



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Tecnologia e Ciências

Instituto de Geografia

Évelin Generoso Ferreira Fonseca

**“Outras Geografias” na metrópole carioca: a população LGBTI+ e a
busca por uma cidade justa**

Rio de Janeiro

2020

Évelin Generoso Ferreira Fonseca

**“Outras Geografias” na metrópole carioca: a população LGBTI+ e a busca por
uma cidade justa**

Tese apresentada, como requisito parcial para
obtenção do título de Doutor, ao Programa de
Pós-graduação em Geografia, da Universidade
do Estado do Rio de Janeiro. Área de
concentração: Globalização, Políticas Públicas
e Reestruturação territorial

Orientador: Prof. Dr. Miguel Ângelo Campos Ribeiro

Coorientador: Prof. Dr. Ivaldo Gonçalves de Lima

Rio de Janeiro

2020

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CTC-A

F676 Fonseca, Évelin Generoso Ferreira.
“Outras Geografias” na metrópole carioca: a população LGBTI+ e a busca por uma cidade justa / Évelin Generoso Ferreira Fonseca. – 2020. 151 f. : il.

Orientador: Miguel Ângelo Campos Ribeiro.

Coorientador: Ivaldo Gonçalves de Lima.

Tese (Doutorado em Geografia) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Geografia.

1. Geografia humana – Rio de Janeiro (RJ) - Tese. 2. LGBTI+ - Tese. 3. Pessoas trans – Tese. 4. Saúde pública – Teses. 5. Direitos humanos – Teses. I. Ribeiro, Miguel Ângelo Campos. II. Lima, Ivaldo Gonçalves de. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Geografia. III. Título.

CDU: 911.3:613.885(815.3)

Bibliotecária Responsável: Priscila Freitas Araujo/ CRB-7: 7322

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Évelin Generoso Ferreira Fonseca

**“Outras Geografias” na metrópole carioca: a população LGBTI+ e a busca por
uma cidade justa**

Tese apresentada, como requisito parcial para
obtenção do título de Doutor, ao Programa de
Pós-graduação em Geografia, da Universidade
do Estado do Rio de Janeiro. Área de
concentração: Globalização, Políticas Públicas
e Reestruturação territorial

Aprovada em 19 de Novembro de 2020.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Miguel Ângelo Campos Ribeiro (Orientador)
Instituto de Geografia – UERJ

Prof. Dr. Ivaldo Gonçalves de Lima (Coorientador)
Universidade Federal Fluminense

Prof.^a Dra. Rejane C. de Araujo Rodrigues
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Prof.^a Dra. Rosemere Santos Maia
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.^a Dra. Ana Cláudia Carvalho Giordani
Universidade Federal Fluminense

Prof.^a Dra. Joseli Maria Silva
Universidade Estadual de Ponta Grossa

Rio de Janeiro

2020

DEDICATÓRIA

À minha mãe, Maria do Carmo, que mesmo sem entender bem o que eu estudava, sempre me deu força e suporte para conseguir concretizar mais um projeto de vida.

AGRADECIMENTOS

Depois de mais de quatro anos da tese que parecia interminável, após momentos de muita aprendizagem, alegrias, ansiedade e angústias, eis que chegou o momento de expressar meus sinceros agradecimentos às pessoas que fizeram parte de forma direta ou indireta na construção desse trabalho de pesquisa que é para mim uma grande realização pessoal e profissional.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer às forças do Universo que sempre emanaram energia positiva para que mesmo diante dos desafios, esse trabalho fosse concluído para dar início à novos ciclos.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Geografia da UERJ por me acolher em 2016 como aluna-pesquisadora que trazia uma temática que foge um pouco da geografia tradicional e que não é vista com “bons olhos” em alguns departamentos da área.

Aproveito para agradecer ao professor e orientador Dr. Miguel Ângelo Ribeiro por ter me incentivado a realizar o concurso para doutorado na UERJ e ter apostado no meu trabalho. Com seu humor peculiar, sempre esteve disponível para conversar, recomendar leituras e sugerir disciplinas que pudessem fortalecer o debate dessa tese.

Agradeço também ao professor e coorientador Dr. Ivaldo Gonçalves de Lima que desde a graduação me orienta, me inspira com sua inteligência e me apoia como pesquisadora, além de me ofertar e colocar em contato com as referências bibliográficas mais recentes, publicadas em diversos idiomas.

Não poderia deixar de agradecer ao grupo Ethos que nos últimos anos tem me ajudado a amadurecer intelectualmente a partir das discussões realizadas por pessoas inteligentes e capazes de construir uma “Outra Geografia”.

À professora Dra. Rejane C. de Araújo Rodrigues da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e Pontifícia Universidade Católica (PUC-Rio) sou inteiramente grata pela minha formação docente no Instituto de Aplicação Fernando Rodrigues da Silveira (CAp-UERJ), onde tive o privilégio de iniciar minha carreira e compartilhar práticas pedagógicas importantes. Agradeço também pelo aporte dado na qualificação, por todo carinho, atenção e por estar presente, mais uma vez na minha vida, nessa defesa de tese.

À professora Dr^a. Ana Cláudia Giordani da Universidade Federal Fluminense – UFF, que tive o prazer de conhecer em 2019 quando participou da banca de qualificação desta tese e trouxe ótimas contribuições para o avanço e aprimoramento da pesquisa, além de demonstrar e me transmitir bastante tranquilidade e positividade.

Aos professores Dra. Joseli Maria da Silva e Dr. Marcio Ornat da Universidade Estadual de Ponta Grossa – UEPG com os quais tive a honra de realizar uma disciplina. Foi uma semana muito intensa, de muitas leituras e bastante conteúdo que propiciou um grande avanço e amadurecimento no meu projeto de pesquisa que ainda estava sendo remodelado.

À professora Dra. Joseli Maria da Silva da Universidade Estadual de Ponta Grossa – UEPG e à professora Dra. Rosemere Santos Maia da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ também agradeço por aceitarem prontamente meu convite para participar nessa banca.

Agradeço imensamente à amiga Delfina Honrado Cabral que desde a graduação está presente em momentos importantes da minha vida e me ajudou a construir a Figura 3 “Hospitais que realizam cirurgia de transgenitalização no Brasil” e a Figura 13 “Programas de Saúde voltados para a população LGBTI+ no Rio de Janeiro”.

Da mesma forma, agradeço ao amigo Elton Simões Gonçalves pelos momentos de trocas durante a execução do Projeto CECIERJ ao longo dos anos de 2014 e 2015 e pelo apoio durante o doutorado, principalmente por se disponibilizar a ajudar na produção do “Mapa da área central do Rio de Janeiro e o bairro da Lapa”, Figura 12, mesmo com um bebê recém-nascido em casa.

Agradeço ao Francisco Fonseca, mais conhecido por Chiquinho, meu esposo, meu equilíbrio, minha inspiração e meu espelho que desde 1998 tem sido meu melhor exemplo de dedicação, foco, persistência e resiliência. Sem sua paciência, apoio, confiança e incentivo, principalmente nesta reta final, não teria conseguido concluir esta tese. Obrigada também pela leitura atenta e sugestões no texto.

Às minhas filhas gêmeas: Isabela Generoso e Sarah Generoso que apesar de terem apenas 9 anos, entenderam desde cedo que a mamãe precisava estudar e trabalhar para conseguir alcançar seus objetivos profissionais/pessoais e sempre me deram muito amor, companheirismo, momentos de alegria, risadas gostosas, suporte emocional, além de motivação para finalizar este projeto acadêmico.

Agradeço aos meus pais Maria do Carmo e Nilson. Minha mãe é a mulher mais esperta, otimista e guerreira que conheço. Consegue tudo o que quer, com muito esforço e ética. Esse exemplo de dedicação que não mede sacrifícios para conquistar seus objetivos sempre me foi ensinado e estimulado desde à infância. Sempre presente na minha vida e na das minhas filhas. Se não fosse a minha mãe, eu não teria conseguido finalizar essa tese. Meu pai virou um anjinho e tenho certeza que está sempre de olho em mim (como sempre fez), cuidando e me protegendo, como ele disse que faria para sempre. Imagino que ele esteja muito orgulhoso por eu ter conseguido conquistar mais este sonho.

Ao meu irmão Éverton Generoso, meu melhor amigo, parceiro de vida e de “tretas”. À minha cunhada Nathalia Generoso, pessoa carinhosa e prestativa que entrou na família para somar, me presenteando duas sobrinhas lindas: Helena e Laura.

Aos meus sogros Enedina Fonseca e Chico Mauro que sempre estiveram presentes na minha vida como se fossem meus segundos pais. Sempre me socorreram nos momentos de aperto no trabalho e muitas vezes me ajudaram nos cuidados com minhas filhas para que eu pudesse participar dos congressos acadêmicos e dormir umas noites inteiras.

Aos meus cunhados Denise Fonseca e Anderson Bueno que nunca mediram esforços para me ajudar com as crianças, principalmente, quando elas ainda eram bem pequenas e davam mais trabalho. Sempre pacientes e carinhosos, tenho um carinho enorme por vocês. Agradeço pelas lindas sobrinhas que vocês me deram: Raquel e Juliana (minha afilhada).

À minha avó e madrinha Beatriz de Assunção Ferreira que sempre foi muito carinhosa comigo e me levava sempre para comer pizza e *fast food*, escondido de meus pais. Dizem que avó estraga os netos... isso aí!

À Márcia de Assunção Ferreira, um misto de tia e de referência profissional que sempre me apoiou e me inspirou no meio acadêmico. Ainda no Ensino Fundamental, estudava comigo e ajudava a criar histórias em quadrinhos para a escola; esteve sempre presente nas minhas peças de teatro e me levou pela primeira vez ao cinema, quando eu tinha 8 anos. Agradeço por ter me inserido no seu nicho de amizades da EEAN – Escola de Enfermagem Ana Nery da UFRJ.

À professora Dra. Ivone Cabral da EEAN pela colaboração na divulgação do convite para captar pessoas para participarem da investigação dessa pesquisa e por

me apresentar o Simon. Aproveito, igualmente, para agradecer os convites para participar dos eventos sobre Vulnerabilidades sociais: Direito a Saúde e Cuidados a População LGBT na atenção primária à saúde, onde tive a oportunidade de aprender bastante e dialogar com pessoas incríveis.

Agradeço à amiga Carla Hirt que sugeriu que eu fizesse um artigo sobre o acesso das profissionais do sexo à saúde e acabou contribuindo para a construção desta pesquisa.

Agradeço à Lorna Washington pela gentileza de me apresentar à Vanessa.

Agradeço imensamente às travestis, à mulher transexual e aos homens transexuais que prontamente aceitaram participar do inquérito desta pesquisa, cederam seus depoimentos, compartilharam um pouco das suas histórias de vida e enriqueceram esta tese.

Aos funcionários do Programa de Saúde da Família da Lapa, particularmente ao Dr. Renato Bergallo pela amabilidade e colaboração prestada.

Agradeço ao amigo Ewerton pelos momentos de descontração durante esses anos e ao seu irmão Junior pela indicação de pessoas para participarem desta pesquisa.

Aos amigos Bruno Gomes e Rafael Chaves com os quais tive muitas trocas de saberes e desabafos durante a elaboração dessa tese. Obrigada pelos ouvidos e carinho.

Agradeço à Ana Quintella, à Mariane Catanzaro, ao Ramiro e à Marília pela confiança que sempre depositaram no meu trabalho na Escola Municipal Juan Antônio Samaranch. Agradeço aos amigos que fiz nessa escola: Nattascha Kyaw, Aline Barrucho, Tânia Regina, Robert Ouverney, Márcia Cristina (Tina), Márcia Souza, Claudia Paixão e Fabio Pereira que sempre me apoiaram no trabalho e me substituíram em momentos importantes na sala de aula para que eu pudesse realizar as disciplinas do doutorado e completar os créditos necessários para concluir o curso.

Agradeço aos colegas da 1ª CRE (Coordenadoria Regional de Educação) com quem tive a oportunidade de trabalhar e me deram a oportunidade de conhecer um pouco mais sobre a realidade das escolas da Rede Municipal de Ensino. Um agradecimento especial à Coordenadora Fátima Sueli Joaquim Lourenço pelo apoio e carinho desde que entrei na Secretaria Municipal de Educação do Rio de Janeiro – SMERJ.

Aos amigos Fernando Braga e Eduardo Prazeres pelo convite para compor a equipe gestora da Escola Municipal Rivadávia Corrêa e me ofertarem mais paz e alegria para desenvolver meu trabalho no espaço escolar.

Às amigas Angélica Zacharias, Tatiana Medeiros, Érika Mól, Daniele Lopes, Aline Ibraim e Andressa Spata agradeço pela confiança e amizade de tantos anos.

Às “Bonecas” da turma de graduação em geografia da UFF de 2004 (por ordem alfabética para não gerar ciúmes): Christiane Oliveira, Gabriela Rebello, Heleísa Nogueira e Tatiana Rocha pela amizade e companheirismo ao longo desses anos todos. Um agradecimento especial à Gabriela que está vivendo o mesmo momento de tensão acadêmica que eu e por isso foram longos os papos geográficos, a partilha de medos e angústias, a companhia para os congressos e as risadas gostosas.

À minha terapeuta Daniela Souza que me escuta e me faz refletir sobre minhas questões, desde 2016. Foi no consultório dela que consegui construir, desconstruir e reconstruir meu objeto de estudo desta pesquisa e caminhar em busca da minha essência e felicidade enquanto pessoa.

Levanto a minha voz, não para que eu possa gritar, mas para que aqueles sem voz possam ser ouvidos...

Malala Yousafzai

RESUMO

FONSECA, Évelin Generoso Ferreira. **“Outras Geografias” na metrópole carioca: a população LGBTI+ e a busca por uma cidade justa.** 2020. 151 f. Tese (Doutorado em Geografia) – Instituto de Geografia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 preconiza a saúde como direito de todos e um dever do Estado, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais. Ou seja, as necessidades de saúde das pessoas (ou de grupos) devem ser levadas em consideração mesmo que não sejam iguais às da maioria. Todos devem ter igualdade de oportunidade em usar o sistema de saúde. É um princípio de justiça social que precisa garantir a igualdade de assistência à saúde, sem privilégios ou preconceitos. Mas será que os cuidados de saúde e a prestação de serviços voltados para a população LGBTI+, especialmente, para travestis e transexuais, corresponde às suas necessidades e expectativas? A nossa busca por uma resposta para esta questão nos levou à realização, num primeiro momento, de uma discussão epistemológica entre geografia, gênero e saúde trazendo à tona os sujeitos generificados e sexualizados para o debate científico. Em seguida, abordamos os temas de justiça territorial e governança local para compreender a configuração do universo da gestão local em saúde do Centro de Saúde da Família na Lapa, o CSF-Lapa – um dos nossos objetos deste estudo – que por sua vez, nos conduziu a adentrar, de forma breve, a história da região central do Rio de Janeiro, a fim de localizá-la espacialmente enquanto um espaço histórico da boemia carioca e investigarmos os motivos que atraem travestis e transexuais para esta área, o que em parte explica a particularidade do CSF-Lapa configurar-se como um espaço diferenciado com metodologia de abordagem médico-preventiva para a população trans que vive nesse bairro, característica esta que averiguamos através da condução de uma pesquisa empírica obtida a partir da aplicação de inquéritos com 15 pessoas trans (10 travestis e 5 transexuais) a fim de verificar, através de suas narrativas, como o alcance das políticas públicas de saúde ocorre para esse grupo nos diferentes níveis do setor de saúde (primário, secundário e terciário). Os resultados da nossa pesquisa de doutorado mostraram que há avanços na efetivação dos direitos à Saúde da população trans no que diz respeito à prestação destes serviços no âmbito primário quando combina-se a realização de um trabalho de acolhimento diferenciado para estas pessoas (propiciado pelo fato do CSF-Lapa ser um Centro de Saúde Escola) com uma governança local (Prefeitura + UNESA + Luana Muniz) que promove um território justo no qual o direito à saúde e à cidade justa para travestis e transexuais é instituído. No entanto, quando analisamos os serviços de média e alta complexidades (âmbitos secundário e terciário) da rede pública de saúde do Rio de Janeiro, observamos que a falta de preparo dos profissionais de saúde (causada pela escassez de programas educacionais sobre a saúde transgênero) para atender às especificidades da população trans é um enorme entrave para a garantia do direito destes cidadãos à saúde e à cidade justa.

Palavras-chave: LGBTI+; população trans; políticas públicas de saúde; justiça territorial; cidade justa; CSF-Lapa; governança local.

ABSTRACT

FONSECA, Évelin Generoso Ferreira. **“Other Geographies”**: the LGBTI+ population and the searching for a just city. 2020. 151 f. Tese (Doutorado em Geografia) – Instituto de Geografia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

In Brazil, the Federal Constitution of 1988 establishes health as a duty of the State and a right for all citizens, regardless of sex, race, income, occupation, or any other social parameters. That is, people's needs for health (individually or as groups) must be taken into account, even if they differ from those of majority groups. Equal opportunities concerning the health system should be available for everyone. The guarantee of equal health care, without privileges or prejudices, is a principle of social justice. But does health care and service provision for the LGBTI + population, and especially for transvestites and transsexuals, match their needs and expectations? Our search for an answer to this question led us to carry out, at first, an epistemological discussion between geography, gender, and health, bringing the gendered and sexualized subjects to the scientific debate. Then, we explored the issues of territorial justice and local governance to understand the local health management at the Family Health Center in Lapa (“CSF-Lapa”) configuration - one of the objects of this study that led us to briefly assess the historical aspects of the central region of the City of Rio de Janeiro, in order to geographically and historically place it as a space of the carioca bohemia and to investigate the reasons that attract transvestites and transsexuals to that region. These are some of the aspects that partially explain the particularity of the CSF-Lapa to be configured as a singular space with a medical-preventive methodology approach for the trans population living in that neighborhood – an aspect that we have ascertained through conducting an empirical research by interviewing 15 trans people (10 transvestites and 5 transsexuals) in order to verify, through their narratives, how the public health policies reaches this group at different levels (primary, secondary and tertiary) of the health sector. The research results show advances in the effective implementation the trans population health rights with regards to the provision of these services at the primary level when combined with the performance of special reception services for these people (due to the fact that CSF- Lapa is a Health School Center), with a local governance (composed of agents from the City of Rio de Janeiro and UNESA, in partnership with Luana Muniz) that promotes a fair territory in which health right is instituted just as the right to a fair city for transvestites and transsexuals. When we analyze medium and high complexity services (secondary and tertiary levels) of the public health network in the City of Rio de Janeiro, however, we notice that the health professionals lack of prepare (due to the lack of educational programs on transgender health) for meeting the trans population specificities is a huge obstacle to guaranteeing these citizens' rights to health and to live in a fair city.

Keywords: LGBTI+; trans population; public health; policies territorial justice; fair city; Csf-Lapa; local governance.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Casos acumulados das notificações da COVID-19.....	44
Figura 2 –	Casos de Covid-19 por Município de notificação.....	45
Figura 3 –	Hospitais que realizam cirurgia de transgenitalização no Brasil pelo SUS.....	57
Figura 4 –	Quadro: Estado da arte da justiça espacial na geografia internacional.....	68
Figura 5 –	Quadro: Estado da arte da justiça espacial na geografia brasileira e em língua vernácula.....	69
Figura 6 –	Imagem dos países com maiores registros de homicídios por transfobia.....	73
Figura 7 –	Número de agressões contra pessoas trans entre 2014 e 2017.	74
Figura 8 –	Imagem das agressões contra pessoas trans em 2017 no Brasil.....	75
Figura 9 –	A invisibilidade da violência contra a população trans.....	76
Figura 10 –	Agressões de pessoas trans por raça.....	78
Figura 11 –	Os três polos (Estado, empresa e sociedade civil) de governança territorial e local do CSF-Lapa.....	85
Figura 12 –	Mapa da área central do Rio de Janeiro e o bairro da Lapa.....	89
Figura 13 –	Unidades de Saúde voltados para a população LGBTI+ no Rio de Janeiro.....	115
Figura 14 –	Visita de campo ao “Casarão”.....	123
Figura 15 –	Presença e apoio da Luana Muniz ao CSF-Lapa.....	123

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico da subamostra da população de Travestis.	103
Tabela 2 – Perfil sociodemográfico da subamostra da população de Transexuais.....	104
Tabela 3 – Uso de drogas lícitas e ilícitas pelas(os) depoentes.....	105
Tabela 4 – Uso de hormônios e silicone industrial pelas(os) depoentes	108
Tabela 5 – Depressão e tentativa de suicídio pelas(os) depoentes.....	112

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ANTRA	Associação Nacional de Travestis e Transexuais
CFM	Conselho Federal de Medicina
CID	Código Internacional de Doenças
CRE	Coordenadoria de Ensino
CSF	Centro de Saúde da Família
GETE	Grupo de Estudos Territoriais
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HUPE	Hospital Universitário Pedro Ernesto
IDG	Índice de Desigualdade de Gênero
IEDE	Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione
ISTs	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LGBTI+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, Intersexo e outras
OMS	Organização Mundial de Saúde
PET	Programa de Educação Tutorial
PMF	Programa Médico de Família
PSF	Programa de Saúde da Família
SME	Secretaria Municipal de Educação
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
UEPG	Universidade Estadual de Ponta Grossa
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UNESA	Universidade Estácio de Sá
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

	TRAJETÓRIA ACADÊMICA: DA GRADUAÇÃO NA UFF AO DOUTORADO NA UERJ.....	17
	INTRODUÇÃO.....	22
1	GEOGRAFIA, GÊNERO, SAÚDE E SEXUALIDADE.....	32
1.1	Gênero e sexualidade na ciência geográfica	32
1.2	As políticas de saúde no Brasil voltadas para a população trans.....	44
1.3	As dificuldades de acesso das travestis e transexuais à rede pública de saúde	53
2	JUSTICA TERRITORIAL E DIREITO À CIDADE JUSTA.....	59
2.1	Moral e Ética: Uma discussão espacial na busca pela justiça como equidade e felicidade.....	59
2.2	Justiça territorial e saúde: O direito à diferença como direito social básico num contexto transfóbico.....	63
2.3	Governança Territorial: Territórios Justos	79
2.3.1	<u>A polissemia da governança.....</u>	<u>80</u>
2.3.2	<u>Governanças territorial e local no CSF-Lapa.....</u>	<u>82</u>
3	AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO: A LAPA E OS SERVIÇOS BÁSICOS DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA A POPULAÇÃO TRANS.....	87
3.1	Entre altos e baixos: a Lapa do glamour, da decadência e da recente resignificação.....	87
3.2	A Lapa e adjacências como espaço de vivência e experiência de travestis e transexuais.....	92
4	O ACESSO E A PROMOÇÃO À SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS SUJEITOS CORPORIFICADOS DE DIREITOS.....	100
4.1	A face nua e crua das condições socioespaciais dos sujeitos da pesquisa.....	101
4.2	A efetivação de direitos à Saúde das pessoas trans na saúde básica: O exemplo do CSF-Lapa como estratégia local de saúde.....	116
4.3	Os desafios enfrentados na continuidade do cuidado nos serviços de média e alta complexidade dos programas de saúde públicos do	

Rio de Janeiro.....	125
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	136
REFERÊNCIAS.....	142
APÊNCIDE A – Roteiro de inquérito para a população travesti e transexual: perfil sociodemográfico e exploração do objeto de estudo.....	150

TRAJETÓRIA ACADÊMICA: DA GRADUAÇÃO NA UFF AO DOUTORADO NA UERJ

Entre os anos de 2004 e 2007 realizei o curso de graduação em geografia na Universidade Federal Fluminense (UFF). Durante o curso integrei por dois anos e dois meses o Programa de Educação Tutorial (PET), como bolsista, onde pude ampliar os conhecimentos no campo geográfico através de projetos de Ensino, Pesquisa e Extensão realizados nesse grupo. No PET, também pude me relacionar com colegas de diferentes períodos da graduação, além de ter mais proximidade com a professora Dra. Satie Mizubuti e com o professor Dr. Sérgio Nunes, tutores do grupo com os quais tive a honra de trabalhar e aprender. Um dos projetos do PET era o estudo sobre o Morro do Preventório, em Niterói - RJ. Esse projeto baseou em uma análise dos aspectos físicos, históricos, demográficos e sociais dessa área. O meu trabalho, especificamente, compreendeu a atuação do Programa Médico de Família (PMF) nessa localidade. Estava no último ano da graduação quando iniciei o meu projeto sobre o PMF e como esta pesquisa encontrava-se, ainda, em fase inicial, decidi submetê-la como proposta de estudo para o mestrado.

Entre 2008 e 2010 cursei o Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Geografia na UFF, cujo orientador foi o professor Dr. Ivaldo Lima. A dissertação consistiu em uma análise espacial da política pública de saúde do Programa Médico de Família em Niterói. O propósito geral foi analisar geograficamente o PMF, isto é, investigar como esse Programa de saúde se apropriava e transformava o espaço geográfico das áreas onde estava inserido. A partir da experiência empírica realizada no Morro do Preventório, observamos que a população residente dessa localidade adoecia menos, como consequência do controle médico-sanitário imputado sobre os corpos dos moradores e sobre o território. Ressaltamos que as ações preventivas nem sempre alcançavam o reconhecimento de valor pelos usuários do Programa, em detrimento das ações interventivas de cunho curativo. Diante disso, constatamos que o PMF garantia em parte o acesso à saúde, uma vez que na área estudada todos os moradores eram atendidos pelo Programa, mas o acesso era muitas vezes restrito ao nível básico de atenção à saúde, encontrando grande dificuldade de escoar as demandas dos usuários para os níveis de maior complexidade da rede de saúde de Niterói. Contudo, as pendências e obstáculos do

serviço de saúde em Niterói (e especificamente no Preventório) não estavam desligados nem sequer divergiam do que sucedia e ainda sucede na saúde, em geral, no país como um todo.

Durante os anos de 2009 a 2014 fui professora substituta do Instituto de Aplicação Fernando Rodrigues da Silveira (CAp-UERJ). Essa experiência foi importante para que pudesse estreitar mais os meus laços com essa Universidade, conhecer melhor o corpo docente, dentre eles, o meu orientador, professor Dr. Miguel Ângelo Ribeiro.

Em 2016 ingressei no doutorado na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) sob a orientação do professor Dr. Miguel Ângelo. Inicialmente, pensava em analisar a rede de saúde de Niterói. Contudo, após a leitura do livro que ganhei de presente do professor Miguel, intitulado: “Território, sexo e prazer” – de sua autoria juntamente com Rafael da Silva Oliveira – refleti que se o acesso à rede pública de saúde das pessoas cisgêneras (aquela cuja identidade de gênero equivale ao seu sexo biológico) e heterossexuais (aquela que sente atração por outra do sexo oposto) já é bastante complicado, provavelmente, as pessoas que transcendem a heterocisnormatividade teriam mais dificuldades para utilizar os serviços e recursos da rede pública de saúde.

Diante dessa preocupação socioespacial de saúde pública voltada para a atenção de pessoas trans¹, decidi reestruturar o projeto de pesquisa do doutorado para compreender a inter-relação entre Geografia, Gênero e Saúde, pois acredito na necessidade e urgência de um debate epistemológico sobre as “outras geografias” que foram ignoradas ou esquecidas, subalternizadas ou secundarizadas, isto é, as geografias que têm recebido pouca atenção nas pesquisas tradicionais da geografia humana, conforme apontam Nogué e Romero, 2006. É o caso da população LGBTI+ no espaço geográfico, principalmente quando se trata do acesso humanizado dessas pessoas no serviço público de saúde.

Para tanto, é preciso tornar essas “outras geografias” legítimas, entender os seus contornos, avaliar o seu alcance, reconhecer a sua relevância, torná-las integrantes e indissociáveis do novo horizonte da geografia atual. Estamos vivendo um momento histórico de retrocesso no que tange às discussões de gênero, pois na concepção conservadora do atual governo federal, o debate desta temática deve ser

¹ Utilizaremos o termo trans para denominar as pessoas que se reconhecem como travestis ou transexuais.

erradicado das escolas e da sociedade. No entanto, guiadas por estas “outras geografias”, é possível enfrentarmos este retrocesso e resistirmos, trazendo à pauta a problemática vivenciada por uma parcela da população historicamente negligenciada e silenciada, dando-lhe escuta a partir de seu lugar de fala, e visibilidade aos seus discursos nos espaços da academia e da ciência.

A presente tese: “Outras Geografias” na metrópole carioca: *A população LGBTI+ e a busca por uma cidade justa* tem como finalidade analisar a trama de tensões ético-políticas inerentes aos Programas de Saúde direcionados para a população LGBTI+.

Nesse sentido, cabe refletir sobre a utilidade prática das noções de Moral e Ética na construção de uma sociedade mais justa espacialmente, onde o direito à cidade seja garantido também a grupos minoritários, como é o caso da população trans, visando a garantia do direito à cidade dessas pessoas. Verificamos como esse direito é reconhecido no espaço geográfico a partir da experiência empírica dessas pessoas que buscam o reconhecimento da diversidade para a distinção de demandas específicas.

Para compreender a complexidade da temática em análise, busquei na UFF a disciplina “Geografia e Ética: Introdução à Justiça Territorial”, com o professor Dr. Ivaldo Lima. Nessa disciplina foram realizadas discussões filosóficas sobre Moral e Ética, assim como os seus usos na ciência geográfica e a implementação do conceito de justiça territorial. Cursar essa disciplina foi importante porque foram apresentados novos conceitos das ciências humanas empregados na geografia que possibilitaram avançar o meu olhar sobre a pesquisa de doutorado para a sistematização e reflexão de situações socioespaciais nas quais percebe-se a falta de recursos e profissionais especializados nas práticas e ações de promoção à saúde para a população trans.

Estudar o acesso das pessoas trans à saúde pública dará um pouco mais de visibilidade para a temática de gênero ainda pouco estudada na academia. Por esse motivo busquei no Programa de Pós-Graduação de Ponta Grossa (UEPG), no Paraná, uma nova inspiração para a minha pesquisa ao cursar a disciplina: “Sexo, Gênero e Sexualidade”, oferecida pelo Grupo de Estudos Territoriais (GETE). O curso oferecido pela professora Joseli Maria Silva e pelo professor Marcio Jose Ornat ampliou o meu leque de referências bibliográficas e possibilitou uma discussão ampla e diversificada sobre as questões de Gênero na Geografia,

aumentando o meu estímulo para seguir em frente com os estudos, na certeza de trazer à tona uma temática ainda pouco discutida na geografia crítica. Vale ressaltar que para realizar a disciplina precisei solicitar uma licença no trabalho. Através do apoio de professores amigos que entendiam e apoiavam os meus estudos, consegui a cobertura de todos os meus tempos de aula na escola em que lecionava. Com isso, obtive o “nada opor” da direção e, em seguida, a concessão – pela 1ª Coordenadoria de Ensino (CRE) da Secretaria Municipal de Educação do Rio de Janeiro (SME) – de uma semana de licença para estudo.

As políticas públicas de saúde também precisam respeitar, de maneira adequada, as necessidades das pessoas, considerando os locais onde vivem e mantêm suas relações sociais. O acesso ao espaço urbano é imprescindível para legitimar os direitos dos cidadãos e sua cidadania. Uma sociedade bem ordenada e democrática requer a apuração dos direitos dos seres humanos e a procura por uma divisão equitativa dos bens básicos, buscando a justiça como um valor essencial e primordial.

De acordo com Albuquerque e Silva (2017), o paradigma de formulação e execução de políticas públicas encontra-se em desenvolvimento no Brasil e enfrenta o desafio de intervir na democratização do poder público, na universalização dos direitos sociais básicos e também na redução das desigualdades socioterritoriais, sem perder os vínculos com as particularidades e diversidades locais.

Segundo Ferraz e Kraiczky (2010 apud Lucchese, 2004, p. 70), “as políticas públicas de saúde têm por função definir a resposta do Estado às necessidades de saúde da população, visando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em nível individual e coletivo”.

Diante do exposto, é visível a relevância da presente pesquisa para o Projeto “Estudos municipais e de Redes”, dentro da perspectiva das “Políticas Públicas e Reestruturação territorial” da Linha 1 do Programa de Pós-Graduação em geografia da UERJ. Além disso, essa pesquisa apresenta grande valor para os campos da saúde e de gênero.

O Projeto “Estudos municipais e de redes de localidades centrais” liderado pelo Professor Dr. Miguel Ângelo Campos Ribeiro possui uma estreita relação com o tema proposto, visto que a política nacional de saúde pública atual tem no conceito de território a sua base estratégica, dentre elas, podemos citar: a municipalização dos serviços de saúde, a integração de suas ações com funções e autoridade em

cada nível de governo, como o caso do CSF-Lapa (Centro de Saúde da Família da Lapa) e de outras instituições públicas de saúde do Rio de Janeiro.

O suporte bibliográfico, a sugestão de disciplinas e a confiança no meu trabalho concedido pelo professor e orientador Dr. Miguel Ângelo foram e têm sido fundamentais para que eu pudesse ter coragem e fôlego para mudar de tema após um ano de doutorado e dar início a uma temática ainda pouco conhecida por mim e discutida na ciência geográfica.

Integrar o grupo de estudos Ethos (Geografia Política, Ética, Gênero e Sexualidade) coordenado pelo professor Ivaldo Lima tem sido bastante aprazível e estimulante, devido ao compartilhamento de experiências acadêmicas dos membros, das referências bibliográficas apresentadas e dos debates acerca de questões da geografia, gênero e sexualidade que sempre abrem caminhos importantes para conhecer, interpretar e atuar de forma articulada e eficiente na ciência geográfica.

Outrossim, minhas participações em eventos científicos-acadêmicos têm propiciado amadurecimento acerca da temática em curso e estreitado laços com pessoas que estudam as mesmas questões acadêmicas.

INTRODUÇÃO

O modelo atual de atenção à saúde no Brasil evidencia uma busca pela concepção da saúde como produção social por meio de políticas públicas e ações no âmbito coletivo. A participação ativa da população é destacada como um meio essencial para operacionalizar a promoção desse modelo.

Sob a ótica da saúde como fenômeno multideterminado e produzido socialmente, o Artigo 196 da Constituição Federal brasileira de 1988 expressa uma importante conquista da Reforma Sanitária no país ao instituir a Saúde como direito de todos e dever do Estado, garantindo o bem-estar na saúde mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doenças e de outros agravos, além do acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

O texto constitucional aponta de forma objetiva a concepção do Sistema Único de Saúde (SUS) fundamentado na construção de um paradigma de saúde direcionado para as necessidades da população, buscando recuperar o compromisso do Estado para com o conforto social, especialmente, no que tange à saúde coletiva, fortalecendo o SUS como um dos direitos de cidadania.

O ponto de vista de saúde orientado pelo SUS sustenta o entendimento de que a alimentação, a moradia, o saneamento, o meio ambiente, a renda, o trabalho, a educação e o transporte também são primordiais para o bem-estar físico e social do ser humano no espaço geográfico.

Nesse sentido, para que essas condições se efetivem na sociedade, é fundamental termos políticas públicas que pretendam melhorar a qualidade de vida da população no local onde vivem. Por esse motivo, o bem-estar, em saúde, no sentido da equidade, é vital para que a cidadania seja exercida e para a garantia de uma adequada qualidade de vida da sociedade. Dessa forma, o direito à saúde torna-se imprescindível no âmbito dos direitos fundamentais básicos.

As políticas públicas de saúde alertam para as ações presentes entre Estado, poder e democracia; pelas práticas e disputas de poder existentes nesse jogo político através dos conflitos sociais que se encontram entremeados nos projetos e programas de saúde; pela definição dos espaços de poder e padrões de

espacialidade presentes nas ações de saúde pública. Esse exame aponta para fatores essenciais como igualdade, equidade e eficiência:

- a) do arranjo espacial dos serviços;
 - b) das necessidades da população;
 - c) e dos recursos disponíveis e acessíveis para o cuidado da saúde;
- que quando alcançados promovem a justiça territorial e a felicidade do ser humano que deveriam ser objetivos das políticas públicas (CORTINA, 2013).

As explicações sócio-históricas das desigualdades em saúde estão baseadas na concepção de que a saúde é um produto social, e determinados modelos de organização social são mais sadios do que outros. Desse modo, os processos que definem o arranjo da sociedade são aqueles que causam desigualdades sociais e produzem perfis epidemiológicos de saúde e doença. A discussão em torno da desigualdade em saúde colocou a questão do direito à saúde na pauta política mundial. Cada país empreende maior ou menor importância ao direito à saúde como um direito fundamental.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza três esferas para o bem-estar do ser humano: biológica, psicológica e social. Posto isto, observa-se que a saúde é uma das condições básicas para o exercício da cidadania do ser humano e é extremamente relevante para a qualidade de vida do indivíduo em seu meio social.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 preconiza a saúde como direito de todos e um dever do Estado, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais.

A saúde deve ser entendida de forma integral, a pessoa deve ser compreendida em sua totalidade, e as ações de saúde devem atender a todas as suas necessidades.

A atenção à saúde inclui tanto os meios curativos quanto os preventivos e de reabilitação; tanto os individuais quanto os coletivos. Em outras palavras, as necessidades de saúde das pessoas (ou de grupos) devem ser levadas em consideração mesmo que não sejam iguais às da maioria. Além disso, todos devem ter igualdade de oportunidade em usar o sistema de saúde. É um princípio de justiça social que precisa garantir a igualdade de assistência à saúde, sem privilégios ou preconceitos.

Como o Brasil contém disparidades sociais entre grupos definidos por gênero, renda, educação, etnia, condição de moradia ou trabalho; as necessidades de saúde devem variar de acordo com as necessidades reais da população a ser atendida.

As mudanças pelas quais passam o espaço geográfico devido às melhorias médico sanitárias revelam o quanto é importante o conhecimento dos territórios para mensurar as condições ambientais e socioeconômicas da população, e dessa forma ter competência para interceder e encarar os seus problemas. Por isso, é necessário entender o funcionamento dos serviços de saúde nos territórios específicos para determinar os efeitos e a qualidade desses serviços para a população.

Aos geógrafos interessam bastante as questões que envolvem a saúde, não somente pelo comportamento espacial do modelo de saúde vigente e da sua estratégia de articulação em rede, mas também pelas racionalidades existentes nas práticas dos seus serviços, das relações de poder entre os atores envolvidos e do papel de cada um no jogo político.

A geografia tem se interessado mais pelos debates da saúde coletiva e a cada dois anos, desde os anos 2000, realiza o Simpósio Nacional de Geografia da Saúde com a finalidade de entender novos significados da saúde e da vida, seja na cidade ou no campo, assim como o sentimento de pertencimento a uma comunidade e dos processos geradores do interesse coletivo, além da identidade daqueles que moram em cada lugar (GUIMARÃES, 2016).

Conforme afirma Generoso (2010), o espaço e a saúde tornam-se categorias centrais nos estudos geográficos de saúde coletiva, pois, à medida em que a saúde da população varia de uma área para outra, a população carece que seus serviços estejam igualmente distribuídos espacialmente. Por meio dos depoimentos das pessoas trans veremos como o alcance das políticas públicas de saúde ocorre para esse grupo nos diferentes níveis do setor de saúde (primário, secundário e terciário).

A corrente epistemológica feminista está presente no campo científico há quatro décadas, enquanto a geografia *queer* vem sendo discutida há três décadas. Contudo, no meio acadêmico geográfico, o estudo de gênero e sexualidade ainda é incipiente, além disso, é considerado por alguns geógrafos um tema que destoa da tradição epistemológica da geografia tradicional, como é possível observar em Silva *et al.* (2013).

Abordar essa temática é relevante por trazer à tona os sujeitos generificados, sexualizados e racializados para o centro do debate científico brasileiro. Isso não

significa que a discussão seja quimérica em outros contextos epistemológicos, sequer tenha o interesse de provocar qualquer descaracterização da geografia como ciência, muito pelo contrário, como apontam Silva *et al.* (2016).

As paisagens, tanto as visíveis quanto as invisíveis de gênero, de classe, de raça, dentre outras, constroem-se socialmente dentro de um jogo complexo e cambiante de relações de poder, no sentido mais amplo da palavra. Diante desse contexto de complexidade, o corpo humano está sendo considerado pela geografia crítica como um espaço social, como o nível mais elementar de penetração do poder em uma taxonomia escalar dos espaços entendidos como lugares (NOGUÉ e ROMERO, 2006).

Outro aspecto referido por Nogué e Romero (2006) é o poder do intangível na ciência geográfica, além da efemeridade como uma categoria que afeta o espaço geográfico contemporâneo, especialmente os urbanos. As geografias intangíveis são de difícil apreensão, assim como as geografias efêmeras. Nesse sentido, os autores abordam a importância de uma revisão do conceito de espaço geográfico, bem como novas metodologias que levem em consideração as geografias invisíveis, as intangíveis e as efêmeras.

Corroborando com a ideia da genealogia hierárquica do sistema de rigor científico na geografia tradicional apontada por Nogué e Romero (2006), Silva *et al.* (2016, pp. 16-17) explicam que:

Ao fazer parte do campo científico da geografia brasileira, defendendo as abordagens geográficas de gênero, raça e sexualidades, convivemos com vozes que se erguem para alertar para o 'perigo' dos saberes não geográficos que tentam compor a geografia. O alerta aos 'perigos' tem sido respaldado pela defesa de uma tradição epistemológica, a fim de preservar o que alguns geógrafos pensam ser a 'verdadeira' geografia. Os intelectuais adeptos do fundamentalismo científico têm desempenhado importante papel na negação de determinadas existências espaciais humanas, contribuindo para a violência epistêmica que a geografia brasileira ainda impinge sobre grupos sociais invisibilizados.

Nesse sentido, abordar a sexualidade na geografia é relevante socialmente, porque se trata de um tema político da cultura ocidental, além de se referir a uma questão moral, podendo ser usada para qualificar e desqualificar pessoas, rompendo com o pensamento íntimo do ser humano.

