e a esse esforço denominou *conatus*. A consciência do apetite e do *conatus* chamamos desejo. Somos móveis, buscamos ampliar nossos afetos e nos expressar enquanto corpos e mentes em conexão. Somos uma busca ativa pela afirmação da vida!

Então por que não vivemos o dever e transformamos práticas representacionais e imagéticas? Em “Crepúsculo dos Ídolos”, Nietzsche (2017) revela que qualquer explicação nos é preferível à falta de explicação. Para o autor, nos sentimos tranquilizados, satisfeitos e poderosos ao reduzir o desconhecido a outro conhecido. É a partir dessa limitação e de séculos do medo do desconhecido, do caos e do diverso que constituímos os pilares da sociedade, apartados da nossa potência de vida. Para o autor o ressentimento é quem anula nossa construção inventiva do mundo e que cria constantemente barreiras contra os princípios revolucionários e disruptivos. É a partir dessa elaboração que pensar a saúde, para Nietzsche (2017), não é contrapor-se à doença, mas contrapor-se ao ressentido. Ou, para Spinoza (2013), o esforço de afetar e ser afetado.

Dessa forma, a produção de vida ocorre em terrenos afetivos a partir dos encontros. Portanto, a promoção da alteridade só seria possível no estabelecimento de campos afetivos potencializadores, em detrimento de um contexto social negativo e de paixões tristes. Nesse sentido, a interface compõe um conceito-imagem para práticas inventivas de interação entre

as diversidades que compõem as populações minoritárias. Ceccim (2021) complementa que interface é transversalidade, passagem, comunicação, conexão entre diversidades. A proposição da interface e da movimentação dos corpos políticos então seriam a busca contínua de todos nós, educadores, militantes, profissionais de saúde, pessoas com deficiência, surdos, camponeses e ciganos. Seria o próprio *conatus* para Spinoza (2013). É o lugar onde a vida não estabelece fronteiras, é quando o desconhecido é o cotidiano, é quando o diverso é a própria vida em potência.

4.1 O Circuito Político dos Afetos

Para além da dimensão individual, os afetos impulsionam coletivos, que são determinantes na esfera política. Vladimir Safatle (2015) introduz o conceito de circuito dos afetos para tornar compreensível que a política, para além da circulação de bens e riquezas, é o resultado da circulação dos afetos. É através dela que determinada sociedade compõe a visão sobre os acontecimentos do mundo. De outro modo, o que é valioso e o que é invisível ou descartável em uma população determina as ações políticas estabelecidas para ela. Para o autor, a política não opera no espaço vazio, mas em mundos tomados como fantasia, representação, significação e trajetos de afetos corporais. É nesses intermeios saturados e instáveis que se pode operar transformações, colocando-se novos corpos em seu lugar. Opera-se na desestabilização de espaços rígidos e repetidos, criando novos afetos e efeitos.

Para exemplificar como questões afetivas estruturais entram na agenda pública, pode-se citar a movimentação antirracista iniciada em 2020 nos EUA impulsionada pelas imagens e vídeos que correram o mundo sobre a morte violenta de George Floyd. Esse circuito de afetos reverberou na criação do movimento político global “*black lives matter*” que modificou a agenda pública de muitos países com relação ao racismo e a violência policial. Da mesma forma, a luta atual pela sobrevivência dos povos originários e a proteção das florestas toma o cenário político brasileiro e mundial com as imagens do sofrimento do povo Yanomami e dos rios contaminados pela invasão do garimpo ilegal. São exemplos que podem se somar a outros, como o Movimento pela Reforma Sanitária que reverberou na

construção do SUS ou os próprios movimentos de populações em situação de vulnerabilização na luta por seus direitos sociais.

É fundamental perceber o domínio político como fruto de incorporação. Não há política sem corpos em relação: “habitamos o campo político como sujeitos corporificados e, por isso, como sujeitos em regime sensível de afecção” (Safatle, 2015, p. 101). É através das relações sensíveis que obtemos a capacidade para disputar outros modos de vida. Safatle (2015) demonstra quais são alguns afetos que causam determinadas formas de agir. Com base no pensamento de Freud, o autor argumenta que o desamparo seria um interlocutor ligado a um afeto político primordial que é o medo. Este se ligaria às fantasias de amparo e segurança, que são importantes organizadores de demandas políticas. Para Safatle (2015), em consonância com Spinoza (2013), o medo seria uma tristeza instável, a expectativa futura de que um mal ocorra, enquanto a esperança seria uma alegria instável, a expectativa futura de que um bem ocorra. São relações de tempo de valência invertida. O medo paralisa o indivíduo, sendo esse um afeto bloqueador, como a esperança seria outro afeto de mesmo efeito, pois pertencem ao mesmo plano. Entender as consequências desses afetos é primordial para que se opte por determinados modos de se relacionar em detrimento de outros.

Já o domínio do poder se estrutura em duas dimensões, não apenas na culpa e coerção, mas no êxtase e gozo. Dessa forma, quando vinculado a uma forma de dominação, o poder melancoliza e bloqueia o sujeito. Entretanto, segundo Safatle (2015), o poder nunca se estabelece unicamente no medo, pois a positividade e a promessa de superação - nesse caso, a expectativa de amparo e segurança - garantem a duração das suas estruturas. Dessa forma, o papel do poder, em meio à circulação dos afetos, é o de organização desses afetos. Para compreendê-lo, é preciso entender os afetos que o circundam e, para mudá-lo, é preciso estabelecer outras formas de se afetar. Como deslocar os modos "tradicionais" de se fazer política? Como criar outras relações afetivas na produção dessas políticas?

A despeito da temporalidade, segundo Safatle (2015), esta seria a expectativa de um acontecimento. Ela pode estar implicada no medo ou na esperança que, como referido, paralisam os sujeitos, tendo cada corpo seu modo de experimentar o tempo. A potencialidade do instante é abdicada pelo tempo da espera do acontecimento, formando corpos políticos providenciais ou fantasmáticos. O autor então propõe pensar corpos abertos

à sua própria espectralidade do tempo, um devir sem tempo; corpos desamparados em des-identificação sem a capacidade de estabilizar. Corpos que constroem presença mesmo quando parece improvável, que produzem abertura social à multiplicidade sem recorrer à unidade do indivíduo. Para o autor, a imanência própria ao governo da multidão é um devir sem tempo.

Os corpos políticos são corpos turbulentos, que possuem capacidade de apropriar o tempo para colocar momentos dispersos em sincronia com a continuidade política do presente: “mesmo quando o caráter vetorial do tempo histórico for pensado sob o signo da revolução e sua nova ordem do tempo, ele nunca deixará de operar como uma recuperação de dimensões esquecidas do passado, de promessas que haviam ficado à espera de outro tempo”. (Safatle, 2015, p. 108) Esse corpo espectral com temporalidade múltipla deve ser capaz de se libertar dos fantasmas da identidade coletiva e de não responder apenas por demandas identitárias, mas por demandas gerais do reconhecimento. De outro modo, a indeterminação espectral dos corpos políticos faz da pulsação anômala do tempo as múltiplas formas de presença e (re)existência.

Desse modo, apresenta-se, com a implementação da POPES, um ambicioso desafio de superar fragmentações identitárias em busca de um protagonismo do viver junto, do cuidado ao diverso. Seria a reunião dos diversos corpos políticos, com toda a potência a partir do curso desses afetos, em prol de uma reversão da exclusão e do exílio da alteridade. Pretende-se, nesse sentido, mapear enquanto se produz afetos a partir dos atores que compõem essa fase inaugural de uma política pública, fornecendo pistas para essa reversão e a propulsão de novos afetos. Soma-se a isso, a necessidade de aprofundar e compreender as forças exteriores e biopolíticas que jogam em direções diversas.

São os circuitos dos afetos que definirão o que é uma demanda política urgente, ou o que redefinirá permanentemente o modo de pensar e agir social. Portanto é imprescindível se ater a esses agenciamentos como forma de resistir ou redirecionar estratégias. O aporte de Safatle para entender afetos contemporâneos auxilia na tentativa de reordenamento e, assim, a inventar cenários de potencialização e de imaginação. Entender as causas dos modos de agir através dos vínculos sociais e da circulação dos afetos é primordial para inventar novas formas de produção de mundos e, então, superar teses conservadoras e estáticas de manutenção de uma cultura em direção à produção de vida e de diversidade.

4.1. Educação e Saúde como Campos Afetivos

Propõe-se, neste tópico, definir o que se entende nesta pesquisa enquanto educação e saúde. Explanou-se, até então, a partir da leitura de Spinoza (2013), sobre as forças das afecções que nos potencializam ou nos entristecem. Do mesmo modo que os corpos buscam criar encontros e conexões com a natureza a fim de garantir a permanência em seu ser, a teia social pode auxiliar ou refrear conexões com o mundo, nos expandindo ou nos reprimindo.

Inicia-se pelo entendimento sobre vida, que, diferente da acepção biológica, significa desejo, afeto, inteligência, cooperação, criação, invenção. Ela inclui a participação subjetiva na produção material e imaterial contemporânea; é vitalidade molecular da multidão, corpo-sem-órgãos (Pelbart, 2016, p. 46). Nessa linha, propõe-se o conceito de saúde como a capacidade de afetar e ser afetado pelo mundo, em alinhamento Spinozano. Quanto mais interagimos e criamos conexões com a natureza, mais saúde produziremos. Ao contrário, quanto menos interações com o mundo, menos saúde. De modo que se rechaça a ideia biomédica de saúde como ausência de doenças, ou a doença como sinônimo da falta da saúde. Ratto e Silva (2011, p. 182) explicam que a saúde só se faz com uma intensa batalha com a convalescença e que talvez em toda a saúde haja um pouco de enfermidade. De forma que não apenas se vive de encontros alegradores, e que boa parte desses encontros são fortuitos e, portanto, podem aumentar ou diminuir nossa potência de agir, sem que isso seja determinado por nós. Entretanto, como ensina Spinoza (2013), quanto mais investirmos em conhecer nossa própria natureza, longe das subjetividades e subjetivações moralizantes, mais teremos capacidade de sermos livres, nos expandir e criar encontros potencializadores com o mundo e, portanto, termos vitalidade e saúde. Em Foucault (1999) inverteria-se o poder sobre a vida, em direção à potência de vida.

Do mesmo modo, a educação pertence ao campo das afecções e dos afetos: “Educar é organizar as forças vivas do mundo” (Ratto, 2011, p. 178). Isso porque, da aprendizagem precede-se deslocamentos, desacomodações do “eu”. Essas pequenas rupturas ocorrem pelos afetos, ou seja, para Spinoza (2013), da transição de um estado a outro. Já a afecção é o estado do corpo afetado, já modificado nessa transição. Na mesma linha, para Deleuze (2003), seriam os signos os responsáveis por essas modificações sentidas, e que

posteriormente se tornam símbolos a partir da tradução realizada pelos sujeitos através da linguagem. São os signos que movimentam e coagem a inteligência, memória ou imaginação; que põem o pensamento em movimento (DELEUZE, 2002, p. 92). De modo que são a partir deles e da sua decifração e interpretação que ocorrem os processos de aprendizagem, assim como são deles o processo de “ensinar”. Portanto, o educar requer a abertura ao desconhecido, em um certo estado de vulnerabilidade: “Uma educação para a grande saúde é uma pedagogia da vulnerabilidade que rompe e se abre para o aprendizado de si, para o aprendizado que foge ao controle, que aceita a decepção e a mestiçagem como modo de existir” (Ratto, 2011, p. 183). Essa abertura antecede a educação para a alteridade, um contínuo estado de viver a diferença e a diversidade, afetando e sendo afetado por ela.

Alerta-se que a produção contínua de dispositivos para dar conta de identidades e segmentos pode trabalhar no sentido oposto ao da produção de saúde, de educação, da alteridade e da promoção da equidade. Dessa forma, deve-se ampliar o olhar sobre determinadas políticas que pretensamente promovem saúde e educação. Tem-se exemplos nas políticas de inclusão, como a educação especial para autistas e deficientes, ou na própria saúde, com a criação de serviços voltados exclusivamente às pessoas em situação de exclusão, como a população em situação de rua. A depender de como são concebidos os modelos tecnoassistenciais desses serviços, a exemplo da negação do contato com o outro, a capacidade de afetar e ser afetado pelo mundo pode ser reprimida. O oposto, portanto, da capacidade de produção de saúde e de educação. Já modelos que acolham a diferença e promovam o acesso no sentido de ampliar a zona de contato com o mundo, ampliam o horizonte ético com a alteridade. Em um cenário próximo do ideal, não se criaria uma escola para dar conta de alunos especiais e nem um novo serviço de saúde para dar acesso a uma população que vive nas ruas, mas se apostaria na educação básica e nos serviços de atenção básica para acolher essas pessoas. Isso não geraria exclusão mútua da vivência com a alteridade e com a diferença entre as populações específicas e as demais populações.

É nessa conjuntura de fragilidade das conexões com o outro, com o diverso, com a constituição das cidades, dos serviços de saúde, das escolas e das políticas públicas que se propõe uma saúde e uma educação baseadas nas relações. A Atenção Básica está para a Saúde, como a Educação Básica está para a Educação, isto é, são as componentes estruturantes dos respectivos sistemas, sua qualidade e abrangência devem ser universais e

sua capacidade de identificação e acolhimento deve ser profunda, implicando modificação permanente para dizer respeito a seus usuários. No caso da saúde, por isso mesmo, capaz de prevenir a busca por atenção especializada ou hospitalar, pois pode mobilizar recursos intersetoriais, territoriais, familiares, de vizinhança e de conhecimentos ancestrais, populares e técnico-científicos. O mesmo que na Educação Básica com seus recursos de bairro, de apoio pelo atendimento educacional especializado, de aulas de artes e de educação física, de proximidade com o refeitório, de uso do pátio, de convivência.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo Geral

Cartografar o circuito dos afetos implicados na Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde do Rio Grande do Sul enquanto resposta das iniciativas públicas à exclusão da alteridade.

5.2 Objetivos Específicos

- Provocar e mapear o circuito dos afetos entre os atores responsáveis por construir e implementar a POPES;
- Verificar a capacidade de redesenho da política para promover saúde para novos grupos populacionais em situação de vulnerabilização;
- Compreender a aptidão estratégica da política em abranger as interseccionalidades populacionais;
- Revisar as políticas públicas em saúde para as populações específicas;
- Reconhecer arranjos biopolíticos atuais que incidem sobre a vida e promovem a exclusão da alteridade;
- Conhecer e produzir reflexão acerca dos registros de construção da POPES.

6. METODOLOGIA

A tese utilizou a prática qualitativa, seguindo uma tessitura metodológica cartográfica. A escolha qualitativa propõe-se ao alcance de um avanço no campo subjetivo, aberto e inventivo, em detrimento da utilização *scripts* preexistentes (Kastrup; Passos, 2013, p. 8). O estudo não pretendeu identificar, avaliar através de números ou organizar dados, mas colocar em contraste informação e conhecimento de documentos da política e de memórias afetivas. Busca-se um processo artesanal de pesquisa-intervenção que se adequa à esfera cartográfica, pois implica na processualidade que é movente e movida pelos afetos ali estabelecidos, que se diferenciam indefinidamente para novas formas (Kastrup; Passos, 2013, p.99). Desse modo, o estudo se desenvolveu na busca por produzir reflexões acerca do contexto social e suas movimentações, com as estratégias públicas de acolhimento para as populações em situação de vulnerabilização. Além disso, revisitou os documentos de construção da POPES e realizou escutas de memórias afetivas (testemunhos) com especialistas da SES/RS implicados em sua construção e implementação.

A revisão das estratégias públicas de acolhimento das populações em situação de vulnerabilização foi feita como etapa anterior aos testemunhos. Nela foi retratada a construção da POPES a partir dos documentos disponíveis para consulta, como o “Relatório de construção da Política de Promoção da Equidade em Saúde do Rio Grande do Sul”, além de registros e atas das oficinas de construção do documento. Também foi utilizado o documento de política publicado, na Portaria 512/2020, políticas nacionais, estaduais e demais legislações em vigência para as populações específicas. Tratam-se de fontes secundárias e documentos de livre acesso ao pesquisador, com o consentimento da SES/RS para a utilização também enquanto pesquisa. Para registrar a formalização do uso desses documentos na pesquisa, foi anexada uma declaração assinada pela direção do Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde (DAPPS/SES).

O processo de escuta dos testemunhos ocorreu com dez profissionais de saúde, que atuam no nível central da Administração Pública em saúde, seja na Divisão de Políticas de Promoção da Equidade em Saúde ou em uma das dezoito Coordenadorias Regionais de Saúde, esferas descentralizadas de gestão da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. As conversas com esses profissionais ocorreram de modo a reativar a memória da

construção da Política, desde a concepção inicial, com a instalação das oficinas macrorregionais, até o presente momento, sobre suas vivências na implementação da dessa legislação. Todos foram convidados e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

De acordo com Kastrup e Passos (2013) a cartografia aposta na construção de um plano comum entre pesquisadores e pesquisados. É preciso, ainda segundo as autoras, apontar para uma experiência de pertencimento, no qual todos os envolvidos queiram se engajar, estabelecendo uma construção coletiva do conhecimento. Desta forma, justifica-se a coleta de testemunhos de profissionais implicados na construção e implementação da POPES. A condição de pesquisador, mas também de especialista da SES/RS, em relação direta com a proposição da política pública em questão, aponta para uma implicação de atitude, interesse e cuidado com a proposição desta investigação (Kastrup; Passos, 2013, p. 272). Por tratar-se de uma pesquisa-intervenção, segundo Passos e Barros (2009), não existe a ideia de neutralidade do pesquisador, mas sim coexistência. A produção e o conhecimento são construídos conjuntamente, em relação. Também se distancia da centralidade no pesquisador para a atenção na afecção. Por se tratar de uma pesquisa orientada por um percurso em rizoma (Deleuze; Guattari, 1997) rompe com a dualidade ou binaridade em direção à multiplicidade, que é própria da vida.

A realização das escutas das memórias afetivas se desenvolveu a partir da evocação de questões de pensamento iniciais acerca do envolvimento na atuação dos participantes na construção e implementação da POPES; do reconhecimento de potencialidades ou fragilidades acerca das políticas pré existentes; da capacidade de abarcar interseccionalidades, de acolher o diverso, de redirecionar ações segundo novas realidades. Nessas conversas, propôs-se a abertura à potência afetiva e inventiva, de modo a proporcionar um espaço horizontal de trocas que visou a produção coletiva de pensamento. Tais espaços expressaram de que forma a instauração de uma nova política pública pode movimentar determinados corpos políticos em direção a novas formas de afecção. Para isso, o que se pretendeu foi pôr em conexão, em interface, os atores implicados na constituição de vidas possíveis, em direção oposta à rotulação e estigmatização que contribuem para a medicalização cotidiana dos corpos. Trata-se de um espaço movente e movediço, com potencial capacidade de invenção de mundos.

Os rastros desses encontros foram descritos de modo a captar informações através dos diálogos e das impressões do pesquisador, denominado de “textos-testemunhos”. Para Kastrup e Passos (2009) essa etapa narrativa visa descrever o momento intensivo das forças e dos afetos. Também é preciso de certo recolhimento para que o relato produza a experiência de dentro dela, e não como agente externo. Essas anotações refletiram as singularidades dos encontros de testemunhos e, de igual forma, as transformações percebidas pelo pesquisador como resgate de afecções e sensações. Para a sistematização desses registros criou-se os “circuitos”, dentre os quais “circuito das memórias”, “circuito sobre a interseccionalidade” “circuito do redesenho das POPES”, “circuito das afecções” e “circuito das incertezas e potencialidades”. Além disso, em momento posterior, realizou-se as impressões sobre a cartografia desde a revisão documental, a escuta das memórias afetivas e o processo de escrita enquanto pesquisador-interventor.

7. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A presente Tese foi executada após avaliação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) com o número de CAAE 76530523.7.0000.5347, aprovado pelo parecer número 6.691.803. Dessa forma, atendeu aos requisitos da Legislação Nacional, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, e a Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, que trata da pesquisa em Ciências Humanas e Sociais.

A pesquisa tem como campo a Secretária de Saúde Estadual (SES/RS), instituição pública estadual na qual o pesquisador é vinculado como servidor público no cargo de Especialista em Saúde. A pesquisa foi desenvolvida com a revisão de documentos e a provocação de testemunhos das memórias afetivas com colegas servidores. Os documentos de políticas e incentivos utilizados são dados secundários e de acesso livre. Outros documentos referentes ao histórico de construção da política, como relatórios e atas, foram produzidos pelo próprio trabalhador-pesquisador. Não obstante, o emprego desses conteúdos foi submetido para autorização prévia do Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde (DAPPS/SES).

Foi informado aos participantes que a pesquisa tem caráter voluntário e que estes poderão desistir a qualquer momento, antes ou após a coleta dos dados, sem nenhuma implicação. Os participantes não tiveram nenhum tipo de ônus ou bônus financeiro por participar do estudo. O aceite para participação da pesquisa só foi efetivado após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, presente como apêndice desta pesquisa. O documento foi assinado em duas vias, sendo uma cópia para o sujeito da pesquisa e a outra para o pesquisador. Foi garantido aos participantes o anonimato e a confidencialidade das informações recebidas, Todos os dados de identificação foram cuidadosamente omitidos ou alterados para preservar o anonimato dos participantes quando de alguma publicação.

Para garantir o sigilo das informações contidas nos dados primários (documentos institucionais e gravações dos encontros de testemunho), adotou-se as seguintes medidas:

- a) Apresentação da proposta contida nesta Tese ao CEP da UFRGS para obter a

avaliação e autorização para a realização da pesquisa por meio da submissão do projeto à Plataforma Brasil;

b) Início da coleta de dados somente após a aprovação pelo CEP da UFRGS;

c) Coleta e armazenamento somente dos dados que são necessários para a análise e que não identifiquem os participantes da pesquisa, garantindo assim o anonimato;

d) Garantia de que os dados coletados sejam tratados com sigilo e confidencialidade, sem identificação nominal e utilizados somente com o objetivo de realizar esta pesquisa, por meio de uso de senha em arquivo protegido;

e) Garantia de que os dados não sejam manipulados ou acessados por nenhuma outra pessoa que não o pesquisador e orientador desta pesquisa;

f) Garantia do armazenamento seguro desses dados, sendo que o seu uso será somente para produção científica (artigos e apresentação de trabalhos em eventos).

8. A INCLUSÃO DE GRUPOS POPULACIONAIS E O BORRAMENTO DAS FRONTEIRAS IDENTITÁRIAS: A CONTRIBUIÇÃO DO MOVIMENTO LGBT+ E DA TEORIA QUEER

Mas porque eu amo vocês, meus pares corajosos, desejo que lhes falte a coragem. Desejo que vocês não tenham mais força para reproduzir a norma, que não tenham mais energia para fabricar a identidade, que percam a fé no que os seus documentos dizem sobre vocês. E uma vez perdida toda a sua coragem, frouxos de alegria, eu desejo que vocês inventem um modo de usar para seus corpos. Porque eu os amo, desejo-os fracos e desprezíveis. Pois é pela fragilidade que a revolução opera.

(Paul Beatriz Preciado, 2020a)

Considerando a luta pela visibilidade e pelo direito à vida dos grupos LGBT+, tornou-se notória a capacidade desse movimento social em avançar no arcabouço intelectual e pela inclusão de grupos populacionais que reivindicavam, dentre outras questões, viver livremente suas sexualidades e seus gêneros. Um dos marcadores desse processo de luta e reorganização expressa-se nas próprias siglas do movimento: inicialmente chamado GLS (gays, lésbicas e simpatizantes), passando por LGBT, LGBTT, LGBTQP e, mais recentemente, LGBTQIAPN+ (lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros, queer, intersexo, assexuais, pansexuais, não binárias e outros grupos). Isso por si denota a movimentação e conquista de abertura à diversidade, demonstrando aproximações com os propósitos e potencialidades de uma política de promoção da equidade em saúde: estabelecer a inclusão permanente e garantir voz ativa aos diferentes grupos populacionais e correntes de pensamento inseridas no movimento.

O movimento LGBT+ inicia no Brasil na década de 1970, em meio à resistência contra a ditadura militar, passando pelo agravamento do estigma, preconceito e discriminação a partir da epidemia de HIV na década de 1980, que marca transformações importantes em sua luta política. Segundo Guacira Lopes Louro (2001), aos poucos a reflexão sobre a homossexualidade vai entrando no país através do teatro, das artes, da publicidade. A afirmação de uma identidade vai ocorrendo de forma política e pessoal, de modo que os indivíduos se reconhecem dentro de grupos, performances e artistas. Ainda na década de

1980, a temática LGBT passa a se tornar uma questão acadêmica, especialmente a partir das teorizações de Foucault, que vão provocando questionamentos e rupturas acerca do caráter regulador e disciplinador (Louro, 2001, p. 544). De acordo com a autora, dentro do próprio movimento mulheres lésbicas questionavam o privilégio masculino; outros grupos, como transexuais, bissexuais e sadomasoquistas, mantinham condição marginalizada; enquanto negros, latinos e jovens tensionavam valores brancos e de classe média. A unidade acerca da identidade homossexual vai sofrendo rupturas a partir dessas vozes dissonantes. Assim, ao longo do tempo o movimento pluraliza-se, visibilizam-se com maior veemência outros grupos populacionais e passa-se à discussão de recortes interseccionais como classe, cor, etnia, nacionalidade (Louro, 2001, p. 543). O combate ao HIV, da mesma forma, tensiona e desloca o foco da sexualidade para as práticas sexuais propriamente ditas, fugindo do julgamento e criminalização das identidades e focando na prevenção de práticas de risco.

É nessa busca constante por novas visibilidades e nas fronteiras dos movimentos sociais que alguns grupos sociais permanecem a existir, que se iniciam as discussões sobre a teoria *queer*, inspiradas no pós-estruturalismo francês e alavancadas a partir de autores norte americanos, como Judith Butler, e europeus, como Paul Preciado. Guacira Lopes Louro (2001) reporta a necessidade da discussão sobre a teoria *queer* a partir da acomodação dos jogos de poder acerca do binarismo heterossexual/homossexual, masculino/feminino, homem/mulher. Para a autora, a teoria chega para propor a transgressão e a perturbação sob qualquer aspecto de enquadramento que venha a surgir, perscrutando questionamentos como o da própria normalização da heteronormatividade compulsória dentro de movimentos homossexuais dominantes. Outra demanda relevante para os teóricos *queer* é o questionamento quanto à identidade, que implica sempre em demarcação e negação do seu oposto constituído enquanto diferença; seria necessária uma instabilidade, enquanto uma identidade negada, uma política pós-identitária. De modo contrário, políticas identitárias poderiam continuar se (re)alinhando a um sistema do qual pretendiam insurgir-se (Louro, 2021, p. 549).

O desafio teórico-pedagógico do movimento *queer* é imenso, visto toda a estruturação das práticas de vigilância, controle e disciplinamento aprofundadas no século XXI. Seria preciso efetivar uma mudança epistemológica e estrutural na educação a partir da multiplicidade, um rompimento com sua lógica binária e os efeitos de hierarquia,

classificação, dominação e exclusão, um reconhecimento da fluidez das identidades sexuais e de gênero, da cultura como um todo e de seus jogos de poder. Um currículo *queer* deveria transformar o papel da diferença enquanto agente externo e realocá-lo como inerente ao próprio sujeito, incitando uma instabilidade e precariedade de todas as identidades (Louro, 2021, p.549-550). Para a autora, ainda, seria preciso perturbar até o mais caro dos binarismos da área educacional, que é a oposição da ignorância ao conhecimento.

Do ponto de vista da penetração da teoria *queer* e de sua relação com o movimento LGBT+ em países como o Brasil, há uma importante criticidade e questionamentos acerca do caráter eurocentrado e do seu ingresso através da episteme acadêmica, ainda elitizada e inacessível para grande parte da população. Torres e Fernandes (2021) fazem um balanço da entrada das formulações *queer* no Brasil e na América Latina e identificam, em conjunto com outros autores da luta LGBT+, um *modus operandi* de enquadramento, desvalorização e superficialização da política em detrimento da manutenção de uma elite intelectual detentora do saber-poder. Portanto, o inverso da sua intenção original contra-hegemônica e decolonial. Esses autores questionam a caracterização dos teóricos *queer* na homogeneização do movimento LGBT+, já que muitos militantes atuam com posicionamentos que hoje se diriam *queer*, com grande força produtiva e poder de indagação e discordância sobre temas estruturantes nos grupos sociais. Sobre isso, pode-se citar as intensas batalhas disruptivas do movimento em meio à repressão da ditadura militar no Brasil (Torres; Fernandes, 2021, p. 543). Os autores avaliam que a criticidade tem por objeto não rechaçar a teoria *queer*, mas avançar na transição de marcos teóricos, questionando o saber-poder e a autorreflexão, mesmo de teorias radicais como essa se propõe, de forma a não incorrer em práticas (neo)coloniais. A problematização desses teóricos, logo, concentra-se no modo como a teoria adentra o país e a América Latina sob pretensão, em alguns momentos, do apagamento da construção política e acadêmica das identidades do movimento LGBT+ sob o pressuposto da homogeneização, além da imposição de regimes de verdade sobre interpretações anteriores sobre corpo e sexualidade.

Para além do que podemos supor sobre os rumos da teoria *queer* e do movimento LGBT+, resulta disso tudo um enorme aprendizado, que permite a aproximação da reflexão sobre o percurso desse movimento, em específico, com as provocações dessa pesquisa a uma política de equidade. Ela se revela valiosa no sentido em que podemos avaliar toda

uma trajetória de diferentes correntes de pensamento progressista em busca da efetivação do direito de existir para populações subjugadas e vulnerabilizadas. Correlaciona-se a isso uma política que se pretende inclusiva, promotora de rupturas dentro do sistema de saúde, com fins à promoção da equidade e com potencial para diferentes leituras, a partir de múltiplas lentes acerca do instituído, das normas vigentes e biopolíticas para as populações.

Nessa linha, o estudo propôs-se a cartografar e verificar esses indícios, apontando caminhos de possibilidades de ruptura e inclusão, ainda que em um contexto institucional e formal das políticas públicas. O tempo responderá, assim como ao movimento LGBTQ+ e às diversas movimentações sociais em curso, sobre o comportamento de determinadas estratégias de resistência para escapar ao silenciamento e à marginalização das populações em direção à borda das identidades formatadas, buscando ultrapassá-las .

9. MOVIMENT(AÇÃO) COMO APARECIMENTO E COMO RESISTÊNCIA AO FASCISMO NEOLIBERAL

Argumentou-se que os indivíduos e a sociedade são produtos dos afetos e a circulação destes. Esses afetos estão intimamente ligados e não escapam às instituições e ao universo de determinações sociais. Os indivíduos experimentam afetos que são os efeitos das estruturas as quais estão mergulhados (Lordon, 2015, p.10). Dessa forma, é primordial o aprofundamento sobre os modos de captura da vida neoliberal e a influência desse modelo sobre a determinação dos modos de vida e da exclusão da alteridade.

Já explanou-se, através de Foucault (1997), que os corpos anormais produziram punições jurídicas, horror social, além do uso e do aparecimento de instrumentos para invisibilização e encarceramento, como manicômios para loucos, mendigos e vadios no século XVII. Toda essa reorganização já demonstrava que as novas formas de organização capitalista vociferavam contra a ociosidade (em relação ao sistema produtivo) e contra a diversidade de pensamento e de condutas de vida. Com o avanço das técnicas de adestramento, na atualidade, a subjetividade imposta pelo modelo exploratório neoliberal padroniza esses modos de vida e rechaça a diversidade em seu sentido estrito. Nesse sentido, Lazzarato (2021) refere que o ser humano é uma ferramenta para extrair cada vez mais lucro e capital e a única possibilidade de se expressar pela vida, pela diversidade e pela liberdade é se rebelar contra esse agenciamento. O resgate trazido pelo autor sobre o ideário neoliberal revela como os humanos se desvincularam da coletividade para viver como um autônomo, uma espécie de empresa de si, vivendo inseguranças típicas do mercado. O autor fala que o chamado “capital humano”, associado a Gary Becker, da Escola de Chicago, demonstra bem a necessidade constante de autovalorização, de competitividade com o outro, do medo constante da desvalorização e do fracasso.

Como capital e empresa de si, o humano subverte a lógica de produção de vida para a mortificação da produção de lucro. É a doação da capacidade cognitiva para reproduzir lógicas processuais de exploração do trabalho, ao mesmo tempo que se doa saúde (despotencialização de si) para atingir a pretensa felicidade vendida nos bens de consumo. Resistir a esse sistema subjetivo-produtivo-moral pode produzir homens infames, na medida em que Foucault (2006) já falara acerca desse tipo de experiência do existir, em que o poder

político vital e resistivo também é o mesmo que se choca com o poder instituído, resultando na abreviação e anulação dessa vida. De forma que agora os alvos seguem em outras roupagens diante do episteme neoliberal. São alvos do controle dos corpos do século XXI.

A movimentação das estruturas não se dá por movimento espontâneo. Para Lordon (2015) a mudança do regime de acumulação é de igual modo um movimento passional, que se transforma por meio de uma ação coletiva política desejante e transformadora. É através da movimentação de grupos e multidões que se consegue reordenar processos políticos e a circulação de afetos. Como argumenta Pelbart (2016), talvez o que a multidão queira é colocar em funcionamento sua libido coletiva de exercício de sua potência ao redesenhar a lógica das cidades, da coexistência, do dissenso, da dissidência, da irrupção do novo.

Nesse sentido, revela-se pertinente a análise dos movimentos coletivos contra o agenciamento neoliberal e pela diversidade. Paul Beatriz Preciado (2020a) interpreta com muita perspicácia os movimentos das ruas iniciados na Europa em 2011 e que chegaram com mais força ao Brasil em 2013. O autor evidencia a ambição do movimento de decolonizar o mundo, de interromper o neoliberalismo e modificar a “terrapolítica”. O autor dispara: “Somos a diáspora raivosa. Somos os reprodutores fracassados da terra, os corpos impossíveis de rentabilizar para a economia do conhecimento” (Preciado, 2020a). A denúncia da obrigação existencial de produzir e da necessidade de evidenciar o vivo iniciam esse movimento revolucionário e não identitário, cansados da rotulagem e do enquadramento. A voz potente do autor clama pela multidão em resistência ao instituído, bradando pelo direito de corpos diversos à existência:

Eles dizem representação. Nós dizemos experimentação. Eles dizem identidade. Nós dizemos multidão. Eles dizem língua nacional. Nós dizemos tradução multicódigo. Eles dizem dominar a periferia. Nós dizemos mestiçar o centro. Eles dizem dívida. Nós dizemos cooperação sexual e interdependência somática. Eles dizem despejo. Nós dizemos habitemos em comum. Eles dizem capital humano. Nós dizemos aliança multiespécies. Eles dizem diagnóstico clínico. Nós dizemos capacitação coletiva. Eles dizem disforia, transtorno, síndrome, incongruência, deficiência, menos-valia. Nós dizemos dissidência corporal. [...] (Preciado, 2020a).

Por outro lado, Safatle (2015) chama a atenção para a circulação de determinados afetos no campo das democracias liberais que se rendem aos autoritarismos e regressões típicas desse tipo de governança. Isso se revela importante, pois afasta a noção de que a ameaça do fascismo e do surgimento de líderes fascistas, a priori, estaria ligado a sociedades

totalitárias. Para entender esse fenômeno, segundo o autor, é preciso remontar à formação das identidades coletivas, que são definidas por meio de um líder que encarna os ideários que são individualmente compartilhados e que são sempre partes de representações inconscientes. Esse reconhecimento aos ideários imagéticos do líder, somados às compreensões individualistas e competitivas das massas de democracias liberais, tornam as sociedades presas fáceis ao retorno da propagação fascista.

Em resposta aos afetos que estimulam o sectarismo, a anulação do outro através do autoritarismo, Judith Butler (2018) encabeça as formulações *queer* e retrata a necessidade da aliança dos grupos minoritários para as manifestações de massa nas ruas. O movimento performativo, como descreve a autora, é o direito de aparecer, é a demanda corporal por vidas vivíveis. Para tanto, não temos como afirmar quais as performatividades são certas para que certos tipos de vida sejam possíveis e suportáveis, pois há uma constante negociação das relações de poder sobre formas de gênero, que subvertem em normas inesperadas. Além disso, por vezes, o aparecimento e a performatividade do gênero são confundidos como representação. É preciso descomprimir as normas sobre o indivíduo generificado para possibilitar uma vida ao invés de apenas sobreviver, o que não seria o mesmo que abolir todas as normas (Butler, 2018, p. 37). A precariedade está diretamente ligada às normas de gênero, ficando suscetíveis ao assédio, aos mais variados tipos de violência e doenças.

Além da performatividade, Butler (2018) se detém sobre a vulnerabilização dos grupos minoritários e de gênero, se referindo a determinadas populações que se deterioram, que morrem diariamente e arbitrariamente sem qualquer rede de apoio. Essas populações são justamente aquelas sobre as quais o Estado exerce maior violência e aplica sua política de morte. A autora então suplica pelo igual direito de reconhecimento entre os seres humanos. Essa aliança entre vidas descartáveis, mesmo não havendo uma identidade coletiva, pode se dar em torno do direito ao aparecimento. Butler (2018) revela que a política de identidade não expressa o que é politicamente viver em contato com as diferenças. Na mesma linha, para Preciado (2020) a ação do Estado não seria feita por uma política de oposição entre representação e experimentação, mas de reconhecer que técnicas representativas sempre implicam em programas de soma de subjetividade. Luta-se, então, por uma micropolítica de desidentificação, na qual não se confia na representação como uma exterioridade que confira verdade. Para o autor e a autora, é necessária a união de

corpos distintos, não com uma única vontade, mas com a aliança de corpos adjacentes que lutam por um futuro diferente. Viver juntos permanece um imperativo ético e político.

A renovação teórica a partir das perspectivas *queer* trazidas por Paul Preciado (2020a) e Judith Butler (2018) buscam a desconstrução do mundo binário e reivindicam outros modos de vida que não apenas os mundos do ser mulher ou ser homem. De modo que, em acordo com Preciado, a investigação não teve como propósito reunir um acervo identitário para reafirmá-lo como homens gays, mulheres lésbicas, homens trans, mulheres trans, ciganos, ribeirinhos, pescadores. Não se trata de tirar a legitimidade de movimentos identitários, mas de ir em direção à produção de um programa comum cujo fio condutor da unidade seja o acolhimento a todas as diferenças e expressões da vida. São vidas em constante re(engendramento).

9.1 Sistema Capitalista Farmacopornográfico

Paul Preciado (2018a) revela, a partir das transformações da revolução industrial até a atualidade, uma nova gestão do corpo, do sexo e da sexualidade. Essa gestão da vida ou biopolítica, já evidenciada em Foucault (1997), avançou de maneira a inserir o sexo e a sexualidade como centrais ao sistema político e econômico capitalista. Preciado (2018a) fala sobre a rápida expansão dos filmes pornô durante a Guerra Fria, em um contexto de transformação que teve a contribuição decisiva de fármacos, como as pílulas anticoncepcionais, que se tornaram os componentes químicos mais consumido no mundo e que separou o sexo da reprodução. Também da criação de diversos medicamentos para mudanças sensoriais, na libido, no sono, no medo e na agitação. A crescente indústria das cirurgias estéticas entre a nova classe média. E, mais tarde, o sildenafil (Viagra) como dispositivo para a “disfunção erétil”. Todos esses elementos revelam, para Preciado (2018a), uma nova era farmacopornográfica. “É uma molecularização do biopoder, mas no sentido típico da palavra” (Pelbart, p. 24, 2015).

Preciado (2018a) revela que a incorporação avassaladora da indústria tecnocientífica confunde compreender o que veio primeiro: se a pílula ou a maternidade, a testosterona ou a masculinidade, a depressão ou o prozac, o Viagra ou a ereção. Somos agentes das substâncias, em busca da performance que define nossos desejos: “biocapitalismo

farmacopomográfico não produz coisas, e sim ideias variáveis, órgãos vivos, símbolos, desejos, reações químicas e condições de alma” (Preciado, 2018a, p. 38). Mas porque os indivíduos se comportam conforme as estruturas determinam? Desejam se comportar dessa forma? Para Lordon (2015) esses questionamentos só podem ser respondidos pela mediação dos afetos. Os corpos são afetados nas e pelas estruturas e por isso desejam se comportar dessa forma. Para sair desse *looping* o autor sugere o anti subjetivismo passional de Spinoza, pensado com sujeitos produtores de polo de potência desejante, que frequentemente reproduzem o mesmo, mas que por vezes seguem caminhos inéditos, quebrando o curso ordinário (Lordon, 2015, pg. 11).

Como referem Safatle (2015), Han (2015), Dardot e Laval (2016), Preciado (2018a) e Lazzarato (2021), o neoliberalismo não se pauta mais em empresas, mas no conjunto que envolve o indivíduo, a qualidade da população e sua organização; o empresário de si. Para Preciado (2018a) é aí que se construiu o ser humano excitável, insaciável e desejante, com seus cérebros, pênis, ânus e vaginas. Corpos que compõem valor e que são violentados e descartáveis quando presentes em minorias sociais. Consumidores e consumidos por uma indústria pornográfica que movimenta bilhões por todo mundo e que se multiplica indefinidamente por meio da câmera/corpo/Internet ou “corpo autopornográfico” (Preciado, 2018a, p. 41). O autor reitera que o sexo e a intensificação dos afetos narcossexuais são o grande motor do capitalismo, tendo ele estreita relação com a produção e com a guerra. A indústria farmacopornográfica define uma supremacia sobre os modos de vida e de desejo.

Para Byung-Chul Han (2015) a atualidade oferece um bombardeio de anúncios, produtos, imagens, vídeos e, juntamente com o excesso de positividade esperada, tornam os sujeitos oprimidos, cansados e sem possibilidade de criar mundos, pois parece que todos já estão criados e disponíveis para consumo. Para Dardot e Laval (2016) exemplos como esses são a prova bem acabada da subjetivação capitalista, que inicia com a relação do próprio sujeito com ele mesmo como um “capital humano” que é valorizado e que deve crescer indefinidamente (Dardot; Laval, 2016, p. 31).

Preciado (2018a) utiliza o conceito força orgásmica ou *potentia gaudendi* para denominar a potência de excitação de um corpo, que funciona como produção de lucro e riqueza: “É inextricavelmente carnal e digital, viscosa e ainda representável em valores numéricos, uma maravilha fantasmagórica ou molecular que pode ser transformada em capital” (Preciado, 2018a, p. 46). O autor refere que qualquer tecnocorpo, até mesmo os

mortos, podem suscitar a força orgástica, de modo que tanto a biopolítica como a necropolítica estão dispostas nesse jogo farmacopornopolítico.

À luz da discussão sobre necropolítica, pode-se trazer a exemplo o Brasil, que continua assassinando violentamente a população transexual, como confirma o “Dossiê assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2023”, da Associação Nacional de Travestis e Transexuais (2023). Ao mesmo tempo, aponta-se uma perversa correlação: o maior consumo de pornografia com essa população vem do país. Em estudo feito pelo Red Tube (2016), em comparação com o mundo, aumenta-se em 89% a chance pela procura de pornografia trans quando a pesquisa é vinda do Brasil. Esses elementos correlacionam o nefasto entre desejo, hipersexualização e necropoder.

As questões de pensamento sobre a era farmacopornográfica de Paul Preciado (2018a) revelam os jogos de biopoder sobre os corpos minoritários. São corpos de mulheres, imigrantes, negros, transexuais, pobres que, em sua maioria, sustentam esse modelo exploratório da excitação e da pornografia. Dessa forma, esta pesquisa alerta para mais um sintoma da formatação do corpo neoliberal, de sexualização dos corpos vulnerabilizados e do corpo excitável indispensáveis para o modelo exploratório farmacopornográfico. A forma de rentabilizar esses corpos segue a máxima definida no neoliberalismo, que é a de que cada indivíduo é uma empresa que deve se gerir e um capital que deve se frutificar (Dardot; Laval, 2016, p. 378). Por outro lado, o desejo revelado nesta investigação é de comportar novas formas de movimentação e de expansão dos modos de viver e, para isso, é preciso estar vigilante e resistente às formas de captura aqui desnudadas.

9.2 A Arte de Contar Histórias

O pensamento vazio dos brancos não consegue conviver com a ideia de viver à toa no mundo, acham que o trabalho é a razão da existência. Eles escravizaram tanto os outros, que agora precisam escravizar a si mesmos. Não podem parar e experimentar a vida como um dom, e o mundo, como um lugar maravilhoso. O mundo possível que a gente pode compartilhar não tem que ser um inferno, pode ser bom. Eles ficam horrorizados com isso, e dizem que somos preguiçosos, que não quisemos nos civilizar. Como se "civilizar-se" fosse um

destino. Isso é uma religião lá deles: a religião da civilização. Mudam de repertório, mas repetem a dança, e a coreografia é a mesma: um pisar duro sobre a terra. A nossa é pisar leve, bem leve.

(Aílton Krenak, 2020)

Ailton Krenak (2019), autor indígena expoente na luta da defesa ambiental, teve sua comunidade diretamente atingida pelo rompimento das barragens em Mariana (2015) e Brumadinho (2019). Ele reitera o descolamento da humanidade com a terra, o feroz e sedento desejo em consumir o planeta. O autor traz a perspectiva indígena acerca do neoliberalismo e a sujeição dos corpos, trazendo a reflexão de como pensar lugares em que se queira produzir mundos ao invés de apenas colonizá-los. Para o autor, somos subjetivados a participar do “clube da humanidade”, uma vida apartada da possibilidade de invenção, existência e liberdade. Uma homogeneidade que nos tira a alegria e a capacidade de estarmos vivos. Além disso, estar nesse lugar suprime sistematicamente nossa memória ancestral e os vínculos com nossas origens; vivemos, pois, apartados e condicionados a viver o mesmo modelo hegemônico.

