



***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 Müller<sup>1</sup>*

**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, bissexuales, travestis y transexuales (LGBT), pueblos indígenas, población sin hogar, población negra, pueblos gitanos, población privada de libertad y egresados del sistema penitenciario, población de

<sup>1</sup> 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 exílio<sup>2</sup> 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

<sup>2</sup> 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.

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 pressupõe 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) objetifica 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 infindáveis mundos.

O percurso de evolução da movimentação das populações específicas tem um refluxo 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 intersetorialidade 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” (LE MOS *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 interseccionalidade<sup>3</sup>. 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

---

<sup>3</sup> 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 devir 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, prescrutando 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 LGBTQ+ 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 LGBTQ+, 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 LGBTQ+, 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 avalizar 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, 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, 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.