Outro aspecto importante sobre essa temática nos estudos geográficos é que a sexualidade está presente na vida cotidiana das pessoas, como na escola, no

trabalho, nos espaços públicos e privados. Além disso, a sexualidade é atravessada por relações de poder construídas pela humanidade, como aponta Foucault (1979).

As questões de gênero e sexualidade podem ser analisadas na geografia a partir de relações de poder, a medida em que homens, mulheres, bissexuais, intersexuais, assexuais, travestis, homens transgênero, mulheres transgênero, dentre outras inúmeras categorias de gênero têm produzido e ocupado diferentes espaços sociais. Negar a existência espacial desses grupos seria consolidar mais uma forma de exclusão epistemológica e social.

Consideramos os estudos sobre gênero e saúde na geografia bastante intrigantes, devido à correspondência entre os programas de saúde com as práticas de poder. A diferença de gênero e sexualidade é um jogo político que é, ao mesmo tempo, jogo cultural e social. Sendo assim, precisamos analisar como os serviços de saúde presentes no espaço urbano estão sendo oferecidos para a população trans.

Dentre os fatores que dificultam a população travesti e transexual a utilizar mais os serviços básicos de saúde, podemos citar: o conhecimento da oferta e da existência do serviço oferecido por parte dos usuários e as barreiras socioculturais tais como, a pobreza, a posição social, o gênero e o racismo, que dificultam ou interditam o cuidado e a prestação do serviço de atenção em saúde. Além desses fatores, a população trans necessita de serviços dos setores secundários e terciários, tais como: endocrinologista, dermatologista, psicólogo, psiquiatra, ginecologista, urologista, cirurgião plástico, dentre outros.

Questionamos se os cuidados de saúde e a prestação de serviços voltados para a população LGBTI+, especialmente, para travestis e transexuais, corresponde às suas necessidades e expectativas. Diante disso, surge nossa questão central: sob que condições socioespaciais se efetiva o direito à saúde da população LGBTI+ na metrópole carioca?

Diante dessa questão, o objetivo geral dessa pesquisa é analisar a trama de tensões ético-políticas intrínsecas aos Programas de Saúde voltados à população LGBTI+.

Mais especificamente, objetiva-se:

- a) Examinar as potencialidades e fragilidades das políticas públicas de saúde voltadas para a população LGBTI+, isto é, se os cuidados de saúde e a prestação de serviços voltados para este grupo,

especialmente, para travestis e transexuais, corresponde às suas necessidades e expectativas;

b) Discutir a justiça territorial e a governança local para entender a forma como está estruturada a gestão dos programas de saúde voltados para a população LGBTI+ residente no bairro da Lapa;

c) Compreender a centralidade da Lapa no que diz respeito à prostituição e atração da população LGBTI+ para essa localidade, e os programas de saúde existentes na área direcionados para esse grupo;

d) Analisar os desafios enfrentados pela população trans para ter acesso aos serviços de saúde primários, secundários e terciários dos programas de saúde públicos do Rio de Janeiro.

O recorte espacial deste trabalho compreende a metrópole da cidade do Rio de Janeiro, com enfoque na Lapa, visto que o CSF-Lapa se encontra nessa localidade.

O CSF-Lapa é um Programa Municipal do Rio de Janeiro. Esta unidade funciona em parceria com a Universidade Estácio de Sá (UNESA) e a Defesa Civil. O Programa possui um grupo de atendimento básico e específico com metodologias próprias e uma abordagem voltada para pessoas travestis e transexuais que residem no bairro da Lapa, e tem como finalidade a busca por prevenção de doenças e seus agravos.

O IEDE é um centro de excelência no tratamento, ensino e pesquisa de doenças endócrinas e metabólicas do Governo do Estado do Rio de Janeiro, onde funciona um Programa específico que atende às pessoas com disforia de gênero. Esse Programa serve de suporte às pessoas que possuem o gênero em “desacordo” com o sexo biológico e, portanto, necessitam realizar terapia hormonal e, quando apropriado, essas pessoas são encaminhadas para a realização da cirurgia de redesignação sexual, isto é, mudança de “sexo”.

O HUPE realiza o processo transexualizador desde 2002 por meio de projeto de pesquisa de hospitais universitários, amparado por resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM). Em agosto de 2008, o Ministério da Saúde publicou a portaria nº 457 regulamentando o Hospital Universitário Pedro Ernesto, da UERJ, como um dos cinco hospitais do país a realizar o processo Transexualizador através do Sistema Único de Saúde.

A tese está estruturada em quatro capítulos. No primeiro, realizaremos uma discussão epistemológica entre geografia, gênero, saúde e sexualidade que envolveu uma extensa pesquisa bibliográfica em livros e artigos. As relações de gênero são resultado de um processo de construção social que estrutura, além das relações erótico-afetivas, as relações de trabalho, as políticas públicas de saúde, de educação, de segurança, de justiça, de assistência, enfim, todas as relações sociais (NARDI, 2017). A concepção “enraizada” reducionista na nossa sociedade é a de que “homens têm pênis e mulheres têm vagina”, ou seja, no senso comum, as questões de gênero são formadas a partir de estereótipos engendrados precocemente e reduzidas à biologia, à anatomia. Segundo Jesus (2015), o gênero não se reduz ao sexo biológico e nem se deduz dele. Acreditamos na necessidade de desconstruir a ideia de que sexo seja igual a gênero. Em seguida, apontaremos as atuais políticas públicas de promoção à saúde voltadas para as pessoas trans e, posteriormente, trataremos sobre as dificuldades de acesso à rede pública de saúde.

No segundo capítulo faremos uma discussão sobre justiça territorial e governança local, a fim de compreender a configuração do universo da gestão local em saúde do CSF-Lapa. Para entender e analisar distorções espaciais, o conceito de justiça territorial nos parece o mais adequado. O termo justiça na geografia pode ter diversos usos e sentidos (VAN DEN BRULE, 2020). Optamos pela utilização do termo justiça territorial tal como Soja (2010), no qual o autor aborda esse conceito no sentido do direito à cidade visando a promoção de cidades mais justas, democráticas e inclusivas. Faz-se necessário também discutir o conceito de governança local na pesquisa em curso, dado que o CSF-Lapa tem uma gestão compartilhada entre diferentes agentes e atores sociais, uma parceria público-privada entre a Prefeitura do Rio de Janeiro e a Universidade Estácio de Sá que teve a Luana Muniz² como uma liderança popular significativa na época de sua formação e consolidação, especialmente na forma de atendimento à saúde voltado para travestis e transexuais. Vale salientar que uma gestão urbana democrática necessita da participação dos seus cidadãos nas deliberações essenciais da vida urbana.

² Travesti conhecida como “Rainha da Lapa”, ativista do movimento LGBTI+ e participante de um projeto de capacitação de travestis e transexuais para o trabalho formal. Paralelo a este trabalho, ela mantinha uma casa para acolher travestis, transexuais, prostitutas e pessoas que vivem com HIV. Morreu em 06/05/2017. Neste mesmo ano foi lançado o documentário “Luana Muniz: Filha da Lua” que conta um pouco da história da sua trajetória na noite carioca.

No terceiro capítulo abordaremos a iniciativa do CSF-Lapa em criar um espaço diferenciado com metodologia de abordagem médico-preventiva para a população trans que vive nesse bairro. Para tanto, descreveremos de forma breve a história da região central do Rio, a fim de localizá-la espacialmente enquanto um espaço histórico da boemia carioca. Posteriormente investigaremos os motivos que atraem travestis e transexuais para esta área e, por fim, verificaremos as estratégias de efetivação de direitos à saúde a partir dos Programas de Saúde na área voltados para a atenção dessas pessoas. Analisaremos o encaminhamento dessas pessoas para os demais níveis de saúde e observaremos a integração da rede de saúde que dá suporte às pessoas trans.

No quarto capítulo, apresentaremos a análise qualitativa da pesquisa empírica obtida a partir dos inquéritos que foram realizadas com pessoas trans (travestis, mulheres e homens transexuais). Para acessar essas pessoas utilizamos o método conhecido como *snowball*, termo em inglês para denominar o modelo “bola de neve”. A opção pelo uso desse método deve-se ao difícil acesso à população travesti e transexual, especialmente, nesse ano de 2020 por causa da pandemia de Covid-19 que implicou em um longo período de distanciamento social.

Dentre as possibilidades metodológicas de investigação em ciências humanas, a aplicação de inquéritos ou *survey* tem se tornado uma das mais recorrentes. O inquérito se difere de outras formas de técnicas e instrumentos de pesquisa, tais como a realização de entrevistas e a aplicação de questionários.

A entrevista pode ser caracterizada como o “encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de um determinado assunto” (MARCONI e LAKATOS, 1999, p. 94). A aplicação de questionário pode ser considerada um “instrumento de coleta de dados constituído por uma série de perguntas, que devem ser respondidas por escrito” (MARCONI e LAKATOS, 1999, p. 100). O inquérito pode ser definido como sendo “uma interrogação particular acerca de uma situação” (GHIGLIONE e MATALON, 1995, p.8).

Optamos pela aplicação de inquérito, porque o levantamento de dados pode ser conduzido por meio do recolhimento de informações através de conversações mais amplas, obtidas a partir das respostas individuais dadas a um conjunto de perguntas por um grupo representativo de respondentes, em torno das quais produzimos conclusões passíveis de serem qualificadas.

Diante do cenário de pandemia do Novo Coronavírus (COVID-19) e o distanciamento social ao qual estamos submetidos, conforme orienta o Ministério da Saúde, houve a necessidade de realizar alguns ajustes na pesquisa. Inicialmente, a pesquisa seria realizada na área central da cidade do Rio de Janeiro onde encontram-se o Centro de Saúde Lapa (CSF-Lapa) – local de prestação de serviços primários à saúde – e o ambulatório de disforia de gênero do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione (IEDE) – local de prestação de serviços secundários e terciários à saúde.

A primeira mudança foi ampliar o nosso escopo de análise espacial para a cidade do Rio de Janeiro. A segunda alteração teve relação com o modo de realização dos inquéritos – pois pensávamos em efetuá-las dentro dos Programas de saúde – contudo, não foi possível, visto que esses locais são grandes focos de contaminação da doença. Com a impossibilidade de realizar os questionários nos espaços públicos de saúde, utilizamos o método *Snowball* (bola de neve) onde algumas pessoas foram convidadas para participar do inquérito e, a partir deles, outros contatos foram surgindo. Por conta disso, tivemos outro fator de mudança que foi o cenário dos serviços de saúde. Conforme mencionado anteriormente, inicialmente iríamos investigar pessoas que fossem atendidas pelo CSF-Lapa e pelo IEDE, mas durante a pesquisa encontramos pessoas que utilizavam os serviços de saúde de diferentes instituições do Estado do Rio de Janeiro.

Foram inquiridas quinze (15) pessoas durante os meses de março e abril de 2020, sendo seis (6) delas pessoalmente e nove (9) delas por meio do aplicativo WhatsApp. Das quinze (15) pessoas que deram depoimentos, oito (8) delas utilizou ou utiliza o CSF-Lapa, portanto, mantivemos a área central do Rio de Janeiro como uma localidade importante para a nossa análise espacial. Salientamos que parte dos contatos indicados não utilizavam os serviços públicos de saúde da cidade do Rio de Janeiro, então, o inquérito não foi concluído e, portanto, não aparece na análise de conteúdo da presente tese.

A operacionalização da pesquisa foi feita a partir da análise dos discursos dos sujeitos que participaram da pesquisa e são atendidos no Centro de Saúde da Família da Lapa e demais instituições públicas de saúde do Estado do Rio de Janeiro (nos três níveis de atenção à saúde). As narrativas obtidas a partir dos inquéritos foram examinadas e serviram de suporte para a avaliação dos serviços

públicos de saúde prestados para as pessoas trans na região metropolitana do Rio de Janeiro.

As travestis serão indicadas pela letra T seguida da sua idade, exemplo: T1, 28 anos. A mulher transexual será identificada pela sigla: MT1, 40 anos. Os homens transexuais pela sigla: HT seguida da sua idade, exemplo: HT1, 37 anos. Os nomes dos profissionais de saúde que aparecerem nas falas serão apontados como: (PS) e identificados da letra A até G, exemplo: PS “A”, PS “B” e assim por diante. Para resguardar as instituições de saúde mencionadas, colocaremos a sigla: IS, distinguidas pelas letras: A, B, C, D, E, F, G, H e I, exemplo: IS “A”, IS “B”. Dessa forma, esperamos garantir o anonimato de todos os depoentes, dos profissionais de saúde e das instituições de saúde citados.

Sendo assim, respondemos ao objetivo geral à luz dos conceitos de justiça territorial e governança local no âmbito do direito à saúde como um direito de acesso à cidade justa, pois acreditamos que através do uso destes conceitos seja possível ampliar as recentes discussões no campo da Geografia.

1 GEOGRAFIA, GÊNERO, SAÚDE E SEXUALIDADE

Neste capítulo evidencia-se a relevância dos estudos de gênero e sexualidade na ciência geográfica no seu contato com a saúde pública. Na primeira parte, discorreremos sobre a dicotomia entre as categorias de sexo, gênero e orientação sexual. Também abordaremos a questão da travestilidade e da transexualidade. Na segunda parte, abordaremos a política de saúde no Brasil voltada para a população trans. Finalmente, na terceira parte apontaremos as dificuldades das pessoas trans no acesso à rede pública de saúde.

1.1 Gênero e sexualidade na ciência geográfica

Conforme apontam Monk e Hanson (2016), a maior parte das pesquisas em curso no campo da geografia humana empregam, inadvertidamente, uma perspectiva sexista. Os autores não fazem uma acusação aos geógrafos, nem criticam os mesmos em relação ao seu posicionamento epistemológico tradicional, mas provocam um debate crítico e construtivo acerca das formas pelas quais podemos inserir na geografia um pensamento feminista. Os mesmos se questionam: “Por que a geografia, em sua maior parte, evita assiduamente pesquisar questões que envolvem metade da humanidade?” (MONK e HANSON, 2016, p. 32). Diante disso, os autores supracitados acreditam que a resposta para essa pergunta esteja no fato de que o conhecimento é um constructo social. O tipo de pesquisa que se produz depende de quem a produziu, assim como os métodos de análise.

Embora o conhecimento acadêmico sobre mulheres tenha, até o momento, produzido pouco impacto sobre a comunidade da geografia, grande parte da sua relevância para a nossa disciplina pode ser compreendida a partir de uma década de pesquisa e crítica feminista em outras ciências sociais e na humanidade (MONK; HANSON, 2016, p. 34).

De acordo com Hopkins (2016), grande parte das pesquisas feministas chamam a atenção para a importância das relações de gênero e para as vias complexas por meio das quais o espaço e o lugar são produzidos e vividos de maneiras generificadas. Ainda de acordo com esse autor, as feminilidades e

masculinidades não poderiam ser entendidas como categorias fixas, mas como formas de classificação construídas socialmente, que apresentam significado pela sua constante repetição durante o processo de socialização, impostas pelos que detém poder, frequentemente corroboradas pelas experiências diárias e pelas várias formas de mídia.

Gênero e sexualidade são conceitos que exigem debate aprofundado e crítico na academia e na sociedade de um modo geral, porque existe pouco consenso e grande ambiguidade conceitual sobre esses termos nos diferentes campos do saber.

No campo social, de acordo com Ventura (2010), a categoria gênero foi inserida pelos cientistas sociais entre os anos 1960 e 1970, com a finalidade de ressaltar as determinações e os estereótipos do que seria feminino e masculino. Existem duas definições de gênero nas teorias sociais: uma corrente acredita que o gênero é um atributo do indivíduo e a outra concebe que o gênero seja um atributo da regulação social. No campo da psicanálise permite-se ao sujeito definir o seu gênero, ou seja, como ele deseja ser visto e compreendido pela sociedade (JORGE; TRAVASSOS, 2018).

Segundo Judith Butler (2017), as questões de gênero nem sempre foram colocadas de forma coerente ou consistente nos diferentes contextos históricos. Além disso, a autora aponta as interseções existentes entre as categorias de raça, classe, étnicas, sexuais e regionais de identidade discursivamente constituídas. Por esse motivo, Butler (2017) explica a dificuldade de separar a noção de “gênero” do cruzamento político e cultural onde essa noção costuma ser elaborada e sustentada, como podemos observar no trecho adiante:

O gênero nem sempre constitui de maneira coerente ou consistente nos diferentes contextos históricos, e porque o gênero estabelece interseções com modalidades raciais, classistas, étnicas, sexuais e regionais de identidades discursivamente constituídas. Resulta que se tornou impossível separar “gênero” das interseções políticas e culturais em que invariavelmente ela é produzida e mantida (BUTLER, 2017, p. 21).

De acordo com Simone de Beauvoir (1980), a palavra gênero é uma categoria social imposta a um corpo sexuado. O emprego desse vocábulo tem origem social e é usado de forma subjetiva para classificar mulheres e homens a partir da sua genitália. Contudo, esse sistema de relações pode incluir o sexo, mas não é determinado por ele, nem determina a sexualidade.

Podemos observar também em Butler (2017, p. 26) a distinção entre sexo e

gênero. Segundo a autora, embora o sexo possa parecer intratável biologicamente, o gênero é construído culturalmente “não é nem o resultado causal do sexo nem tampouco tão aparentemente fixo quanto o sexo”. A partir dessa premissa, podemos entender que o gênero pode ser analisado como uma interpretação múltipla do sexo.

Em seu livro “Problemas de Gênero”, Butler (2017, p.27) apresenta uma série de questionamentos sobre sexo e gênero, como podemos notar:

Podemos referir-nos a um “dado” gênero, sem primeiro investigar como são dados o sexo e/ou o gênero e por que meios? E o que é, afinal, o “sexo”? É ele natural, anatômico, cromossômico ou hormonal, e como deve a crítica feminista avaliar os discursos científicos que alegam estabelecer tais “fatos” para nós? Teria o sexo uma história? Possuiria cada sexo uma história ou histórias diferentes? Haveria uma história de como se estabeleceu a dualidade do sexo, uma genealogia capaz de expor as opções binárias como uma construção variável? Seriam os fatos ostensivamente naturais do sexo produzidos discursivamente por vários discursos científicos a serviço de outros interesses políticos e sociais? Se o caráter imutável do “sexo” seja tão culturalmente construído quanto o gênero, de tal forma que a distinção entre sexo e gênero revela-se absolutamente nula.

Para Saraiva (2015), as questões de gênero são complexas, pois se referem ao modo de agir orientado pelo desejo, experimentando papéis masculinos e femininos ou ambos, não estando a categoria gênero reduzida a genitália (pênis ou vagina).

Os psicanalistas Jorge e Travassos (2018) discorrem que o sexo de uma pessoa caracteriza um estado biológico sob a forma de homem ou mulher constituído por peculiaridades físicas, sejam elas cromossômicas, hormonais ou anatômicas (internas ou externas). Enquanto o gênero é uma concepção cultural artificial habitualmente relacionada ao sexo e representa papéis, comportamentos, atividades e características considerados pela sociedade como apropriados aos meninos/homens e meninas/mulheres.

Vale notar que em cada cultura e cada época as formas de expressão ligadas ao gênero se modificam, como mostra Cury (2012) em seu livro “Transexualidade: da mitologia à cirurgia”. Sendo assim, “o sexo é da ordem do real do corpo, da anatomia e da biologia; o gênero é da ordem do sentido que a cultura na qual as pessoas vivem atribui ao que considera como masculino e feminino” (JORGE; TRAVASSOS, 2018, p. 43).

No entanto, para Butler (2017) não faz sentido a definição de gênero como uma mera interpretação cultural, porque segundo a autora, o gênero de uma pessoa não deve ser concebido como a inscrição cultural de significado num sexo

anteriormente estabelecido (concepção jurídica), ele precisa caracterizar também o aparato mesmo de produção através do qual os próprios sexos são determinados. Sendo assim, o gênero não estaria para a cultura como o sexo está para a natureza; “ele também é o meio discursivo/cultural pelo qual “a natureza sexuada” ou “um sexo natural”, anterior à cultura, uma superfície politicamente neutra sobre a qual age a cultura” (BUTLER, 2017, p. 27).

Segundo Arán; Murta; Lionço, (2008), até o século XVII havia uma liberdade maior em relação à sexualidade, podendo os sexos se misturarem mais livremente, sem imposições jurídicas. Foi através da medicina que surgiu a necessidade de reconhecer o sexo determinado pela natureza e consequentemente aquele que a justiça reconhece como tal. Possuir um sexo significa estar submetido a um conjunto de regulações sociais que estabelecem normas norteadoras de inteligibilidade e coerência entre sexo, gênero, prazeres e desejos, funcionando como um princípio de auto interpretação. Diante disso, “o verdadeiro sexo” seria a consequência da naturalização das normas materializadas na sociedade.

A utilização do termo sexualidade é relativamente recente. Foucault (1979) esclarece a construção sociocultural da sexualidade, assim como discutimos atualmente. De acordo com este autor, até o século XIX, as indagações a respeito dos corpos e dos comportamentos sexuais faziam parte de preocupações religiosas e da filosofia moral. A partir desse momento, essas questões tornam-se objeto da pesquisa médica.

Até 1973 a homossexualidade, por exemplo, era considerada uma doença. Em 2018, a Associação Psiquiátrica Norte-Americana retirou a homossexualidade do índice de doenças. No Brasil (pós período colonial) a homossexualidade em si, fora do âmbito militar, não era considerada um crime, no entanto, homossexuais eram presos com a justificativa de atentado ao pudor ou outros pretextos legais. Ainda que a homossexualidade não fosse incluída no código penal, ela era objeto de tratamento realizado por médicos e considerada transgressora pela Igreja Católica (NARDI, 2017).

A sociabilidade urbana surgiu discretamente nas grandes cidades na década de 1950, contudo, ainda era reservada a espaços vigiados e se constituía em redes de amizades, tratando-se de formas de reunião mais festivas que políticas (NARDI, 2017).

Nardi (2017) explica que nos demais países ocidentais, principalmente nos países centrais, começam a emergir na década de 1960 movimentos sociais que buscavam promover a liberdade de expressão da sexualidade e questionar as relações de gênero marcadas pela soberania masculina. No dia 28 de junho de 1969 ocorreu a Revolta de Stonewall – um confronto violento entre a polícia e a população LGBTI+ frequentadora do bar Stonewall, em Nova Iorque. O confronto durou alguns dias e marca o surgimento dos movimentos LGBTI+ contemporâneos que reivindicam direitos plenos de cidadania para este grupo e a luta contra todas as formas de poder. Por esse motivo, o dia 28 de junho é um marco e neste dia comemora-se o Orgulho LGBTI+, nas chamadas “Parada do Orgulho LGBTI+” em todo o mundo.

Devido à sociedade heteronormativa construída historicamente, corriqueiramente a população LGBTI+ sofre exclusão, ou é submetida a constrangimento ao se expor em determinados espaços, chegando até mesmo a sofrerem agressões (verbais e físicas), como mostram diversas notícias de jornais e relatórios de grupos LGBTI+ (BARRETO, 2014).

Nesse sentido, é perceptível um processo de exclusão social da população LGBTI+ que reflete em exclusão territorial, a partir de sua segmentação no espaço urbano. Esse fato é observado quando ocorre a punição violenta daqueles que não se enquadram na lógica heterocisnormativa, “salvo dentro de ‘enclaves’ reservados, ou seja, em espaços homossociais ou de sociabilidade homoafetivos” (BARRETO, 2014, p.14).

Mesmo tendo posse de tais dados relativos à vulnerabilidade do sujeito homoafetivo, tramitam no congresso nacional propostas que agravam ainda mais tal situação como a que propõe o tratamento para “cura” da homossexualidade, em detrimento da PLC 122, que criminaliza a homofobia. Tais fatos demonstram um exemplo de como a exposição de uma identidade – mais especificamente a identidade ligada à sexualidade – pode interferir na vida de um indivíduo, impossibilitando-o muitas vezes de exercer suas outras identidades. Entretanto é importante observar que tais atitudes fazem parte de uma construção histórica que colocou a homossexualidade como um estigma, estando tal construção presente na memória de nossa sociedade, criando uma lógica normatizada/higienizada de sexualidade que vem permitindo a perpetuação da homofobia como regra aceita por diversos grupos sem questionamentos (BARRETO, 2014, p.12).

A Constituição Federal brasileira de 1998 legitimou juridicamente o princípio de igualdade de direitos e, particularmente, deu o consentimento para buscar garantias de acesso aos direitos sociais básicos a toda população. A partir desse

momento, políticas públicas começaram a ser pensadas a fim de reverter o quadro de desigualdade social que estruturou historicamente o país.

O governo brasileiro lançou em 2004 o programa “Brasil sem Homofobia” com o objetivo de combater a violência e a discriminação contra a população LGBTI+, promover a cidadania dos homossexuais e proteger as minorias contra os efeitos do estigma e preconceito, conforme aponta Nardi (2017, p. 25):

A liberdade de expressão sexual e de gênero tem uma legitimidade recente e que a reação conservadora sexista, heterossexista e sustentada na dominação masculina está bastante presente em alguns setores da sociedade, sobretudo naqueles que tentam impor valores religiosos ao campo político, ameaçando a democracia duramente conquistada.

Ainda segundo o autor anteriormente citado, o preconceito e a discriminação reduzem a autoestima do ser humano e provocam os maiores índices de depressão levando muitas vezes ao suicídio da população LGBTI+, além do sentimento e/ou necessidade de risco e uso excessivo de drogas e álcool. Uma pesquisa de revisão realizada nos Estados Unidos da América evidenciou que jovens LGBTI+ estão mais expostos a determinadas enfermidades, entre elas intimidação, isolamento, rejeição, ansiedade, depressão e suicídio; além de receberem cuidados de má qualidade devido ao estigma em virtude da falta de conhecimento dos profissionais e insensibilidade às suas necessidades específicas (HAFEEZ *et al.*, 2017). Outro artigo de revisão evidenciou que a população homossexual tem dificuldades de acesso aos serviços de saúde, pois os profissionais de saúde possuem atitudes heteronormativas, o que faz com que ocorra violações dos direitos humanos no acesso aos serviços de saúde em face dos atendimentos discriminatórios a esta população (ALBUQUERQUE *et al.*, 2016).

Diante desse cenário, percebemos como são importantes e urgentes os estudos sobre sexualidade em virtude das tensões sociais causadas pelos problemas éticos que atingem a população LGBTI+; logo, torna-se importante discutir como essa problemática se desenvolve no espaço geográfico.

A geografia da sexualidade começou a ser construída na geografia brasileira por Matos e Ribeiro quando os autores apresentaram em 1995 um estudo polêmico sobre a atuação da prostituição nos espaços públicos da Área Central do Rio de Janeiro. Em um trabalho de cunho exploratório, os autores analisaram os territórios da prostituição no centro do Rio de Janeiro e mostraram que as sucessivas transformações socioespaciais, próprias da dinâmica urbana, provocaram também

modificações espaciais nos territórios da prostituição, pois esta atividade econômica acompanha os movimentos da cidade na qual está inserida, como podemos observar no fragmento a seguir:

Os territórios da prostituição acompanham a dinâmica da própria cidade na qual estão inseridos e, uma vez estabelecidos, podem se sedimentar durante algum tempo, tendendo à expansão caso aumente a procura do comércio do prazer. Da mesma forma, podem-se fragmentar em decorrência de invasões de outros grupos sobre a área, ou mesmo da intervenção dos poderes instituídos, como a polícia, os políticos e o poder municipal, e mesmo do poder “marginal” representado pelo narcotráfico, levando, em alguns casos, à sua extinção em um área e/ou seu reaparecimento em outra (MATOS e RIBEIRO, 1995, p. 78).

Na geografia existe uma tradição em analisar as questões de gênero e sexualidade a partir do olhar comercial dos corpos e da territorialidade dos mesmos.

Reconhecemos a importância desses estudos e queremos ir além, mostrando que esses corpos estão territorializados, produzem uma territorialidade e precisam de cuidados inerentes à saúde.

O Quadro 1 a seguir apresenta de forma sintética a definição de termos fundamentais nos estudos de gênero e sexualidade que estão presentes de forma intensa no nosso cotidiano.

Quadro 1 – Definição de termos.

Termo	Definição
Pessoa cisgênero	Uma pessoa cuja identidade de gênero corresponde ao seu sexo atribuído no nascimento e que, portanto, ao contrário das pessoas trans, não experimenta incongruência de gênero.
Gênero	As atitudes, sentimentos e comportamentos ligados à experiência e expressão do sexo biológico de alguém.
Identidade de gênero	A experiência pessoal de si mesmo como menino ou homem, menina ou mulher, como uma mistura dos dois, como nenhum dos dois, ou como um gênero além do homem ou da mulher. Alguns indivíduos (particularmente em culturas que aceitam a ideia de gêneros além do homem e da mulher) se identificam como membros de “terceiros gêneros”.
Expressão de gênero	A expressão da identidade de gênero de uma pessoa, muitas vezes por meio da aparência e modo de vestir, e também às vezes por meio de comportamento e interesses. A expressão de gênero é frequentemente influenciada por estereótipos de gênero.
Estereótipos de gênero	Ideias, correntes na cultura e na época em que vive uma pessoa, sobre as diferentes características que o homem e a mulher têm e devem ter. Muitos transgêneros podem encontrar rejeição e hostilidade por causa do desvio de um estereótipo de gênero.
Incongruência de gênero	Incongruência entre a própria experiência de uma pessoa com seu gênero (identidade de gênero) e o sexo atribuído a ela no nascimento (sexo atribuído ao nascimento). A incongruência de gênero pode ter dois aspectos: incongruência social, entre a identidade de gênero de uma pessoa e o gênero que os outros reconhecem com base no sexo atribuído ao nascimento dessa pessoa; e incongruência física, entre a identidade de gênero de uma pessoa e suas características sexuais primárias ou secundárias.
Disforia de gênero	Desconforto ou angústia relacionados com a própria incongruência de gênero (social, físico ou ambos).
Sexo	O estado biológico de uma pessoa (cromossômico, hormonal, gonadal e genital) como masculino ou feminino. O sexo de um indivíduo no nascimento (sexo atribuído ao nascimento) é geralmente determinado com base na aparência genital, com os presentes geralmente assumindo que outros componentes do sexo são consistentes com o sexo genital do recém-nascido.
Orientação sexual	A orientação sexual diz respeito a quem se sente sexualmente atraído, e não é o mesmo que identidade de gênero.
Pessoa transgênero	Pessoas trans experimentam um grau de incongruência de gênero. Algumas pessoas intersexuais, bem como algumas pessoas consideradas por outros como travestis ou transformistas, vivenciam a incongruência de gênero e a consequente disforia.
Homem transgênero	Uma pessoa designada como mulher ao nascer que se identifica como homem ou em termos semelhantes (por exemplo, como um “homem trans” ou “homem com experiência trans”).
Mulher transgênero	Uma pessoa designada como homem ao nascer que se identifica como mulher ou em termos semelhantes (por exemplo, como uma “mulher trans” ou “mulher com experiência trans”).

Fonte: Tradução nossa do artigo “*Transgender health 1 - Transgender people: health at the margins of society*” da revista The Lancet, volume 388 de 23/07/2016 (www.thelancet.com Vol 388 July 23, 2016).

Conforme aponta Lima (2020, s/p.):

A geografia das existências entra em rota de colisão com a geopolítica dos corpos sensíveis na justa medida em que, uma vez mais, os sujeitos

corporificados veem adulterada a prerrogativa de escolha dos seus lugares próprios. Em outras palavras, essa adulteração resulta da condição geopolítica imposta aos corpos sensíveis, aos seres humanos existentes. A geopolítica dos corpos sensíveis carrega, então, um juízo normativo que induz à des-re-territorialização – para usar os termos de Claude Raffestin – e que organiza a disposição do lugar em que os corpos podem e devem existir.

A sexologia tem como suportes técnico-científico a psicologia e a biologia, e as utiliza como parte de um poderoso regime de controle social. Sendo assim, as pessoas são classificadas a partir do sexo biológico. Para isso, foram definidas as características “femininas” e “masculinas”, a “normalidade” e a “anormalidade” em relação ao gênero e à sexualidade, por meio de discursos médicos, jurídicos, políticos e religiosos.

As normas médica e jurídica estabelecem um sistema de sexo/gênero do tipo binário baseado na genitália (mulher/feminino e homem/masculino) e não reconhecem a existência de outros status sexuais, dentre os quais se inserem as travestis e pessoas transgêneras. Ambas afrontam o modelo binário de gênero construído pela ciência moderna. Nesse sentido, quanto mais diversidade de gênero houver e novas identidades de gêneros tivermos, maiores serão os questionamentos sobre a construção científica dos dois sexos (feminino e masculino).

A travestilidade é relacionada a pessoas que nascem com sexo biológico masculino, não apresentam desejo em transformar a sua genitália, mas objetivam a construção do feminino por meio de vestimentas e utilização de maquiagem; além disto, modificam seus corpos usando, muitas vezes, hormônios, colocando silicone, retirando pelos do corpo, dentre outros procedimentos estéticos que deixem a aparência “feminina” (CURY, 2012).

Já a transexualidade era classificada no Código Internacional de Doenças (CID-10) como disforia de gênero ou transtorno de identidade de gênero (JORGE; TRAVASSOS, 2018). Apesar do pequeno número desses casos de disforia de gênero na população mundial, o tema transexualidade tornou-se objeto de intensa discussão sociopolítica, como afirmam Jorge e Travassos (2018). Contudo, dizer que uma pessoa possuía disforia de gênero e classificar o transexualismo como doença era uma forma de reordenar binariamente as múltiplas existências trans, pois podemos introduzir “a possibilidade de abordá-la pelas vias dos fenômenos sociais e da cultura, entendendo que esta produz os mais variados efeitos subjacentes” (JORGE; TRAVASSOS, 2018, p. 17).

Atualmente, a transexualidade é entendida pela OMS como incongruência de gênero. Ela deixa de ser uma doença mental e se torna uma questão relacionada à saúde sexual.

Na concepção binária (homem-mulher), existem mulheres “adequadas” e “readequadas” (mulheres trans), homens “adequados” e “readequados” (homens trans). Nesse sentido, a categoria que se intitula “naturalmente” como feminino ou masculino seria conservada.

Conforme apontam Jorge e Travassos (2018), a transexualidade, isto é, a desarmonia entre o sexo e o gênero, ocasiona um sofrimento difícil de suportar, resultante da força coercitiva do gênero sobre o sexo, sofrimento que impulsiona a pessoa trans a desejar realizar intervenções reais no seu corpo. Vale ressaltar que as travestis e transexuais no grupo LGBTI+ são as pessoas mais vulneráveis e menos compreendidas socialmente.

Os discursos que existem fazem parte de mecanismos de controle e de poder na sociedade, podendo inclusive interditar pessoas que não se enquadram na “normalidade”. À medida em que se criam essas definições de gênero, surgem também oposições, resistências à subordinação por parte dos que não se enquadram na categoria binária: homem ou mulher.

Para Foucault (1979), a multiplicação de discursos a respeito da sexualidade na modernidade faz parte de um complexo aumento do controle sobre o indivíduo e seu modo de vida denominado de “sociedade disciplinar”.

O transtorno de gênero não é doença tampouco um transtorno psicológico (JORGE; TRAVASSOS, 2018). A doença surge quando essas pessoas começam a enfrentar dificuldades para viver em sociedade, são “impedidas” de ir e vir, de viver plenamente no espaço urbano.

Para Butler (2009, p. 97) “A transexualidade não é um transtorno psiquiátrico – não devendo ser entendida como tal – e que as pessoas trans estão engajadas em uma prática de autodeterminação, um exercício de autonomia”. A autora prossegue afirmando que a transexualidade é “uma possibilidade entre outras de determinar o próprio gênero” (BUTLER, 2009, p.97).

Segundo Bento (2008, p. 22), “a transexualidade é uma experiência identitária que está relacionada à capacidade dos sujeitos construírem novos sentidos para os masculinos e os femininos”.

Do ponto de vista da psicanálise cada caso de transexualidade deve ser tratado de forma particular, porque cada experiência transexual é particular, sendo impossível sua apreensão a partir da generalização psicológica, por mais sofisticada que seja. “A psicanálise outorga ao sujeito o direito de dizer algo que ninguém poderia dizer em seu lugar” (JORGE; TRAVASSOS, 2018, p. 13). Em uma entrevista ao programa “Café Filosófico” da TV Universitária da UFRN (Universidade Federal do Rio Grande do Norte) que foi ao ar no dia 11/10/2016, Berenice Bento também afirma que existe uma multiplicidade de expressões de gêneros que está ligada à prática social, de como se atua no mundo social, de como se quer ser reconhecido socialmente nessas relações sociais.

Conforme nos mostra Golin (2017), a maioria dos estudos sobre travestis e transexuais têm se concentrado mais em descrições etnográficas do que na mudança social ou na conscientização política da situação da opressão e humilhação, que muitas vezes reflete não só nas práticas de abandono das políticas públicas com relação às travestis e transexuais, como também na ausência de pesquisas que construam um perfil psicossocial desta população.

As questões de gênero, e mais especificamente, a homossexualidade, entraram na pauta da política brasileira pelo viés da saúde, devido à Aids, e não pelos direitos sociais. Atualmente, essa temática é debatida nos mais variados espaços, não sendo mais associado à ideia de doença e desvio, mas a direitos ligados à dignidade humana, diversidade e democracia.

Vale ressaltar que a orientação sexual está relacionada ao interesse afetivo-sexual que a pessoa possui. Embora a livre expressão da orientação sexual seja defendida, “documentos, como a Bíblia, que, variando de acordo com a interpretação dada, trazem a relação entre pessoas do mesmo sexo como algo errado/desviante” (BARRETO, 2014, p.30). Esse é um dos motivos que causa exclusão das pessoas que não se enquadram no modelo heterocisnormativo.

De um modo geral, a população LGBTI+ é a que sofre com mais frequência as manifestações violentas de intolerância social. Grande parte dessas pessoas trans são vítimas de violência (física, moral e psíquica), preconceito e não conseguem inserção no mercado de trabalho formal, o que as leva a se prostituírem, tornando-as vulneráveis às ISTs (Infecções Sexualmente Transmissíveis).

Contudo, a vivência de uma pessoa travesti examinada pela sociedade heterocisnormativa não é vista de forma relevante. Observa-se que não há lei

específica para travestis e transexuais. A desigualdade no acesso aos serviços de saúde ocorre de diversas formas. Em primeiro lugar, a desigualdade no estado de saúde de um indivíduo está ligada à organização da nossa sociedade em classes e tendem a refletir o grau de iniquidade existente nela.

O acesso e a utilização dos serviços refletem também essas diferenças, mas podem assumir feições diferentes, dependendo da forma como se organizam os sistemas de saúde. Alguns sistemas potencializam as desigualdades existentes na organização social e outros que procuram compensar, pelo menos em parte, os resultados danosos da organização social sobre os grupos socialmente mais vulneráveis.

Sendo assim, todas as pessoas deveriam ter acesso e utilizar os serviços indispensáveis para resolver as demandas de saúde independentemente do grupo social ao qual fazem parte. No entanto, aqueles que possuem maior vulnerabilidade em razão da sua posição social deveriam ser tratados de forma diferenciada para que a desvantagem social (iniquidade) possa ser minimizada ou extinta. O que se busca nesse caso é que haja equidade, ou seja, respeita-se a igualdade, mas presta-se um atendimento diferenciado em razão de situações que geram diferenças entre as pessoas.

O termo equidade será utilizado nessa pesquisa com base nos estudos de Fainstein (2010). A autora utiliza a noção de equidade quando se trata de tomada de decisões públicas e benefícios (materiais e não materiais) derivados de políticas públicas. Ela propõe que as pessoas sejam tratadas de forma apropriada, de acordo com suas especificidades, não exatamente de forma igual. Nesse sentido, a equidade representa um conceito particular de justiça em que a política visa melhorar a situação daqueles que sem intervenção do estado iriam sofrer de privação relativa.

A autora supracitada opta pelo uso da palavra equidade em detrimento de igualdade. Em primeiro lugar, a noção de igualdade é muito complexa, exigente e irreal no contexto das cidades capitalistas. Para ela, as políticas públicas deveriam ser pensadas de forma redistributiva, não simplesmente economicamente, mas também politicamente, socialmente e espacialmente. Além disso, o termo equidade é usado frequentemente em análises políticas para descrever os impactos de programas sociais, implicando em justiça (FAINSTEIN, 2010).

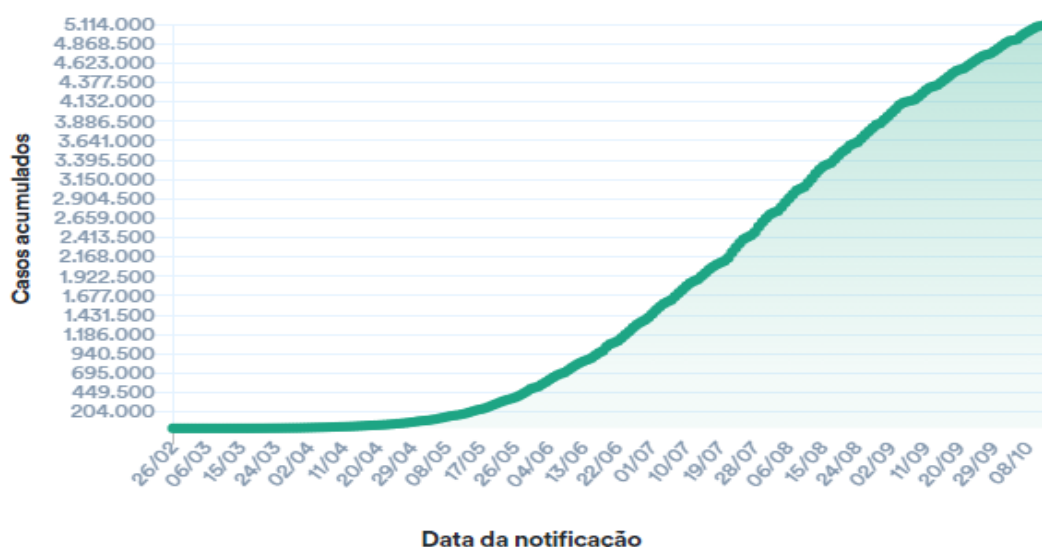
Desse modo, equidade pode ser caracterizada como uma expressão política estratégica, porque mesmo que subjacente, de fato, movimenta-se em direção à igualdade mais ampla (FAINSTEIN, 2010).