Krenak (2019) afirma que apenas alguns povos ainda vivem junto da terra, sendo eles percebidos como sub-humanidades, como é o caso dos indígenas, aborígenes, caiçaras e quilombolas. Há uma intolerância com todos aqueles que se negam a participar do clube da humanidade, que ainda experimentam o prazer de sonhar, de contemplar nossos parentes que são rios, florestas, estrelas. A invisibilidade, o ódio, o racismo, a xenofobia, o genocídio tem sido as consequências práticas do que refere o autor. Krenak (2019) ainda afirma que a abstração que vivemos nega a pluralidade, a diversidade de modos de vida e de hábitos, e não tolera quem é capaz de contar histórias, de cantar, de dançar, de viver o prazer da existência. A própria imanência da vida parece ser o instrumento de exclusão, em direção à biopolítica neoliberal.

Assim como a perda da capacidade de dançar como um prazer da existência, Giorgio Agamben (2008) fala da gestualidade da dança como movimento que tem em si mesmo o seu fim. Diferente de um movimento representacional dirigido, que só tem sentido em sua própria finalidade, o gesto (como a dança) rompe com a falsa ideia de fins e meios e é a própria medialidade: “O gesto é a exibição de uma medialidade, o tornar visível um meio

como tal” (Agamben, 2008, p. 13). Assim como expressa Krenak (2019), a dança é uma expressão da alegria, sem necessariamente precisar ir a algum lugar, é um fim em si mesma. Esse olhar contra hegemônico corrobora para a ideia de que a invenção de mundos habitáveis não é estabelecida para chegar a um objetivo comum, mas para infindáveis mundos e modos de existir. Deste modo, pode-se refletir sobre a enorme limitação em pensar educação ou saúde do ponto de vista do espectro numeral e finalístico, de gerenciamento de metas de não doença e produção, pois sempre estará apartado da ideia de inclusão, do habitar mundos diferentes.

Tal como a expressão corporal, a arte de contar histórias como afirmação da vida, alavancada na concepção indígena de Krenak, pode ser provocada por outra perspectiva, através da ideia da “contra história” da vida dos homens infames, como o já referido texto de Foucault (2006) fez, trazendo o acervo de pequenos contos sobre existências pouco valorosas para a moral da sociedade dos séculos XVII e XVIII que, em contato ao poder instituído, sucumbiram suas existências naqueles pequenos fragmentos. O pujante sentimento do filósofo no encontro com aqueles contos o fez debruçar-se no processo catalográfico que chamou de herbário (Foucault, 2003, p. 203). Neste instrumento ele destacou existências que, por serem desprezadas, se tornaram cinzas, abatidas e esquecidas por escritas rápidas e violentas, como fora suas vidas. Essas vidas não foram dotadas de heranças, de glórias, de santidades, eram fadadas ao esquecimento, não fosse o confronto raivoso com o poder. Do mesmo modo que os homens infames, a desvalorização das práticas culturais indígenas, o racismo e o genocídio que perduram ainda hoje, são provenientes do estabelecimento da superioridade moral que deixa morrer e que determina discursos e enunciados. Percebe-se o biopoder sobre os corpos se sobrepondo e excluindo qualquer modo de vida desviante, seja de indígenas e quilombolas ou expressa nos contos sobre homens sodomitas, ateus, miseráveis, agiotas.

A afirmação da vida, portanto, ocorre em ato. Nosso descolamento com a natureza e com a ancestralidade, como avisa Krenak (2019), indica que estamos em queda livre. Se estamos caindo o que nos resta é confessar nossa participação nessa tragédia e produzir novos mundos: “Vamos aproveitar toda a nossa capacidade crítica e criativa para construir paraquedas coloridos” (Krenak, 2019, p. 15). Os paraquedas coloridos são a potência de vida para adiar o fim do mundo, é nossa capacidade de contar mais uma história, é expressar e afirmar a vida. Tem-se como propósito aqui, no trabalho cartográfico, nada mais que contar

mais uma delas, trabalhar com a memória e com os afetos, num entrelaçar de existências.

10. DE MONSTRUOSOS A ACOLHIDOS POR POLÍTICAS PÚBLICAS

O percurso até a construção da política estadual de promoção da equidade em saúde pressupôs uma movimentação previa, um longo itinerário coletivo das existências que reverberam, dentre elas, conquistas sociais e avanços no âmbito dos direitos. Esses espaços de rupturas do poder, assim como nos ensinou Michel Foucault (1999), ocorrem através das afecções no território da vida, embora muitas vezes possam se expressar no âmbito dos direitos.

De forma que essa etapa de investigação buscou, entre outros objetivos, revisitar estratégias de acolhimento das populações em situação de vulnerabilização. O conceito de acolhimento é utilizado amplamente na saúde, assim referido na Política Nacional de Humanização (PNH), como uma postura ética, favorecendo a construção de confiança e compromisso, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde. Assim sendo, essas estratégias foram lembradas em documentos como atas, relatórios, textos de políticas públicas e legislações. Elas foram essenciais para pavimentar o caminho até a concepção das formulações atuais, nunca perdendo o horizonte de que a vida, muito mais que o direito, é o principal campo das lutas políticas e das transformações sociais.

10.1 Movimentação e Acolhimento das Populações Específicas no SUS

Partindo do contexto das décadas de 1970 e 1980, os movimentos sociais influenciaram profundas mudanças na visibilização de grupos populacionais junto aos Estados. Jardim e López (2013) referem que diversas nações sul-americanas escreveram novas cartas constitucionais e reformulações no sentido de admitir a pluralidade como característica primordial da democracia, reconhecendo grupos sociais invisibilizados e criando mecanismos para reparação histórica. Ainda no mesmo período, o conceito de minoria é bastante discutido para diferenciar a relação entre grupos dominantes e periféricos e marcar a desvantagem social que determinados grupos possuem frente ao Estado. As minorias não estariam em busca de igualdade de direitos humanos universais, mas em busca de reconhecimento e reparação dos danos sofridos por séculos de racismo e colonialismo. Acrescentaria ainda, o direito por habitar seus corpos e seus mundos diversos e moventes,

sem que para isso precisem resistir ao peso da opressão normalizadora. Ou, como afirmou Paul Beatriz Preciado (2018), o desejo de que determinadas vidas não precisem mais recorrer à coragem, pois é quando se perde a força para realizar a norma, para fabricar a identidade, que se pode inventar formas para seus corpos; é quando ocorre a revolução.

No Brasil, o movimento pela reforma sanitária propôs uma reforma total da sociedade, pautando a ampliação da consciência sanitária como modo de alterar a correlação de forças (Paim, 2008, p. 275). O movimento clamava por igualdade e justiça social, rechaçando qualquer tipo de discriminação. Junto à reforma sanitária e à Constituição Federal de 1988 (CF88), diversos grupos sociais ganharam visibilidade na luta contra a discriminação na saúde. O reconhecimento de grupos oprimidos, como as mulheres, os homossexuais e os negros, na garantia por seus direitos levou à conquista de progressos importantes, como a inclusão de cotas para as mulheres nos partidos políticos, para negros e pessoas trans na universidade e nos concursos públicos. A esses direitos se somaram a disseminação da combatividade desses grupos e o enfrentamento ao preconceito contra pessoas vivendo com HIV e a difusão da prevenção à Aids (Grangeiro; Silva; Teixeira, 2009). A partir da CF88 e da lei orgânica da saúde (Lei 8.080, de 1990), avançou-se para um modelo de acesso universal, de integralidade da atenção, de gestão descentralizada, sob participação popular e igualitário. O tema da igualdade cedeu à análise e enfrentamento da iniquidade, passando à equidade. A formulação sobre um acesso equânime às ações e serviços de saúde gerou os eixos estruturantes dessa que passou a ser a maior política de inclusão social do país e o maior sistema de saúde do mundo, o Sistema Único de Saúde (SUS).

Embora haja evidente conquista social e coletiva, para Paim (2008), em detrimento à reforma total que as movimentações da reforma sanitária brasileira (RSB) pretendiam, atinge-se uma reforma parcial, em que se aponta para inúmeras transformações, mas se mantém o *status quo* social. Isso é claramente percebido com a evolução alavancada nas políticas públicas de saúde a partir do SUS e seu impacto imediato na reformulação das demais áreas, todavia, os marcadores sociais e indicadores de saúde continuaram perenes em relação às desigualdades e à desvalorização da vida de determinados grupos em situação de vulnerabilização.

A fim do reconhecimento e da tentativa de reversão de marcadores sociais ruins, a década de 2000 caracterizou-se por uma intensa abertura à movimentação de grupos populacionais a fim de estabelecer direitos e acolhimento diferenciado no cuidado à saúde.

A união dos movimentos identitários em busca da garantia de direitos, em um cenário político favorável, reverberou na construção das políticas para as populações específicas. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Brasil, 2002) sedimenta o arcabouço para o funcionamento do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), com suas premissas iniciadas desde a 1ª Conferência de Saúde Indígena, anteriores à CF88, preconizando a atenção diferenciada, o respeito às práticas interculturais e à medicina tradicional indígena. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Brasil, 2009a) traz entre seus objetivos fortalecer o movimento negro na saúde, reconhecendo o processo histórico de desigualdade, injustiça e racismo, e propor caminhos participativos da população preta e parda na promoção da sua saúde. A Política Nacional para a População em Situação de Rua (Brasil, 2009b) buscou visibilizar uma população esquecida nas ruas das grandes cidades e oferecer acesso de acordo com suas necessidades, com cidadania e ampliação dos vínculos com os dispositivos sociais. Essas políticas construíram arcabouços teóricos a partir da movimentação social, incitando em sua implementação ações diferenciadas de acesso e acolhimento em âmbito do SUS. Isso criou ações estratégicas de reconhecimento dos marcadores sociais das desigualdades, passando pela criação e organização de serviços específicos para o cuidado de populações e da busca pela melhoria das informações em saúde levando em consideração aspectos como raça/cor/etnia.

Os anos seguintes trariam com maior intensidade a agenda da equidade, inserida nos objetivos do milênio, nos objetivos do desenvolvimento sustentável e nas pautas temáticas das Nações Unidas (expressas no seu calendário de dias ou de anos internacionais), popularizando-se os compromissos de atendimento de saúde universal, humanizado e de cuidado integral, direito à convivência comunitária e à vida em família, enfrentamento de vulnerabilidades, valorização e respeito à vida e à cidadania, respeito à dignidade da pessoa humana e respeito às condições de vida. De particular tradução à equidade (igualdade de direitos com justiça social) está o reconhecimento e o acolhimento na formulação de políticas públicas às diferenças de origem (zona, área, região), geração (idade), raça, etnia, cor da pele, nacionalidade, gênero, credo, sexo e orientação sexual, com atenção especial às pessoas com deficiência.

Durante esse período, a atuação dos movimentos por direitos implicou a construção de novas políticas no âmbito do SUS, tais como a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (Brasil, 2011), que visa a melhoria da qualidade de vida e

a redução dos riscos à saúde de camponeses, ribeirinhos, comunidades tradicionais, extrativistas, comunidades atingidas por barragens etc.; a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Brasil, 2011) e a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População LGBT no Rio Grande do Sul (Rio Grande do Sul, 2014), que preconizam, dentre as prioridades, romper com o histórico de desigualdade, discriminação, estigma e preconceito social ao qual essa população é submetida nos serviços de saúde, a garantia ao processo transexualizador no SUS, a visibilidade de informações como a orientação sexual e a identidade de gênero e a garantia do nome social; a Política Nacional de Atenção Integral à saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (Brasil, 2014), que estrutura as unidades de saúde prisionais, garante a saúde integral e a participação popular nos processos decisórios; e, mais recentemente, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani (Brasil, 2018), visando estimular o protagonismo e reconhecer os saberes e práticas culturais deste povo nas ações em saúde. Todas as políticas evidenciam a necessidade de incluir na agenda da saúde nas três esferas de governo o tema das populações específicas, por muito atrelado ao cuidado pautado em concepções hegemônicas que conferem elevado grau de desigualdade na distribuição dos serviços, bem como distanciado de suas concepções ideológicas de cuidado.

Apesar de ainda recentes, essas políticas públicas evidenciam sua relevância através da melhoria da visibilidade desses grupos dentro dos sistemas de informação em saúde, na educação dos profissionais para o trabalho com populações diversas e no provimento de serviços de saúde específicos para essas pessoas. Como destaque pode-se referir as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), os Consultórios na Rua (CnaR), as Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF), as Equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP) e os serviços de atendimento às pessoas transexuais.

A seguir, a Tabela 1 sistematiza algumas das estratégias expressas em normativas, em âmbito do SUS, para ampliar e melhorar o acesso das populações específicas às ações e serviços de saúde:

Tabela 1 - Estratégias de acolhimento das populações específicas em âmbito do SUS | Fonte: Organizada pelo autor

	NACIONAL	ESTADUAL
Promoção da Equidade em Saúde	Inexistente	2020 – Política de Promoção da Equidade em Saúde (Portaria SES nº 512/2020) 2021 – Incentivo para a promoção da equidade em saúde e enfrentamento do preconceito, da discriminação, do racismo, do racismo institucional e da xenofobia contra populações específicas. (Portaria SES nº 360, Capítulo III, Seção I) 2022 - Institui ações afirmativas para negros(as), indígenas, pessoas trans e pessoas com deficiência em editais de processos seletivos de cursos, Programas de Residência, especializações e pós-graduações no âmbito da SES/RS (Portaria SES Nº 1.149/2022)
População LGBT+	2011 - Política Nacional de Saúde Integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (Portaria nº 2.836/2011) 2013 - Incentivo para processo Transexualizador em âmbito do SUS (Portaria 2.803/2013)	2014 - Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População LGBT (Portaria SES 343/2014) 2021 - Incentivo para ambulatório de especialidade no processo transexualizador (Portaria SES nº 882/2021) 2021 - Comitê Técnico de Saúde da População LGBT (Portaria nº 704/2021)
Povos indígenas	1999 - Constitui Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Lei 9.836/1999) 2002 - Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Portaria nº254/2002) 2017 - Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas (Portaria 2.663/2017)	2023 – Incentivo da qualificação da atenção à saúde aos povos indígenas (Portaria SES nº 360 - Capítulo III - Seção II)
População Negra e Quilombola	2007 - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Portaria nº 992/2009)	2008 - Política Estadual de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias. (Decreto 4555/2008) 2018 - Comitê Técnico da Saúde da População Negra do Rio Grande do Sul (Portaria SES Nº 210/2018) 2023 – Incentivo da qualificação da atenção à saúde da população remanescente de quilombos (Portaria SES nº 360 - Capítulo III - Seção I)
População do Campo, Floresta e Águas	2011 - Política Nacional de Saúde Integral das populações do campo e da floresta (Portaria MS nº 2.866/2011)	2014 - Dispõe sobre medidas para prevenção e combate à situação de risco às doenças associadas à exposição solar (Portaria 304/2014)
População em Situação de rua	2009 - Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento (Decreto nº 7.053/2009) 2011 - Define diretrizes e organização e funcionamento dos Consultórios na Rua (Portaria 122/2011)	2017 - Institui o Comitê Intersetorial com a finalidade de elaborar a Política Estadual para a População em Situação de Rua, Enfrentamento à Violência e a Discriminação Institucionais. (Decreto nº 52.567/2017) 2022 - Comitê Técnico Estadual de Saúde para a População em Situação de Rua (Portaria SES Nº 264/2022)
População Privada de Liberdade no Sistema Prisional	2014 - Política Nacional de Atenção Integral à saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (Portaria Interministerial nº 1/2014) 2014 - Institui a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional, e dá outras providências (Portaria interministerial nº 210/2014) 2014 - Dispõe sobre o financiamento do serviço de avaliação e acompanhamento às medidas terapêuticas aplicáveis ao paciente judiciário no SUS (Portaria 94/2014)	2011 - Incentivo para as Equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP) (Portaria SES nº 360 - Capítulo II - Seção II)
Povos Ciganos	2018 - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani (Portaria nº 4.384/2018)	Inexistente
População Migrantes, Refugiados e Apátridas	Inexistente	Inexistente

Percebe-se que alguns segmentos de população ganharam assento na formulação de políticas públicas de saúde tanto em âmbito nacional quanto estadual, enquanto outros, como a População Migrantes, Refugiados e Apátridas, seguem buscando visibilidade ou reconhecimento adequado de suas necessidades.

Entende-se que todas essas conquistas se potencializam quando pertencentes às multidões. Para Negri (2004) o conceito de multidão exprime o conjunto de individualidades, na junção de indivíduos coletivos, de poder político imanente. Para Pelbart (2016), expressaria o corpo biopolítico coletivo, que resgata a multiplicidade ao invés da dialética do mesmo e do outro ou de identidade e diferença. Seria como o outramento (termo cunhado por Fernando Pessoa), no qual se permitiria experimentar todos os sujeitos que nos rodeiam e nos habitam. De forma que não se prende a uma identidade, que não se garante apenas o direito à diferença de determinados grupos, mas permite a nós próprios sermos metamorfoses e habitar infindáveis mundos.

O percurso de evolução da movimentação das populações específicas têm um refreamento a partir do golpe parlamentar que, em 2016, derrubou a então presidenta Dilma Rousseff. Esse impacto é ainda agravado com a promulgação do Teto de Gastos promulgado no mesmo ano, resultando no congelamento do investimento em todas as áreas cruciais para combater as desigualdades, dentre elas a saúde e a educação. Esse processo resultou na desestruturação e no desfinanciamento de políticas públicas, que prejudicaram o desenvolvimento das políticas para populações específicas e processos inclusivos. Podemos acrescentar a esse cenário o avanço do ideário coletivo neofascista no Brasil a partir das eleições de 2018 e os crescentes discursos de ódio que se voltam fortemente às populações específicas e às diversidades. O fascismo aparece, assim como comenta Safatle (2015), como uma cultura de massas estereotipada, com pessoas que já possuem potencial antidemocrático. Essa massa age como uma rede de afetos de ódio, que diminui a potência dos afetos alegres e busca perseguir e exterminar a diversidade.

Ainda que a multidão se desenvolva entre as relações de afetos coletivos em defesa dos seus modos de viver, de acordo com Negri (2004) ela precisa resistir e expulsar o fascismo do poder, pois necessita das instituições e do Estado como garantidores da democracia. Dessa forma, a eleição de 2022 acabou sendo decisiva para descontinuar o incentivo a tais movimentos neofascistas e seus insultos e ações discriminatórias sobre diferentes grupos populacionais por parte do governo federal, além do evidente retrocesso

das políticas para as diversidades, o desfinanciamento de políticas sociais e de pesquisa. Ela se revela essencial para a manutenção do terreno democrático, essencial para o deslocamento das multidões em direção ao rompimento com as estruturas de poder hegemônicas em direção à produção da vida e a consequente continuidade na implementação das políticas públicas e avanços no âmbito dos direitos.

Diante do cenário estabelecido até 2022, de reacionarismo, a implementação já iniciada dessas políticas públicas em âmbito estadual e municipal ganhou ainda mais relevância, isso porque elas serviram de escudo diante da devastação estrutural na esfera federal. Além disso, mesmo em meio à essa instabilidade, outras estratégias para as populações diversas ganharam visibilidade no Rio Grande do Sul, como a proposição de uma política de promoção da equidade em saúde ainda em 2019. Surgida através da união das pautas identitárias em direção a uma nova estratégia de enfrentamento das iniquidades - passando de um modo específico e identitário para um modo transversal, interseccional e transdisciplinar - ela incita discussões acerca da educação para alteridade e saúde coletiva ao tensionar o caminho desenhado nas demais políticas para população específica: mobilização identitária → definição de agenda → política implantada. Apresenta um ambicioso desafio de coletividade e diálogo entre as populações, apostando na potencialização dos caminhos já percorridos e buscando outros meios para se promover a equidade.

10.2 A Reorganização para o Trabalho das Populações Específicas na SES/RS

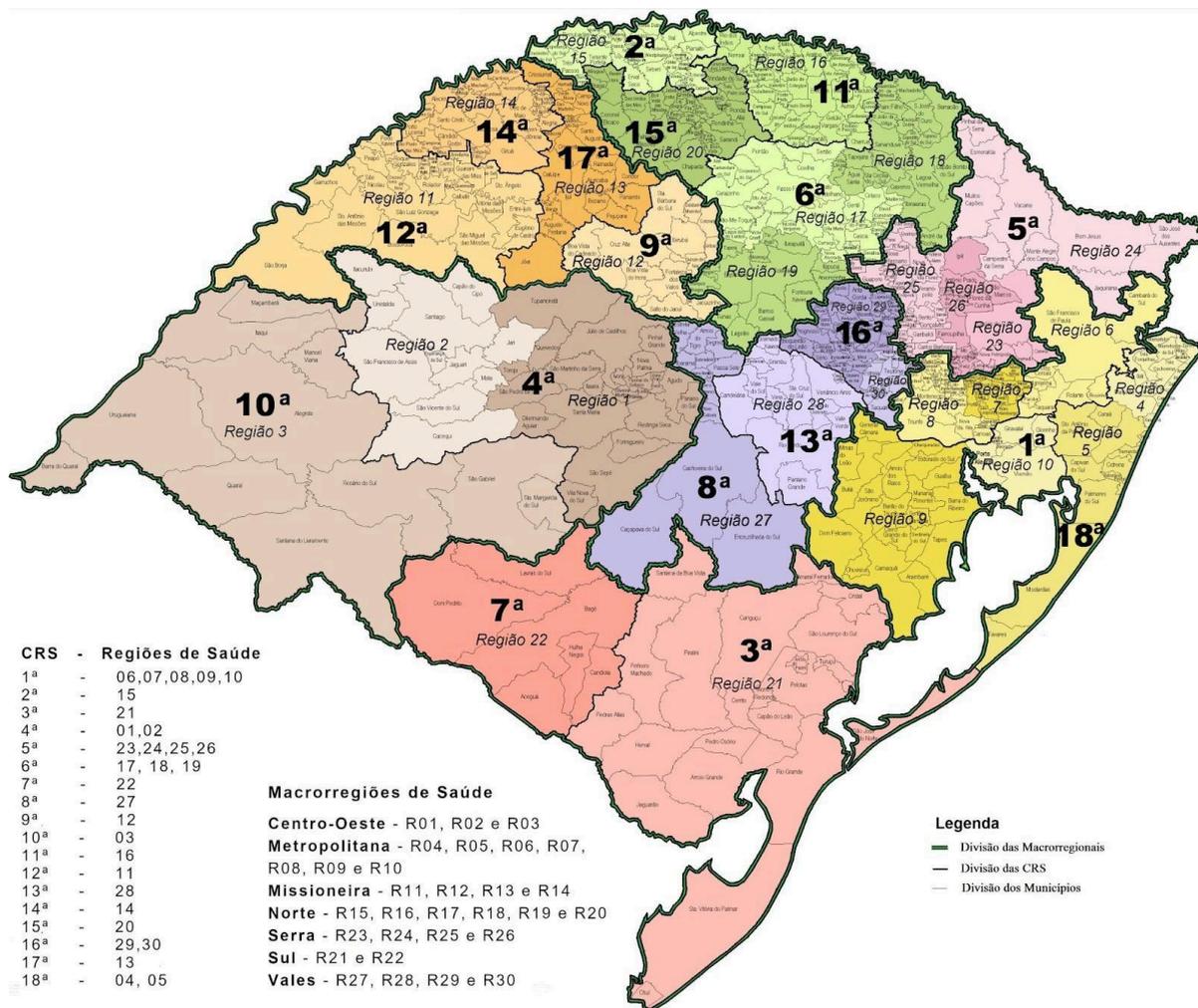
O resgate do princípio da equidade na saúde é objeto de discussões nacionais como modo de reunir as ações e as políticas sobre os grupos populacionais específicos e promover estratégias para reduzir as diferenças injustas e evitáveis. No Rio Grande do Sul, desde 2015, ocorre na Secretaria Estadual da Saúde, um movimento de aproximação dos próprios servidores que atuam em Porto Alegre no nível central e que compunham a pauta sobre saúde das populações específicas. Nesse mesmo ano, as populações específicas eram integradas por seis servidores e abrangiam apenas quatro coordenações: saúde dos povos indígenas (dentre os quais este pesquisador fazia parte), saúde da população privada de liberdade e egressa do sistema prisional, saúde da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transsexuais (LGBT+) e saúde da população Negra e Quilombola. Ademais, havia o

apoio de dois servidores integrantes da coordenação de atenção básica que trabalhavam com a pauta da Saúde da População em Situação de Rua e Saúde da População do Campo, da Floresta e das Águas.

A partir da construção do Plano Estadual de Saúde (PES 2016-2019) e da necessidade de visibilidade às estratégias para a saúde dessas populações, esses trabalhadores passaram a compor grupos de trabalho conjunto para descrever e planejar pautas comuns entre as populações. No PES, ficou estabelecido como meta a construção de uma política estadual para a promoção da equidade em saúde. Pouco tempo depois, a aproximação ocorreu fisicamente, trazendo para a mesma sala os profissionais de saúde das coordenações de população específicas. Isso aconteceu, principalmente, devido ao entendimento desses servidores de construir diálogos e a necessidade de unir esforços para viabilizar a implementação das políticas públicas estaduais e nacionais.

O histórico de baixo financiamento, a não priorização dos grupos minoritários na saúde e o déficit de servidores para essas áreas tornava a implementação dessas políticas inviável, além disso o estado do RS passava por um governo que utilizava a austeridade fiscal como estratégia. Como alternativa a essa situação, foram criadas ações coletivas de viagem e a socialização das pautas para que se pudesse trabalhar com a pouca disponibilidade de recursos de deslocamentos e diárias dentro do estado. Apesar da situação, foram desenvolvidas diversas ações no sentido de sensibilizar outros profissionais das 18 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), que são as unidades descentralizadas na estrutura da SES para articular e organizar a rede de atenção à saúde (RAS) junto aos 497 municípios gaúchos, representadas no Mapa 1:

Mapa 1 -Divisão das Macrorregiões, Regiões e Coordenadorias Regionais de Saúde.



Fonte: SES/RS

Foram criadas estratégias coletivas de educação permanente em saúde, cursos, oficinas, canais de diálogos, materiais informativos a fim de tratar temas como o estigma, o preconceito, o racismo, a discriminação, a xenofobia e a promoção do acesso à saúde para as populações em situação de vulnerabilização.

O fortalecimento das agendas com as 18 coordenadorias regionais, ilustradas geograficamente no Mapa 1, potencializou o trabalho com a pauta da equidade e das populações específicas nessas instâncias, muitas vezes deixadas de lado pela falta de servidores e pela priorização de outras agendas e políticas. A movimentação após a reestruturação no nível central incentivou a indicação de novos servidores para o trabalho integrado entre as populações específicas em prol dessa agenda coletiva de promoção da equidade.

Na troca do governo estadual, em 2018, o trabalho no nível central avançou com o aumento de servidores para as áreas, contudo ainda sem o mínimo de um profissional por política, ficando descobertas as populações do campo, floresta e águas, população de migrantes, refugiados e apátridas, e os povos ciganos. Como avanços significativos desse período, além do redirecionamento do trabalho das CRS, está a ampliação do cenário de práticas de estagiários e residentes com o trabalho integrado entre as populações específicas, a realização de projetos de pesquisa e cursos à distância em conjunto com universidades e a institucionalização de canais de educação permanente em saúde entre servidores do nível central e das CRS para discutir temas referentes às políticas de equidade.

A união dos servidores públicos estaduais como estratégia para potencializar o trabalho com as populações em situação de vulnerabilização reverberou, em 2019, na criação da Divisão de Políticas de Promoção da Equidade em Saúde no interior da estrutura do Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde (DAPPS). A partir dessa reconfiguração, institucionalizou-se o trabalho conjunto entre as Políticas geridas pelo Departamento, resultando em um trabalho mais colaborativo, embora com muitos desafios a serem superados, como o desfinanciamento e o reduzido número de trabalhadores.

10.3 A Construção da Primeira Política de Promoção da Equidade em Saúde do País

Em 2019, iniciou-se o movimento para a criação do documento que culminaria no texto da política de promoção da equidade. Tal movimento foi estruturado no “Relatório de Construção de Política de Promoção da Equidade em Saúde”, organizado pelos profissionais da Divisão da POPES do nível central em 2022, que se encontra no Anexo 2 da tese. Segundo o documento, no dia 05 de setembro de 2019, foi realizada uma oficina interna contando com 24 especialistas do DAPPS/SES. Nesse espaço foi criado o Documento Orientador de Construção da Política, usado como proposta pedagógica para a organização das oficinas macrorregionais. Foram, então, definidos sete eixos: acesso aos serviços de saúde; aspectos epidemiológicos e demográficos; determinantes sociais e informações em saúde; controle social; financiamento; integralidade do cuidado e intersectorialidade em políticas públicas; recursos humanos, formação e educação em saúde.

O período de realização das oficinas ocorreu de 12 de setembro a 12 de novembro de 2019, distribuídas da seguinte forma: Sul (Pelotas), Serra (Caxias do Sul), Missioneira (Santo

Ângelo), Norte (Passo Fundo), Metropolitana (Porto Alegre), Vales (Santa Cruz do Sul), Centro-Oeste (Santa Maria). Nelas, reuniram-se representantes dos movimentos sociais e instituições representativas dos indígenas, quilombolas, Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transsexuais e Pessoas Intersexo (LGBT+), população do campo, da floresta e das águas, negros, população privada de liberdade e egressa do sistema prisional, pessoa com deficiência, migrantes, refugiados e apátridas, povos ciganos e população em situação de rua. Também participaram dos grupos construtivos profissionais da SES, profissionais das secretarias municipais de saúde (SMS) e os conselhos municipais de saúde. A dinâmica contou com a abordagem sobre cada um dos eixos, onde foram formuladas uma ou mais questões para fomentar o debate entre os participantes.

Os documentos apontam para uma participação mais efetiva das oficinas nas áreas de abrangência das Coordenadorias Regionais de Saúde que possuíam profissionais como referência técnica para as políticas de promoção da equidade. Nas regionais sem referência, notou-se uma menor presença dos atores nessa construção. Ao fim das reuniões nas sete macrorregionais de saúde do estado, iniciou-se um trabalho de lapidação das atas de todas as reuniões e a compilação das sugestões dos grupos. Para essa tarefa envolveu-se o trabalho dos profissionais da SES, estagiários e profissionais residentes que se esforçaram na sistematização do que foi discutido nesses encontros. As contribuições dos participantes foram divididas entre problemas e soluções, buscando concentrar nas soluções elementos para compor os artigos da futura Portaria.

Para fins de visualização sobre as diferentes abordagens que apareceram durante as oficinas, na Tabela 2, organizou-se algumas das abordagens referentes aos problemas na macrorregional Vales, ocorrida em Santa Cruz do Sul, em 06 de novembro de 2019. As frases foram distribuídas por categorias de análise definidas neste estudo, como interseccionalidade, afecções, exclusão da alteridade e estrutura institucional:

Tabela 2 - Principais problemas apresentados na oficina Vales

INTERSECCIONALIDADE	AFECÇÕES	EXCLUSÃO DA ALTERIDADE	ESTRUTURA INSTITUCIONAL
Barreira linguística na perspectiva da população de migrantes. Dificuldade para chegar, para entender como funciona o sistema de saúde. Dificuldades de relatar a queixa principal para o profissional de saúde.	Barreira cultural. Falta de compreensão com relação ao motivo da migração. Exemplo do haitiano que foi interrogado sobre os motivos da sua vinda, e ficou com medo de ser deportado.	Negativa de acesso por falta de documentos, negativa de acesso a consultas, exames e medicamentos por falta de documentação.	Barreira de acesso é a gestão. Como fazer atendimento para uma população que não existe.
Questão indígena, muitas vezes tem barreiras linguísticas ou de compreensão. Às vezes falam o português, mas não tem a mesma compreensão, e o profissional não se dispõe a verificar se houve um entendimento por parte do usuário indígena.	Na chegada da entrada de um imigrante, apátrida, eles devem ser orientados a procurar sua regularização. Não devem perguntar se estão regulares ou irregulares ou qualquer tipo de questão que cause constrangimento.	Estigma e preconceito como barreira de acesso. As pessoas que realizam o atendimento usam do seu julgamento de valor sobre os grupos populacionais para atender as pessoas.	Nas coordenadorias, a sobrecarga dos servidores que são mais voltados à regulação, pautas como equidade fica prejudicado;
Questão do deficiente deve ser debatido dentro da equidade.	Atendimento inadequado do profissional de saúde aos LGBTs. Como principal barreira o preconceito. O caso do homem trans que é tratado com um homem heterossexual e não lhe é ofertado as mesmas coisas que as outras mulheres, como a possibilidade de preventivo etc.	Sistemas de informação: inadequados à realidade das populações específicas, excluem a diversidade.	Sem cadastro (quilombolas, indígenas , lgbs) não são atendidos, fala da secretária.
Não há informação sobre a população prisional, mas talvez não seja vantajoso ficar o registro pois é uma população muito rotativa e talvez fique estigmatizada? Como pensar o registro de informações?		Despreparo de formação frente à diversidade.	Formações devem ser voltadas para os indivíduos/grupos populacionais, não para as doenças.
Integrar saúde e educação, encontros de educação permanente.		Violências motivadas por racismo, conflitos geracionais como fatores de adoecimento.	Como lidar com o profissional que não quer entender sobre as populações?
Potencializar o PSE.		Não há respeito no nome social e não há acolhimento e que essa é uma das questões mais importantes a serem atribuídas.	A dificuldade de falar em equipe sobre determinados assuntos. A gestão cobra atendimentos e procedimentos é isso que é discutido.

Articular o PIM com outras secretarias.		O conceito de equidade precisa ser debatido com a sociedade e não apenas com os profissionais, por essa razão e por outras, que os preconceitos ficam sendo cada vez mais potencializado.	Sempre quando há contingenciamento de verbas, o primeiro corte é na educação permanente.
		O desconhecimento gera uma grande barreira de acesso.	As questões burocráticas dos serviços deveriam ser alteradas para que os pacientes fossem atendidos de maneira humanizada, desde a recepção até o médico.
		Não se conhece o perfil das populações pois não se conhecem as informações (SINAN – só tuberculose).	Falta representatividade dos profissionais de saúde: profissionais trans, negros.
		Por questões de racismo, que não é investido na doença falciforme: devem ser articulados mecanismos para enfrentamento do racismo e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde.	
		Violência intrafamiliar, violência psicológica, trabalho análogo a escravidão nas áreas rurais. Pensar ações de prevenção contra a violência no campo, pois a maioria dos casos não chegam a ser notificados. Pensar junto com segurança, assistência social, saúde e outros entes.	

A partir dos problemas elencados, algumas soluções foram propostas nessa oficina, como o incentivo à ampliação do protagonismo desses grupos populacionais: "Informar a população sobre a possibilidade de participação das populações – cotas nos conselhos em todas as instâncias"; "Repensar as formas de comunicação: Falar em linguagens acessíveis"; "Formular estratégias de formação continuada e de inserção da comunidade na discussão de equidade promovendo a autonomia dos sujeitos"; "Se aproximar a lideranças indígenas para construção de políticas e serviços; "Fomentar comitês de promoção da equidade". Além disso, em resolutivas sobre tema da exclusão da alteridade propõe-se: "atendimento livre, sem cartão SUS"; "A educação permanente como solução de baixo custo e de extrema relevância"; "Precisa ser trabalhada a questão dos preconceitos culturais"; "Ter campos das populações como obrigatórios".

A partir de tais formulações, pode-se perceber, através dos atores, uma proposição de soluções principalmente a partir da educação para a alteridade e da participação social. Como referido por Butler (2018), a participação social para as populações constitui um espaço de reconhecimento entre os seres humanos e o direito ao aparecimento. Torna-se evidente a reivindicação dos grupos para compor não só o espaço de construção, mas o processo de implementação dessas políticas.

Muitas propostas de melhoria também estão associadas à estrutura institucional e de gestão, à melhoria e difusão de informações e ao acolhimento: "Informações entre presídios"; "Dar senha para o pessoal do município no Infopen (Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias), criar uma aba de saúde, para facilitar o acesso dos presos. Fazer circular a informação daqueles presos"; "Os gestores precisam serem sensibilizados pelo Estado, para que potencializam as equipes de saúde prisional"; "Humanização e acolhimento no SUS precisa ser potencializado"; "Qualificação dos profissionais de saúde"; "O acolhimento como uma capacitação relevante para o atendimento a essas populações. Já que antigamente na saúde pública não se falava no atendimento adequado a essas populações"; "Fazer diagnósticos das populações específicas, em números e afins"; "Processo trans deve ser expandido, pois o tempo de espera prejudica todo o processo".

Já em relação às oficinas na macrorregião Serra, destacam-se as questões relacionadas à exclusão da alteridade e discriminação, como por exemplo: preconceito, negação de atendimento ginecológico, desinformação sobre hormonização para a população LGBT; "Ausência de cartão SUS entre a população vulnerável acarretando negativa de

acesso”; “Município que nega a presença de ciganos na cidade (relato da cidade de Caxias do Sul que impediu que ciganos se estabelecesse na cidade); Cultura como barreira de acesso (profissionais de saúde não estão preparados e não conhecem determinados traços e características culturais dessas populações e isso dificulta a aproximação e o contato)”; “Atendimento rápido com escuta desqualificada”. Outros problemas relacionados à informação referem-se a não realização da autodeclaração do quesito raça/cor, orientação sexual e identidade de gênero. Com relação ao controle social, os atores identificam uma falta de representatividade dos grupos populacionais. As oficinas dessa macro também propõe soluções no sentido de educar permanentemente os profissionais com relação aos temas interseccionais entre as populações, articulação e parcerias para a rede de serviços, qualificar os deslocamentos das populações aos serviços, difusão das informações das populações e qualificação do controle social com a ampliação das discussões e assentos para as populações.

Na macrorregião sul, apontam-se problemas relacionados à estrutura institucional, como a logística dos atendimentos, mesmo dos serviços de urgência e emergência; a dificuldade na identificação dos pontos da rede para a atenção a essas populações e onde elas se situam na linhas de cuidado; o desconhecimento das populações que compõem o território; a precarização do trabalho. Relatam-se questões de exclusão da alteridade como despreparo frente à diversidade e violência motivada por racismo, LGBTfobia e intolerância religiosa, em especial nos serviços de saúde mental, como comunidades terapêuticas. Além disso, falam do investimento de recursos, reforçando estigmas contra a população LGBT e a ineficiência do olhar equânime na distribuição dos recursos. Como soluções, aponta-se a melhoria da mão-de-obra e qualificação das estruturas de trabalho, capacitações, investimentos em atenção básica e saúde mental e representatividade dos grupos populacionais. Ademais, a qualificação na comunicação com as populações, a criação de mais serviços especializados, a integração entre os sistemas de informação, como de violência entre SUS e SUAS, entre outras.

Na macrorregião norte identificam-se muitos problemas relacionados à exclusão da alteridade, como os preconceitos e discriminações contra os diversos grupos populacionais, tanto por parte dos profissionais como da sociedade. Dentre esses problemas estão o desrespeito ao nome social, a desresponsabilização dos municípios no atendimento às populações específicas, como indígenas, quilombolas e privados de liberdade. Além disso,

narra-se sobre a violência contra LGBTs e população negra, com relatos de suicídios. A circulação dos afetos predominantes entre os municípios dessa macrorregião revela a diminuição da potência de agir das populações. Para os atores, seriam necessárias ações no sentido de sensibilizar e afetar os gestores e a comunidade sobre a especificidade desses grupos como: “Promover exercícios que promovam a empatia nas equipes”; “Incluir ações afirmativas que valorizem a cultura dos povos indígenas e outros grupos populacionais”, “Trabalhar o impacto do racismo na saúde mental das pessoas”. Por ser a macrorregião com a maior concentração de indígenas do estado, muitas falas também revelam a necessidade de fortalecer a relação com a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), promover a capacitação intercultural, aproximar o trabalho com os municípios e promover saúde na primeira infância para esses povos.

Na macrorregional Missioneira, reiteram-se os problemas acerca das barreiras de acesso entre as populações, causadas especialmente pela negação da diversidade. Ademais, aponta-se para fragilidades no acolhimento, na atenção básica e na RAS, além da generalização do cuidado, sem o olhar equânime: “Os modelos dos serviços de saúde: baseado em padrões, heteronormativo, branco, machista, patriarcal. Não reconhece a diversidade e a equidade”. Ao atendimento nos presídios, os mesmos problemas no atendimento são relatados, com problemas na infraestrutura e resistência dos profissionais. Também são elencados problemas estruturais no trabalho em saúde, como a defasagem de servidores e sobrecarga de trabalho. Há dificuldade de transversalizar as ações, em especial a educação. Como propostas à construção da POPES, essa oficina sugere o empoderamento dos usuários para garantir a efetivação de seus direitos, a ampliação do conhecimento do território, o estímulo ao uso da ouvidoria e a garantia do direito a saneamento básico. Ainda referem a educação permanente sobre temas transversais a equidade como gênero, sexualidade e racismo. Em relação às práticas interseccionais, recomenda-se permear as políticas de promoção da equidade em saúde nas pautas das demais políticas.

Na macrorregião metropolitana, dialoga-se sobre problemas nos sistemas de informação, como mau preenchimento, não observação dos marcadores sociais, falta de comunicação entre eles. Também discute-se pautas para a melhoria do acolhimento das populações, como a classificação de risco, não obrigatoriedade da documentação, atendimento à mulher lésbica e bissexual, autodeclaração da raça/cor, visitas técnicas às populações. Fala-se dos problemas nas formações em saúde, na necessidade de

aproximação com as universidades, na crítica à homogeneização do modelo “médico centrado”, o distanciamento entre a ciência e a realidade: “descolonizar os saberes”. Ainda sobre pensar para além da representatividade das populações, mas da proporcionalidade. Afirma-se a necessidade de avançar nos planos diretores, de pensar essas populações também no planejamento urbano, direito às cidades. Refere-se, nessa oficina, críticas sobre a falta de representação dos grupos presentes na POPES, relatando uma concentração no número de trabalhadores. Entre as propostas dos grupos nessa macro, sugere-se empoderar, incluir as populações e fortalecer os controles sociais; integrar áreas como cultura, educação e assistência social; integrar os sistemas de informação, criar observatório; prever que a anamnese e no acolhimento deve conter aspectos clínicos, culturais, sociais, questões econômica, etnoculturais; garantir a equidade dentro das formações.

Na região centro-oeste recorda-se a falta de rede de atenção para a população de rua e a ausência de unidades de saúde rurais para atender à população do campo que, em sua maioria, é idosa. Refere-se, além disso, a exposição aos agrotóxicos, problemas ligados à intersectorialidade: “as minorias têm dificuldades de acesso a amplos setores (educação, saúde, emprego)”. Conta-se a história de uma mulher transexual que é obrigada a se vestir com vestimentas masculinas para poder permanecer em uma casa de passagem e que, por isso, prefere permanecer em situação de rua. Dentre as possíveis soluções nessa oficina, defende-se a criação de políticas para jovens camponeses, a formação de profissionais mais “humanos”, a realização de conferências com a temática dessas populações, a implementação de banheiros com chuveiros públicos, o trabalho com a conscientização no ensino básico, assim como potencializar a empatia no SUS e empoderar as populações com informações sobre saúde e território. Também sugere-se a inclusão da população de catadores dentro da POPES.

Considerando os horizontes desta tese, é sensível destacar o papel atribuído pelos participantes das oficinas à educação no contexto da promoção da equidade, afinal, em todas as macrorregiões a educação apareceu como um vetor de potência e encontro, capaz de contribuir para estimular afetos alegradores, promotores da vida. As críticas e sugestões sempre apontaram para a centralidade de processos cotidianos de ensino-aprendizagem, localizando a educação como um fazer-mover intrínseco à vida: seja através da formação permanente e qualificada de profissionais; da educação pela sensibilização da sociedade no combate a preconceitos e iniquidades; ou da educação pela informação das próprias

populações em relação a seus direitos para o bem-viver.

Ao final da separação das sugestões dos grupos, realizou-se a etapa de tradução das relatorias em artigos, incisos e parágrafos e a formulação da minuta da Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde. Após a finalização, a próxima etapa foi a de consulta pública, de 26 de novembro a 08 de dezembro de 2019, a fim de reunir especialistas para revisar e sugerir alterações no documento final. O resultado da consulta pública foi de 32 acessos e 06 propostas de revisão. Após o período, a Portaria passou pela apreciação e aprovação do Conselho Estadual de Saúde (CES), e, por último, da direção do Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde e do gabinete da secretária estadual de saúde para análise e publicação.

Em 29 de julho de 2020, a SES/RS publicou, por meio da Portaria SES nº 512/2020, a primeira Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde (POPES) do país. Segundo a Portaria “a promoção da equidade é a promoção do direito à igualdade como princípio da justiça social e implica reconhecer necessidades específicas e dar-lhes tratamentos diferenciados no sentido da inclusão e do acesso individual e coletivo” (Art. 2º). A publicação da política conclui uma etapa importante para o avanço do trabalho com as populações em vulnerabilização dentro da Secretaria Estadual da Saúde. Questões centrais passaram a compor a agenda do estado, como a dificuldade destas populações em acessar os serviços de saúde, o preconceito e a discriminação, a promoção de espaços de participação popular para populações específicas, a inserção de ações afirmativas, a visibilização dessas populações nos indicadores e boletins e na educação em saúde. Provoca-se, a partir de então, um desafio ainda maior: sua implementação.

10.4 Implementação e desafios da POPES

Como resultados iniciais da implementação da política, obteve-se a criação de ações afirmativas em âmbito da SES/RS (Art.23) através da Portaria SES Nº 1.149/2022. Também ocorre a inclusão de cotas para a população de transexuais e de indígenas em editais de cursos e nos concursos públicos do estado do Rio Grande do Sul (Decreto Nº 56229/2021), estabelecidos na política em seu Art. 41: “Estabelecer ações afirmativas, com ênfase na instituição de cotas raciais, étnicas e para travestis e transexuais em todos os processos seletivos da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, podendo se estender a

outros grupos populacionais específicos”. Realizou-se, ademais, a expansão do ambulatório transexualizador, descrito no Art. 16: “Incentivar a criação de unidades ambulatoriais e hospitalares para a realização do processo transexualizador”. Outra conquista foi a implementação de alguns dos comitês técnicos de populações específicas, localizados no Art. 64: “Criação e manutenção em nível estadual de comitês técnicos das populações específicas”. Atualmente já estão em funcionamento os comitês técnicos estaduais da população negra, LGBTQ+ e população em situação de rua.

Com relação ao financiamento, a partir de 2021 obteve-se a criação do Componente de Incentivo à Promoção da Equidade em Saúde, dentro do Programa Estadual de Incentivos para a Atenção Primária à Saúde (PIAPS). No caso do recurso destinado aos municípios com comunidades indígenas e quilombolas, ocorreu sua manutenção e ampliação (Portaria SES nº 360, de 2023 - Capítulo III, Seção II e III). Na população privada de liberdade, houve a manutenção do incentivo para as Equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP), (Portaria SES nº 360, de 2023 - Capítulo II e Seção II). E, de forma inédita na composição do financiamento estadual, conquistou-se a destinação de recurso para educação em saúde direcionado a qualquer uma das populações específicas em todos os municípios gaúchos, com o objetivo de promover a equidade e enfrentar o preconceito, a discriminação, o racismo, o racismo institucional e a xenofobia (Portaria SES nº 360, de 2023 - Capítulo III, Seção I). Para ter acesso ao pagamento fundo à fundo, o gestor municipal deve realizar projeto (a ser analisado pela SES/RS) envolvendo duas ou mais populações em vulnerabilização presente em seu território. Os movimentos de expansão e de criação de financiamentos estavam previamente estabelecidos na legislação da POPES no Art. 55 e 56: “Manter e ampliar recursos financeiros aos municípios para qualificação da atenção prestada às populações específicas” e “Estabelecer novas fontes de cofinanciamento aos municípios para qualificação da atenção ofertada às populações específicas”.

Por conseguinte, o financiamento da POPES reverberou na realização de campanhas e eventos a fim de informar e qualificar profissionais de saúde e sociedade civil sobre temas referentes à equidade e às políticas de populações específicas, a realização de oficinas para emprego e renda dos próprios grupos populacionais, eventos de fortalecimento da cultura, contribuindo assim, no avanço de outros itens da política como no Art. 11: “Formular estratégias para diminuição das barreiras de acesso, sejam elas de linguagem, de deslocamento territorial, laboral, cultural, por preconceito, estigma, racismo, racismo

institucional e outras”, do Art. 35: “Promover estratégias de educação permanente e humanização em todos os níveis de atenção, com profissionais da assistência, da gestão e do controle social visando o reconhecimento das populações específicas, reforçando a importância das ações afirmativas e a compreensão dos determinantes sociais no processo saúde-doença”, do Art. 36: “Estimular e promover campanhas e atividades intersetoriais contra o racismo institucional, a discriminação e o preconceito” e o do Art. 37: “Promover ações regionalizadas de educação permanente direcionadas à promoção da equidade em saúde”.

Ademais, outros pontos da legislação avançaram desde a implantação, como a qualificação das respostas das ouvidorias, para que sejam resolutivas e que respeitem a diversidade das populações específicas (Art.42). Outras ações, ainda que não previstas inicialmente na POPES, foram realizadas durante o período da pandemia de Covid-19, iniciada logo após a implantação da política. Dentre essas ações está os cuidados de entrada em territórios indígenas e quilombolas, distribuição e redirecionamento de recursos para o enfrentamento à insegurança alimentar, ao desabastecimento de produtos de higiene e de reforço das estratégias para isolamento das populações. Ademais, houve o constante envio de insumos básicos para as equipes, além da prestação de apoio na organização do processo de vacinação, que tinha como prioritários os grupos populacionais em situação de vulnerabilidade.

Nos anos de 2022 e 2023, segue-se o trabalho de implementação da POPES, com a construção da matriz avaliativa, monitoramento de ações e serviços nos territórios dos municípios em conjunto com as CRS. Além disso, houve aporte no número de trabalhadores no nível central, preenchendo a vaga na política da população do campo, floresta e águas, na população de migrantes, refugiados e apátridas, população de ciganos e profissionais para trabalhar a política de forma transversal.

Como metas próximas, está prevista, para o ano de 2024, a institucionalização e início da atuação do Comitê Técnico Estadual de Promoção da Equidade (Art. 63), como forma de reunir usuários representantes das populações específicas, movimentos sociais, universidades, atores representantes de comitês, conselhos e entidades vinculadas aos grupos populacionais. O Comitê visará auxiliar e orientar a SES/RS na implementação da POPES, tendo em vista ser um potente campo de discussões com a pluralidade de atores políticos e de definições importantes sobre os rumos da política.

Além disso, segue o desafio de avançar em outras finalidades da POPES, como tornar obrigatória a presença e preenchimento, conforme autodeclaração, dos campos raça/cor, etnia, nome social, orientação sexual, identidade de gênero, ocupação e território no Sistema de Informação e Registro de Gestão Estadual (Art.28); incentivar a implementação das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) (Art.27); incentivar e orientar o preenchimento obrigatório da Ficha de Notificação Individual, Interpessoal e Autoprovocada de Violência contra populações específicas (Art.34); articular a implementação da política nos municípios e garantir fonte de financiamentos municipais, estaduais e federais para o financiamento de ações para atender as necessidades das populações específicas (Art 7º e 53); fomentar a criação de comitê ou comissão técnica de promoção da equidade nos Conselhos Municipais e Estadual da Saúde (Art.66). Além desses desafios, outros pontos da Portaria exigem um esforço permanente de atuação e vigilância estadual para a implementação da POPES.

10.5 A POPES como Estratégia para (Mo)ver-se

Do ponto de vista da identificação dos grupos em situação de vulnerabilização, o reconhecimento dos marcadores sociais é indispensável para a criação das políticas dirigidas a eles. Categorizar, qualificar informações, criar serviços específicos, contratar profissionais habilitados para uma determinada cultura/etnia têm se demonstrado estratégias relevantes na assistência à saúde para conquistar possibilidades de acesso mais equânimes. Entretanto, o exercício de pensamento a ser feito agora é a derrubada das fronteiras categóricas; é trazer para a cena os devires. Dar atenção e voz aos movimentos permanentes realizados por todos os corpos, coletivos e culturas que atravessaram e atravessam o mundo através de um circuito dos afetos (Safatle, 2015).

O esforço das instituições governamentais, de forma geral, é o de capturar a fotografia dos cenários e analisar os detalhes por meio dos dados e indicadores. Além disso, o documento de escrita fornece elementos limitados com relação ao campo das afecções. De modo que a própria demarcação da linguagem e da escrita por meio do limitado número de palavras descrevem apenas algumas informações e que já não são exatamente como o perscrutado quando em pesquisa: “a linguagem é um instrumento da cultura que, ao

nomear os objetos, os paralisa em supostos territórios de existências estáveis, como kits de subjetividades fixadas por contornos duros e enrijecidos” (Lemos *et.al*, 2014, p. 233). Dessa forma, há uma considerável - e talvez inevitável - perda de detalhamento, informações e características a serem observadas nos processos de construção e implementação das políticas públicas, mesmo quando formuladas de modo participativo.

Trazendo para o cenário da implementação da POPES, podemos supor que os acúmulos que a política teve desde sua publicação em 2020 já se deslocaram em relação às suas questões iniciais. Essas novas perguntas não precisam necessariamente de respostas, mas sim o posicionamento da capacidade de questionar e interrogar a política e seus modos de fazer diante de questões teóricas que servem ao contraste no mundo conceitual e no circuito dos afetos.

Embora a POPES seja construída de forma descritiva e normativa, como qualquer legislação política, há uma investida na presente tese sobre sua capacidade de permitir movimentação e deslocamentos sobre o olhar de atuação para a diversidade. Isso porque a atenção é direcionada para os condicionantes de exclusão de alteridade e menos para um círculo definido e estático de populações. Assim como as transformações seculares revisitadas em “os anormais” de Michel Foucault (2001), as conformações dos grupos em situação de vulnerabilização variam de acordo com o território, e devem receber uma atuação de acordo com cada realidade, assim como a sua interseccionalidade. A propósito desse conceito, ele assume um status fundamental, já que relaciona os diferentes marcadores sociais, muito discutidos ao longo da Política: o que foi estabelecido como uma ação sobre um grupo de indígenas, por exemplo, pode se ampliar para um indígena transgênero, que vive em contexto urbano, que está em situação de rua e faz uso problemático de álcool? A migrante para quem são dirigidas ações de inclusão social, mediação cultural e de tradução, por meio de políticas específicas, também pode ser uma mulher negra, lésbica, com alta escolarização. Ademais, pode-se fazer o exercício de pensar em um novo grupo populacional em situação de exclusão e invisibilização que venha a se estabelecer no território, seja por agrupamento de afinidades identitárias ou mesmo por migração/imigração. Essa população necessitaria de décadas de lutas para que o Estado possa acolher suas necessidades, viabilizando estratégias mais equânimes para sua inclusão? Ou, ainda que no âmbito do acesso à saúde, as políticas para promoção da equidade poderiam auxiliar na correção dessa exclusão?

O recurso estadual para a promoção da equidade, citado anteriormente, prevê a realização de projetos educacionais em saúde para qualquer um dos 497 municípios gaúchos de acordo com as especificidades de cada público em situação de vulnerabilização presente em seu território. Conseqüentemente, o que antes era planejado a partir das políticas para populações específicas como uma ação para um determinado grupo, agora se abre em um universo maior de possibilidades e conformações. Isso pode denotar, ainda que timidamente, uma flexibilidade de atuação criativa no processo duro de cofinanciamento estadual. Para Safatle (2015), mesmo no domínio revisional das leis há devir, pois pressupõe o uso da razão em um campo imanente à potência coletiva (multidão). Para o autor a razão é utilizada como instrumento de mudança das leis, pois nesse terreno, longe da instabilidade das paixões, pode-se argumentar por meio do plano consensual e que dá legitimidade aos enunciados.

Desta forma, é a aposta na diminuição das sombras projetadas à luz focada das políticas, com sua possibilidade de movimentação e multidão, que essa pesquisa pretendeu cartografar. Para Pelbart (2003) é através da multiplicidade, da sua inclinação à democracia não representativa, contrária a um corpo de vontade única, que se caracteriza a própria multidão. Segundo o filósofo, ela é o oposto ao conceito de “massa”, que por característica é homogênea e unidirecional, enquanto a multidão é heterogênea, complexa, multidirecional. É ir contra a produção e reprodução biopolítica foucaultiana em direção a um corpo biopolítico coletivo, biopotente, sem deixar para traz seus conhecimentos, desejos e afetos.

Compor políticas que levem em consideração a obsolescência das fotografias e representações não é uma tarefa simples. Isso seria como a própria obra de arte. Como perspectiva, esta tese visa analisar através de novas lentes a Política Estadual de Promoção da Equidade em saúde com ferramentas cartográficas capazes de questionar e observar a circulação dos afetos para (re)criar diferentes mapas de intervenção para a promoção da equidade em saúde. Tendo como propósito mover e ver - ver, desver, transver, em Manoel de Barros (2010) - em um descontínuo, imprevisível, inesperado e infindável (mo)ver, assim como na *atividade da vida*.

10.6 Possíveis Limites da Política de Promoção da Equidade em Saúde

Em (re)visita ao conceito de equidade, adotou-se não os caminhos para o alcance de uma suposta igualdade, ou a linha dos direitos universais para atingir justiça social. Aliás, em relação à própria justiça social, Gastão Campos (2016) reforça que essa deve oportunizar aos sujeitos a capacidade de protagonismo e de defesa da sua própria vida, para além de somente oportunizar bens e serviços. Pensar um conceito potente para a equidade, no entanto, complexifica os critérios estabelecidos para sua avaliação, mas são correlatos ao devir da vida e ao que essa pesquisa se propõe. Em consonância com Jardim e López (2013), o processo de invisibilização de cada segmento de população nunca trará o mesmo ponto de escuta, pois cada coletivo possui processos históricos e resistentes distintos. De forma que não existiria um sistema que contemple as inúmeras singularidades em seus valores gerais, deixando de fora interesses de determinados grupos sociais. Todavia Campos (2016) reitera que se espera a capacidade de leitura do sujeito, sua autonomia e sua história, além de instituições mutantes que acompanhem os aperfeiçoamentos e mudanças constantes nas normas. Por conseguinte, espera-se que a equidade tenha capacidade de reversão das desigualdades e iniquidades ao qual se encontram as diversas populações, considerando a produção subjetiva dos sujeitos, a complexidade do histórico colonialista e segregatórios de toda ordem. Trata-se, portanto, de um reordenamento no circuito dos afetos.

Como conjectura sobre os limites de uma política de equidade, volta-se ao processo cronológico de desenvolvimento das próprias políticas públicas, que nesse caso na área da saúde, não é precisamente linear e sempre ou suficientemente inclusivas. Chama-se à atenção para grupos em situação de vulnerabilização que não foram incluídas, *a priori*, no arcabouço de grupos populacionais descritos na POPES, como a exemplo da pessoa com deficiência ou pessoas com transtornos mentais. É certo que a movimentação social dos coletivos mencionados se desenvolveu e tomou rumos distintos. O movimento pela reforma psiquiátrica, pautado na densa disputa entre o modelo de poder excludente e punitivo da psiquiatria e o cuidado em liberdade, conquistou um espaço contundente e afirmativo dentro da saúde, disparando redes de atenção psicossocial (RAPS) para um cuidado integral. O movimento pela inclusão nos aspectos da vida em sociedade pelas pessoas com deficiência igualmente conquistou seu lugar como proteção legal de direitos, através da

Convenção Internacional e pela Lei Federal 13.146/2015, que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Pode-se levantar uma hipótese de que esses grupos poderiam estar inseridos em uma política estadual de promoção da equidade em saúde, pois a saúde mental se revela indiscutivelmente afetada pela iniquidade. Igualmente às pessoas com deficiência são vulnerabilizadas pela falta de políticas sociais equitativas e possuem uma extensa agenda de políticas de inclusão pela promoção de direitos. Contudo, tanto a RAPS, quanto a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência possuem especificidades distintas em sua trajetória dentro das políticas de saúde no estado e, por isso, não foram incluídas nesse primeiro momento na POPES. Por outro lado, não há impedimento para que futuras ações, recursos ou releituras da política não possam contemplar essas ou outras populações a se somar.

Outro ponto a ser considerado em relação aos limites da política de promoção da equidade é sobre a possibilidade de sobreposição às políticas em andamento para as populações específicas. É fato que a política veio com a disposição em potencializar ações de reversão de processos excludentes, considerar a interseccionalidade, os determinantes sociais e unir esforços em aspectos fundamentais para o acesso à saúde dentro da gestão estadual. Entretanto, detalhes incorporados das lutas das populações nas políticas específicas poderiam ser renegados em detrimento de maior amparo às causas de todos os coletivos? Pode-se considerar de igual forma o receio da fragmentação das ações já existentes para as populações específicas; como fazer então dessas ações pontuais parte de uma política global para a diversidade? Ou, a partir da revisita ao conceito de multidão em Negri (2004), qual a capacidade desta em romper com a ideia de fragmentação e incoerência, passividade e alienação, ativando processos vivos capazes de atuar conjuntamente na produção de algo comum, aceitando a diversidade e produzindo singularidades? Como deixar de constituir a massa ou a res pública (coisa do povo) para a vivência da singularidade, da diferença, da radicalidade da expressão ser humano, bem como a relação com um fazer república? (Negri, 2004, p. 195).

É relevante, sobretudo, considerar a POPES na visão dos atores implicados na implementação dessa. É dado que a organização para o trabalho de forma a unir diferentes pautas de populações específicas na esfera estadual no Rio Grande do Sul facilitou e potencializou ações, principalmente levando em consideração a não priorização dessas pautas ao longo dos anos. Mas deve-se pensar, da mesma forma, de que modo essas ações

são vistas ou quais as circulações de afetos estão presentes no âmago dessas populações. Quais as compreensões delas sobre a implementação da política. De outra forma, a proposição de uma nova forma de fazer política pública na saúde para grupos vulnerabilizados serve somente à organização administrativa de entes de Estado ou de fato pode se apresentar como uma resposta a uma demanda da educação para alteridade em relação a esses grupos?

Em contrapartida à formulação do parágrafo anterior, é notório que estamos diante de uma novidade em relação às discussões até então produzidas na formulação de políticas de saúde. Isso porque nunca houve contato simultâneo entre os grupos populacionais em situação de exclusão, a não ser na sarjeta social, no não acesso, no exílio. Portanto, há um devir a ser constituído na promoção de espaços de contato, da movimentação dessas novas interfaces. Um lugar incomum, de difícil projeção, mas ao mesmo tempo com capacidade de invenção de mundos.

Os limites dessa política pública ainda devem ser testados na medida de sua implementação, do contato com os diferentes cenários políticos ao longo dos próximos períodos. Ademais, esse estudo objetivou cartografar, em conjunto com outros atores envolvidos no planejamento, gestão e avaliação das políticas públicas para as populações *diversas*, o recorte temporal da fase inicial de implementação da POPES, contribuindo para aumento da percepção sobre esses limites e fronteiras, como também procurar potencialidades e possibilidades de expansão através da circulação de afetos.

11. TEXTOS-TESTEMUNHOS: EXPERIÊNCIA DE ESCUTA E IMPLICAÇÃO NO TRABALHO

Esta etapa de pesquisa consistiu na escuta de dez especialistas da Secretaria Estadual da Saúde implicados na construção e na implementação da Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde, tanto do nível central quanto nas Coordenadorias Regionais de Saúde. Esses relatos serviram de base para, na relação de implicação do pesquisador-trabalhador, serem transformados em textos-testemunhos. É um processo de facilitação entre a experiência narrada por esses atores estratégicos, o processo de escuta qualificada do pesquisador e a sua transmissão. Para Alves e Sousa (2008) os testemunhos de quem conta uma história ou relata uma experiência, abrem espaços para as metáforas do próprio lembrar. Por outro lado, o público que dá ouvidos a essa trama, no caso desta pesquisa o próprio pesquisador-trabalhador, também se faz testemunho de uma experiência, podendo potencializar e ressignificar, em suas próprias metaforizações. É um compromisso com o real e o histórico, um desafio de memória e linguagem.

Foram apontados, além disso, os registros e afecções do cartógrafo durante o processo. O momento de provocação dessas narrativas ocorreu de forma individualizada entre pesquisador e trabalhador, permitindo que cada memória afetiva individual pudesse emergir. Para este momento, extraiu-se de cada pesquisado as experiências informadas que falam de si no processo construtivo da POPES, resgatando a memória da pré realização das oficinas, da sistematização das informações que viraram documento textual de política até a fase inicial de implementação. Nomeando-os assim de Circuito de memórias, Circuito sobre a interseccionalidade, Circuito do redesenho das POPES, Circuito das incertezas e potencialidades, Circuito das afecções.

11.1 Circuito das memórias

Depreende-se das conversas com os operadores da Política, que o início do processo de construção da Divisão de Políticas de Promoção da Equidade em Saúde e da Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde tiveram sua base ainda na formulação nos grupos de trabalho do Plano Estadual de Saúde (PES 2016-2019), em 2015, embora institucionalmente a conformação das equipes venham a se formalizar depois dentro do

organograma da Secretaria. Nesse momento houve um intenso movimento entre os servidores responsáveis pelo trabalho com a saúde de populações específicas, que tinham um entendimento de que para que se avançasse as pautas com as quais trabalhavam dentro da SES/RS, deveria haver um esforço coletivo entre essas áreas. Complemento sobre esse período de escrita e planejamento como de integração e união entre os colegas que atuavam com as populações em vulnerabilização, em que nos esforçamos por debater novas conformações e conceitos, além de renomearmos o grupo de trabalho do PES de vulnerabilidades para equidade, já destacando a necessidade de reafirmar esse conceito dentro da SES. Nos relatos iniciais, os colegas ainda lembram que há uma frustração naquele período, pois apenas uma meta foi alocada no documento final do plano estadual, que era a construção de uma política que abrangesse todas as populações. Havia-se à expectativa, do mesmo modo, da implementação das outras políticas estaduais para populações específicas em andamento no estado, assim como fora com outras áreas dentro do departamento.

Narra-se que mesmo com a aprovação do plano, ocorreu um hiato até que se pudesse iniciar a escrita de um documento normativo, embora o processo de trabalho coletivo já estivesse estabelecido, como em viagens conjuntas e estratégias de apoio institucional para trabalhar as pautas coletivas entre os grupos populacionais. Reforço aqui que diversas questões interferiram na demora para a construção da meta nos anos que sucederam, como a falta de priorização de gestão, a restrição orçamentária para deslocamentos, o número insuficiente de profissionais, o parcelamento de salários, entre outras questões estruturais. A cobrança por parte da gestão pela efetivação de uma política ocorreu ao final do período do PES em 2019, que disponibilizou recursos, como autorização dos deslocamentos e diárias para a realização do processo. Há consenso que o momento foi de muita preocupação devido ao pouco tempo que se tinha para a concretização da meta. Para os trabalhadores, era imprescindível a construção participativa com a presença dos grupos envolvidos, e não um documento construído pelos técnicos sem a devida discussão. Outro receio era que a POPES pudesse “abafar” o que as demais legislações das populações específicas já construíam. A partir disso, e com o apoio da chefia imediata da equipe, estabeleceu-se um planejamento conjunto e distribuição de técnicos para a realização das sete oficinas macrorregionais em um período de apenas dois meses, entre setembro e novembro de 2019. A preparação e o acúmulo da equipe no trabalho de promoção da

equidade foi fundamental para construir os conceitos estruturantes e pudesse conduzir o processo durante a construção.

Permito-me uma pausa nos testemunhos para propor uma reflexão sobre como uma política como essa poderia, de alguma forma, mexer com estruturas institucionais do estado. E enquanto provocava afecções aos colegas trabalhadores, algumas daquelas histórias forneciam elementos interessantes nesse aspecto. Uma delas é sobre as recorrentes menções ao caráter democrático da política. Minha hipótese é que o tema da democracia, de certa forma, volta à tona, principalmente a partir dos instáveis anos de 2018 a 2022 e a tentativa de golpe militar ocorrido em janeiro de 2023 na praça dos três poderes em Brasília. Afinal, a construção de uma política para a equidade ocorreu em meio a uma movimentação neofascista no Brasil, que esta pesquisa delimitou, em Vladimir Safatle, como um circuito dos afetos políticos paralisantes, que instaura o medo e a necessidade de eliminar a própria diversidade. Penso que tudo isso reverbera ainda em nossas mentes e faz ressaltar ainda mais a importância de respostas políticas como essa. Talvez seja via o reforço da via democrática, com inclusão de populações excluídas nos quadros funcionais do estado, na entrada delas em conselhos estaduais e na participação de comitês para guiar as políticas, que essa política possa balançar a estrutura institucional e criar novos arranjos de afirmação da pluralidade e consolidação da democracia.

Embora os testemunhos iniciais de preocupação, pode-se entender que durante o período de construção da POPES houve empenho coletivo e a confiança entre as equipes de que uma normativa estadual de equidade poderia impulsionar o trabalho com todas as populações específicas. A política vem com uma forma de resistência e inovação. Cada profissional tinha dentro de si uma vontade de fazer algo para superar o momento de sucateamento, que também se percebia nos movimentos sociais e atores que compunham esse trabalho, que estavam desgastados em suas lutas. O momento de construção do documento público nas oficinas pelo estado é descrito como de entusiasmo. Isso está de sobremodo ligado à construção coletiva com os movimentos sociais, conselhos municipais de saúde, usuários, trabalhadores da rede de atenção à saúde e demais atores implicados. Há consenso de que mesmo que isso venha em um caráter organizacional, a construção só seria efetivada com atores desejantes e engajados nessas pautas. E esse engajamento, por parte de alguns dos especialistas, é para muito além de um processo de trabalho, mas por uma implicação que é de sua história de vida e militância.

Avalia-se que o papel do trabalhador estadual nas oficinas macrorregionais foi de mediação de uma aspiração coletiva. E esses coletivos estavam querendo trazer suas frustrações de demandas não atendidas pelo Estado, enquanto a mediação servia para acolher esse propósito e para a construção do documento que ia reunindo essas reivindicações. Como método de trabalho nas macrorregionais, apresentava-se, no início de cada encontro, as questões relativas ao conceito de equidade no SUS e sobre as políticas de populações específicas. Posteriormente, dividiram-se os participantes em grupos de forma heterogênea, onde grande parte contribuiu com o conhecimento e com sua experiência de vida. O período de desenvolvimento das oficinas foi concluído rapidamente, nos dois meses planejados foram realizadas as viagens para todas as macrorregiões do estado. Embora o pouco prazo, essas rodadas com atores chaves foram representativas, sendo o possível para aquele momento. Reitera-se o receio da equipe que uma política fosse feita em “gabinete”, como outras criadas no mesmo período dentro da SES/RS.

O número de participantes entre as oficinas foi variável, a avaliação é de que a participação foi boa em alguns locais, enquanto em outras pode ter faltado um pouco mais de divulgação. Além disso, lembra-se que não houve recurso para o deslocamento e alimentação das pessoas, o que dificultou a presença de alguns atores, principalmente pessoas de baixa renda que estavam distantes do local de realização dos encontros. Outro ponto é que se pudesse ter um maior tempo de planejamento interno, com o engajamento de secretarias e áreas transversais como vigilância em saúde, atenção básica, saúde mental etc. Entretanto, tem-se a concordância de que a política nasce do modo mais democrático possível e com uma metodologia bem definida. Há consenso de que se tivessem mais tempo para construir o trabalho, talvez conseguissem uma participação ainda maior dos usuários, trabalhadores e gestores na realização da escrita e um resultado ainda mais diverso e de acordo com as multiplicidades de realidades que se apresentam. Entretanto, esse momento de construção evoca boas lembranças justamente por um encontro afetivo com a diversidade de pessoas que compõem atualmente a política. O resultado final é motivo de orgulho, já que o processo foi participativo como se esperava e traz um texto de política com uma boa qualidade. Intui-se que o documento é um ponto de partida para qualquer gestor que quer começar a planejar ações equitativas na RAS ou formular suas próprias legislações municipais.

O processo posterior, de organização do documento, tentou ser o mais fiel ao que foi discutido nesses grupos, entretanto foi realizado o esforço para que pudesse apropriar a linguagem a um documento legislativo. Os estagiários e residentes auxiliaram bastante nesse processo, para que a equipe pudesse concluir em tempo (destaca-se o quanto o processo formativo dentro da equipe sempre foi um ponto forte dentro da divisão de promoção da equidade). Após a formatação da escrita, o material foi divulgado e posto em consulta pública. Entre alguns técnicos fica a sensação de que um período maior para a revisão final de texto e para a divulgação da consulta pública, podem ter trazido resultados ainda melhores. Destaco que, embora o cuidado em manter fidedignas as contribuições dos grupos e da consulta pública, salienta-se que a atividade de sistematização consequentemente possui um olhar de tradução e de adequação para o formato de Portaria, além de que há grande composição dos afetos desses atores para a escrita do documento final.

Após a publicação da POPES, através da Portaria 512/2020, a implantação da política colidiu e foi diretamente atravessada pelo período da pandemia de Covid-19, que trouxe aos profissionais da saúde exaustão e um direcionamento exclusivo para essa pauta. Ainda nesse contexto, ressalta-se que a POPES contribuiu para que se tivesse um olhar diferenciado para essas populações na situação pandêmica, como o aporte financeiro estadual para as questões de alimentação e de higiene, grupos de trabalho, apoio à vacinação de grupos prioritários, estratégias diferenciadas de isolamento para as populações etc. O pós pandemia é um grande recomeço para a equipe de promoção da equidade, que avançaria então na implementação a partir de uma nova reconfiguração do trabalho.

A etapa de implementação da POPES é considerada desafiadora pelos técnicos, por se tratar de um pioneirismo. Não existem experiências a seguir, o que se tem é a própria Portaria e as políticas de populações específicas, que possuem ações e serviços para as singularidades apresentadas. Seria algo diferente do que se tinha no estado para o enfrentamento da iniquidade até então. A implementação da política teria como papel de ecoar e reverberar ações para todos os municípios e níveis de complexidade dentro do SUS. Para alguns trabalhadores, um dificultador da implementação é a falta de priorização da própria Secretaria, que direciona a maioria dos seus recursos para áreas como a atenção especializada, inclusive na alocação de servidores públicos. Além disso, há uma apreensão devido às cobranças por respostas imediatas, levando em consideração que é uma política recente e que impõe mudanças estruturais. Outro ponto é a necessidade organizacional por

ações dialéticas, onde, para alguns, o principal seria a aposta na multiplicidade e na micropolítica. Neste ponto, algumas reflexões me vêm à mente, sobre o quão desafiador pode ser romper com a lógica linear e conservadora do fazer da administração pública. Lembro-me, no cotidiano de trabalho, o quão foram comemoradas as pequenas vitórias no que se referem às respostas que a gestão espera, como a realização de eventos, melhoria dos dados, o avanço na criação de subespecialidade para as populações específicas. Talvez ao se analisar com a profundidade que a academia permite, possamos evidenciar não necessariamente vitórias, no sentido macroestrutural do avanço do viver juntos, da ampliação da alteridade e da resistência ao poder, mas, ao contrário, da permanente abertura e criação de novas caixinhas ou conforto por vencer as pautas. Como nos avisa Pelbart (2016) sobre a dificuldade de se distinguir as relações entre poder e subjetividade, em que não temos certeza se ao trabalhar, criar, amar continuamos alimentando uma máquina vampiresca ou se realmente criamos condições para retomar uma vontade individual e coletiva que era nossa.

Ainda sobre o processo atual, entende-se que o movimento de implementação foi refreado algumas vezes e que algumas discussões poderiam estar mais amadurecidas, apesar do pouco tempo de política. São citadas dificuldades como o período pandêmico e o não encontro físico com colegas, o não avanço do Comitê Técnico de Promoção da Equidade em Saúde estabelecido no documento de política, a insegurança em tocar processos de uma política recente, a perda de prazos e parcerias com o Ministério da Saúde. Não ter o Comitê das POPES em andamento é uma das grandes frustrações relatadas nos testemunhos. A instalação desse espaço logo após a implantação daria a continuidade de participação dos demais atores sociais que estiveram na formulação da política, o que poderia dar fôlego e direcionamento na implementação. Entretanto, tanto o período pandêmico dos primeiros anos, quanto às prioridades de gestão nos anos subsequentes, limitaram esse processo. No momento atual, a Portaria de habilitação do Comitê está em processo de tramitação dentro da SES com previsão de início em 2024.

Sobre os avanços da política nos municípios pode empreender que ela ecoou em regiões diversas e isso pode ser medido pelos projetos para acesso ao recurso para a promoção da equidade, criado em 2021. Nas CRS, menciona-se que muitas políticas de populações específicas eram adormecidas nas regionais, e que hoje trazem uma demanda que aumenta gradualmente para as diversas populações, assim como as ações. Além disso,

corresponde-se uma expectativa em relação à POPES de que, sem ela e sua projeção em âmbito estadual, muitos dos avanços para as populações não poderiam se concretizar, como o aumento e criação de recurso dentro do PIAPS, a criação de ambulatórios dentro do programa Assistir, cotas para pessoas trans e indígenas. Apesar dos avanços, ressalta-se o desafio de pulverizar a política para os quase 500 municípios do RS, necessitando empregar um trabalho ainda maior e contínuo de sensibilização e de financiamento.

11.2 Circuito sobre a interseccionalidade

Muitos testemunhos referem que a interseccionalidade é um dos eixos centrais da POPES. Apesar disso, refere-se que, desde as oficinas, esse conceito ainda não está claro para a totalidade dos movimentos sociais. Nas discussões de grupos, houve surpresas na apresentação desse tema ou o quanto ele ainda não está suficientemente na pauta dos movimentos dos grupos populacionais.

Entende-se que a POPES forneceu, ainda nesses momentos iniciais, alguns avanços importantes com relação a transversalidade, intersectorialidade e interseccionalidade na gestão estadual, pois de fato aproximou áreas técnicas e uniu o trabalho entre as CRSs e os municípios. Para os especialistas, é nítido o quanto os Planos Estaduais de Saúde avançaram, a partir da implantação da política, em incluir a equidade como um princípio transversal e estruturante. Nesse sentido, houve bastante implicação nos grupos em qualificar os dados e posicionar os panoramas de acordo com marcadores sociais como raça/cor, orientação sexual, identidade de gênero etc. No trabalho entre a equipe da SES, são citadas ações interseccionais como de combate à discriminação às populações, entre a pessoas privadas de liberdade, negras e LGBTs. Também refere-se algumas ações sobre a mulher em situação de privação de liberdade, a mulher negra, a mulher transexual e a mulher indígena. Em outras populações, o estágio de ações é referido como ainda muito inicial.

Ademais, é apontada a mudança no financiamento da atenção primária do estado, o PIAPS, como um elo de ligação entre das políticas existentes com as populações em situação de vulnerabilização. De forma que além do componente de Promoção da Equidade, no eixo do financiamento das equipes de atenção primária, existem critérios sociodemográficos, em que se remunera de formas diferenciadas para aqueles territórios onde possuem presença de imigrantes, negros, indígenas, quilombolas etc. Conjuntamente estratégias como o

Primeira Infância Melhor (PIM) há o estímulo para o atendimento em comunidades tradicionais e, na atenção básica, prevê-se recursos para as unidades de saúde prisionais.

No nível municipal, a partir do cofinanciamento estadual, houve um significativo trabalho de desenvolvimento das ações educativas para as populações específicas, com a realização de campanhas, cursos, eventos, oficinas envolvendo as mais variadas temáticas como o fortalecimento da cultura, da diversidade, da alteridade, do enfrentamento do preconceito, racismo e discriminação. Para os trabalhadores, espera-se que essa Portaria de financiamento contribua para o avanço do olhar coletivo e interseccional dentro dos serviços de saúde municipais. Outro desejo é que se pudesse trabalhar com maior frequência a temática da diversidade com as crianças nas escolas, já que a experiência aponta uma aceitação maior nessa faixa etária do que entre os adultos e idosos. Uma das estratégias já realizadas é a interface ao Programa Saúde na Escola (PSE).

Nas CRSs, cita-se a estratégia de trabalhar o tema da equidade junto com outras políticas como, por exemplo, a saúde mental e a atenção básica. Aproveita-se os espaços de encontro entre as gestões e eventos para inserir essa pauta, já que muitas vezes não há interesse no interior do estado em trabalhar com essas questões. Testemunha-se o estímulo aos demais colegas das áreas da saúde do homem, da mulher, do adolescente para incluir as temáticas das equidades. Por outro lado, comenta-se que, em alguns casos, a insistência em trabalhar com temáticas não prioritárias para os gestores municipais acaba fragilizando as relações.

São apontados desafios em inserir a interseccionalidade no cotidiano das equipes estaduais, isso porque há uma cultura institucional fragmentada. São sinalizadas carências como a falta de conexão com outras políticas como a promoção da saúde, a saúde mental, as ISTs e outras dentro do SUS. Dentro da secretaria, percebe-se um esforço em determinadas áreas para observar questões como identidade de gênero, concepções culturais, situação de rua, raça/cor, condição de privação de liberdade etc. Para os pesquisados, isso ainda está muito ligado às sensibilidades das pessoas que compõem as áreas, e o entendimento delas dessa importância. O fato é que a publicação da política de equidade no estado contribuiu para que esse olhar avançasse. Um dos momentos recentes foi a construção do PES 2024-2027, onde os trabalhadores das equipes da equidade se inseriram em cada grupo formado para ampliar o olhar sensível sobre as populações em situação de vulnerabilização.

Segundo testemunho, a implementação depende de selecionar melhor as ferramentas, de não ficar apenas preso aos processos institucionais de cumprimento de metas, mas de ter olhar mais sensível às populações. Também depende da institucionalização da política dentro do departamento e da SES. Metas individualizadas da divisão tendem a não ter sucesso, elas precisam ser incluídas de forma compartilhada com as demais divisões do departamento para conseguir ter mais abrangência. Além disso, conta-se que para a continuidade no avanço das ações e serviços em todos os níveis de atenção, é preciso que ela seja internalizada pelos demais departamentos da secretaria. Consequentemente, o futuro da POPES se liga a uma virada cultural. “Qualquer campanha de vacinação efetiva em âmbito do estado deve ter como premissa a discussão e o acúmulo da POPES, por exemplo”.

Para demonstrar a necessidade de avançar no trabalho interseccional ou o quanto ainda é frágil entre as diferentes áreas, traz-se, como exemplo, a realização de um evento sobre infância e racismo promovido pelo estado. Na mesa que se discutia sobre raça foram convidadas pessoas negras e sobre a infância, pessoas brancas. Isso reforça a fragilidade ainda das ações interseccionais na gestão com a reprodução de um modelo: “Porque não chamar especialistas negros para falar de pautas que não infância antirracista?”. Isso denota a necessidade de impor algo no cotidiano de trabalho e não em sua especificidade, o que seria um esforço da POPES em romper. O exemplo seguinte é trazido sobre uma análise recente da Profilaxia Pré-Exposição (PREP), que é ainda um recurso restrito no SUS para a prevenção à infecção do HIV. A amostra traz o acesso de pessoas, em sua maioria, de homens brancos, 12 anos ou mais de escolaridade, de 30 a 39 anos. Quando se analisam dados de exposição, tratamento do IST ou descontinuidade de tratamento de carga viral, encontram-se justamente às populações em situação de vulnerabilização como indígenas, pessoas negras, transexuais, jovens. Ressaltando ainda mais a necessidade da equidade permear entre as políticas e na intersetorialidade para que se alcancem ações mais efetivas. Em alguns relatos, refere-se à falta uma discussão mais conceitual entre as áreas sobre as questões que envolvem a equidade. Dentro do planejamento de qualquer novo serviço, deveria-se ter uma discussão inicial sobre qual ou quais populações seriam prioritárias para aquele espaço, e isso ainda não é visto.

Através das questões reveladas pelos especialistas, há uma tendência em demarcar que a Política, em seus primeiros anos de implementação, contribui para a produção do

comum e do avanço da interseccionalidade dentro das práticas de gestão às políticas de saúde. Embora uma cultura institucional fragmentada, revela-se mudanças positivas nos financiamentos estaduais levando-se em consideração os grupos populacionais, determinantes sociais e aspectos transversais, o planejamento estadual ampliando o olhar para as iniquidades e observando a equidade como eixo transversal, a aproximação do trabalho sobre a equidade nas CRS em conjunto com outras políticas, além das experiências municipais dos projetos para acesso ao recurso de promoção da equidade.

11.3 Circuito do redesenho das POPES

Tem-se o entendimento, através das narrativas, que as populações não são estanques, que elas se transformam e são vulnerabilizadas de acordo com o tempo, a exemplo dos recentes fenômenos migratórios. Para os trabalhadores, é relevante se manter atento a essas mudanças e as novas movimentações. Há consenso sobre a capacidade institucional para acolher e incluir novas populações dentro da Política Estadual de Promoção de Equidade em Saúde. Nesse aspecto, a compreensão dos demais trabalhadores se alinha à hipótese de que existe a possibilidade de redesenho da POPES para acolhimento de novas populações em seu arcabouço. Entretanto, os profissionais alertam que é necessário o aumento da capacidade institucional para que essa reestruturação possa ocorrer. Isso porque demandaria mais trabalho e aumento dos recursos, necessitando de um reordenamento na prioridade de gestão.

Por conseguinte, é necessário o avanço da identificação de grupos populacionais nos territórios municipais, já que, por vezes, a gestão dos municípios sequer reconhece a existência de grupos populacionais como quilombolas, imigrantes, ciganos, pessoas em situação de rua etc. Em um exemplo, declara-se que no período da pandemia de Covid-19 os municípios receberam uma planilha do Ministério da Saúde contendo o quantitativo dos grupos populacionais prioritários para a vacinação e, muitos deles, não sabiam onde encontrar essas pessoas e pediam auxílio à SES. Por isso, uma das atribuições da POPES é avançar na educação e na identificação dessas pessoas nos territórios.

Compreende-se para os trabalhadores que, na situação atual, o foco da política não é incorporar novas populações ao “guarda chuva”, mas deixar as que já estão “protegidas da chuva”. Ou seja, tem que se ter a dimensão que cada população é um universo de questões e

que isso não pode ser diminuído em detrimento da inclusão de outras, já que mesmo hoje algumas populações são melhores trabalhadas que outras, por falta de profissionais e abrangência no avanço dessas políticas específicas. Observa-se, através desses relatos, a limitação institucional pela não priorização da Política. Além de ser um fator determinante na possibilidade futura de ampliação da POPES, ela causa prejuízos na própria organização de trabalho com as populações específicas.

Para alguns, a medida em que aparece a necessidade de inclusão, essa demanda deve vir de forma ordenada. Não um movimento social organizado, mas que já tenha um mapeamento da demanda um pouco mais estruturada. Cita-se, ademais, na possibilidade de atualização da POPES ao longo dos anos, justamente para dar conta dos novos elementos que possam vir a surgir dentro do SUS para o acolhimento dessas e de outras populações que venham a surgir. Além disso, propõe-se um espaço permanente de discussões conjuntas com as populações, que podem vir a estabelecer novas prioridades ao longo dos anos.

11.5 Circuito das afecções

Sobre o momento de construção da política, na realização das oficinas com os diversos grupos, os testemunhos carregam lembranças sensíveis daqueles encontros afetivos. Relatam-se sensações conflitantes nesse momento, tanto de satisfação por uma construção coletiva com as populações, como de insuficiência para acolher uma demanda tão grande de lutas que colide com os limites institucionais. Sentiam-se como agenciadores dos anseios das populações e das necessidades dos coletivos sociais. Além disso, o pouco tempo para conclusão do trabalho trazia angústia, pois empregava-se a expectativa de que o futuro dependia de uma legislação feita com qualidade, enquanto se tinha uma percepção que para a direção era apenas o cumprimento de uma meta do plano estadual. Nota-se, dessa forma, um conflito de interesses entre os afetos potencializadores/alegradores dos atores com a burocracia das metas da gestão política.

Durante os encontros das oficinas, muitas foram as afecções percebidas nos testemunhos. Uma delas refere que um dos momentos impactantes foi o diálogo de uma liderança do movimento transexual que dialogava e compartilhava experiências de repressão policial semelhantes ao de uma liderança indígena. Havia ali o relato de duas memórias entristecedoras que se interligavam. Outra recordação empática foi a diferença das

necessidades observadas nos grupos, enquanto em alguns grupos se discutia a carência de intérprete ou no uso de nome social em serviços de saúde, o representante da população em situação de rua reivindicava o desejo de comer e de tomar banho. Em uma oficina seguinte, em que se discutia saúde mental, uma mulher transexual afirma que determinadas comunidades terapêuticas não aceitavam pessoas trans e travestis para o tratamento do uso de drogas e questionava-se, então, como um serviço financiado pelo próprio estado poderia ser excludente? Nesse caso, reforço o quão permanente deve ser a vigilância, mesmo em políticas consolidadas para que não se tenham evidentes retrocessos e a exclusão ao invés do cuidado e da inclusão. Nesse exemplo, temos um dispositivo público de saúde mental com financiamento estadual que, mesmo as intensas movimentações e conquistas no campo dos direitos que reverberaram na Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei 10216/2001), que tem por princípio o acesso aberto, o cuidado em liberdade, a não discriminação de nenhum tipo, foram ampliados a partir de uma plataforma política do governo estadual a partir de 2015. Ainda que se tenham serviços adequados ao cuidado às pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas na RAPS, preferiu-se a distribuição de recurso público para a manutenção de instituições privadas, muitas de caráter religioso e/ou dogmático, para acolher esse tipo de situação. Diante disso, continua-se a cometer crimes de discriminação semelhantes a esse, com o próprio aval do Estado. Ademais, reforça-se que esse serviço está sendo novamente descontinuado no âmbito estadual com o encerramento dos contratos, como já fora em momentos anteriores.

Em outra oficina macrorregional, conta-se com comoção sobre imigrantes recém chegados à serra gaúcha que declaram que, para sobreviver, tinham que trabalhar muitas horas por dia e, no horário em que procuravam o serviço de saúde, não estava mais aberto. Além disso, relatam-se barreiras de ordens culturais e linguísticas nesses serviços, comprometendo o acesso dessas pessoas. Em um próximo grupo, houve um intenso debate, pois um membro líder do conselho municipal de saúde era enfático ao ser contrário às cotas para a população negra, o que gera um grande descontentamento coletivo. Também reportam-se falas preconceituosas vindo dos próprios trabalhadores durante as oficinas: “Se os quilombolas da nossa regional fossem mais educados, a gente conseguiria avançar mais nessa política”. Em um dos grupos que discutia a condição das pessoas privadas de liberdade, entendiam que essas não precisavam de direitos básicos, porque precisavam pagar algum tipo de “punição”. Essa percepção, infelizmente, é comum até mesmo entre os servidores, o

que causa certa vergonha durante os testemunhos. Isso reforça que o serviço público, mesmo sendo regido por princípios como a impessoalidade, é operado a partir da moral e subjetivações de cada um que o efetiva. Ressalta-se, desse modo, a importância de uma educação para a alteridade, que permita um acolhimento empático e uma comunicação acolhedora.