Diante dessa perspectiva, discutiremos no próximo tópico sobre as políticas de saúde voltadas para a população trans bem como apontaremos as suas lacunas.

1.2 As políticas de saúde no Brasil voltadas para a população trans

A saúde é o tema mais comentado na contemporaneidade, devido à Pandemia do novo Coronavírus (causa da doença COVID-19) que teve início no final de 2019 na China e foi disseminado por todos os continentes, contaminando 5.113.628 da população brasileira e provocado a morte de 150.998 pessoas, como pode ser observado na Figura 1, a seguir. Observa-se uma evolução crescente no número de casos de pessoas infectadas e notificadas pela Covid-19. Do total de pessoas infectadas, 3,0% faleceram em decorrência da doença³. Estamos cruzando um momento difícil, de grande tensão e urgente reflexão social, política e econômica.

Figura 1 – Casos acumulados das notificações da COVID-19.



Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil (<https://covid.saude.gov.br/> retirados em 14/10/2020).

³ Dado obtido do Painel Coronavírus no dia 14/10/2020 às 15:12 no site: <https://covid.saude.gov.br/>.

Esse vírus fez sua primeira vítima letal no Brasil oficializada no dia 19 de março de 2020 e após essa data os números de pessoas infectadas subiram de forma assustadora, mostrando a todos nós a notoriedade da saúde pública, do Sistema Único de Saúde, das ações de saúde voltadas para a prevenção e contágio de doenças, além da importância de pesquisas voltadas para a saúde na criação de equipamentos, vacinas, materiais médico-cirúrgicos e métodos para diagnosticar doenças, produção de remédios pela indústria farmacêutica, dentre outros. A imagem que se segue (Figura 2) aponta os casos de Covid-19 notificados pelos municípios brasileiros.

Figura 2 – Casos de Covid-19 por Município de notificação⁴.



Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil (<https://covid.saude.gov.br/> retirados em 14/10/2020).

⁴ A figura apresentada trata-se de uma imagem e não de um mapa, devido à falta de elementos cartográficos.

Podemos observar que a faixa litorânea e a região Centro Sul do Brasil, isto é, onde se concentra a maior parte da população brasileira é, justamente, a área com maior número de pessoas infectadas.

O aumento da COVID-19 reflete totalmente as particularidades de uma epidemia de classe, de gênero e de raça. A esses atributos sociais, acrescenta-se os indicadores etários e de localização geográfica. Isso significa que idosos, negros empobrecidos, moradores de periferias urbanas e de favelas, serão os mais afetados e até mesmo culpabilizados pelo crescimento da pandemia nos países periféricos e semiperiféricos (LIMA, 2020).

A população travesti e transexual integra o grupo de risco, especialmente, as que trabalham – em sua grande parte – com atividades informais ligadas ao sexo e, portanto, estão bastante vulneráveis à COVID-19.

A saúde não é apenas a ausência de uma doença, mas o completo bem-estar físico, mental e social da humanidade. De forma sintética, a saúde pode ser compreendida em três dimensões: o estado vital, o setor de saúde e a área do saber. A partir dessas propriedades, compreende-se a maneira como as sociedades discernem os problemas e carências no setor de saúde, buscam sua explicação e se estruturam em termos econômicos, políticos e culturais. Dessa forma, cada sociedade organiza seu sistema de saúde de acordo com suas crenças e valores, sob a influência de determinantes sociais (PAIM, 2009).

Como os processos de normatização do território são conduzidos pelas políticas públicas é importante examinar o processo de formulação das mesmas no âmbito da saúde voltadas para a população LGBTI+, a fim de construir um pensamento crítico sobre as práticas de saúde e suas relações com o processo social.

A partir da Constituição Federal de 1988, a saúde foi reconhecida como um direito social, devendo ser garantida pelo poder público através de políticas econômicas e sociais que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação, conforme podemos observar em Paim (2009, p. 46):

O acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação, tal como previsto pela Carta Magna, permite, portanto, desenvolver uma atenção integral à saúde. Em vez de se limitar a uma assistência médica curativa, o direito à saúde no Brasil estende-se à prevenção de doenças, ao controle de riscos e à promoção da saúde. Assim, as ações e serviços de saúde são de relevância pública.

A Constituição Federal de 1988 foi uma conquista política e social empreendida pelo movimento da Reforma Sanitária, entre 1976 e 1988, e impulsionou a descentralização das políticas públicas, repassando responsabilidades aos municípios com o intuito de que esses criassem instrumentos adequados para o uso e a redistribuição mais eficiente dos escassos orçamentos públicos buscando, dessa forma, maior resolução nos serviços prestados.

A criação do SUS adveio da reforma na saúde pública do país aspirando um sistema de suporte amplo, universal e gratuito, onde todos os brasileiros deveriam obter a mesma atenção sem custo algum, e de acordo com as suas necessidades tratadas em sua especificidade.

Conforme aponta Paim (2009, p. 75):

O SUS é uma das respostas sociais aos problemas e necessidades de saúde da população brasileira. Ao lado dele, políticas econômicas, sociais e ambientais são fundamentais para a promoção da saúde e para a redução de riscos e agravos.

O SUS, descentralizado, está organizado em rede onde se encadeiam as instâncias de poder Municipal, Estadual e Federal. Essas instâncias de poder são interdependentes, mas isso não significa que haja relação de subordinação entre elas, e ainda é possível compreender isoladamente o comportamento de cada parte. Os serviços de saúde seguem a lógica da territorialização como forma de planejamento das unidades de atenção à saúde e contam com a participação da sociedade na sua gestão.

A descentralização significou, em princípio, a possibilidade de execução de políticas sociais segundo a lógica da equidade, com a difusão do direito a serviços e bens, propiciando a participação dos cidadãos na gestão pública e fortalecendo os instrumentos de fiscalização e de execução dos gastos públicos. Nesse processo de descentralização das políticas públicas, os setores de saúde municipais tiveram que se adaptar ao novo modelo de saúde.

Após mais de três décadas de universalização da saúde, podemos dizer que o SUS, como política de Estado, é uma das políticas sociais mais abrangentes e distributivas porque propicia a milhares de brasileiros o acesso à saúde, por meio da ampliação da rede de serviços públicos, dos programas de promoção da saúde e de prevenção de seus agravos.

De acordo com Paim (2009), os recursos de saúde repassados pelo governo federal para estados e municípios são insuficientes, bem distantes das necessidades que essas esferas de poder possuem para pagar os profissionais de saúde, custear equipamentos e remédios para os cidadãos. Além desse fator, o autor coloca que existe uma grande burocracia no repasse de verbas públicas.

Diante disso, não podemos atestar que o direito à saúde, enquanto direito indispensável, tenha se confirmado integralmente de acordo com os preceitos da Constituição Federal.

No entanto, não podemos difamar o setor público e canonizar o setor privado, pois nem sempre o privado é superior ao público. Essa dicotomia e disputa entre saúde pública e privada é bem problemática e requer uma análise particular e ampliada, por esse motivo, não investigaremos esse assunto no momento.

A partir da implantação do SUS no Brasil, nos anos 1990, e da descentralização das ações e recursos para os municípios, percebe-se uma maior importância da escala local nas políticas públicas de saúde. Diante disso, um estudo mais aprofundado da configuração das relações Estado-Sociedade como eixo de estruturação da governança local é fundamental para analisar as estratégias de aperfeiçoamento institucional do SUS.

O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e promove uma das estratégias de atenção primária mais abrangentes, por meio do Programa de Saúde da Família (PSF) atualmente denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF)⁵. Esse modelo foi idealizado em 1994 com a intenção de integrar as ações preventivas e curativas para cada seiscentas a mil famílias em territórios definidos, amparados pelo trabalho de equipes compostas por médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde – ACS. O ACS deve ser residente da comunidade onde atua e configura-se como um elo entre o SUS e a localidade assistida para a vigilância e promoção à saúde, conforme aponta (PAIM, 2009).

Diante disso, observa-se que a saúde é uma condição básica para o exercício da cidadania do ser humano e é extremamente relevante para a qualidade de vida da sociedade. Sendo assim, o direito à saúde torna-se indispensável no âmbito dos direitos fundamentais básicos. O acesso das pessoas aos serviços de saúde é

⁵ O Programa de Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994, implicando na mudança do modelo assistencial com ampliação do acesso da população aos serviços de saúde no SUS. Em 2006, passou a ser denominado de Estratégia de Saúde da Família (ESF) na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

de extrema importância pelo cuidado do processo saúde-doença e principalmente pela construção do sujeito em si.

O Conselho Federal de Medicina brasileiro, por meio da resolução 1.482/97, autorizou a realização de cirurgias de transgenitalização em pacientes transexuais no Brasil. Esse dispositivo está fundamentado em três noções básicas: buscar a integração entre o corpo e a identidade de gênero da pessoa; o direito à autonomia e justiça da pessoa de decidir sobre a realização de alteração no próprio corpo e a não discriminação para realizar cirurgia (CURY, 2012; MURTA, 2011).

Segundo Murta (2011), considerando que a pessoa transexual possui desvio psicológico permanente por ter uma identidade sexual em discordância com o seu fenótipo e, por esse motivo, muitas vezes se automutila; a cirurgia de transgenitalização possui finalidade terapêutica.

Esse tipo de cirurgia começou a ser realizada no Brasil em caráter experimental em 1997 para pessoas com mais de 21 anos. Para tanto, o usuário precisa passar por um tratamento rigoroso com uma equipe multidisciplinar em saúde, por dois anos, composta por: psicólogo, psiquiatra, urologista, endocrinologista, assistente social e cirurgião plástico. Caso seja confirmada a transexualidade do usuário, o mesmo pode ser operado (CURY, 2012; MURTA, 2011).

De acordo com o médico CURY (2012, pp. 31-32):

Toda essa preocupação tem a finalidade de não haver equívoco no diagnóstico e na conduta. Para alguns autores, uma regra mais simples para definir um transexual é caracterizar como transexual alguém que se identifica com o sexo oposto, e para alguns transexuais o termo usado de “mudança de sexo” tem um significado muito forte que, por vezes, é até rejeitado, considerando que eles não querem mudar de sexo uma vez que eles têm convicção de que já pertencem ao sexo oposto e o que eles desejam é apenas uma readaptação sexual, pois só estão fazendo a correção de órgãos que estão a mais ou a menos.

A partir de 2002 as cirurgias de neocolpovulvoplastias (transformação da genitália masculina para feminina) e/ou procedimentos complementares tornaram-se permitidas em hospitais públicos ou privados, desde que os critérios estabelecidos pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) fossem respeitados, de acordo com a Resolução nº 1.652/02. Já a neofaloplastia (procedimento para a “construção” de um pênis) e/ou procedimentos complementares permaneceram restritos a hospitais universitários ou hospitais públicos, dadas as dificuldades das técnicas existentes.

Após a referida Resolução, houve um aumento da demanda de auxílios médicos transexuais de ambos os sexos pelos serviços públicos de saúde. A partir desse momento vários movimentos emergiram a fim de institucionalizar a assistência a essa população que ainda sofre resistência e preconceito nos serviços de saúde, conforme aponta Murta (2011).

Em 2005 ocorreu a I Jornada Nacional sobre Transexualidade e Assistência Pública no Brasil realizada pelo Instituto de Medicina Social da UERJ. Nesse evento foram discutidos, dentre outros temas, como seria dado um diagnóstico de transexualidade e como seria o tratamento das pessoas que possuem essa condição pelos serviços públicos de assistência integral a transexuais no âmbito da saúde e da justiça. Conforme aponta Murta (2011, p. 13):

Tais recomendações se tornaram referência para a elaboração de políticas públicas para transexuais no Brasil e impulsionaram o debate sobre a assistência a transexuais no âmbito do Ministério da Saúde para além do financiamento dos procedimentos médico-cirúrgicos para a redesignação do sexo.

Por meio da Portaria nº 1.707 de 2008, o Ministério da Saúde instaurou o processo transexualizador no SUS, na tentativa de criar estratégias de assistência e formalizar o acompanhamento às pessoas trans. Essa Portaria regulamenta 13 procedimentos de transformação corporal (além da cirurgia de transgenitalização) e reconhece a orientação sexual, bem como a identidade de gênero, como determinantes e condicionantes para o bem-estar físico e mental de saúde da população trans. Outro ponto importante dessa Portaria é o enfrentamento da discriminação e a afirmação da diversidade trans. A vulnerabilidade das pessoas trans foi reconhecida, inclusive as intervenções somáticas para modificação de características sexuais, incluindo as questões sociais e jurídicas, igualmente, importantes.

A respeito dessa Portaria, Lionço (2009) aponta o caráter ambivalente e parcial das políticas públicas de saúde brasileiras, no que tange à questão da atenção física e psicossocial disponibilizada pelo Ministério da Saúde, visto que a transexualidade era considerada uma doença até 2018 e apenas as pessoas que possuíam o diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero, ou seja, somente as pessoas com esse “transtorno mental” poderiam ter acesso ao processo transexualizador. Essa problemática brasileira segue as orientações internacionais de um modelo biomédico que considerava a transexualidade um problema mental,

vinculada rigidamente a um manual patologizante. Para a pessoa ser considerada “transexual verdadeira” era preciso ter um comportamento fixo, rígido e adequado às “normas” estabelecidas pela sociedade como marcas da feminilidade ou da masculinidade.

De acordo com Arán; Murta; Lionço (2008), as políticas de saúde no Brasil direcionadas para pessoas trans, especialmente transexuais, segue a tendência internacional e está condicionada a um diagnóstico psiquiátrico para que estas pessoas possam ter acesso ao tratamento e, nesse sentido, exercerem o seu direito de cidadãos de acesso à saúde. Contudo, as autoras apontam que o diagnóstico obtido pode ser considerado portador de patologização e de estigma, pois atribui algum tipo de desvio ou anomalia ao paciente ao interrogar fatores históricos, políticos e subjetivos do campo médico-psiquiátrico.

A patologização das identidades de gênero travesti e transexuais no processo transexualizador do SUS também contribui para a seletividade nos serviços de saúde, dificultando o acesso de muitas pessoas trans. Conforme já mencionamos, a sociedade mais leiga acredita na ideia de que o gênero seja natural, um dado biológico, factual e nesse sentido, as pessoas trans não seriam normais (JESUS, 2015).

Dentre a população LGBTI+, travestis e transexuais são as que mais enfrentam obstáculos ao buscarem atendimentos nos serviços públicos de saúde – não só quando reivindicam serviços especializados, como o processo transexualizador, mas também em diversas outras ocasiões nas quais buscam assistência, tanto pela trans/travestifobia como também por outras formas de discriminação que sofrem, tais como: pobreza, raça/cor, aparência física e pela escassez de serviços de saúde essenciais.

No caso das travestis e transexuais, existe a necessidade de utilização não apenas do nível básico de saúde, mas também dos demais níveis da rede, o nível secundário: psicólogos, psiquiatras, endocrinologistas, dermatologistas, dentre outros; e o nível terciário que possui um aparato tecnológico mais avançado para realizar exames mais sofisticados e cirurgias.

Desde o fim do século XX, a tecnologia médica oferece para as pessoas a possibilidade de “mudança de sexo”. O acesso aos tratamentos hormonais e à terapia de mudança de sexo – que envolve uma série de procedimentos clínicos e cirúrgicos – não depende apenas da livre vontade da pessoa, existe uma série de

barreiras médicas e jurídicas para conseguir o acesso a esses tratamentos e também para realizar a cirurgia de redesignação sexual desejada por muitas pessoas.

Conforme aponta Barata (2009, p. 23):

As explicações sócio-históricas das desigualdades em saúde baseiam-se na ideia de que a saúde é um produto social e algumas formas de organização social são mais sadias do que outras. Assim, os mesmos processos que determinam a estruturação da sociedade são aqueles que geram as desigualdades sociais e produzem os perfis epidemiológicos de saúde e doença.

Desde 2008, quando foi instituído o processo transexualizador no SUS, foram criados no Brasil cinco serviços habilitados pelo Ministério da Saúde para atendimento ambulatorial e hospitalar e outros quatro apenas para atendimento ambulatorial (JORGE; TRAVASSOS, 2018).

Furtado e Pereira (2010, p.4) definem equidade em saúde como: “a ausência de diferenças sistemáticas, e potencialmente evitáveis, em um ou mais aspectos da saúde, entre grupos populacionais caracterizados social, geográfica ou demograficamente”. Sendo assim, um aspecto fundamental para garantir a equidade em saúde é o acesso aos cuidados de saúde de qualidade, em função das necessidades clínicas dos cidadãos, inclusive, das minorias sociais, dentre as quais encontra-se a população LGBTI+.

De acordo com Rocon *et al.* (2016), há grandes dificuldades no acesso e continuidade das pessoas trans nos serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde, demonstrando o desrespeito ao uso do nome social nas fichas dos pacientes e a existência de trans/travestifobia, que por sua vez figura como obstáculo à procura de serviços de saúde e também como uma das razões dos afastamentos de tratamentos em andamento.

As medidas preventivas de saúde são bastante eficazes, mas a saúde não se resume somente ao nível básico (primário), as pessoas precisam muitas vezes ir além disso, ou seja, o paciente necessita circular no sentido vertical e horizontal da rede de saúde, recorrendo a procedimentos mais amplos e complexos (níveis secundários e terciários), até alcançar o topo dessa rede que são os hospitais com capacidade de receber internações e poder de realizar tratamentos específicos, até mesmo cirurgias. Nesse caso, um sistema público de saúde mais abrangente requer altos investimentos em tecnologia.

Em seguida, apontaremos alguns entraves encontrados pelas travestis e por transexuais, isto é, por pessoas que não se enquadram na heterocisnormatividade para ter acesso aos serviços públicos de saúde, mostrando que dentre as particularidades que dificultam o acesso está a classe social, a renda, a cor, o gênero, dentre outros fatores que integram o rol dos determinantes sociais da saúde e podem gerar iniquidades (CARRAPATO; CORREIA; GARCIA, 2017).

1.3 As dificuldades de acesso das travestis e transexuais à rede pública de saúde

Durante um determinado período histórico, as identidades trans eram consideradas uma patologia, “um discurso oficial e sem culpa para uma geopolítica de exclusão, marginalizações, estigmatização e subalternidades dos corpos que desviavam da cis-heteronormatividade”, conforme aponta Aquino (2019).

Embora as identidades trans, de travestis e de transexuais, sejam reconhecidas por lei e garantida pelo SUS, essas pessoas têm inúmeras dificuldades de acesso ao processo transexualizador, além de sofrerem discriminação e preconceito.

Silva *et al* (2013) mostram como é grande o preconceito e a discriminação contra travestis e transexuais na sociedade ocidental, pois essas identidades ofendem a suposta naturalidade da ordem linear entre sexo, gênero e desejo que desestabilizam os padrões binários (masculino/feminino). Portanto, a dissonância que elas apresentam em relação à ordem é a justificativa utilizada para a punição dessas pessoas.

Em primeiro lugar, a transexualidade era considerada doença, inicialmente classificada como “transtorno da identidade sexual”, posteriormente considerada como “disforia de gênero” e atualmente entendida como “incongruência de gênero”. Conforme já abordamos, o gênero é uma construção social e cabe a cada indivíduo se reconhecer e se enxergar no mundo.

Aquino (2019, p. 28) explica que o conhecimento do processo de definição dos termos supracitados ilustra

como a transfobia está inscrita politicamente na produção do espaço, para que observemos a afirmação de identidades trans não apenas pelo direito ao corpo. As pautas transidentitárias são contestações às normas de gênero que estruturam o urbano pelo direito à livre expressão de gênero na cidade.

Ainda que o Sistema Único de Saúde no Brasil ofereça o processo transexualizador, este é regulado pelo modelo biomédico e normativo, que pressupõe que a transexualidade é uma incoerência entre o sexo e o gênero. Diante disso, o tratamento é oferecido para a adequação do sexo ao gênero por meio da cirurgia de transgenitalização tal como os modelos internacionais. Quando isso ocorre, a pessoa trans é considerada “transexual verdadeira”.

Evidencia-se que o diagnóstico de transexualidade é dado em cima de parâmetros bem definidos do que seja uma pessoa “verdadeiramente” transexual. Na passagem a seguir, Aquino (2019, p. 29) explica como funciona a regulamentação social de uma pessoa “transexual verdadeira”:

Os hospitais emitem documentos válidos como a verdade a ser vivida, tornando o sexo uma identidade social e, assim, instituindo o gênero dos corpos como um fator de regulação social dessa “verdade”. Estes documentos a respeito da “verdade sexual” balizam a vida social, econômica, civil, cultural e política da pessoa. A dicotomia masculino/feminino, e nada além disso, é a base de funcionamento das instituições, mas está presente na lógica social e no raciocínio pessoal de cada um como fundamentos da realidade pertencentes à natureza humana, de onde qualquer ambiguidade deve ser afastada.

Sendo assim, para que uma pessoa consiga participar do processo transexualizador é preciso receber diagnóstico de múltiplos profissionais da área de saúde que ateste que a pessoa possui “incongruência de gênero”, conforme os critérios e exigência dos documentos nacionais e internacionais, como podemos observar em Borba (2016, p. 66):

A exigência do diagnóstico, tal como proposta pelos documentos nacionais e internacionais, constitui uma malha intersubjetiva translocal que guia as ações corpóreo-discursivas locais dos/as participantes desses programas. Em outras palavras, tanto sujeitos transexuais quanto a equipe multiprofissional estão emaranhados nessa trama textual e discursiva (portanto, identitária) que os antecede e os constitui.

Segundo o Dr. Drauzio Varella⁶ (2019):

Em 66% dos transexuais, a incongruência se instala já na infância; nos demais, ela se desenvolve na adolescência e na vida adulta. Quanto mais tardia for a transição para o novo sexo, mais dolorosa será. As causas são desconhecidas. Autópsias realizadas em pequeno número de transexuais homem-para-mulher mostraram padrões de diferenciação sexual

⁶ <https://drauziovarella.uol.com.br/drauzio/artigos/transexuais-artigo/>

tipicamente femininos em duas áreas do cérebro (núcleo estriado terminalis e núcleo uncinado hipotalâmico), sugerindo que o distúrbio pode estar associado a alterações da arquitetura cerebral. A identificação com o gênero oposto não pode ser explicada por alterações hormonais, nem por anormalidades nos cromossomos, nem por fatores psicológicos, como a exposição a certas dinâmicas familiares. [...] O tratamento cirúrgico melhora a qualidade de vida da maioria dos que optaram por ele. Quando bem indicado, apenas 1% a 2% confessam arrependimento.

Contudo, como explica Borba (2016), o entendimento pessoal de uma pessoa transexual pode ser bastante intersubjetivo, devido as diferentes formas que as pessoas têm de se auto definirem em termos de gênero.

Vale destacar que apesar da equipe de saúde ser composta por diferentes profissionais de saúde, quem libera o laudo para a realização da cirurgia de transexualização é o médico psiquiatra. Além do mais, tanto os profissionais de saúde quanto os pacientes precisam seguir rigidamente as normas estabelecidas para executar o processo transexualizador. Diante disso, “o poder biomédico que ganha destaque” no momento de “reconhecer” quem de fato configura um transexual verdadeiro (BORBA, 2016, p. 65).

Outro problema enfrentado por transexuais no acesso ao processo transexualizador é o desejo de “recuperar a coerência” entre sexo e gênero e se enquadrar no modelo heteronormativo. Sendo assim, travestis, por exemplo, são excluídas desse processo por não desejarem mudar totalmente seus caracteres físicos, e sim adequá-los ao fenótipo feminino.

Diante disso, as travestis possuem uma dificuldade ainda maior de acesso ao modelo transexualizador, pois elas não desejam realizar uma cirurgia de redesignação sexual, apenas querem fazer algumas correções corporais que as deixem mais femininas, mas não retirando o pênis. Essa ambiguidade promove a exclusão das travestis, porque elas não são consideradas para o SUS como transexuais verdadeiras.

Apesar de as portarias do MS afirmarem que as cirurgias de transgenitalização não devem ser consideradas como meta terapêutica geral para todos/as usuárias/as, abrindo, assim, a possibilidade de um/a usuário/a não “submeter necessariamente a esse procedimento terapêutico” a exigência do diagnóstico se impõe como imperativo clínico que dá significado e molda as relações entre as unidades especializadas no Processo Transexualizador, como as instituições, e seus usuários/as trans, como determinados tipos de sujeitos (BORBA, 2016, p. 65).

Para a readequação sexual os profissionais de saúde observam se os pacientes são heterossexuais, isto é, se a pessoa pretende mudar de sexo para se

ajustar a normatividade heterossexual imposta socialmente, isto é, mulheres trans que se sentem atraídas por homens e homens trans que se sentem atraídos por mulheres.

Devido a essa rigidez do Sistema de Saúde, as pessoas acabam burlando algumas informações durante o acompanhamento para se adequarem às normas e obterem a cirurgia. Borba (2016) mostrou na sua tese de doutorado algumas narrativas utilizadas por transexuais para conseguirem autorização para realizar intervenções corporais desejadas pelo SUS no Brasil. O autor relata as estratégias de convencimento das equipes médicas, através da simulação de verdades construídas sobre feminilidade e masculinidade na sociedade.

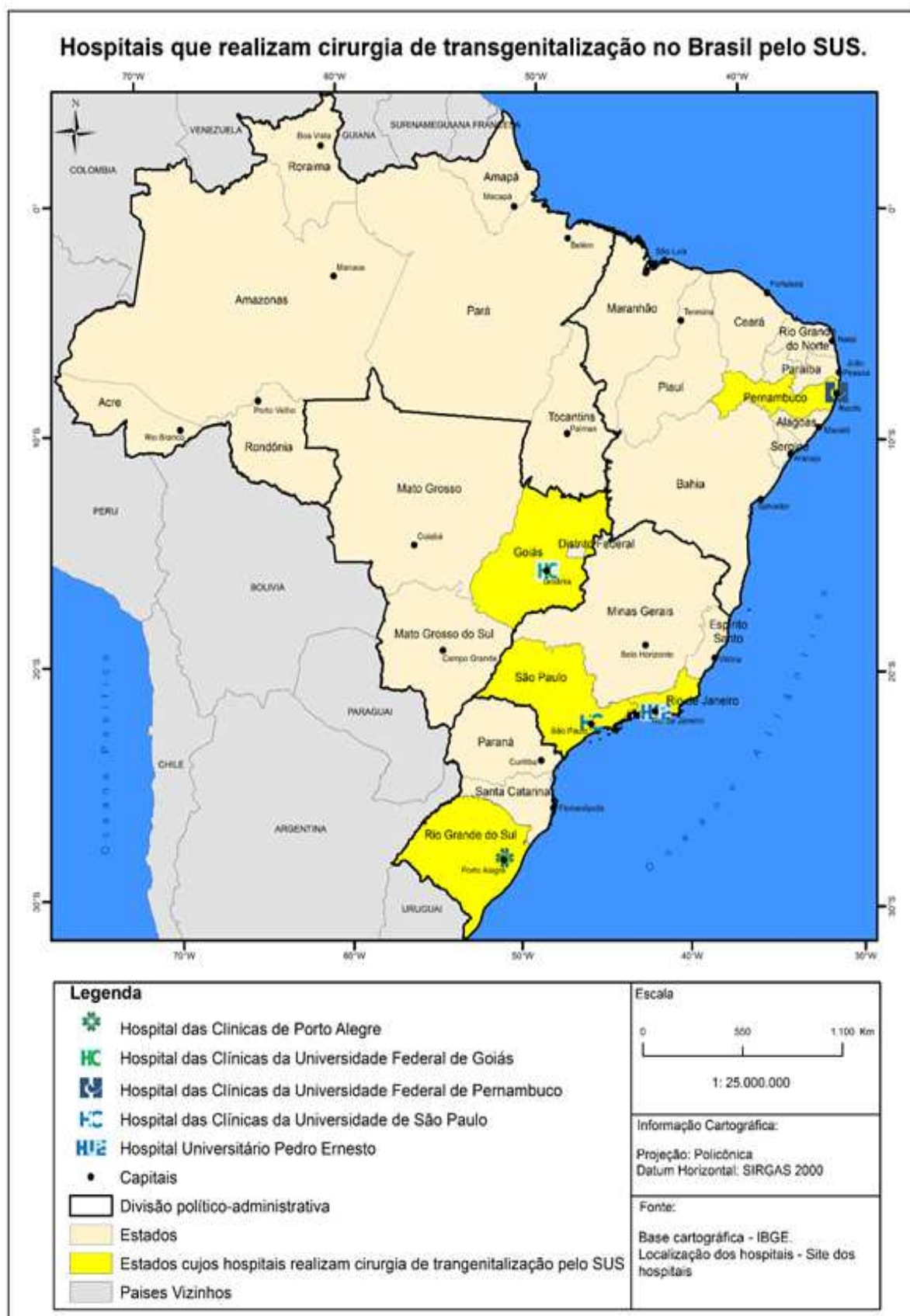
Para que uma pessoa transexual se submeta, caso seja do seu interesse, ao processo transexualizador, é preciso produzir durante o período de terapia uma linearidade entre as ações desenvolvidas localmente com a equipe do programa e o que pressupõe ser um transexual verdadeiro, ou seja, os recursos de sentido de identidade proporcionados pelas racionalidades que amparam este modelo (transexual verdadeiro).

Sustentar essa linearidade “imposta” é um trabalho narrativo complicado e constante que se revela por todo processo gerando, dessa forma, um caminho de socialização com outras pessoas na mesma situação para que possam conceber uma aparente coerência entre o que se mostra e se diz para a equipe de saúde que acompanha esse processo (BORBA, 2016).

O Sistema Único de Saúde inaugurou em 2006, através da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, o direito ao uso do nome social, pelo qual as pessoas trans (travestis e transexuais) se identificam e escolhem ser chamadas socialmente – e não apenas nos serviços especializados que já as acolhem, mas em qualquer outro da rede pública de saúde. Em 2008, dois anos depois, o SUS passou a realizar cirurgias de redesignação sexual, também conhecidas como de transgenitalização.

No Brasil, apenas cinco hospitais públicos estão habilitados para fazer cirurgias de transgenitalização pelo SUS: o Hospital das Clínicas (HC) de Porto Alegre, o HC da Universidade Federal de Goiás (em Goiânia), o HC da Universidade Federal de Pernambuco (em Recife), o HC da Universidade de São Paulo e o Hospital Universitário Pedro Ernesto (no Rio de Janeiro), conforme podemos observar no mapa da Figura 3.

Figura 3 – Hospitais que realizam cirurgia de transgenitalização no Brasil, pelo SUS.



Fonte: Base cartográfica – IBGE. Localização dos Hospitais – Site dos hospitais. Ano de 2020.

O cuidado de saúde voltado para a população trans é estruturado por dois seguimentos de atenção à saúde: a básica e a especializada. A atenção básica está ligada à rede responsável pelo primeiro contato com o sistema de saúde, pelas avaliações médicas e encaminhamentos, além de áreas médicas específicas e individualizadas. A atenção especializada é dividida em duas categorias: a ambulatorial – onde ocorre o acompanhamento psicoterápico e hormonioterapia – e a hospitalar – onde acontecem as cirurgias e acompanhamento pré e pós-operatório. É preciso ter a idade mínima de 18 anos para realizar procedimentos ambulatoriais e 21 anos para procedimentos hospitalares (Ministério da Saúde⁷, 2016).

Qualquer pessoa pode buscar o sistema público de saúde. É um direito receber atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação. Contudo, o número de hospitais brasileiros, bem como o número de cirurgias realizadas por eles anualmente, é insuficiente para atender às demandas existentes.

Diante disso, acreditamos que as políticas públicas voltadas para a população trans deveriam ter como princípio a equidade, isto é, as políticas deveriam ser adequadas às necessidades dos indivíduos e não estes se “adequarem” às regras pré-estabelecidas no “manual de transexual verdadeiro”. Além disso, o número de profissionais de saúde e hospitais que atende a população trans precisa ser ampliado para dar conta das demandas por atendimento, principalmente no nível especializado, respeitando a saúde como um direito de acesso do cidadão à cidade justa, questão que será discutida no próximo capítulo.

⁷ <http://www.saude.gov.br/images/pdf/2016/fevereiro/18/CARTILHA-Equidade-10x15cm.pdf>

2 JUSTIÇA TERRITORIAL E DIREITO À CIDADE JUSTA

Esse capítulo encontra-se dividido em três partes. Na primeira, apresentaremos as definições de Moral e Ética, com o objetivo de refletir sobre a utilidade prática desses fundamentos na construção de uma sociedade mais justa espacialmente, onde o direito à cidade seja garantido também a grupos minoritários, caso das pessoas trans visando a justiça como equidade e felicidade. Na segunda parte discutiremos o conceito de justiça espacial, entendendo a saúde como um direito social básico e a situação dos usuários trans, que apresentam demandas de saúde específicas e, portanto, necessitam de ações de promoção, prevenção e tratamento diferenciadas. Finalmente, na terceira parte abordaremos a temática da governança local com a finalidade de compreender como funciona a parceria da prefeitura da cidade do Rio de Janeiro com a Universidade Estácio de Sá na gestão dos recursos e serviços de saúde do CSF-Lapa.

2.1 Moral e Ética: Uma discussão espacial na busca pela justiça como equidade e felicidade

Os fundamentos morais e éticos na Geografia podem ser desdobrados para realizar uma discussão teórico-conceitual de justiça territorial, com vista a uma cidade mais justa.

De acordo com Comte-Sponville (2005), os termos ética e moral são diferentes, embora sejam usados de forma alternada com o mesmo propósito. Durante séculos essas duas palavras possuíam o mesmo significado do ponto de vista normativo para os filósofos, no que diz respeito aos costumes, às formas de viver e agir, às virtudes, os vícios, os deveres, as faltas, a felicidade e a infelicidade. Esse autor questiona se a felicidade sempre é um dever, se ela é sempre virtuosa, se todo vício é uma infelicidade. Essas questões se tornaram mais gritantes com o aparecimento no século XIX das ideias consideradas eticamente imorais de Nietzsche.

O termo ética designa um discurso normativo, porém não autoritário, resultado da oposição entre o bom e o mau, respeitado como valores imanes e relativos, ou seja, é o conjunto de desejos de um indivíduo ou de um grupo. Uma ética, dado que existem várias, responde à questão: como viver? Ela não ordena, mas recomenda. A ética é particular do indivíduo ou do grupo (CORTINA, A. 2005).

De acordo com Lima (2020, p, 127) a ética deve se reportar à problemática do outro. “Para tanto, deve-se conceber o outro como um sujeito corporificado e territorializado, um interlocutor válido e legítimo, datado e situado, com irrestrito direito à justiça e à felicidade”.

Comte-Sponville (2005) questiona qual seria o objetivo da ética: o prazer, a felicidade, a virtude ou a salvação? O prazer seria o bem primeiro e a felicidade o bem supremo. A moral não exige que se renuncie à felicidade, mas que esta seja examinada na sua virtude ou submetida ao dever questionando: como viver? De que forma que as pessoas querem ser felizes?

Na concepção de Cortina (2005, p.03):

A ética é indiretamente normativa. A moral é um saber que oferece orientações em casos concretos, enquanto a ética é normativa em sentido indireto, pois não tem uma incidência na vida cotidiana, quer apenas esclarecer reflexivamente o campo da moral.

A moral é entendida em Comte-Sponville (2005) como o discurso normativo que impera e tem como causa a oposição entre o Bem e o Mal, considerados como valores absolutos, ou seja, o conjunto dos nossos deveres. A moral faz a seguinte pergunta: o que devo fazer? Nesse sentido, a moral torna-se “uma, universal e incondicional. Ela manda de maneira absoluta. Ela tende à virtude (como disposição adquirida para fazer o bem) e culmina com a santidade – no sentido de Kant em que a santidade é “a inteira conformidade da vontade à lei moral” (COMTE-SPONVILLE, 2005, p. 90).

De acordo com o autor supracitado, Kant é o grande filósofo da moral, já os filósofos da Ética seriam Espinosa e Nietzsche. Nesse sentido, a maior parte das teorias da moral e ética pode ser considerada como teorias do bem, o que supõe que a felicidade e a virtude – e, portanto, a ética e a moral – caminham lado a lado. A filosofia moderna não acredita mais no bem soberano, por isso, a ética e a moral devem ser pensadas de modo separado. Questões como: “o que eu devo fazer” e “como viver?” tinham o mesmo significado, atualmente não possuem mais. A moral

indaga a primeira questão – “o que devo fazer? ”, já a ética interpela a segunda – “como viver? ” Os dois principais problemas da moral são: seu fundamento e seu estatuto. Sabemos que existem morais diferentes, segundo os grupos e as épocas. A moral faz parte do real. Ela faz parte da humanidade e da nossa história, tanto individualmente quanto coletivamente. A moral nos foi legada pela humanidade, como cerne da civilização e o contrário da barbárie. Ela precisa menos de um fundamento do que de nossa felicidade (COMTE-SPONVILLE, 2005).

Não existe uma moral universal de fato e absoluta. Existem morais que são mais universais outras menos, no que diz respeito ao direito e à prática. A moral pode ser considerada também de direitos e deveres do ser humano. A moral só vale para a humanidade, ela é relativa a uma dada época: no caso a nossa.

Como foi possível observar, os princípios da moral e da ética possuem a capacidade de serem desenvolvidos na Geografia para gerar uma discussão teórico-conceitual de justiça territorial, com vista a uma cidade mais justa. Lima (2020) reconhece que a justiça e a felicidade são horizontes éticos e propõe uma interlocução entre Geografia e ética através do debate conceitual da justiça territorial.

De acordo com Camps (2013), o filósofo Jonh Rawls concebe sua teoria sobre a justiça com o propósito de rebater as teses utilitaristas e mostra-se mais próximo da filosofia kantiana, capaz de estabelecer as condições para um debate da concepção da justiça distributiva que estabeleça as bases para uma sociedade equitativa, isto é, justiça como equidade.

Camps (2013) aborda a noção coletiva de Rawls quando o autor diz que a felicidade pode ser perigosa por desprezar as minorias e acabar aceitando como justas as práticas de subverterem princípios básicos da moral. Nesse sentido, podemos citar o caso das políticas básicas de saúde que não levam em consideração a população travesti e transexual.

Para Rawls (2008), a justiça é um valor fundamental e prioritário para uma sociedade bem ordenada e democrática que reconhece os direitos da sociedade e busca a distribuição equitativa dos bens básicos. Para ele, não vivemos numa sociedade justa, porque existe desigualdade.

Diante disso, Rawls (2012) propõe a construção de um contrato social para que exista uma igualdade, uma ideia de justiça que satisfaça a todos. De acordo com este autor, a liberdade é o primeiro critério de justiça e a igualdade seria o

segundo critério de justiça, por ser complementar à liberdade. Caso não haja liberdade, não tem como existir a correção das desigualdades sociais. A desigualdade se desdobra em dois subprincípios: a igualdade de oportunidades e o princípio à diferença. Nesse sentido, o objetivo do princípio de justiça é corrigir a ideia intuitiva de justiça que temos, através do que Rawls (2012) chama de “equilíbrio reflexivo”. Assim como a intolerância religiosa, as desigualdades de nascimento e a acumulação de poder seriam injustas, podemos pensar também, obviamente, analisando caso a caso que existe diferença de tratamento às pessoas trans dependendo da sua posição social.

Segundo Raws (2008), os direitos garantidos pela justiça não estão sujeitos a negociações políticas nem aos interesses de parte da sociedade. Este autor admite a injustiça, desde que necessária para evitar uma injustiça ainda maior. As discussões sobre o que é justo ou injusto sempre serão analisadas pela sociedade, visto que cada pessoa tem uma concepção de justiça.

De todo modo, as instituições são consideradas justas quando não se fazem distinções arbitrárias entre as pessoas na atribuição dos direitos e dos deveres fundamentais, e quando as leis definem um equilíbrio apropriado entre as reivindicações das vantagens da vida social que sejam conflitantes entre si. Este não é o caso das pessoas trans, que não conseguem ter o acesso psicossocial necessário ao sistema público de saúde. As dificuldades desse acesso à saúde pública ainda foram verificadas nos trabalhos de campo, onde ocorreram os inquéritos com as pessoas trans.

Sendo assim, os princípios apontados por Raws (2008) ganham destaque quando o autor explica que as similaridades e as diferenças entre as pessoas são importantes na atribuição dos direitos e dos deveres. Contudo, Raws (2008) explica que a diferença entre o conceito e as diversas concepções de justiça não resolve questão importante alguma, apenas ajuda a identificar o papel dos princípios da justiça social. Diante disso, o autor coloca que muitos fatos cotidianos podem ser considerados justos e injustos, por exemplo: leis, instituições e sistemas sociais, até mesmo opiniões, julgamentos e atribuições de culpa.

Para Soja (2010), a noção de justiça fundamentalmente aespacial e ahistórica de Rawls se associa principalmente com os ideais igualitários sem travas e com a distribuição justa dos bens valiosos como a liberdade, a oportunidade, a riqueza e a dignidade.

Nesse sentido, discutir a saúde como direito constitucional social básico do cidadão articulado aos conceitos de equidade e acesso aos serviços de saúde, implica na análise do conceito de justiça social, que passa, obrigatoriamente, pelo conceito de justiça territorial, pois sem a garantia do direito à cidade, não há garantia de acesso aos serviços e, portanto, não se promove a saúde do cidadão. Este debate será tratado no próximo tópico.

2.2 Justiça territorial⁸ e saúde: O direito à diferença como direito social básico num contexto transfóbico

A ideia básica de justiça espacial está presente há muito tempo. Desde os gregos, a democracia e a justiça eram decididamente urbanas e essas urbanidades tornaram-se intrinsecamente espaciais, enraizadas na formação política e na construção espacial da cidade-estado ou com mais exatidão, a cidade-estado (SOJA, 2010).

Este conceito teve grande importância nos Estados Unidos a partir da década de 1970, devido à influência marxista na Geografia, no entanto ele ainda é pouco discutido no Brasil. A justiça territorial é uma ampliação geográfica do conceito de justiça social e nos remete à noção de equidade, no sentido de acabar ou reduzir as desigualdades socioespaciais (CATALÃO, 2008).

Soja (2010) nos apresenta três correntes de pensamento entrelaçadas que abordam os aspectos espaciais da (in)justiça. Uma delas entende a justiça espacial como tal, dando ênfase a uma dialética mais equilibrada entre a causalidade social e espacial. A segunda partiu da noção de justiça territorial e seguiu duas direções: uma construindo a formulação liberal baseada em estudos geográficos da desigualdade e bem-estar social e a outra adotando um caminho mais radical através da geografia marxista no caminho para os estudos críticos de uma urbanização da injustiça.

⁸ O conceito de justiça territorial será utilizado tal como Soja (2010).

O conceito de justiça espacial não possui uma definição clara, devido à complexidade do sentido do que é ser justo ou injusto. Existe um grande debate acadêmico acerca da noção de justiça na Filosofia Política.

Segundo Gervais-Lambony (2017, p. 118):

Estudar a justiça espacial não é julgar segundo critérios morais tal organização espacial ou tal política, mas analisar as consequências da organização do espaço em termos de justiça e de injustiça sociais ao mesmo tempo em que as consequências das injustiças sociais sobre a organização do espaço. É, portanto, refletir sobre as interações entre justiça e injustiças sociais no espaço. No entanto, qualquer que seja o tipo de espaço ao qual se aplica esse conceito, tende-se sempre a colocar em primeiro plano o político e as políticas. Não surpreende o fato de que essa posição central do político esteja sempre ligada à questão da justiça espacial.

A justiça espacial não é substitutiva ou alternativa a outras formas de justiça, mas também representa uma ênfase particular e uma visão interpretativa. Também é preciso colocar em primeiro plano a perspectiva da crítica espacial e conceber a busca da justiça social como uma luta da Geografia para abrir novos caminhos de pensamento, assim como enriquecer ideias e práticas existentes. O ressurgimento da visão crítica espacial que está se desenvolvendo nos últimos anos, está provocando e sendo afetada por novos modos de pensamento sobre a espacialidade da (in)justiça e (in)justiça da espacialidade que se estende para além do mundo acadêmico, para a esfera pública e política mais ampla, na busca ativa pela justiça espacial e o direito à cidade (SOJA, 2010).

De acordo com Soja (2010), o conceito de justiça remete de forma ampla ao sentido de uma sociedade mais justa e equitativa juntamente com a consagração de direitos legais, o conceito se expande para aplicar a muitas outras faces da vida social e do comportamento diário. Vincula a noção ativa da busca pela justiça em outros aspectos referidos como qualidades de uma sociedade mais justa: liberdade, igualdade, democracia e direitos civis. Reivindicar que se incremente a justiça e que se reduza a injustiça transforma-se, então, em um objetivo fundamental de todas as sociedades, um princípio fundamental para maximizar a dignidade humana e a justiça.

Nesse sentido, todas as lutas pela democracia, a solidariedade e a esfera pública giram em torno de repensar o conceito de justiça. “Assim, expressões como justiça espacial ou territorial e justiça ambiental, permitem esclarecer o papel de

valores éticos como solidariedade, respeito e responsabilidade, por exemplo, no processo de produção social do espaço” (LIMA, 2012, p.04).

De acordo com Harvey e Potter (2011), não seria prudente abandonar toda conversa sobre liberdade e direitos, mesmo diante da hegemonia neoliberal. Há uma batalha a ser travada não apenas sobre quais direitos e liberdades que devem ser invocados em situações particulares, mas também sobre como as concepções universais de direitos e liberdades devem ser construídas. Os autores também acreditam que seja necessário relativizar os ideais de justiça social e de direitos, além de contextualizá-los.

Existe um enorme movimento global pela justiça no mundo que observa claramente a natureza do problema, enquanto luta para identificar alternativas viáveis. O conjunto de direitos, liberdades disponíveis e os processos sociais em que estamos inseridos precisam ser desafiados em todos os níveis, porque eles produzem cidades marcadas pela desigualdade, alienação e injustiça. Diante disso, surgem movimentos sociais urbanos que se opõem ou apoiam a acumulação interminável de capital e as concepções de direitos e liberdade nele incorporados.

Harvey e Potter (2011) explicam que se um direito diferente à cidade precisa ser reivindicado e uma nova versão do processo urbano necessita ser construído, então, somente através das lutas urbanas específicas que qualquer nova concepção de cidade será criada. Para eles, as cidades podem ser julgadas e entendidas em relação ao que eu, você, nós e eles desejamos. Se a cidade não concorda com esses desejos, deve ser mudada. Diante disso, a luta por uma cidade justa é um campo de batalha crucial na redefinição de direitos. Os mesmos ressaltam que o direito à cidade não pode ser interpretado simplesmente como um direito individualizado, exige um esforço coletivo e a formação de uma política comum em torno das solidariedades sociais.

Ainda de acordo com Harvey e Potter (2011), o direito inalienável à cidade repousa sobre a capacidade de forçar espaços abertos da cidade a protestar e contestar, a criar espaços públicos não mediados, de modo que o caldeirão da vida urbana possa se tornar um local catalítico a partir do qual novas concepções e configurações de uma cidade mais justa possam ser concebidas.

Conforme apontam Cannolly e Steil (2011), a busca por uma cidade justa é, em parte, um esforço para realizar o potencial transformador da teoria urbana. É uma busca que começa examinando a realidade cotidiana da vida na cidade, em

seguida, busca um meio de reformular essa realidade e re-imaginar essa vida. Esta necessidade surge com as injustiças que vêm com a rápida urbanização – a violência, a insegurança, a exploração e a pobreza – que caracterizam a vida urbana para muitos, bem como as expressões físicas de acesso desigual ao capital social, cultural, político e econômico que surgem de divisões entrelaçadas entre raça, classe e categorias de gênero. Concordamos com Marcuse (2011) quando o autor coloca que a demanda por justiça é vital, com séculos de luta, de interpretação e de preocupação política por trás disso. Para o autor, não basta apenas definir a cidade justa como uma cidade na qual cada caso individual é tratado com justiça, sem questionar as estruturas e as fontes de poder em que estão inseridos.

De acordo com Lima (2014, pp. 1232-1233):

Entendemos que a justiça territorial, concebida como a territorialização dos princípios de justiça social, impõe-se como horizonte do ordenamento democrático do território. A promoção de territórios justos, em distintas escalas, é a meta última da justiça territorial, trazendo consigo a formulação dialética através da qual se busca superar os efeitos sociopolíticos provocados pela interpenetração da espacialidade da injustiça com a injustiça da espacialidade.

Levando em consideração que a maior parte da população vive atualmente em cidades, contextualizar a (in)justiça espacial pede, sobretudo, o apontamento das condições específicas da vida urbana e as lutas coletivas para alcançar um acesso mais equitativo de todos os residentes aos recursos sociais e às vantagens que a cidade proporciona (SOJA, 2010).

La desigualdad distributiva es la expresión más básica y obvia de injusticia espacial, por lo menos al destacar los resultados geográficos en lugar de los procesos que los producen. Tomemos, por ejemplo, la distribución de médicos, hospitales, clínicas y otros servicios de salud. En todas las regiones urbanas, se hace un cierto esfuerzo en distribuir los servicios de salud de manera que permitan igual acceso a toda la población, pero cuando se ve desde un punto de vista espacial, tal acceso equitativo es prácticamente imposible de lograr. Es inevitable un cierto grado de desigualdad distributiva, en parte debido a los efectos diferenciales de la localización relativa y de la distancia entre los consumidores y en parte debido a las decisiones de localización realizadas por los particulares que producen los servicios. Necesidades presupuestarias, ineficacia institucional, codicia personal, intolerancia racial, diferencia de poder y riqueza social, y muchos otros factores se añaden a esta desigualdad distributiva básica, creando geografías sesgadas localmente y por lo tanto geografías discriminatórias de acceso a los servicios de salud y, más serio quizá, a la salud pública en sí (SOJA, 2010, p. 83).

Soja (2010) utiliza o exemplo da distribuição de serviços da saúde como um resultado visível dos processos da discriminação espacial estabelecidos por múltiplas decisões tomadas por diferentes atores e pequenos competidores.

Conforme aponta Benach (2017, p. 16), “é útil levar em consideração a justiça como processo, e não como um fim em si mesma, como uma situação”, visto que a nossa sociedade não é inerte. A mesma autora exemplifica que o Índice de Desigualdade de Gênero (IDG) foi pensado para quantificar as questões que afetam a desigualdade entre homens e mulheres e, para isto, compreende três dimensões: saúde reprodutiva, autonomia e atividade econômica.

O termo justiça é invocado sempre que há uma discussão sobre distribuição pública de algum elemento que se considere vantajoso ou desvantajoso. Segundo Camps (2013), o interesse de Raws existe quando há um exemplo de aplicação, no nosso caso, do acesso das travestis e transexuais ao sistema público de saúde. Podemos dizer também que a imposição histórica de uma sociedade heteronormativa também é injusta, visto que as pessoas que “fogem à norma” têm mais probabilidade de sofrerem algum tipo de violência física, psicológica e moral, além de preconceito.

Ainda que nunca desenraizados do Direito e da vertente legal, o conceito de justiça também tem um sentido de equidade (ou ainda, *fairness*, utilizando-se da expressão inglesa) e junto com a consagração de direitos legais, este conceito expande seu âmbito para aplicar-se a muitas outras facetas da vida social e do comportamento diário. Em outras palavras, vincula a noção ativa de busca da justiça com outros conceitos amplos referidos às qualidades de uma sociedade justa: liberdade, igualdade, democracia, direitos civis. Logo, reclamar que se incremente a justiça ou que reduza a injustiça se transforma, então, em um objetivo fundamental de todas as sociedades, um princípio fundamental para maximizar a dignidade humana e a justiça (SOJA, 2010).

Nesse sentido, os termos da justiça espacial e do direito à cidade – como categorias de análise dessa pesquisa – tornam-se pertinentes na construção de uma sociedade mais justa e democrática, como nos aponta Lima (2012, p. 2):

Na Geografia contemporânea, a justiça territorial se insere com relevância inquestionável, ao permitir aprofundamentos acerca da relação entre espaço, política e ética. Se nos apresenta, assim, a questão do direito ao espaço como direito à diferença.

Ainda segundo este autor, o conceito de justiça territorial sugere um complemento incontestável: o direito social (LIMA, 2012).

David Harvey (1980) transcreve de maneira oportuna o caráter de justiça social aplicado à Geografia, conforme podemos observar:

A organização espacial e o padrão de investimento regional deveriam ser tais que satisfizessem as necessidades da população. Isto requer que primeiro estabeleçamos métodos socialmente justos para determinar e medir necessidades. A diferença entre necessidades e alocações atuais provê-nos de uma avaliação inicial do grau de injustiça territorial num sistema existente. 2) Uma organização espacial e um padrão de alocação de recurso territorial que provê benefícios extras na forma de satisfação de necessidades (primariamente) e resultado agregado (secundariamente) em outros territórios, através de efeitos de sobreoferta, efeitos multiplicadores e similares, é uma forma “melhor” de organização espacial e alocação. 3) Desvios no padrão de investimento territorial podem ser tolerados se estão destinados a superar dificuldades específicas do meio, que poderiam de outro modo prejudicar a evolução de um sistema que encontraria necessidade de contribuir para o bem comum (HARVEY, 1980, p.91).

Van Den Brule (2020) sintetiza, através de dois quadros, o termo justiça espacial empregado na geografia internacional e na geografia brasileira em língua vernácula, por autor e data, como podemos verificar nas Figuras 4 e 5. O termo “valor” foi utilizado para expressar o conteúdo analisado e o termo “ideia-força” remete à discussão realizada na geografia pelos pesquisadores.

Figura 4 – Quadro: Estado da arte da justiça espacial na geografia internacional.

autor	ano(s)	valores	ideias-força
Dikeç	2001	direito à cidade direito à diferença	crítica a exclusão sistemática, a dominação e a opressão combate a segregação e a pobreza
Soja	2009 2010	direito à cidade direito à identidade nova consciência espacial	identifica o modo de produção capitalista como causa das geografias injustas crítica as desigualdades e reivindica o direito à cidade
Marcuse	2009	equidade distributiva combate a segregação	uma boa cidade não deve ser simplesmente caracterizada pela igualdade distributiva, mas apoiar o desenvolvimento de cada um e de todos indivíduos
Fanstein	2009	igualdade material diversidade democracia	participação no planejamento urbano
Brennetot	2010	propriedade equidade harmonia tolerância	propõe pensar diversas dimensões da justiça espacial a partir de um pluralismo geoético
Harvey	2012	direito à cidade direito a redefinir a noção de direito à cidade	direito ao uso do capital excedente ruptura com o modo de produção capitalista
Bernard Bret	2015	distribuição equitativa exercício da democracia respeito às identidades individuais e coletiva	a noção de justiça espacial não deve ser entendida como justiça entre lugares, mas como a dimensão espacial da justiça entre as pessoas

Fonte: Van Den Brule (2020).

Figura 5 – Quadro: Estado da arte da justiça espacial na geografia brasileira e em língua vernácula.

autor(a)	ano(s)	valores	ideias-força
Faria, Teresa	2011	igualdade	combate as desigualdades
Lima, Ivaldo	2012 2016	direito à diferença direitos sociais	solidariedade, responsabilidade, sociedade decente, cuidado e liberdade
Catalão, Igor	2013	igualdade	redistribuição equitativa da renda, bens e serviços reconhecimento da diferença
Madeira, Miguel e Vale, Mário	2015	direito à cidade	combate as desigualdades
Rodrigues, Arlete	2016	direito à cidade participação popular	crítica a propriedade privada
Silva, Márcia e Zorzanello, Liamar	2016	igualdade	necessidade de ouvir a população
Fonseca, Antônio	2017	igualdade	distribuição equitativa dos serviços
Serpa, Ângelo	2017	igualdade	distribuição equitativa das novas tecnologias de informação e comunicação
Ribeiro, Wagner	2017	igualdade	distribuição equitativa dos equipamentos urbanos
Alves, Glória	2017	direito à cidade	é preciso ir além da ideia de justiça espacial, ou seja, ideia-força do direito à cidade nos moldes lefebvrianos
Philippopoulos-Mihalopoulos, Andreas	2017	repensar a dimensão jurídica e espacial inter e transdisciplinar	dimensão da corporeidade e espacialidade
Gervais-Lambony, Philippe	2017	igualdade identidade	combate as injustiças
Benach, Núria	2017	igualdade	combate as desigualdades propõe ruptura com o capital
Silva, Márcia e Silva, Gabriel	2018	igualdade	distribuição equitativa da prestação de serviços de saúde, coleta de lixo etc.

Fonte: Van Den Brule (2020).

Alvarez (2017, p. 64) aborda em seu trabalho a justiça social “nos marcos da ação do Estado e do planejamento”. Diante dessa proposição, é essencial que o

Estado retome sua função social, superando as condições precárias em que vive parte da população trans, onde muitas vezes há a negação da vida urbana e da cidade para muitas pessoas. O Estado precisa participar do processo de regulamentar e normatizar espacialmente a cidade, criando políticas públicas para assegurar a todas as pessoas o acesso igualitário aos bens e serviços urbanos, como é o caso da saúde.

Verdi e Nogueira (2017) apresentam a ideia de justiça social tal como Soja (2010), isto é, uma forma de renovar o debate do direito à cidade na promoção de cidades mais justas, democráticas e inclusivas por meio do fortalecimento das lutas sociais urbanas e sua articulação com outras organizações. Uma gestão urbana democrática requer a participação dos seus cidadãos nas decisões primordiais da vida urbana.

Todavia, o direito à saúde e à cidade justa para travestis e transexuais – ou seja, o direito de alcançar o bem-estar físico, pessoal e social – aparece atualmente como utopia, isto é, um sonho cuja realização só seria possível com a modificação das relações sociais e da lei, porque as pessoas não têm autonomia para decidir livremente sobre as intervenções no seu próprio corpo, elas precisam de “licença” médica e jurídica para serem aquilo que desejam.

São necessários esforços políticos que almejem mudanças legislativas e garantam um real acesso ao sistema de saúde. No entanto, não podemos ignorar que existem esforços concretos que lutam para uma mudança nesse cenário. Os movimentos sociais buscam por meios legais (criação de projetos de leis, alteração de leis e afins), e também por meio da ocupação da cidade, que estes obstáculos sejam minimizados e/ou extintos. No caso específico do acesso ao sistema de saúde, dois tipos de movimentos sociais se destacam: os relacionados à luta dos direitos da prostituição e os que buscam respeito à diversidade LGBTI+.

Algumas mudanças têm sido implementadas, como por exemplo, a aceitação de nomes sociais em diversas instituições públicas. Ainda como pauta emergencial, as políticas públicas têm sido cada vez mais cobradas para a implementação da universalização da saúde. Em uma sociedade que busca cada vez mais visibilidade e valorização da diversidade, esperamos que tais demandas sejam atendidas e que possamos construir uma cidade justa, democrática e de exercício pleno da cidadania para todos os indivíduos.

As ideias de equidade e direito à cidade marcaram significativamente a produção acadêmica dos países centrais e periféricos nas décadas de 1970 e 1980 e, em geral, as questões apresentadas estavam voltadas para as necessidades de atenção à saúde. Partindo da perspectiva do acesso, novas questões entram em cena, dentre elas, as definições de equidade espacial e graus de necessidade de serviços e equipamentos de saúde para a população.

Acreditamos que as políticas públicas fundamentadas no princípio da equidade devem ser priorizadas, ou seja, a política deve ser adequada às necessidades dos indivíduos e das localidades onde estão inseridos, respeitando a saúde como um direito de acesso do cidadão à cidade. O princípio de direito à cidade busca uma maneira mais igualitária no espaço urbano. Contudo, para que o acesso à cidade seja garantido, é preciso adotar políticas públicas redistributivas e afirmativas que priorizem os investimentos públicos de saúde para as pessoas mais necessitadas.

Nesse caso, é preciso reconhecer que a desigualdade existente na sociedade brasileira faz com que as condições de acesso das diferentes classes sociais – aos bens e serviços públicos de saúde – sejam desiguais, que é o caso de muitas pessoas trans que residem na área central da cidade do Rio de Janeiro e utilizam o CSF-Lapa. Somente as pessoas que vivenciam alguma forma de injustiça são capazes de explicá-las na prática, por isso, os trabalhos de campo e a aplicação de questionário com essas pessoas torna-se tão essencial nessa pesquisa.

Para Lionço (2009), é nesse aspecto que o princípio da equidade se torna fundamental para a consecução dos demais princípios que regem o sistema e para a promoção da justiça social.

Sendo assim, o desafio do SUS é de que:

A política de saúde no Brasil se construa e se implemente na perspectiva do acesso universal, reconhecendo as desigualdades existentes no interior da sociedade e criando respostas para minimizá-las. Para isso, a participação dos diferentes segmentos da sociedade no processo de construção e implementação dessas políticas é indispensável (FERRAZ; KRAICZYK, 2010, p. 71).

Diante disso, acreditamos que o primeiro passo para que a justiça territorial seja atingida é permitir o cumprimento do ideal da gestão democrática da cidade, através do controle social e da participação da população na elaboração, implantação e avaliação de políticas públicas condizentes com suas necessidades –

que não sejam apenas redistributivas, mas também afirmativas em relação aos direitos básicos que ainda não existem, mas que deveriam existir.

No Brasil, a população travesti e transexual vem sendo paulatinamente vítima de violência, resultando inclusive em mortes. De acordo com a ONG “*Internacional Transgender Europe*”, entre janeiro de 2008 e abril de 2013 foram registradas 486 mortes, quatro vezes a mais que no México, segundo país com mais casos registrados. Em 2013 foram 121 casos de travestis e transexuais assassinados em todo o Brasil. Somado a esses dados, devemos levar em consideração que eles podem não representar a totalidade real, visto que nem todos os casos de agressão são registrados.

Conforme relata Silva (2013, p. 162):

O corpo das travestis, além das marcas das transformações corporais voluntárias, apresenta também as marcas do preconceito que essas pessoas vivem. É raro não encontrar marcas de agressão, cicatrizes e lesões. Essas marcas no corpo e na alma, além da violência e riscos a que estão submetidas todos os dias, trazem a certeza da vida curta.

Leandra Nikaratty (2013, p. 44) ratifica essa informação, afirmando que:

A violência também é uma constante na vida das travestis, e na minha vida não foi diferente. Com dois meses de rua eu fui esfaqueada. Mas depois que eu melhorei eu voltei para a rua, com os pontos do corte, mas estava lá. Depois disto eu vi que aquilo era o meu destino e que seria difícil eu sair de lá.

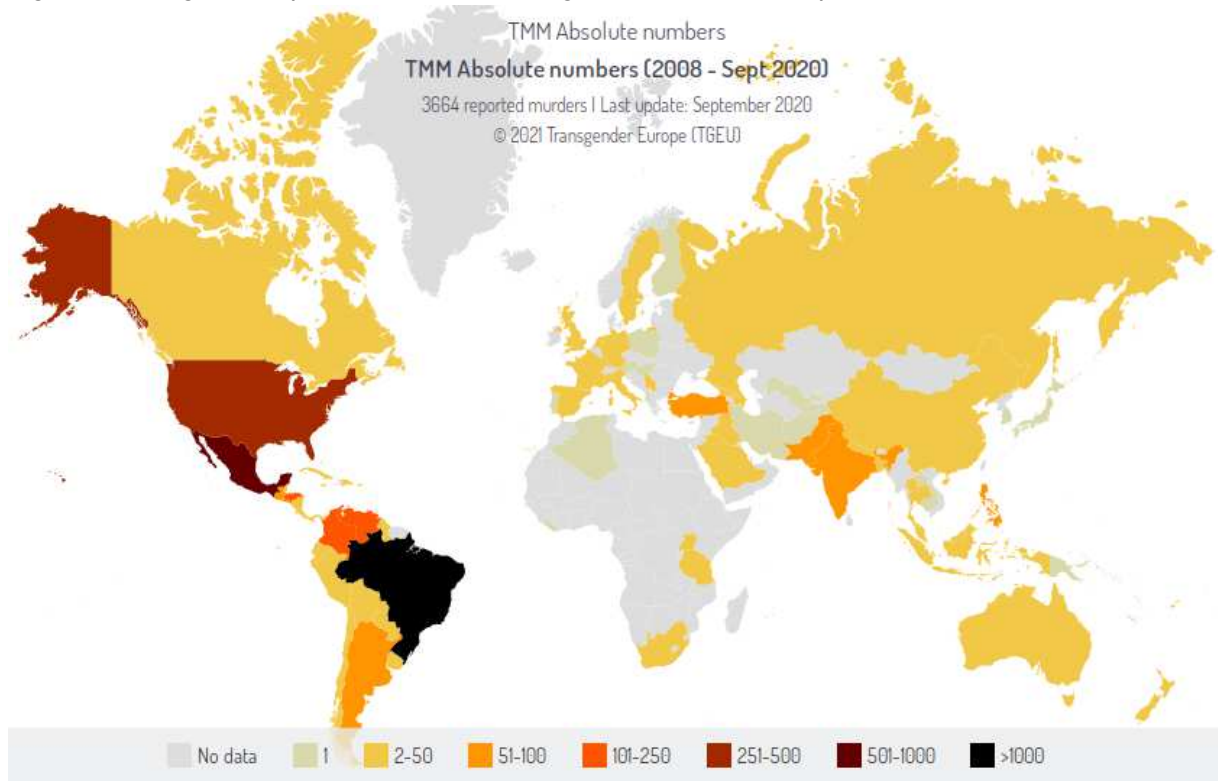
Todos os dias podemos ler reportagens de jovens transexuais e travestis que são brutalmente torturadas e assassinadas. Segundo Bento (2014, p. 01) “O transfeminicídio se caracteriza como uma política disseminada, intencional e sistemática de eliminação da população trans no Brasil, motivada pelo ódio e nojo”.

A Figura 6 ilustra os países com casos de violência relacionado à transfobia, entre os anos de 2008 e 2020 em números absolutos. Foram notificadas 3.664 mortes nesse período. Vale ressaltar que o termo transfobia refere-se ao “preconceito e/ou discriminação em função da identidade de gênero de pessoas transexuais ou travestis” (JESUS, 2012, p. 29).

Conforme já abordamos, o preconceito e a discriminação contra travestis e transexuais é muito grande no mundo, principalmente, no Brasil, porque essas pessoas confrontam o suposto instinto do modelo horizontal entre sexo, gênero e orientação sexual e, portanto, contrariam o padrão binário da sociedade ocidental.

Desse modo, “a agressão e a morte são legitimadas simplesmente porque elas não gozam do status de cidadãs” (SILVA *et al*, 2013).

Figura 6 – Imagem dos países com maiores registros de homicídios por transfobia⁹.



Fonte: <https://transrespect.org/en/map/trans-murder-monitoring/>

Como é possível observar na imagem, o Brasil lidera o ranking mundial de homicídios por transfobia, com mais de 1000 mortes. Os dados também se apresentam como causas da evasão escolar e também como divisões familiares, visto que muitas pessoas saem de seus lares devido às condições geradas pela intolerância, conforme aponta o relato de Glaucia Boulevard (2013, p. 70):

A prostituição faz parte da minha vida há muitos anos. Comecei a viver da prostituição bem cedo, desde ter sido expulsa de casa [...] Tive que parar de estudar também porque fui expulsa de casa, com uns doze anos. Depois que eu não quis fazer sexo por dinheiro com os amigos do meu pai, nem fazer sexo oral com ele, fui tocada de casa. [...] Na escola era terrível, eu tive até que parar de estudar porque o preconceito era terrível. O pessoal esperava eu sair da escola para me pegar na saída, me bater. Me batiam porque eu era homossexual. Não consegui terminar nem o primeiro grau. O segundo grau sempre foi uma coisa muito distante pra mim, pois pensava que o preconceito seria muito maior. Hoje faço supletivo, pois o preconceito é menor. Lá, é bem tranquilo, mas, quando eu era criança, a coisa era difícil.

⁹ A figura apresentada trata-se de uma imagem e não de um mapa, devido à falta de elementos cartográficos.

Com baixo grau de escolaridade, não conseguem se inserir no mercado de trabalho formal e buscam a prostituição como alternativa para sobreviver e, portanto, muitas se tornam vulneráveis às ISTs.

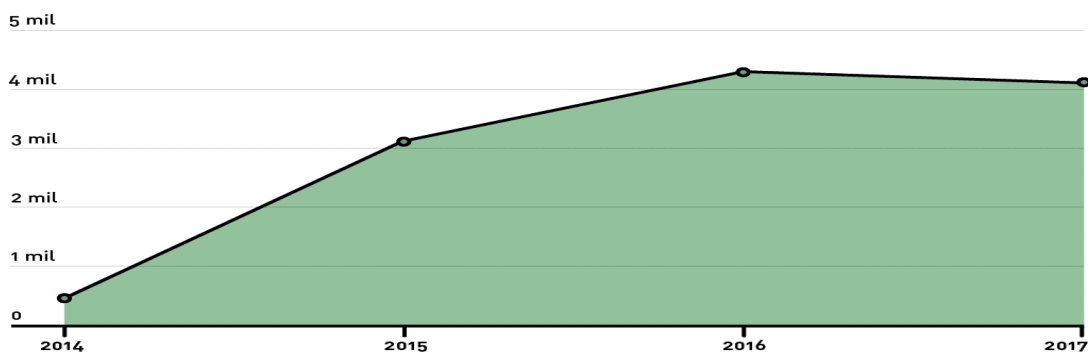
Entre 2014 e 2017, o SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) recebeu 12.112 registros de violência contra pessoas trans no Brasil. No ano de 2017, 76% dos registros tratavam de violência física, tanto para homossexual, bissexual quanto para pessoas trans.

De acordo com a Revista Gênero e Número (2019), foi realizado um levantamento a partir de dados do Ministério da Saúde que revela um aumento de 800% das notificações de agressões contra a população trans entre os anos de 2014 a 2017 (Figura 7).

Figura 7 – Número de agressões contra pessoas trans entre 2014 e 2017.

AGRESSÕES CONTRA PESSOAS TRANS NO BRASIL DE 2014 A 2017

No último ano analisado pelo Ministério da Saúde, em média, 11 pessoas trans foram agredidas por dia.



FONTE SINAN



Fonte: Revista Gênero e Número (2019).

Como mostra a reportagem, o Brasil teve, em média, 11 casos por dia de violência contra pessoas trans. A taxa nacional de violência contra pessoas trans em 2014 foi de aproximadamente 500 pessoas. Em 2015, um ano depois, os dados subiram para 3 mil pessoas e em 2016 os casos ultrapassam a marca das 4 mil pessoas, sofrendo um pequeno declínio em 2017, ainda assim um número bastante elevado, no caso, cerca de 3 mil pessoas. Na Figura 8 é possível observar a violência por Estado no ano de 2017.

A imagem da Figura 8 destaca o Tocantins como o Estado com o maior número de agressões contra pessoas trans, seguido dos Estados de Roraima, Acre,

Mato Grosso do Sul e Minas Gerais. Como é possível verificar na imagem, o Brasil é um país com um índice elevado de agressões contra pessoas trans. Segundo a reportagem de 2019 da Revista Gênero e Número, no Estado do Rio de Janeiro foram 28 registros de violência contra pessoas trans a cada 100 mil habitantes¹⁰.

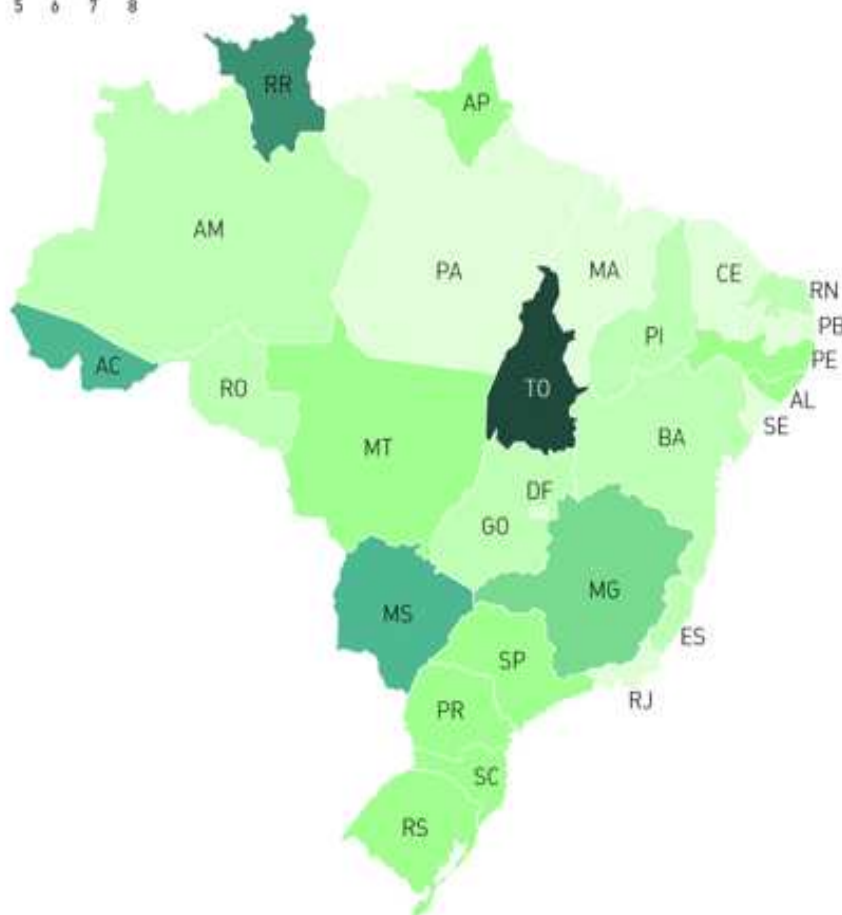
Figura 8 – Imagem das agressões contra pessoas trans em 2017 no Brasil¹¹.

AGRESSÕES CONTRA PESSOAS TRANS POR ESTADO EM 2017

POR ESTADO

Tocantins registrou o maior índice, com 7 casos de violência para cada 100 mil habitantes.

TAXA POR 100 MIL HABITANTES:



Fonte: Revista Gênero e Número (2019).

¹⁰ <http://www.generonumero.media/transfobia-11-pessoas-trans-sao-agredidas-a-cada-dia-no-brasil-2/>

¹¹ A figura apresentada trata-se de uma imagem e não de um mapa, devido à falta de elementos cartográficos.

Figura 9 – A invisibilidade da violência contra a população trans.

VIOLÊNCIA CONTRA LGBT+S E O VAZIO DE DADOS NA SEGURANÇA PÚBLICA

Apenas 12 estados do país informaram números sobre crimes contra essa população entre 2017 e 2018

	LESÃO CORPORAL DOLOSA		HOMICÍDIO DOLOSO		ESTUPRO	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018
ACRE						
ALAGOAS						
AMAPÁ						
AMAZONAS						
BAHIA						
CEARÁ						
DISTRITO FEDERAL						
ESPÍRITO SANTO						
GOIÁS						
MARANHÃO						
MATO GROSSO						
MATO GROSSO DO SUL						
MINAS GERAIS						
PARÁ						
PARAÍBA						
PARANÁ						
PERNAMBUCO						
PIAUI						
RIO DE JANEIRO						
RIO GRANDE DO NORTE						
RIO GRANDE DO SUL						
RONDÔNIA						
RORAIMA						
SANTA CATARINA						
SÃO PAULO						
SERGIPE						
TOCANTINS						

FONTE ANUÁRIO BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA 2019



Fonte: Revista Gênero e Número (2019).

Comparando os dados do Ministério da Saúde com o da Secretaria Nacional de Segurança Pública, retirado da Revista Gênero e Número¹² de 2019, percebe-se uma incoerência nos mesmos, levando-nos a acreditar que o número de agressões contra a população trans pode ser muito maior, pois, nem sempre as vítimas fazem o registro da violência e/ou ela não é computada pelos órgãos governamentais – somente 11 Estados informaram números sobre os crimes contra a população LGBTI+, observe a Figura 9. Além disso, o “vazio” de dados da segurança pública denota a falta de visibilidade da população trans, especialmente, quando se trata de violência. A defasagem de dados nos leva a pensar que a justiça social e o direito à diferença são uma utopia, visto que vivemos em um país conservador e transfóbico. Além disso, ainda existe o problema de raça, como já falamos anteriormente. Nos dados a seguir (Figura 10) é possível constatar que a maior parte das pessoas trans agredidas eram negras.

A Figura 10 evidencia que as agressões contra pessoas trans têm influência racial, pois, em 2017, a maior parte das vítimas eram negras (57%), em segundo lugar brancas (41%), enquanto indígenas e amarelas somavam (1%). Esses dados estão em concordância com outros levantamentos, tais como o Dossiê de Assassinatos e Violência contra Travestis e Transexuais no Brasil e os dados da Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA) que apontaram o viés racial das violências contra pessoas trans, conforme foi possível observar na imagem da Figura 8.

Ainda de acordo com a Revista Gênero e Número (2019), em 2018 ocorreram 163 assassinatos de pessoas trans, sendo que em 82% dos casos as vítimas foram identificadas como pessoas pretas e pardas. Devido à inexistência de dados oficiais sobre os assassinatos de travestis e transexuais no Brasil, a pesquisa é realizada a partir dos casos divulgados pela imprensa e de relatos de grupos afiliados à organização.

Nesse sentido, podemos dizer que a heterocisnormatividade induz ao preconceito e à discriminação contra o diferente legitimando-os através de padrões culturais que explicitam hierarquias e moralismos. A desqualificação e o desrespeito social impostos à população LGBTI+ fere profundamente os direitos constitucionais

¹² <http://www.generonumero.media/escassez-de-dados-violencia-lgbt/>

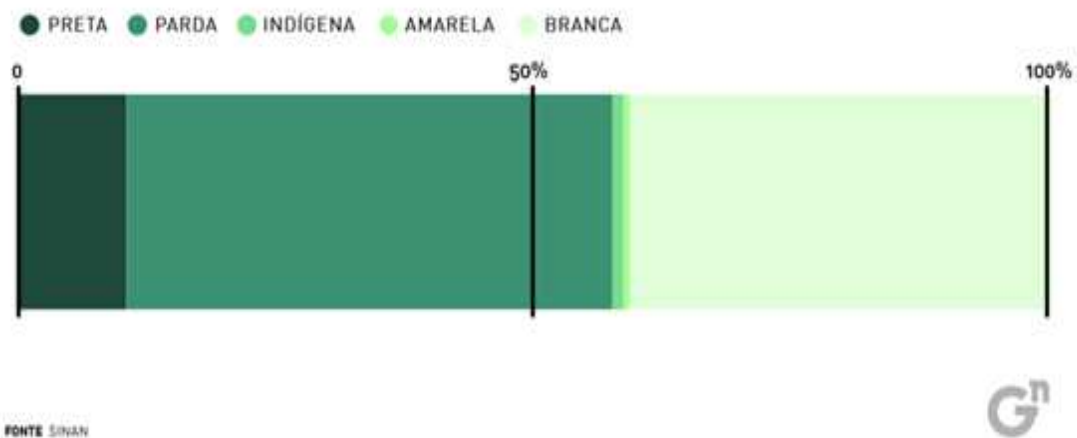
e de cidadania desses grupos. Além do mais, do ponto de vista individual, abala a dignidade dessas pessoas causando dor e atitudes de revolta.

Conforme aponta Santos (2010), muitas atitudes preconceituosas, discriminatórias e violentas em torno do que se entende como sexual, para algumas travestis, tendem a ser naturalizadas e, muitas vezes, até prestigiadas e não entendidas como atos de violência. Devido ao sistema de exclusão no qual estão inseridas no setor de saúde, muitas travestis – na busca de modificações corporais – violentam seu próprio corpo, usando silicone industrial, ingerindo hormônios sem acompanhamento médico, como podemos notar em Santos (2010, p. 42):

As travestis realizam, continuamente, um investimento sobre seus corpos, através de roupas, cabelos, adornos, perfumes, tatuagens, cosméticos, prótese, implantes, plásticas, modelagens, dietas, hormônios, lentes de contato, etc., o que lhes confere o caráter performático de gênero.

Figura 10 – Agressões de pessoas trans por raça.

Mais da metade das 4.137 vítimas agredidas em 2017 eram negras



Fonte: Revista Gênero e Número (2019).

Em termos culturais, as práticas eróticas sancionadas socialmente e organizadas em torno do que se institui como comportamento “normal” do indivíduo são organizadas segundo o padrão heteronormativo. Se a pessoa não faz parte desse padrão é tratada como “anormal”, isto é, uma pessoa estranha. Ser ou não ser “normal” está relacionado com a nomeação das identidades aceitas coletivamente, e, para uma pessoa é sempre um receio ter uma identidade considerada desqualificada pelos outros.

Sendo assim, as pessoas que se enquadram nos padrões estabelecidos pela sociedade possuem um valor moral e prestígio social que lhes garantem a satisfação do direito de ter sua integridade física e sua dignidade humana preservadas. Para as

travestis que estão fora desse padrão ético e moral de “normalidade”, restam apenas desmandos e arbitrariedades, como mostrou Santos (2010) em sua pesquisa.

“A sociedade urbana vive a cidade como exterioridade – fonte de privação –, o que atualiza os termos da alienação gerando lutas no espaço, isto é, pelo espaço da vida, na cidade” (CARLOS, 2017, p. 59). Existe uma sociedade desigual onde os usos e acessos à cidade se vincula a um conjunto de mediações que aspiram a naturalização da desigualdade (CARLOS, 2017).

Outro ponto de vista a respeito da cidade foi apontado por Aquino (2019, p. 56):

A cidade, portanto, é esta arena onde as relações sociais se orientam a partir dos dispositivos de poder que se projetam, por excelência, sobre os corpos. Os conflitos derivam do caráter excludente da normatividade. Neste sentido, as identidades de gênero são marcadores do tipo de experiência urbana que cada corpo é suscetível, autorizado, proibido ou coagido, o que faz da identidade de gênero uma qualidade da experiência urbana; de todo modo, uma marcação inextricável.

A precariedade das condições de vida na cidade não está relacionada apenas à redução da renda, mas também à restrição de uso dos serviços públicos, ampliando a segregação socioespacial e impondo a negação da vida urbana e da cidade para muitas pessoas, como é o caso das pessoas trans. Por isso, é preciso colocar na pauta da discussão política as possíveis direções para superar essas condições de vulnerabilidade e invisibilidade da população que possui alguma desconformidade de gênero (ALVAREZ, 2017).

Diante disso, fica evidente que o direito à cidade é indiscutível para avançarmos na efetivação da democracia. Para tanto, precisamos também debater o papel do Estado no processo de mediação dos conflitos da sociedade e na criação de políticas públicas para a construção de uma outra sociedade e de uma outra vida urbana, mais igualitária para todos.