Há consenso entre os especialistas que a política depende muito das pessoas. Ela somente permeia em alguns setores, por conta de um apreço ao tema e não necessariamente pela política publicada ou a prioridade dos gestores: “É difícil de trabalhar com o que tu não acredita. É preciso acreditar”. Avalizo, nesse caso, a caracterização não necessariamente de um “perfil” de profissionais, mas de pessoas que ressignificaram as simbologias do senso comum, que acomodaram os signos e as afecções em direção à práticas de promoção e educação na saúde. Em outra escuta, fala-se que o trabalho com a pauta da equidade é o que mais gosta, ao mesmo tempo é o que gera mais frustração. Essa ambiguidade é sentida em muitos testemunhos, de forma que grande parte refere que trabalha por prazer, ao mesmo tempo em que é impactado com as durezas da não alteridade e do preconceito. Nesse sentido, em determinado testemunho, conta-se de um fortuito e revoltante encontro em elevador indo para um evento sobre população privada de liberdade no sistema prisional, em que o interlocutor, trabalhador de comunicação social dispara: “Um absurdo eu ter que sair lá da minha sala, para fazer *briefing* dessa gente. Pessoas que mataram, estupraram”.

Outros episódios referidos no trabalho de apoio aos municípios revelam afecções corriqueiras, mas não menos surpreendentes. Em um município de pequeno porte (que corresponde a 80% dos municípios do estado), traz-se o relato de um pai que expulsou um menino da cidade por ser homossexual, enquanto a comunidade do município ficou comovida com a situação dos pais. Depois de um certo período, o filho foi aceito de volta pela família e isso foi visto como um gesto de grandeza, não havendo, em nenhum momento, a preocupação com os maus tratos sofridos pelo menino. Reafirma-se, na história narrada, que o monstruoso e o invisível seguem juntos, enquanto o poder moderador dos pais (da família tradicional), é iluminado durante a história e emprega, ao final, um gesto de bondade para com seu filho, passível de elogios. Em um relato posterior, conta-se que, ao desconfiar da orientação sexual do filho, uma família inseriu a criança no futebol, atletismo e outros esportes similares, para que o menino se “desenvolvesse” e tomasse um novo caminho. Isso

tudo ocorre em meio à implementação de uma política nessas regiões, que visa priorizar o acesso e o cuidado da população LGBT+. O questionamento, portanto, é: Como reorientar os modos de afecção para que circulem novos afetos quando esses são os que predominam?

Em determinado testemunho, expõe-se quando a equidade e suas provocativas temáticas, pela primeira vez, foram trazidas para a discussão com as demais equipes da CRS e, uma das respostas foi: “Aqui não precisamos trabalhar com isso”. O caso remete a momentos que ocorriam, por exemplo, nas campanhas de visibilidade LGBT+. Um simples e-mail para lembrar colegas trabalhadores da SES sobre a temática era motivo para insultos e retornos do tipo: “Vocês não têm mais com o que se preocupar?” ou “Parem de me mandar esse tipo de coisas”. As tentativas de silenciamento, explícitas ou não, são recorrentes e exigem um preparo mental para o trabalho..

Para alguns trabalhadores, a política de equidade se confunde com a própria vida, já que pertencem às populações representadas. Isso pode trazer uma pulsão vital para que se realize o trabalho da melhor forma possível, mas, por outro lado, essa responsabilidade social e a carga emocional empregada é extremamente exaustiva e desgastante. Muitas vezes o desejo de realizar extrapola o próprio limite pessoal. Estar em um espaço onde se pode intervir sobre a saúde dessas populações pode trazer uma grande responsabilidade, que se desdobra em maior possibilidade de frustração e prejuízo à saúde mental dos profissionais com essa implicação. Outro agravante é que a pauta de trabalho percorre não só o período da carga horária, mas os acompanha igualmente nas horas de descanso e lazer. Um exemplo experienciado por uma das pessoas escutadas é sobre sua presença em um evento de grande expressão em um parque público da cidade, onde se reuniram multidões para lutar por seu direito à existência. Ao olhar para o mar de gente, reflete: “Todo esse povo nem sonha que eu sou a pessoa responsável por pensar política pública para todos eles, tendo possibilidade de propor e intervir sobre a vida deles. É uma responsabilidade muito grande. Eu tenho que dar uma resposta”. No mesmo sentido, determinado especialista refere que não pertencer à população que se trabalha, pode-se, no máximo, solidarizar-se com as lutas do outro e, ao contrário, quando pertence, sente-se a necessidade e a urgência para determinadas questões. Fala-se que, às vezes, essa urgência não é bem compreendida pelos colegas, pois não sentem na pele cotidianamente os efeitos disso: “Muitas vezes somos vistos(as) como chatos(as) por sempre levantar as mesmas questões, mas em realidade elas doem diariamente”. Em mais uma experiência, referindo-se às viagens de apoio institucional

nos municípios, o profissional pertencente a uma das populações específicas relata o quão desgastante foi sentir tantas falas preconceituosas e não conseguir ser ouvido(a), em determinado momento diz: “Eu não sei mais o que falar, não sei mais o que fazer. Às vezes a nossa presença é uma agressão”. A sequência de paixões tristes com o trabalho, reverbera na diminuição da capacidade de afetar e ser afetado, como demonstra essa citação. Muitas vezes a recorrência desse tipo de silenciamento, de angústia e de sofrimento, resultam no prejuízo à saúde física e mental.

É dado que possuir motivação pessoal para além do trabalho auxilia no quanto se consegue sensibilizar as demais pessoas, o que é fundamental para a singularidade desse trabalho que é de convencimento e de afetação. Nesse sentido, entende-se que o futuro da política está ligado às relações pessoais e quanto os afetados conseguirem mobilizar o campo de trabalho na promoção da equidade saúde. Isso pode ser refreado, na medida em que muitos trabalhadores estão exaustos, pelos constantes espaços de tensão, sobrecarga de trabalho etc. Para muitos, a renovação de quadros técnicos será fundamental para essa continuidade. O esgotamento dos profissionais relaciona-se ao que Han (2015) refere na “sociedade do cansaço”, como uma incapacidade em se relacionar com o mundo, em despotência. O que é ocasionado pelo incessante estímulo de produção, ou o que Preciado (2018a) aponta como performance, sendo esse um agente de desejo esperado no capitalismo farmacopornográfico. É onde se leva o grau de exploração do corpo ao próprio limite para que possamos performar tal grau de representação esperado pelas sociedades.

Testemunha-se, ademais, que a carga emocional de trabalho com as populações invisibilizadas possui um nível maior de exigência comparado com outros setores, porque lidam-se com situações de extrema vulnerabilização social e de condição básica de vida dessas pessoas: “Por vezes o pouco recurso que é repassado aos municípios pode ser o que vai prover água potável para as famílias de uma comunidade, ou se vai priorizar água para banho, para os animais ou para beber. O provimento ou não de alimentos é o que vai determinar se algumas famílias vão conseguir comer durante o mês”. Lidar com essa realidade exige preparo emocional, além de uma sensibilidade e habilidade de negociação com quem executa as políticas.

Para fora do trabalho, concebe-se que se ocupar da política de equidade e das populações vulnerabilizadas traz para a experiência pessoal um olhar sensível para a vida, de estar de olhos mais abertos e de um querer que essa transformação ocorra em distintos

ambientes, seja no trabalho ou nas relações fora dele: “Leva pra vida um novo modo de olhar para o outro”, “No momento que a gente começa a refletir sobre esses assuntos, não só falar sobre isso, começa a ver coisas com outros olhos, né?”, “Essa política faz a gente refletir sobre conceitos que a gente tinha sobre algumas populações ou outras que a gente desconhecia. Antes sequer pensava no não acesso de pessoas trans nos serviços, por exemplo”. Ou, em relato posterior, ao se referir sobre uma nova implicação ética com a sua vida, na área acadêmica e no próprio trabalho: “O trabalho com a POPES foi a maior experiência da minha vida”. Diante disso, conclui-se que a rotina desses trabalhadores implica em um estado constante de afecção, de muitos aprendizados, mas de muito embate. Seja por lidar com situações de extrema vulnerabilidade, seja por estar rodeado por preconceitos ou seja pelo próprio desejo de eliminação da alteridade.

11.4 Circuito das incertezas e potencialidades

Para alguns especialistas uma das questões que podem trazer incertezas no desenvolvimento da política é o uso que alguns gestores podem fazer dela, como minimizar as ações das legislações das populações específicas em prol da política de equidade. Há um temor de que a POPES possa supor, através de outras leituras, a capacidade de superar todas as questões relativas às populações vulnerabilizadas. Na visão dos atores implicados nessa construção, a estratégia da nova legislação é complementar e veio para facilitar a efetivação de um princípio do SUS que é a equidade, e não suplantando as políticas vigentes para as populações específicas que trazem pautas e direitos específicos para cada uma delas.

Outro ponto de anseio é o subdimensionamento do trabalho e dos trabalhadores que antes compunham diferentes coordenações de populações específicas e que agora pertencem a uma só equipe de promoção da equidade em saúde. Testemunhos referem que na visão de alguns colegas e gestores, o trabalho na POPES é comparado a outros de uma só política, invisibilizando a carga de trabalho com as áreas técnicas das populações específicas. Além disso, há o entendimento de que não há profissionais em números suficientes tanto no nível central como nas CRS. Também se expressa alguma inconformidade com relação à vasta atribuição de um mesmo servidor público para o desenvolvimento da política. Enquanto em outros locais, ou mesmo na iniciativa privada, tem-se especialistas para desenvolver tarefas de naturezas diferentes, como jurídica, comunicação e escrita, desenho

estatística etc. No caso do trabalho ali desempenhado, tem-se, muitas vezes, um trabalho solitário, obrigando-se a fazer funções às quais não estão capacitados. É relatado por alguns trabalhadores, ademais, o medo de que os dados e números que se tem atualmente digam mais do que a própria realidade das populações podem falar, trazendo uma assimetria entre a real necessidade e o seu fazer. Ideia essa que se conecta com a proposição desta pesquisa, que é o de promover outros pontos de contato com a POPES, trazendo ferramentas da saúde coletiva e da educação para dentro desta cartografia.

Outra questão lembrada foram os “nãos” recebidos durante o processo de implementação e o quanto a equipe segue resiliente. Em uma situação onde se avançava com a constituição das cotas para indígenas, transexuais e travestis, a assessoria jurídica estadual deu parecer negativo sobre o pleito. A partir disso, a equipe seguiu no propósito argumentativo, que levava como base a legislação e o que estava aprovado e descrito na Portaria 512/2020, resultando em um êxito nessa questão. A resiliência também é mencionada nos testemunhos no processo de trabalho com o recurso estadual para o trabalho com as diversas populações, iniciado em 2021. O incentivo é visto pelos técnicos como de grande potencial para avançar na promoção da equidade em nível local, além de dar abertura para o diálogo entre os dois entes na superação desses desafios e escrita de projetos. Entretanto, mesmo com o apoio das referências estaduais, ainda há pouco interesse dos municípios. Uma das hipóteses mencionadas para a baixa adesão é do próprio preconceito da comunidade e dos gestores que, por vezes, desconhecem determinadas populações presentes em seus territórios. Para avançar nessa questão, segundo alguns, necessita-se de maior sensibilização e melhoria nas formas e monitoramento do recurso. Ainda para outros, deve-se conjuntamente utilizar as estratégias administrativas de suspensão de repasse e outros tipos de penalidade para quem receber e não utilizar o recurso.

O trabalho no interior do estado em algumas CRS é descrito como de bastante resistência: “Houve uma rejeição da ideia de trabalhar isso, sinceramente, mas depois, com o tempo, está mais tranquilo. Principalmente a mídia tem trazido isso muito à tona”. Dentre os preconceitos mais comuns estão as questões relacionadas à orientação sexual e a identidade de gênero. Um relato mencionado é de um estagiário homossexual, que chegou sendo alvo de piadas e murmurinhos dentro de determinada Coordenadoria Regional de Saúde. Com o tempo, e com a naturalidade que ele trazia a pauta LGBT+, muitos colegas foram se

interessando pelo tema e chegaram a realizar alguns encontros em municípios para abordar e desconstruir preconceitos sobre esse grupo. Conta-se em situação semelhante, um menino que havia sido expulso da cidade pelos pais, e que algum tempo depois foi aceito. Ele faz um depoimento para um evento contando sua história e que, ao final do relato, muitos trabalhadores de saúde se emocionam e vão ao encontro dos pais para abraçá-los. Assim como nessas histórias, fala-se que a POPES ampliou a força e a entrada dessas discussões junto aos municípios, embora ainda cercado de muitas resistências. Refere-se também dificuldade em trabalhar os temas referentes à promoção da equidade: “Qualquer avanço que a gente consegue, temos que comemorar muito, porque as pessoas, até mesmo profissionais de saúde, têm uma certa resistência a trabalhar e cuidar disso”.

Em alguns testemunhos, fica nítido o quanto o trabalho com equidade desafia e potencializa a busca por conhecimento: “Eu acho que é um desafio muito grande, porque a gente tem que trabalhar os próprios preconceitos da gente, para aí conseguir pensar no outro também”. Da mesma forma, isso é mencionado como uma dificuldade de profissionais dos municípios. Em determinada capacitação para o preenchimento da orientação sexual e identidade de gênero no e-SUS, relata-se o próprio movimento dos agentes comunitários de saúde (ACS) para buscar conhecimento e conseguir preencher os cadastros.

A política de equidade traz garantias legais e de permanência das ações que eram feitas e continuam a ser realizadas pelas equipes e trabalhadores, através das histórias de vida, mobilizações acadêmicas e militância. Dessa forma, aposta-se que para avançar na efetivação da POPES é necessário a continuidade do desejo na superação das iniquidades e da promoção de justiça social. Considera-se que para o engajamento dessa pauta e sua capilarização é necessária a capacidade de afetar, isso porque trata-se de populações invisibilizadas e excluídas historicamente, no qual imperam preconceitos no imaginário social. Muitas vezes o trabalho de sensibilização com os demais atores na efetivação das políticas deve tratar de enunciar uma existência que possui especificidades, já que o discurso de que “todos são tratados iguais” é recorrente nos mais diversos espaços de gestão. Isso depreende uma grande energia no trabalho, pois não são questões dadas socialmente e necessita-se de uma capacidade educativa permanente. Aqui ocorre uma aproximação genuína entre saúde e educação, onde a troca de conhecimentos através dos encontros, é primordial para superar as lacunas estanques na efetivação do SUS. A capacidade de educar

com a circulação desses afetos, tornando-se um rizoma, avaliza todo um desencadeamento de novas afecções e paixões alegres em prol da promoção da diversidade.

Fala-se que a POPES supre uma necessidade de sustentação e garantias, em âmbito estadual, para muitas das populações específicas. Isso porque a maioria delas não possui política estadual. Na discussão de que uma política global pudesse fortalecer ou enfraquecer as demais já existentes, alguns trabalhadores expressam que ela potencializa as áreas técnicas específicas. Durante as oficinas falou-se, também, de que o compartilhamento das questões relativas às diferentes populações fortalecem os caminhos para a superação desses problemas. Refere-se, da mesma forma, que a política de equidade na saúde tem uma construção teórica capaz de dialogar e avançar conjuntamente com diversas secretarias em âmbito do estado. Para eles, a POPES vem para superar vazios que a política específica não consegue atingir. O trabalho nas CRS é visto como potencializado após a criação da política, de modo que se criaram novas referências e que alguns temas passaram a ser mais debatidos: “Não se pensava antes sobre a dificuldade das pessoas trans de acessar o serviço. Isso hoje sensibiliza e movimenta os profissionais”.

É consenso entre o grupo de pesquisados que não se pode julgar se uma política ainda recente se efetivou ou não, pois levaria alguns anos e se trata de uma mudança de paradigmas dentro das práticas sanitárias atuais. Os discursos no cotidiano da gestão pública do SUS são lembrados pelos operadores da POPES como de alinhamento ao defender a igualdade. Atrás desse discurso, muitos ficam pra trás, sem acesso à saúde; pois a igualdade sem a equidade é pouco efetiva. Em senso comum a igualdade parece ter um caráter de justiça, mas é injusta, principalmente em uma sociedade desigual. Embora os inúmeros desafios, os testemunhos trazem uma sensação de otimismo. Em determinado testemunho, fala-se que a POPES resgatou o desejo de coletividade dentro do SUS. Pois, embora o SUS tenha sido concebido por aspirações coletivas no campo da saúde, ela encontra, em determinado momento, demandas muito focalizadas. E a construção da POPES retoma esse desafio de trabalhar com o desejo de populações diversas em seu coletivo.

Aponta-se o futuro da POPES como de incertezas e desafios, isso porque necessita de priorização, de recursos, de pessoas engajadas e investimentos. Existem políticas em andamento com décadas de construção no estado que não avançaram da forma que se esperava. Ademais, tem-se a expectativa de que Comitê Técnico de Promoção da Equidade em Saúde auxilie no avanço dessas questões, com uma maior pluralidade de ideias,

participação dos movimentos sociais e atores externos para planejar e executar ações no âmbito dessa legislação. Avalia-se, ademais, como uma atribuição do trabalhador estar permanentemente se educando e se afetando, mesmo que o cotidiano de trabalho esteja sendo atravessado por questões que não esperam. Além disso, por vezes, tem-se uma expectativa que políticas como a POPES sejam à frente do seu tempo, quando em realidade ela corresponde a uma demanda do tempo presente. Essa última provocação de um testemunho é instigadora, pois tanto se discutiu sobre a inovação de uma política de equidade em nível nacional, seu pioneirismo e potenciais, que talvez a expectativa empregada seja diferente da realidade. De fato a POPES corresponde a uma demanda atual, advinda da inconsistência percebida no SUS em distribuir ações e serviços de saúde a todas as pessoas, iniquidade no acesso, no acolhimento e no cuidado integral. A questão que poderia surgir a partir desse apontamento é: seria essa uma estratégia capaz de ressingularização no tema das transformações populacionais ou apenas corresponde a uma demanda de um curto período histórico?

12. DESFECHO: ONDE A CARTOGRAFIA CHEGOU

“Enquanto houver espaço, corpo, tempo e algum modo de dizer não, eu canto.”

Belchior (1991)

Neste momento, permito-me discorrer sobre as afecções enquanto pesquisador-trabalhador no processo de escrita, de escuta e de reflexão. Reconto a história de construção desta pesquisa, agora encharcado por todo o processo reflexivo durante esse período. É uma etapa de fechamento deste percurso de tessitura cartográfica, sendo um processo posterior aos deslocamentos que foram possíveis em toda a trajetória, ressaltando as singularidades que reverberaram sobre a pesquisa.

Início relatando que todo o percurso formativo no doutoramento ocorreu de forma concomitante ao trabalho enquanto Sanitarista da SES/RS durante o processo de construção e implementação da POPES e no trabalho na área técnica de saúde dos povos indígenas. Isso atende a um dever, visto que a implicação se dá para além do campo educativo-formativo de doutorado, mas para uma implicação da ordem da responsabilidade enquanto servidor da gestão pública, dos anseios enquanto profissional e defensor do SUS. As afecções provocadas através dos testemunhos, do processo de revisão documental e do processo de escrita da pesquisa, deslocaram-me em relação ao próprio processo de trabalho. Voltar cotidianamente ao cenário de implementação da política tendo experienciado durante esse período um processo de pesquisa e reflexão, amplia os cenários e as possibilidades de atuação. Para os demais profissionais que participaram, percebia-se a cada expressão um olhar de surpresa, uma pausa de indefinição, uma expressão de alegria. O que denota, também, o quanto estavam afetivamente ligados aos encontros e as afecções que nos produziam mutuamente. É a própria educação em ato, de modo que os saberes formais necessariamente estão implicados na autoanálise e autogestão dos coletivos de realidade (CECCIM, 2005, p.166)

Avalio ademais que, desde o grave problema societário da exclusão da alteridade, do exílio cotidiano dos corpos para longe do olhar social e da iniquidade no acesso aos serviços de saúde, até o caminho para uma demanda real no âmbito do direito e da política pública, alijam-se existências do exercício da sua própria natureza - o *conatus* para Spinoza (2013). Talvez essa inversão da ordem, de olharmos primeiro para o direito (direitos humanos, leis,

direito à políticas públicas) antes mesmo da própria ética do viver juntos seja um vício contemporâneo ou a incapacidade de enxergar o que vem primeiro. Podemos entender que o direito à vida, à felicidade, à saúde, à educação é a réplica política aos novos procedimentos de poder (PELBART, 2016, p. 59). Procurei neste trabalho afirmar este percurso: a existência de um problema ético, moral e social que exclui a possibilidade de alteridade, alinhada ao exercício biopolítico (poder sobre a vida), a movimentação dos corpos políticos e das multidões em resistência ao poder instituído (biopotência), até as atuais respostas no campo público dos direitos. Reafirmando esse último como um dos caminhos possíveis para responder às demandas sociais e continuar a promover rachaduras onde esse poder investe.

Afinal, necessitamos do resgate de nossa cidade subjetiva, onde Félix Guattari (1992) bem anuncia haver o descolamento de nós mesmos com o nosso passado e com o que daria sentido à nossa existência. Estamos longe da nossa singularidade, presos em uma vida petrificada e intercambiável. Ao mesmo modo em que Krenak lamenta a perda da ancestralidade, da morte dos rios e da terra; da supervalorização daquilo que tem mais de predatório a nossa existência. Somos nós mesmos, subjetivados e subjetivantes, os que fabricam os forasteiros dentro da própria cidade, expulsos da capacidade de viver junto, da produção de vida e de saúde. Viver e se sentir como um desertor não é sinal de monstruosidade, mas de sanidade e sabedoria. Estar em companhia com o diverso confere maior potência à capacidade de nos afetar, nos educar, nos diferenciar. Em diálogo com Ricardo Burg Ceccim e Alcindo Antônio Ferla (2009): “conhecer é possível somente diante do desconhecido e com abertura para o desconhecido” (CECCIM; FERLA, 2009, p. 451). É a partir daí que teremos a oportunidade de abrir nossos paraquedas coloridos, de ter a possibilidade de resgatar nossa intuição e nossa natureza. Intuir, a modo spinozano, dar saltos em direção à liberdade. Não a liberdade do livre arbítrio, mas da beatitude, da ideia adequada da natureza e seus atributos para o conhecimento da essência das coisas (modos).

Dito isso, reforço que a segunda parte da pesquisa procurou responder: Como problemas tão complexos se tornam políticas públicas? E pela linha conceitual adotada fica nítido que problemas desta ordem só aparecem na agenda quando há um circuito político dos afetos envolvidos nessas questões. Do *black lives matter*, das lutas do povo Yanomami, das manifestações pelo aumento de tarifas de 2013, do movimento estudantil secundarista com ocupação de escolas, do Movimento Pela Reforma Sanitária e mais tantos outros. Diante

disso, questiona-se se as respostas que estão sendo oferecidas pelo Estado são minimamente suficientes ou respondem pela complexidade desses problemas. A partir desse ponto, considero que a tese tenha fornecido mais elementos de criação de perguntas do que de respostas, a depender da lente que adotamos. Com relação à superação das iniquidades na saúde, levando em consideração os sistemas de informação disponíveis no SUS e o conceito usual sobre justiça social, os números demonstram agudas disparidades no acesso e qualidade, persistindo mesmo após a criação de um arcabouço de estratégias políticas para sua reversão. De qualquer modo, sobre a Política de Promoção da Equidade em Saúde no Rio Grande do Sul, seria injusto fixar alguma escala avaliativa em um momento tão precoce. Entretanto, somando-se as diferentes estratégias políticas em andamento nas últimas décadas no trabalho com as populações específicas, é possível afirmar que houve sim avanços nessa perspectiva, no sentido da visibilização, da inclusão de populações específicas no serviço e no ensino público, no financiamento e nas estratégias direcionadas aos contextos das populações específicas.

Por outro lado, ao adotarmos um conceito mais ampliado de equidade, faz-se necessário a criação de linhas múltiplas e singulares de análise do campo da vida, entendendo as correlações de forças em jogo. Desse modo, pela perspectiva adotada nesta pesquisa, entendeu-se interessante utilizar ferramentas conceituais para compreender o contexto biopolítico, as estratégias de movimentação social, os efeitos atuais do neoliberalismo e a compreensão do circuito de afetos envolvidos nos operadores cotidianos de uma política estadual para a promoção da equidade (sendo essas apenas algumas, frente às inúmeras possibilidades que se possam criar para dar luz às sombras projetadas). E por esse caminho, na interface pesquisador-trabalhador na POPES, a cartografia revelou um protagonismo dos especialistas na mudança da realidade desejada, apontando essa ocorrência através das práticas educativas (CECCIM, 2005, p. 166). Para o autor, essa realidade impõe uma nova exigência formativa no campo *affectivo* e não cognitivo: “buscar a potência, levantando questões, investigando realidades e interrogando paisagens, na perspectiva de uma aprendizagem de si, dos entornos e dos papéis profissionais (potências profissionais)”.

Na escuta dos testemunhos, assim como se percebeu nos grupos das oficinas de construção da POPES, demonstrou-se um potencial de que a nova legislação não seja apenas uma forma administrativa de trabalho com os grupos populacionais específicos. Isso porque

os encontros afetivos, o reconhecimento entre os marcadores de exclusão das populações, as trocas ali realizadas e o próprio envolvimento pessoal dos profissionais com as pautas, revelam outras formas de afecção para além da simples burocracia organizativa. Demonstra-se, através das experiências, encontros afetivos mobilizadores, capazes de “ensinar”, de produzir educação para alteridade. Assume-se, dessa forma, certa dependência ao enfrentamento da iniquidade e da exclusão das populações aos circuitos dos afetos em disputa dentro da gestão do estado e dos municípios. É através das pessoas (nesse caso dos operadores da POPES) que dependerá a continuidade das redes afetivas para o avanço de uma política como essa. São apontados os envolvimento pessoais de militância, do seu nível de desgaste pela precarização do trabalho e a capacidade de afetar e educar que incorrerá em um progresso dessa estratégia em âmbito da saúde no estado. Além da evidente vontade política da gestão na manutenção das equipes e na contratação de novos especialistas.

Em relação a capacidade de redesenho, fica clara, através da voz dos atores, a aptidão da política em recriar cenários, incluir novos marcadores sociais e acrescer novas populações. Isso poderia acelerar o modo de intervenção das políticas no SUS, já que os processos de inclusão dos grupos populacionais específicos foram frutos de décadas de movimentação e visibilização. Percebo, em relação a isso, que há pouca ou nenhuma possibilidade de uma política como essa prosperar sem o envolvimento, empoderamento e luta conjunta com as populações envolvidas. Como fragmentos de um todo e não fragmentadas. Ensino esse que pode ser retomado do movimento LGBT+, que além de possuir uma forte coesão e participação enquanto multidão, possui grande habilidade de redesenhar suas esferas de atuação coletiva para a inclusão de novos grupos. Por conseguinte, a teoria *queer* fornece um horizonte de debates interessantes para o borramento das identidades formatadas, que podem auxiliar na vocação educativa que essa Política vem provocando.

Com relação a essa atuação apartada das questões unicamente identitárias, a POPES desloca o princípio básico, até então, da especificidade para os marcadores interseccionais e determinantes sociais de exclusão como às concepções culturais e religiosas, a diversidade étnico-racial, às condições socioeconômicas, à diversidade sexual e de gênero, entre outras. Esse novo modo de atuação com as populações em vulnerabilização revelou receios quanto à possibilidade de apagamento das pautas individuais dos grupos populacionais em

detrimento das pautas coletivas, verificada na discordância entre os colegas sobre esse ponto. Para alguns, a potencialidade da Política em avançar nas pautas transversais, fortalecem as questões individuais das populações. Além disso, desde a movimentação dos trabalhadores, até a construção da POPES, houve o fortalecimento das pautas e aumento das ações para as populações específicas. Por outro lado, algumas falas referem o temor no uso que alguns gestores podem fazer da legislação, no sentido da diluição das demais políticas. No processo de trabalho das CRS, aponta-se que o trabalho com as políticas de equidade já foi comparado a uma só política, embora outras experiências nas regionais apontem um fortalecimento do trabalho com a referência para todas as políticas. Fica nítida nessa questão, portanto, o dissenso, e a necessidade de mais tempo de observação e tessitura da política nos mais diversos espaços de execução dessa, juntamente com a aproximação e apropriação das populações.

Outro questionamento com relação à resistência às estruturas de poder foi o quanto a POPES poderia balançar estruturas técnico-científicas ou institucionais de organização do estado. E, de certa forma, o caráter democrático da construção, o grau elevado de autonomia dos trabalhadores até então, o presente de investimentos na participação dos grupos populacionais, impõe uma condição relevante para apostarmos em reformulações nesse sentido. Em anexo, encontra-se um artigo publicado por mim, no qual se sugere a POPES como proposição de resistência ao exílio contemporâneo da diversidade. Entretanto reitero, nesta ou em qualquer outra iniciativa pública, a cautela e o olhar atento às aparências e representações travestidas de ruptura, de reengendramento e de produção de alteridade para reinvestimento da manutenção do *status quo*.

Entendo que permanece o desafio de permanente diálogo com as populações específicas, movimentos sociais, conselhos municipais de saúde e demais atores que conceberam a POPES. Elas devem participar todavia da implementação de forma mais efetiva como na implantação no Comitê Técnico de Promoção da Equidade em Saúde, que buscará acompanhar, nos próximos anos, o processo do fazer dessa política. O espaço terá potencial para qualificar pesquisas como essa, no sentido de dar subsídios, para além dos trabalhadores, de outros representantes para além da gestão envolvida nesse processo. Ademais, em consonância com os próprios documentos de construção da POPES e dos testemunhos, o avanço na construção de uma política de equidade dependerá da capacidade

de sensibilizar, de afetar e de educar. Uma educação para a alteridade, que possa fortalecer os princípios democráticos e do SUS, de repensar permanentemente o seu fazer.

Além de que, a tessitura metodológica ofereceu e exigiu, mais do que conhecer a formulação e a implementação, outras perspectivas com relação às afecções desses especialistas em sua capacidade de tecer a si mesmo, para além de tecer a ação programática da política. Uma sensibilidade de reconhecer-se, de perceber os efeitos de si no contato com grupos populacionais em situação de fragilidade. Reconhecer esgotamentos e possibilidades de adoecimento. Sua capacidade de redesenhar-se, de emergir como formador-interventor ou interventor-formador do cotidiano. São os próprios movimentos do fazer-se. Às vezes tais operadores identificavam a si mesmos como grupo objeto da Política, identificando-se com as agendas da equidade e da inclusão, ali em causa. As exigências éticas configuravam seu arcabouço de atuação. O que mais seria isso, senão o próprio processo de educação?

A aposta, portanto, é na constante abertura de brechas, no investimento sobre a biopotência dos corpos políticos e da multidão. Na capacidade de reinventar-se, de reengendrar-se. É na continuidade e na oportunidade de poder contar mais uma história como essa. De descontinuar a permanente investida no medo, na superstição, na dominação, na paralisação do poder de reação. Afinal, ao lado do poder e da dominação, como reafirma Negri (2001, p. 54), está a potência e a insubordinação. Trata-se de continuar a cavar a partir do ponto mais fundo, pois é lá onde as pessoas estão mais exploradas, onde os sentidos estão separados de qualquer poder de reação, entretanto, é lá onde eles existem e isso é a vida e não a morte.

REFERÊNCIAS

AGAMBEN, Giorgio. **Notas sobre o gesto**. Ouro Preto: Artefilosofia, 2008.

ALVES, Márcia Barcellos; SOUSA, Edson Luiz André de. **Testemunho: metáforas do lembrar**. Psyche (Sao Paulo) [online]. 2008, vol.12, n.23.

ARENDT, Hannah. **Eichmann em Jerusalém: Um relato sobre a banalidade do mal**. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

BARROS, Manoel. 2010. **Poesia Completa**. São Paulo: Leya.

BENEVIDES, Bruna Garcia. **Dossiê: assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2022**. Brasília: ANTRA, 2023.

BRASIL. BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999**. Brasília, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009**. Brasília, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009**. Brasília, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011**. Brasília, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: 2012.

BRASIL. Ministério da Justiça. Gabinete do Ministro. **Portaria Interministerial, nº 1, de 2 de janeiro de 2014.** Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 94, de 14 de janeiro de 2014.** Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Justiça. Gabinete do Ministro. **Portaria interministerial nº 210, de 16 de janeiro de 2014.** Brasília, 2014.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015.** Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.667, de 11 de outubro de 2017.** Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 4.384, de 28 de dezembro de 2018.** Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n.º 254, de 31 de janeiro de 2002.** Brasília, 2002.

BUTLER, Judith. **Corpos em aliança e a política das ruas: notas para uma teoria performativa da assembleia.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS.** São Paulo: Saúde e Sociedade, 2006.

CECCIM, Ricardo Burg. **Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário.** Botucatu: Interface - comunicação, saúde, educação, 2005.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA Alcindo Antônio. **Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras**. Rio de Janeiro: Trabalho, Educação e Saúde, 2008.

CECCIM, Ricardo Burg. **Da fragmentação à ativação de interfaces: entrecenas no aprender e fazer saúde**. In: Interprofissionalidade e colaboratividade na formação e no cuidado no campo da atenção primária a saúde. Sobral: Edições UVA, 2021.

COLLINS, PATRICIA. **Interseccionalidade**. Tradução Rane Souza. São Paulo: Boitempo, 2021.

DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal**. São Paulo: Editora Boitempo, 2016.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia – v. 5**. São Paulo: Ed. 34, 1997.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 1987.

FOUCAULT, Michel. **Resumo dos cursos do Collège de France (1970-1982)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 1997.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**. Trad. Maria Hermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FOUCAULT, Michel. **Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975)**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

FOUCAULT, M. “A vida dos homens infames” in: **Ditos e escritos**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006

FOUCAULT, Michel. **Segurança, Território, População**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

GRANGEIRO, Alexandre; SILVA, Lindinalva Laurindo da; TEIXEIRA, Paulo Roberto. Resposta à Aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. Washington: **Revista Panamericana de Salud Publica**, 2009.

GUATTARI, Félix. **Caosmose**: Um novo paradigma estético. São Paulo: Editora 34, 1992. Tradução de Ana Lúcia de Oliveira e Lúcia Cláudia Leão.

JARDIM, Denise Fagundes; LÓPEZ, Laura Cecília (Orgs.). **Políticas da diversidade**: (in)visibilidades, pluralidade e cidadania em uma perspectiva antropológica. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2013.

HAN, Byung-Chul. **Sociedade do cansaço**. Petrópolis: Vozes, 2015.

KASTRUP, Virgínia; PASSOS, Eduardo. Cartografar é traçar um plano comum. Niterói: Fractal: **Revista de Psicologia**, 2013.

KRENAK, Ailton. **Ideias para adiar o fim do mundo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

KRENAK, Ailton. **A vida não é útil**. São Paulo: Companhia das Letras, 2020.

LEMOS, Flávia Cristina Silveira, CRUZ, Franco Farias da, SOUZA, Giane Silva Santos. **Práticas educativas, linguagens e produção da diferença**. São Paulo: Dialogia, 2014.

LORDON, Frédéric **A sociedade dos afetos: Por um estruturalismo das paixões**/ Frédéric Lordon; tradução de Rodolfo Eduardo Scachettí, Vanina Garrara Sigríst. - Campinas: Papyrus, 2015.

LOURO, Guacira Lopes. Teoria Queer: Uma Política Pós-Identitária para a Educação. **Revista Estudos Feministas**: Florianópolis, 2001.

MONTAÑÉS, Amanda Pérez. **Vozes do exílio e suas manifestações nas narrativas de Julio Cortázar e Marta Traba**. 2006. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) – Curso de

Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas. Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC, 2006.

Negri, Toni. **Exílio: seguido de valor e afeto**. São Paulo: Iluminuras, 2001.

NEGRI, Toni. **Para uma definição ontológica da multidão**. Rio de Janeiro: Lugar Comum, 2004.

NIETZSCHE, Friedrich. **Crepúsculo dos ídolos**. Lisboa: Edições 70, 2017.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PELBART, Peter Pál. **Vida capital**: ensaios de biopolítica. São Paulo: Iluminuras, 2016.

PRECIADO, Paul Beatriz. **Testo Junkie: Sexo, drogas e biopolítica na era farmacopornográfica**. São Paulo: N-1, 2018a.

PRECIADO, Paul Beatriz. Transfeminismo. *In*: **Transfeminismo**. Série Pandemia. São Paulo: n-1, 2018b.

PRECIADO, Paul B. **Um apartamento em Urano**: crônicas da travessia. Rio de Janeiro: Zahar, 2020a.

Paul B. Preciado. **Yo soy el monstruo que os habla. Informe para una academia de psicoanalistas**. Barcelona: Editorial Anagrama, 2020b.

RATTO, Cleber Gibbon; SILVA, Simone Chaves Machado da. **Educar para a “grande saúde” - vida e (trans)formação**. Interface: comunicação, saúde e educação, São Paulo, v.15, n.36, p.177-85, 2011.

REDTUBE. **Redtube & Brazil**. Pornhub insights, 2016. Disponível em:
<https://www.pornhub.com/insights/redtube-brazil>. Acessado em 16 abr. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Decreto 45.555 de 19 de março de 2008**, Porto Alegre, 2008

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Portaria nº 2.866 de 02 de dezembro de 2011**. Porto Alegre, 2011.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Portaria nº 304 de 24 de abril de 2014**. Porto Alegre, 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Portaria nº 343 de 07 de maio de 2014**. Porto Alegre, 2014.

RIO GRANDE DO SUL. **Plano Estadual de Saúde 2016-2019**. Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão (Org.). Porto Alegre, 2016.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Decreto nº 53.567 de 17 de junho de 2017**. Porto Alegre, 2017.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Portaria nº 750 de 03 de maio de 2018**. Porto Alegre, 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Portaria nº 512 de 29 de julho de 2020**. Porto Alegre, 2020.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Portaria nº 704 de 03 de novembro de 2021**. Porto Alegre, 2021.

RIO GRANDE DO SUL. **Decreto nº 704 de 03 de novembro de 2021**. Porto Alegre, 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Portaria nº 882 de 17 de dezembro de 2021**. Porto Alegre, 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Portaria nº 264 de 26 de abril de 2022**. Porto Alegre, 2022.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Portaria SES nº 1.149 de 23 de novembro de 2022**. Porto Alegre, 2022.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde. **Relatório de construção da Política de Promoção da Equidade em Saúde do Rio Grande do Sul [recurso eletrônico]**. Porto Alegre:ESP/SES/RS, 2022 .

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Portaria nº 360 de 13 de março de 2023**. Porto Alegre, 2023.

RIO GRANDE DO SUL. **Plano Estadual de Saúde 2024-2027**. Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão (Org.). Porto Alegre: ESP/SES, 2023.

RIOS, Ariane Goim; SEIXAS, Clarissa Terenzi; CRUZ, Kathleen Tereza da; SLOMP Jr, Helvo; MERHY, Emerson Elias; SANTIAGO, Silvia Maria. **A produção do comum como estratégia de cuidado para usuários complexos**: Uma cartografia com mulheres em situação de rua. Rio de Janeiro: Ciência & saúde coletiva, 2020.

SAFATLE, Vladimir. **Bem-vindo ao Estado suicidário**. Pandemia Crítica. São Paulo: N-1 Edições,2020.

SAFATLE, Vladimir. **Circuito dos Afetos**: corpos políticos, desamparo, fim do indivíduo. São Paulo: Cosac Naify, 2015.

SIQUEIRA, Sandra Aparecida Venâncio de; HOLLANDA, Eliane; MOTTA, José Inácio Jardim. **Políticas de promoção de equidade em saúde para grupos vulneráveis**: o papel do Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: Ciência & saúde coletiva, 2017

SPINOZA, Baruch. **Ética**. Belo Horizonte: Autêntica, 2013.

TORRES, Igor Leonardo de Santana; FERNANDES, Felipe Bruno Martins. Queer (neo)colonial: colonialidade e teoria *queer* no brasil. Niterói: **Revista Gênero**, vol.22 nº1, 2021.

VIRILIO, P. **L'insécurité Du territoire**. Paris: Galilée, 1976.

APÊNDICE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **“Educação para a alteridade e a saúde coletiva: movimentos do fazer-se em uma política de equidade”**, realizada pelo pesquisador Guilherme de Souza Müller, doutorando do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGEDU UFRGS). Esta pesquisa objetiva cartografar a implementação da Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde, dialogando sobre as perspectivas trazidas por essa proposta e seus possíveis desdobramentos no campo da atenção à saúde e acolhimento para populações em vulnerabilização.

A sua participação consiste em uma escuta, no qual serão trazidas formulações para aprofundamento e outras de forma livre. As conversas serão gravadas em áudio e vídeo para fins de análise deste material. Não haverá a divulgação de imagens e de identificação nos diálogos registrados.

Os riscos em participar dessa pesquisa são mínimos. Entre os riscos está prevista a possibilidade da reativação de memórias, pensamentos e sentimentos desagradáveis como angústia, ansiedade e tristeza, em decorrência dos debates acerca dos temas que envolvem a construção de uma política para promoção da equidade. Nesse sentido, se você verbalizar ou transparecer algum desconforto, retomamos o sentido voluntário da pesquisa, informando a possibilidade de interrupção e desistência da participação a qualquer momento.

Como benefícios desta pesquisa está a possibilidade do grupo pesquisado refletir, por outras lentes, a implementação da política ao qual estão envolvidos, suscitando novas questões de pensamento e de redesenho da política em questão.

De acordo com esse processo, assumo com você os seguintes compromissos:

1. Você está ciente dos objetivos e procedimentos da pesquisa e pode manifestar seu interesse em participar de forma autônoma, consciente, livre e esclarecida.
2. Sua identidade, assim como as identidades de todos(as) os(as) participantes serão mantidas em sigilo. Nenhuma pessoa será identificada, sendo preservado o anonimato em quaisquer momentos de divulgação desta pesquisa.
3. As informações reunidas serão usadas unicamente para fins de pesquisa e de trabalhos científicos que dela poderão se desdobrar. As conversas estarão sob guarda dos pesquisadores por um período de 5 anos; após esse tempo, serão destruídas, conforme o preconizado pela Resolução 466/12.
4. Os resultados lhe serão apresentados, pois esse retorno permitirá que você tome ciência das informações produzidas durante a pesquisa, assim como assegurará que tais informações não serão utilizadas em prejuízo ou para a estigmatização de nenhum(a) dos(as) envolvidos(as).
5. Caso você possua interesse em desistir de colaborar com a pesquisa, isso poderá ser feito em qualquer fase.
6. Você pode solicitar informações a qualquer momento sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados à pesquisa, por meio do e-mail guisouzamuller@gmail.com ou telefone: (51) 99213-9355.
7. Também que, se houver dúvidas quanto a questões éticas, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul pelo telefone 51 33083787, endereço sala 311, do Anexo I do Prédio da Reitoria, no Campus do Centro da

UFRGS, na Av. Paulo Gama, 110 - Bairro Farroupilha/Porto Alegre. O horário de atendimento é das 08:00 às 12:00 e das 13:30 às 17:30.

8. Você não terá nenhum tipo de despesa como participante do estudo, bem como não há remuneração para a participação

9. Você receberá duas vias deste Termo para assinatura: uma delas ficará sob seu poder, e a outra será entregue ao pesquisador.

Essa é uma pesquisa acadêmica sem finalidade comercial ou publicitária. Na publicação dos resultados dessa pesquisa, garantimos o sigilo dos seus dados pessoais.

Eu, _____, recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e concordo em participar do estudo voluntariamente, tendo a liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar da pesquisa, sem que isto traga prejuízo para a minha vida pessoal e nem para minha atuação profissional. Declaro que recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com o pesquisador.

Porto Alegre, _____ de _____, de 202__.

Assinatura do(a) participante

Assinatura do pesquisador

ANEXOS

1 - Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde (Portaria 512/2020)



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

PORTARIA SES Nº 512/2020.

Aprova a Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde.

A SECRETÁRIA DA SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, no uso de suas atribuições e considerando:

a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde;

a Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, que acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena;

o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;

a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;

a Portaria de consolidação nº 2/GMMS, de 28 de setembro de 2017, em seus anexos:

Anexo I Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS);

Anexo VII Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência;

Anexo XIV Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas;

Anexo XVI Regulamento da Política Nacional para a População em Situação de Rua, instituída pelo Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009;

Anexo XVIII Regulamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional no âmbito do SUS (PNAISP), instituída pela Portaria Interministerial MS-MJ nº 1, de 2 de janeiro de 2014;

Anexo XIX Aprova a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra;

Anexo XX Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA);

Anexo XXI Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais;

Anexo XXI-A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani;

Anexo XXII Política Nacional de Atenção Básica (PNAB);

a Resolução 678/2014 – CIB/RS, que aprova a Política Estadual de Atenção Básica;

a Resolução 055/2010 – CIB/RS que institui a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Negra;



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

a Resolução 343/2014 – CIB/RS que institui a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População LGBT.

RESOLVE:

Art. 1º - Instituir a POLÍTICA ESTADUAL DE PROMOÇÃO DA EQUIDADE EM SAÚDE (POPES), com vistas a promover a equidade no acesso e na atenção à saúde de populações específicas estabelecendo os princípios e diretrizes para a organização dos serviços de saúde no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul, e para a organização e orientação na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

§ 1º - Para fins desta política serão considerados como populações específicas, entre outras: população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais (LGBT), povos indígenas, população em situação de rua, população negra, povos ciganos, população privada de liberdade, egressos do sistema prisional, população de migrantes, refugiados e apátridas e população do campo, da floresta e das águas.

§ 2º - Acesso e/ou atenção diferenciada para fins desta política são entendidos como premissa para a promoção da equidade a medida que compreende que determinadas populações apresentam características relacionais que as distinguem de outros segmentos sociais já incluídos na agenda dos serviços de saúde e, para isso, necessitam de diferentes formas de acesso/atenção que contemple suas especificidades.

§ 3º - As determinações desta portaria dizem respeito às responsabilidades e ações da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, além de indicar e promover atuação similar nos demais entes federativos, união e municípios, resguardadas assim a autonomia de cada um.

Art. 2º - A promoção da equidade é a promoção do direito à igualdade como princípio da justiça social e implica reconhecer necessidades específicas e dar-lhes tratamentos diferenciados no sentido da inclusão e do acesso individual e coletivo.

Art. 3º - São princípios dessa política:

- I. A equidade como base na redução das desigualdades em saúde reconhecendo as diferenças e singularidades dos sujeitos, os direitos humanos e a justiça social;
- II. A ambiência humanizada nos serviços de saúde e atendimento adequado às necessidades em saúde que diferem em quantidade e qualidade com vistas a proteção dos direitos das populações específicas;
- III. O reconhecimento dos processos sociais, políticos e históricos que perpetuam situações de desigualdades para determinados grupos sociais;
- IV. A integralidade na atenção à saúde com vistas à promoção da saúde, proteção, prevenção de agravos, assistência, recuperação e vigilância em saúde nos diferentes níveis de atenção, de forma a compreender aspectos sociais de produção de vida do indivíduo e das coletividades;



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

- V. A transversalidade enquanto estratégia de articulação, convergência e reforço recíproco entre políticas de saúde;
- VI. A intersetorialidade para a gestão integrada e garantia do direito à saúde;
- VII. A participação social e gestão participativa de populações específicas nos processos de formulação das políticas públicas de saúde.

Art. 4º - São diretrizes dessa política:

- I. Promoção da cidadania e inclusão com vistas à garantia da proteção dos direitos de populações específicas nos diferentes níveis de atenção;
- II. Garantia do acesso e atenção integral, resolutiva e diferenciada às populações específicas no sistema de saúde, com ênfase em atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, sem prejuízo aos serviços assistenciais;
- III. Controle e/ou redução dos agravos que acometem à saúde das populações, considerando as suas especificidades e vulnerabilidades;
- IV. Respeito à diversidade étnico-racial, às especificidades territoriais, às práticas e concepções culturais e religiosas, às atividades laborais, às condições socioeconômicas, à diversidade sexual e de gênero e às condições específicas das pessoas privadas de liberdade, entre outras.

Art. 5º - São objetivos dessa política:

- I. Desenvolver mecanismos de acesso diferenciados, visando o cuidado integral para populações específicas;
- II. Combater o racismo, o racismo institucional, a discriminação e todas as formas de preconceito nos serviços de saúde;
- III. Qualificar e humanizar a atenção à saúde por meio de ações conjuntas e intersetoriais que considerem os determinantes sociais em saúde;
- IV. Promover a produção e disseminação de indicadores, conhecimentos científicos e tecnológicos;
- V. Reconhecer e incorporar conhecimentos da educação popular em saúde na atenção à saúde de populações específicas;
- VI. Contribuir para a formação de recursos humanos utilizando-se de estratégias de educação permanente;
- VII. Enfrentamento à violência contra as populações específicas nos distintos ciclos de vida.

CAPÍTULO I DAS COMPETÊNCIAS

Art. 6º - São competências comuns às três esferas de

governo:

- I. Promover a equidade como base na redução das desigualdades em saúde reconhecendo as diferenças e singularidades dos sujeitos e coletividades, os direitos humanos e a justiça social;
- II. Combater o racismo e o racismo institucional, a discriminação e todas as formas de preconceito nos serviços de saúde;
- III. Garantir a integralidade da atenção à saúde com vistas à promoção da saúde, proteção, prevenção de agravos, assistência, recuperação e



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

vigilância em saúde nos diferentes níveis de atenção observando as especificidades de populações específicas.

Art. 7º - Compete à Secretaria de Estado da Saúde:

- I. Implementar a Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde;
- II. Estimular recursos financeiros para implementação da Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde;
- III. Monitorar e avaliar a implementação da Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde;
- IV. Capacitar e qualificar o trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde e trabalhadores vinculados a sua administração;
- V. Induzir e articular a implementação desta política no âmbito dos municípios;
- VI. Promover a articulação intersetorial e intrasetorial à efetivação da Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde;
- VII. Atuar de forma articulada junto ao Conselho Estadual de Saúde.

Art. 8º - Compete às Secretarias Municipais de Saúde:

- I. Gerir, coordenar e executar os serviços e ações em saúde no âmbito de seus limites territoriais, conforme princípios e diretrizes da Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde;
- II. Implementar a Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde no âmbito do seu território, por meio da execução de programas, planos, projetos e ações considerando o perfil epidemiológico e as necessidades das populações específicas;
- III. Destinar recursos orçamentários e financeiros para a implementação da Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde no seu território;
- IV. Reconhecer e estimular as ações comunitárias nos territórios, promovendo e incentivando a participação, o controle social e a troca de experiências e conhecimentos.

CAPÍTULO II DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Art. 9º - Garantir acesso à atenção primária, secundária e terciária às populações específicas respeitando suas singularidades com vistas à promoção da equidade e a redução das barreiras de acesso.

Art. 10 - Estimular e criar protocolos para acolhimento e classificação de risco de populações específicas na atenção primária, secundária e terciária do SUS e incluí-las nos já existentes de forma a contemplar:

- I. A diversidade étnico-racial;
- II. As especificidades territoriais;
- III. As práticas e concepções culturais e religiosas;
- IV. As condições socioeconômicas;
- V. A diversidade sexual e de gênero;
- VI. As condições específicas das pessoas privadas de liberdade;
- VII. As atividades laborais.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Art. 11 - Formular estratégias para diminuição das barreiras de acesso, sejam elas de linguagem, de deslocamento territorial, laboral, cultural, por preconceito, estigma, racismo, racismo institucional e outras.

Art. 12 - Assegurar que especificidades etnoculturais, raciais e territoriais não sejam justificativa para a negativa ou ausência de atenção à saúde no âmbito do SUS, em especial a ausência de documentação ou comprovação de local de moradia.

Art. 13 - Assegurar, em todos os níveis de atenção, o respeito à identidade de gênero de travestis e transexuais.

§ 1º - Assegurar, em todos os níveis de atenção, o direito ao uso do nome social no tratamento nominal, registros de prontuário e sistemas de informação.

§ 2º - Nos casos de internação hospitalar, a disponibilização de leitos respeitará a identidade de gênero autodeclarada independente do que conste no registro civil. Nos casos em que a pessoa atendida não puder se manifestar, acompanhante e/ou responsável poderá fornecer esta informação.

§ 3º - Incentivar o uso de banheiros, vestiários e demais espaços segregados por gênero, quando houver, de acordo com a identidade de gênero de cada pessoa.

Art. 14 - Publicizar amplamente para a população as portas de entrada da Redes de Atenção à Saúde e os fluxos de atendimentos nos serviços de saúde.

Art. 15 - Estimular a criação de serviços adequados à atenção a saúde de populações específicas.

Art. 16 - Incentivar a criação de unidades ambulatoriais e hospitalares para a realização do processo transexualizador.

Art. 17 - Assegurar a travestis e transexuais o acesso a medicamentos para hormonização na rede de atenção à saúde do Rio Grande do Sul.

Art. 18 - Fomentar a ampliação de equipes de saúde para atendimento de populações específicas.

Art. 19 - Formular estratégias de atenção à saúde de populações itinerantes como de indígenas e povos ciganos, que apresentem essa especificidade.

Art. 20 - Estimular que as equipes de saúde que atendem populações específicas atuem de forma integrada aos demais serviços e ações de saúde municipais.

Art. 21 - Promover o cuidado integral, respeitando as interseccionalidades e especificidades das pessoas privadas de liberdade que integram as populações específicas.

Art. 22 - Promover o acesso às populações do campo, da floresta e das águas aos serviços de saúde.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Art. 23 - Criar estratégias de ações afirmativas que valorizem a cultura e a inserção de grupos historicamente vulnerabilizados.

Art. 24 - Proporcionar formações e informações que garantam a autonomia dos profissionais de saúde para a realização do cuidado integral e equânime à essas populações.

Art. 25 - Estimular e promover a territorialização a fim de reconhecer as particularidades do território, serviços disponíveis, necessidades, dificuldades e potencialidades.

Art. 26 - Fomentar o atendimento em horários ampliados com vistas à garantia do acesso.

Art. 27 - Incentivar a implementação das Práticas Integrativas e Complementares na perspectiva da prevenção de agravos, da promoção e da recuperação da saúde reconhecendo e valorizando os saberes e as práticas tradicionais.

CAPÍTULO III DOS ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, DEMOGRÁFICOS, DETERMINANTES SOCIAIS E INFORMAÇÕES EM SAÚDE

Art. 28 - Tornar obrigatório a presença e preenchimento, conforme autodeclaração, dos campos raça/cor, etnia, nome social, orientação sexual, identidade de gênero, ocupação e território no sistema de informação e registro de gestão estadual:

- I. Na declaração de nascidos vivos, a declaração da raça/cor é feita pela mãe;
- II. No caso de crianças intersexo orientar que o campo sexo seja preenchido na opção ignorado na declaração de nascido vivo.

Art. 29 - Induzir a inclusão e preenchimento, conforme autodeclaração, dos campos raça/cor, etnia, nome social, orientação sexual, identidade de gênero e território no sistema de informação e registro dos municípios.

Art. 30 - Elaboração de metas e indicadores para as populações específicas nos planos de saúde em todos os níveis de gestão do SUS e em todos os níveis de atenção.

Art. 31 - Disponibilizar dados de acessos abertos atualizados sobre populações específicas.

Art. 32 - Garantir que as informações em saúde produzidas a partir dos indicadores em saúde sejam apresentadas de forma estratificada com recorte de raça/cor, etnia, orientação sexual, identidade de gênero e território.

Art. 33 - Promover a integração e padronização dos sistemas de informação.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Parágrafo único. Com atenção especial a sistemas de Tuberculose, IST/HIV/AIDS, Saúde Mental, Vigilância epidemiológica/Agravos Notificações.

Art. 34 - Incentivar e orientar o preenchimento obrigatório da Ficha de Notificação Individual, Interpessoal e Autoprovocada de Violência, em casos suspeitos ou confirmados de violência contra populações específicas, nos diferentes ciclos de vida.

CAPÍTULO IV DOS RECURSOS HUMANOS, FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Art. 35 - Promover estratégias de educação permanente e humanização em todos os níveis de atenção, com profissionais da assistência, da gestão e do controle social visando o reconhecimento das populações específicas, reforçando a importância das ações afirmativas e a compreensão dos determinantes sociais no processo saúde-doença.

Art. 36 - Estimular e promover campanhas e atividades intersetoriais contra o racismo institucional, a discriminação e o preconceito.

Art. 37 - Promover ações regionalizadas de educação permanente direcionadas à promoção da equidade em saúde.

Art. 38 - Incentivar o uso de tecnologias digitais para os processos de educação permanente voltados à promoção da equidade em saúde.

Art. 39 - Estabelecer parcerias com instituições de ensino para o desenvolvimento de pesquisas, projetos e integração ensino-serviço-comunidade.

Art. 40 - Incluir nos currículos da Escola de Saúde Pública competências para a atenção a grupos populacionais específicos e promoção da equidade em saúde.

Art. 41 - Estabelecer ações afirmativas, com ênfase na instituição de cotas raciais, étnicas e para travestis e transexuais em todos os processos seletivos da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, podendo se estender a outros grupos populacionais específicos.

Art. 42 - Qualificar as respostas das ouvidorias, para que sejam resolutivas e que respeitem a diversidade das populações específicas.

Art. 43 - Incluir nos programas de residência e estágios da SES/RS a inclusão da temática de equidade em saúde e populações específicas.

CAPÍTULO V DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO E INTERSETORIALIDADE EM POLÍTICAS PÚBLICAS

Art. 44 - Garantir a integralidade do cuidado em saúde respeitando a diversidade etnocultural, racial, especificidade territorial, atividade laboral, às condições socioeconômicas, à diversidade sexual e de gênero.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Art. 45 - Ampliar a utilização de novas tecnologias, de telemedicina e uso de ferramentas de comunicação à distância como estratégias para o alcance da integralidade.

Art. 46 - Fomentar a atuação dos serviços de saúde de apoio matricial para articular os pontos da rede de atenção à saúde.

Art. 47 - Fortalecer a articulação entre os pontos da rede de atenção à saúde para o cuidado integral das populações específicas.

Art. 48 - Promover articulação intersetorial entre a saúde e as áreas de:

- I. Educação;
- II. Assistência social;
- III. Cultura;
- IV. Agricultura;
- V. Obras e habitação;
- VI. Meio ambiente e infraestrutura;
- VII. Justiça, cidadania e direitos humanos;
- VIII. Administração penitenciária;
- IX. Segurança;
- X. Esporte e lazer;
- XI. Entre outras.

Art. 49 - Construir estratégias de interlocução entre os dispositivos da assistência social e populações específicas, em especial a população em situação de rua, migrantes e apátridas.

Art. 50 - Articular estratégias para garantia do acesso ao saneamento básico e a qualidade da água, a populações específicas, em especial a comunidades quilombolas e indígenas.

Art. 51 - Promover ações de articulação entre serviços e as universidades para formulação de estratégias para ampliação do ensino de idiomas que contemplem as especificidades linguísticas de populações específicas.

Art. 52 - Utilizar as ferramentas à distância como suporte à garantia da integralidade do cuidado através das discussões de caso e do apoio diagnóstico às populações específicas.

CAPÍTULO VI DO FINANCIAMENTO

Art. 53 - Garantir que fontes de recursos federais, estaduais e municipais existentes componham o financiamento das ações de atenção à saúde e rede de serviços que atendam as necessidades das populações específicas em todos os níveis de atenção.

Art. 54 - Capacitar os profissionais, trabalhadores e trabalhadoras e controle social da área da saúde sob as formas de execução, gestão e monitoramento dos recursos financeiros oferecidos aos municípios que podem ser utilizados com populações específicas.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Art. 55 - Manter e ampliar recursos financeiros aos municípios para qualificação da atenção prestada às populações específicas.

Art. 56 - Estabelecer novas fontes de cofinanciamento aos municípios para qualificação da atenção ofertada às populações específicas.

Art. 57 - Garantir que os planos de aplicação dos incentivos financeiros destinados às populações específicas e promoção da equidade em saúde sejam construídos conjuntamente à profissionais da atenção, da gestão e da sociedade civil.

Art. 58 - Assegurar que os recursos financeiros no estado tenham parcela estabelecida para ações que atendam as especificidades destas populações, em especial destinadas a:

- I. Atenção primária;
- II. Atenção especializada de média e alta complexidade;
- III. Educação permanente;
- IV. Vigilância em saúde.

Art. 59 - Estabelecer mecanismos de monitoramento e avaliação dos recursos financeiros destinados à populações específicas.

CAPÍTULO VII DA GESTÃO PARTICIPATIVA E DO CONTROLE SOCIAL

Art. 60 - Promover a diversidade com garantia de acesso e efetiva representatividade nos mecanismos de participação social de populações específicas.

Parágrafo único. Garantir a representatividade de populações específicas presentes no território através da instituição de cotas na composição dos conselhos de saúde nas esferas locais, municipais e estadual.

Art. 61 - Fomentar a democratização de informações e a transparência nos espaços de controle social.

Art. 62 - Inserir a temática da promoção de equidades a populações específicas na programação das conferências de saúde.

Art. 63 - Criação e manutenção em nível estadual de comitê técnico de promoção da equidade em saúde.

Art. 64 - Criação e manutenção em nível estadual de comitês técnicos das populações específicas.

Art. 65 - Garantir qualificação para os conselheiros e lideranças comunitárias em promoção da equidade em saúde.

Art. 66 - Fomentar a criação de comitê ou comissão técnica de promoção da equidade nos Conselhos Municipais e Estadual da Saúde.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Art. 67 - Fomentar a criação de comitês técnicos municipais de promoção da equidade e para populações específicas.

Art. 68 - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Porto Alegre, 29 de julho de 2020.

ARITA BERGMANN,
Secretária da Saúde

2 - Relatório de Construção da Política de Promoção da Equidade em Saúde



RELATÓRIO DE CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE PROMOÇÃO DA EQUIDADE EM SAÚDE

DO RIO GRANDE DO SUL



RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E POLÍTICAS DE SAÚDE

RELATÓRIO DE CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE PROMOÇÃO DA EQUIDADE EM SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL

Organizadores

Jéssica Camila de Sousa Rosa Paranhos
Péricles Stehmann Nunes

PORTO ALEGRE
2022

2

R585r Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde. Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde.

Relatório de construção da Política de Promoção da Equidade em Saúde do Rio Grande do Sul [recurso eletrônico] / organizado por Jéssica Camila de Sousa Rosa Paranhos; Péricles Stehmann Nunes - Porto Alegre:ESP/SES/RS, 2022 .
70 p.

ISBN 978-65-89000-17-4

1. Relatório. 2. Equidade em saúde. 3. Política de Promoção da Equidade em Saúde I. Paranhos, Jéssica Camila de Sousa . II. Nunes, Péricles Stehmann. III.Título.

NLM W 68

Catálogo na fonte – Centro de Informação e Documentação em Saúde/ESP/SES/RS.

RELATÓRIO DE CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE PROMOÇÃO DA EQUIDADE EM SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL

2022

Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul

Todos os direitos reservados à Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul

Secretária de Estado da Saúde

Arita Gilda Hübner Bergmann

Secretária Adjunta de Estado da Saúde

Ana Lúcia Pires Afonso da Costa

Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde (DAPPS)

Péricles Stehmann Nunes

Fernanda Torres de Carvalho

Divisão de Políticas de Promoção da Equidade

Jéssica Camila de Sousa Rosa Paranhos

Organizadores

Jéssica Camila de Sousa Rosa Paranhos

Péricles Stehmann Nunes

Capa e diagramação

Sophie Nouveau Fonseca Guerreiro

Colaboração técnica

Bruna Saldanha Alves

Carla Carolina Santos da Silva

Carlos Roberto Goes

Guilherme de Souza Muller

Iuday Gonçalves Motta

Jaqueline Oliveira Soares

Nathaniel Pires Raymundo

Renata Maria Dotta

Sophie Nouveau Fonseca Guerreiro

Suélen Farias da Silva

Thales Avila Pedroso

APRESENTAÇÃO

No ano de 2020 a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, com feito inédito, publicou a primeira Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde do país, por meio da Portaria SES-RS 512, de 29 de julho de 2020. Um processo de reconhecimento das necessidades de saúde de distintos grupos populacionais específicos e da necessidade de avançar na promoção da equidade em saúde como estratégia para redução das iniquidades em saúde e das desigualdades de acesso.

Este relatório tem por objetivo documentar o processo de construção dessa política pública que devido ao seu caráter inovador exigiu instrumentos e métodos próprios desenhados e definidos pela equipe técnica única e exclusivamente para esse processo.

Apesar dos desafios empreendidos pela equipe técnica da Secretaria Estadual de Saúde, por meio do nível central e das Coordenadorias Regionais de Saúde, os resultados alcançados no texto da política alcançam mais de quinze populações específicas, possibilitou participação de distintos atores sociais, profissionais e gestores de distintos níveis de gestão do Sistema Único de Saúde. A política também contou com o respaldo do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, que aprovou o documento proposto pela SES-RS no dia 18 de junho de 2020.

Nesse relatório estão reunidos os seguintes documentos:

1. Proposta de trabalho apresentada para construção da política;
2. Documento orientador das oficinas de construção da Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde do Rio Grande do Sul;
3. Relato descritivo da organização das oficinas e cronogramas;
4. Resultado das oficinas;
5. ANEXOS

Relatorias das 7 oficinas realizadas;

Portaria SES-RS 512/2020 Política de Promoção da Equidade em Saúde do Rio Grande do Sul.

Esperamos que a experiência compartilhada nesse relatório possa ser aperfeiçoada, revista e utilizada como base para a formulação de outras políticas públicas.

1. PROPOSTA DE TRABALHO APRESENTADA PARA CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA

Este plano teve como objetivo subsidiar a elaboração da Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde do Rio Grande do Sul em atenção aos objetivos previstos no plano estadual de saúde vigente (2016-2019), sendo estes: (i) o fortalecimento da atenção primária em saúde (APS) como coordenadora do cuidado e ordenadora das redes de atenção à saúde (RAS), referente a diretriz de qualificação da rede de atenção à saúde, consolidando a regionalização da saúde por meio da ação de construir a política estadual da equidade em saúde e, (ii) o fortalecimento das instâncias de participação social e pactuação no SUS, referente a diretriz de consolidação da governança da rede de atenção à saúde na gestão do SUS por meio da ação de implementação de 4 comitês técnicos de saúde para populações específicas, incluída a LGBT. Além disso, está alinhada com o projeto de fortalecimento da prevenção e da promoção em saúde do planejamento estratégico 2019-2022 da secretaria da saúde.

Para isso foram propostas sete oficinas, nas macrorregiões de saúde do estado para que fosse oportunizada a participação de um maior número de atores sociais e também para que houvesse a apresentação das distintas demandas considerando as especificidades de cada macrorregião.

Para as oficinas foi formulado um documento orientador enviado antecipadamente aos participantes. O documento apresentava questões norteadoras com objetivo de estimular o debate no dia de oficina. Após a formulação do documento foi realizada uma oficina interna a fim de aprimorar o documento antes de iniciar as oficinas macrorregionais. Essa oficina interna foi realizada no dia 05 de setembro de 2019, no Departamento de Ações em Saúde/SES-RS contando com 24 participantes. O convite foi feito a todas as divisões e áreas técnicas do departamento. Após a oficina o material foi revisado, dando lugar ao documento orientador das oficinas.

2. DOCUMENTO ORIENTADOR DAS OFICINAS DE CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA ESTADUAL DE PROMOÇÃO DA EQUIDADE EM SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL



QUESTÕES PARA DEBATE

Estas questões têm como objetivo subsidiar a elaboração da Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde do Rio Grande do Sul em atenção ao seu papel quanto as seguintes populações específicas: (i) Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais (LGBT); (ii) povos indígenas; (iii) população em situação de rua; (iv) população negra; (v) povos ciganos; (vi) população privada de liberdade e egressos do sistema prisional; (vii) população de migrantes, refugiados e apátridas; e (viii) população do campo, da floresta e das águas.

I- GARANTIA DO ACESSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA, SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

A saúde é um direito humano e no Brasil está assegurada pela Constituição Federal a partir de um sistema de saúde público e gratuito - o Sistema Único de Saúde (SUS) - que tem como princípios o acesso universal, a integralidade do cuidado e a equidade. Entretanto, destaca-se a importância de que a atenção à saúde considere as demandas e particularidades dos vários contextos em que vivem a população LGBT, os povos indígenas, a população em situação de rua, a população negra, os povos ciganos, a população privada de liberdade e egressos do sistema prisional, a população de migrantes, refugiados e apátridas e a população do campo, da floresta e das águas. Por vezes essas populações se encontram em situações de vulnerabilidade advindas da negativa ou dificuldade de acesso a direitos básicos como acesso a moradia, trabalho, educação e saúde.

Questões para o debate:

- 1. A partir da experiência com o movimento social ou profissional, quais as principais dificuldades de acesso aos serviços de saúde destes grupos populacionais?*
- 2. Na opinião do grupo, quais as atribuições do estado para resolver as dificuldades de acesso mencionadas anteriormente?*

II - RECURSOS HUMANOS, GESTÃO DE PESSOAL, FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Identificam-se lacunas nos processos formativos que contemplem os contextos e realidade da população LGBT, dos povos indígenas, da população em situação de rua,

da população negra, do povo cigano, da população privada de liberdade e egressa do sistema prisional, da população de migrantes, refugiados e apátridas e da população do campo, da floresta e das águas. Assim, é necessário garantir condições de trabalho adequadas, estabelecer processos de seleção apropriados, preparação, qualificação e avaliação permanente da força de trabalho, considerando a particularidade e os desafios do contexto e atividades do cotidiano.

Questões para o debate:

1. *O que o desconhecimento sobre as questões étnicas, culturais e sociais impactam no atendimento a essas populações?*
2. *Que alterações são fundamentais com relação à formação/qualificação dos profissionais de saúde para atender essas pessoas?*

III - ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, DEMOGRÁFICOS, DETERMINANTES SOCIAIS E INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Devem ser pensados mecanismos que permitam a criação de modelos específicos de vigilância sanitária, monitoramento demográfico e epidemiológico através de ações interinstitucionais e qualificação dos serviços e equipes de saúde. Com isso será possível produzir informações em saúde que subsidie a formulação e planejamento de políticas públicas, a gestão de serviços, a formação de profissionais e uma atenção mais integral e equânime.

Questão para o debate:

1. *Que informações são primordiais para pensar a saúde dessas populações?*

IV - FINANCIAMENTO

A suficiência e a estabilidade dos recursos para o sistema público de saúde é fundamental para corresponder tanto às necessidades do sistema como aos legítimos anseios da população em torno da defesa do direito constitucional à saúde. O papel do Estado na eficiência da gestão dos recursos também é indispensável para o acesso universal e equânime às ações e serviços do SUS.

Questão para o debate:

1. *Em que áreas da saúde o Estado deve investir visando uma boa gestão dos recursos públicos para estes segmentos populacionais?*

V - INTEGRALIDADE DO CUIDADO E INTERSETORIALIDADE EM POLÍTICAS PÚBLICAS

A conjuntura atual do país e do SUS exige que estratégias de trabalho intersetoriais sejam cada vez mais utilizadas. No que se refere a populações específicas a ampla exposição a fatores vulnerabilizantes faz cada vez mais urgente que essas estratégias se tornem premissas para o alcance de um cuidado integral.

Questão para o debate:

1. *Que estratégias podem ser lançadas para alcançar a atuação intersetorial que*

contemple a diversidade dessas populações?

VI - GESTÃO PARTICIPATIVA E CONTROLE SOCIAL

O controle social e a gestão participativa visam a inclusão de atores sociais em processos decisórios com o objetivo de influenciarem a definição e a execução das políticas de saúde sendo um importante mecanismo de fortalecimento da cidadania que contribui para aproximar a sociedade do Estado, abrindo espaços de diálogo e acompanhamento das ações dos governos.

Questão para o debate:

1. *Como garantir que os segmentos populacionais sejam representados em conselhos, conferências, comitês, grupos de representação social no SUS?*

PROGRAMAÇÃO DAS OFICINAS

MACRORREGIONAIS

08:30 - credenciamento

09:00 - abertura: *Política de Promoção da Equidade em Saúde do RS*

10:00 - Grupos de trabalho

12:00 - Almoço

13:30 - Grupos de trabalho

16:00 - Encaminhamentos finais

Documento formulado/agosto de 2019 por:

Divisão de Políticas de Promoção da Equidade em Saúde/DAS/SES-RS
Chefe de Divisão - **Péricles Stehmann Nunes**

Área Técnica de Saúde dos Povos Indígenas/POPES/DAS/SES-RS
Especialista em Saúde - **Jéssica Camila Sousa Rosa Paranhos**
Especialista em Saúde - **Guilherme de Souza Müller**

Área Técnica de Saúde LGBT/POPES/DAS/SES-RS
Especialista em Saúde - **Iuday Gonçalves Motta**

Área Técnica de Saúde da População Negra/POPES/DAS/SES-RS
Especialista em Saúde - **Carlos Roberto Goes**
Especialista em Saúde - **Jaqueline Oliveira Soares**

Área Técnica de Atenção Básica à Saúde Prisional/POPES/DAS/SES-RS
Especialista em Saúde - **Renata Maria Dotta**

3. RELATO DESCRITIVO DA ORGANIZAÇÃO DAS OFICINAS E CRONOGRAMAS

Em um segundo momento foi realizado o contato com as Coordenadorias Regionais de Saúde com intuito de que o processo se desse de forma ascendente respeitando o formato de descentralização da Secretaria de Estado da Saúde do RS. Entre as atividades sob responsabilidade das regionais de saúde estavam: identificar qual o local mais adequado, propondo qual município mais estratégico para ampliar o número de participantes, de mais fácil acesso/deslocamento e espaço físico com estrutura para comportar um momento de plenária geral (abertura da oficina) e minimamente dois grupos de trabalho; segundo momento acionar a rede de atores (sociedade civil, profissionais, gestores, trabalhadores, acadêmicos, entre outros) que vinham compondo as discussões sobre as populações específicas junto aos municípios da sua regional de saúde; acionar os atores sociais por meio telefônico explicando a proposta de trabalho e posteriormente realizar contato via e-mail com convite oficial, link para realização da inscrição e disponibilização de material orientador. Além do apoio regional para cada oficina foi autorizado o deslocamento de três técnicos do nível central da SES que atualmente compõem a Divisão de Políticas de Promoção da Equidade. No dia de oficina os profissionais da SES-RS presentes se dividiam entre as atividades de mediação e relatoria.

Após a oficina as relatorias eram enviadas a equipe da SES-RS composta por especialistas em saúde, administrativos, estagiários e residentes para compilação das relatorias e estruturação delas em formato de: “problemas listados” (eram separados todos os problemas apresentados durante as oficinas) e outro eixo de “soluções” em que as propostas apresentadas para resolução dos problemas apresentados eram colocadas.

O cronograma de atividades proposto e realizado foi o seguinte (Quadro 1):

Quadro 1 - Cronograma de oficinas

Cronograma	
Ações	Prazo
1.1 Construção de minuta da PEPES	até 04/12/2019
1.2 Realização de oficinas macrorregionais	até 22/11/2019
1.2.1 Oficina macrorregional Sul Município: Pelotas	12/09/2019
1.2.2 Oficina macrorregional Serra Município: Caxias do Sul	16/10/2019
1.2.3 Oficina macrorregional Missioneira Município: Santo Ângelo	23/10/2019
1.2.4 Oficina macrorregional Norte Município: Passo Fundo	24/10/2019
1.2.5 Oficina macrorregional Metropolitana Município: Porto Alegre	30/10/2019
1.2.6 Oficina macrorregional Vales Município: Santa Cruz do Sul	06/11/2019
1.2.7 Oficina macrorregional Centro-Oeste Município: Santa Maria	12/11/2019
1.3 Consulta pública	26/11 até 08/12
1.4 Encaminhamento da minuta para CES	05/12/2019

Fonte: Arquivos internos da Divisão de Políticas de Promoção da Equidade/DAPPS/SES-RS.

4. RESULTADO DAS OFICINAS E CONSULTA PÚBLICA

No que diz respeito a participação alcançada houve variação no número de inscritos evidenciando que nas macrorregiões em que havia referência técnica estabelecida para as políticas de promoção da equidade na Coordenadoria Regional de Saúde (um técnico dentro da regional que responde por essas populações) a articulação foi maior alcançando um maior número de participantes. Porém, naquelas regionais com articulação mais fragilizada, com dificuldades de trabalho já presentes foram identificados um número de inscritos e de efetiva participação mais baixa. Nesses casos, de articulação mais fragilizada da regional, os profissionais do nível central (em Porto Alegre) acionaram suas redes de apoio para divulgação, mas não foi possível suprir na totalidade a ausência de referência regional. Desse modo, os números de participantes alcançados foram os seguintes (Quadro 2):

Quadro 2 - Controle de número de participantes alcançados nas oficinas.

Oficina	Número de participantes conforme lista de presença
1.2.1 Oficina macrorregional Sul Município: Pelotas	42
1.2.2 Oficina macrorregional Vales Município: Santa Cruz do Sul	57
1.2.3 Oficina macrorregional Serra Município: Caxias do Sul	10
1.2.4 Oficina macrorregional Missioneira Município: Santo Ângelo	34
1.2.5 Oficina macrorregional Norte Município: Passo Fundo	28
1.2.6 Oficina macrorregional Centro-Oeste Município: Santa Maria	28
1.2.7 Oficina macrorregional Metropolitana Município: Porto Alegre	61

Fonte: Arquivos internos da Divisão de Políticas de Promoção da Equidade/DAPPS/SES-RS.

Após a realização das oficinas e tendo as relatorias de cada uma das oficinas compiladas foi formado um grupo de trabalho com profissionais da Divisão de Políticas de Promoção da Equidade e Coordenação Estadual de Atenção Básica, ambas vinculadas ao Departamento de Ações em Saúde, para: 1) Compilação das relatorias das 7 oficinas macrorregionais em um único documento; 2) Tradução das relatorias em artigos, incisos e parágrafos; 3) Formulação da minuta da Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde.

Posteriormente, a formulação da minuta foi apresentada e debatida junto a direção do departamento e apresentada à Secretaria de Estado da Saúde seguida da abertura da consulta pública. A consulta pública foi aberta em 26 de outubro de 2019 e encerrada em 08 de dezembro de 2019.

Nessa fase foi criado um instrumento em planilha para sistematizar os retornos recebidos via consulta pública (ver Quadro 1). O instrumento possuía o seguinte formato.

Quadro 3 - Instrumento utilizado para sistematizar os retornos da consulta pública realizada na construção da Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde do Rio Grande do Sul.

Sugestões	Avaliação técnica da possibilidade de inclusão ou não	Sugestão de escrita/ Local
[RETORNOS DA CONSULTA PÚBLICA]		

Fonte: Arquivos internos da Divisão de Políticas de Promoção da Equidade/DAPPS/SES-RS.

O resultado da consulta pública foi: 32 acessos, 06 propostas de revisão. As propostas feitas em consulta pública foram analisadas e integradas na medida do possível ao texto final da minuta de política e enviada ao Conselho Estadual de Saúde para apreciação e contribuição. Após seguiu os trâmites formais de publicação dentro da SES-RS.

ANEXOS

RELATORIAS DAS 7 OFICINAS REALIZADAS

OFICINA MACRORREGIÃO VALES

RELATÓRIO

Data: 06/11/2019

Local: Santa Cruz/RS

I- GARANTIA DO ACESSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA, SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

PROBLEMAS LISTADOS

1. Barreira linguística na perspectiva da população de migrantes. Dificuldade para chegar, para entender como funciona o sistema de saúde. Dificuldades de relatar a queixa principal para o profissional de saúde. No caso das consultas, deixar o acompanhante participar das consultas, que podem reduzir as dificuldades de comunicação com o profissional. Necessidade de ter um profissional para auxiliar na barreira linguística.
2. Questão indígena, muitas vezes tem barreiras linguísticas ou de compreensão. Às vezes falam o português, mas não tem a mesma compreensão, e o profissional não se dispõe a verificar se houve um entendimento por parte do usuário indígena
3. Barreira cultural. Falta de compreensão com relação ao motivo da migração. Exemplo do haitiano que foi interrogado sobre os motivos da sua vinda, e ficou com medo de ser deportado.
4. Na chegada da entrada de um imigrante, apátrida, eles devem ser orientados a procurar sua regularização. Não devem perguntar se estão regulares ou irregulares ou qualquer tipo de questão que cause constrangimento.
5. Estigma e preconceito como barreira de acesso. As pessoas que realizam o atendimento usam do seu julgamento de valor sobre os grupos populacionais para atender as pessoas.
6. Atendimento inadequado do profissional de saúde aos LGBTs. Como principal barreira o preconceito. O caso do homem trans que é tratado com um homem heterossexual e não lhe é ofertado as mesmas coisas que as outras mulheres, como a possibilidade de preventivo etc.
7. Desconhecimento das políticas específicas dos servidores. Fazer essas rodadas dentro das secretarias. O gestor não libera para espaços de educação permanente, que são espaços para aprofundamento das questões. O profissional que tem menos interesse, acaba desconhecendo e reproduzindo as iniquidades
8. Reconhecer que não sabe sobre determinados assuntos, sobre determinadas culturas e tentar entender.
9. Preconceito desde o gestor até os profissionais. Então a capacitação deve ser feita em todas as instâncias.
10. Questão do preconceito e discriminação são as principais barreiras para acesso ao sistema de saúde;

11. Espera em filas prejudicam muito o acesso;
12. Não há respeito no nome social e não há acolhimento e que essa é uma das questões mais importantes a serem atribuídas;
13. A questão de comunicação deve ser aprimorada nas UBS, inclusive com a os surdos e autistas, há uma barreira muito grande para com essas pessoas;
14. Sistema prisional, maior entrave é a questão de segurança, pois muitos presídios não têm UBS, e isso dificulta o acolhimento das pessoas, e como os guardas acompanham os atendimentos, os presos acabam não passando o que precisam e isso os prejudicam;
15. Os presídios menores (Arroio do Meio) aceitou que o médico atendesse dentro do presídio, e isso melhorou muito o acesso, porém, é uma exceção, pois depende da boa vontade dos profissionais;
16. O que falta no sistema penal é vontade política, para serem instituídos UBS;
17. Os municípios pequenos não tem profissionais suficientes para atender a atenção básica (especialmente médicos);
18. O conceito de equidade precisa ser debatido com a sociedade e não apenas com os profissionais, por essa razão e por outras, que os preconceitos ficam sendo cada vez mais potencializado;
19. Divulgação do conceito dentro das universidades é primordial na formação dos alunos;
20. Questão do deficiente deve ser debatido dentro da equidade;
21. Nas coordenadorias, a sobrecarga dos servidores que são mais voltados a regulação, pautas como equidade fica prejudicado;
22. Desconhecimento por parte do profissional das políticas, da existência de procedimentos que podem ser realizados na AB.
23. Encaminhamentos para especialistas, se perde na burocracia.
24. Financiamento da AB. Se ela resolve 80 % porque o financiamento não é proporcional.
25. Barreira de acesso é a gestão. Como fazer atendimento para uma população que não existe.
26. Unidades prisionais não conseguem acesso ao E-SUS.
27. Sem cadastro (quilombolas, indígenas , lgbs) não são atendidos, fala da secretária.
28. Cartão SUS Para ciganos (Existe)
29. Financiamento da atenção básica e acabar com as burocracias os processos de trabalho;
30. Dificuldade do acesso é a informação (os profissionais acham que sabem - porém, não é a realidade);
31. Acolhimento pelo profissional: deve ser potencializado as educações em saúde, levar orientações aos profissionais para melhor atenderem aos públicos específicos;
32. A muito rodízio dos terceirizados (atendentes, recepcionistas) nas UBS;
33. Financiamento é a principal demanda levantada;
34. O desconhecimento gera uma grande barreira de acesso;

SOLUÇÕES

1. Suporte às unidades para educação permanente;
2. Atendimento livre, sem cartão SUS
3. Informações entre presídios. Dar senha para o pessoal do município no infopen , criar uma aba de saúde, para facilitar o acesso dos presos. Fazer circular a informação daqueles presos..
4. O que compete a cada serviço para cada população deve constar na política.
5. Os gestores precisam serem sensibilizados pelo Estado, para que potencializam as equipes de saúde prisional;

6. A população prisional sofre principalmente com o preconceito. A educação permanente como solução/solução de baixo custo e de extrema relevância.
7. Cartazes instrutivos sobre as questões principais de acesso nas UBS;
8. Precisa ser trabalhada a questão dos preconceitos culturais;
9. Humanização e acolhimento no SUS precisa ser potencializado;
10. Qualificação dos profissionais de saúde;

II - RECURSOS HUMANOS, GESTÃO DE PESSOAL, FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

PROBLEMAS LISTADOS

1. Falta de disciplinas na universidade.
2. Formações devem ser voltadas para os indivíduos/grupos populacionais, não para as doenças.
3. Tudo passa pela formação moral das pessoas e desconstrução de seus preconceitos;
4. Como lidar com o profissional que não quer entender sobre as populações?
5. Como desfazer um processo e minimizar os retrocessos?
6. Identificar as populações que migraram no território e capacitar para o atendimento às especificidades culturais a essa população.
7. A dificuldade de falar em equipe sobre determinados assuntos. A gestão cobra atendimentos e procedimentos é isso que é discutido.
8. Sensibilizar os profissionais, fomentar as unidades que em seu layout já dizem que toleram racismo ou qualquer forma de discriminação.
9. As questões culturais devem ser debatidas em momentos específicos, jamais deve-se negar atendimento aos usuários por falta de conhecimento;
10. Sempre quando há contingenciamento de verbas, o primeiro corte é na educação permanente;
11. As questões burocráticas dos serviços deveriam ser alteradas para que os pacientes fossem atendidos de maneira humanizada, desde a recepção até o médico;
12. Regulamentos do MEC cobram que matérias sobre essas pautas sejam inseridas nas instituições de ensino, porém, ainda está num processo muito lento;
13. Questão de RH, nas seleções devem ser específicas o local de trabalho, ex.: para contratações nos presídios, deve-se ser selecionado profissionais que tenham perfil;
14. Os gestores não colocam em prioridade a capacitação de funcionários;
15. Falta representatividade dos profissionais de saúde: profissionais trans, negros; Fichas de notificação de violência – profissionais devem ser capacitados;

SOLUÇÕES

1. O acolhimento como uma capacitação relevante para o atendimento a essas populações. Já que antigamente na saúde pública não se falava no atendimento adequado a essas populações.
2. Importância de sensibilizar o gestor.
3. Empatia como conceito que resolveria quase todas as questões.
4. Seminários para aperfeiçoamento profissionais;
5. Se aproximar a lideranças indígenas para construção de políticas e serviços;

6. Incluir nos currículos de formação essa política;
7. O Estado deve fomentar capacitações técnicas aos profissionais de saúde;

III - ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, DEMOGRÁFICOS, DETERMINANTES SOCIAIS E INFORMAÇÃO EM SAÚDE

PROBLEMAS LISTADOS

1. Falta de comunicação entre os sistemas de informação.
2. Necessidade de unificar a partir do e-sus.
3. Orientação sexual e identidade de gênero nos sistemas já existentes.
4. Imigrantes - Nacionalidade/Idioma/tempo no país. Informações sobre a trajetória dessas pessoas que são migrantes.
5. O Cartão SUS monitora a trajetória do indivíduo, cada vez que a pessoa se desloca ela atualiza o endereço.
6. Não há informação sobre a população prisional, mas talvez não seja vantajoso ficar o registro pois é uma população muito rotativa e talvez fique estigmatizada? Como pensar o registro de informações?
7. Falta de informação nos sistemas de notificação;
8. Não se conhece o perfil das populações pois não se conhecem as informações (SINAN – só tuberculose).
9. Demanda de coisas específicas (ex.: doença falciforme) devem ser melhores trabalhados com os profissionais de saúde;
10. Por questões de racismo, que não é investido na doença falciforme: devem ser articulados mecanismos para enfrentamento do racismo e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde;

SOLUÇÕES

1. Ter campos das populações como obrigatórios
2. Fazer diagnósticos das populações específicas, em números e afins;
3. Buscar banco e dados de informações;
4. Estratégia de um Escritório social – CNJ – trabalho com as famílias dos egressos para trabalhar com a saída da pessoa do sistema prisional;

IV FINANCIAMENTO

PROBLEMAS LISTADOS

1. Momento de redução do estado e diminuição dos investimentos;

SOLUÇÕES

1. Atenção básica. Investir em auditoria.

2. Os recursos devem se manter vinculados a essas populações e ser investidos.
3. Deve ser fiscalizado e vinculado.
4. Investir em educação permanente
5. Educação para os conselheiros municipais de saúde
6. Processo trans deve ser expandido, pois o tempo de espera prejudica todo o processo
7. Investimento na atenção básica;
8. Ampliação da atenção básica à saúde prisional;
9. Financiamento para investimentos especializados;
10. Educação permanente deve ter muito investimento;
11. Investimento em informação e divulgação das campanhas;
12. Criar alas específicas para a população Trans e jamais colocá-los junto a presos sexuais;
13. Melhorar as vistorias nas comunidades terapêuticas, visando a ampliação de vagas humanizadas e ecumênicas;
14. Questões hospitalares: estruturas adequadas às populações específicas;

V - INTEGRALIDADE DO CUIDADO E INTERSETORIALIDADE EM POLÍTICAS PÚBLICAS

PROBLEMAS LISTADOS

SOLUÇÕES

1. Estratégias de trabalho integrado entre assistência e saúde;
2. A integração de sistemas entre as áreas contribuiria para o trabalho conjunto
3. O nasf pode ajudar a integrar os pontos da rede de atenção à saúde e também outros setores;
4. Integrar saúde e educação, encontros de educação permanente;
5. Pensar planos terapêuticos intersetoriais.
6. Transferência fora do município.
7. Uso de tecnologias para auxiliar na integralidade.
8. Olhar externo do ministério público, de outros setores para discutir questões centrais como o preconceito.
9. Violência intrafamiliar, violência psicológica, trabalho análogo a escravidão nas áreas rurais. Pensar ações de prevenção contra a violência no campo, pois a maioria dos casos não chegam a ser notificados. Pensar junto com segurança, assistência social, saúde e outros entes.
10. Agendas conjuntas;
11. Identificar os principais pontos para serem trabalhadas de forma focada;
12. Imigrantes pensar na educação;
13. Saúde prisional deve trabalhar com a segurança pública;
14. Egressos do sistema prisional deve ser trabalho junto ao ministério público, promotoria, movimentos sociais;
15. Fórum e espaços para estratégias de trabalho;
16. Potencializar o PSE;
17. Articular o PIM com outras secretarias;

VI - GESTÃO PARTICIPATIVA E CONTROLE SOCIAL

PROBLEMAS LISTADOS

1. Falta qualificação para os conselheiros, muitos não leem os planos municipais.

SOLUÇÕES

1. Informar a população sobre a possibilidade de participação das populações – cotas nos conselhos em todas as instâncias.
 2. Fomentar comitês de promoção da equidade.
 3. Criação de um grupo estadual para equidade;
 4. Importante que todos os conselhos de saúde tenham vagas destinadas a essas populações específicas;
-

**OFICINA MACRORREGIÃO SUL
RELATÓRIO**

Data: 12/09/2019

Local: Pelotas/RS

I- GARANTIA DO ACESSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA, SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA
--

PROBLEMAS LISTADOS

1. Tipo de serviço prestado: Utilização de unidades móveis terrestres não suprem toda a demanda de atendimento, ausência de unidades de saúde prisionais em todas as casas prisionais;
2. Transporte: Comunidades localizadas fora dos centros (quilombos, assentamentos, aldeias..) enfrentam dificuldades logísticas para acesso a rede;
3. Fragilidade dos profissionais: desconhecimento dos profissionais das particularidades em outros pontos da rede (que não os serviços específicos);
4. Racismo, LGBTfobia e violência: se colocam como barreiras de acesso;
5. Burocracia: ausência de documentos como cartão SUS, comprovante de endereços condicionam o acesso, dificuldade de comunicação entre os serviços (ausência do serviço em rede, ausência de referência e contrarreferência);
6. Assistência farmacêutica: como debater o tema? Uso incorreto de medicamentos, automedicação por falta de acesso adequado, medicamentos prescritos não disponíveis na rede, ausência de farmacêuticos para realizar dispensações a população prisional;
7. Tempo de resposta: atendimentos de urgência e emergência demoram a chegar às comunidades distantes;
8. Repensar a rede: como os diferentes níveis de atenção pensam o acesso dessas populações? Os pontos de acesso são reconhecidos?
9. Saúde mental: burocracia como barreira de acesso a serviços de saúde mental, judicialização, criminalização das doenças mentais, necessidade de articular os serviços de saúde mental a atenção prestada dentro das unidades prisionais, Internações em comunidades terapêuticas são violentas, não respeitam a religiosidade das pessoas, intolerância religiosa contra religiões de matriz africana, desrespeito à diversidade sexual e de gênero;
10. Linhas de cuidado: como as populações específicas se situam nas linhas de cuidado? Elas demandam serviços específicos que estão contidos nessas linhas?
11. Planejamento em saúde: Desconhecimento dos planos operativos por parte da gestão e de técnicos, necessidade de monitoramento e avaliação das políticas e planos previstos;
12. Dificuldade de provimento de médicos;
13. Ética: Falta de sigilo profissional do ACS/ falta de ética profissional;
14. Regulação: Falta de transparência na fila de atendimento especializado;
15. Territorialização: Desconhecimento das populações que compõem o território.