2.3 Governança Territorial: Territórios justos

Esta seção tem como finalidade analisar a relação entre o conceito de governança e o presente estudo no CSF-Lapa. Para tanto, será realizada uma análise sobre a noção de governança, mostrando sua trajetória e a importância da

retomada da discussão dessa temática no cenário atual. Abordaremos desde uma conceituação da concepção de governança no seu sentido mais amplo (apontando as suas características marcantes) até o seu significado mais próximo do campo das Ciências Humanas, principalmente a Geografia, para introduzirmos os conceitos de governança territorial e local. Por fim, utilizaremos o CSF-Lapa (objeto do nosso estudo) como um exemplo de governança local na medida em que o mesmo protagoniza o estabelecimento da estratégia urbana para a atenção da população LGBTI+ (especialmente, travestis e transexuais que residem na área central do Rio de Janeiro) através da organização de parcerias na área de saúde.

2.3.1 A polissemia da governança

Como já observado por Lima (2019, p. 131), “o conceito de governança encerra, em si mesmo, grande fonte de debates de ordem acadêmica, política e ideológica”. O termo governança teve origem na década de 1930 nos estudos de Ronald Coase onde o tema foi abordado no âmbito das empresas; foi retomado na década de 1970 por Olivier Williamson, permanecendo na ótica do mundo corporativo. Ainda na década de 1970 o termo passou a ser associado ao conceito de governabilidade (que como veremos, trata-se de um conceito menos abrangente do que governança). No final dos anos de 1980, o conceito foi trabalhado pelo Banco Mundial, através do termo *governance*, numa análise sobre os Estados e a sua capacidade administrativa, estipulando políticas e metas econômicas e sociais para os países subdesenvolvidos, ou seja, voltando-se para a ação de governo.

No entanto, James Rosenau (2000, p. 16) aponta que:

[G]overnança não é o mesmo que governo. Os dois conceitos referem-se a um comportamento visando a um objetivo, a atividades orientadas para metas a sistemas de ordenação; no entanto governo sugere atividades sustentadas por uma autoridade formal, pelo poder de polícia que garante a implementação das políticas devidamente instituídas, enquanto governança refere-se a atividades apoiadas em objetivos comuns, que podem ou não derivar de responsabilidades legais e formalmente prescritas e não dependem, necessariamente, do poder de polícia para que sejam aceitas e vençam resistências. Em outras palavras, governança é um fenômeno mais amplo que governo.

No que tange à diferenciação entre governabilidade e governança, ainda segundo Lima (2019, p. 131), o conceito de governabilidade se aproxima de governança, sem se confundir com este último: “A governabilidade consiste, basicamente, na capacidade de governar, isto é, a possibilidade real da governação. Logo, a governabilidade refere-se à capacidade de os governos concretizarem suas tarefas e plataformas de ação”. Da mesma forma, Esteban (2013, p. 11) afirma que a governabilidade é a “capacidade conjunta do sistema sociopolítico para governar-se a si mesmo no contexto de outros sistemas mais amplos do que os que forma parte”. Já, a governança, segundo Shirlow (2012, p. 41), pode ser definida como “os mecanismos pelos quais um governo estabelece um regime de acumulação e uma regulação social”.

São muitas as definições de governança, Czempiel (2000, p. 335) entende governança “como a capacidade de fazer coisas sem a competência legal para ordenar que elas sejam feitas”. Kazancigil (2002, p. 53) entende que o termo “*governance* é caracterizado pelo envolvimento no processo de fazer política, das autoridades estatais e locais, bem como o setor de negócios, os sindicatos de trabalhadores e os agentes da sociedade civil, tais como ONGs e os movimentos populares”. Citando um documento do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Bandeira (2000, p. 38-39) lembra que a governança “pode ser vista como o exercício da autoridade econômica, política e administrativa para gerenciar um país [ou região] em todos os níveis. Compreende os mecanismos, processos e instituições através das quais os cidadãos e grupos articulam seus interesses, exercitam seus direitos legais, cumprem com suas obrigações e mediam suas diferenças”.

A polissemia da palavra governança evidencia que, em um mesmo conceito, cabem diferentes significados; como bem comentado por Lima (2019, p. 131), “o uso e abuso do termo governança conduzem à definição de diversificada tipologia. Efetivamente, são os modos de se entender a governança que levam à diversidade de tipos”. Por exemplo, Esteban (2013, p. 7-9) sistematiza sete tipos de governança, são eles: 1. Governança corporativa; 2. Governança como Nova Gestão; 3. Governança de políticas de desenvolvimento; 4. Governança mundial ou global; 5. Governança como auto-organização; 6. Governança em e através das redes; 7. Governança multinível, regional ou supranacional.

Ainda sobre esta análise de Esteban (2013, p. 9), Lima (2019, p. 132) observa que “a autora reconhece que existem três traços sempre presentes, com maior ou menor intensidade, no novo modo de governar representado pela governança, a saber: 1. A governança é um processo de descentralização do poder político, portanto, de transferência de poderes de decisão às entidades regionais e locais; 2. A governança implica sempre a organização em rede, em vez de hierárquica e burocrática; 3. A governança produz um esfumaçamento da fronteira entre Estado e sociedade civil que se põe em questão com outras dicotomias como público/privado; direitos/usos sociais etc.” (grifo nosso). Para o presente trabalho, nos interessa os traços de números 1 e 2 apontados por Esteban (2013, p. 9) no que se refere à governança, em particular, quando concentramos a nossa atenção na concepção territorial e local de governança.

Entendemos que a noção de governança surgiu para denominar um tipo de gestão mais aberta, mais interativa e mais participativa, idealmente pautada pelo estabelecimento de relações de cooperação entre diferentes atores sociais (GILLY; PECQUEUR, 1997), (DALLABRIDA; BECKER, 2003), (PEREIRA, 2013). Logo, o uso do conceito de governança nos parece útil para analisar as potencialidades e dificuldades apresentadas pelo Programa CSF-Lapa na prestação da assistência de saúde (e, portanto, social) para a população trans, visto que:

- a) Este Programa é uma parceria entre a Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro e a Universidade Estácio de Sá, ou seja, claramente um caso de gestão compartilhada entre diferentes agentes e atores sociais (uma parceria público-privada);
- b) E é precisamente neste contexto que a governança em rede pode revelar-se especialmente importante, na medida em que se constitui como ponto de interseção de relações e espaços de cooperação entre atores públicos e privados, propiciando processos de tomada de decisão democráticos.

Tudo isto nos remete aos conceitos de governança territorial e local, como desdobraremos a seguir.

2.3.2 Governanças territorial e local no CSF-Lapa

A multiplicidade de sentidos do termo governança, como visto anteriormente, pode ser explicada, em grande parte, pela sua utilização por diferentes áreas do conhecimento, principalmente, a Sociologia, a Política, a Administração, a Economia e a Geografia. A partir deste ponto, concentraremos a nossa atenção nos seus significados mais próximos do campo das Ciências Humanas, principalmente a Geografia, para introduzirmos os conceitos de governança territorial e local.

Dallabrida (2011, p. 17) sugere que governança territorial se refere “às iniciativas ou ações que expressam a capacidade de uma sociedade organizada territorialmente, para gerir os assuntos públicos a partir do envolvimento conjunto e cooperativo dos atores sociais, econômicos e institucionais (grifos nossos). Entre os atores institucionais, incluiu-se, naturalmente, o Estado com seus diferentes agentes, que, no caso do Brasil, estão presentes nas instâncias municipal, estadual e federal”. Ou seja, voltando-se para o presente trabalho, é nítido como o programa CSF-Lapa configura um exemplo de governança territorial na medida em que concretiza a aplicação da Estratégia Saúde da Família (isto é, um assunto público) no Bairro da Lapa (escopo territorial) através do envolvimento conjunto e cooperativo entre um ator institucional (no caso, na sua instância municipal, a Prefeitura do Rio de Janeiro) e um ator econômico (a Universidade Estácio de Sá, através do seu curso de Medicina que destacou em seu eixo curricular o tema da Saúde da Família).

Abdala e Nunes (2019, p. 11) sistematizam aspectos que possibilitam uma melhor compreensão da atualidade sobre o tema desenvolvimento e, para isto, apontam o conceito de governança territorial como uma das práticas da nova maneira de tratar o desenvolvimento (ou seja, reconhecendo a pluralidade de atores sociais e interesses, e a importância da inclusão destes em processos de governança). Ao longo desse caminho, Abdala e Nunes observam pontos

que margeiam uma definição importante do conceito de governança territorial. O primeiro deles é, certamente, a inevitabilidade de se aceitar como pré-condição a existência de um contexto territorial. O segundo ponto seria a necessária articulação entre os mais distintos atores e agentes que respondem aos interesses territorialmente assentados. Por último, e não menos importante, é o acordo – mesmo que alcançado no seio de conflitos – em torno de um projeto ou uma visão comum de futuro, que resultaria na

construção de consensos acerca de decisões que tocam a coletividade (grifos nossos).

Sobre a existência de um contexto territorial (ABDALA; NUNES, 2019), a área central do Rio de Janeiro, e em particular a Lapa, constitui-se historicamente como um espaço de prostituição que acomoda uma população de travestis e transexuais – ponto que elucidaremos posteriormente – ou seja, um grupo social pouco compreendido pelas pessoas em geral e pelos profissionais de saúde em particular (ROMANO, 2008), o que gera distorções de equidade (um dos princípios básicos do SUS) e, conseqüentemente, aumenta o desafio e a responsabilidade do programa CSF-Lapa, que está neste local para ser a porta de entrada para o sistema de saúde.

Sobre a necessidade de articulação entre distintos atores e agentes que respondem aos interesses territorialmente assentados (ABDALA; NUNES, 2019), a unidade física do Programa CSF-Lapa está inserida no campus do Curso de Medicina da Universidade Estácio de Sá (UNESA) e compõe uma das unidades que integram a rede de atenção primária do município do Rio de Janeiro, configurando assim uma parceria público-privada entre a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro e a UNESA. O CSF-Lapa integra um dos cenários de ensino-aprendizagem para os alunos do Curso de Medicina e de outros cursos da área da saúde da UNESA e, em virtude do contexto territorial exposto no parágrafo anterior, uma das particularidades do Programa CSF-Lapa é a atenção à população LGBTI+ (especialmente, travestis e transexuais que moram na área central do Rio de Janeiro) conforme evidenciado por Romano (2008):

Trabalhar habilidades de comunicação com estudantes de Medicina tem sido um desafio constante e, mais ainda, tem sido lidar com questões relacionadas ao preconceito, à homofobia, à discriminação em serviços de saúde. Desde 2001, o Programa Saúde da Família Lapa, integrante do currículo do curso de Medicina da UNESA, tem enfrentado esse desafio, promovendo o encontro entre os estudantes e os travestis, a partir do foco na visita domiciliar, atividades de educação em saúde e atendimento ambulatorial.

Avançando do nível territorial para o local, documentos oficiais da União Europeia (UE, 2016) reconhecem a importância da boa governança em nível local para alcançar resultados de desenvolvimento equitativos e sustentáveis. De acordo com este documento (UE, 2016), a governança local trata da maneira como o poder e a autoridade são exercidos no nível local e construídos sobre dois eixos:

- a) Autoridades locais responsáveis atuando em nome de um círculo eleitoral local;
- b) Cidadãos ativos, organizações da sociedade civil e atores do setor privado contribuindo para o desenvolvimento (por exemplo, na coprodução de serviços públicos) e exercendo um papel fiscalizador com capacidade de exigir direitos, transparência e responsabilidade.

A partir do exposto acima, é possível caracterizar o polo da sociedade civil presente no Programa CSF-Lapa através da figura da Luana Muniz, liderança popular conhecida pelos múltiplos projetos sociais que realizou no Rio de Janeiro para ajudar travestis e transexuais. Nos questionários que foram realizados com a população travesti e transexual, como forma de trabalho de campo da presente tese e que serão detalhadas posteriormente, a figura da Luana Muniz desponta na maioria das falas manifestando-se como um exemplo de liderança local que se preocupava com a saúde desta população em particular e, por conta disso, sugere/orienta (e até mesmo dita) a presença e participação desta população no Programa CSF-Lapa como forma de prevenção.

A partir desta última análise, é possível fechar a identificação dos três polos (Estado, Empresa e Sociedade Civil) de governança neste caso de estudo, a saber: o Estado (através da sua Política Nacional de Atenção Básica no âmbito do SUS juntamente com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, como instância municipal), a Empresa (através da Universidade Estácio de Sá e do seu programa de ensino-aprendizagem para os alunos do Curso de Medicina e de outros cursos da área da saúde) e a Sociedade Civil (através da figura marcante da Luana Muniz), configurando desta maneira o Programa CSF-Lapa como um exemplo legítimo de governança local. A Figura 11 expressa de forma sintética o esquema da governança local.

Figura 11 – Os três polos (Estado, empresa e sociedade civil) de governança territorial e local do CSF-Lapa.



Fonte: Esquema elaborado por Évelin Generoso em agosto de 2020.

No próximo capítulo, abordaremos de forma breve a história da área central do Rio de Janeiro, com enfoque na Lapa (visto que o CSF-Lapa se encontra nessa localidade) a fim de localizá-la espacialmente enquanto um espaço histórico da boemia carioca, expondo as estratégias de efetivação de direitos à saúde da população a partir das políticas públicas de saúde criadas para atender às especificidades das travestis e de transexuais que residem nessa área.

3 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO: A LAPA E OS SERVIÇOS BÁSICOS DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA A POPULAÇÃO TRANS

Nesse capítulo discorreremos de forma breve sobre a geohistória da área central do Rio de Janeiro entre os séculos XX e XXI, com enfoque na Lapa, visto que o CSF-Lapa se encontra nessa localidade. Em seguida apresentaremos os motivos que permitem a vivência e a experiência de travestis e transexuais nesta área. O mercado de trabalho (prostituição) dessas pessoas ocorre, principalmente à noite, neste bairro histórico da urbe carioca. Por fim, serão expostas as estratégias de efetivação de direitos à saúde da população a partir das políticas públicas de saúde criadas para atender às especificidades desses sujeitos.

3.1 Entre altos e baixos: A Lapa do glamour, da decadência e da recente ressignificação

A área central da cidade do Rio de Janeiro tem como particularidade a concentração de atividades terciárias (comércio e serviços). Nela encontram-se várias repartições de empresas públicas e privadas além de concentrar terminais de transporte intraurbanos e inter-regionais. Por conta disso, durante a semana, há um grande fluxo de pessoas circulando pelas ruas do centro durante o dia. No período da noite, por outro lado, as ruas ficam praticamente desertas.

Mattos e Ribeiro (1995) explicam que o núcleo central do Rio de Janeiro possui destaque no cenário carioca pelo seu dinamismo econômico de comércio e serviços. Os autores chamam a atenção para a paisagem dessa área, devido à sua composição formada por terminais de transportes, depósitos de diversos tipos, pensões, espaços de diversão e construções do início do século – algumas sendo utilizadas como moradias por famílias numerosas e de baixo poder aquisitivo. Outro aspecto abordado pelos autores mencionados anteriormente é a mudança da paisagem durante o dia e a noite. De acordo com eles, durante o dia, percebe-se uma grande circulação de pessoas, porém, à noite o número de pessoas diminui e

observa-se na paisagem uma população considerada marginal e ligada a atividades da economia informal.

Lessa (2005) aborda a questão da economia informal na área central do Rio de Janeiro como alternativa ao desemprego. As calçadas foram transformadas em bazar a céu aberto, os desempregados tornam-se empregados de si mesmos ou microempresários (dependendo do neologismo). No entanto, o trabalho dos vendedores ambulantes nem sempre é bem visto e muitos sofrem represália da Guarda Municipal, como ilustra Lessa (2005, p. 387): “No Centro do Rio continua prosperando o comércio ambulante, apesar do jogo interativo de gato e rato” existente entre os profissionais que vivem do comércio informal e a Guarda Municipal.

A Lapa tornou-se um bairro oficialmente no dia 17/05/2012 a partir de um decreto sancionado pelo Prefeito em exercício nessa data, Eduardo Paes. Esse bairro foi criado e tem por limites parte do centro e do bairro de Fátima¹³. Essa área localizada na região central da cidade do Rio de Janeiro possui um oscilante histórico de boemia.

Segundo Sá (2019), na área Central do Rio de Janeiro, a Lapa sobressai desde o início do século atualmente como um importante e tradicional local de entretenimento para moradores e turistas, principalmente, nos fins de semana, composto por um público cada vez mais jovem. Esse aspecto também foi notado por Martins (2008, p.40):

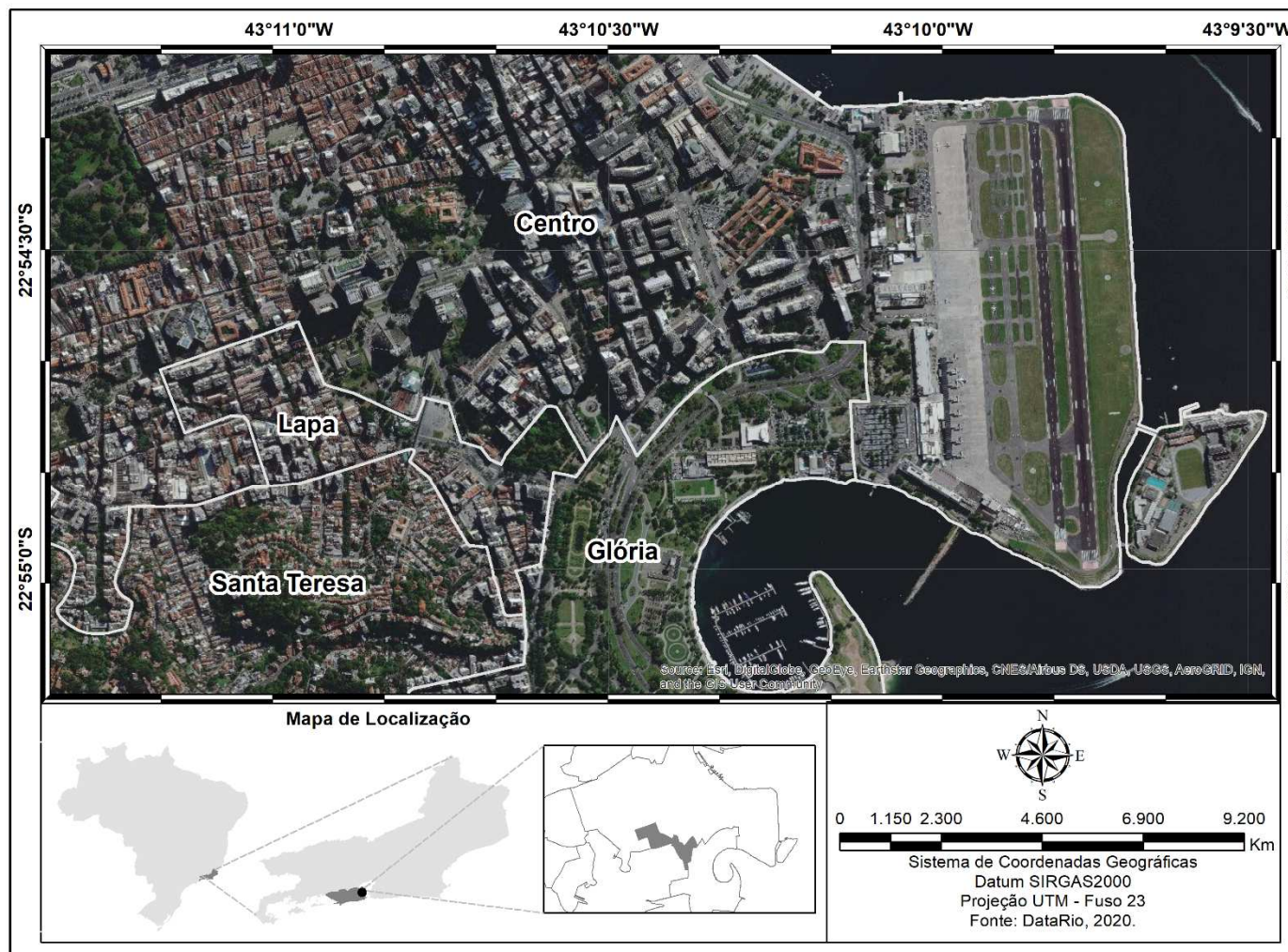
É possível notar um lento, mas contínuo crescimento da procura pelo Centro especialmente como espaço de lazer desde o final do século passado e que se mantém até os dias atuais. Essa “anomalia” estimulou a instalação e reforma de livrarias, restaurantes e casas de shows na área central da cidade onde a Lapa, desde o final dos anos 1990, pode ser considerada um dos melhores exemplos dessa transformação na dinâmica social-urbana na cidade do Rio de Janeiro.

Desde o início do século XX, na Lapa, encontram-se cabarés, *nightclubs*, jogos e prostituição, frequentado por artistas, políticos, imigrantes e estudantes. As residências familiares misturavam-se aos bordéis. Segundo DaMata (1978), o auge da Lapa foi entre os anos de 1930 e 1938. O autor salienta que no período descrito a criminalidade também estava bastante presente nessa localidade.

É possível observar na Figura 12 a delimitação da área central do Rio de Janeiro e do bairro da Lapa.

¹³ O bairro de Fátima não é um bairro oficialmente, essa área faz parte da Lapa.

Figura 12 – Mapa da área central do Rio de Janeiro e o bairro da Lapa.



Fonte: DataRio, 2020.

A Lapa como espaço desregrado foi observado por Figari (2007, p. 339), como podemos verificar na citação a seguir:

A Lapa foi durante a década de 1930 o bairro por excelência da boemia carioca. Situavam-se ali os cabarés, bares alemães ou cervejarias e cafés-concerto, como o “Danúbio Azul”, o “Viena-Budapest”, o “Alcazar”, bares, bilhares e botecos, os prostíbulos e quartos das sofisticadas francesas e as cotadas mulatas.

A Lapa tornou-se famosa no espaço urbano carioca devido à sua vida noturna libidinosa “dos cabarés, das casas de baixo meretrício, dos malandros, dos jogadores, dos valentões e do ‘troittoi’ de mulheres”, conforme analisa Martins (2008, p. 30). A autora acrescenta que nesse período uma personagem ganha destaque nesse cenário, a Madame Satã, e todo esse frenesi encontra-se muito próximo do centro social, cultural e político da antiga capital brasileira.

A ebulição cultural apresentada nesse espaço durante as primeiras décadas do século XX provocou nos bares e nas ruas da Lapa um ponto de encontro obrigatório de músicos, pintores, poetas, artistas, intelectuais. Dentre eles, destacam-se: o sambista Noel Rosa, o poeta Manoel Bandeira, o compositor Antônio Maria, o pintor Candido Portinari, o maestro e compositor Heitor Villa-Lobos, o cantor Orlando Silva, o jovem músico Pixinguinha, o escritor Jorge Amado, a atriz e dançarina Carmem Miranda (SOUZA, 2015).

Diante dos fatores apresentados, podemos dizer que o período tratado previamente pode ser descrito como a fase de glamour do atual bairro da Lapa na cidade do Rio de Janeiro.

Diferentemente da década anterior, nos anos de 1940, a Lapa inicia o seu momento de decadência, devido à repressão sofrida pelo Estado Vargasista que considerava esse espaço boêmio como um local imoral, que desrespeitava as regras de conduta da sociedade daquela época (BARTOLY, 2011).

A má fama, a música popular, a malandragem e a boemia não eram exclusividades da Lapa, expandiu-se durante as primeiras décadas do século XX para os bairros da zona portuária (Saúde e Gamboa) e posteriormente para a Cidade Nova, explica Sá (2019).

As transformações em curso na Lapa desde o final da década de 1970 foram motivadas pelo bairro ser “um lugar historicamente sedimentado, reconhecido simbolicamente pelos seus moradores e pela população carioca como um patrimônio arquitetônico e cultural da cidade”, como mostra Martins, (2008, pp. 1 e

2). A autora explica que essa especificidade propiciou que a Lapa se transformasse em alvo para projetos, tanto do setor público como também do setor privado. O propósito desses setores era promover e preservar o valor histórico, arquitetônico e cultural das áreas urbanas da cidade do Rio de Janeiro, dentre elas, a Lapa.

Martins (2008) explica que até os anos 1980 e 1990, a Lapa encontrava-se abandonada, esvaziada e degradada. A partir da parceria público-privada foram criadas políticas de caráter urbano-culturais com a finalidade de valorizar o patrimônio cultural e arquitetônico existente dessa área. Nesse contexto, foram realizadas ações pontuais de “preservação” urbana na Lapa que viabilizaram a execução de atividades comerciais, de serviço e principalmente de cultura e entretenimento, além do uso residencial.

Portanto, podemos dizer que o período de decadência da Lapa ocorre entre os anos de 1940 e 1990. A partir de 1990 essa área começa a receber uma série de investimentos, alterando a paisagem, o valor do solo urbano e o perfil dos frequentadores, dentre outros. Desse modo, inicia-se uma nova fase de “revitalização” da Lapa carioca.

Para conquistar novos clientes e a visita de turistas foi necessário mudar a imagem decadente da Lapa para que ela tornasse novamente glamorosa e pudesse ser frequentada por uma classe com renda mais elevada.

Quem vai a Lapa no século XXI observa um grande número de restaurantes, bares e casas de espetáculo, que recebem um elevado número de clientes durante o dia e a noite, fomentando novos investimentos de entretenimento do setor privado.

Contudo, as transformações promovidas pela renovação urbana da Lapa não abrangem toda a população do bairro. Moradores em situação de rua, ocupantes de espaços “vazios” ou “abandonados”, prostitutas, vendedores ambulantes, entre outros remanescentes da população de baixa renda que sempre viveu no bairro, foram excluídos ou incluídos de forma precária após as mudanças da Lapa.

Os antigos casarões e cortiços históricos do centro do Rio de Janeiro que sobraram, isto é, que não foram transformados em restaurantes, bares ou casas de espetáculo, servem, em sua grande parte, de abrigo para os inquilinos das classes menos abastadas, em geral, migrantes nordestinos e pessoas que vêm do interior do Brasil em busca de trabalho.

Como já tratamos, a região central do Rio, incluindo a Lapa, carrega um histórico de boemia, e a prostituição é uma atividade que sempre esteve presente nesse local.

A seguir abordaremos o bairro da Lapa como um espaço de vivência e experiência de travestis e transexuais, especialmente na prostituição. Utilizaremos as narrativas da pesquisa empírica como subsídio para a construção e aprofundamento dessa análise.

3.2 A Lapa e adjacências como espaço de vivência e experiência de travestis e transexuais

A prática da prostituição no Rio de Janeiro é conhecida desde a época colonial e foi tratada inúmeras vezes por cronistas, autoridades e viajantes em diferentes momentos históricos. A temática era contada como uma atividade necessária à sociedade e encontrada com bastante facilidade na área central do Rio de Janeiro.

Na Geografia, a temática da prostituição vem sendo estudada sob várias perspectivas. Nossa preocupação é com a relação que essas pessoas têm com a saúde pública, sobretudo, no alcance de uma assistência integral e humanizada que respeita às diferenças.

Antes de abordar a questão da saúde propriamente dita e a criação de um grupo de saúde com atendimento diferenciado para atender à população trans residente da Lapa (como é o caso do CSF-Lapa), é preciso explicar os motivos que tornam essa localidade tão atraente para a vinda de pessoas de outros estados para trabalharem como profissionais do sexo.

Essa elucidação será dada por meio de pesquisas já realizadas anteriormente na área de estudo, dos questionários aplicados aos sujeitos desta pesquisa que residem, trabalham e utilizam os serviços públicos de saúde ofertados na área central do Rio, sobretudo na Lapa, e também em outros bairros da cidade do Rio de Janeiro.

Conforme já foi abordado, o auge da boemia na Lapa foram os anos de 1930, com os cabarés, nightclubs, prostíbulos, dentre outros. Mesmo com a repressão

moralista na cidade a partir dos anos de 1940, houve um aumento da oferta de serviços disponíveis para as pessoas homossexuais, especialmente na Lapa, a partir dos anos de 1970 – “um incipiente mercado começava então a delinear-se no marco da crescente liberalização e mercantilização do desejo sexual” (FIGARI, 2007, p. 431).

No período citado anteriormente, ampliaram o número de comércios voltados para “encontros sexuais”, surgindo no espaço urbano: bares, saunas, cinemas eróticos, hotéis, corpos para consumo. Dentre esses corpos que são “ofertados” nas ruas estão: as travestis e os michês, que disputavam os clientes com as mulheres cis¹⁴, conforme aponta Figari (2007).

Segundo o autor supracitado, a travestilidade no Brasil remonta ao século XVII e sua visibilidade ocorreu de duas maneiras, através do espetáculo e da prostituição. As travestis apareciam no teatro, nos *music halls*, nos cabarés e no cinema. Outro local historicamente ocupado pelas travestis foi o prostíbulo. Na década de 1970, as travestis começam a fazer programas, com mais frequência, nas ruas. Concomitantemente, cresce a repressão policial e a violência contra elas.

A prostituição é inerente à atividade urbana. Nas cidades, especialmente na área central do Rio de Janeiro, ela tem potencialidade de se desenvolver, devido à grande quantidade de pessoas e à diversidade de usos do solo urbano. O comércio da prostituição busca convergir sua atividade para locais das cidades que possuem: fluxo de pessoas (isto é, clientes), facilidade de circulação, maior liberdade; e no caso da Lapa e adjacências, pelo baixo valor dos imóveis, se comparado a outros bairros da urbe carioca.

Silva (2011, p. 35) identifica dois fatores que seriam fundamentais para a localização da prostituição no centro das cidades e nos seus arredores: “A prostituição precisaria do centro pelo fluxo de pessoas (clientes) aí existentes e pelo anonimato que a multidão oferece”. Posteriormente, o autor explica as vantagens dessa localização:

Ao se localizar na periferia imediata do centro, por outro lado, a prostituição obteria vantagens da proximidade com o centro como o maior fluxo de pessoas: a facilidade de transporte; e preços mais baixos dos aluguéis. Além disso, nas grandes cidades áreas periféricas ao centro geralmente apresentam um certo estado de deterioração e obsolescência sendo, portanto, áreas onde as meretrizes podem se localizar sem grande

¹⁴ Mulher cis, abreviação de cisgênero é aquela que nasceu com o sexo biológico feminino e se identifica com o gênero feminino.

resistência da vizinhança. Desse modo, a periferia imediata do centro seria a localização preferencial para o baixo meretrício.

Vale realçar que a prostituição de travestis e garotos de programa é considerada um tabu na nossa sociedade, por questões morais, como afirma Golin (2017).

Silva (2011) corrobora a posição de Golin (2017) quando afirma que a prostituição, por ser considerada uma atividade desviante pela sociedade mais conservadora, sempre sofreu repressão policial, embora nunca tenha sido considerada ilícita, ou seja, no Brasil, a libertinagem como atividade econômica nunca foi considerada um crime. Pelo contrário, “a prostituição é uma atividade comum na maioria das cidades, não havendo nada que impeça sua existência, nem mesmo as repressões policiais, misérias e doenças” (MATTOS, 2011, p. 45).

De acordo com Ribeiro e Oliveira (2011), a prostituição não é uma profissão formal no Brasil, no entanto, esta atividade constitui uma ocupação remunerada em dinheiro ou benefício (moradia, alimentação, vestuário, dentre outros), pela oferta de um serviço especializado: o sexo. Apesar de informal e marginalizada pela sociedade e pela legislação vigente, essa atividade está vinculada ao setor formal, devido a uma série de relações que vão se estruturando: caso dos anúncios via jornais e internet, aceitação de cartão de crédito para pagamento, aluguel de imóvel, dentre outros.

Mais uma faceta da prostituição na dinâmica espacial é a sua estruturação em redes sociais de acolhimento no que tange à relação entre a/o profissional do sexo e o “agenciador”, conhecido também no passado como cafetão e/ou com outras parceiras de trabalho mais antigas, onde uma indica a outra.

Também era comum a introdução ao meretrício por meio da “alcova” – uma prostituta mais velha. Esta transmitia às novas profissionais do sexo como funcionava o ofício: seus códigos, leis e práticas, além da questão da submissão ao controle do cafetão – responsável pelo financiamento do aprendizado e protetor dos ataques da polícia (MATTOS, 2011).

Podemos dizer que Luana Muniz representou, de certo modo e adaptado à realidade atual, essa figura de alcova, pois nos relatos das pessoas com as quais dialoguei, ela era chamada de “madrinha”, “dinda”, “velha” (no sentido carinhoso e maternal) pelas pessoas que trabalhavam com ela, e também era chamada de

“mãe” pelas pessoas em situação de rua que ela ajudava, como podemos observar nos relatos a seguir:

Luana Muniz, não temos palavras para definir, não temos palavras, porque ela foi uma mãe para todos os homossexuais, para os heteros, para todos, então a pessoa que estava sempre ali precisando, disposta no que você precisava, tá entendendo? Luana Muniz, como ela não existe e não vai ter outra como ela. Ela era uma representação popular. Eu conheço a Luana Muniz oh, conheci ela novinha. Eu vim acompanhar a Luana Muniz já há bastante anos, [...], eu tinha 17 anos pra 18 e ela perguntava quantos anos tinha, porque não podia trabalhar na Lapa de menor, como hoje também não. Eu escondia dela, falava que tinha 18, que não tinha documento. Ela não gostava de menor, não deixava ficar. Eu gostava muito dela, aí fui ficando. Quando fiz 18 anos aí contei para ela: eu gostava tanto de ficar ao lado da senhora... Não tem como falar mal dela, porque ela nunca fez nenhum mal pra ninguém [...] Ela botava moral e todo mundo já respeitava ela. Hoje em dia ali na Lapa não é como era antes... (T7, 34 anos).

Ela era uma mãe mesmo, dava muitos conselhos para o bem, não gostava de quem aprontava, era uma pessoa maravilhosa, faz muita falta aqui na Lapa”. [...] Ajudava também muito esses moradores de rua. Ela tinha uns Projetos com parceria com a cantora Alcione que conseguia cestas básicas para pessoas carentes. Ela era muito boa gente mesmo, um coração gigantesco (T6, 43 anos).

Ela parecia um pouco desbocada, mas ali era só uma capa que ela tinha. Tinha que ter para o povo, para impor medo, mas ela não queria medo de ninguém, ela queria seu respeito, mas ela queria que sabiam que ela era agressiva e desbocada, mas ela era mesmo um coração imenso, uma militante... Sem palavras da velha (T4, 25 anos).

Luana tinha muito conhecimento, aqui e lá fora, um conhecimento do babado. Foi ela que me botou aqui para trabalhar. Foi ela uma das fundadoras com Claudio Nascimento da Secretaria do Estado Rio sem Homofobia (T10, 40 anos).

Na maioria das conversas que tive com as profissionais do sexo que trabalham na Lapa – durante a pesquisa de campo – o nome da Luana Muniz era mencionado de forma espontânea, mesmo sem estar entre as perguntas.

Luana Muniz era conhecida pelo bordão “travesti não é bagunça”¹⁵ e foi considerada a rainha da Lapa do século XXI. Ela morreu em 2017 em virtude de uma pneumonia.

Segundo a depoente T4 (25 anos): “[...] Travesti não é bagunça mesmo na Lapa, a gente tinha respeito. As poucas que ficaram e que conheceram ela não se deixa levar como bagunça nunca. Ela colocava respeito: o certo e o errado [...]”.

Diante disso, percebemos que não podíamos tratar sobre o bairro da Lapa sem mencionar o nome da Luana Muniz. Logo, falaremos sobre o legado deixado

¹⁵ Frase utilizada por Luana Muniz na reportagem do Programa Profissão Repórter, exibido pela Rede Globo de Televisão em 2010.

por Luana Muniz: travesti, artista, empresária, prostituta e ativista social, inclusive, participando de forma dinâmica no Centro de Saúde na Lapa – como já foi observado na seção sobre governança deste trabalho a caracterização da Luana Muniz como sendo o polo da sociedade civil no Programa CSF-Lapa enquanto exemplo de governança territorial. Essa é uma forma de dar mais visibilidade a essa personalidade polêmica que possuía grande liderança, influência e controle territorial na Lapa.

Estas características sobre Luana Muniz podem ser identificadas na fala de Lorna Washington, ao apresentá-la como convidada para a entrevista do Programa “Papo Reto” do dia 20/04/2012¹⁶:

Ela é polêmica e uma grande líder. Na Lapa já existiram as rainhas da Lapa: Madame Satã e outras tantas, mas atualmente nós temos uma síndica que toma conta da Lapa e também é a rainha da Lapa. Estamos falando nada mais, nada menos do que essa grande personalidade que é a Luana Muniz.

Luana Muniz falou no vídeo: “Dame Candolle”¹⁷ que foi adotada e saiu de casa aos 9 anos, quando começou a se prostituir. Iniciou a sua hormonização aos 13 anos. Tornou-se uma travesti famosa, viajou o mundo, ganhou muito dinheiro e prestígio no mundo artístico e como profissional do sexo, como mostra o documentário “Luana Muniz: Filha da Lua”. Como ela mesma conta, chegou a perder tudo o que tinha, dormiu na rua e passou fome.

Luana Muniz era uma travesti empoderada, um corpo político atuante e grande articuladora entre a comunidade trans e a sociedade, de um modo geral. Foi uma das fundadoras do projeto “DAMAS” – da Prefeitura do Rio de Janeiro – que auxiliava na qualificação profissional de travestis e transexuais, inclusive, participou da primeira turma de formação profissional deste Projeto.

Além desses projetos, Luana foi fundadora e presidente da Associação dos Profissionais do Sexo do Gênero Travesti, Transexuais e Transformistas do Rio que funcionava no Casarão Rosa na Lapa, localizado na Rua Mem de Sá. Essa Associação amparava dezenas de pessoas trans que procuravam moradia ou outra forma de auxílio, tais como: comida, dicas de comportamento para trabalhar nas ruas, formas de prevenção contra as ISTs e informações a respeito da troca de

¹⁶ A entrevista completa encontra-se em: <https://www.youtube.com/watch?v=afyUTwn-B4A> Acesso dia: 06/06/2020).

¹⁷ <https://www.youtube.com/watch?v=wcQPJaX9pOQ&t=19s> Acesso dia: 06/06/2020.

documentação para modificar o nome no registro civil para o nome que usa socialmente.

Das quinze (15) pessoas que participaram desta pesquisa, dez (10) delas se reconheciam como travestis e disseram que trabalhavam como profissionais do sexo. Oito (08) pessoas relataram que moraram no Casarão da Luana Muniz ou a conheceram nas ruas da Lapa, durante o trabalho com prostituição.

Vale ressaltar que durante a conversa que tivemos com as pessoas que conheceram Luana Muniz, esta era lembrada com muito carinho e emoção. Os depoimentos a seguir relatam sobre a forma como ela lidava e amparava essas profissionais que residiram no seu Casarão:

[...] Morava no casarão com a dinda, a Luana. O casarão era maravilhoso. Aquele casarão era um sucesso, muito requisitado ali. Chegava de tudo ali: gringo, brasileiro. O casarão rosa... "suspiros". Sem palavras aquele lugar. Um sonho, enquanto ela tava ali. Sai de lá, porque ela foi "embora". Acabou a proteção, nós não tinha mais uma madrinha por nós e numa vida de trans não existe ficar sendo cafetinada, extorquida, passar por situações desnecessárias. Ali a gente se sentia acolhida, protegida pela dinda, a Luana. Não tenho palavras. Ela sabia qualificar o que era certo e o errado, mas não ficaria desamparada. [...] (T4, 25 anos).

Eu fui morar no casarão da mãe Luana, ainda cheguei a conhecer ela. Eu vim diretamente pra cá para trabalhar. Eu não conhecia ela, só de nome e vídeos na internet. Quem conhecia ela, era uma amiga que me chamou pra vim pra cá. Eu vim e a gente foi direto para a casa da mãe Luana. Fiquei lá 3 meses. Quem conheceu ela sabe que ela é uma pessoa maravilhosa e faz muita falta pra mim e pra todas que conheceram. Assim como ela puxava a orelha ela ajudava bastante as meninas, nunca foi de cobrar batendo na porta de nenhuma para cobrar diária, essas coisas, sempre foi de entender a gente. A gente pagava para morar no casarão, porque é muito grande, acho que é mais de dezesseis, dezessete quartos, ficava três ou quatro meninas no quarto. Eu não sei quantas pessoas moraram lá. Não sei por quê, mas eu ficava sozinha num quarto (T1, 28 anos).

Só depois que conheci Luana Muniz, que me batizou, que minha vida mudou. Ela cuidou de mim, me dava conselho, me deu várias porradas, não vou mentir para você. Eu deixava ela me bater, porque eu era uma espoleta, eu bagunçava tudo, não roubava ninguém nem dava volta, por isso que a Luana sempre gostou de mim, mas eu descia para rua, bebia uma cachaça e botava fogo nessa Lapa. Minha filha, eu quebrava carro, dava na cara dos homens, brigava, chegava em casa toda quebrada, apanhava, ia parar lá no hospital e a Luana sempre me dando conselho, pra mim largar a cachaça, aí um belo dia ela me deu uma coça com um pedaço de pau que ela andava na bolsa. Apanhei, mas agradei a ela, eu não fiquei com raiva dela, ela pensou que eu fiquei com raiva dela, eu não fiquei, eu gostei, porque eu fui aprendendo aos poucos. Ela pegava muito no meu pé. Falava que eu tava na rua, ela descia, colocava a cadeira e ficava, só ia embora depois que eu ia embora para casa ou ela botava eu para ir embora para casa. Eu doida pulava a janela e ia para a rua quando ela subia para o prédio dela (T10, 40 anos).

Pelos depoimentos, nota-se que Luana era uma pessoa que fazia, realmente, o papel de “mãe” daquelas que viviam no seu Casarão. Ao mesmo tempo que educava, dava conselhos e “puxões de orelha” – quando achava necessário.