SOLUÇÕES

1. Capacitações/formações que prezam pela diversidade apresentada por essas populações e não reproduzam desigualdades, racismos, LGBTfobia e violências;
2. Atuação junto a escolas debatendo questões de gênero e respeito a diversidade dessas populações;
3. Reconhecimento dos itinerários terapêuticos;
4. Sensibilização: pensar espaços formativos que envolvam educação, cultura e outros setores;
5. Mecanismos para avaliar a prestação do serviço ofertado a populações específicas. Buscar feedback das pessoas atendidas como forma de monitorar e acompanhar o trabalho desenvolvido (PMAQ, entrevista de usuários e usuárias). Buscar um retorno sobre os atendimentos;
6. Viabilizar meios para que a população seja consultada sobre o atendimento recebido;
7. Fornecimento de mão de obra especializada com melhoria das condições de trabalho, incluindo infraestrutura;
8. Investimentos financeiros para ações em saúde mental por parte de municípios, estado e união;
9. Criar e melhorar os fluxos no sistema prisional: escolta, segurança, trabalho em rede;
10. Criação de Grupo condutor da RAS para as políticas de promoção da equidade. Grupos condutores da RAS integrados. Grupos condutores municipais, regionais e estaduais. Construção da RAS de modo intersetorial, incluindo as instituições formadoras.
11. Dialogar com os movimentos sociais;
12. Representatividade dos grupos populacionais nos espaços;
13. Fiscalização dos recursos destinados ao trabalho com as populações específicas;
14. Ampliação de horário (turno estendido)- falta de recurso para ter mais um turno.
15. Processo transexualizador, demanda maior que as vagas.

II - DESENHO DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE E COMPETÊNCIAS MUNICIPAIS, ESTADUAIS E FEDERAIS

PROBLEMAS LISTADOS

1. Desconhecimento: ausência causa perpetuação e acirramento de situações de iniquidade em saúde;
2. Terceirização: precarização dos serviços, amplia a dificuldade de fiscalização das ações, rotatividade e disparidades salariais;
3. Despreparo de formação frente à diversidade;
4. Violências motivadas por racismo, conflitos geracionais como fatores de adoecimento.
5. Dificuldade para acessar recursos destinados a políticas de promoção da equidade em saúde;
6. Papel do estado: qual o papel do estado quanto a essas populações? (exemplo da saúde prisional municipalizada, saúde indígena federalizada..).

SOLUÇÕES

1. Formação para profissionais da saúde e educação para as discussões de promoção da equidade se torne facultativo e/ou obrigatório nos percursos formativos;

2. Utilizar o recorte racial como determinante social da saúde;
3. Criação de serviços de referência para as populações específicas: como ambulatórios especializados para população LGBT e/ou equipes qualificadas para este atendimento; equipes matriciadores, pensar o papel do NASF nesse processo;
4. Formular estratégias de formação continuada e de inserção da comunidade na discussão de equidade promovendo a autonomia dos sujeitos;
5. Repensar as formas de comunicação: Falar em linguagens acessíveis.

III - ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, DEMOGRÁFICOS, DETERMINANTES SOCIAIS E INFORMAÇÃO EM SAÚDE

PROBLEMAS LISTADOS

1. Sistemas de informação: inadequados à realidade das populações específicas, excluem a diversidade;
2. Negativa de acesso por falta de documentos, negativa de acesso a consultas, exames e medicamentos por falta de documentação;
3. Vigilância epidemiológica assume as informações sobre as populações;
4. Falta de prioridade no preenchimento dos dados pessoais e enfoque na doença;
5. Dificuldades na autodeclaração por parte da população negra e do entrevistador;
6. Integração da notificação dos casos de violência SUAS e SUS.

SOLUÇÕES

1. Revisão de fichas e sistemas: revisão das fichas de notificação para inclusão dos campos sobre orientação sexual e identidade de gênero, substituição do campo sexo por gênero. Incluir os campos masculino, feminino e intersexo.
2. Atualizar os sistemas para que campos que solicitem comprovante de residência e ou algum outro documento não impeça a inserção das informações, deixar de ser obrigatória nos casos dos povos indígenas, ciganos, pessoas em situação de rua, quilombolas e profissionais do sexo, imigrantes, refugiados e apátridas;
3. Tornar campo obrigatório as questões de raça/cor e etnia nos sistemas de informação (não avançar se não for preenchido);
4. Capacitar para uso dos sistemas de informação com o adequado preenchimento dos campos raça/cor e etnia, orientação sexual, identidade de gênero e outras.
5. Protocolos de atendimento específicos para populações nômades e/ou sem endereço fixo;
6. Criação de Redes de apoio intersetorial para populações específicas.

IV - RECURSOS HUMANOS, GESTÃO DE PESSOAL, FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

PROBLEMAS LISTADOS

1. Dificuldade de compreender a diversidade, ausência de informações e conhecimentos importantes para oferecer serviços em contextos e realidades diversas, necessidade de formação intersetorial;

2. Saúde do trabalhador: profissionais que atuam em unidades prisionais não tem apoio para desempenho do seu trabalho, carga de trabalho profissional e precariedade do trabalho;
3. Dificuldade de pessoal: ausência/insuficiência de profissionais para trabalhar com populações específicas.

SOLUÇÕES

1. Formação profissional e atuação em contextos interculturais.

V - INTEGRALIDADE DO CUIDADO E INTERSETORIALIDADE EM POLÍTICAS PÚBLICAS

PROBLEMAS LISTADOS

SOLUÇÕES

1. Criação de Grupos condutores intersetoriais, Formação de redes e linhas de cuidado.
2. Sistemas integrados de informação em saúde para que estado, município e união tenham acesso às mesmas informações e compartilhamento das informações nos sistemas de informação intersetorialmente.
3. Integração de Nutricionista e Educador(a) Físico(a) na equipe multiprofissional de serviços especializados no processo transexualizador;
4. Trabalho intersetorial em uma composição com o apoio da universidade: Cursos de extensão junto às universidades;
5. Fortalecimento da rede por meio da formação de trabalhadores e trabalhadoras;
6. Comitê intersetorial, grupos de trabalho. As social, meio ambiente, cultura, habitação, educação, esporte, turismo;
7. Trabalho por microáreas. Composição por todos as instituições presentes em determinadas áreas que discutem os problemas e as populações presentes nos locais;
8. A população prisional fica distante de qualquer discussão e estratégias de apoio para a família.

VI - FINANCIAMENTO

PROBLEMAS LISTADOS

1. Dificuldade por parte das áreas técnicas para a utilização dos recursos destinadas às políticas de promoção da equidade para ações destinadas a estas populações;
2. Recursos reforçando estigmas: LGBT atrelados à política de ist/hiv/aids;
3. Gestão tem dificuldade em gerenciar o uso dos recursos, áreas técnicas não têm acesso ao recurso;
4. Municípios não aderem a programas porque os valores são insuficientes. Os recursos necessitam atender às diferenças regionais e de contexto. Olhar de forma equânime diante das diversas vulnerabilidades.

SOLUÇÕES

1. Possibilitar que os recursos sejam aplicados para viabilizar o transporte sanitário, inclusive dentro do próprio município.
2. Fiscalização da utilização dos recursos destinados a populações específicas.
3. Investimento financeiro em serviço especializado no processo transexualizador, inclusive garantindo acesso a medicamentos para harmonização.
4. Atualização da tabela SUS.
5. Investimento financeiro na atenção básica.
6. Integração das áreas técnicas com gestores para viabilizar a utilização dos recursos.
7. Garantir que a utilização dos recursos deve ser construída de forma integrada com as áreas técnicas e representações da sociedade civil;
8. Criação de contas específica para utilização de recursos destinados a populações específicas;
9. Rever os recursos que atendam demandas específicas e recursos que atendam demandas gerais para a promoção da equidade em saúde.
10. Aumentar repasses as ações com a juventude negra, violência, exposição a ist/hiv/aids e comunidades tradicionais;
11. Previsão de financiamento destinado para a realização de formação continuada a profissionais para as discussões acerca da promoção da equidade e para doenças/agravos/necessidades em saúde específicas (doença falciforme);
12. Criação de centro de referência para a população em situação de rua.

VII - GESTÃO PARTICIPATIVA E CONTROLE SOCIAL

PROBLEMAS LISTADOS

SOLUÇÕES

1. Instrumentalizar usuários para que possa contornar a desmobilização;
2. Assegurar voz para as populações específicas nos espaços de gestão participativa e controle social garantindo cotas de participação;
3. Transparência e ampla divulgação das atividades dos conselhos de saúde.
4. Formalizar as solicitações de participação nos espaços de controle social.
5. Criar fóruns que abranjam as populações específicas como um todo de modo que não fique restrito a alguns segmentos;
6. Fortalecer e potencializar os grupos para garantir que a discussão e as ações de promoção da equidade estejam previstas;
7. Empoderar as pessoas para que possam defender as causas de outros grupos;
8. Criação de comitês de promoção da equidade;
9. Conselhos gestores locais como meio de levar as pautas das populações específicas para os conselhos de saúde;
10. Formar novas representações para os espaços de participação social.

**OFICINA MACRORREGIÃO SERRA
RELATÓRIO**

Data: 16/10/2019
Local: Caxias do Sul/RS

I- GARANTIA DO ACESSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA, SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA
--

PROBLEMAS LISTADOS

1. Ausência de fluxos para atendimento a população em situação de rua;
2. Despreparo da gestão (ausência de fluxos);
3. Barreira linguística (imigrantes, indígenas) gera preconceitos, dificuldades e negação de acesso;
4. Ausência de médicos de família;
5. Negação de atestado de comparecimento (a consultas e exames) impedindo que usuários compareçam aos serviços;
6. Indígenas itinerantes que aparecem pelas cidades que não estão preparadas para atendimento;
7. Preconceito e discriminação no atendimento a população negra;
8. Desrespeito ao nome social do usuário;
9. Negação de atendimento ginecológico a população LGBT;
10. Ausência de cartão SUS entre a população vulnerável acarretando negativa de acesso;
11. Acesso a medicamentos: imigrantes não conseguem todas as medicações prescritas nas UBS de forma gratuita;
12. Ausência de UBS nos presídios da região e dificuldade de deslocar os presos as unidades de saúde fora do presídio (ausência de profissionais para realizar a escolta);
13. Ausência de prontuários de saúde dentro da SUSEPE para acompanhamento da situação de saúde dos presos;
14. Inúmeros casos de tuberculose nos presídios e ausência de acompanhamento dos egressos do sistema prisional nos casos de tuberculose;
15. Dificuldade de encontrar profissionais para trabalhar na área prisional;
16. Falta de infraestrutura dos presídios;
17. Município que nega a presença de ciganos na cidade (relato da cidade de Caxias do Sul que impediu que ciganos se estabelecesse na cidade);
18. Dificuldade de acesso às aldeias indígenas: Barreiras territoriais, restrições principalmente na MAC, em menor grau na APS, dificuldade na continuidade do cuidado.
19. Atenção secundária não está preparada para atenção a populações vulneráveis;
20. Tempo de espera longo para atendimento especializado;
21. Horário de funcionamento dos serviços se constitui como barreira de acesso;
22. Cultura como barreira de acesso (profissionais de saúde não estão preparados e não conhecem determinados traços e características culturais dessas populações e isso dificulta a aproximação e o contato);
23. Dificuldade de vinculação com os usuários e os serviços (deslocamento de indígenas e da população LGBT inclusive por conta do preconceito);
24. População vulnerável não se sente pertencente ao município;

25. Resistência dos profissionais de saúde em atender certos usuários na PPL e falta de conhecimento de alguns fluxos do sistema;
26. Cobertura baixa de ACS.

SOLUÇÕES

1. Atendimento imediato a população em situação de rua quando busca o serviço de saúde (realização de testes rápidos);
2. Processos de educação permanente que envolvam temas como preconceito e estigma, realização de eventos, seminários, cursos sobre as temáticas, mostras de experiências exitosas com populações vulneráveis e utilizar estratégias distintas de formação (ex: telessaúde);
3. Capacitar profissionais de municípios que não tem aldeia fixa, mas que lidam com indígenas em trânsito;
4. Preparar unidades de saúde para lidar com problemas que acometem a população do campo (exemplo câncer de boca, problemas de pele, exposição solar, agrotóxicos.);
5. Estabelecer parcerias das SMS com ONGs e afins para promoção de uma atenção integral aos imigrantes;
6. Fortalecer e criar políticas de saúde municipais para populações específicas;
7. Estimular parcerias ao ambulatório trans;
8. Qualificar os endócrinos para questão das harmonizações;
9. Intervenção do estado nos municípios para melhorar dos fluxos de atendimento no sistema prisional;
10. Estimular a qualificação de atendimentos nos municípios pequenos para que não sobrecarregue os maiores municípios (ex: é a questão da medicação para AIDS, criando mecanismos contra preconceitos para melhor atender às populações específicas);
11. Realizar parcerias com instituições de ensino;
12. Melhorar consultórios na rua;
13. Articulação da rede de serviços (consultório na rua e atenção básica) para melhorar a referência e contrarreferência;
14. Promover a atuação coordenada entre gestores municipais e profissionais de saúde em prol da equidade e respeito às especificidades;
15. Formular políticas públicas que rompam as barreiras intersetoriais do preconceito;
16. Qualificar as estruturas e o processo de deslocamento dos usuários para atendimento nos serviços de saúde;
17. Pensar em ambulatórios móveis que se adequem às realidades.

II - DESENHO DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE E COMPETÊNCIAS MUNICIPAIS, ESTADUAIS E FEDERAIS
--

PROBLEMAS LISTADOS

1. Atendimento rápido com escuta desqualificada;
2. Profissionais não detectam as causas dos problemas, apenas tratam os sintomas.

SOLUÇÕES

1. Promoção de educação permanente e de atividades de integração das equipes de saúde;
2. As políticas de saúde devem estar alinhadas e dialogar com outros setores, como a educação e a assistência social;
3. Sensibilizar a academia para aprimorar formação de profissionais de saúde, elencando estudos sobre populações mais vulneráveis e com demandas específicas aos currículos;
4. Promoção de cursos de português para os imigrantes.

III - ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, DEMOGRÁFICOS, DETERMINANTES SOCIAIS E INFORMAÇÃO EM SAÚDE

PROBLEMAS LISTADOS:

1. O quesito raça/cor não é questionado pelos profissionais de saúde e os prontuários são preenchidos sem questionar a autodeclaração ao usuário.
2. A orientação sexual e a identidade de gênero também não são questionadas pelos usuários.
3. Falta de instrução e capacitação para preenchimento dos prontuários, gerando dados inconsistentes e não fidedignos.

SOLUÇÕES:

1. Estratégias de educação permanente de profissionais de saúde para qualificar os atendimentos, acolhimento e coleta dos dados (dados sobre morbimortalidades, dados demográficos, morbidade, perfil sociodemográfico).
2. Obrigatoriedade de preenchimento de alguns campos tocantes as características das populações específicas.
3. Divulgação para a população em geral sobre os dados das políticas públicas;
4. Mapear as populações dos territórios e identificar os perfis sociodemográficos dos usuários para que as equipes possam criar mecanismos para atender melhor essas populações.

IV - RECURSOS HUMANOS, GESTÃO DE PESSOAL, FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

PROBLEMAS LISTADOS

1. Rotatividade dos profissionais de saúde nos estabelecimentos, dificultando a continuidade de atendimentos, a padronização dos serviços e o alinhamento da equipe;
2. Qualificações são concentradas na atenção básica e, quando o usuário é encaminhado para os outros níveis de atenção, não há o acolhimento adequado.

SOLUÇÕES

1. Promoção de educação permanente sobre equidade em saúde e populações com demandas específicas;
2. Atividades de integração das equipes de saúde;
3. Investir em educação permanente para os profissionais das regionais para que estes possam instruir os municípios de maneira qualificada;
4. Desburocratizar o acesso e a utilização dos recursos destinados ao aprimoramento profissional nessa área.

V - INTEGRALIDADE DO CUIDADO E INTERSETORIALIDADE EM POLÍTICAS PÚBLICAS

PROBLEMAS LISTADOS

Não foram listados problemas.

SOLUÇÕES

1. Priorização das populações específicas nos serviços de saúde.
2. Criação de estratégias para atendimento das populações específicas e para dar visibilidade às necessidades dessas populações.
3. Qualificar as instituições para proporcionar o atendimento e trabalho humanizado.
4. Fortalecer as redes de trabalho entre a União, Estados, Municípios, parcerias interinstitucionais e outros setores que atendam a população e entre outras
5. Fortalecer o conceito de “Accountability” nas instituições públicas quanto aos processos de trabalho e as questões relacionadas às populações específicas;
6. As políticas de saúde devem estar alinhadas e dialogadas com outros setores, como a educação e a assistência social.

VI - FINANCIAMENTO

PROBLEMAS LISTADOS

1. Os repasses estaduais não são repassados e acabam impactando os municípios, e isso desestimula a adesão de municípios.

SOLUÇÕES

1. Fortalecer mecanismos de transparência em relação à utilização dos recursos;
2. Manutenção dos incentivos já existentes e criação de novos incentivos para as populações que ainda não recebem;
3. Responsabilização dos financiamentos (definições mais claras as contrapartidas e afins – se a responsabilidade é da SUSEPE, município, União).

VII - GESTÃO PARTICIPATIVA E CONTROLE SOCIAL

PROBLEMAS LISTADOS

1. Há muitas dificuldades com os representantes dos conselhos municipais de saúde, muitos não estão envolvidos na gestão. Os conselhos locais deveriam ter representações de todas as populações específicas, atendendo os interesses da população.
2. As demandas que chegam às ouvidorias muitas vezes são respondidas por servidores e não chegam aos gestores para que possam elaborar as respostas.
3. Necessidade de superar a limitação e sair da zona de conforto, pois, às vezes não existe um interesse genuíno para mudar as representatividades e os segmentos nos conselhos
4. Importante atentar para que a cotização das representação em conselhos, por exemplo, não se torne um incentivo para o preconceito e à discriminação;

SOLUÇÕES

1. Fortalecimentos dos conselhos municipais e locais;
2. Fortalecer os conselhos e comitês técnicos já existentes e ampliar os que não contemplem as populações específicas;
3. Estipular que as comissões decisórias tenham representantes das populações específicas;
4. Estimular para que as conferências estaduais tenham espaços para as populações específicas (ex: dentro da conferência estadual da mulher, tenha inserido pautas de discussão sobre a mulher negra);
5. Qualificar as respostas e atendimento das ouvidorias. Criar mecanismos para que os gestores possam participar das respostas que a ouvidoria emite;
6. Inserir as temáticas das populações específicas nas conferências de saúde de forma mais evidente.

OFICINA MACRORREGIÃO NORTE

RELATÓRIO

Data: 24/10/2019

Local: Passo Fundo/RS

I- GARANTIA DO ACESSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA, SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

PROBLEMAS LISTADOS

1. Preconceito e discriminação no atendimento às pessoas trans no sistema prisional. Desconhecimento das especificidades desta população pelas equipes e descaso no atendimento (ex.: hormonização);
2. Os municípios não se responsabilizam pela saúde dos povos indígenas. Profissionais dos municípios com visão preconceituosa em relação a esta população (Municípios não chamam indígenas do seu território para atividades);
3. Invisibilidade das questões específicas dos povos indígenas na atenção secundária e terciária;
4. Profissionais de saúde colocam juízo de valor à frente de suas práticas;
5. Profissionais não reconhecem a necessidade de equipes de saúde prisional e o acesso à saúde na atenção primária para a família de pessoas privadas de liberdade de forma intersetorial;
6. As formações na área da saúde são baseadas em padrões hegemônicos, de maneira excludente às populações com demandas específicas. Dificuldade em fazer o acolhimento de maneira adequada;
7. Falta de programas de ressocialização para pessoas privadas de liberdade;
8. Dificuldade de comunicação dos profissionais com indígenas em função da língua;
9. Dificuldade de acesso à atenção especializadas às pessoas privadas de liberdade;
10. A população trans não é vista enquanto "pessoas" são conduzidas para fora dos espaços de grande circulação nos serviços de saúde.
11. Desrespeito ao nome social;
12. População trans lida com o preconceito no entorno comunitário, invisibilidade, barreiras de acesso a insumos de prevenção (número limitado de preservativos a profissionais do sexo, exemplo utilizado), visão estereotipada da população trans, não há alcance das ações preventivas e de promoção da saúde, pois a população trans evita os serviços de saúde por saberem que não será acolhida.
13. Dificuldade de acesso à hormonização: atendimento na atenção básica fica restrito ao encaminhamento à atenção especializada, sem acompanhamento na rede com consequente automedicação, inclusive com medicamentos de uso veterinário por falta de acesso;
14. Contexto atual delicado para o trabalho com grupos populacionais específicos;
15. Violência contra a população LGBT e população Negra;
16. Necessidade de levar as discussões acerca dos grupos populacionais específicos para o maior número de pessoas possível;

17. Relação de tutela da SESAI com os povos indígenas;
18. Dificuldade de acesso dos povos indígenas à atenção primária: Povos indígenas encontram dificuldades de acesso nos serviços de atenção primária no próprio território, situação se agrava quando há necessidade de atendimento em serviços regionalizados.
19. Invisibilidade dos povos indígenas na atenção secundária e terciária;
20. Profissionais do presídio não conduzem para atendimentos em saúde por falta de efetivo ou profissionais que não querem conduzir por não entenderem enquanto prioridade.
21. Pessoas trans encarceradas na ala dos crimes sexuais por questões de “segurança”.
22. Distanciamento dos municípios e do estado na atenção à saúde indígena;
23. Entendimento por parte de gestores que indígenas não são munícipes.
24. Povos indígenas são vistos apenas nas ações que envolvem metas, quando não envolvem não se consegue o comprometimento dos municípios.
25. Os municípios não chamam as equipes da SESAI para o trabalho em conjunto.
26. Muitos casos de suicídios entre indígenas: a pauta do suicídio tem mobilizado ações em conjunto;
27. Municípios não se aproximam das comunidades indígenas.
28. Profissionais da saúde não sabem fazer abordagem às pessoas: os indígenas não costumam ficar muito tempo em filas de atendimento na saúde.
29. Doenças espirituais afligem mais aos povos indígenas: todos os/as indígenas eram tratados/as por seus métodos próprios.
30. Municípios reclamam dos sistemas diferentes utilizados pelos municípios e SESAI, pois dificulta o acesso a informações de saúde;
31. As comunidades quilombolas são inviabilizadas e se deparam com obstáculos parecidos com o dos povos indígenas.

SOLUÇÕES

1. Promover o entendimento das especificidades das diferentes populações no sistema prisional;
2. Educação permanente para os profissionais da gestão e de ponta, visando o reconhecimento das comunidades tradicionais como pertencentes aos territórios dos municípios, o enfrentamento de estigmas e estereótipos, garantir cuidado diferenciado, integralidade e humanização para que haja acolhimento adequado de acordo com as especificidades dos usuários;
3. Promover a transversalidade com todas as áreas na construção de políticas de saúde;
4. Levar as discussões sobre populações vulneráveis para os espaços escolares. Sensibilização desde os primeiros anos escolares para estimular o conhecimento e reduzir o preconceito e discriminação.
5. Encontrar maneiras de fazer com que os profissionais de saúde cumpram as diretrizes e princípios do SUS;
6. Promover exercícios que promovam a empatia nas equipes;
7. Incluir as demandas específicas de saúde das populações vulneráveis nos planos municipais de saúde;
8. Promover grupos de trabalho para discussão da saúde indígena.
9. Implantação de galerias LGBT no sistema prisional descentralizadas no estado.
10. Conhecer a realidade e encontrar meios para que o serviço de saúde chegue.

11. A atenção básica tem a necessidade de conhecer o território e olhar o território e as pessoas que nele vivem, de modo não preconceituoso;
12. Políticas integradas. Segurança, Saúde, Justiça/Cidadania/Direitos Humanos, Educação.
13. Experiência com recurso indígena como experiência exitosa: política de estado e portaria de financiamento da saúde do estado auxilia na compreensão de onde a população indígena está, auxilia na aproximação da discussão saúde indígena.
14. Incluir ações afirmativas que valorizem a cultura dos povos indígenas e outros grupos populacionais.
15. SESAI tem se aproximado do estado a partir do recurso financeiro repassado;
16. Corresponsabilização do estado e dos municípios na atenção à saúde Indígena;
17. Não pessoalizar estes processos de aproximação na saúde indígena.
18. Não limitar a atenção aos indígenas ao encaminhamento para a SESAI.
19. Saúde indígena: A presença do estado fortalece o trabalho da SESAI junto aos municípios.
20. Necessidade de espaços para a população LGBT receberem cuidados em saúde mental.
21. Necessidade de serviço de referência em atenção especializada no processo transexualizador para a macrorregião norte.
22. Pautas integradas têm mais efetividade quando o Ministério Público está envolvido.
23. Criação de metas, números e indicadores que incluam as populações específicas a serem pactuados com os municípios.

II - DESENHO DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE E COMPETÊNCIAS MUNICIPAIS, ESTADUAIS E FEDERAIS

PROBLEMAS LISTADOS

1. Enfrentamento da violência, necessidade ações de promoção da vida e prevenção do suicídio;
2. Relato de casos de suicídio da população LGBT da região;
3. Invisibilidade das questões de saúde mental e do suicídio na população LGBT;
4. Desrespeito à identidade de gênero da população trans, inclusive no pós-morte.

SOLUÇÕES

1. Representatividade das populações específicas nos espaços de educação permanente para profissionais da saúde;
2. Discussões sobre populações específicas e de promoção da equidade em saúde devem ser contínuas.
3. Investir em ações de promoção da equidade e populações específicas voltadas à infância;
4. Reforçar a política da primeira infância junto aos povos indígenas;
5. Importância de abraçar a cultura indígena, de modo que os povos indígenas possam se colocar nos espaços de saúde;
6. Incluir as demandas dos povos indígenas nos planos municipais de saúde assim como assegurar a representatividade indígena nos conselhos de saúde;
7. Nos municípios em que há presídio e CAPS que o CAPS possa ser referência para atenção em saúde mental da população privada de liberdade. Que a equipe do CAPS possa matricular a equipe de saúde prisional;

8. O estado deve ter papel interlocutor nas questões referentes à promoção da equidade e atenção às demandas dos grupos populacionais específicos nos planos de saúde.

III - ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, DEMOGRÁFICOS, DETERMINANTES SOCIAIS E INFORMAÇÃO EM SAÚDE

PROBLEMAS LISTADOS

1. Os serviços não preenchem o quesito raça/cor e etnia indígena antes dos incentivos financeiros.

SOLUÇÕES

1. Estimular o trabalho com o recorte étnico-racial em todas as análises das informações em saúde;
2. Orientar os profissionais de saúde sobre a importância do preenchimento das informações sobre raça/cor, orientação sexual e identidade de gênero no e-SUS e demais sistemas onde as informações estão disponíveis;
3. Estimular o uso e preenchimento de todos os campos disponíveis nos formulários;
4. Tratar as especificidades das etnias indígenas do estado do rio grande do sul de forma distinta respeitando os aspectos culturais;
5. Estimular o preenchimento do quesito raça-cor na declaração de nascido-vivo;
6. Aproveitar os espaços de realização do teste do pezinho para abordar o quesito raça-cor e etnia junto a população geral;
7. Trabalhar o impacto do racismo na saúde mental das pessoas;
8. Reforçar as políticas de cotas e ações afirmativas na área da saúde. Incluindo os cursos de graduação e nos programas de pós-graduação e residência na área da saúde.

IV - RECURSOS HUMANOS, GESTÃO DE PESSOAL, FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

PROBLEMAS LISTADOS

1. Profissionais da saúde adoecidos, necessidade de cuidados à saúde, saúde mental, de profissionais da saúde;
2. Municípios silenciosos para a notificação de violência e profissionais têm resistência em fazer a notificação, além disso soma-se a violência institucional;
3. Subnotificação como consequência da confusão entre notificação epidemiológica com denúncia;
4. Equipes de saúde da família estão sobrecarregadas, principalmente profissionais enfermeiros/as;
5. Questionamento da carteira de serviços na atenção primária. Carteira de serviços para quem?
6. Os vínculos trabalhistas variam de região para região;

7. Alguns municípios possuem equipes multiprofissionais que encontram dificuldades de implementar os processos de trabalho;
8. Necessidade de retomada de cursos introdutórios e as imersões para formação, por parte do Estado. Exemplo: introdutório de saúde familiar.
9. Terceirização e precarização do trabalho;
10. Apenas 1 psicóloga na equipe da SESAI para atender a região;
11. Técnicas das equipes também são a voz dos povos indígenas nos espaços de gestão e secretarias de saúde.

SOLUÇÕES

1. Aumentar investimentos nos processos formativos de modo que as questões específicas dos grupos populacionais sejam contempladas e façam parte das grades curriculares dos cursos de graduação;
2. Investir em atividades de educação em saúde para jovens;
3. Qualificar os profissionais da rede para a atenção das especificidades das populações específicas, incluindo acolhimento e questões técnicas;
4. Assegurar espaços de troca de experiências entre usuários/as e profissionais de saúde assegurando a representatividade e lugar de fala para o enfrentamento de preconceitos e sensibilização;
5. Criar estratégias para enfrentar a visão patologizante das identidades trans;
6. Estimular a criação de diretrizes/protocolos de atenção à saúde com abordagens que contemplem as questões étnicas-raciais e da diversidade sexual e de gênero;
7. Necessidade de incentivar o preenchimento da notificação de violência;
8. Retomar os encontros regionais de agentes comunitários de saúde, auxiliar nos processos seletivos;
9. Auxiliar os municípios nos processos seletivos, incluir critérios de seleção nos processos de contratação por empresas terceirizadas;
10. Promover a inclusão nos projetos pedagógicos das universidades os temas da promoção da equidade e dos grupos populacionais específicos. Formar profissionais para o SUS;
11. Trabalhar com grupo condutores, no âmbito regional, que atuem de forma permanente pautando os temas relacionados à promoção da equidade em saúde;
12. Empoderar as pessoas a partir da educação popular em saúde para disseminação de informações sobre o direito à saúde para manutenção e implementação das políticas, incluindo as políticas de promoção da equidade em saúde;
13. Construir um roteiro de cuidado que assegure o acolhimento, como prestar um atendimento em saúde que respeite e assegure o cuidado a populações específicas;
14. Prever cotas nos processos seletivos das empresas terceirizadas que contratam profissionais de saúde para prover os serviços de saúde da rede pública. Bonificação às empresas que realizem ações afirmativas nos processos seletivos;
15. Revisão das diretrizes clínicas para assegurar a inclusão da promoção da equidade em saúde de grupos populacionais específicos. Assegurar a inclusão de abordagens diferenciadas;
16. Garantir número de profissionais suficientes para realizar o trabalho e assegurar espaços de formação que contemplem questões éticas, sociais, culturais dos grupos populacionais específicos.

V - INTEGRALIDADE DO CUIDADO E INTERSETORIALIDADE EM POLÍTICAS PÚBLICAS

PROBLEMAS LISTADOS

1. Política de segurança pública criminalizante e racista;

SOLUÇÕES

1. Aproximar a rede de atenção à saúde com as redes de atenção da assistência social, educação, Primeira Infância Melhor e construir projetos em conjuntos contemplando a equidade e as populações específicas;
2. Promover discussões conjuntas sobre SUS e SUAS;
3. Elaborar estratégias para aproximação dos serviços de saúde com os dispositivos da assistência social;
4. Intensificar as ações integradas da saúde e educação a partir do PSE e da CIPAVE de modo a contemplar a equidade em saúde e a atenção a populações específicas;
5. Aproximação da saúde com a segurança pública, intensificando ações integradas e intersetoriais da saúde com a segurança pública de modo a contemplar a equidade em saúde e a atenção a populações específicas;
6. Garantir acesso ao saneamento básico e a qualidade da água principalmente para comunidades quilombola e indígenas por meio dos programas e ações existentes;
7. Envolver as instituições de ensino nessa construção: promover esses espaços de forma contínua, não podem ser atividades isoladas e/ou pontuais;
8. Realizar projeto com as universidades sobre o idioma com a população imigrantes, refugiada e apátrida.

VI - FINANCIAMENTO

PROBLEMAS LISTADOS

1. Os recursos de educação permanente foram pagos em parcela única e são utilizados de forma restrita para poder render por mais tempo;
2. Os planos de aplicação dos recursos indígena são barrados por conselhos de saúde sem representantes indígenas por falta de compreensão das demandas;

SOLUÇÕES

1. Estimular mais recursos para educação permanente.

VII - GESTÃO PARTICIPATIVA E CONTROLE SOCIAL

PROBLEMAS LISTADOS

1. Dificuldade de engajar as secretarias municipais no trabalho com a pauta LGBT;
2. Desresponsabilização das equipes de saúde e da assistência social no cuidado das populações específicas (jogo de empurra);

3. Relato de reuniões do controle social fechadas, datas e locais alterados que geram dificuldade de acesso a estes espaços para acompanhar as discussões;

SOLUÇÕES

1. Criar estratégias de comunicação acessíveis para a população, linguagem simples para fácil compreensão;
2. Assegurar a representatividade dos grupos populacionais nos espaços de controle social (conselhos municipais de saúde e no próprio conselho estadual);
3. Rever a composição do conselho estadual de saúde estadual, de modo a contemplar as populações específicas;
4. Retomar e estimular a participação nos espaços já instituídos de controle social e gestão participativa.
5. Estimular a ampla divulgação dos conselhos, conferências e outros espaços de gestão participativa e controle social;
6. Reivindicar/Garantir assento para as populações específicas nos espaços de gestão participativa e controle social;
7. Pontuar junto ao conselho estadual uma câmara técnica da política de promoção da equidade em saúde de modo a fomentar;
8. Intensificar o trabalho com as ouvidorias;
9. Participação nos espaços de controle social: assegurar assentos para os povos indígenas nos conselhos municipais de saúde das cidades que possuem população indígena. Garantir pelo menos 1 conselheiro indígena nos conselhos de saúde;
10. Assegurar a representação das populações específicas nos espaços dos conselhos de saúde;
11. Promover a quebra de interlocutores. Se há a população no território assegurar espaço para que ela seja escutada e esteja representada.

OFICINA MACRORREGIÃO MISSIONEIRA
RELATÓRIO

Data: 23/10/2019

Local: Santo Ângelo/RS

I- GARANTIA DO ACESSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA, SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

PROBLEMAS LISTADOS

1. Faltam fluxos estabelecidos que facilitem a resolutividade que os usuário buscam;
2. Dificuldade das equipes em conhecerem as particularidades do território que atuam.
3. **Dificuldades e barreiras no acesso:**
 - deslocamento nas distâncias mais afastadas dos serviços de saúde por questões de logísticas, em especial aos indígenas e quilombolas, tanto por parte dos profissionais ou usuários dos serviços.
 - por existência de preconceitos nos espaços de saúde.
 - desrespeito ao nome social é uma barreira de acesso.
 - A falta de escuta qualificada se mostra como uma das barreiras de acesso.
 - atendimentos especializados.
 - falta de transporte para deslocamento de pessoas com dificuldades de locomoção.
 - dificuldade de acesso e fragilidades a atenção especializada em saúde bucal para indígenas.
 - estigma e preconceitos no acesso à saúde.
4. Pouca resolutividade na atenção básica (necessário paciente passar por tantos encaminhamentos e profissionais diferentes que dificultam o vínculo?).
5. Precarização dos serviços.
6. Necessário conhecer a rede, pois, não se limita à porta de acesso à unidade básica de saúde. As dificuldades de acesso estão postas para todas as pessoas diferentes.
7. Imigrantes e refugiados: Dificuldade de comunicação nos serviços que prejudicam o acesso, interação, criação de vínculo pessoal e profissional.
8. Ambientes hostis, não acolhedores e não representativos;
9. As pessoas não querem fazer e/ou participar das discussões relacionadas à promoção da equidade. Os profissionais generalizam o cuidado, mesmo diante de realidades muito específicas.
10. Privados de liberdade:
 - há estrutura física inadequada, insegurança
 - dificuldade em realizar os tratamentos
 - dificuldade de ações de educação, prevenção e promoção em saúde
 - estigmas que dificultam o acesso/atendimentos
 - resistência profissional em aceitar a trabalhar nas unidades
11. Defasagem do quadro de servidores será agravado, violência contra servidores.
12. Acúmulo de trabalho.

13. Necessidade de pautar as políticas de promoção junto a coordenação estadual de saúde bucal para trabalhar a temática com as coordenações regionais de saúde bucal.
14. Dificuldade dos homens falarem sobre sua sexualidade a profissionais de saúde, profissionais atendem com posturas preconceituosas. Necessidade de formação para as equipes em geral.
15. Necessidade da população negra conhecer mais sobre as especificidades sobre sua saúde (por exemplo: doença falciforme).
16. Gestores com discursos descompromissados com a saúde indígena.
17. Processos de trabalho que dificultam o acesso às comunidades que vivem na zona rural e comunidades mais afastadas (horários rígidos para marcação de consultas).
18. Dúvidas sobre manter a gestão da saúde indígena pela SESAI (Nível federal) ou mais próximo das comunidades indígenas.
19. Falta de compreensão do processo de planificação por parte da SESAI, houve o impedimento da equipe de saúde em indígena em acompanhar as oficinas.
20. Crenças de viés político ideológico dificultam as discussões acerca de populações específicas.
21. Em outros momentos o estado promovia discussões e estudos antropológicos sobre a cultura e costumes dos povos que vivem no estado.
22. Há diferença entre os estigmas e preconceitos relacionados à saúde mental em relação à promoção da equidade.
23. Dificuldades em abordar as temáticas e diversidade das populações com as equipes (por exemplo, temática LGBT), as discussões ficam restritas a temas específicos e ainda há muitos tabus.
24. Resistência por parte dos profissionais quando se abordam estes temas.
25. Dificuldades de trabalhar as pautas de forma transversa, as vulnerabilidades perpassam a educação, ao acesso a direitos.
26. Atravessamento de questões culturais.
27. As equipes de saúde não compreendem a cultura indígena, os profissionais necessitam respeitar a cultura. Indígenas não são iguais. Cada povo e etnia tem uma cultura diferente.
28. Os modelos dos serviços de saúde: baseado em padrões, heteronormativo, branco, machista, patriarcal. Não reconhece a diversidade e a equidade;
29. Acampamentos/aldeias que não permitem a brancos chegarem a estes espaços.
30. Disputas políticas nas coordenações nos espaços dos DISEI e SESAI.
31. SESAI distanciada dos próprios indígenas e dificuldades de articulação com a SESAI, municípios e estados.
32. Vínculos de trabalho da SESAI fragilizados, necessidade de acompanhamento e fiscalização do trabalho da SESAI.
33. Necessidade de conhecer a realidade/individualidade das pessoas para prover atendimento equânime. Não dá para fazer atendimento igualitário diante de especificidades apresentadas (exemplo: comunidades rurais e afastadas).
34. As áreas responsáveis pela implementação das políticas não deveriam ocupar, no nível regional, dos agendamentos de consultas e internações (regulação).
35. Emendas Parlamentares com destinação pouco conhecida. Distribuir de forma justa. Manter o recurso nos municípios.
36. Necessidade de mais atividades para o quadro da SES frente às políticas de promoção da equidade em saúde.

37. A atenção a comunidades quilombolas passa pela organização dos processos de trabalho.
38. Políticas e algumas demandas (regulação, por exemplo) que solicitam muito mais em relação a outras, dificultando a implementação de outras políticas que os técnicos e técnicas acumulam.
39. Identificar fragilidades que vão requerer mais cuidados das equipes e construir planos terapêuticos singulares.

SOLUÇÕES

1. Empoderamento dos usuários quanto ao acesso à informação e efetivação dos seus direitos, para que compartilhem das decisões sobre sua saúde;
2. Incentivar que as equipes conheçam os seus territórios.
3. Incentivo a horários diferenciados das UBS e trabalho “extramuros”.
4. Ampliar a discussão desses temas.
5. Incentivar a cultura das comunidades, populações específicas.
6. Estimular as equipes a conhecerem o território.
7. Criar estratégias para atuação e trabalho junto a “pessoas mais fechadas”.
8. Assegurar que os atendimentos à saúde respeitem a diversidade.
9. Garantir que as equipes possam participar das oficinas de planificação (equipes da SESAI e ESFQ).
10. Incentivar e capacitar as equipes a realizarem atividades e atendimentos no território, além da estrutura da UBS/ESF.
11. Promover encontros entre os profissionais da atenção primária e das equipes dos serviços especializados.
12. Necessidade de financiamento para os serviços de média e alta complexidade de referência para atendimento dos grupos populacionais específicos.
13. Redistribuir os recursos existentes para garantir as ações de promoção da equidade em saúde, visto que não há provisão de recursos (Exemplos: Leitos de saúde mental e vagas em comunidades terapêuticas sobrando, por exemplo).
14. Ofertar espaços de escuta para técnicos e técnicas da SES para planejar a reorganização.
15. Viabilizar atividades de educação em saúde para as pessoas que vivem em comunidades rurais e mais afastadas.
16. Estimular a ações entre a coordenação estadual de saúde bucal a realizar ações/conversas com os CEO regionais para melhorar os fluxos de acesso.
17. Promover o acompanhamento dos contratos de serviços de média e alta complexidade no tange o atendimento a grupos populacionais específicos.
18. Promover atividades de educação permanente junto às equipes de saúde da atenção primária.
19. Incluir/ condicionar a manutenção dos contratos mediante ações de promoção da equidade em saúde a grupos populacionais específicos.
20. Estimular usuários e usuárias, gestores, a utilizarem a ouvidoria do SUS e realizar construções de como articulados com as ouvidorias (exemplo: sugere-se que antes da renovação dos contratos consultar as demandas da ouvidoria de determinado serviço e utilizar disso como critério para manutenção, renovação, redução ou cessação dos contratos).

21. Penalidades aos serviços contratados que não cumprirem os critérios qualitativos de avaliação (40% do contrato).
22. Estimular o exercício da escuta qualificada.

II - DESENHO DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE E COMPETÊNCIAS MUNICIPAIS, ESTADUAIS E FEDERAIS

PROBLEMAS LISTADOS

1. Lógica de trabalho da atenção básica não se adequa às necessidades prejudicando a oferta de serviços;

SOLUÇÕES

1. Envolver os conselhos municipais de saúde na implementação da política estadual de promoção da equidade em saúde;

III - ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, DEMOGRÁFICOS, DETERMINANTES SOCIAIS E INFORMAÇÃO EM SAÚDE

PROBLEMAS LISTADOS

1. Falta de compreensão dos profissionais de saúde às dificuldades de locomoção, acesso e condicionantes sociais como saneamento básico, moradia, trabalho, escola, creches, etc;
2. Dificuldade de acesso a informações da saúde indígena, pois as informações são centralizadas na SESAI, dificultando o trabalho do estado e municípios;
3. Limitações dos sistemas de informação que são desalinhados e que apresentam inconsistências.
4. Negligência na alimentação de fichas e sistemas de informação (profissionais relatam falta de tempo e muitas demandas para justificar a má utilização dos sistemas de informação);
5. Profissionais de saúde tem dificuldade de lidar com questões de gênero e sexualidade;
6. Preconceito e discriminação entre profissionais.
7. Carência de conteúdos relacionados a questões de equidade em saúde nas formações de profissionais da área da saúde;
8. Falta sensibilização dos profissionais em reconhecer os determinantes sociais e as dificuldades de acesso dos usuários.
9. Julgamento, desrespeito e discriminação de usuários pelos profissionais de saúde.

SOLUÇÕES

1. Promover educação permanente sobre gênero, sexualidade e racismo, focado no respeito no acolhimento e reforçando a importância das ações afirmativas;
2. Capacitar profissionais para melhorar o acolhimento no primeiro contato com usuário e não criar barreiras para poder coletar dados (ex.: horário marcado);
3. Atividades avaliativas para verificar a efetividade das capacitações;
4. Compartilhamento de dados entre as equipes para que se pense estratégias direcionadas;
5. Melhor utilização dos indicadores de saúde
6. Qualificar preenchimento dos instrumentos de notificação, como o preenchimento do campo de raça/cor;
7. Divulgação do BI;
8. Educação permanente sobre ações afirmativas.
9. Promover reuniões para alinhamento das equipes;
10. Desenvolver trabalho com genograma, análise do território, cultura a comunidades quilombola: resgate de vestimentas tradicionais, recuperação de hábitos alimentares tradicionais e de cultura;
11. Garantia de acesso a saneamento básico;
12. Estabelecer como função dos gerente de saúde das equipes de atenção primária enquanto pessoa para trabalhar junto às equipes a notificação e construção de indicadores.

IV - RECURSOS HUMANOS, GESTÃO DE PESSOAL, FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

PROBLEMAS LISTADOS

1. Falta empenho do profissional em conhecer os determinantes sociais dos usuários;
2. Desconhecimento do contexto cultural das populações específicas que impede a compreensão sobre a “realidade da vida dos sujeitos”.
3. Faltam ações de educação em saúde sobre as políticas de equidade para a população;
4. Profissionais com pré-conceitos/conceitos “padrões”.
5. Julgamentos, estigma e discriminação.
6. “Naturalização” do racismo, LGBTfobia, etc (piadas, apelidos).
7. Sobrecarga de profissionais nos municípios menores que acumulam múltiplas atribuições.
8. Cursos ead são possibilidades de formação, mas tem baixa adesão.
9. Dificuldades na ampliação das equipes, pois, os municípios têm limitações nas contratações em razão da lei de responsabilidade fiscal.
10. Os processos de educação permanente não passam apenas por questões financeiras. Ora os recursos de educação permanentes não são repassados aos municípios ou ora os recursos não são destinados às ações de educação permanentes.
11. Qualidade da assistência ofertada, pois, a atenção básica induzida a trabalhar na lógica de produção.
12. Adoecimento dos(as) profissionais de saúde e das equipes. Os conflitos de interesses colocam os profissionais no meio das disputas.
13. Lacuna nos processos formativos. Alguns cursos de graduação já estão incluindo disciplinas relacionadas a direitos humanos, relações étnico-raciais e outros temas relacionados ao que a política estadual de promoção da equidade se propõe.
14. Adoecimentos generalizado de profissionais e equipes por causa de sobrecarga de trabalho e disputas de interesse no ambiente de trabalho;

15. Dificuldade de contratação de profissionais para ampliar as equipes em função da lei de responsabilidade fiscal;
16. Baixa adesão em cursos (principalmente EAD);
17. Os políticos trabalham de forma fragmentada.
18. Problemas com provimento de médico da equipe.

SOLUÇÕES

1. Incentivo às ações de educação permanente:

- regionalizadas (considerando as grandes distâncias da capital);
 - ações de educação com monitoramento e avaliação;
 - ações de promoção da saúde e atividades desenvolvidas a partir dos Núcleos de Saúde Coletiva (NURESC/NUMESC);
 - estratégias de educação a partir das vivências dos profissionais com as populações específicas;
 - apoio e incentivo da gestão nessas formações.
 - ações sobre a temática da promoção da equidade às equipes antes delas atuarem com as comunidades.
 - necessidade de capacitação que visem as peculiaridades dos povos.
2. Definição de referências/articulador/promotor no âmbito municipal para as políticas de promoção da equidade articulado com as equipes de apoio (NASF e NAAB).
 3. Maior contato/proximidade com instituições formadoras de promoção da saúde coletiva/pública.
 4. Garantia de reuniões de equipes.
 5. Uso de ferramentas como cursos on-line (UNASUS, telessaúde ...) e articuladas com o apoio do NURESC e NUMESC.
 6. Estratégias de multiplicadores entre a população e inserção de temas nesta área desde a educação básica.
 7. Desenvolver sensibilidade e olhar mais empático a essas populações.
 8. Articulação dos conselhos municipais de saúde na implementação da política estadual de promoção da equidade em saúde.
 9. Inserir as políticas de promoção da equidade em saúde nas pautas das demais políticas.
 10. Estratégias de acolhimento e humanização no âmbito da política de promoção da equidade em saúde.
 11. Atividades de educação permanente a partir do NURESC, articular com NUMESC existentes;
 12. Referências municipais para as políticas de promoção da equidade, envolvendo as equipes de apoio como NASF e NAAB;
 13. Elencar às disciplinas dos cursos da área da saúde informações sobre equidade em saúde. Elaborar estratégias a partir das vivências dos(as) profissionais que atendem grupos populacionais específicos;
 14. Utilizar ferramentas e cursos online (ex.: UNASUS, telessaúde) para promoção de educação permanente;
 15. Desenvolver trabalho de maneira conjunto com as instituições formadoras;
 16. Formar multiplicadores, promotor(a), articuladora entre a população e inserção de temas junto aos municípios;
 17. Realizar atividades de educação permanente regionalizadas considerando as grandes distâncias da capital.

V - INTEGRALIDADE DO CUIDADO E INTERSETORIALIDADE EM POLÍTICAS PÚBLICAS

PROBLEMAS LISTADOS

1. Falta integração entre a saúde e educação no âmbito estadual nas ações do PSE. Os municípios são menos fragmentados que a gestão estadual.
2. As coordenadorias regionais não se sentiram convidadas a participar do congresso de saúde prisional. O Evento ficou concentrado nas equipes que fazem assistência. Regional se sente distante do processo e, por acumular muitas funções, acaba havendo distanciamento.
3. O PIM Prisional tem se mostrado um meio de aproximação com a pauta, assim como a participação das equipes de saúde prisional no processo de planificação.
4. Necessidade de a população conhecer os trabalhos ofertados pelas políticas de saúde para dar visibilidade.. Adolescentes, não têm acesso a informações.
5. Necessidade de trabalhar os preconceitos e psicoeducar usuários e usuárias para conhecerem os serviços ofertados e o fluxo da rede.
6. Municípios pequenos encontram dificuldades no trabalho intersetorial.

SOLUÇÕES

1. Garantia de desenvolvimento de ações intersetoriais (junto ao conselho tutelar e a secretarias de esporte, cultura e lazer);
2. Integração e fortalecimento das áreas de saúde, assistência social e educação.
3. Articulação de estratégias no combate a discriminação com líder religiosos e líderes comunitários.
4. Estratégias de comunicação e ações com os setores da segurança pública para garantia de tratamento digno (Por exemplo, uso do nome social).
5. Articulação com instituições formadoras para além da área da saúde, incentivo à residência multiprofissional e estágios com abordagem e inclusão da temática das populações específicas.
6. Permear as políticas de promoção da equidade em saúde nas pautas das demais políticas;

VI - FINANCIAMENTO

PROBLEMAS LISTADOS

1. Os investimentos são menores nas áreas de promoção e prevenção.
2. Investimento pesado na implementação das políticas. Mas, falta fiscalização, monitoramento e acompanhamento das ações.
3. O distanciamento do nível central com as coordenadorias repercute com os municípios.
4. Referências regionais necessitam de mais apoio das áreas técnicas.

5. Municípios não estão utilizando recursos repassados para a implementação de ações para a população negra e indígena.
6. Dificuldades financeiras das comunidades quilombolas que dificultam o acesso à saúde.
7. É inadequado destinar recursos com finalidade específica sem consultar as áreas técnicas que atuam diretamente com os territórios a serem beneficiados, por isso, é necessário incentivar a gestão participativa no processo de construção das emendas parlamentares.
8. Dificuldades financeiras/financiamento para a saúde indígena.
9. Enxugamento dos recursos humanos do estado enquanto uma preocupação para poder garantir a continuidade do trabalho desenvolvido.
10. Recursos da SESAI vão para a gestão dela, deveria haver mais recursos para o trabalho das equipes.
11. Necessidade de financiamento específico para os municípios desenvolverem ações de promoção da equidade em saúde.
12. Necessidade de recursos financeiros para induzir as discussões sobre as políticas de promoção da equidade em saúde.

SOLUÇÕES

1. Investimento na qualificação profissional.
2. Estratégia de captação e otimização de recursos para gestão e profissionais.
3. Criação de recursos específicos para trabalhar equidades (Por exemplo, criação de programa estruturado na área da equidade com diversas ações para receber recursos).
4. Criação de indicadores e metas no âmbito do financiamento.
5. Investimento para equipes matrificadoras capacitadas no temas das populações específicas e que apoiem a AB.
6. Manutenção dos recursos e aumento dos valores já existentes das populações indígena e negra.
7. Incentivo a criação de linha de financiamento para as políticas de promoção da equidade e sua implementação.
8. Divulgação e sensibilização dos municípios em relação a recursos disponíveis, como PCRI AB, ESF Quilombola, ESF Indígena, Articulador Jovem, etc.
9. Linha de financiamento com monitoramento e avaliação da utilização para implementação das políticas de promoção da equidade.
10. Inclusão na política de plano de elaboração e de aplicação em conjunto com as representações dos grupos populacionais específicos para definição da utilização de recursos. (exemplo: plano de aplicação saúde indígena e ESFQ quilombola).
11. O Estado necessita investir mais recursos financeiros na atenção primária.

VII - GESTÃO PARTICIPATIVA E CONTROLE SOCIAL

PROBLEMAS LISTADOS

1. O controle social como uma dificuldade observada.

2. Pouca ou nenhuma representatividade nos espaços do conselho de saúde.
3. Muitos profissionais não querem fazer parte desses espaços.

SOLUÇÕES

1. Garantia e estimular a representação das populações vulneráveis nos conselhos e conferências.
2. Maior divulgação desses espaços para estimular a participação das populações específicas.
3. Incentivar o empoderamento dos usuários para utilizarem os mecanismos (ex: Ouvidoria do SUS).
4. Estratégias de conselhos itinerantes que cheguem às comunidades.
5. Capacitação e sensibilização de conselheiros de saúde para as demandas das populações específicas.
6. Identificação de lideranças e indicação para compor os espaços de participação.
7. Incentivar os profissionais de saúde a compor os espaços de controle social.

OFICINA MACRORREGIÃO METROPOLITANA
RELATÓRIO

Data: 30/10/2019

Local: Porto Alegre/RS

I- GARANTIA DO ACESSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA, SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA
--

PROBLEMAS LISTADOS

1. Problema de identificação nos prontuários de pacientes. O Sistema terceirizado no município de Esteio possibilita ver cada população separadamente;
2. Problema do prontuário eletrônico. Nunca se sabe qual a porcentagem de indivíduos de cada população (ex. Negros, LGBTs); Não possuem quesito raça, identidade de gênero etc;
3. Os medicamentos para as mulheres privadas de liberdade são comprados com recursos recebidos pelo Estado, pois nunca se tem os medicamentos disponíveis na farmácia do estado;
4. Questões de solicitação do comprovante de residência para as pessoas em situação de rua. Bem como, para as pessoas em ocupações que não possuem comprovante de residência;
5. Dificuldades de atendimento ou internação para pessoas em situação de rua que necessitam de internação em função do uso de drogas, demora para conseguir as demandas;
6. Tratar pessoas em situação de rua com nojo;
7. Culpabilização dos usuários pelo difícil acesso ao serviço e falta de visão sobre os problemas do sistema (Ex.: pessoas em situação de rua e de ocupações);
8. Em Esteio não há profissionais preparados para atender os imigrantes. Problema de documentação e de comunicação por causa da diferença de idioma. Criação de material de apoio para auxiliar os profissionais.
9. Problemas de registro das populações que vivem em áreas verdes.
10. Dificuldade de fazer pré-natal nas mulheres imigrantes.
11. Problema de atendimento somente em horário comercial, sugere-se ampliar horário de trabalho das UBS.
12. População jovem é afastada dos serviços.
13. Dificuldade de acesso: competências de cada ente federado quanto a saúde indígena; indígenas não são considerados munícipes;
14. Fragilização dos serviços e alcance das discussões (como alcançar as pessoas que não estão afim de fazer diferente?)
15. As pessoas não se responsabilizam pelas pautas voltadas a populações específicas;
16. Protocolos prontos/rígidos não contemplam especificidades;
17. Mulheres em situação de rua vão ao hospital com o bebê, mas saem sem ele; Mulher em situação de rua não tem o direito de ser mãe.

18. Problema nos protocolos da saúde da mulher, as mulheres lésbicas e bissexuais são excluídas. Papanicolau não é feito em mulheres lésbicas. Os protocolos só contemplam mulheres heterossexuais.
19. Fazer com que as políticas trabalhem de forma integrada. Ex.: pessoas em situação de rua quando ficam deficientes normalmente é causada por questões de violência, mas a política das pessoas com deficiência não possuem este tipo de dado.
20. Falta de informação dos profissionais em relação às populações que com demandas específicas ou acolhimento inadequado e preconceituoso.
21. Estado enquanto “fiscalizador” deve cobrar dos municípios ações
22. Racismo institucional e estrutural – questões territoriais (lugares mais afastados e vulneráveis, ex restinga com vários locais sem cobertura mesmo com uma clínica de família enorme, o fim do Imesf e diminuição de ACS). Povo negro tem menos acesso ao pré natal, jovem negro que acessa menos o serviço de saúde (indicador pra isso). – restinga não tem pré natal de alto risco, essas mulheres tem que ir até o GHC para o pré-natal
23. Acesso tem vários vieses – informação, acolhimento, atendimento -> dificuldade dos profissionais de saúde de atender as pessoas
24. Capacitação dos profissionais – olhar que as especificidades são transversais – e contribui na qualificação dos dados – ex raça/cor – o profissional deve perguntar para o usuário, e não o profissional deduzir.
25. Ao invés de qualificar e estimular o profissional, ele é punido quando faz algo errado.
26. território indígena Cantagalo – metade Viamão e metade porto alegre – discussão de quem cuida, municípios transferem a responsabilidade um para o outro, passam para o estado que diz que os municípios têm que resolver e ninguém cuida daquele território. Ausência de território específico vira empurra empurra, assim como os profissionais trabalhando com uma pop adscrita maior que o preconizado
27. Falta de representatividade de indígenas, ciganos, etc; criamos especulações e não sabemos exatamente o que precisa. Ex os transexuais – o protig do clínicas que só atende quem vai fazer cirurgias. O ambulatório T que tem horários muito específicos. Pensar em como esses agentes ocupam esses espaços. Indígenas e ciganas deveriam ter a mesma portaria que o povo da rua que não demanda endereço fixo.
28. Trazer a comunidade para a universidade ou ir até a comunidade. Visitas técnicas e informais para visitar essas pop específicas. Imigrantes – dificuldade da língua + discriminação.
29. Ficamos à mercê dos secretários quererem ou não. A diferença de profissional se é CC ou concursado. Como levar essas reuniões para a comunidade. Depende da gestão ter boa vontade de implantar as coisas que as reuniões demandam. As informações ficam restritas a pessoas específicas e não são de conhecimento amplo (ex uma enfermeira que concentrava os resultados de hemoglobina da doença falciforme e a mulher morreu e se perderam as informações – iam para o email pessoal dela). Pressão para criar a portaria municipal das pop específicas
30. Traço da doença falciforme se a pessoa tem, e vai se relacionar com outra pessoa e pede para o médico para o outro fazer o exame o médico não escuta.
31. mulher Imigrante da Guiné Bissau – dificuldade de se criar uma política relacionada aos estrangeiros. Muitas demandas dos estrangeiros. Necessidade de capacitação para todos os setores do estado. US tem cartaz de conselho local que a comunidade pode participar, mas quando se pergunta a ninguém diz data, não tem informações. – ou as unidades de saúde deixam de fazer pq a comunidade não participa. Igreja Pompeia acolhe imigrantes e não dá conta de tantas demandas. Como o estado pode

acolher essas pessoas. O estado tem recursos, mas o valor está congelado até que alguém faça um projeto para usar esse valor. Como pode se fazer um projeto desse para trabalhar com essas pop. Falta na unidades de saúde espaços de escuta (psicólogo) para as pop específicas... é por encaminhamento e esse encaminhamento demora. Escuta na AB.

32. Pop específicas tem uma peregrinação maior por falta de informações. Não sabem o que é AB, média e alta. São barradas na entrada da US. – pop rua só pro consultório na rua, e demais não atendem. Criação de fluxo padrão de informação. Protocolos/fluxos padrão de atendimento.
33. Como instituir algo que não seja de forma pessoal. Como fazer com que uma US seja uma efetivação da política e não por sensibilidade de um ou outro profissional, das relações pessoais. Como garantir que o secretário execute o que deve. A criação da política é o direcionamento para os municípios. O papel do estado é dar esse direcionamento, esse apoio. O apoio institucional pode fazer esse papel. Muitos protocolos mas muitos poucos são efetivados.
34. Condições que se realiza o trabalho ele influencia o acesso. Equipes reduzidas e muitos usuários. Espaços de educação permanente reduzidos sua carga horária. Espaços físicos, acessibilidades. Retiradas de direitos, iniquidades aumentam cada vez mais. Fortalecer os espaços de luta para além dos espaços institucionais, inclusive trabalhadores.

SOLUÇÕES

1. Pensar/Elaborar materiais para saúde dos imigrantes de maneira que o mesmo material possa ser disponibilizado para vários municípios de maneira virtual.
2. Produção/elaboração de material informativo de modo constante
3. Apoio aos municípios;
4. Fazer com que as equipes de saúde tomem ciência das necessidades/especificidades de saúde de cada população;
5. Fiscalizar e notificar equipes que fazem o acolhimento de forma inadequada.
6. Pensar formas/estratégias de acolher os jovens, sem afastá-los do serviço e sem culpá-los por sua ausência;
7. Melhorar classificação de risco e registro de populações;
8. Apoio do estado para cobrar dos municípios a fazer as notificações.
9. Metas do plano estadual de saúde devem visar as populações vulneráveis. (Ex.: reduzir a mortalidade materna, esse dado deve ter os recortes de raça\cor. Deve ser avaliado se o dado permanece o mesmo ao avaliar a população negra e indígena).
10. Atenção às diferentes nacionalidades e etnias dos imigrantes.
11. O Estado poderá/deve formatar protocolos para as diferentes populações e para os diferentes agravos, de maneira que os municípios possam aderir;
12. Trabalho das regionais em qualificar e capacitar junto aos municípios;
13. Possibilitar/criar estratégias para que a população de rua seja atendida nas UBS sem necessidade de apresentação de comprovante de residência, possivelmente com o uso dos ACS;
14. Publicizar as informações para os usuários – estar de “posse” das informações para reivindicar direitos – usar a ouvidoria.

15. O profissional de saúde sair de dentro dos serviços e ir para os territórios melhora o acesso, assim como o consultório na rua. Não faz sentido as populações saírem dos seus territórios. Valorização dos saberes tradicionais, ancestrais
16. Relação mais estreita entre a gestão e a atenção, para melhorar os atendimentos, uma forma de qualificar o acesso.
17. Trazer a universidade e instituições de ensino ou ir até a comunidade. Visitas técnicas e informais para visitar essas pop específicas.
18. Incentivo efetivo da população no controle social
19. Pensar a equidade em todos os processos seletivos do estado, em todos os tipos de contratação. As novas contratações mesmo que dos serviços privatizados devem estar de posse dessas políticas de equidades como cotas raciais. Assim como aumentar as porcentagens das cotas e pensar em representatividade por nível de hierarquia
20. Política da consulta compartilhada. A participação do usuário na sua anamnese e a participação dos DSS no contexto de saúde das populações.
21. Necessidade de capacitação para todos os setores do estado (imigrantes)
22. Publicizar o que dá certo.
23. Formar profissionais que tratem equidades e cuidado integral
24. Discutir o papel dos ACS dentro da unidade de saúde, reiterando sua importância
25. Olhar os contextos de vida das pessoas, principalmente das mulheres – contexto social, de raça/cor/etnia
26. Conceito ampliado de saúde. Frisar esse conceito que já está no SUS – saúde só como administrador da doença, esquecendo os determinantes como chave.
27. Saúde mental: importância das equipes de redução de contramão das comunidades terapêuticas, oficinas terapêuticas

II - RECURSOS HUMANOS, GESTÃO DE PESSOAL, FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

PROBLEMAS LISTADOS

1. O que está na lei não está na vida.
2. Concorrência desleal nos processos seletivos (exemplo de moradores de rua que estudam, mas tem menos possibilidades de ter uma vaga de estágio);
3. Dificuldade de recursos humanos;
4. A diminuição das UBS e dos profissionais de saúde vai dificultar mais ainda o acesso, em Porto Alegre.
5. Redução das equipes e equipes desqualificadas.
6. Nova PNAB: Dificulta o trabalho nas UBS.
7. Dificuldades dos processos de formação dos profissionais.
8. Aposentadorias no estado.
9. Muitos serviços de saúde estão sendo terceirizados.
10. Precisa-se pensar em formas de como manter os profissionais nos serviços.
11. Ciência x realidade: como conformar essas percepções?
12. Chamando a ciência para discussão x papel na formação (formando os profissionais que temos hoje)
13. Descolonizar os saberes;
14. Representatividade: importante pensar que hoje não há o debate apenas da representatividade, deve-se pensar a proporcionalidade;

15. Formação não traz conhecimentos sobre essas populações;
16. A academia não dá retorno para o aprendizado para o SUS.
17. Educação permanente fragmentada, uma vez por ano.
18. O Bacharelado em saúde coletiva é formado pelo SUS e não tem oportunidade de emprego. Quando você forma e não tem mercado.
19. A UERGS é pouco utilizada.
20. Os cursos da saúde não são abertos às equidades (tirando saúde coletiva, as vezes enfermagem)
21. O conhecimento e o reconhecimento das culturas que não são nossas, a melhor forma é a escuta.
22. Representatividade: porque as pessoas não estão aqui. Os atores não estão aqui. A maior parte é trabalhador. O conselho social não tá aqui. Onde estão as pessoas que não os trabalhadores? Reprodução de lógica ocidentalizada hetero, branca, cis, etc. O local não é o melhor, o convite chegou em cima da hora.
23. Olhar o pessoal que esta construindo saúde muito antes do SUS – griôs, mães de santo, benzedeiros, parteiras (saberes tradicionais das populações específicas)
24. Equidade, portaria da pop rua – coloca a população em situação de rua em uma unidade específica, sendo que todos deveriam ser atendidos em qualquer lugar.
25. O que está no papel não é o que acontece na realidade. Exemplo: se a família acompanhada não tem atendimento do assistente social, não tem atendimento na saúde.
26. Modelo médico-centrado tomando consistência cada dia mais;
27. A equipe da Popes é pequena e não dá conta de atender a todos os municípios, portanto a parceria com a universidade pública é necessária. A política não vai alcançar todos os municípios sozinha.
28. Há contrapontos sobre o apoio das universidades; diferença das funções da academia e da gestão. Não se limitar/Sair do universo da universidade.
29. Não se usa mais o conceito de empatia e sim alteridade.
30. Ações afirmativas: processos lentos.

SOLUÇÕES

1. Se o estado não se responsabiliza pelas políticas de equidades, isso deve ser demanda do estado e não com quem se identifica com essas políticas, a pauta deve ser estatal, fixa do estado.
2. Atenção básica deve dar suporte para planejamento, atendimento, conhecimento dessas populações específicas; regularidade de cuidado e visita.
3. Propor cotas raciais, ampliando as vagas nos municípios. (Em Porto Alegre é de 12%). Deve haver o aumento da % de cotas dentro das agências do municípios do estado. Pra quando for uma representação da pop indígena seja indígena, se for da pop negra, uma pessoa negra. Os representantes tb são agentes da mudança (para contemplar a representatividade).
4. Garantir a permanência dos trabalhadores que ingressam pelas ações afirmativas;
5. Incluir comissões de avaliação/Aferição racial.
6. Formação dos profissionais de saúde tem que contemplar as equidades – aproximação dos cursos de saúde do estado, pensar em plataformas para construção das equidades dentro dos cursos/com os cursos.
7. Garantir essa formação em equidade dentro das graduações, não se limitando apenas à educação permanente.

8. Utilizar os espaços disponíveis da ESP, UERGS, Trazendo as comunidades das pop específicas. Cursos de extensão nesses espaços disponíveis. Trazer a comunidade externa
9. Propor/Pensar/Criar estratégias para a aproximação com as universidades.
10. Prever/Pensar possibilidades de parceria com universidades privadas, humanizaSUS com muitos cursos EaD, UFRGS – ingresso especial.
11. Criar estratégias de autonomia para trabalhar com essas populações;
12. Dever do estado em articular com as universidades em parceria com os municípios.
13. Investir/Incentivar a educação permanente para que os profissionais conheçam a população. Quanto mais os profissionais conhecerem a população, mais poderão promover saúde para todos os segmentos da sociedade.
14. Capacitação dos profissionais é dever do estado para que os profissionais sejam multiplicados dentro dos municípios.
15. Trazer/Inserir pessoas com vínculo comunitário para a essa discussão;
16. Intersecção entre as cotas e saúde: falar sobre cotas é falar sobre saúde;
17. Prever nos estagiários: cotas, proporcionalidade;
18. Curso de línguas para profissionais para melhor acolher;
19. Prever que a anamnese e no acolhimento deve conter aspectos clínicos, culturais, sociais, questões econômica, etnoculturais, etc. longitudinalidade faz parte da saúde; planejamento das equipes para conhecimento das populações em seus territórios e planejamento e regularidade para o cuidado dessas pop em específico; a gestão tem que ter responsabilidade sobre as equipes.
20. Preencher requisitos mínimos para formação profissional para lidar com essas populações.
21. Propor cursos de saúde sobre cultura indígena, por exemplo.

III - ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, DEMOGRÁFICOS, DETERMINANTES SOCIAIS E INFORMAÇÃO EM SAÚDE
--

PROBLEMAS LISTADOS

1. Sistemas diferentes utilizados cada município e informação descentralizada (uma só pessoa, ao passar por diferentes serviços e por vários sistemas que não se cruzam);
2. A universidade não tem acesso a dados dos sistemas de saúde;
3. Profissionais que são os protagonistas no cuidado junto com o usuário não têm acesso aos dados;
4. Dificuldade de georreferenciamento (proposta criação de painel);
5. Ausência de dados atualizados dessas populações;
6. O Racismo é um determinante das condições de saúde e a população negra é a que tem os piores dados de saúde. Ao implementar políticas e programas, normalmente, não se faz recorte de raça/cor e, posteriormente, ao avaliar os resultados, nota-se que índices da população branca melhoram enquanto os da população negra seguem piorando;
7. Opção “ignorado” em vários campos das fichas de notificações traz o problema da subnotificação (Ex.: raça/cor, sexo, orientação sexual, identidade de gênero, etc.);

8. Racismo estrutural e racismo institucional tem que ter na política.
9. Profissionais não têm o esclarecimento necessário para fazerem os preenchimentos da maneira correta;
10. Pessoas em situação de rua não é contabilizado pelo censo do IBGE;
11. Altos índices de depressão e suicídio na população do campo (sofrimento no meio rural);
12. Falta de articulação da vigilância com os serviços e falta de retorno dos dados. Não faz sentido para os trabalhadores preencher informações se não vêem retorno destas informações.
13. Como solucionar algumas questões: remédio para a pressão alta que tem efeitos colaterais na população negra.
14. População em situação de rua não é contabilizada pelo censo – como reverter isso?/ população em ocupação urbana não são contabilizadas também.
15. Anemia falciforme: ausência de informação suficiente fez com que a mãe não iniciasse o tratamento;
16. Suicídio nas populações específicas.
17. População do campo – impacto na saúde (suicídio, saúde mental)

SOLUÇÕES

1. Adaptações de formulários para que haja coleta de informações sobre identidade de gênero, orientação sexual e nome social;
2. Melhorar dados do e-sus, para que tenha registro de raça\cor, identidade de gênero, orientação sexual, nome social, etc;
3. ver dados de maneira desagregada (Ex.: população negra é dividida entre pardos e pretos, imigrantes possuem diferentes nacionalidades e etnias);
4. Centralizar informações em um só sistema, criar observatório;
5. Melhorar classificação de risco e registro de populações;
6. Ausência é um dado que precisa ser olhado e deve ser questionado o porquê dessas pessoas não estarem acessando o sistema;
7. Ao pensar políticas e programas de promoção da equidade em saúde deve-se sempre pensar no racismo enquanto um determinante da condições de saúde;
8. Pensar formas de contabilizar comunidades tradicionais, ocupações, pop de rua, etc.;
9. Obrigatoriedade de disciplinas sobre quesito raça/cor e etnia nos cursos de formação de profissionais da saúde;
10. Sensibilizar os trabalhadores para o preenchimento adequado das fichas de notificação;
11. Diagnóstico de anemia falciforme em todos os serviços de maternidade.
12. Articulação da vigilância em saúde com os serviços.

IV FINANCIAMENTO

PROBLEMAS LISTADOS

1. Falta incentivos para os municípios para lidarem com populações vulneráveis;
2. Burocratização do acesso à recursos;
3. Falta de conhecimento dos trabalhadores do municípios sobre os incentivos existentes;
4. Profissionais se sentem enfraquecidos para pautar;
5. Falta de profissionais nas equipes de matriciamento;

SOLUÇÕES

1. Agenciar recursos. Repasse de financiamentos visando as populações mais vulneráveis a partir da interseccionalidade;
2. Priorização de recursos por determinantes sociais;
3. Educação permanente como prioridade de investimento;
4. Priorizar investimento na Atenção Básica;
5. Criar incentivo para a política de equidade;
6. Promover curso de capacitação de promotores de equidade em saúde;
7. Aumentar número de agentes de saúde e promover atendimentos de pessoas que vivem em áreas não domiciliadas e em territórios informais;
8. Ampliação de locais de atendimento de saúde mental;
9. Investimento em qualificar o acolhimento, aprimorando a escuta, e a resolução de demandas específicas;
10. Prisional x LGBT: promoção de espaços adequados dentro das prisões;
11. Prisional x Negros: promotores de saúde da população negra dentro das prisões e que compreendam a realidade da população negra nas prisões;
12. A política de saúde como indutora de questões de raciais/étnicas, lgbt e saúde mental dentro das prisões;
13. Formação sobre redução de danos dentro das prisões;
14. Promover formação de profissionais das prisões vão além da questão das doenças e conseguissem começar a debater questões mais amplas na perspectiva de equidade;
15. Ampliação do CAPS
16. Ampliação da rede cuidados em saúde mental (pronto-atendimento)
17. Investimento dos agentes comunitários de saúde.
18. Investimento na promoção de saúde, equipes de matriciamento, em curso de promotores de saúde da população específicas.
19. Financiamento específico para formação em sentido mais amplo;
20. Implantação de transporte social, benefícios como VT para as pessoas irem para os serviços especializados – ampliação da assistência à saúde. (assistência hj recebe valor da saúde para esse transporte – importante ampliar – vem pela assistência).

V - INTEGRALIDADE DO CUIDADO E INTERSETORIALIDADE EM POLÍTICAS PÚBLICAS

PROBLEMAS LISTADOS

1. Fragmentação das políticas públicas.
2. Ausência de campanhas e utilização das mídias para divulgação da importância de respeito ao nome social;

3. Planos diretores – nenhuma cidade faz apontamentos para pop específicas. A saúde está mais à frente do que o planejamento urbano. Direito de estar e permanecer na cidade. Direito à cidade

SOLUÇÕES

1. Estratégias de trabalho intersetorial para lidar com a questão linguística.
2. Buscar parcerias com outras secretarias e com o controle social;
3. Cultura e educação são áreas estratégicas;
4. Formas diferentes de traduzir/produzir a informação (exemplo teatros, danças..)
5. Utilizar serviços de publicidade, campanhas;
6. PIM: demonstra o desafio da intersetorialidade, repensar a formação;
7. Agente de endemias: formação ser mais ampliada e mais integral (pensar além do vetor transmissor..)
8. Pensar estratégias de integração educação, saúde, assistência social.
9. Pensar estratégias de desfragmentação das políticas públicas - fazer esse encontro.
10. Fortalecer as REDES, pensar estratégias de saída em conjunto pra rua com a assistência social com a saúde como exemplo – como política.
11. Utilização do Programa Saúde na Escola como um bom (exemplo: redinha)
12. Retomar projetos sociais – op's / interação estado-município.
13. Políticas urbanas trazendo as populações específicas;

VII - GESTÃO PARTICIPATIVA E CONTROLE SOCIAL

PROBLEMAS LISTADOS

1. Incentivo efetivo da população no controle social – ex os conselhos locais que as comunidades nem sabem que existem. É o estado pensando em como não incluir as pessoas para não ter essas reivindicações, não saberem como funciona o SUS
2. Racismo institucional: como garantir a presença dessas populações nos conselhos municipais de saúde;

SOLUÇÕES

1. Publicidade dentro dos movimentos sociais;
2. Levar conhecimento ao controle social;
3. Empoderar controle social;
4. Fortalecer conselhos locais
5. Diálogo direto com os usuários
6. Estabelecer participações para segmentos pop.
7. Importância dos conselhos estaduais e municipais tenham representatividades - escalonamento; representação de populações específicas.
8. Comitê técnico das equidades

OFICINA MACRORREGIÃO CENTRO-OESTE

RELATÓRIO

Data: 12/11/2019

Local: Santa Maria/RS

I- GARANTIA DO ACESSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA, SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

PROBLEMAS LISTADOS

- Inclusão de catadores na política;
- Santa Maria: ausência de consultório na rua e seria bom que tivesse algum local específico para debates e discussão da temática ligadas a população em situação de rua;
- A população em situação de rua têm muita dificuldade de acessar as fichas para atendimento;
- SM não centros para população de rua, e muitos moradores de rua não tem documentação e isso dificulta o acesso;
- A falta de capacitação da rede para receberem a população de rua (ex.: negam acesso aos dentistas);
- População do campo: a população do campo é de maioria idosa, e não há políticas pensadas para essa questão, e não há unidades básicas em unidades rurais ou assentamento;
- Os moradores rurais tem dificuldades de acesso aos medicamentos e acesso a UBS;
- Questão dos agrotóxicos – pensar em estratégias para melhorar a vida da população rural;
- Inclusão das populações específicas nos espaços de debates de prevenção e liberdade de voz;
- Intersetorialidade – as minorias têm dificuldades de acesso a amplos setores (educação, saúde, emprego);
- Falta muita sensibilização dos profissionais de saúde para ouvir e conversar melhor os pacientes;
- Grupo de catadores e em situação de rua devem entrar no rol de prioritários na campanha da vacinação, pois estão extremamente expostos;
- Em Santa Maria há um projeto em parceria com a Universidade Federal, “sorrir Santa Maria” – projeto da saúde bucal para atender a população em situação de rua;
- Potencializar parcerias entre universidades, Estado e agentes de saúde;
- Potencializar a escuta adequada para os atendimentos;
- Não só as cotas devem ser potencializadas, outras questões afirmativas devem ser trabalhadas, como pensar em ferramentas para que os cotistas consigam se manter e consigam terminar os cursos;
- Estratégias de saúde de família precisam ser melhoradas, como atender com a questão do território, os moradores em situação de rua acabam não tendo acesso;
- LGBT: na casa de passagem, a Roberta (mulher trans) é obrigada a se vestir de homem para conseguir ficar na casa, e acaba tendo que ficar em situação de rua;
- Muitas casa de passagem não aceitam pessoas trans e travestis;

SOLUÇÕES

- Política de incentivo aos jovens camponeses;
- Incentivo a criação de UBS nas áreas rurais;
- Formar profissionais mais humanos e sensibilizados para com essas populações;
- Capacitação dos profissionais de saúde para melhor atender as populações;
- Potencializar o sistema de cotas, pois é uma forma de acesso a saúde (para dar mais representatividade: ex.: médicos negros);
- Profissionais indígenas são fundamentais para atender as comunidades indígenas;
- Necessário a capacitação de profissionais para melhor atender os indígenas, para respeitarem a cultura e hábitos;
- Fortalecimento da atenção primária;
- Potencializar que as universidades trabalhem com essas temáticas;
- Fazer conferências para trazer as realidades das populações específicas – para gestores, servidores da saúde, estudantes e afins;
- Atenção primária deve ser conjugada a educação;
- Respeito à orientação sexual e identidade de gênero, e respeito ao uso do nome social nos atendimentos de saúde;
- Trabalhar mais com a questão da ouvidoria, fazendo denúncias relacionadas a acesso;
- Usuário do SUS possa exercer o seu papel social, monitorando políticas por meio de participação em conselhos e utilizando as ouvidorias;
- Implementação de chuveiros e banheiros públicos para a população em situação de rua (acesso a kit higiene);

II - RECURSOS HUMANOS, GESTÃO DE PESSOAL, FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

PROBLEMAS LISTADOS

1. Perigo da terceirização e dos contratos de curto prazo, pois os profissionais da saúde ficam pouco tempo e não conseguem se aperfeiçoar para com essas especificidades;
2. Desconhecimento dos profissionais afetam diretamente as populações específicas;
3. População de rua – comitês de saúde – Santa Maria, a gestão não adere o comitê da população em situação de rua;
4. Nos cursos de graduação não há cadeiras que trabalhem com eixos específicos na saúde dessas populações;
5. Profissionais da rede não tem conhecimento sobre políticas públicas – em Santa Maria o movimento social da população negra estão trabalhando para que a gestão trabalhe com a política nacional e estadual a saúde da população negra;

SOLUÇÕES

1. Conhecer o território para elaborar estratégias em saúde;
2. Conhecer os aspectos religiosos de povos indígenas para respeitar o cuidado em saúde;
3. Aprimorar os espaços de educação permanente;
4. Espaço de educação permanente com agentes de saúde;
5. Empoderar a população com informações sobre saúde e território;
6. Trabalho de conscientização dentro do ensino básico;

7. Fazer que os bancos de informação da saúde e acadêmicos tenham o dado raça/cor/etnia;
8. Potencializar a empatia dentro do SUS;

III - ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, DEMOGRÁFICOS, DETERMINANTES SOCIAIS E INFORMAÇÃO EM SAÚDE

PROBLEMAS LISTADOS

SOLUÇÕES

1. Pela planificação deve ser cobrado o levantamento o aspecto epidemiológico da área;
2. Incluir o requisito raça/cor nos materiais e mapas que envolvam a saúde;

IV FINANCIAMENTO

PROBLEMAS LISTADOS

SOLUÇÕES

1. Transparência do uso dos recursos financeiros;
2. Abertura de restaurantes populares para atender a população em situação de rua;
3. Aumento nos repasses da união para a saúde;
4. Criar recursos para a política de promoção da equidade em saúde;
5. Transparência e prestação de contas da saúde devem ser potencializados;

V - INTEGRALIDADE DO CUIDADO E INTERSETORIALIDADE EM POLÍTICAS PÚBLICAS

PROBLEMAS LISTADOS

1. Despreparo dos profissionais aos conceitos como da equidade;
2. Relação de residentes e estagiários curriculares aos municípios pequenos;

SOLUÇÕES

1. Potencializar profissionais para atenderem às populações específicas;
2. Estratégias intersetoriais;
3. Mediar e fortalecer a parceria das universidades façam projetos com municípios pequenos;
4. Potencializar as Coordenadorias Regionais de Saúde para trabalhar com processos de sensibilização: junto a: conselho da escola, Rede de apoio à escola agentes

- comunitários de saúde, legislativo, clubes de serviço, PSE, conselho de saúde, universidades;
5. Melhorar a rede de saúde bucal;

VI - GESTÃO PARTICIPATIVA E CONTROLE SOCIAL

PROBLEMAS LISTADOS

1. Muito burocracia para entrada nos conselhos, por isso que os movimentos sociais não conseguem participar das reuniões;
2. Santa Maria fez 34 pré conferências de saúde com todas as populações específicas, o Estado deve potencializar essas ações;

SOLUÇÕES

1. Abrir vagas para as equidades para cadeiras de plenárias dos conselhos e não só em comissões;
2. Alteração das leis para inclusão de representações das populações específicas nos conselhos;
3. Articular os conselhos da comunidade;
4. Qualificação dos conselhos de saúde;

3 - Artigo “Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde como Proposição de Resistência ao Exílio da Diversidade”



POLÍTICA ESTADUAL DE PROMOÇÃO DA EQUIDADE EM SAÚDE COMO PROPOSIÇÃO DE RESISTÊNCIA AO EXÍLIO DA DIVERSIDADE

POLÍTICA DE ESTADO PARA PROMOVER LA EQUIDAD EN SALUD COMO PROPUESTA DE RESISTENCIA AL EXILIO DE LA DIVERSIDAD

STATE POLICY TO PROMOTE EQUITY IN HEALTH AS A PROPOSITION OF RESISTANCE TO THE EXILE OF DIVERSITY

Guilherme de Souza Müller¹

RESUMO

Este ensaio retrata o percurso de construção da primeira Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde do país, publicada pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul em 2020, trazendo para o cenário os elementos da sua constituição, os primeiros resultados e as perspectivas para sua implementação ao longo dos próximos anos. A política reúne um conjunto de populações específicas, dentre elas a população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais (LGBT), povos indígenas, população em situação de rua, população negra, povos ciganos, população privada de liberdade, egressos do sistema prisional, população de migrantes, refugiados e apátridas e população do campo, da floresta e das águas. Como desafios colocados para essa política pública está a de acolher a interseccionalidade e a de recriar diferentes modos de intervenção a partir da constante movimentação da vida e da diversidade.

PALAVRAS-CHAVE: Diversidade. Saúde Coletiva. Políticas de Saúde.

RESUMEN

Este ensayo retrata el curso de construcción de la primera Política de Estado para la Promoción de la Equidad en Salud en el Brasil, que tuvo lugar en Rio Grande do Sul en 2020, trayendo a la escena los elementos de su constitución y las perspectivas para su implementación en los próximos años. La política reúne a un conjunto de poblaciones diversas, entre ellas la población de lesbianas, gays, bisexuales, travestis y transexuales (LGBT), pueblos indígenas, población sin hogar, población negra, pueblos gitanos, población privada de libertad y egresados del sistema penitenciario, población de

¹ Mestre em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

migrantes, refugiados y apátridas y población del campo, el bosque y las aguas. Los desafíos planteados a esta política pública son dar la bienvenida a la interseccionalidad y recrear diferentes modos de intervención a partir del movimiento constante de la vida y las poblaciones diversas.

PALABRAS-CLAVE: Poblaciones Diversas. Salud Publica. Políticas de Salud.

ABSTRACT

This essay will discuss the development of Brazil's first Promotion of Health Equity Policy, published by Rio Grande do Sul Department of Health in 2020. Elements of its constitution, the first results, and the perspectives for its implementation will be presented. The policy includes the following specific populations: Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT), indigenous peoples, homeless people, black people, Romani people, incarcerated and previously incarcerated population, migrants, refugees and stateless persons and people who live outside urban area (rural, forests and riverside dwellers). The challenges of this public policy include: the intersectionality and the development of different interventions based on the constant movement of life and diversity.

KEYWORDS: Diversity. Healt Public. Health Policy

* * *

Mas porque eu amo vocês, meus pares corajosos, desejo que lhes falte a coragem. Desejo que vocês não tenham mais força para reproduzir a norma, que não tenham mais energia para fabricar a identidade, que percam a fé no que os seus documentos dizem sobre vocês. E uma vez perdida toda a sua coragem, frouxos de alegria, eu desejo que vocês inventem um modo de usar para seus corpos. Porque eu os amo, desejo-os fracos e desprezíveis. Pois é pela fragilidade que a revolução opera.

(Paul Beatriz Preciado, 2018)

Introdução

A desigualdade social, o constante exílio² de determinadas formas de existir, a inaptidão do viver juntos fabricam “monstros” cotidianos que se multiplicam por meio do potente controle dos corpos do século XXI. Nas últimas duas décadas a criação de políticas públicas de saúde para populações em situação de vulnerabilização tentaram avançar na redução das iniquidades por meio de estratégias como a inauguração de serviços de saúde específicos, novas práticas de educação em saúde, melhoria dos

² O exílio como definido por Montanés (2006) é uma solidão vivida fora do grupo em um estado descontinuo do ser, em situação de discriminação, exclusão e repulsão. A privação sentida por não estar com os outros na habitação comunal.

dados, combate à discriminação e ao preconceito e visibilização da diversidade de segmentos populacionais.

O resgate do princípio da equidade na saúde é objeto de discussões nacionais como modo de reunir as ações e as políticas sobre os grupos populacionais específicos e promover estratégias para reduzir as diferenças injustas e evitáveis. Dentre os fatores dessa desigualdade estão classe social, raça/cor/etnia, condições territoriais, faixa etária, crenças, gênero, orientação sexual etc.

Entretanto, as práticas violentas e excludentes do Estado brasileiro acentuaram-se a partir do empobrecimento populacional e pelo discurso de ódio ocorrido a partir de 2018, juntamente com a pandemia de covid-19, uma vez que certos grupos populacionais foram mais afetados que outros na exposição à morte pelo coronavírus. Para Safatle (2020), durante esse período, uma política de morte foi declaradamente instituída, acelerando a mortificação e a mortalidade de corpos, assemelhando-se aos períodos mais horrendos da história (um neonazismo insinuante), a presença de um Estado Suicidário (VIRILIO, 1976 apud SAFATLE, 2020, s.p). As populações empobrecidas, vulnerabilizadas e “diversas” continuam sendo o alvo prioritário dessa eliminação.

Apesar desse contexto, o Governo do Estado do Rio Grande do Sul criou, por meio da Secretaria Estadual da Saúde (SES/RS), em 29 de julho de 2020, a Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde (POPES). Ela se tornou a primeira política de promoção da equidade em saúde do país, apresentando o ambicioso desafio de redirecionar políticas e serviços para ampliar o acesso, enfrentar o preconceito e a discriminação através de rupturas morais e promover saúde às populações em vulnerabilização. São incluídas inicialmente como populações específicas na política: a população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais (LGBT), povos indígenas, população em situação de rua, população negra, povos ciganos, população privada de liberdade e egressos do sistema prisional, população de migrantes, refugiados e apátridas e população do campo, da floresta e das águas.