As travestis e transexuais buscam o bairro da Lapa para se abrigar quando saem de suas casas – muitas delas expulsas – porque sabem que nessa localidade serão acolhidas por travestis mais velhas, mais experientes e terão a liberdade de ser o que desejam.

Quando questionadas sobre o motivo que atraíram essas profissionais do sexo para o Rio de Janeiro, elas responderam que saíram de suas cidades porque tinham receio de serem “descobertas” como travestis ou porque foram desprezadas pela família e vieram para o Rio em busca de trabalho, sabendo que a prostituição seria o caminho mais provável, dado que a maioria delas chegou à cidade do Rio de Janeiro muito novas e com baixo grau de escolaridade. Essa informação pode ser ratificada nas falas, subsequentes, das depoentes quando perguntadas sobre o motivo que as atraíram para a cidade do Rio de Janeiro:

Fugi de casa, vim da Bahia e me viro sozinha desde os meus doze anos. Antes do meu pai saber que eu era travesti, “bicha” na época. Eu vim pro Rio com medo da minha família descobrir que eu era travesti e antes de acontecer o pior, eu me adiantei. Eu peguei uma carona com um caminhoneiro, eu e minha sobrinha, e ele vinha direto para o Rio, ele me deixou em Niterói, ainda deu dinheiro pra gente atravessar a ponte Rio-Niterói, sem pedir nada em troca. Aí eu fui parar na Av. Brasil. Eu perguntei para um menino onde que ficava as garotas de programa, eu já sabia o que era essas coisas. Minha mãe fez uma promessa quando fiz dois anos e deixou meu cabelo crescer. Meu cabelo era grande, eu parecia menina, estava vestida de menina... De lá eu peguei um ônibus e vim parar no centro. Eu já vim nessa intenção. Dormi uma noite na rua. Mas, vi onde ficavam as meninas na Praça Tiradentes. Depois conversei com uma cafetona. Ela adorou que eu era de menor, aquela menina novinha, com um cabelão, um chuchu. Me pegou e já me botou na diária dela. Trabalhei a vida toda com prostituição. Já me envolvi com cafetão, bandido. Já me envolvi com tudo. Já ganhei facada, já levei tiro, coisas que quase toda puta já passou, entendeu? [...] Usei drogas, bebia muito. Minha vida era isso até conhecer a Luana e ela virar minha madrinha. Estou aqui há 24 anos, morei mais de 20 anos com a Luana [...] (T10, 40 anos).

Tem treze anos que estou aqui. Eu vim por conta do mercado de trabalho. Era muito bom, hoje não está tanto. O tempo foi passando. Eu vim de Natal com essa intenção. Já vim indicada para trabalhar para uma pessoa, mas foi só no início, agora eu trabalho independente (T6, 43 anos).

Já faz um ano e meio que moro no Rio de Janeiro. Eu nasci em Natal, mas não vim diretamente pra cá, fui pra São Paulo, Minas, fui atrás de programa, conhecendo, atrás de dinheiro. As amigas vão falando: - Ah, tem uma cidade assim... aí eu ia e assim eu ia pulando, dava uma dica e eu ia. Eu vim pro Rio em busca de trabalhar mais. Quando eu cheguei fiquei no hotel e agora estou em outro lugar. Eu moro com umas meninas (T8, 20 anos).

Eu vim pro Rio nas Olimpíadas para ganhar dinheiro. Uma amiga me chamou, fiquei uns três meses, ganhei muito dinheiro. Depois voltei para São Paulo e depois voltei pro Rio. Passei em várias cidades pra ver se conseguia alguma coisa. Essa nossa vida é uma correria constante [...] Achei uma oportunidade aqui de ganhar mais dinheiro. Gostei aqui da cidade e foi quando encontrei meu marido. Eu tô com ele já há quatro anos, desde 2017. Trabalho como demonstradora de uma empresa de cosméticos e complemento minha renda na rua. Você sabe a gente precisa comprar nossas coisas e não dá para o marido pagar tudo (T1, 28 anos).

Minha família não me aceitava por eu ser LGBT, por ser quem eu sou. Fugi de casa, devido ao preconceito dos meus pais, mas hoje já falo com eles. Fui para Vitória e depois vim pro Rio (T9, 26).

Sai da escola, porque sofria muito *bullying* e também fui muito desprezada pela minha família. Como eu tinha uma amiga que morava aqui no Rio, eu vim (T2, 34).

Como foi dito anteriormente, a cidade do Rio de Janeiro, especialmente a Lapa, na Área Central, permanece como um local atrativo para a migração, sobretudo, por conta do trabalho. Foi dessa forma que chegaram no Rio de Janeiro oito (8) das dez (10) travestis que deram depoimento para esta pesquisa. A migração para o Rio de Janeiro tinha como finalidade o mercado de trabalho no ramo da prostituição.

Diante disso, apresentaremos no próximo capítulo os Programas públicos de atenção e promoção à saúde situados na cidade do Rio de Janeiro voltados para a população travesti e transexual, no que tange a: prevenção, acompanhamento, tratamento, realização de procedimentos cirúrgicos e de reparação, além de serviços de controle de doenças existentes ou que, por ventura, venham a existir. Em seguida, faremos uma avaliação e discussão do acesso aos serviços de saúde pública nos três níveis de atenção (primário, secundário e terciário) a partir da opinião dos(as) seus usuários(as), participantes desta pesquisa.

4 O ACESSO E A PROMOÇÃO À SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS SUJEITOS CORPORIFICADOS E DE DIREITOS

Conforme já exposto anteriormente, perante à conjuntura de pandemia da COVID-19 e o distanciamento social ao qual estamos submetidos, de acordo com orientações do Ministério da Saúde, tivemos que realizar algumas adaptações na pesquisa, tais como:

- a) mudar o local e a forma de aplicação dos inquéritos;
- b) aumentar a área de análise, que seria inicialmente na Lapa, para a metrópole do Rio de Janeiro.

Devido às dificuldades para captar depoentes, recorremos ao método Snowball (bola de neve) e assim uma pessoa entrevistada indicava outra(s) pessoa(s). Buscávamos pessoas trans que eram usuárias dos serviços públicos de saúde da metrópole carioca.

A partir dos inquéritos, realizados com uma amostra da população travesti e transexual atendidas no CSF-Lapa e outras instituições públicas de saúde, apontamos os seus perfis sociodemográficos, seus contextos de vida, suas singularidades da vida social, seus problemas e necessidades de saúde, observando os usos e as diferentes apropriações dos espaços de saúde. Desse modo, os depoimentos serviram de suporte para o desenvolvimento do diagnóstico das condições de vida e de situação de saúde dessa amostra da população trans, para que propostas de vigilância e ações de saúde – visando o bem-estar físico e mental destas pessoas – possam ser tomadas. Vale ressaltar que o roteiro do depoimento, usado para servir de guia, encontra-se no apêndice.

Os dados sociodemográficos tiveram o propósito de compreender o perfil dos(as) participantes da pesquisa, mais especificamente, nos informamos sobre as situações-problema que estas pessoas trans vivenciam, indicando suas inter-relações espaciais, desta forma, a pesquisa permitiu identificar as potencialidades do serviço básico para as pessoas trans (setor primário) e as vulnerabilidades dos serviços de média e alta complexidade (setores secundário e terciário) que requerem tecnologias avançadas e demandam saberes especializados do campo da

saúde para atender, tratar e dar continuidade aos procedimentos já realizados nessas pessoas.

4.1 A face nua e crua das condições socioespaciais dos sujeitos da pesquisa

Nesta pesquisa conversamos com quinze (15) pessoas, sendo seis (6) delas pessoalmente e nove (9) delas por meio do aplicativo WhatsApp. Dentre as (15) pessoas que concederam depoimentos, oito (8) delas utilizou ou utiliza o CSF-Lapa, então, conservamos a área central do Rio de Janeiro como uma localidade valiosa para a nossa análise espacial. Enfatizamos que uma parte das pessoas indicadas não utilizavam os serviços públicos de saúde da metrópole carioca, portanto, a investigação não foi finalizada e, por isso, não será apresentada no exame de material desse trabalho.

Para preservar a identidade das pessoas que participaram da pesquisa, bem como dos profissionais de saúde e das instituições pública de saúde mencionadas, com exceção do CSF-Lapa, todos aparecerão com código de identificação. A saber:

- a) Travesti: T1 até o T10
- b) Mulher Transexual: MT1
- c) Homens Transexuais: HT 1 até o HT4
- d) Profissionais de Saúde: PS “A” até o PS “G”
- e) Instituições de Saúde: IS “A” até a IS “I”

Da amostra, aqui considerada, da população travesti e transexual atendidas no CSF-Lapa e demais instituições de saúde; dez (10) são travestis com idade entre 20 e 43 anos e cinco (5) transexuais com idade entre 33 e 54 anos. Dentre as travestis, duas (2) residem no bairro de Madureira e são naturais do Estado do Rio de Janeiro, as demais depoentes moram na área central da cidade do Rio de Janeiro e são naturais de outros Estados do país. Na subamostra de transexuais, quatro (4) pessoas são naturais do Estado do Rio de Janeiro, onde residem atualmente. Uma destas, nasceu e reside no Estado de Minas Gerais, mas utiliza os serviços das instituições de saúde do Rio de Janeiro para a realização de procedimentos de alta complexidade. Veja as Tabelas 1 e 2.

Com relação ao grau de escolaridade da subamostra de travestis, três (3) delas concluíram o ensino médio e uma (1) não conseguiu finalizá-lo; duas (2) possuem o ensino fundamental completo e outras duas (2) não finalizaram o mesmo; restando duas (2) com ensino superior incompleto. Verifica-se, portanto, um grau de escolaridade relativamente baixo entre os depoimentos. Nove (9) delas afirmaram que trabalham como profissionais do sexo e uma (1) disse que exerce a profissão de atriz transformista e dubladora. O valor salarial declarado varia entre R\$800,00 e R\$4.000, como se constata na Tabela 1.

Já na subamostra de transexuais, uma (1) pessoa não concluiu o ensino fundamental, duas (2) não concluíram o ensino superior, uma (1) possui ensino superior completo e uma (1) tem Mestrado completo. Observa-se um grau de escolaridade um pouco mais elevado entre os(as) depoentes. Um (1) deles não trabalha e vive de mesada do pai, um (1) trabalha como atendente em um supermercado, dois (2) são técnicos de enfermagem e um é microempresário. A renda estipulada varia entre R\$1.200 e R\$6.000, excluindo a pessoa que não trabalha e não tem um salário. Nesse sentido, observa-se uma renda um pouco mais elevada, como pode ser verificado na Tabela 2.

Nome	Idade	Naturalidade	Bairro em que reside	Ocupação	Grau de Escolaridade	Renda Estimada
T1	28 anos	Amazonas – Região Norte	Centro	Profissional do sexo	Ensino Médio completo	R\$2.500,00
T2	34 anos	Alagoas – Região Nordeste	Lapa	Profissional do sexo	Ensino Fundamental Incompleto	R\$800,00
T3	42 anos	Rio de Janeiro – Região Sudeste	Madureira	Profissional do sexo	Ensino Superior incompleto	R\$1.200,00
T4	25 anos	Rio Grande do Norte – Região Nordeste	Estácio	Profissional do sexo	Ensino Médio incompleto	R\$2.000,00
T5	41 anos	Rio de Janeiro – Região Sudeste	Madureira	Atriz, dubladora e animadora	Ensino Superior incompleto	R\$3.000,00
T6	43 anos	Rio Grande do Norte – Região Nordeste	Centro	Profissional do sexo	Ensino Médio completo	R\$1.200,00
T7	34 anos	Minas Gerais – Região Sudeste	Estácio	Profissional do sexo	Ensino Fundamental completo	R\$4.000,00
T8	20 anos	Pará – Região Norte	Estácio	Profissional do sexo	Ensino Médio completo	R\$3.000,00
T9	26 anos	Espírito Santo – Região Sudeste	Lapa	Profissional do sexo	Ensino Fundamental Completo	R\$3.000,00
T10	40 anos	Bahia – Região Nordeste	Estácio	Profissional do sexo	Ensino Fundamental incompleto	R\$1.000,00

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico da subamostra da população de Travestis.

Fonte: Inquéritos realizados nos meses de março e abril de 2020.

Nome	Idade	Naturalidade	Bairro em que reside	Ocupação	Grau de Escolaridade	Renda Estimada
HT1	37 anos	Rio de Janeiro – Região Sudeste	Duque de Caxias – Rio de Janeiro – RJ	Técnico de enfermagem	Ensino Superior completo	R\$6.000,00
MT1	40 anos	Rio de Janeiro – Região Sudeste	Ilha do Governador – Rio de Janeiro – RJ	Técnica de enfermagem	Superior incompleto	R\$1.500,00
HT2	33 anos	Rio de Janeiro – Região Sudeste	Itaboraí – Rio de Janeiro – RJ	Atendente de supermercado	Superior incompleto	R\$1.200,00
HT3	54 anos	Rio de Janeiro – Região Sudeste	Tribobó – São Gonçalo – RJ	Microempresário	Mestrado completo	R\$5.000,00
HT4	49 anos	Minas Gerais – Região Sudeste	Barbacena – Minas Gerais – MG	Não trabalha	Ensino Fundamental incompleto	R\$ -

Tabela 2 – Perfil sociodemográfico da subamostra da população de Transexuais.

Fonte: Inquéritos realizados nos meses de março e abril de 2020.

A respeito do uso de drogas lícitas e ilícitas, pudemos apurar nos inquéritos que uma parte das pessoas faz uso de álcool e outras drogas, sobretudo, as travestis quando estão trabalhando nas ruas (veja a Tabela 3), como é possível observar nos depoimentos que se seguem:

Uso maconha e já usei cocaína. Às vezes bebo umas cervejinhas. Bebo socialmente, não muito (HT3, 54).

Não uso drogas, mas já usei maconha mais jovem. Até bebo bem e na maioria das vezes em casa (HT2, 33).

Nunca usei nenhum tipo de droga ilícita. Fumei dos meus 18 aos 25 anos cigarro industrializado e fiz um trabalho de tabagismo para me livrar do cigarro. Bebo uma cervejinha de vez em quando, um vinho, nada demais. (MT1, 40).

Nunca usei cocaína nem crack, já usei maconha. Uso álcool mais a noite, para sair uma atriz dentro de si e aturar esses homens. Preciso botar uma máscara. O natural mesmo não suporta, você não consegue sair com um estranho, aturar uma pessoa estranha, uma pessoa que não é do seu convívio. Você tem que baixar uma atriz ali e incorporar alguém, uma pessoa falsa. (T4, 25).

Já usei maconha e cocaína. Agora só uso de vez em quando maconha. Sempre tiro um dia para beber assim, mais na rua (T8, 20).

Eu uso drogas, mas eu uso controladamente e bebo também controladamente, não tenho uso abusivo. Uso maconha, cocaína e uso bebidas em geral, tipo cerveja. A gente que trabalha na prostituição acaba usando (T9, 26).

Eu bebo, fumo, uso cocaína. É meio complicada a rua. Quando eu bebo, eu bebo, bebo, bebo mesmo. Mas, não é todo dia. Eu tiro um dia para beber, um fim de semana (T1, 28).

Já usei muito craque e cocaína. Ultimamente não uso nada, só bebo cerveja e fumo cigarro (T10, 40).

Tabela 3 – Uso de drogas lícitas e ilícitas pelas(os) depoentes.

Nome	Idade	Subamostra	Faz ou já fez uso?				Ainda utiliza?
			Álcool	Maconha	Cocaína	Craque	
T1	28 anos	Travesti	Sim		Sim		Sim
T4	25 anos	Travesti	Sim	Sim			Sim (Álcool)
HT2	33 anos	Transexual		Sim			Não
T4	20 anos	Travesti		Sim	Sim		Sim (Maconha)
HT3	54 anos	Transexual		Sim	Sim		Sim (Maconha)
T9	26 anos	Travesti	Sim	Sim	Sim		Sim
T10	40 anos	Travesti			Sim	Sim	Não

Fonte: Inquéritos realizados nos meses de março e abril de 2020.

Travestis e transexuais possuem uma grande preocupação com a aparência física e utilizam procedimentos estéticos para eliminar pelos da face, cirurgias para colocação de silicone, retirada da mama, dentre outros procedimentos que possibilitem o aparecimento e posteriormente a manutenção de características femininas ou masculinas, conforme verificado nos depoimentos.

Como nem todas as travestis possuem recursos financeiros, algumas utilizam silicone líquido industrial injetado por “bombadeiras”, o que ocasiona graves problemas, como trombozes e infecções, necessitando de internação em hospitais. Buscando aumentar a feminilidade, elas aumentam os seios, mudam o timbre da voz, ingerem hormônios femininos e utilizam hormônio industrial. A maioria dessas pessoas utiliza tais hormônios sem orientação médica, embora conheçam os riscos que estes podem provocar no corpo (Tabela 4). As declarações a seguir revelam alguns casos:

Comecei a usar hormônio aos 13 anos por conta própria. Tenho silicone industrial e estou tirando. Coloquei nas pernas e nas nádegas. Vou trocar por prótese, porque silicone industrial faz muito mal (T5, 41).

Já usei muito hormônio na minha juventude, não sabíamos como utilizar como hoje em dia. Fiz muita reposição hormonal por conta própria. Num hospital não saberiam como agir. Coloquei silicone industrial nas nádegas e no quadril quando era nova (T3, 42).

Tomo hormônio sem orientação médica para ficar mais feminina. Tenho silicone industrial no bumbum, uma amiga injetou em mim (T2, 34).

Já usei hormônio por conta própria. Fui na farmácia, comprei e apliquei. Não tenho silicone industrial (T8, 20).

Uso hormônio para ficar mais feminina e coloquei silicone industrial na bunda e no quadril numa cafetina em São Paulo (T9, 26).

Já usei muito hormônio para crescer meus peitos e ficar bem feminina. Comprava na farmácia e lá mesmo eles aplicavam. Como tenho HIV não posso mais tomar hormônio (T10, 20).

Faço hormonização por conta própria, só que dei uma parada, porque comecei a engordar muito, por isso procurei um acompanhamento hormonal, só que ainda não consegui. Fui até na Fiocruz atrás do endocrinologista. Não consegui, porque tinha que participar de uma pesquisa de dois em dois meses e tomar uma injeção no bumbum, só que eu tenho silicone industrial no bumbum – fiz com uma doida por aí, lá em São Paulo, uma bombadeira e não pude participar da pesquisa, porque apliquei silicone industrial no bumbum e no quadril (T1, 28).

É bom para nós, a gente já vê logo a mudança no corpo masculino para o feminino com a ajuda desses medicamentos. Não tem indicação médica. A gente vê colegas mais velhas que tomam e aí a gente toma também. Tenho silicone industrial na mão, no bumbum e na perna. No seio tenho prótese. A gente fazia em casa mesmo, uma loucura. É uma vontade grande de ter aquele corpo bonito. No CSF-Lapa encaminham a gente para o endócrino,

mas nós que somos loucas mesmo, porque a gente sabe que não é aconselhável tomar, mas como o mal não chegou, então a gente não pergunta para nenhum profissional. O remédio que a mulher usa para evitar a gravidez, a gente toma, porque modela nosso corpo. Se o médico falar para tomar algum remédio durante um mês, a gente vai tomar em uma semana, porque a gente quer ficar com o corpo feminino, então muitas vezes a gente não vai ao médico, porque ele vai falar o certo e a gente vai fazer o errado (T7, 34).

Já fiz muito uso de hormônio no passado, agora não faço mais. Já coloquei silicone industrial no passado também e foi um erro gravíssimo, mas não pensei nas consequências futuras. Eu acho que foi o silicone industrial que acarretou um problema na minha coluna, por conta do sobrecarga do peso do silicone com a gordura. Foi com uma bombadeira que fazia o corpo das meninas na época, até já faleceu essa pessoa. Foi por minha conta e risco. Na época eu não pensava nas consequências, eu só queria ficar bonita, só que isso não é para o corpo. Se eu pudesse voltar no tempo, eu jamais faria isso (T6, 43).

Nunca passei num endócrino. Eu tomo hormônio com indicação de outras trans e porque eu achei que meu organismo se adaptou. Eu queria ficar mais feminina, cortar os pelos do corpo, a voz ficar mais fina e ter peito, mas agora já consegui colocar minha prótese no peito. Nunca coloquei hormônio industrial. Tenho medo. Já vi muitos efeitos colaterais em muitas monas lá no Casarão (T4, 25).

Como foi observado nos relatos, todas as dez (10) travestis indagadas nesta pesquisa usaram ou ainda utilizam hormônio – sem indicação e acompanhamento médico – com a finalidade de ficarem mais femininas, mesmo sabendo que esses medicamentos poderiam causar algum tipo de dano à saúde, provocando até a morte.

Em relação ao silicone industrial, apenas três (3) delas afirmaram que nunca fizeram uso (Tabela 4). Todas que inseriram silicone industrial em seus corpos relataram que tinham ciência dos danos e das consequências que este produto poderia causar em seus corpos e ainda assim, sem condições econômicas de colocar próteses de silicone com um médico em um hospital, preferiram arriscar as suas vidas colocando este elemento em seus corpos em locais clandestinos, em busca de um corpo feminino que as deixassem mais felizes e atraentes para os clientes. Algumas se arrependem de terem colocado o silicone industrial e sofrem com os efeitos colaterais deste produto.

Tabela 4 – Uso de hormônios e silicone industrial pelas(os) depoentes.

Nome	Idade	Subamostra	Utilização de Hormônios			Utilização de Silicone Industrial		
			Utilizou?	Orientação Médica?	Notas	Utilizou?	Partes do Corpo	Notas
T1	28 anos	Travesti	Sim	Não		Sim	Nádegas e Quadril	Injetado por uma “bombadeira” de São Paulo.
T2	34 anos	Travesti	Sim	Não		Sim	Nádegas	Injetado por uma amiga.
T3	42 anos	Travesti	Sim	Não	Utiliza desde a juventude.	Sim	Nádegas e Quadril	Injetou quando era jovem.
T4	25 anos	Travesti	Sim	Não		Não		
T5	41 anos	Travesti	Sim	Não	Iniciou aos 13 anos de idade.	Sim	Nádegas e Pernas	Vai substituir por próteses.
T6	43 anos	Travesti	Sim	Não	Não utiliza mais.	Sim		Injetado por uma “bombadeira”.
T7	34 anos	Travesti	Sim	Não		Sim	Nádegas, Pernas e Mãos	
T8	20 anos	Travesti	Sim	Não		Não		
T9	26 anos	Travesti	Sim			Sim	Nádegas e Quadril	Injetado por uma cafetina em São Paulo.
T10	40 anos	Travesti	Sim	Não	Não pode mais utilizar em virtude do HIV	Não		
HT1	37 anos	Transexual	Sim					
MT1	40 anos	Transexual	Sim			Não		
HT2	33 anos	Transexual	Sim	Sim				
HT3	54 anos	Transexual	Sim	Não / Sim	No início utilizou sem orientação médica, atualmente usa sob orientação.			
HT4	49 anos	Transexual	Sim	Não				

Fonte: Inquéritos realizados nos meses de março e abril de 2020.

Transexuais utilizam hormônio para manterem a aparência masculina ou feminina e se queixam também das consequências do uso deste medicamento sintético:

Tomei muita testosterona no começo, adorava tomar aquilo, até comecei a ficar meio careca. Só que a testosterona em demasia acaba produzindo uma quantidade de estrogênio maior, aí dá uma coisa chamada ginecomastia. Por isso, tive que fazer uma cirurgia no peito. Agora quem passa para mim as receitas de testosterona é o urologista lá da IS “B”. Vou ter que usar hormônio a vida toda, porque sou um homem sintético e não tenho produção de testosterona suficiente para produzir músculo e barba (HT3, 54).

Uso testosterona para ter as características masculinas (HT1, 37).

Nunca usei hormônio sem um médico acompanhando. Uso conforme meu médico indica (HT2, 33).

Eu ganho hormônio masculino porque entrei com processo judicial. Tenho artrose no joelho e fibromialgia. A fibromialgia entrou nas doenças crônicas. Agora fiz uma perícia judicial para saber se vou me aposentar. Ainda fiquei hipertenso esse ano. Tomo muitos remédios. O hormônio pode ter gerado esses problemas (HT4, 49).

Eu usei sim hormônio feminino, um anticoncepcional. Normalmente toda transexual no começo da vida dela toma hormônio. A gente pega no SUS de graça. Lógico, a gente pede uma irmã ou amiga para pegar a pílula pra gente. Ela é boa? Assim, ela dá uma acentuada no corpo da gente, mas não é o correto. Sobre silicone industrial, eu tenho medo, mas não vou mentir para você que eu sou louca para colocar. Sou técnica de enfermagem, sei dos riscos que corro, sei até que eu posso morrer, mas vamos falar o português claro? Eu quero ter peitão, eu quero ter o bumbum mais redondinho, mais empinadinho, entendeu? Mas, para fazer isso no hospital é muito caro, eu não tenho dinheiro. Enquanto o médico vai me cobrar quinze mil para colocar um silicone eu vou na mulher ali para colocar o silicone industrial e vou ficar com o peitão bonito. Eu tenho muito medo de colocar, mas não tenho condições de pagar para colocar com um médico, porque é muito caro. Nós transexuais que operamos temos direito de colocar silicone. Eu já tenho o papel para colocar o silicone, ganhei pelo SUS, aí vou lá na IS “A” e pergunto se já está liberado, se já chegaram as próteses. Conto que já estou esperando há um ano e meio... Eles respondem que chegaram, mas já foram usadas. Aí eu digo: Eu não deixei meu telefone aqui? Por que não me chamou? Eles dizem: Ah, porque é muita gente; infelizmente é muita gente. O SUS até dá a prótese, mas parece que eles dão uma “rachadinha”, tipo: Vamos dar para fulana e não para cicrana? E aquela que está aguardando há um ano e meio? Ah, ela aguarda mais um pouco. Ali é um favor para uma amiga, uma colega que pediu para outra, há casos, realmente, que necessitam, como câncer, mas há casos de pessoas que têm conchavo lá no IS “B”. Então, isso, acaba levando nós transexuais e travestis a procurar meios mais fáceis. Entendeu? Com cinco mil reais eu consigo fazer os seios e o bumbum perfeito, só que me exponho ao risco de morrer, de pegar uma doença, uma embolia. Por que? Pela falta de acolhimento e transparência do Sistema Único de Saúde. Você não vê o seu nome na lista, você não sabe quantas prótese chegaram, quantas pessoas receberam, qual é o seu número para receber a prótese. O próprio Sistema Único de Saúde empurra as transexuais para a prótese clandestina (MT1, 40).

Devido às dificuldades de acesso à saúde para acompanhamento hormonal, muitas pessoas trans, para manterem os seus corpos com a aparência desejada, tomam hormônio por conta própria, ou seja, sem orientação médica e/ou usam silicone industrial comprado em casas de materiais de construção, injetado por pessoas despreparadas, sem qualquer cuidado ou higiene. Desviar o silicone industrial para a função estética é considerado crime por causar sérios riscos à saúde. “Com o tempo, esse silicone impróprio escorre entre as fibras musculares dando origem a inflamações dolorosas, desfigurantes, difíceis de debelar” (VARELLA, 2009)¹⁸. Como o SUS não tem profissionais de saúde nem materiais cirúrgicos suficientes para orientar e atender às necessidades da população trans, elas permanecem se automedicando e utilizando produtos que podem leva-las à morte.

Das quinze (15) depoentes, onze (11) delas disseram que utilizam preservativo como forma de se proteger contra as ISTs. Duas (2) delas disseram que são portadoras do HIV (vírus da imunodeficiência humana) e outras contaram que já tiveram outras infecções e sabem que poderiam ter sido evitadas caso tivessem utilizado a camisinha. Uma pessoa relatou que não usa preservativo, devido à união estável que possui e outras duas disseram que não mantêm relações sexuais.

Contudo, a depoente T10 (40 anos) disse que só usa preservativo quando o cliente solicita: “Às vezes não uso camisinha. Quando o boy é bonitinho não uso. Quando não pede, eu não ligo. Às vezes bate na cabeça, porque tenho HIV. Mas faço exame na IS “C” e tô bem”.

Já, a depoente T7 (34 anos) faz uso de preservativo não só para se proteger como também para proteger o cliente com o qual se relaciona: “Faço uso de preservativo, porque mesmo sendo soropositiva é importante usar para não infectar outras pessoas, nem aumentar minha carga viral se a outra pessoa também for soropositiva”.

A MT1 (40 anos) chama bastante atenção quando ela afirma que atualmente não utiliza mais preservativo, pois não tem relação sexual, em virtude da vergonha que sente do próprio corpo, consequência da cirurgia de transexualização mal sucedida que a deixou deformada, como é possível perceber no seu relato a seguir:

¹⁸ <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/ilustrad/fq1104200919.htm> consultado em 06/09/2020.

Quando eu tinha relação sexual eu usava preservativo para me prevenir. Hoje, eu vou falar a verdade, eu tô fazendo nada, porque com a vagina deformada eu fico com vergonha de mostrar para o homem. Esse é o problema. A pessoa que sabe que sou uma transexual vai querer saber como é minha vagina. Só que minha vagina é deformada, então eu não tenho coragem de mostrar ela. Desde que fiz a cirurgia não tive mais relação com ninguém. Eu terminei com meu namorado, porque eu tinha vergonha de mostrar minha vagina para ele. Essa cirurgia não só me custou uma deformação, ela custou minha felicidade, amizade ... Ela me custou muitas dores (MT1, 40).

Um outro problema que acomete a população trans é a depressão, seja pela falta de aceitação na família, por questões de preconceito, insegurança ou até mesmo pelo isolamento na escola e no ambiente de trabalho. Em uma série de estudos sobre saúde de pessoas trans, a revista *The Lancet*¹⁹ revelou em 2016 que aproximadamente 60% da população trans sofre de depressão, fato que observamos na amostra da população travesti e transexual considerada no presente trabalho – todas as pessoas inquiridas revelaram que possuem ou já tiveram depressão, algumas delas já pensaram e/ou tentaram se matar (Tabela 5), como apontam as declarações a seguir:

Já pensei várias vezes em me matar. A nossa vida é muito complicada. A depressão já faz parte da nossa vida. A gente passa por preconceito na família, na escola, na rua... (T1, 28).

Eu me cortei logo no começo quando me assumi. Eu tinha que chamar atenção e as únicas coisas que podia fazer era me cortar, ficar trancada no quarto, não querer saber mais de estudar... Já pensei em me matar quando tava muito drogada, quando comecei a usar cocaína, maconha. Nasci numa família evangélica e não sabia o que era droga nem depressão, mas graças a Deus passou (T8, 20).

Já tive depressão e passou essas coisas na minha cabeça. Queria ir ao psicólogo e psiquiatra. É o serviço de saúde que mais queria (T2, 34).

Já tentei suicídio por causa da droga. Tive depressão. Tentei pular de um andar e uma amigona chegou bem na hora e não deixou. Agora não penso mais. Adoro conversar com psicólogo para me informar e também para colocar para fora coisas de amargura. Não dá para conversar tudo com amigos, tem que ser outra pessoa que só vai dar opinião sensata. Preciso me desabafar, não vou guardar na minha caixinha de amargura, de mágoas, por isso gosto de um acompanhamento de psicólogo, psiquiatra, alguém que não tá na sua rotina (T4, 25).

Já quis muito me matar, mas hoje não mais (T6, 43).

Sou depressiva. Já pensei em coisas muito ruins. Preciso de psiquiatra (T9, 26).

¹⁹ “*Transgender Health*”, estudo publicado em 17 de Junho de 2016 pela revista *The Lancet* (<https://www.thelancet.com/series/transgender-health>).

Tabela 5 – Depressão e tentativa de suicídio pelas(os) depoentes.

Nome	Idade	Subamostra	Sofre ou já sofreu de depressão?	Tentativa de Suicídio		
				Já pensou em cometer?	Já tentou cometer?	Nota
T1	28 anos	Travesti	Sim	Sim	Não	
T2	34 anos	Travesti	Sim	Sim	Não	
T3	42 anos	Travesti	Sim			
T4	25 anos	Travesti	Sim	Sim	Sim	Tentou pular de um andar.
T5	41 anos	Travesti	Sim			
T6	43 anos	Travesti	Sim	Sim	Não	
T7	34 anos	Travesti	Sim			
T8	20 anos	Travesti	Sim	Sim	Sim	Tentou cortar os punhos.
T9	26 anos	Travesti	Sim	Sim	Não	
T10	40 anos	Travesti	Sim			
HT1	37 anos	Transexual	Sim	Sim	Não	
MT1	40 anos	Transexual	Sim	Sim	Sim	Tentou se enforcar.
HT2	33 anos	Transexual	Sim	Sim	Não	
HT3	54 anos	Transexual	Sim	Não	Não	
HT4	49 anos	Transexual	Sim	Sim	Sim	Tentou cortar os punhos.

Fonte: Inquéritos realizados nos meses de março e abril de 2020.

Um dia o desespero foi tão grande que eu peguei uma corda, passei no caibro no quintal da casa do meu pai, subi num tamburetinho e me joguei. Eu devo ter ficado uns dois minutos com a corda presa no pescoço, sufocada, só que a corda partiu. Eu caí no chão. Deus não quis que eu morresse. Fez um barulho enorme quando caí no chão. Todo mundo escutou o barulho e veio ver o que era. Eu tentei suicídio, porque cada dia que eu olhava para minha vagina, cada dia que eu via minha vagina, era uma dor... eu pedi socorro, eu implorei socorro e não me deram. A dor era tão grande... Minha maior felicidade era ter uma vagina, não o buraco que fizeram em mim. Eu tenho um buraco, Évelin, não uma vagina. E esse buraco me deu tanta dor que eu tinha vergonha de mostrar para os outros, como eu tenho até hoje de estar mutilada, deformada. Eu preferi me matar, só que Deus não quis e hoje estou aqui para dar o testemunho de toda a dor e o sofrimento que passei e que me levou a cometer suicídio. Hoje rezo e peço a Deus acalento e calma para poder resolver as coisas e mesmo assim, ainda não consegui. O médico me trata com um desdenho tão grande como se ele fosse Deus e eu fosse uma barata. Tentei me matar depois de pedir tanto socorro e ninguém me ouvir. Parece que sou um lixo. Me usaram, me aproveitaram e depois me descartaram, igual um lixo. Infelizmente, não consegui me matar, mas agora estou aqui para falar para todos o que fizeram comigo, como me maltrataram, como me julgaram, como me largaram, como me abandonaram, pior que um cachorro, porque um cachorro, pelo menos tem uma lei que protege ele. Hoje uma bicha, uma travesti, uma transexual não tem uma lei que protege ela. Nós não estamos amparadas por ninguém, nós estamos jogadas na rua como bicho. Tenho vergonha do que fiz, mas foi meu sofrimento. Por isso, eu quis ficar mais perto de Deus. Hoje me trato com um neuropsiquiatra, devido a problemas emocionais da cirurgia que não deu certo e a tentativa de suicídio (MT1, 40).

Já tentei me cortar, batia minha mão na parede de ponta que cortava. Já pensei em cometer suicídio, mas desisti e hoje não penso mais nessas coisas. Estudei muito pouco, porque quando eu fiquei maiorzinho, ia para a escola e me colocavam um uniforme feminino, aí eu não aceitava (HT4, 49). Nunca me mutilei, até porque detesto sentir dor, mas já pensei em me matar. É um pensamento muito ruim que tive na depressão, foi antes de começar a me hormonizar. Hoje eu sou cristão. Agora não tenho mais essa questão de depressão, só sou muito ansioso, sou mais maduro e hoje me vejo bem melhor (HT2, 33).

Nunca me mutilei, mas já pensei em me matar. Na verdade, já tentei por duas vezes, mas isso eu era bem jovem. Uma vez com 15 anos e outra vez com 17 anos. Ingeri muitos calmantes tarja preta, me socorreram e ficou tudo bem (HT1, 37).

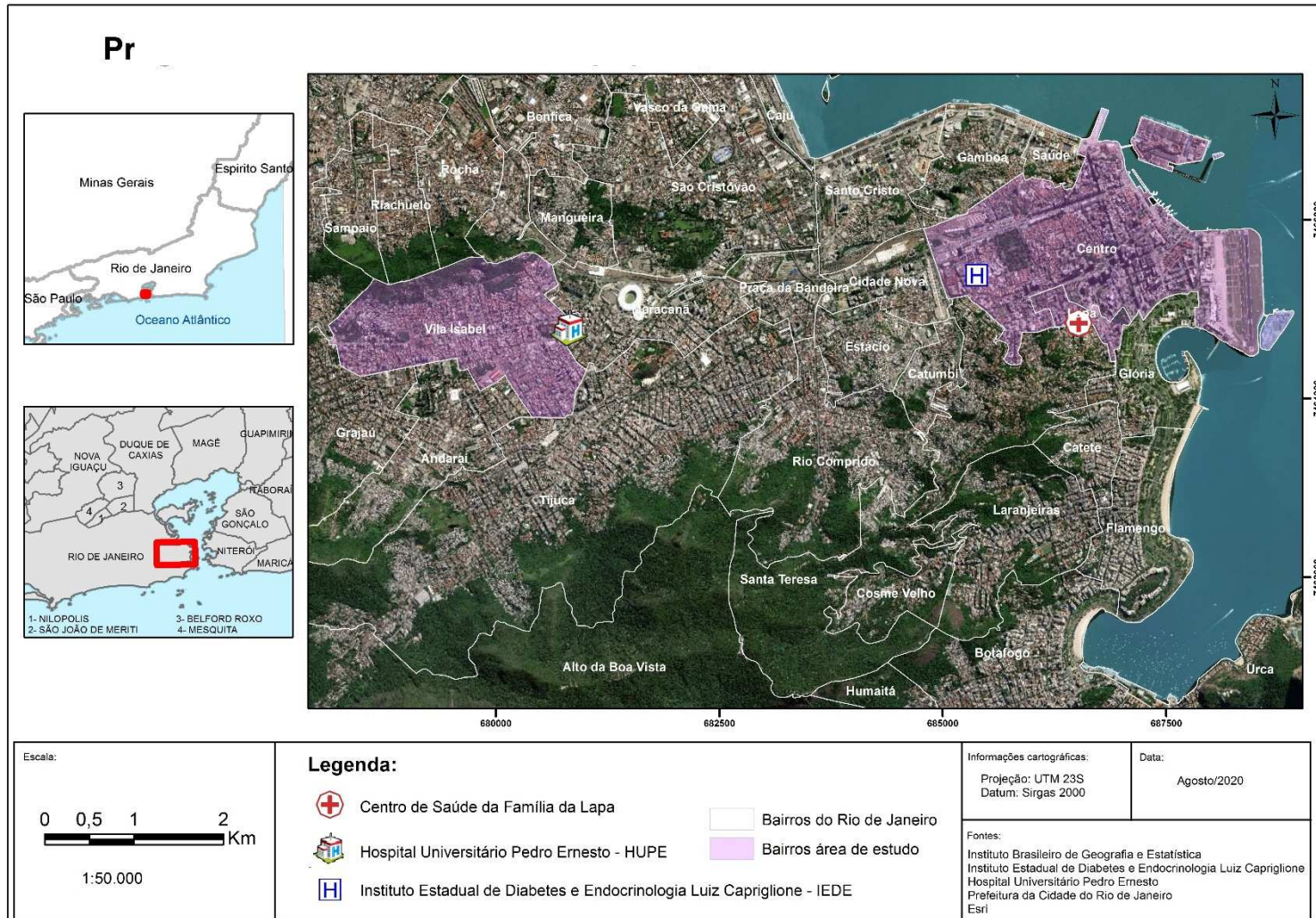
Estou indo ao psicólogo e ao psiquiatra, porque passei por uma cirurgia de 10 horas. Não é brincadeira, fui muito maltratado na IS "B". Um médico não quis tocar em mim para fazer meu curativo depois da cirurgia e eu disse que nós temos a mesma carne. Isso não me fez bem, fiquei muito triste e deprimido com o resultado da minha cirurgia. Preciso de acompanhamento psicológico para me fortalecer. Só vou ficar bem depois que fizer o reparo da minha cirurgia e colocar a prótese nos meus testículos. Aí finalizo meu processo de transição. Só vou precisar do hormônio para o resto da vida, porque sou um homem sintético, além disso, gosto de academia, de malhar e a testosterona é boa para manter um monte de coisa, é bom para o homem (HT3, 54).

Conforme já abordado anteriormente, o preconceito e a discriminação diminuem a autoestima das pessoas gerando os maiores níveis de depressão,

podendo provocar muitas vezes o suicídio, além da maior exposição ou necessidade ao uso excessivo de álcool e drogas. Diante desses relatos, percebe-se que o acompanhamento e amparo médico e terapêutico é extremamente necessário para estas pessoas, pois além dos problemas de depressão, todas(os) relataram problemas de preconceito e discriminação que tiveram e ainda têm nos diversos espaços da sociedade (casa, escola, comércio, serviço de atendimento médico e outros).

Ainda em relação à aparência física, as quinze (15) pessoas trans com as quais dialoguei relataram que têm vontade de realizar algum tipo de cirurgia plástica para melhorarem a aparência e ficarem mais femininas ou masculinas. Das travestis, uma delas comentou que gostaria de retirar os testículos e nenhuma delas tem problema com a genitália (pênis). Em relação às transexuais, todas as 5 pessoas desejam realizar cirurgias para dar continuidade ao processo Transsexualizador, sendo que duas delas necessitam de cirurgias reparadoras, isto é, carecem de acesso aos níveis mais complexos da rede pública de saúde. Na Figura 13 que se segue é possível observar a localização dos Programas de Saúde voltados para a população LGBTI+ na cidade do Rio de Janeiro.

Figura 13 – Unidades de Saúde voltadas para a população LGBTI+ no Rio de Janeiro.



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione. Hospital Universitário Pedro Ernesto. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro.

Evidenciamos até aqui alguns aspectos socioespaciais da população trans que participaram da pesquisa. Nos próximos subcapítulos aprofundaremos outros pontos, tais como:

- a) a prestação de serviços públicos de saúde ofertados para a população trans;
- b) a forma de acolhimento e suas queixas, baseados nas suas necessidades;
- c) como está sendo realizado o atendimento no serviço público de saúde, desde sua entrada, quem recebe, como recebe, como orienta, como atende, para onde vai após o atendimento;
- d) se a pessoa está feliz com o tratamento de saúde oferecido e prestado e se este está de acordo com aquilo que ela necessita.

Após a análise do conteúdo do questionário, examinamos se o direito à saúde é, de fato, garantido às pessoas trans que buscam os serviços de saúde básicos, de média e alta complexidade da rede pública de saúde do Rio de Janeiro.

4.2 A efetivação de direitos à Saúde das pessoas trans na saúde básica: O exemplo do CSF-Lapa como estratégia local de saúde

O CSF-Lapa²⁰ entrou em funcionamento em 2002 após um convênio efetuado entre a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) e a Universidade Estácio de Sá (UNESA). Esse convênio prevê corresponsabilidades entre as partes e, nesse interim, os custos com os profissionais e a manutenção do espaço são assumidos pela UNESA, enquanto os materiais básicos preventivos são assumidos pela SMS-RJ.

O CSF-Lapa compõe uma das unidades da rede de atenção primária do município do Rio de Janeiro sendo que o seu funcionamento é garantido pela equipe contratada pela UNESA e constituída por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentre outros profissionais que são

²⁰ O CSF era chamado de PSF – Programa de Saúde da Família – da Lapa quando foi criado.

provenientes dos cursos da área da saúde desta universidade, preconizados pelo Ministério da Saúde e consoante com os projetos pedagógicos dos respectivos cursos.

Mais especificamente, o CSF-Lapa encontra-se dentro do Hospital da Ordem Terceira do Carmo, na Rua do Riachuelo, uma das principais vias do bairro da Lapa e está articulado a uma estrutura curricular do Curso de Medicina da UNESA, onde a Saúde da Família obteve uma posição de evidência, dessa forma, o mesmo integra um dos cenários de ensino-aprendizagem para os alunos de Medicina e de outros cursos da área da saúde da Universidade Estácio de Sá.

Como já apontado na Seção 2.3, mas vale relembrar aqui, uma das particularidades do Programa CSF-Lapa é a atenção à população LGBTI+ (especialmente, travestis e transexuais que moram na área central do Rio de Janeiro) conforme evidenciado por Romano (2008):

Trabalhar habilidades de comunicação com estudantes de Medicina tem sido um desafio constante e, mais ainda, tem sido lidar com questões relacionadas ao preconceito, à homofobia, à discriminação em serviços de saúde [...]. O Programa Saúde da Família Lapa, integrante do currículo do curso de Medicina da UNESA, tem enfrentado esse desafio, promovendo o encontro entre os estudantes e os travestis, a partir do foco na visita domiciliar, atividades de educação em saúde e atendimento ambulatorial.

O CSF-Lapa funciona como um Centro Escola, e esta particularidade de estar situado em um Centro de Saúde Escola foi uma condição de produção que consideramos na geração e análise dos dados qualitativos desta pesquisa, porque os atendimentos funcionam como unidades de aprendizagem, e isso proporciona uma diferenciação na atenção aos usuários, em relação aos outros CMSs (Centros Municipais de Saúde) e, de fato, constatamos que esta condição de produção reverberou nos depoimentos da amostra aqui considerada da população travesti e transexual atendidas no CSF-Lapa.

Neste ponto, revelamos a nossa primeira conclusão desta pesquisa, a de que o fato do CSF-Lapa ser um Centro de Saúde Escola viabiliza a realização de um trabalho de acolhimento diferenciado para as pessoas trans, configurando este Centro como uma tangibilização da efetivação dos direitos à Saúde desta população no que diz respeito à saúde básica, funcionando como porta de entrada para o Sistema de Saúde e, portanto, cumprindo com o seu papel de local de prestação de serviços primários à saúde.

Para suportar a nossa primeira conclusão, transcrevemos, no que se segue, uma sequência de depoimentos precedidos por uma breve contextualização.

Durante a aplicação dos inquéritos, verificou-se que apesar de algumas travestis só buscarem o atendimento quando estão com algum problema de saúde, a maioria delas faz controle de doenças regularmente no CSF-Lapa ou em outros serviços públicos de saúde da cidade do Rio de Janeiro.

De vez em quando faço meus exames, sou muito de me cuidar (T1, 28).

Uso sempre os Programas de Saúde, porque sou soropositiva. Busco remédio mensalmente, os retrovirais E de 3 em 3 meses faço os exames. (T7, 34).

Agora eu faço exame de 3 em 3 meses para ver se eu não tô com sífilis, HIV, se apareceu hepatite ou outra coisa do tipo. Eu que vou lá na clínica da Lapa (T4, 25).

Uso mais do que nunca os programas de saúde para exames de rotina e também porque tenho um problema na coluna (T6, 43).

Eu me cuido tanto que das minhas amigas que começaram junto comigo, só eu tô viva (T10, 40).

Só uso quando estou passando mal (T2, 34).

Estou sempre na IS “C”, porque faço tratamento pelo HIV. Só vou na Riachuelo²¹ quando estou com alguma dor (T10, 40).

Uso mais a IS “C”, tem tudo lá. Tenho doenças crônicas. Quando tenho alguma dúvida vou lá na Clínica da Família²² (T2, 26).

Vou lá naquele que tem na Lapa, perto dos Arcos. Vou de 3 em 3 meses para fazer exame. Sempre vou lá. Eles que marcam (T8, 20).

O trabalho de acolhimento realizado pelo CSF-Lapa, principalmente com as travestis e transexuais, foi produto de um processo de conquista, desde a sua criação, conforme relatou a profissional de saúde “A”. No início houve um embate dessas pessoas para aceitar o tratamento oferecido por esse Programa, devido à forma preconceituosa como costumam ser tratadas nos serviços de saúde que eventualmente utilizam, e também como reação à exclusão social que sofrem, como é possível observar nos relatos a seguir:

As vezes não procuramos os serviços de saúde para não sofrer preconceito e evitar transtorno. Sofremos muito preconceito e olhares da nossa sociedade (T4, 25).

²¹ Trata-se de uma referência ao CSF-Lapa.

²² Trata-se de mais uma referência ao CSF-Lapa.

Fui à IS “D” encaminhada pelo CSF-Lapa e passei por uma situação constrangedora lá. Eles me viram como uma mulher trans, uma mulher toda feita, me chamaram pelo meu nome de registro, sendo que eu dei meu nome social (T9, 26).

Já aconteceu de ser chamada pelo meu nome de batismo, mas foram poucas vezes. As pessoas não sabem tratar a gente, não sabe o que é nome social, então nem critico, porque muitas pessoas não têm instrução de como tratar uma pessoa trans (T3, 42).

Tem lugares que a gente somos bem tratadas e tem lugares que não. Tem lugares que a gente vê diferença no tratamento, tá entendendo? Uso sempre na IS “G”. No começo eles não me tratavam bem, então imagino que não tratavam as outras trans. Já tive vários desentendimentos lá na IS “G”, porque eles tratam a gente como eles querem. Me chamaram pelo meu nome civil. Para mim fazer ele me chamar de T7 foi um pouco difícil. Eu quero ser chamada assim e pronto! Hoje eles me chama de T7, porque se não me chamarem eles vão escutar mais uma vez (T7, 34).

Um dia fui na IS “H” e me chamaram pelo nome de “fulano”. Arrumei um barraco (T10, 40).

De acordo com o profissional de saúde “D”, a redução nas verbas públicas municipais em 2018 provocou a diminuição no número de equipes de saúde em todo o município do Rio de Janeiro, ampliando a necessidade de abrangência de novos pacientes, deixando o serviço de saúde básico comprometido, pois o número de pacientes aumentou e o número de equipes de saúde reduziu. Antes do corte de verbas, o CSF-Lapa tinha em torno de 5 mil pessoas cadastradas e atualmente possui cerca de 9 mil. Embora o número de pacientes tenha quase dobrado, o serviço de saúde do CSF-Lapa foi bastante elogiado por todas as oito (8) pessoas que residem ou residiram na Lapa e são ou foram atendidas pelo Programa, com as quais tive a oportunidade em dialogar e estão descritas a seguir:

Eu acho ótimo o atendimento lá com PS “B”, maravilhoso. Só vou quando preciso. Adoro ser atendida lá. Sou atendida pelo meu nome social: T2. Eu acho um bom atendimento. Nunca chegou o caso de ser encaminhada para outro médico, todas as minhas consultas foram sempre lá. Tudo lá, mas se eu quiser e precisar eles encaminham para outro hospital (T2, 34).

Lá na Lapa eles tratam a gente “maravilhosa”. A gente chega: Oi T7! Tratam a gente pelo nome (T7, 34).

Sou tratada pelo meu nome social, como T6. Sou bem tratada, não tenho do que reclamar (T6, 43).

Na clínica da Família tratam a gente como uma deusa. As meninas encontram a gente na rua e falam: - Passa lá! (T10, 40).

Das vezes que precisei fui bem tratada pelo PS “B”,. Sou tratada como ela, pelo meu nome social. Adoro conversar com psicólogo. Na época da

“Dinda”²³ eu tinha atendimento em casa com a PS “C”. Não sei se ela era psicóloga ou assistente social. Ela ia lá no Casarão conversar com a gente (T4, 25).

Lá na Lapa eles tratam a gente muito bem, as mulheres que trabalham lá tratam a gente muito melhor. Chamam a gente de moça, chama pelo nome que a gente dá, não o nome que está no registro (T8, 20).

Lá na Clínica da Família²⁴ tratam a gente muito bem, com respeito, pelo nome social. Não tenho nada a reclamar (T9, 26).

Na Clínica da Família²⁵ eles já estão preparados para isso. Tem cadastro de mulheres trans, então eles já estão preparados, mas têm lugares, tipo a IS “D” que eles pecam muito no atendimento, porque ainda tratam a gente pelo nome de batismo. É difícil. Tem que chegar lá e falar baixinho com eles, porque é muito constrangedor. Me chamar pelo nome de batismo não condiz comigo, porque sou mulher, uma mulher trans e preciso ser respeitada (T1, 28).

O nome de uma pessoa é a face mais visível de sua individualidade, sendo através dele que a identificamos na sociedade. Nesse sentido, o nome social deve respeitar a aparência física do indivíduo. Dito de outro modo, o nome do ser humano é sua marca e um atributo da sua personalidade, não é portanto, nenhum capricho pessoal ou melindre buscar a autorização para a alteração do prenome, pelo contrário, sua substituição está prevista na Lei 9.807 de 1999, quando em razão de fundada coação ou ameaça.

Nesse sentido, travestis e transexuais têm o direito de realizar a mudança de nome no registro civil, bem como do seu gênero, mesmo que não tenha realizado uma cirurgia de transgenitalização. Durante a pesquisa de campo com as travestis notamos que apenas duas (2) haviam realizado a mudança documental do registro civil, juntamente com seu estado natural; três (3) pessoas já estavam realizando o processo para a mudança de nome e as demais tinham interesse em modificar, mas não sabiam como ou não tinham buscado informação sobre tal procedimento.

Do exposto até aqui, concluímos que uma das razões que contribuem para que o CSF-Lapa seja um exemplo legítimo de efetivação dos direitos à Saúde Básica trata-se do fato do mesmo ser um Centro de Saúde Escola, conforme enunciamos anteriormente. No entanto, há outro determinante que fundamenta a posição do CSF-Lapa como um modelo genuíno de porta de entrada para o Sistema

²³ Referência à pessoa da Luana Muniz.

²⁴ Referência ao CSF-Lapa.

²⁵ Mais uma referência ao CSF-Lapa.

de Saúde, neste caso, o fato do CSF-Lapa se estabelecer como um exemplo de território justo em virtude do processo como foi concebido e funciona, ou seja, um exemplo de governança territorial.

Neste ponto, expressamos a nossa segunda conclusão desta pesquisa, a de que o fato do CSF-Lapa ser um exemplo de governança local (e, portanto, territorial – como já analisado na Seção 2.3), promove um território justo no qual o direito à saúde e à cidade justa para travestis e transexuais é instituído no que tange à dimensão da saúde primária, visto que o CSF-Lapa configura-se como um processo sociopolítico fundamental congênere ao próprio desenvolvimento da região na qual atua; em outras palavras, a concepção do CSF é parte constitutiva da dinâmica do desenvolvimento territorial da região da Lapa.

Do mesmo modo que suportamos a nossa primeira conclusão com depoimentos dos sujeitos corporificados de direitos, aqui também faremos uso desta mesma lógica para sustentar esta nossa segunda conclusão, e para isto, precisamos resgatar da Seção 2.3 a identificação dos três polos de governança deste caso de estudo: o Estado (através da sua Política Nacional de Atenção Básica no âmbito do SUS juntamente com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, como instância municipal), a Empresa (através da Universidade Estácio de Sá e do seu programa de ensino-aprendizagem para os alunos do Curso de Medicina e de outros cursos da área da saúde) e a Sociedade Civil (através da figura marcante da Luana Muniz).

Conforme já apontado no capítulo anterior, Luana Muniz era uma ativista de Direitos Humanos e mantinha um casarão na Lapa com mais de 100 travestis, transexuais e pessoas portadoras do HIV. Segundo relatos dos profissionais de saúde do CSF-Lapa, Luana “obrigava” as pessoas que viviam sob a sua “responsabilidade” a se cuidarem e se tratarem, quando era o caso. Luana foi uma das agentes motivadoras pelo movimento de entrada e participação das pessoas trans no CSF-Lapa, fato que pode ser observado nas falas a seguir:

Quem precisava de médico ela encaminhava ali para ser atendida na Ordem do Carmo²⁶ para ser atendida, ela facilitava. Quem não morava ali pela proximidade, ela conversava com o médico pra ver se facilitava pra ser atendida. O atendimento na Ordem do Carmo é muito bom para as pessoas trans (T6, 43).

²⁶ Referência ao CSF-Lapa.

Quando tive um condiloma²⁷ precisava de um tratamento no pênis. Na época a velha ainda era viva. Velha com respeito que a gente chama, viu?! Foi a Dinda²⁸ que me levou no Hospital da Família²⁹. Fiquei nua na frente do PS “B”. Ele me encaminhou para a dermo. A dermo me encaminhou para fazer outros exames de sangue. Fiz todos os exames. Eu tava “limpa”, só precisava tratar esse condiloma. Olha, fui muito bem atendida na clínica da Família ali da Lapa (T4, 25).

Quando eu morava na Lapa, o pessoal da clínica da Família ia toda semana lá em casa, eles eram conhecidos da falecida Luana. Quando a gente precisava a gente chegava lá e era atendido, bem atendido. Quando chegava uma menina nova já fazia logo o cadastro (T10, 40).

A Figura 14 ilustra uma visita dos profissionais de saúde ao “Casarão” da Luana Muniz, destacada pelo círculo vermelho, e a Figura 15 representa o registro de uma de suas visitas ao CSF-Lapa.

Luana Muniz, além de frequentar o Programa, estimulava as pessoas que residiam no seu “Casarão” e se prostituíam a realizar prevenção e controle de Infecções Sexualmente Transmissíveis no CSF-Lapa ou em outras Unidades de Saúde da cidade. Diante disso, fica ainda mais claro que Luana Muniz era uma importante liderança popular LGBTI+ presente e atuante no bairro da Lapa e também nos Programas ligados à saúde, com destaque para o CSF-Lapa.

²⁷ Condiloma acuminado é uma IST causada pelo HPV – *Papillomaviridae* – que infecta a pele e mucosas dos seres humanos e provoca o aparecimento de verrugas nos órgãos genitais, ânus e região oral. Fonte: drauziovarella.uol.com.br.

²⁸ Referência à Luana Muniz.

²⁹ Referência ao CSF-Lapa.

Figura 14 – Visita de campo ao “Casarão”



Fonte: <https://smsdc-cselapa.blogspot.com/p/conheca-esta-estoria.html>

Figura 15 – Presença e apoio da Luana Muniz ao CSF-Lapa



Fonte: <https://smsdc-cselapa.blogspot.com/p/conheca-esta-estoria.html>

Contudo, apesar do serviço de saúde do CSF-Lapa ter recebido elogios por parte das pessoas que conversamos, ainda existem problemas a serem tratados. De acordo com os profissionais de saúde do Programa D e E, o cadastro de usuários do CSF-Lapa encontra-se desatualizado por falta de capacidade técnica profissional de realizar um novo processo de recadastramento (trata-se de um processo complexo

que exige, dentre outras coisas, uma quantidade adequada de profissionais para realizá-lo além de atividades que requerem muita preparação como visitas domiciliares). Além disto, ambos relataram que a frequência de atendimento às pessoas trans reduziu uma vez que, para estes profissionais, a morte da travesti Luana Muniz causou um certo “abandono” das pessoas trans ao Programa, o que reforça ainda mais a nossa segunda conclusão desta pesquisa, a de que o fato do CSF-Lapa ser um exemplo de governança local (que tinha a Luana Muniz como a concretização do polo da Sociedade Civil) promove um território justo no qual o direito à saúde e à cidade justa para a população trans é instituído no que tange à dimensão da saúde primária.

Evoluindo a discussão da esfera primária de atenção à saúde para as esferas secundária e terciária, após os primeiros contatos com os profissionais de saúde do CSF- Lapa – dentre eles, os já citados profissionais de saúde A, D e E, além dos profissionais E, F e G – percebemos que as ações preventivas oferecidas pelo Programa nem sempre têm a mesma importância para os usuários em detrimento das ações curativas.

A doença tem uma potência visível pela objetividade com que se estende pelos corpos das pessoas e o envolve na sua funcionalidade. Assim sendo, demanda tecnologias por vezes modernas e necessita de conhecimentos especializados do campo da saúde. Entre as ações de promoção, prevenção, tratamento e cura; institui-se um espaço de lutas em que a atenção primária torna-se quase invisível porque trabalha com questões intangíveis, por vezes de caráter subjetivo, mais relacionados ao campo da educação em saúde levando o sujeito à responsabilização pelo cuidado de si e dos outros (da família e do espaço), contrapondo-se às intervenções terciárias – cujos métodos técnicos de tratamento hormonal ou cirúrgico exigem aparatos materiais físicos e farmacológicos práticos e tangíveis.

Além disso, algumas pessoas desejam realizar cirurgias de redesignação sexual. Nessa pesquisa, conversamos com outras cinco (5) pessoas que mudaram de gênero: quatro (4) delas nasceram mulheres e tornaram-se homens e uma delas nasceu homem e tornou-se mulher. Para tanto, necessitaram de aparatos tecnológicos mais sofisticados. Para realizar a modificação corporal existe a necessidade de encaminhamento da Unidade Básica de Saúde para locais que

possuem um aparato tecnológico mais sofisticado, como abordaremos na sequência.

4.3 Os desafios enfrentados na continuidade do cuidado nos serviços de média e alta complexidade dos programas de saúde públicos do Rio de Janeiro

A estrutura da assistência à saúde no SUS, sistematizada enquanto rede, articulada entre a atenção básica, de média e alta complexidade é representada pela centralidade das estratégias médico-hospitalares sobre a promoção da saúde. Esse aspecto é originário de um modelo de atenção delimitado pelo domínio de interesses da corporação médica, do setor industrial e dos serviços privados em saúde.

É inegável que tivemos, no Brasil, avanços na estrutura e no aparato jurídico-legal do Sistema Único de Saúde nos últimos anos que propiciaram a melhoria no acesso da população, de um modo geral, aos serviços de saúde; inclusive, para grupos minoritários que necessitam de cuidados específicos e diferenciados, como é o caso das travestis e de transexuais – fato este que pode ser percebido em alguns relatos colhidos neste trabalho quando questionamos se o atendimento à saúde prestado para a população trans estava adequado às suas necessidades:

Acho que o serviço é adequado. Sempre que precisei fui atendida. Já fui encaminhada para fazer tratamento, só que ainda não deu para ir (T8, 20).

Não precisa melhorar nada. Sempre que precisei fui bem atendida, estão sempre disponíveis. Para mim é ótimo. Se precisar de alguma coisa eles encaminham, mas nunca precisei de nada (T2, 34).

Quando precisei foi rapidinho entrar na IS “C”, mas consegui através da Luana Muniz e dos Projetos Diva, Transcender. Entrar na IS “C” é muito difícil, tem colega minha que não consegue. Lá tem tudo de bom. Fiz todos os exames lá. Já fiquei internada lá. Tudo limpinho, uma maravilha. A comida é muito boa (T10, 40).

O atendimento é bom, sou bem tratada e não tenho do que reclamar. Já tive um problema no seio. Fui na Clínica da Família e fui atendida. Deu um probleminha na prótese. Eles pediram uma tomografia e depois ficou tudo bem. Tenho problema de coluna, tive uma crise um dia e fui na UPA, precisei de um raio X. Me deram medicação e depois me encaminharam para a fisioterapia, porque o remédio não surtiu efeito. Foi rápido. Supre minhas necessidades (T6, 43).

Faço uso dos serviços públicos e sou muito bem atendida, por sinal. Tenho muita sorte. Até hoje só encontrei ser de luz no meu caminho. Claro que não

é perfeito. Tenho família que não precisa de órgão público e passa dificuldade. Frequento clínico geral, dentista e sempre fui bem atendida. Não tenho do que reclamar. Só para te dar um exemplo: Tive uma infecção urinária e fui atendida imediatamente e me encaminharam para fazer os exames na IS “E”. Foram muito inteligentes para dar conta do serviço. Depois recebi os medicamentos. Foi muito rápido, com muito respeito e sabedoria (T3,42).

Sempre fui muito bem tratada. Antes era chamada pelo antigo nome, mas nunca tive problema, além desse. Tudo depende do seu comportamento, da forma como você se apresenta. Sempre fui tratada com muita elegância. Já tive um problema sério de saúde, logo no “meu início”, fui para o CTI. Não fui tratada com preconceito. Era tratada pelo meu nome masculino, porque estava no meu prontuário. Tinham que escolher quem ia para o CTI e fui escolhida (T5, 41).

Em todo lugar deveria ter uma certa equipe responsável para atender a população trans, como tem na IS “C”, por exemplo (T9, 26).

Aqui na minha cidade me dou bem com médicos e enfermeiros. Me tratam muito bem. Vou à reumatologia também, na IS “J”, em Juiz de Fora. Você sabe que pelo SUS é meio demorado? Mas, eu sempre consegui o que precisei. Tento fazer acompanhamento no cardiologista também. Não posso falar mal da IS “B”, porque na minha primeira cirurgia meu pai ficou lá uma semana comigo e a gente nem tem direito a acompanhante, mas teve comida, café, almoço, janta, teve tudo direitinho e tudo bom. Na segunda cirurgia, minha amiga Bruna me acompanhou. Lá todo mundo gosta da gente, trata a gente bem, desde a atendente, a enfermeira, os médicos, das chefes da alimentação. Graças a Deus não tenho nada para reclamar. São enviados de Deus para ajudar a gente. Quando eu vou ao serviço de saúde eu tenho sorte, porque sempre sou bem tratado, tem pessoas que não encontram profissionais que tratam bem, que maltratam. Depois que mudei meu nome, tudo ficou bem melhor (HT4, 49).

Não me sinto diferente das outras pessoas, então não vejo porque deveria ser tratada de modo diferente nos serviços de saúde. Sempre tive facilidade em tudo. Sei que falta médico, mas não é um problema para as trans, é um problema do país. Nunca me vi rotulada. Nunca senti preconceito e nem discriminação em qualquer hospital. Tinha como fazer acompanhamento hormonal na IS “F”. Às vezes era demorado, mas quando você estava agendado você conseguia. Quando você cumpre à risca, o negócio funciona. Tive psicólogo, psiquiatra, fiz tudo direitinho para fazer a redesignação sexual, mas desisti de fazer a cirurgia. Hoje quero fazer outras cirurgias, porque sou muito vaidosa (T5, 41).

Não me atende totalmente. Falta psicanálise, alguma coisa que explicasse mais as questões de se precaver mais. Também precisa de alguém que cuide dos casos de ressocialização para pessoas trans. Precisamos de pessoas que procurem mais a gente, tipo assistente social. Sei que nem todo mundo quer ajuda, mas tem gente que quer e precisa de ajuda para lidar com marido, com as drogas (T4, 25).

O serviço de saúde é precário, mas não é porque sou trans. É para toda a população. Acho que não atende a necessidade de ninguém no Brasil, independente do gênero. Acho que deveria melhorar bastante o atendimento

da população brasileira. Demora para conseguir atendimento, mas é pra todo mundo. Tem que passar no SISREG³⁰. Falta medicamento (T1, 28).

Através destas falas, observa-se que os tratamentos básicos e de média complexidade ofertados pelo SUS atendem a uma parte das pessoas com as quais dialogamos. Os problemas relatados, tais como o problema de coluna e a infecção urinária, são casos de saúde rotineiros e não requerem um saber específico sobre as questões de gênero para que o profissional de saúde possa lidar. O acesso à saúde torna-se mais problemático no momento em que o usuário precisa de atenção nos níveis de maior complexidade e não consegue.

Muitas pessoas trans buscam os espaços formais de saúde para fazer prevenção e também para realizar alguns procedimentos ligados à estética com o objetivo de modelar o corpo ideal de acordo com os seus desejos de serem femininas ou masculinas.

Conforme já foi mencionado, muitos indivíduos se hormonizam sem assistência profissional o que pode ocasionar consequências que precisam de reparos médico-hospitalares. Outros desejam efetuar a cirurgia de transgenitalização e alguns casos, tais como verificados nesta pesquisa, requerem procedimentos cirúrgicos de restauração, além da necessidade de dar prosseguimento ao processo transexualizador.

Como as intervenções básicas preventivas de saúde públicas possuem um menor custo, estas são mais abrangentes e abarcam uma camada mais ampla da sociedade, especialmente, a população com menor poder aquisitivo, com pouco poder oral e mobilização política. Já as ações curativas, por envolverem equipamentos cirúrgicos e internações, possuem um custo mais elevado e uma menor oferta na rede pública de saúde e, desse modo, atingem uma quantidade menor de usuários. Como a oferta dos serviços de média e alta complexidade é menor do que a demanda, há um descompasso que limita as possibilidades de avanço na promoção à saúde.

Por conseguinte, a falta de articulação entre a oferta dos serviços de saúde e as demandas levantadas pela população trans, baseada nos obstáculos em se obter maior percepção das suas necessidades pelos profissionais da área, reverbera em

³⁰ SISREG é um sistema de regulamentação, controle e marcação de consultas de pacientes em hospitais, ambulatorios especializados no nível municipal, Estadual ou Regional do SUS. Fonte: DATASUS.

iniquidades no acesso e em ineficiência do sistema público de saúde, embora este seja um tema que ultrapassa a fronteira nacional.

A busca pela qualidade nos serviços de saúde para a população trans é um tema global e, em 2012, a WPATH (*World Professional Association for Transgender Health*, cuja tradução para o português é Associação Profissional Mundial para a Saúde Transgênero) publicou a sétima versão (a mais recente até a data da escrita desta tese) das suas normas³¹ de atenção à saúde das pessoas trans e com variabilidade de gênero para promover a mais alta qualidade de serviço para estes indivíduos. No entanto, existem várias barreiras para o acesso ao atendimento, incluindo o medo de ser visto como diferente (com estigma e violência associados), a falta de acesso a profissionais preparados para atender a este público, a dificuldade em identificar fontes de informação sobre disforia de gênero e terapias hormonais, e o acesso inadequado à prescrição e monitoramento seguros da terapia hormonal. Nos inquéritos que realizamos, torna-se claro que a falta de profissionais de saúde capacitados para atender à população trans é um grande problema, o que nos leva para a nossa terceira conclusão deste trabalho, exposta a seguir.

A nossa terceira conclusão parte do suposto de que parece haver uma escassez de programas educacionais sobre a saúde transgênero para profissionais de saúde no Brasil, suposição essa que encontra respaldo na pesquisa realizada por Negreiros *et al.* (2019) com médicos que atuam na atenção básica. Disto deriva grande parte dos problemas enfrentados pelas pessoas trans (travestis e transexuais) que se desdobram em abundantes consequências como: discriminação social, ausência de humanização no atendimento, falta de profissionais capacitados, longos tempos de espera para acesso ao tratamento adequado, alta rotatividade dos profissionais de saúde e a falta de orientação às pessoas que precisam realizar procedimentos cirúrgicos.

Apesar das evidências apoiarem a introdução de módulos sobre saúde de transgêneros durante o início da educação clínica de médicos e profissionais de saúde, tanto em ambientes de alta renda quanto baixa renda, muitas vezes ainda permanece uma carência de programas educacionais para profissionais de saúde no que diz respeito ao tema de saúde transgênero, certamente uma das causas raízes dos problemas apontados na nossa terceira conclusão.

³¹ Coleman E, Bockting M, Botzer P, *et al.* Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. *Int J Transgender* 2012; 13: 165–232.

Além disto, o número limitado de provedores clinicamente qualificados e os altos custos de intervenções médicas destes serviços de mais alta complexidade (como a cirurgia de transgenitalização) encoraja o acesso a provedores não qualificados na realização de intervenções médicas, causando efeitos físicos e psicológicos indesejáveis.

Os depoimentos que se seguem configuram-se como o primeiro suporte para a nossa terceira conclusão exposta anteriormente – e como veremos adiante, há muitas consequências danosas que levam a outras complicações notáveis nos testemunhos coletados:

Eles não sabem do que precisamos, o que queremos de serviço de saúde, eles não são da nossa classe e não sabem o que proporcionar para uma pessoa trans. Para o serviço de saúde ser melhor para as pessoas trans, eles precisam saber mais sobre nossa classe (T4, 25).

Deveria ter mais preparo para lidar com a população trans. Os profissionais tinham que fazer mais treinamento sobre a população trans (T1, 28).

Infelizmente eles não atendem as nossas necessidades na saúde, falta gente especializada, falta respeito, acolhimento, educação, falta materiais nos postos, medicação. Os médicos e técnicos de enfermagem atendem tanta gente que nem ele tá aguentando atender, tratam as pessoas como robôs, vai no automático: liga e desliga. Ficaram frios, o calor humano não existe mais. A saúde do Rio de Janeiro está quebrada e a única coisa que eles podem fazer é aliviar a dor das pessoas. Se morrer ele assina o óbito. Existe uma dificuldade grande em achar atendimento numa Unidade Básica de Saúde do Rio de Janeiro, porque eu fui na IS "I" e o médico, coitado, não tinha como me ajudar. Aí eu fui para a IS "D", fiquei lá cinco horas para o médico me dar uma dipirona e me mandar para casa, porque lá não tinha urologista de plantão. A IS "B" foi o hospital que eu mais fiquei, mais tive atendimento e mais contato, mas não diferencia da IS "D", não diferencia da IS "I". A diferença é que na IS "I", eles falam de uma forma como se você fosse invisível, como se você não existisse; na IS "D", eles atropelam você: não tem, não tem. Te dou encaminhamento e você vai para outro hospital. Aí você vai da IS "D" para a IS "K" e acontece a mesma coisa, eles não te olham como gente. Agora na IS "B", onde eu tive mais contato eu posso falar. Lá o preconceito para nós transexuais é muito grande. Poucas técnicas de enfermagem que te tratam com humanismo (MT1, 40).

No serviço público de saúde tem todos os serviços necessários para atender às minhas necessidades. O problema é como esses serviços são dados e a qualidade deles. Acho que falta uma humanização do profissional de saúde. Um médico não quis tocar em mim para fazer meu curativo depois da cirurgia e eu disse que nós temos a mesma carne (HT3, 54).

A desinformação é muito grande, então a incapacitação é permanente, por exemplo, tem médico residente que trabalha por 3 meses com o professor responsável que faz essa cirurgia de transgenitalização. Como que um médico residente que está lá há 3 meses, daqui a pouco entra outro, diz para você que não sabe lidar com isso, porque ele, realmente, se sente um ignorante nisso, porque ele acha, mesmo sendo médico, que as pessoas são diferentes, que as pessoas que fazem uso de hormônio sintético são portadoras de outros corpos. É preciso se modernizar e entender que o mundo mudou e que é possível sim hoje que as pessoas façam esse tipo de

cirurgia num hospital e que o profissional tem que ser capacitado para dar conta disso, porque ele está na área médica, então ele tem que estar capacitado, ele não pode estar na idade da pedra trabalhando num hospital, ele tem que dá conta que está num hospital contemporâneo, ele está num hospital especializado e que gêneros sintéticos são produzidos e essa tecnologia é produto da própria área médica, então isso tem que ser colocado em cursos intensivos para melhorar o atendimento e entender mesmo antropológicamente o que é o ser humano, não só biologicamente, mas também antropológicamente. A ignorância é algo que persiste (HT3, 54).

Não tem muitos locais que fazem acompanhamento de pessoas trans. A rede pública que não é voltada para pessoas como nós e não tem preparo para isso. Quando comecei minha transição, o próprio endocrinologista não sabia nem o que era ser transexualidade, ele começou a me tratar, mas nunca tinha tratado ninguém, então não me ajudava muito. O que tem que melhorar na rede pública é eles entenderem mais o assunto, eles entenderem mais a gente, esse público transexual, travesti, enfim, eu acho que eles têm muito pouco conhecimento em relação a isso. A rede pública tem que conhecer mais o público trans. Eu nunca tive problema com o nome social. Sobre nossa transição, a nossa cabeça, eles precisam se especializar mais sobre esse assunto. Eles até podem estar mais acostumados a dar atendimento às meninas e meninos trans, mas o conhecimento referente a todos nós, a nossa cabeça, precisa ser melhorada sim (HT2, 33).

É muito difícil conseguir um acompanhamento endocrinológico para pessoas trans, porque nem todo endócrino tem segurança para lidar conosco, porque existe particularidades nos exames que o cara tem que entender bem as dosagens certas, então, eu tive muita dificuldade para conseguir a IS “F” que é o ideal para mim, porque não tenho como pagar um plano de saúde. Gostaria de utilizar a IS “F”, porque lá que tem os profissionais mais gabaritados, pessoal que conseguiu fala muito bem de lá (HT1,37).

A Política Nacional de Saúde Integral de LGBTTT data de 2013 e tem como objetivo geral eliminar a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuir para a redução das desigualdades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Um de seus objetivos é identificar as necessidades de saúde desta população para que se proporcionem a esses(as) cidadãos e cidadãs a atenção e os cuidados que lhes atendam nas suas especificidades; no entanto, não é isso que se observa no cotidiano dos serviços, havendo, inclusive, carência de estudos que ampliem os conhecimentos nesta área (SANTOS *et al.*, 2019).

A prestação de cuidados deve refletir as necessidades de saúde das pessoas, mesmo que estas necessidades não sejam iguais às da maioria. Todos devem ter igualdade de oportunidade em usar o sistema de saúde, logo, torna-se fundamental que todos os profissionais de saúde recebam treinamento adequado para a adoção de uma prática de humanização no atendimento combinada com habilidades clínicas, reconhecendo a diversidade de treinamentos necessários para os diferentes membros da equipe de saúde.

Conforme apontam Wylie *et al.* (2016), para os médicos, estudos têm mostrado consistentemente a importância da introdução precoce de módulos sobre saúde transgênero na educação médica (DOWSHEN *et al.*, 2014). As avaliações desses currículos sugerem que mesmo pequenos módulos de treinamento introduzidos precocemente podem aumentar substancialmente o conforto com a medicina transgênero (SAFER; PEARCE, 2013). Embora esses programas pareçam melhorar a competência cultural e clínica de futuros provedores, a maioria dos estudantes de medicina – mesmo aqueles que trabalham em ambientes de alta renda – ainda concluem seu treinamento com exposição limitada às necessidades das pessoas trans (MOLL J *et al.*, 2014).

Ainda segundo Wylie *et al.* (2016), a necessidade de treinamento é clara em vista da importância do reconhecimento pelos profissionais de saúde da expressão fora do binário de gênero e também da presença potencial da específica violência de gênero que afeta pessoas trans. Estudos com foco na qualidade da assistência de enfermagem sugerem que é importante envolver líderes de enfermagem clínica a fim de melhorar a qualidade dos serviços de enfermagem para minorias sexuais e de gênero (KLOTZBAUGH; SPENCER, 2014).

Como consequência desta aparente falta de preparo de grande parte dos profissionais de saúde do serviço público que lidam com as pessoas trans, emergem uma série de desafios que precisam ser enfrentados para que haja a continuidade do cuidado nos serviços de média e alta complexidade dos programas de saúde públicos direcionados para a população LGBTI+. Nos parágrafos a seguir, destacaremos quais são estes desafios e como eles se manifestaram nos relatos da nossa amostra da população trans.

O primeiro desafio que iremos citar diz respeito ao longo tempo de espera que estas pessoas enfrentam. Muitos pacientes aguardam por anos para conseguirem realizar uma cirurgia ou até mesmo uma consulta com endocrinologista, como podemos observar nas falas a seguir:

Você espera para ser atendido, esperei mais de um ano para ser atendida por um endócrino (T3,42).

Descobri que poderia fazer o processo de transição no Brasil há 10 anos e fui à IS “B”. Em 2010 eu entro na IS “B”. Passei por todo processo. Comecei a me hormonizar em 2013. Passei por psicólogo e psiquiatra. Eu ia operar em janeiro do ano passado, só que o médico achava que eu não estava bem. Aí fiz em janeiro de 2020 (HT3, 54).

O atendimento não está adequado e ainda tem muito o que melhorar. As universidades e os cursos técnicos precisam educar os profissionais que vão lidar com esse público trans trabalhando a empatia deles em relação a nós, que respeitem o nome social de quem não retificou os documentos e o SUS tem que parar para deixar a gente mofando na fila por uma cirurgia. Muitos de nós esperam uma década para fazer uma cirurgia. Isso é um absurdo. Essas cirurgias são um direito nosso. É um desrespeito isso. Quando iniciei minha transição em 2011 fui diretamente na IS “B”, procurei o setor de psiquiatria, por indicação de um amigo que já fazia tratamento lá. Quando eu comecei não tinha um protocolo de encaminhamento, você ia no hospital e pronto. Hoje você tem que ser encaminhado pela atenção básica. Fiquei bastante tempo lá para conseguir alguma coisa, o laudo psiquiátrico é de 2012 e faz muito tempo que estou lá. Não consegui praticamente nada, porque demorou tanto para me chamar para fazer uma cirurgia que acabei desistindo e fazendo no particular, mas continuei fazendo o acompanhamento endocrinológico na urologia por lá (HT1, 37).

É muito difícil conseguir um atendimento de saúde pelo SISREG. Pedia consulta com um urologista e só saía para três meses depois, só que eu estava com sangramento e não podia esperar. Pedia atendimento na IS “B” e não consegui. Entrei em contato com médico da IS “B”, pedi uma consulta com ele no ambulatório da IS “B”, na sala sete, ele não me atendeu e não fez questão de me atender. Tive que ir com urgência para Carangola, em Minas Gerais, onde minha mãe mora. Conseguir uma consulta com urologista é muito difícil, conseguir uma consulta com endocrinologista é muito difícil. Eu pesava 80kg, devido aos hormônios que passavam pra gente desenfreadamente – sem nenhum acompanhamento de um endocrinologista, eu fui parar em 115 kg. Eu tinha que passar por um endócrino para olhar meus hormônios, minha tireoide, como andava o sobrepeso. O SUS não tem profissional de saúde. Você vai na UPA não tem endocrinologista, nutricionista, você vai no hospital e não acha. É a coisa mais rara no Rio de Janeiro. A IS “B” tem, só que nunca me forneceu e muitas transexuais ficam obesas, devido a quantidade de hormônios que tomamos. Por conta própria eu comecei a diminuir tudo o que podia comer, comecei a evitar algumas coisas e consegui chegar a 101 kg (MT1, 40).

O segundo desafio guarda uma relação estreita com o primeiro e reflete a falta de transparência na fila de espera para a realização de procedimentos cirúrgicos mais complexos:

Acho que tem que ter mais transparência em relação ao número de cirurgias feitas, porque isso é um grande mistério. Falam que estão fazendo uma cirurgia mensal de uma mulher trans e um homem trans, mas se fizer é uma por ano, porque a fila nunca anda, a gente vai no atendimento lá e vê sempre as mesmas pessoas. Precisa ter mais humanização na assistência e andar com a fila (HT1, 37).

Falta transparência no Sistema Único de Saúde. Você não vê o seu nome na lista, você não sabe quantas próteses chegaram, quantas pessoas receberam, qual é o seu número para receber a prótese. O próprio Sistema Único de Saúde empurra as transexuais para a prótese clandestina (MT1, 40).

O terceiro desafio é a discriminação social. Ainda que existam políticas públicas de saúde voltadas para a população trans, essas pessoas sofrem discriminação de profissionais de saúde e até mesmo de membros de determinadas

equipes de saúde. O preconceito e a discriminação provocam o afastamento de algumas pessoas trans dos serviços de saúde:

Tive vários problemas já, passei por vários constrangimentos, dentro da própria IS “B”. Eles não prestavam atenção, na maioria das vezes não prestavam atenção que se tratava do nome social em cima e o nome do registro embaixo do papel com nosso número de prontuário. Ninguém prestava atenção naquilo. Os residentes totalmente desatentos quanto a isso, enfermagem também, administrativo... chamam a gente em voz alta. Chamavam: Fulana. Aí levantava eu todo constrangido. As pessoas naquela época não tinham muita noção sobre isso, ficavam espantadas, até os médicos residentes olhavam assim e ficavam com aquela cara. Mudou muito, mas quando iniciei eles não tinham muita boa vontade de atender, pode ser porque eram transfóbicos ou por falta de informação na escola de medicina, talvez não falassem na escola de medicina naquele tempo (HT1, 37).