Tal política nasce fruto de uma construção coletiva a partir da movimentação, militância e resistência de servidores responsáveis por atuar tecnicamente sobre o desenvolvimento de políticas para populações específicas. Em seu planejamento, ocorreu a ativa participação de diferentes atores identificados com a pauta em grandes rodas de conversa e oficinas com a participação de profissionais, representantes dos movimentos sociais e usuários das ações e serviços públicos de saúde. Dessa forma, foi

organizado um documento de formulação da política a fim de unir pontos indispensáveis para a melhoria e redução das desigualdades no acesso à saúde para essas populações, além das especificidades e bandeiras de luta ainda não efetivadas no contexto do Sistema Único de Saúde.

Dentre algumas das ações já implementadas nos primeiros anos de execução dessa política está a gestão participativa com a criação dos comitês técnicos estaduais das populações específicas, que são grupos são compostos por representantes desses segmentos da população em movimentos sociais e instituições governamentais e não governamentais na busca pela implementação da política e efetivação das estratégias para a promoção da equidade em saúde. Também a criação de cotas para cursos e concursos públicos, a expansão de ambulatórios para atendimento de saúde integral de homens e mulheres trans e o financiamento para a promoção da equidade em saúde e enfrentamento do preconceito, da discriminação, do racismo, do racismo institucional e da xenofobia contra populações específicas.

A pretensão da implementação plena de uma política da equidade requer reengendrará-la constantemente, aquilo que Félix Guattari chamaria uma “cidade subjetiva” (GUATTARI, 1992, p. 70), que engaja tanto os níveis mais singulares dos indivíduos quanto os níveis coletivos (uma população não numeramentalizada, tampouco vertida em recortes identitários com cada “anormal” em sua “política”). De fato, tratar-se-ia de tomar todo o porvir das políticas de equidade, ressingularizar a inclusão, fazê-la conquistar o “poder de agir” sobre instituídos, estados de direito, políticas normativas em saúde ou em educação. Destacar então o poder de disruptura, de desmanchamento de mundo e de invenção de mundo que a diversidade promove.

Experiências de movimentos sociais organizados que permitiram a inclusão de novos grupos e do borramento das fronteiras das identidades também são vistos no movimento LGBTQ+ e *queer*, que são retomados como importantes aprendizados para uma política com as características da POPES, já que se pretende uma capacidade de diálogo constante entre diferentes grupos e da reorganização constante de suas configurações originais.

Parte-se de um suposto de que a desterritorialização técnico-científica é possível e é necessária, que uma política de equidade opera nesse sentido e que o resultado dessa desterritorialização é inclusão da diversidade como devir, não como forma, na recomposição daquilo que há por fazer. Acolhe-se um suposto de que a desterritorialização técnico-científica da saúde no contato com corpos minoritários

incita à renovação das políticas de saúde e excita os corpos à participação na formulação de novas ou outras políticas de saúde.

Poder e Resistência: o percurso das populações específicas junto ao SUS

O percurso até a construção de uma política de promoção de equidade em saúde pressupôs uma movimentação prévia, um longo percurso no território coletivo das existências que reverberaram, dentre elas, em conquistas sociais importantes e avanços no âmbito dos direitos. Esses espaços de rupturas do poder, assim como nos ensinou Michel Foucault (1999), ocorrem através das afecções no campo da vida, embora muitas vezes possam se expressar no campo dos direitos.

Partindo do contexto da década de 1970 e 1980, a movimentação social influenciou profundas mudanças na visibilização de grupos populacionais junto aos Estados. Jardim e López (2013) referem que diversas nações sul-americanas escreveram novas cartas constitucionais e reformulações no sentido de admitir a pluralidade como característica primordial da democracia, reconhecendo grupos sociais invisibilizados e criando mecanismos para reparação histórica. Ainda no mesmo período, o conceito de minoria é bastante discutido para diferenciar a relação entre grupos dominantes e periféricos e marcar a desvantagem social que determinados grupos possuem frente ao Estado. As minorias não estariam em busca de igualdade de direitos humanos universais, mas em busca de reconhecer e reparar os danos sofridos por séculos de racismo e colonialismo. Acrescentaria ainda, o direito por habitar seus corpos e seus mundos diversos e moventes, sem que para isso precisem resistir ao peso da opressão normalizadora. Ou, como afirmou o filósofo e ativista do movimento *queer* Paul Beatriz Preciado (2018), o desejo de que determinadas vidas não precisem mais recorrer à coragem, pois é quando se perde a força para realizar a norma, para fabricar a identidade, que se pode inventar formas para seus corpos; é quando ocorre a revolução.

No Brasil, o movimento pela reforma sanitária se propôs a uma reforma total da sociedade, propondo a ampliação da consciência sanitária como modo de alterar a correlação de forças (PAIM, 2008, p. 275). O movimento clamava por igualdade e justiça social, rechaçando qualquer tipo de discriminação. Junto à reforma sanitária e a Constituição Federal de 1988 (CF88), diversos grupos sociais ganharam visibilidade na luta contra a discriminação na saúde. O reconhecimento de grupos vulnerabilizados como as mulheres, os homossexuais e os negros, na garantia por seus direitos,

conquistaram progressos importantes, como a inclusão de cotas para as mulheres nos partidos políticos, para negros e pessoas trans na universidade e nos concursos públicos. A esses direitos se somaram a disseminação da combatividade desses grupos e também o enfrentamento ao preconceito às pessoas vivendo com HIV e a difusão da prevenção à Aids (GRANGEIRO; SILVA; TEIXEIRA, 2009). A partir da CF88 e da lei orgânica da saúde, de 1990, avançou-se para um modelo de acesso universal, de integralidade da atenção, de gestão descentralizada, sob participação popular e igualitário. O tema da igualdade cedeu à análise e enfrentamento da iniquidade, passando à equidade. A formulação de um acesso equânime às ações e serviços de saúde gerou os eixos estruturantes dessa que passou a ser a maior política de inclusão social do país e o maior sistema de saúde do mundo, o Sistema Único de Saúde (SUS).

Embora a evidente conquista na esfera coletiva, para Paim (2008) em detrimento à reforma total que se pretendia às movimentações na reforma sanitária brasileira (RSB), atinge-se uma reforma parcial, em que se aponta para transformações e mudanças, mas se mantém o *status quo* social. Isso é claramente percebido com a evolução alavancada nas políticas públicas de saúde a partir do SUS e seu impacto imediato na reformulação das demais áreas, todavia seus marcadores sociais e indicadores de saúde continuaram perenes em relação às desigualdades e à desvalorização da vida de determinados grupos em situação de vulnerabilização.

A fim do reconhecimento e a tentativa de reversão de marcadores sociais ruins, a década de 2000 caracterizou uma intensa abertura à movimentação de grupos populacionais a fim de estabelecer direitos e acolhimento diferenciado no cuidado à saúde. A união dos movimentos identitários em busca de políticas de direitos em um cenário político favorável, reverberou na construção de importantes políticas para as populações específicas. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (BRASIL, 2002) sedimenta o arcabouço para o funcionamento do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), com suas bases iniciadas desde a 1ª Conferência de Saúde Indígena, anterior à Constituição Federal de 1988, pregando a atenção diferenciada, respeito às práticas interculturais e a medicina tradicional indígena; a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (BRASIL, 2009a) objetiva fortalecer o movimento negro na saúde, reconhecendo o processo histórico de desigualdade, injustiça e racismo e propor caminhos participativos da população preta e parda na promoção da sua saúde; a Política Nacional para a População em Situação de Rua (BRASIL, 2009b) trouxe a busca da visibilidade de uma população esquecida na

rua das grandes cidades e oferecer acesso de acordo com suas necessidades, com cidadania e ampliação dos vínculos com as equipes. Essas políticas construíram arcabouços teóricos a partir da movimentação social, incitando em sua implementação ações diferenciadas de acesso e acolhimento em âmbito do Sistema Único de Saúde. Isso criou ações estratégicas de reconhecimento dos marcadores sociais das desigualdades, passando pela criação e organização de serviços específicos para o cuidado dessas populações e da busca pela melhoria das informações em saúde levando em consideração aspectos como raça/cor/etnia e estar em situação de rua.

Os anos seguintes trariam com maior intensidade a agenda da equidade, inserida nos objetivos do milênio, nos objetivos do desenvolvimento sustentável e nas pautas temáticas das Nações Unidas (expressas no seu calendário de dias ou de anos internacionais), popularizando-se os compromissos de atendimento de saúde universal, humanizado e de cuidado integral, direito à convivência comunitária e à vida em família, enfrentamento de vulnerabilidades, valorização e respeito à vida e à cidadania, respeito à dignidade da pessoa humana e respeito às condições de vida. De particular tradução à equidade (igualdade de direitos com justiça social) está o reconhecimento e o acolhimento na formulação de políticas públicas às diferenças de origem (zona, área, região), geração (idade), raça, etnia, cor da pele, nacionalidade, gênero, credo, sexo e orientação sexual, com atenção especial às pessoas com deficiência.

Durante esse período, a atuação dos movimentos por direitos implicou a construção de outras importantes políticas no âmbito do SUS, dentre as quais a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (BRASIL, 2011), que visa a melhoria da qualidade de vida e a redução dos riscos de camponeses, ribeirinhos, comunidades tradicionais, extrativistas, comunidades atingidas por barragens etc. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (BRASIL, 2011), que preconiza, dentre as prioridades, na garantia ao processo transexualizador no SUS, na garantia do nome social e homofobia nos serviços de saúde; a Política Nacional de Atenção Integral à saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (BRASIL, 2014), que estrutura as unidades de saúde prisionais, garante à saúde integral e a participação popular nos processos decisórios, e, mais recentemente, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani (BRASIL, 2018), visando estimular o protagonismo e reconhecer os saberes e práticas culturais do povo cigano/Romani nas ações em saúde. Todas as políticas evidenciam a necessidade de incluir na agenda das três esferas de governo da

saúde o tema das populações específicas, por muito distanciada do cuidado pautado em concepções hegemônicas que conferem elevado grau de desigualdade na distribuição dos serviços, bem como de suas concepções ideológicas de cuidado.

Apesar de ainda recentes, essas políticas públicas evidenciam sua relevância através da melhoria da visibilidade desses grupos dentro dos sistemas de informação em saúde, na educação dos profissionais para o trabalho com populações diversas e no provimento de serviços de saúde específicos para essas pessoas. Como destaque a esses serviços temos as equipes multidisciplinares de atenção à saúde indígena, os Consultórios de/na Rua, as unidades básicas de saúde fluviais, as unidades básicas de saúde prisionais e os serviços de atendimento às pessoas transexuais.

São inúmeros os segmentos de população que ganharam assento na formulação de políticas públicas de saúde, enquanto outros seguem buscando visibilidade ou reconhecimento adequado de suas necessidades em saúde. Pensadas aqui como fragmentos de um todo e não fragmentadas. Por isso, entendemos que todas essas conquistas se potencializam quando pertencentes às multidões. Para Negri (2004) o conceito de multidão exprime o conjunto de individualidades, na junção de indivíduos coletivos, de poder político imanente. Para Pelbart (2003), expressaria o corpo biopolítico coletivo, que resgata a multiplicidade ao invés da dialética do mesmo e do outro ou de identidade e diferença. Seria como o outramento, no qual se permitiria experimentar todos os sujeitos que nos rodeiam e nos habitam. De forma que não se prende a uma identidade, que não se garante apenas o direito à diferença de determinados grupos, mas permite a nós próprios sermos metamorfoses e habitar infundáveis mundos.

O percurso de evolução da movimentação das populações específicas tem um refreamento a partir de 2014, com a construção do golpe parlamentar que, em 2016, derrubou a então presidenta Dilma Rousseff. Isso resultou na desestruturação e no desfinanciamento de políticas públicas, que prejudicaram o desenvolvimento de todas as políticas para populações específicas e processos inclusivos. Esse impacto é ainda agravado com a promulgação do Teto de Gastos em 2016, resultando no congelamento do investimento em todas as áreas cruciais para combater as desigualdades, dentre elas a saúde e a educação. Podemos acrescer ainda o avanço do ideário coletivo neofascista no Brasil a partir das eleições de 2018 e os crescentes discursos de ódio que se voltam fortemente às populações específicas e às diversidades. O fascismo aparece, assim como comenta Safatle (2015), como uma cultura de massas estereotipada, com pessoas que já

possuem potencial antidemocrático. Essa massa age como uma rede de afetos de ódio, que diminui a potência dos afetos alegres e exila o diverso.

Diante do cenário estabelecido, de reacionarismo, a implementação já iniciada dessas políticas públicas em âmbito estadual e municipal ganham ainda mais relevância, isso porque serviram de escudo diante da devastação estrutural. Além disso, mesmo em meio à essa instabilidade, outras estratégias para as populações diversas ganharam visibilidade no Rio Grande do Sul, como a proposição de uma política de promoção da equidade em saúde. Surgida através da união das pautas identitárias em direção a uma nova estratégia de enfrentamento das iniquidades, passando de um modo mais específico e identitário, para um modo mais transversal, interseccional e transdisciplinar.

Ainda que a multidão se desenvolva entre as relações de afetos coletivos em defesa dos seus modos de viver, de acordo com Negri (2004) ela precisa resistir e expulsar o fascismo do poder, pois necessita das instituições e do Estado como garantidores da democracia. Ademais, o fascismo diminui a potência dos afetos alegres, em direção a um desmonte das expressões do diverso. Dessa forma, a eleição de 2022 acabou sendo decisiva para descontinuar o incentivo aos movimentos neofascistas no Brasil, com insultos e ações discriminatórias sobre diferentes grupos populacionais por parte do governo federal, além do evidente retrocesso das políticas para as diversidades, o desfinanciamento de políticas sociais e de pesquisa. Ela se revela essencial para a manutenção do terreno democrático, para a movimentação das multidões em direção ao rompimento com as estruturas de poder hegemônicas, à produção da vida e a consequente continuidade na implementação das políticas públicas e dos avanços no campo dos direitos.

A Reorganização para o Trabalho das Populações Específicas na SES/RS

No Brasil, o Sistema Único de Saúde inaugurou o desafio de promover a saúde de forma universal em que o princípio da equidade seria o balizador dos processos de implementação de suas políticas públicas para as diversas populações. Entretanto, apesar de mais de 30 anos de criação do sistema, as desigualdades que estruturam a sociedade brasileira mantiveram a distância no acesso à saúde levando em consideração aspectos como raça/cor/etnia, território, diversidade sexual e de gênero, condição de privação de liberdade, condição socioeconômica, atividade laboral, entre outras.

No Rio Grande do Sul, desde 2015, ocorre na Secretaria Estadual da Saúde, um movimento de aproximação dos próprios servidores que atuam em Porto Alegre no nível central e que compunham a pauta sobre saúde das populações específicas. Nesse mesmo ano, as populações específicas eram integradas por seis servidores e abrangiam apenas quatro coordenações: saúde dos povos indígenas, saúde da população privada de liberdade e egressas do sistema prisional, saúde da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transsexuais e Pessoas Intersexo (LGBTI+) e Saúde da População Negra e Quilombola. Também havia o apoio de dois servidores integrantes da coordenação de atenção básica que trabalhavam com a pauta da Saúde da População em Situação de Rua e Saúde da População do Campo, da Floresta e das Águas.

A partir da construção do Plano Estadual de Saúde 2016-2019 e da necessidade de visibilidade às estratégias para a saúde dessas populações, esses trabalhadores passaram a compor grupos de trabalho conjunto para descrever e planejar pautas comuns entre as populações. Pouco tempo depois, a aproximação ocorreu fisicamente, trazendo para a mesma sala os profissionais de saúde das coordenações de população específicas. Isso aconteceu, principalmente, devido ao entendimento desses servidores de construir diálogos conjuntos e a necessidade de viabilizar a implementação das políticas públicas estaduais e nacionais.

O histórico de baixo financiamento, não priorização dos grupos minoritários na saúde e o déficit de servidores para essas áreas tornava a implementação dessas políticas inviável, além disso o estado do RS passava por um governo que utilizava a austeridade fiscal como estratégia. Como alternativa a essa situação, foram criadas ações coletivas de viagem e a socialização das pautas para que se pudesse trabalhar com a pouca disponibilidade de recursos de deslocamentos e diárias dentro do estado. Apesar da situação, foram desenvolvidas diversas ações no sentido de sensibilizar outros profissionais das 18 Coordenadorias Regionais de Saúde, que são as unidades descentralizadas da SES para o trabalho aproximado com os 497 municípios gaúchos. Foram criadas estratégias de educação permanente em saúde, cursos, oficinas, canais de diálogos, materiais informativos a fim de tratar temas como o estigma, o preconceito, o racismo, a discriminação, a xenofobia e a promoção do acesso à saúde para as populações em situação de vulnerabilização.

Na troca do governo estadual, em 2018, o trabalho avançou com o aumento de servidores para as áreas, contudo ainda sem o mínimo de um profissional por política, ficando descoberta a população do campo floresta e águas, população de migrantes,

refugiados, apátridas e os povos ciganos. Como avanços importantes desse período está a reorganização das CRS para o trabalho na perspectiva da equidade em saúde, a ampliação do cenário de práticas de estagiários e residentes com aprofundamento em mais de uma população específica, a realização de projetos de pesquisa e cursos à distância em conjunto com universidades e a institucionalização de canais de educação permanente em saúde entre servidores do nível central e das CRS para discutir temas referentes às políticas de equidade.

A união dos servidores públicos estaduais como estratégia para potencializar o trabalho com as populações de diversidade reverberou, em 2019, na criação da Divisão de Políticas de Promoção da Equidade em Saúde no interior da estrutura do Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde (DAPPS). A partir dessa reconfiguração, institucionalizou-se o trabalho conjunto entre as Políticas geridas pelo departamento, resultando em um trabalho mais colaborativo, embora com muitos desafios a serem superados, como o desfinanciamento e o reduzido número de trabalhadores.

A Construção da Política

Em julho de 2020, o Governo do Estado do Rio Grande do Sul publicou, por meio da Portaria SES nº 512/2020, a primeira Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde (POPES) do país. Segundo a Portaria: “a promoção da equidade é a promoção do direito à igualdade como princípio da justiça social e implica reconhecer necessidades específicas e dar-lhes tratamentos diferenciados no sentido da inclusão e do acesso individual e coletivo” (Art. 2º). A política surge da necessidade da união de pautas comuns entre populações que estão em situação de vulnerabilização. Questões centrais passaram a compor a agenda do estado como a dificuldade destas populações em acessar os serviços de saúde, o preconceito e a discriminação, a promoção de espaços de participação popular para populações específicas, a inserção de ações afirmativas, a visibilização dessas populações nos indicadores e boletins e na educação em saúde.

O processo de construção dessa política ocorreu a partir de oficinas macrorregionais nas quais se reuniram representantes dos movimentos sociais e instituições representativas dos indígenas, quilombolas, Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transsexuais e Pessoas Intersexo (LGBT+), população do campo, da floresta

e das águas, negros, população privada de liberdade e egressa do sistema prisional, pessoa com deficiência, migrantes, refugiados e apátridas, povos ciganos e população em situação de rua. Também participaram dos grupos construtivos profissionais da SES, profissionais das secretarias municipais de saúde (SMS) e os conselhos municipais de saúde. Nesses grupos ocorreram discussões divididas por sete eixos: acesso aos serviços de saúde; aspectos epidemiológicos e demográficos, determinantes sociais e informações em saúde; controle social; financiamento; integralidade do cuidado e intersectorialidade em políticas públicas; recursos humanos, formação e educação em saúde.

Ao fim das reuniões nas cinco macrorregionais de saúde do estado, iniciou-se um trabalho de lapidação das atas de todas as reuniões e a compilação das sugestões dos grupos. Para essa tarefa se envolveu o trabalho dos profissionais da SES, estagiários e profissionais residentes. A próxima etapa foi a de consulta pública e, posteriormente, a apreciação e aprovação pelo Conselho Estadual de Saúde (CES), direção do Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde e gabinete da secretária estadual de saúde.

Como resultados iniciais da implementação da política, obteve-se a criação de cotas para a população Trans e Indígenas em editais de cursos e nos concursos públicos do estado do Rio Grande do Sul, a criação de ambulatórios LGBTI+, a criação de Portarias de enfrentamento à insegurança alimentar e estratégias de isolamento na pandemia de covid-19, a implementação dos comitês técnicos de populações específicas e a ampliação de recursos para os povos indígenas, para os quilombolas e para a população privada de liberdade. Também houve, de forma inédita, a criação de um recurso de promoção da equidade para todas as populações específicas presentes na política, que prevê o financiamento de estratégias de educação e enfrentamento à discriminação, ao preconceito, racismo, racismo institucional, homofobia e xenofobia (Portaria SES nº 360, de 2023 - Anexo III, Seção I: Da promoção da equidade em saúde e enfrentamento do preconceito, da discriminação, do racismo, do racismo institucional e da xenofobia contra populações específicas).

Nos anos de 2022 e 2023, segue-se o trabalho de implementação da POPES, com a construção de matriz avaliativa, monitoramento de ações e serviços nos territórios dos municípios em conjunto com as CRS. Também houve aporte de trabalhadores, preenchendo a vaga na política da população do campo, floresta e águas, na população de migrantes, refugiados e apátridas e profissionais para trabalhar a

política de forma transversal. Também está em processo de implantação o comitê estadual de promoção da equidade, como forma de reunir usuários representantes das populações específicas, movimento social, universidades, atores representantes de comitês, conselhos e entidades representantes dos grupos populacionais. O comitê visa auxiliar e orientar a SES/RS na implementação da POPES.

A Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde como estratégia para (mo)ver-se

Do ponto de vista da identificação dos grupos em situação de vulnerabilização, o reconhecimento dos marcadores sociais é indispensável para a criação das políticas dirigidas a eles. Categorizar, qualificar informações, criar serviços específicos, contratar profissionais habilitados para uma determinada cultura/etnia são estratégias fundamentais na assistência à saúde para conquistar possibilidades de acesso mais equânimes. Entretanto, o exercício de pensamento a ser feito agora é a derrubada das fronteiras categóricas; é trazer para a cena os devires. Os movimentos permanentes realizados por todos os corpos, coletivos e culturas que atravessaram e atravessam o mundo através de um circuito dos afetos (SAFATLE, 2015).

O esforço das instituições governamentais, de forma geral, é o de capturar a fotografia dos cenários e analisar os detalhes por meio dos dados e indicadores. Esse estudo é fundamental para conseguir identificar, nomear e seguir caminhos em detrimento de outros na construção das políticas e programas de governo. No entanto, a própria demarcação da linguagem e da escrita por meio do limitado número de palavras descrevem apenas algumas informações e que já não são exatamente como o perscrutado quando em pesquisa: “a linguagem é um instrumento da cultura que, ao nomear os objetos, os paralisa em supostos territórios de existências estáveis, como kits de subjetividades fixadas por contornos duros e enrijecidos” (LEMOS *et.al*, 2014, p. 233). Dessa forma, há uma considerável perda de detalhamento, informações e características a serem observadas nas políticas públicas, mesmo quando formuladas de forma participativa.

Ademais, trazendo para o cenário implementação da POPES, os acúmulos que a política teve desde sua publicação em 2020 já se deslocaram em relação as suas questões iniciais. Essas novas perguntas não precisam necessariamente de respostas, mas sim o posicionamento da capacidade de questionar e interrogar a política e seus

modos de fazer diante de questões teóricas que servem ao contraste no mundo conceitual e no circuito de afetos.

Embora a POPES seja construída de forma descritiva e normativa como qualquer legislação política, há uma investida sobre sua viabilidade de permitir movimentação e deslocamentos sobre o olhar de atuação para a diversidade. Isso porque a atenção é direcionada para os condicionantes de exclusão de alteridade e menos para um círculo definido e estático de populações. As reconfigurações dos grupos em situação de vulnerabilização são permanentes e variam de acordo com o território, e devem receber uma atuação de acordo com cada realidade, assim como a sua interseccionalidade³. O que foi estabelecido como uma ação sobre um grupo de indígenas, por exemplo, pode se ampliar para um indígena transgênero, que vive em contexto urbano e que está em situação de rua. A migrante para quem são dirigidas ações de inclusão social, mediação cultural e de tradução, por meio de políticas específicas, também pode ser uma mulher, negra, lésbica e sem acesso à escolarização. Também se pode fazer o exercício de pensar em um novo grupo populacional em situação de exclusão que venha a se estabelecer no território, seja por agrupamento de afinidades identitárias ou mesmo por migração/imigração; isso necessitaria de décadas de lutas e conformações políticas para a conformação de espaço de acolhimento e participação? Ou, ainda que no âmbito do acesso à saúde, poderia se prever a inclusão dentro dessa política pública?

O recurso estadual para a promoção da equidade (PORTARIA SES 360/2023), criado junto ao Programa Estadual de Incentivos para Atenção Primária à Saúde (PIAPS), em 2021, prevê a realização de projetos educacionais em saúde para qualquer um dos 497 municípios do território do Rio Grande do Sul de acordo com as especificidades de cada grupo das diversidades presentes em seu território. Portanto, o que antes era planejado a partir das políticas para populações específicas como uma ação para um determinado grupo, agora se abre em um universo maior de possibilidades e conformações. Isso pode denotar, ainda que timidamente, uma flexibilidade de atuação criativa no processo duro de cofinanciamento estadual no emprego dos recursos municipais. Para Safatle (2015), a razão pode ser o instrumento de mudança das leis, pois nesse campo, longe da instabilidade das paixões, pode-se argumentar por meio do

³ A interseccionalidade, assim como define Collins (2021), refere-se às relações interseccionais de poder entre sociedade e o indivíduo. Ela é formada por categorias através da raça, etnia, classe, gênero, orientação sexual, nacionalidade, faixa etária, renda etc – sendo elas inter-relacionais. A combinação desses fatores agrava a experiência de um grupo conforme a composição desses elementos.

campo consensual e que dá legitimidade aos enunciados. Para o autor, mesmo no campo revisional das leis há devir, pois pressupõe o uso da razão em um campo imanente à potência coletiva (multidão).

De forma que é a aposta na diminuição das sombras projetadas à luz focada das políticas, com sua possibilidade de movimentação que este ensaio visa provocar. Para Pelbart (2003) é através da multiplicidade, da sua inclinação à democracia não representativa, contrário a um corpo de vontade única que se caracteriza a própria multidão. Segundo o filósofo, ela é o oposto a conceito de “massa”, que por característica é homogênea, unidirecional, enquanto a multidão é heterogênea, complexa, multidirecional. É ir contra a produção e reprodução biopolítica foucaultiana em direção a um corpo biopolítico coletivo, biopotente, sem deixar para traz seus conhecimentos, desejos e afetos.

Compor políticas que levem em consideração a obsolescência das fotografias e representações não é uma tarefa simples. Isso seria como a própria obra de arte. Como perspectiva, este ensaio visa trazer à discussão sobre as possíveis direções que a POPES poderá rumar a partir de sua implementação. Tendo como propósito mover e ver - ver, desver, transver, em Manoel de Barros (2010) - em um descontínuo, imprevisível, inesperado e infundável (mo)ver, assim como na atividade da vida.

Os Limites da Política de Promoção da Equidade em Saúde

A equidade é percebida aqui não como os caminhos para o alcance da igualdade, ou apenas pela linha dos direitos universais de se atingir justiça social. Conforme Gastão Campos (2016), em relação à própria justiça social, essa deve-se oportunizar aos sujeitos a capacidade de protagonismo e de defesa da sua própria vida, para além de somente oportunizar bens e serviços. Pensar um conceito potente para a equidade complexifica os critérios estabelecidos para sua avaliação, entretanto são correlatos ao campo oportuno desse ensaio ao devir da vida. Somado a isso, e em consonância com Jardim e López (2013), o processo de invisibilização de cada segmento de população nunca trará o mesmo ponto de escuta, pois cada coletivo possui processos históricos e resistentes distintos. De forma que não existiria um sistema que contemple as inúmeras singularidades em seus valores gerais, deixando de fora representações de interesses de determinados grupos sociais. Todavia Campos (2016) reitera que se espera a capacidade

de leitura do sujeito, sua autonomia e sua história, além de instituições mutantes que acompanhem os aperfeiçoamentos e mudanças constante nas normas.

Como conjectura sobre os limites de uma política de equidade, volta-se ao processo cronológico de desenvolvimento das próprias políticas públicas, que nesse caso, na área da saúde, não é precisamente linear e nem sempre ou suficientemente inclusivas. Chama-se à atenção para grupos em situação de vulnerabilização que não foram incluídas, a priori, no arcabouço de grupos populacionais descritos na POPES, como a exemplo da pessoa com deficiência ou pessoas com transtornos mentais. É certo que a movimentação social dos coletivos mencionados se desenvolveu e tomou rumos distintos. O movimento pela reforma psiquiátrica, pautado na densa disputa entre o modelo de poder excludente e punitivo da psiquiatria e o cuidado em liberdade, conquistou um espaço contundente e afirmativo dentro da saúde, disparando redes de atenção psicossocial (RAPS) para um cuidado integral. O movimento pela inclusão nos aspectos da vida em sociedade pelas pessoas com deficiência igualmente conquistou seu lugar como proteção legal de direitos, através de Convenção Internacional e pela Lei Federal 13.146/2015, que instituiu a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Pode-se levantar uma hipótese de que esses grupos poderiam estar inseridos em uma política estadual de promoção da equidade em saúde, pois a saúde mental se revela indiscutivelmente afetada pela iniquidade. Igualmente as pessoas com deficiência são vulnerabilizadas pela falta de políticas sociais equitativas e possuem uma extensa agenda de políticas de inclusão pela promoção de direitos. Contudo, tanto a RAPS, quanto a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência possuem especificidades distintas em sua trajetória dentro das políticas de saúde no estado e, por isso, não foram incluídas nesse primeiro momento na POPES. Por outro lado, não há impedimento para que futuras ações, recursos ou releituras da política não possam contemplar essas ou outras populações a se somar.

Outro ponto a ser considerado em relação aos limites da política de promoção da equidade é sobre a possibilidade de sobreposição às políticas em andamento para as populações específicas. É fato que a política veio com a disposição em potencializar ações de reversão de processos excludentes, considerar a interseccionalidade, os determinantes sociais e unir esforços em aspectos fundamentais para o acesso à saúde dentro da gestão estadual. Entretanto, detalhes incorporados das lutas das populações nas políticas específicas poderiam ser renegados em detrimento de maior amparo às causas de todos os coletivos? Pode-se considerar também o receio da fragmentação das

ações já existentes para as populações específicas; como fazer então dessas ações pontuais parte de uma política global para a diversidade? Ou, a partir da revisita ao conceito de multidão em Negri (2004), qual a capacidade dessa em romper com a ideia de fragmentação e incoerência, passividade e alienação, ativando processos vivos capazes de atuar conjuntamente na produção de algo comum, aceitando a diversidade e produzindo singularidades? Como deixar de constituir a massa ou a res pública (coisa do povo) para a vivência da singularidade, da diferença, da radicalidade da expressão ser humano, bem como a relação com um fazer república? (NEGRI, 2004, p. 195).

É relevante, sobretudo, considerar a POPES na visão dos atores implicados na implementação dessa, junto aos movimentos sociais e das próprias populações. É dado que a organização para o trabalho de forma a unir diferentes pautas de populações específicas na esfera estadual no Rio Grande do Sul facilitou e potencializou ações, principalmente levando em consideração a não priorização dessas pautas ao longo dos anos. Mas deve-se pensar, da mesma forma, de que modo essas ações são vistas ou quais as circulações de afetos estão presentes no âmago dessas populações. Quais as compreensões delas sobre a implementação da política. De outra forma, a proposição de uma nova forma de fazer política pública na saúde para grupos vulnerabilizados serve somente à organização administrativa de entes de Estado ou também está a propósito das movimentações sociais?

Em contrapartida à formulação do parágrafo anterior, é notório que estamos diante de uma novidade em relação às discussões até então produzidas na formulação de políticas de saúde. Isso porque nunca houve o contato simultâneo entre os grupos populacionais em situação de exclusão, a não ser na sarjeta social, no não acesso, no exílio. Portanto, também há um dever a ser constituído na promoção de espaços de contato, da excitação dessas novas interfaces. Um lugar incomum, de difícil projeção, mas ao mesmo tempo com capacidade de invenção de mundos. Ademais, os limites dessa política pública ainda devem ser testados na medida de sua implementação, do contato com os diferentes cenários políticos ao longo dos próximos períodos

A inclusão de grupos populacionais e o borramento das fronteiras identitárias: a contribuição do movimento LGBTQ+ e da Teoria *Queer*

A despeito de toda a luta pela visibilidade dos grupos LGBTQ+, tornou-se clara a capacidade desse movimento social ao avanço no arcabouço intelectual e pela inclusão

de grupos populacionais que reivindicavam por viver suas sexualidades e/ou expressões de gênero. Um dos marcadores dessa movimentação são as siglas, inicialmente chamada GLS (gays, lésbicas e simpatizantes), passando por LGBT, LGBTT, LGBTQP e, mais recorrentemente, LGBTQIA+ (Lésbicas, gays, bissexuais, Travestis, Transexuais e transgêneros, *queer*, intersexo, assexuais e outras não representadas). Isso por si denota uma abertura à diversidade sexual, compondo uma interessante similitude às possíveis potencialidades da Política de Promoção da Equidade em Saúde, de forma que se estabelece a inclusão permanente dos diferentes grupos populacionais e correntes de pensamento inseridas e com voz dentro do movimento.

O movimento LGBT+ inicia no Brasil na década de 1970, em meio à resistência contra a ditadura militar, passando pelo agravamento do estigma, preconceito e discriminação a partir da epidemia de HIV na década de 1980, que marca transformações importantes em sua luta política. Segundo Guacira Lopes Louro (2001) aos poucos a homossexualidade vai entrando no país através do teatro, das artes, da publicidade. A afirmação de uma identidade vai ocorrendo de forma política e pessoal, de modo que os indivíduos se reconhecem dentro de grupos, performances e artistas. Ainda na década de 1980, a temática LGBT passa a ser tornar uma questão acadêmica, especialmente às teorizações de Foucault, que vão provocando questionamentos, rupturas acerca do caráter regulador e disciplinador (LOURO, 2001, p. 544). De acordo com a autora, questionava-se, por parte de lésbicas, o privilégio masculino dentro do movimento; outros grupos como transexuais, bissexuais e sadomasoquistas mantinham condição marginalizada dentro do grupo; negros, latinos, jovens tensionavam valores brancos e de classe média. A unidade acerca da identidade homossexual vai sofrendo rupturas a partir dessas vozes dissonantes. A partir disso, ao longo do tempo, o movimento se pluraliza, visibiliza-se com maior veemência outros grupos populacionais e passa-se a discussão de recortes interseccionais como classe, cor, etnia, nacionalidade (LOURO, 2001, p. 543). O combate ao HIV também tensiona e desloca o foco a respeito da sexualidade para as práticas sexuais propriamente ditas, fugindo do julgamento e criminalização das identidades e focando na prevenção de práticas de risco.

É nessa busca constante por novas visibilidades e nas fronteiras dos movimentos sociais que alguns grupos sociais permanecem a existir, que se iniciam as discussões sobre a teoria *queer*, inspirados no pós-estruturalismo francês e alavancadas a partir de autores norte americanos como Judith Butler e na Europa com Paul Preciado. Guacira

Lopes Louro (2001) reporta a necessidade da discussão sobre a teoria *queer* a partir da acomodação dos jogos de poder acerca do binarismo heterossexual/homossexual, masculino/feminino, homem/mulher. Para a autora, a teoria chega para propor a transgressão e a perturbação sob qualquer aspecto de enquadramento que venha a surgir, prescrevendo questionamentos como o da própria normalização da heteronormatividade compulsória dentro de movimentos homossexuais dominantes. Outra demanda importante para os teóricos *queer* é o questionamento quanto a identidade, que implica sempre em demarcação e negação do seu oposto constituído enquanto diferença; seria necessária uma instabilidade, enquanto uma identidade negada, uma política pós-identitária. De modo contrário, políticas identitárias poderiam continuar se realinhando a um sistema do qual pretendiam insurgir (LOURO, 2021, p. 549).

O desafio teórico-pedagógico do movimento *queer* é imenso, visto toda a estruturação das práticas de vigilância, controle e disciplinamento aprofundadas no século XXI. Seria preciso efetivar uma mudança epistemológica e estrutural na educação a partir da multiplicidade, rompimento com sua lógica binária e os efeitos de hierarquia, classificação, dominação e exclusão, fluidez das identidades sexuais e de gênero, da cultura como um todo e seus jogos de poder. Um currículo *queer* deveria transformar o papel da diferença enquanto agente externo e realocá-lo como inerente ao próprio sujeito, incitando uma instabilidade e precariedade de todas as identidades (LOURO, 2021, p. 549-550). Para a autora, ainda, seria preciso perturbar até o mais caro dos binarismos do campo educacional, que é a oposição da ignorância ao conhecimento.

Do ponto de vista da penetração da teoria *queer* e sua relação com o movimento LGBT+ em países como o Brasil, há uma importante criticidade e questionamentos acerca do caráter eurocentrado e do seu ingresso através da espisteme acadêmica, ainda elitizada e inacessível para grande parte da população. Torres e Fernandes (2021) fazem um balanço da entrada das formulações *queer* no Brasil e na América Latina e identificam, em conjunto com outros autores da luta LGBT+, um *modus operandi* de enquadramento, desvalorização e superficialização da política em detrimento da manutenção de uma elite intelectual detentora do saber-poder. Portanto, o inverso da sua intenção original contra-hegemônica e decolonial. Esses autores questionam a caracterização dos teóricos *queer* na homogeneização do movimento LGBT+, já que muitos militantes atuam com posicionamentos que hoje se diriam *queer*, com grande força produtiva e poder de indagação e discordância sobre temas estruturantes nos

grupos sociais. Além disso, pode-se retomar as intensas batalhas disruptivas em meio à repressão da ditadura militar (TORRES; FERNANDES, 2021, p. 543). Os autores avaliam que a criticidade tem por objeto não rechaçar a teoria *queer*, mas avançar na transição de marcos teóricos, questionando o saber-poder e a autorreflexão, mesmo de teorias radicais como essa se propõe, de forma a não incorrer em práticas (neo)coloniais. A problematização desses teóricos, portanto, concentra-se no modo como a teoria adentra o país e a América Latina sob pretensão, em alguns momentos, do apagamento da construção política e acadêmica das identidades do movimento LGBTQ+ sob o pressuposto da homogeneização, além da imposição de regimes de verdade sobre interpretações anteriores sobre o corpo e sexualidade.

Para além do que podemos supor sobre os rumos da teoria *queer* e do movimento LGBTQ+, apreende-se disso tudo um enorme aprendizado, no sentido em que podemos avaliar toda uma trajetória de diferentes correntes de pensamento progressistas. E com isso correlacionar a uma política que se pretende inclusiva, promotora de rupturas dentro do sistema de saúde com fins da promoção da equidade e com potencial para diferentes leituras e lentes acerca do instituído, das normas vigentes e biopolíticas para as populações. Nessa linha, este ensaio provoca a reflexão desses possíveis indícios, apontando caminhos de possibilidades de ruptura e inclusão, ainda que em um contexto institucional e formal das políticas públicas. O tempo responderá, assim como ao movimento LGBTQ+ e outras movimentações sociais, sobre como se comportará determinadas estratégias de resistência para escapar ao silenciamento e à marginalização das populações em direção à borda das identidades formatadas.

Conclusão

A proposição da Política Estadual de Promoção da Equidade do Rio Grande do Sul visa reduzir as desigualdades no acesso e na qualidade aos serviços de saúde para as populações diversas, superando as lacunas até hoje não superadas no Sistema Único de Saúde. A experiência no Rio Grande do Sul demonstra o esforço de militância e resistência de trabalhadores nas pautas dessas populações, mesmo com sua implantação em cenário desfavorável sob o ponto de vista político no estado e no país, além do baixo investimento no provimento de servidores, do financiamento público para as diversidades e não priorização dessas pautas no planejamento.

A introdução dessa política, inicialmente, ampliou a visibilidade e a potência na relação intrainstitucional, com o aporte de recursos e outras estratégias para ampliação do acesso e qualidade para grupos populacionais exilados da alteridade e direitos fundamentais. Dentre os avanços significativos, apesar do pouco tempo para uma avaliação de maior amplitude, estão a introdução de cotas em cursos e concursos públicos, a instalação de comitês técnicos para as populações específicas, a constituição e expansão de ambulatório trans e o incentivo financeiro para projetos municipais envolvendo as populações específicas trabalhadas no estado. Outros horizontes são possíveis como o comitê de promoção da equidade em saúde, a qualificação dos dados e informações dessas populações e a melhoria dos serviços para as populações específicas.

Além das potências e futuros cenários positivos, também se discute possíveis barreiras, limites ou retrocessos, já que é preexistente a luta das populações diversas pelo acesso a saúde, com políticas públicas também construída por elas em andamento. Pode-se supor uma possível fragmentação ou dissolução das lutas em detrimento de uma única política, além do alcance da política de equidade ser limitada pelos entraves do poder público.

Uma hipótese lançada nesse ensaio é a da capacidade de abertura e da interseccionalidade dessa política pública, sendo esse um ponto de inovação em relação as políticas anteriores do governo federal e estadual para as populações específicas. Outro ponto relevante é a união de pautas comuns entre as populações em situação de vulnerabilização, dando maior amplitude e visibilidade para dentro do governo do estado.

A correlação com outras experiências de inclusão de populações e o borramento identitário como mostra a historicidade do movimento LGBTQ+ e *queer*, podem ser um paralelo interessante para prever uma possível elasticidade da POPES nesses aspectos. Para além de criar estratégias para a garantia de direitos, revela-se um enorme desafio no que se refere à mudança nas normas e na biopolítica vigente. Lança-se o desafio para novos estudos no sentido de capturar o alcance da política nessa perspectiva, além de mensurar as possíveis vantagens e desvantagens de uma política de equidade.

Ademais, os próximos anos serão para implementação, com a previsão de luta e resistência como sempre fora a luta pela sobrevivência e pelo direito à vida dos grupos populacionais diversos. Mo(ver) para ser visto, tirado da inviabilização e do exílio

constante. Viver a alteridade e o devir segue sendo o desafio ético e imperativo para a constituição de uma vida plena e diversa.

Referências

- BARROS, Manoel. 2010. *Poesia Completa*. São Paulo: Leya.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria n.º 254, de 31 de janeiro de 2002*. Brasília, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria n.º 992, de 13 de maio de 2009*. Brasília, 2009a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Decreto n.º 7.053, de 23 de dezembro de 2009*. Brasília, 2009b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria n.º 2.836, de 1º de dezembro de 2011*. Brasília, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria Interministerial, n.º 1, de 2 de janeiro de 2014*. Brasília, 2014.
- BRASIL. Diário Oficial da união. Lei Federal n.º 13.146, de 06 de julho de 2015. Brasília, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria n.º 4.384, de 28 de dezembro de 2018*. Brasília, 2018.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS*. São Paulo: Saúde e Sociedade, 2006.
- COLLINS, PATRICIA. *Interseccionalidade*. Patricia Hill Collins, Sirma Bilge; tradução Rane Souza. São Paulo: Boitempo, 2021.
- FOUCAULT, Michel. *Em defesa da sociedade*. Trad. Maria Hermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- GRANGEIRO, Alexandre; SILVA, Lindinalva Laurindo da; TEIXEIRA, Paulo Roberto. Resposta à Aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. Washington: *Revista Panamericana de Salud Publica*, 2009.
- GUATTARI, Félix. *Caosmose: Um novo paradigma estético*. São Paulo: Editora 34, 1992. Tradução de Ana Lúcia de Oliveira e Lúcia Cláudia Leão.
- JARDIM, Denise Fagundes; LÓPEZ, Laura Cecília (Orgs.). *Políticas da diversidade: (in)visibilidades, pluralidade e cidadania em uma perspectiva antropológica*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2013.

LEMOS, Flávia Cristina Silveira, CRUZ, Franco Farias da, SOUZA, Giane Silva Santos. *Práticas educativas, linguagens e produção da diferença*. São Paulo: Dialogia, 2014.

LOURO, Guacira Lopes. Teoria Queer: Uma Política Pós-Identitária para a Educação. *Revista Estudos Feministas*: Florianópolis, 2001.

MONTAÑÉS, Amanda Pérez. *Vozes do exílio e suas manifestações nas narrativas de Julio Cortázar e Marta Traba*. 2006. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) – Curso de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas. Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC, 2006.

NEGRI, Antonio. *Para uma definição ontológica da multidão*. Rio de Janeiro: Lugar Comum, 2004.

PAIM, Jaimilson Silva. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PELBART, Peter Pál. *Vida capital: ensaios de biopolítica*. São Paulo: Iluminuras, 2003.

PRECIADO, Paul Beatriz. Transfeminismo. In: *Transfeminismo*. Série Pandemia. São Paulo: n-1, 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. *Portaria nº 512 de 29 de julho de 2020*. Porto Alegre, 2020.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. *Portaria nº 360 de 13 de março de 2023*. Porto Alegre, 2023.

SAFATLE, Vladimir. *Circuito dos Afetos: corpos políticos, desamparo, fim do indivíduo*. São Paulo: Cosac Naify, 2015.

SAFATLE, Vladimir. *Bem-vindo ao Estado suicidário*. Pandemia Crítica. São Paulo: N-1 Edições, 2020.

TORRES, Igor Leonardo de Santana; FERNANDES, Felipe Bruno Martins. Queer (neo)colonial: colonialidade e teoria queer no Brasil. Niterói: *Revista Gênero*, vol.22 nº1, 2021.

Recebido em maio de 2023.
Aprovado em agosto de 2023.