Quando eu chegava em algum estabelecimento que eu precisava de atendimento, como aconteceu mesmo na IS “I”, chega eu de vestido, cabelo solto, maquiada, toda arrumada e perguntam seu nome. Repondo: “Fulana”. Não, eles perguntam de novo. O seu nome? “Ciclano”. Perguntei se aqui era estabelecimento de saúde do governo. Ela disse: é. Falei que então eu tenho o direito de ser chamada pelo meu nome social. A lei decreta isso, não é? Não! Aqui no sistema eu tenho que colocar seu nome de “Ciclano”. Tipo, lá fora você pode ser o que você quiser ser, mas aqui dentro você vai ser chamada pelo seu nome de batismo. Todas nós passamos por isso. Todas! A lei fala uma coisa quando cai lá no Sistema Único de Saúde tem que ser assim. No cartão do SUS vem o nome: “Cicrano” e razão social: “Fulana”. Por que? Para não usar o nome de “Cicrano”, mas eles não respeitam. Eles chamam pelo nome de “Cicrano” só para te humilhar e ainda faz questão de chamar alto para todo mundo ver que aquela pessoa que está sentada lá de vestido, maquiada não é mulher é um viado, a verdade é essa (MT1, 40).

O quarto desafio é a falta de humanização no atendimento. Percebe-se que quando existe um bom vínculo entre usuários e profissionais de saúde, o processo de promoção à saúde tem uma maior eficácia. A Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS), em 2006, definiu o termo “acolhimento” na área de saúde como um procedimento ético/estético/político e como um instrumento tecnológico de mediação que busca a qualidade da escuta dos pacientes, a construção de vínculos, a garantia de acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços. Embora as propostas de atendimento humanizado tenham bases teóricas e metodologias sólidas, alguns entraves aparecem nos relatos:

Hoje é muito fácil você olhar um exame e falar o que o paciente tem, mas o correto é você conversar com o paciente, saber o que ele sente, o que está acontecendo com o paciente, olhar os exames de imagem. Só que não, eles param, colocam as mãos no jaleco e perguntam se você está sentindo alguma coisa. Você diz que está com dor e eles dizem: - Ah tá! Dão as costas, vão embora e nem remédio te dá. Eu fiquei 9 dias sem tomar banho, 9 dias sem refrescar o meu corpo. Eu fiquei com sangramento vaginal 2 dias, da minha bunda colar no lençol. Eu pedi a técnica de enfermagem para me limpar e ela não me limpava. Eu falava que sentia dor e pedia medicação, ela

fingia que fazia, mas não fazia. Sumia. Parecia que o prazer dela era me ver sentindo dor. Um dia dei uma surtada que eu falei que estava com dor, se tinha alguém para me socorrer, a técnica de enfermagem virou para mim e disse: ué, mas não era isso que você queria para sua vida? Não é isso que você sempre sonhou? Eu disse que é isso que quero para minha vida, agora você jurou salvar os outros, por que agora que estou com dor você não pode me ajudar, não pode aliviar minha dor. Ela disse que meu corpo era diferente. Eu perguntei: Diferente o que? Eu tenho braço, eu tenho perna, tenho mão, tenho cabelo, tenho nariz... só tirei o pênis e fiz uma vagina – que ainda saiu deformada. Detalhe: eu pedi para não ser operada e mesmo assim eles me operaram. Não tem um compromisso ético do médico com você. O médico que me operou não foi lá me ver nenhuma vez, colocou um médico residente que não entendia de nada para me olhar. As enfermeiras passavam por mim e nem o prato de comida elas me davam na mão. Eu fiquei um dia passando fome, porque não podia levantar para pegar a bandeja. Houve muito descaso delas comigo: não me deram banho, não me deram remédio e não me deram comida. Ainda falavam que eu era diferente. O corpo é o mesmo, a alma é a mesma. Quando morrer vamos feder tudo do mesmo jeito. É um descaso muito grande. Eu não sou rica, eu sou pobre, mas graças a Deus minha mãe me deu princípios aonde eu trato as pessoas com educação. O atendimento que eu tive foi vergonhoso (MT1, 40).

Do exposto até aqui, torna-se plausível inferir que ainda há muito espaço para melhoras no que tange à continuidade do cuidado para a população trans nos serviços de média e alta complexidade dos programas de saúde públicos do Rio de Janeiro, visto que a falta de preparo dos profissionais de saúde para lidar com as especificidades da população trans geram complicações assaz preocupantes. Sendo assim, melhor do que finalizar esta seção com as nossas palavras, é encerrar a mesma com as vozes daquel@s que buscam a liberdade como própria substância, sem que nada os defina ou nada os sujeite, já que viver é ser livre (refraseando Simone de Beauvoir):

Há uma mitificação em relação ao corpo trans. Apesar dos padrões de beleza e dos padrões culturais, independente da forma que o corpo modela a cultura, a gente precisa entender que as pessoas são diferentes, mas ao mesmo tempo são iguais. Existe diversidade física e biológica, mas também não transforma nenhum ser humano em alienígena. Eu acho que isso tinha que ser pensado. O profissional de saúde não pode botar a religião dele na frente. Ninguém pode colocar sua crença religiosa, suas questões políticas na frente da saúde. As pessoas precisam ser profissionais antes de mais nada. É preciso investimento na profissionalização dessa gente. Tem muita gente incapaz de sair da sua zona de conforto e entender que o serviço delas para saúde dos pacientes é mais importante do que suas convicções ou seus preconceitos. [...] Talvez você não saiba, mas isso que você está fazendo é muito importante para nós. A maioria de nós tem muitos problemas. Muitos de nós temos que operar novamente. Ninguém nunca quis nos ouvir sobre o atendimento que recebemos, então sua pesquisa é muito importante, porque a gente tem sido muito maltratado nesse período todo (HT3, 54).

Quem sabe com tudo o que você pegou de depoimento meu e das outras pessoas transexuais - porque nós somos muitas que passamos por momentos de dificuldades, talvez diferentes, mas a dor é a mesma e o preconceito é o mesmo - Quem sabe agora com seu trabalho as pessoas

conseguem ver que nós transexuais, travestis, gays estamos abandonadas e precisamos de resgate, precisamos de ajuda, precisamos de pessoas que olhem para nós, não como lixo e sim como seres humanos que sangramos, choramos, sofremos, amamos e morremos. Eu agradeço por me ouvir, por tentar me ajudar, agradeço por tentar cutucar as pessoas, porque daqui pra frente eu espero que tudo dê certo. Eu fico muito feliz, muito feliz mesmo. Eu te disse desde o começo, Deus não te colocou no meu caminho à toa, Évelin. Se ele te colocou no meu caminho é porque alguma coisa de proveito sairá. Pode ser que não saia para mim, mas pode ser que saia para outras pessoas a glória que eu não tive. Talvez eu não consiga ter a glória nesse momento, mas espero que minha voz seja a porta, o caminho para as próximas transexuais. Tomara que outras pessoas recebam ou louros da nossa luta lá na frente. Obrigada! Foi muito proveitosa nossa conversa, foi até um desabafo de uma dor que eu sentia e que é muito difícil de falar. Estamos juntas na luta (MT1, 40).

Foi muito bom conversar com você, foi um enorme prazer. Ninguém vem para a vida de ninguém à toa. Cada um tem um porquê na vida. Dias melhores virão (HT4,49).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prevalência de apresentações de gênero não binárias está aumentando, e esta afirmação pode ser constatada desde quando observamos que as questões de identidade de gênero e transgênero têm varrido a mídia popular recente com temas correlatos tratados em telenovelas³² até quando verifica-se que a importância do termo transgênero tem crescido no meio acadêmico³³. Concomitante a este aumento crescem as demandas por serviços destinados a esta população específica, e no caso da saúde esta realidade não é diferente. No entanto, em se tratando da saúde, o que se inicia como demanda convencionada-se como direito de todos, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais; conforme preconizado no Brasil pela Constituição Federal de 1988; ou seja, as necessidades de saúde das pessoas (ou de grupos) devem ser levadas em consideração mesmo que não sejam iguais às da maioria, todos devem ter igualdade de oportunidade em usar o sistema de saúde, é um princípio de justiça social que precisa garantir a igualdade de assistência à saúde, sem privilégios ou preconceitos.

Contudo, ainda que a saúde seja um direito de todos, como já citamos anteriormente, para a população trans existem várias barreiras para o acesso ao atendimento adequado:

- a) o medo de ser visto como diferente (com estigma e violência associados);
- b) a falta de acesso a profissionais preparados para atender a este público;
- c) a dificuldade em identificar fontes de informação sobre disforia de gênero e terapias hormonais;

³² Por exemplo, a telenovela “A Força do Querer”, exibida pela Rede Globo de Televisão em 2017, discutiu em sua trama questões como a diversidade, a tolerância, as dificuldades de compreender e aceitar o que é diferente e contou com um personagem transgênero (Ivan, apresentado como Ivana no início da trama, antes da redesignação de gênero abordada na telenovela).

³³ Através de uma consulta ao Google Scholar realizada em 27/09/2020 constatamos que entre 1990 e 2000 havia 6.554 resultados de artigos referenciando os termos “*transgender*” ou “transgênero”. Este número mais do que quadruplicou para 42.185 no período entre 2001 e 2010. Finalmente, de 2011 até o dia desta consulta este número quase triplicou para 122.350.

d) e o acesso inadequado à prescrição e monitoramento seguros da terapia hormonal.

Por essas razões, a tese *“Outras Geografias” na metrópole carioca: A população LGBTI+ e a busca por uma cidade justa* trouxe à pauta essa problemática vivenciada por uma parcela da população historicamente negligenciada e silenciada, dando-lhe escuta a partir de seu lugar de fala e visibilidade aos seus discursos nos espaços da academia e da ciência, instalando como objetivo geral a análise da trama de tensões ético-políticas intrínsecas aos Programas de Saúde na cidade do Rio de Janeiro voltados à população LGBTI+. Em outras palavras, será que os cuidados de saúde e a prestação de serviços voltados para a população LGBTI+, especialmente, para travestis e transexuais, corresponde às suas necessidades e expectativas? Sob que condições socioespaciais se efetiva o direito à saúde da população LGBTI+ na metrópole carioca?

Nesse contexto, as relações entre espaço, saúde e gênero assumem um papel cada vez mais desafiador, exigindo a aplicação de novos olhares para apreender quais são as características e as particularidades que distinguem a prestação de um serviço justo para a população trans de um cujo direito à saúde não é pleno. Nesse sentido, sob a lente da Geografia – como recurso teórico metodológico – analisamos num primeiro momento a diferença entre gênero e sexualidade como um jogo político que é, ao mesmo tempo, jogo cultural e social; e num segundo momento examinamos o espaço e a saúde como categorias centrais deste diagnóstico geográfico, pois, à medida em que a saúde da população varia de uma área para outra, a população carece que seus serviços estejam igualmente distribuídos espacialmente. E assim, trouxemos à tona os sujeitos generificados e sexualizados para o debate científico realizando uma discussão epistemológica entre geografia, gênero e saúde nos preparando para estudar os depoimentos das pessoas trans com o intuito de verificarmos como o alcance das políticas públicas de saúde ocorre para esse grupo nos diferentes níveis do setor de saúde (primário, secundário e terciário).

Os depoimentos das pessoas trans foram resultado de um trabalho de campo científico concretizado através da condução de uma pesquisa empírica obtida a partir da aplicação de inquéritos (conforme explicado na introdução do presente documento) – com 15 pessoas trans (10 travestis e 5 transexuais) – onde toda a

construção intelectual remete à epistemologia e ao método científico de investigação, na qual a Geografia se apresentou como principal meio condutor guiando-nos, por exemplo, na aplicação dos conceitos de justiça territorial e governança local para assimilarmos a configuração do universo da gestão local em saúde do CSF-Lapa que por sua vez, nos conduziu a adentrar, de forma breve, a história da região central do Rio de Janeiro, a fim de localizá-la espacialmente enquanto um espaço histórico da boemia carioca e investigarmos os motivos que atraem travestis e transexuais para esta área, o que em parte explica a particularidade do CSF-Lapa configurar-se como um espaço diferenciado com metodologia de abordagem médico-preventiva para a população trans que vive no bairro da Lapa.

Posto isto, aplicando um olhar geográfico sobre estas questões, identificamos que no caso do CSF-Lapa o duplo vínculo – universidade e atenção à saúde – que o caracteriza como Centro de Saúde Escola, é o que de fato viabiliza a realização de um trabalho de acolhimento diferenciado para as pessoas trans, configurando este Centro como uma tangibilização da efetivação dos direitos à Saúde desta população no que diz respeito à saúde básica, em acordo com os princípios gerais que orientam o SUS, cumprindo com o seu papel de local de prestação de serviços primários à saúde pública.

O olhar geográfico ainda nos permitiu compreender que o estabelecimento de uma governança local no CSF-Lapa – a Prefeitura do Rio de Janeiro como o polo do Estado, a UNESA como o polo Empresarial e a Luana Muniz como o polo da Sociedade Civil – promove um território justo no qual o direito à saúde e à cidade justa para travestis e transexuais é instituído no que tange à dimensão da saúde primária, visto que o CSF-Lapa configura-se como um processo sociopolítico fundamental congênere ao próprio desenvolvimento da região na qual atua; em outras palavras, a concepção do CSF é parte constitutiva da dinâmica do desenvolvimento territorial da região na qual está localizado, no caso, o bairro da Lapa do Rio de Janeiro.

No entanto, quando imprimimos o raciocínio geográfico sobre os discursos destes sujeitos corporificados e de direitos, torna-se evidente que apenas a combinação de um trabalho de acolhimento diferenciado com uma governança local não é o suficiente para o estabelecimento do direito pleno à saúde. A doença tem uma potência visível pela objetividade com que se estende pelos corpos das

peçoas e o envolve na sua funcionalidade, assim sendo, demanda tecnologias por vezes modernas e necessita de conhecimentos especializados do campo da saúde. Entre as ações de promoção, prevenção, tratamento e cura; institui-se um espaço de lutas em que a atenção primária torna-se quase invisível porque trabalha com questões intangíveis, por vezes de caráter subjetivo, mais relacionados ao campo da educação em saúde levando o sujeito à responsabilização pelo cuidado de si e dos outros (da família e do espaço), contrapondo-se às intervenções terciárias – cujos métodos técnicos de tratamento hormonal ou cirúrgico exigem aparatos materiais físicos e farmacológicos práticos e tangíveis. Esta análise nos permitiu observar que parece haver uma escassez de programas educacionais sobre a saúde transgênero para profissionais de saúde no Brasil e que disto deriva grande parte dos problemas enfrentados pelas pessoas trans que se desdobram em consequências como:

- a) discriminação social, ausência de humanização no atendimento;
- b) falta de profissionais capacitados;
- c) longos tempos de espera para acesso ao tratamento adequado;
- d) alta rotatividade dos profissionais de saúde;
- e) e a falta de orientação às pessoas que precisam realizar procedimentos cirúrgicos.

Apesar das evidências apoiarem a introdução de módulos sobre saúde de transgêneros durante o início da educação clínica de médicos e profissionais de saúde, muitas vezes ainda permanece uma carência de programas educacionais para profissionais de saúde no que diz respeito ao tema de saúde transgênero, certamente uma das causas raízes dos problemas listados anteriormente.

Além disto, o número limitado de provedores clinicamente qualificados e os altos custos de intervenções médicas destes serviços de mais alta complexidade (como a cirurgia de transgenitalização) encoraja o acesso a provedores não qualificados na realização de intervenções médicas, causando efeitos físicos e psicológicos indesejáveis.

Sendo assim, inferimos que ainda há muito espaço para melhoras no que tange à continuidade do cuidado para a população trans nos serviços de média e alta complexidade dos programas de saúde públicos do Rio de Janeiro, visto que a falta de preparo dos profissionais de saúde para lidar com as especificidades da

população trans geram complexidades que impedem a garantia do direito pleno à saúde.

Mas para finalizarmos este trabalho com uma perspectiva positiva e cientes de que é possível concretizar esta busca pela igualdade de assistência à saúde como um princípio de justiça social, ao longo de toda esta trajetória de análises e estudos percebemos que três temas focados em modelos de prestação de serviços para pessoas trans emergem de maneira consistente na literatura: o papel central de liderança da comunidade trans, a necessidade de serviços transdisciplinares para garantir a disponibilidade de serviço abrangente, e a importância de parcerias que melhorem a prestação de serviços. Todos estes temas devem ser levados em consideração no processo de instituição de políticas públicas de saúde.

Ao longo dos inúmeros trabalhos lidos e das discussões que realizamos para elaborar o conteúdo desta tese, certificamos o quão relevante é a pesquisa científica no aspecto social, em especial na área das ciências humanas, uma vez que é através desta que nascem novos canais que dão voz a pessoas tão negligenciadas e menosprezadas nos seus direitos humanos, isto é, sociais. E este é um dos caminhos para reverter para a sociedade resultados que contribuam para o bem comum, que proporcionem qualidade de vida e bem-estar social, uma dimensão ética importante da prática do cientista, sobretudo das áreas das ciências sociais e da saúde.

No lastro deste pensamento, concluimos que ainda há muito espaço para contribuição, no que tange à pesquisa científica, quando relacionamos Geografia, Gênero e Saúde; em especial quando dirigimos a nossa atenção para a população LGBTI+ no espaço geográfico, ou seja, quando nos propomos a debater sobre as “outras geografias”. Como exemplos de possíveis temas/questões de estudos futuros, citamos:

- a) a questão da migração, ou seja, como rastrear as relações entre deslocamento, movimento e saúde. Para os indivíduos jovens e com poucos recursos, pertencentes à população LGBTI+, que se mudam de casa, o ambiente de destino pode ter um efeito terapêutico em alguns aspectos, mas também introduzir cenas sociais e sexuais que não são familiares e, portanto, angustiantes. Logo, torna-se importante examinar como os espaços urbanos impactam na saúde destes indivíduos, quando geram insegurança para as pessoas trans (ou para

aquelas que expressam uma representação de gênero não normativa) em virtude dos procedimentos de planejamento heterocisnormativo destes espaços;

b) a inclusão da educação sexual nas escolas também se tornou tema recente de debate e, neste caso, será que a heterocisnormatividade contínua da educação sexual pode ser um dos fatores chave para perpetuar as desigualdades em saúde entre diferentes grupos de orientação sexual e identidade de gênero no Brasil? Há trabalhos como o de Baker e Beagan (2016) que delineou as diferentes "sócio-geografias" de educação em saúde e serviços de saúde para populações LGBTI+, observando diferenças mensuráveis e percebidas no acesso a cuidados em grandes cidades, vilas menores e áreas rurais. Será que temos evidências crescentes de que uma educação em saúde menos inclusiva em ambientes socialmente conservadores pode criar uma desvantagem no tocante à saúde sexual para aqueles que se identificam como LGBTI+?

c) concentrações geográficas mais altas de serviços de saúde designados especificamente para populações LGBTI+ estão associadas a melhores resultados de saúde nessas populações?

Em se tratando do Brasil, todas estas questões precisam ser correlacionadas com:

a) a situação atual da falta de comprometimento do Governo (em todas as suas esferas: Federal, Estadual e Municipal) com a Saúde e a Educação;

b) a homofobia e violência contra estes indivíduos que permanecem com índices elevados de mortes e agressões físicas, psicológicas e morais.

Que futuro podemos descortinar para esses sujeitos no tocante à inserção dos mesmos na busca por uma cidade mais justa? Esse é o desafio.

REFERÊNCIAS

- ABDALA, B; NUNES, J. *Desenvolvimento, Governança e Coesão Territorial: A atualidade do debate*. ISSN: 1984-8781 - Anais XVIII ENANPUR. Natal, 27 a 31 Maio, 2019.
- ALBUQUERQUE, A. et al. *Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: systematic literature review*. *BMC Int Health Hum Rights [Internet]*. 2016 Dez;16(1):2. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12914-015-0072-9>.
- ALBUQUERQUE, H.L. e SILVA, J. C.. *As Travestis no Programa Saúde da Família da Lapa*. Geografia, Ensino e Pesquisa, Vol. 21, 2017.
- ALVAREZ, I. P. *Produção do espaço em tempos de crise*. In: *Justiça espacial e o direito à cidade*. Org: Carlos, A.F.A. et al. São Paulo: Contexto, 2017.
- ANTRA - ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS DO BRASIL (Brasil). *Dossiê dos ASSASSINATOS e da violência contra TRAVESTIS e TRANSEXUAIS no Brasil em 2018-2019*. Disponível em: <https://antrabrasil.files.wordpress.com/2019/01/dossie-dos-assassinatos-e-violencia-contrapessoas-trans-em-2018.pdf>. Acesso em: 10 de março de 2020.
- AQUINO, I. M. *Economia moral dos corpos: fissuras na cidade cis-heteronormativa*. Dissertação de Mestrado, UFF, 2019.
- R.; D.; LIONÇO, T.. *Transexualidade e saúde pública no Brasil*. Ciência & Saúde Coletiva, 2008.
- BAKER, K.; BEAGAN, B. *"Unlike Vancouver ... here there's nothing": Imagined geographies of idealized health care for LGBTQ women*. *Gender, Place and Culture*, 23(7), 927–940, 2016.
- BANDEIRA, P. S. *Participação, articulação de atores sociais e desenvolvimento regional*. In: BECKER, Dinizar F.; BANDEIRA, Pedro S. *Desenvolvimento local-regional – determinantes e desafios contemporâneos*. Santa Cruz do Sul: Edunisc, vol. 1, p. 23-128, 2000.
- BARATA, R. B. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: Editora da FIOCRUZ, 2009.
- BARRETO, R. C. V. *Memórias e práticas em espaços homoafetivos na cidade do Rio de Janeiro*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Memória – UNIRIO. Rio de Janeiro, 2014.
- BARTOLY, F. S. *Da Lapa boêmia à Lapa reificada como lugar do espetáculo: Uma análise de dois períodos da história da produção do lugar na cidade do Rio de Janeiro*. *Revista Geografica de America Central (online)*, v. 2, p. 1-13, 2011.

BEAUVOIR, S. *O Segundo sexo – fatos e mitos*. Tradução de Sérgio Milliet. 4 ed. São Paulo: Difusão Europeia do Livro, 1980.

BENACH, N. *Da desigualdade social à justiça espacial*. In: *Justiça espacial e o direito à cidade*. Org.: Carlos, Ana Fani Alessandri et al. São Paulo: Contexto, 2017.

BENTO, B. *O que é transexualidade?* São Paulo: Brasiliense, 2008.

_____. *Brasil: o país do transfeminicídio*. (CLAM) Centro Latino Americano de Sexualidade e Direitos Humanos, Rio de Janeiro, p. 01 - 02, 04 jun. 2014.

BORBA, R. *O (Des)Aprendizado de Si: transexualidades, interação e cuidado em saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pd. Acesso: 27/08/2020.

BUTLER, J. *Desdiagnosticando o gênero*. Rio de Janeiro, Physis Revista de Saúde.

_____. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. 13ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2017.

CAMPS, V. *Breve historia de la ética*. Barcelona. RBA, 2013.

CANNOLLY, J.; STEIL, J. *Finding Justice in the city*. In: MARCUSE, P.; CONNOLLY, J.; NOVY, J.; OLIVIO, I.; POTTER, C.; STEIL, J. *Searching for the just city: Debates in urban theory and practice*. London and New York, 2011.

CARLOS, A. F. A. *A privação do urbano e o “direito à cidade” em Henry Lefebvre*. In: Carlos, A. F. A et al. *Justiça espacial e o direito à cidade*. São Paulo: Contexto, 2017.

CARRAPATO; CORREIA; GARCIA. *Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde*. Saúde Soc. São Paulo, v.26, n.3, p.676-689, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n3/0104-1290-sausoc-26-03-00676.pdf> Acesso: 26/08/2019.

CATALÃO, I. *A propósito da dialética socioespacial e dos movimentos sociais*. UNIOESTE COLEGIADOS DE GEOGRAFIA Nº 4 2008.

COMTE-SPONVILLE, A. *A filosofia*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

CORTINA, A. *Ética*. São Paulo: Edições Loyola, 2005.

_____. *Para qué sirve realmente la ética?* Barcelona: Paidós, 2013.

CURY, C. A. *Transexualidade: da mitologia à cirurgia*. São Paulo: Iglu, 2012.

CZEMPIEL, E. *Governança e democratização*. In: ROSENAU, J. N.; CZEMPIEL, E. (Orgs.). *Governança sem Governo – ordem e transformação na política mundial*. Tradução de Sérgio Bath. Brasília: Editora da Universidade de Brasília; São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 2000. p. 335-362.

DALLABRIDA, V. R.; BECKER, D. F. *Governança Territorial: um primeiro passo na construção de uma proposta teórico-metodológica*. *Desenvolvimento em Questão*, ano 1, n. 2, Ijuí, jul./dez., 2003, p. 73-98.

_____. *Governança territorial e desenvolvimento: introdução ao tema*. In: DALLABRIDA, Valdir Roque. (Org.). *Governança territorial e desenvolvimento: descentralização político administrativa, estrutura subnacionais de gestão do desenvolvimento e capacidades estatais*. Rio de Janeiro: Garamond, 2011.

DAMATA, G. *Antologia da Lapa: vida boêmia no Rio de ontem*. Codecri, 1978.

DOWSHEN, N. GT; GILBERT, K; FEILER A; MARGO, KL. *Improving transgender health education for future doctors*. *Am J Public Health* 2014; 104: e5–e6.

ESTEBAN, E. (Ed.). *Ética y gobernanza: un cosmopolitismo para el siglo XXI*. Granada: Comares, 2013.

FAINSTEIN, S. *The just city*. New York: Cornell University Press, 2010.

FERRAZ, D. & KRAICZYK, J. *Gênero e Políticas Públicas de Saúde – construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS*. *Revista de Psicologia da UNESP* 9(1), 2010.

FIGARI, C. @s “outr@s” cariocas: interpelações, experiências e identidades homoeróticas no Rio de Janeiro. *Séculos XVII ao XX*. Belo Horizonte: UFMG; Rio de Janeiro: IUPERJ, 2007.

FOUCAULT, M. *História da Sexualidade, v.1: A vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FURTADO, C e PEREIRA, J. *Equidade e acesso aos cuidados de saúde*. Escola Nacional de Saúde Pública Universidade Nova de Lisboa, 2010.

GENEROSO, E. *Espaço e Saúde: uma análise geográfica do Programa Médico de Família no Morro do Preventório, Niterói – RJ*. Dissertação de Mestrado, UFF, 2010.

GERVAIS-LAMBONY, P. *A justiça espacial, experiências e pistas de pesquisa. Justiça espacial e o direito à cidade*. In: Carlos, Ana Fani Alessandri; Alves, Glória; Padua, Rafael Faleiros de São Paulo: Contexto, 2017.

GHIGLIONE e MATALON. *O Inquérito - Teoria e Prática* Oeiras, Celta Editora, 1995.

GILLY, JP.; PECQUEUR, B. *La dimensión local de la regulación*. In: BOYER, Robert.; SAILLARD, Yves. (org.). *Teoría de la regulación: Estado de los conocimientos*. Volume II. Argentina: Oficina de Publicaciones da CBC, 1997.

GOLIN, C. *Da patologia à cidadania*. In: NARDI, R.da S.; MACHADO, P. S. *Diversidade sexual, relações de gênero e políticas públicas*. Porto Alegre: Sulina, 2017.

GUIMARÃES, R. B. *Geografia e saúde coletiva no Brasil*. Saúde Soc. São Paulo, v.25, n.4, p.869-879, 2016. Disponível em: file:///C:/Users/%C3%89velin/Desktop/Doutorado_GEO_UERJ/raul%20borges%20guimar%C3%A3es.pdf. Retirado em: 19/02/2020.

HAFEEZ H; Z. M; Tahir, MA; Jahan N; Naveed S. *Health Care Disparities Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth: A Literature Review*. Cureus [Internet]. 2017 Abr;9(4): e1184. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.1184>

HARVEY, D. *A justiça social e a cidade*. São Paulo. Hucitec, 1980.

HARVEY, D.; POTTER, C. *The right to the Just City*. In: MARCUSE, P.; CONNOLLY, J.; NOVY, J.; OLIVIO, I.; POTTER, C.; STEIL, J. *Searching for the just city: Debates in urban theory and practice*. London and New York, 2011.

HOPKINS, P. *Mulheres, homens, posicionalidades e emoções: fazendo geografias feministas da religião*. In: SILVA, J. M. da; Ornat, M. J.; Junior, A. B. *Geografias feministas e das sexualidades: encontros e diferenças*. Ponta Grossa: Todapalavra, 2016.

JESUS, J. G. *Transfeminismo: teorias e práticas*. Rio de Janeiro: Metanoia, 2015.

_____. *Orientações sobre a população transgênero: conceitos e termos*. 2. ed. rev. e ampl. Goiânia: SerTão, 2012.

JORGE, M.; TRAVASSOS, N. *Transexualidade: O corpo entre o sujeito e a ciência*. Rio de Janeiro: Zahar, 2018.

KAZANCIGIL, A. *A regulação social e a governança democrática da mundialização*. In: MILANI, C.; ARTURI, C.; SOLINÍS, Germán (Orgs.). *Democracia e governança mundial – que regulações para o século XXI*. Porto Alegre: Ed. Universidade/UFRGS/Unesco, 2002.

KLOTZBAUGH, R; SPENCER, G. *Magnet nurse administrator attitudes and opportunities: toward improving lesbian, gay, bisexual, or transgender-specific health care*. J Nurs Adm 2014; 44: 481–86.

LESSA, C. *O Rio de todos os brasis*. Rio de Janeiro: Record, 2005.

LIMA, I. G. *A condição geopolítica dos corpos sensíveis*. Paisagens híbridadas. Escola de Belas Artes, UFRJ. Retirado de:

<https://paisagenshibridas.eba.ufrj.br/2020/04/01/a-condicao-geopolitica-dos-corpos-sensíveis/> em 26/03/2020.

_____. *Governança Territorial. Conceitos fundamentais da Geografia*. GEOgraphia. Niterói, Universidade Federal Fluminense. ISSN: 2674-8126. Vol.21, No 46, 2019: mai./ago.

_____. *A governança territorial no rastro das redes políticas*. Anais do I Congresso Brasileiro de Geografia Política, Geopolítica e Gestão do Território, 2014. Rio de Janeiro. Porto Alegre: Editora Letra1; Rio de Janeiro: REBRAGEO, 2014.

_____. *Entre a geopolítica do sentido e a justiça territorial: as inteligências cidadãs no Equador e no México*. XII Colóquio Internacional de Geocrítica. México, 2012.

LIONÇO, T. *Gênero e sexualidade na prática didático-pedagógica: saúde, direitos humanos e democracia*. Série Anis (Brasília), v. 69, p. 1-8, 2009.

_____. *Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transsexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios*. Physis. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, vol.19, no.1, p.43-63, 2009.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. *Técnicas de pesquisa*. São Paulo: Atlas, 1999.

MARCUSE, P. *From Justice Planning to Commons Plannig*. In: MARCUSE, Peter; CONNOLLY, J.; NOVY, J.; OLIVIO, I.; POTTER, C.; STEIL, J. *Searching for the just city: Debates in urban theory and practice*. London and New York, 2011.

MARTINS, G. *Transformações recentes em áreas centrais das metrópoles: o caso da Lapa no Rio de Janeiro*. Trabalho de conclusão de curso em Geografia, UFF, 2008.

MATTOS, R.B.de; Ribeiro, M.A.C. *Territórios da prostituição nos espaços públicos da área central do Rio de Janeiro*. Boletim Goiano de Geografia, 1995.

MATTOS, R.B.de. *A Dinâmica dos Espaços da Prostituição na Cidade do Rio de Janeiro: 1840-1940*. In: Ribeiro, Miguel Angelo; Oliveira, Rafael. *Território, sexo e prazer: olhares sobre o fenômeno da prostituição na geografia brasileira*. Rio de Janeiro, 2011.

MONK, J.; HANSON, S. *Não excluam metade da humanidade da geografia humana*. In: Silva, J. M.; Ornat, M. J.; Chimin Jr, A. B. *Geografias feministas e das sexualidades: encontros e diferenças*. Ponta Grossa: Todapalavra, 2016.

MURTA, D. *Os desafios da despatologização da transexualidade: reflexões sobre a assistência a transexuais no Brasil*. Tese de Doutorado. UERJ, 2011.

NARDI, H. C. *Relações de gênero e diversidade sexual: compreendendo o contexto sociopolítico contemporâneo*. In: *Diversidade sexual, relações de gênero e políticas públicas*. Orgs: Nardi, Silveira e Machado. Porto Alegre: Sulina, 2017.

NEGREIROS, F. R. N. de et al. *Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais: da Formação Médica à Atuação Profissional*. Rev. bras. educ. med., Brasília, v. 43, n. 1, p. 23-31, Mar. 2019. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010055022019000100023&lng=en&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v43n1rb20180075>. Acesso: 25/09/2020.

NOGUÉ, J.; ROMERO, J. *Las Otras Geografías*. Valencia: Tirant Lo Blanch, 2006.

PAIM, J. S. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PEREIRA, M. *Da governança à governança territorial colaborativa: uma agenda para o futuro do desenvolvimento regional*. Desenvolvimento Regional em Debate. Curitiba, ano 3, n. 2, 52-65, 2013.

RAWLS, J. *Uma teoria da justiça*. São Paulo: Martins Fontes, 2008 [1971].

_____. *A questão da equidade*. In: *Justiça: O que é fazer a coisa certa*. Tradução: Heloísa Martins e Maria Alice Máximo. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

RIBEIRO, M. A.; Oliveira, R. *A Prostituição Feminina “Fechada” na cidade do Rio de Janeiro: Dinâmica e Organização Espacial*. In: Ribeiro, M. A.; Oliveira, R. *Território, sexo e prazer: olhares sobre o fenômeno da prostituição na geografia brasileira*. Rio de Janeiro, 2011.

ROCON, P. C.; RODRIGUES, A.; ZAMBONI, J & P; Jésio and PEDRINI, Mateus Dias. *Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde*. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2016, vol.21, n.8, pp.2517-2526.

ROMANO, V. *As Travestis no Programa Saúde da Família da Lapa*. Saúde Soc. São Paulo, v.17, n.2, p.211-219, 2008.

ROSENAU, J. *Ordem e transformação na política mundial*. In: Rosenau, J.; Czempel, E-O. (Eds.). *Governança sem governo. Ordem e transformação na política mundial*. São Paulo: Ed. UnB, 2000, pp. 11-46.

SAFER, JD; Pearce EN. *A simple curriculum content change increased medical student comfort with transgender medicine*. Endocr Pract 2013; 19: 633–37.

SARAIVA, M. S. *Gênero e Orientação sexual: uma tipologia para o movimento transfeminista*. In: *Transfeminismo: teorias e práticas*. JESUS, Jaqueline Gomes de et al. Rio de Janeiro: Metanoia, 2015.

SANTOS, J. S. dos; SILVA, R. N. da; FERREIRA, M. A. *Saúde da população LGBTI+ na Atenção Primária à Saúde e a inserção da Enfermagem*. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v.23, n.4, e20190162, 2019. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452019000400502&lng=en&nrm=iso>. access on 27 Sept. 2020. Epub Oct 14, 2019. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0162>.

SANTOS, P.R. *Desejos, Conceitos e Preconceitos na Constituição de uma Travesti no Mundo da Prostituição*. Revista latino-americana de Geografia e Gênero, v. 1, p. 39-48, 2010.

SHIRLOW, P. *Governance*. In: Gallaher, C.; et al. (Orgs.). *Key concepts in political geography*. Londres: Sage, 2012, pp. 41-59.

SILVA, Joseli da. *O Conceito de Território na Geografia e a Territorialidade da Prostituição*. In: Ribeiro, Miguel Angelo; Oliveira, Rafael. *Território, sexo e prazer: olhares sobre o fenômeno da prostituição na geografia brasileira*. Rio de Janeiro, 2011.

SILVA et al. *Sobre as desobediências epistemológicas e o testamento intelectual de Milton Santos*. In: SILVA, J. M da; ORNAT, M. J.; CHIMIN JUNIOR, A. B. *Geografias feministas e das sexualidades: encontros e diferenças*. 1.ed. Ponta Grossa: Todapalavra, 2016.v.500.272p.

SILVA, Joseli Maria; ORNAT, Marcio; CHIMIN Junior, Alides Baptista. *Geografias Malditas: corpos, sexualidades e espaços*. 1ª. ed. Ponta Grossa: Todapalavra, 2013. v. 1. 400p .

SOJA, Edward W. *Em busca de la justicia espacial*. Tirant Humanidades, Valencia, 2010.

SOUZA, André Felix de. *Lapa: da Sociabilidade na Cidade para a Sociabilidade da Cidade*. Espaço Aberto, PPGG - UFRJ, V. 5, N.2, p. 61-78, 2015. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/EspacoAberto/article/view/2524/3836>. Acesso: 17/01/2020.

UE. *Supporting decentralisation, local governance and local development through a territorial approach*. Tools and Methods Series, Reference Document No 23, 2016.

VAN DEN BRULE, D. M. As diversas abordagens da justiça espacial na geografia. *Geosp – Espaço e Tempo* (On-line), v. 24, n. 2, p. 297-316, ago. 2020. ISSN 2179-0892.

VENTURA, M. *A transexualidade no tribunal: saúde e cidadania*. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2010.

VERDI, E. F.; NOGUEIRA, D. S.. *O direito à cidade (nas ruas e na Universidade) e o dever da sociedade urbana*. In: Carlos, A.F.A.; Alves, G.; Padua, R. F. de . In: *Justiça espacial e o direito à cidade*. São Paulo: Contexto, 2017.

WYLIE, K.; Knudson, G.; Khan, S.; Bonierbale, M.; Watanyusakul, S.; Baral, S. (2016). *Serving transgender people: Clinical care considerations and service delivery models in transgender health*. *Lancet* (London, England). 388. 10.1016/S0140-6736(16)00682-6.

APÊNDICE A – Roteiro de inquérito para a população travesti e transexual: perfil sociodemográfico e exploração do objeto de estudo

1- Gênero:

2- Idade:

3- Estado Civil:

4- Naturalidade:

5- Qual é o seu grau de escolaridade?

() Não possui estudo

() Ensino Fundamental completo

() Ensino Fundamental incompleto

() Ensino Médio completo

() Ensino Médio incompleto

() Ensino Superior completo

() Ensino Superior incompleto

() Pós-graduação

6- Condições da sua moradia:

Nº de cômodos: ()

Água encanada: (Sim) (Não)

Luz elétrica: (Sim) (Não)

Possui telefone: (Sim) (Não) - Fixo, celular ou os dois?

Casa: (própria) (alugada) (cedida) (outro):

7- Em que você trabalha? Ocupação?

8- Renda estimada:

9- Você usa nome social?

10-Possui documentos oficiais com o nome modificado?

- 11-Caso use o nome social e não tenha documentos, gostaria de ter esses documentos?
- 12-Que dificuldade você encontra ou encontrou para conseguir novos documentos?
- 13-Você faz uso de algum tipo de droga (maconha, cocaína, crack...)?
- 14-Você faz uso de bebida alcoólica? Em caso positivo, moderadamente ou excessivamente?
- 15-Em qual Estado você nasceu?
- 16-Atualmente reside em qual bairro?
- 17-Você reside há quanto tempo, aproximadamente no Rio de Janeiro?
- 18-O que te atraiu para residir nessa cidade?
- 19-Quantas pessoas moram na sua residência:
- 20-Você usa os Programas de saúde da cidade do Rio de Janeiro?
- 21-Quando precisa de algum atendimento de saúde, onde costuma ir?
- 22-Quais médicos (especialidades médicas) você mais procura?
- 23-Quando você necessita de atendimento especializado, você consegue o encaminhamento para outros níveis da rede de saúde? Em caso negativo, como faz para conseguir o tratamento que precisa?
- 24-Como você é tratado pelos médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde quando precisa?
- 25-Você é chamado pelo seu nome no registro civil ou pelo seu nome social?
- 26-Você utiliza os serviços de saúde com frequência ou somente quando necessita de algum atendimento específico?
- 27-Os serviços de saúde atendem às suas necessidades?
- 28-Se não atende, poderia explicar o motivo, o que você acha que precisa melhorar nos serviços de saúde e nos atendimentos médicos?

- 29-Você faz (ou já fez) uso de medicamento, hormônio com ou sem orientação médica? Caso a resposta seja positiva, com que objetivo utiliza?
- 30-Você faz (ou já fez) uso de silicone industrial? Em que partes do corpo utilizou o silicone? Em caso positivo, quem injetou em você?
- 31-Você já utilizou algum tipo de hormônio? Foi com orientação médica ou não?
- 32-Você já se automutilou? Em caso positivo, por quê?
- 33-Você já pensou ou tentou se matar?
- 34-Você gostaria de utilizar ou utiliza outros níveis de saúde da rede: endocrinologista, psicólogo, psiquiatra ou outro atendimento de saúde específico?
- 35-Você faz uso de preservativo nas relações sexuais? Em caso negativo, por quê?
- 36-Você gostaria de realizar algum tipo de cirurgia?
- 37-Qual ou quais?
- 38-Você acha que o serviço de saúde prestado para a população trans está adequado às suas necessidades? Por quê?
- 39-Na sua opinião, como o atendimento à saúde poderia ser melhorado para atendimento da população trans que o utiliza?
- 40-Na sua opinião, algo poderia ser melhorado no atendimento desses profissionais para com você?
- 41-Na sua opinião, o que precisa se ajustar no atendimento à saúde de um modo geral para que a população trans possa ser melhor assistida?