

SAÚDE E SOBREVIVÊNCIA LÉSBICA: UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA

Suane Felipe Soares

Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ – suanefs@gmail.com

Milena Cristina Carneiro Peres

Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ – milena.carneiro37@gmail.com

Orientadora: Maria Clara Marques Dias

Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ – mcdias1964@gmail.com

Resumo

Este é um estudo sobre a questão de saúde das lésbicas. A pesquisa de campo é parte da minha tese de doutorado na qual são desenvolvidas aproximações com grupos de sociabilidade lésbicos nas periferias da cidade e, por meio de entrevistas, dados sobre a condição de vida e dessas pessoas são coletados e contrastados com a bibliografia referente ao assunto. É importante destacar que o referencial teórico para o desenvolvimento desta pesquisa é a Perspectiva dos Funcionamentos (PdF), um novo instrumento teórico filosófico que vem sendo desenvolvido pela Prof^a Dr^a Maria Clara Dias – UFRJ. De acordo com a percepção de Dias, há uma demanda real por uma aproximação das teorias de justiça com as questões materiais que circunscrevem nações do sul do mundo, como o Brasil. Assim, as lésbicas aparecem nesta aplicação da PdF como um grupo a ser estudado e escutado de forma autônoma e específica a fim de garantir-lhes seus funcionamentos básicos no campo da saúde pública.

Palavras-chave: saúde das lésbicas; Perspectiva dos Funcionamentos; justiça; periferias do Rio de Janeiro.

Introdução

A condição lésbica no Brasil é marcada pelo cruzamento de diversos preconceitos estruturantes da sociedade, principalmente o racismo e a misoginia. O acesso à saúde por parte da população mais pobre do país sempre foi precário. No que tange às lésbicas a questão se torna ainda mais complexa uma vez que são recorrentes as tentativas, por parte de equipes de saúde, de normatizá-las sob um paradigma heterossexual e reprodutivo. Este trabalho busca na Perspectiva dos

(83) 3322.3222

contato@enlacandosexualidades.com.br

www.enlacandosexualidades.com.br

Funcionamentos (PdF), formulada por Maria Clara Dias, uma ferramenta para lidar com estas questões (DIAS, 2016).

Tomando por pressuposto teórico a PdF discutiremos de que maneira podem ser desenvolvidos os funcionamentos essenciais para a solução dos conflitos éticos apresentados. Segundo esta perspectiva os principais funcionamentos a serem trabalhados no contexto apresentado supõem políticas voltadas para a reeducação e reciclagem dos profissionais de saúde por meio de atividades educativas, treinos e trocas de saberes que construam uma ligação real entre as pacientes lésbicas e os profissionais; o investimento em pesquisas que vise conhecer as necessidades primordiais para as lésbicas no que concerne à saúde. Os funcionamentos básicos para esta população só poderão ser efetivados mediante o combate aos preconceitos compõem uma imagem hegemônica, caricata e errônea de quem é a lésbica brasileira (MELO, 2010), (DIAS, 2015).

O objetivo central da pesquisa é apontar mecanismos de garantia da saúde das lésbicas por meio de duas frentes básicas: o aprofundamento do conhecimento sobre quais são as necessidades básicas de saúde que comportam as especificidades lésbicas e, por outro lado, a ponderação sobre mecanismos de implementação e garantia do serviço. Ou seja, em suma, a pesquisa visa busca delinear formas de melhoria da saúde das lésbicas, enquanto uma questão de saúde pública.

Metodologia

Em minha tese de doutorado tenho buscado o contato com lésbicas moradoras das periferias do Rio de Janeiro e a compreensão de questões amplas que envolvem diversos aspectos da vida desta parcela da população. Assim, para o desenvolvimento deste trabalho será enfocada somente a questão dos dados coletados sobre saúde ao longo do contato com o campo de pesquisa. A saúde das lésbicas nas periferias do Rio de Janeiro é bastante precária em função de diversos cerceamentos que puderam ser identificados no contato com as entrevistadas.

Por meio da análise das falas das lésbicas periféricas cariocas em conjunto com a bibliografia de referência para o debate do assunto são traçadas, dentre outras questões, a capacidade das políticas públicas já existentes em darem conta das demandas das lésbicas nas periferias. Tanto enquanto programas, ou seja, enquanto direcionamentos conceituais, quanto em suas aplicações, ou melhor,

nas a busca pela compreensão das dissonâncias que englobam as implementações de programas governamentais focados no atendimento da população LGBTQIA+ (CARDOSO; FERRO, 2012: 552-563).

Por fim, a pesquisa busca gerar dados estatísticos e qualitativos que possam ser úteis para propostas que tenham por finalidade o fortalecimento do conceito de saúde pública como uma demanda social urgente, em especial sobre a questão das lésbicas atendidas por estes serviços.

Resultados

A pesquisa encontra-se em andamento e os resultados parciais que já podem ser apresentados estão condensados na revisão bibliográfica e na análise de dos primeiros contatos com o campo estudado. Tais etapas demonstraram principalmente duas questões centrais. A primeira delas está ligada a uma importante dissociação teórica que precisa ser lembrada entre a questão homossexual masculina e a questão homossexual feminina no que se refere a saúde pública. A segunda está ligada aos problemas de saúde e de acesso ao atendimento em saúde que singularizam as vivências lésbicas periféricas.

Foram realizadas dezesseis entrevistas qualitativas por meio de questionário semiestruturado, utilizando o método bola de neve, com lésbicas moradoras de bairros empobrecidos do Rio de Janeiro e Grande Rio. A maioria delas, ou seja, 50% ganha menos R\$ 1.000,00, quando empregadas, em geral, ganham um salário mínimo, atualmente está determinado em R\$ 937,00. As lésbicas entre 20 e 25 anos somam 42% seguidas pelas que têm entre 26 e 30 anos representando 33% das entrevistadas. Com relação a raça/etnia 31% delas é branca e 69% negras e pardas de acordo com as auto declarações. Com relação a escolaridade 6% delas tem ensino médio incompleto, enquanto 13% já concluiu o ensino superior, a maioria delas, 50% possui ensino médio completo e outros 13% está cursando o ensino superior. O desemprego é bastante alto entre as lésbicas, pois 44% delas está estudando e/ou procura emprego, por outro lado, 56% está empregada no mercado formal. Sobre a religiosidade percebe-se que 56% foi criada em seitas neopentecostais, e, atualmente, 38% de todas elas não segue nenhuma religião. Nenhuma delas se afirmou seguidora de uma igreja neopentecostal depois de assumida lésbica e 25% delas praticam religiões de matriz africana. Outro dado interessante é que

94% delas não possui filhos. Sobre a saúde das lésbicas entrevistadas, 12% é diagnosticada como pessoas com deficiência e 50% delas afirmou possuir problemas crônicos e graves de saúde. Por fim, 44% delas se autodeclarou bofe, 25% meio termo e 31% lady. Estas são categorias utilizadas pelo próprio meio lésbico nas periferias do Rio de Janeiro para indicar o grau de feminilização ou de infeminilização que a lésbica apresenta. Sendo as bofes as infeminilizadas e as ladys as feminilizadas.

Discussão

Nota-se que a sociedade impulsiona, de infinitas maneiras, as mulheres heterossexuais a terem filhos, e, esta mesma sociedade, restringe as lésbicas deste direito, mas não lhes tira a obrigação quanto ao mesmo como uma forma de lhes cobrar que lutem contra a sua própria existência enquanto lésbica.

Percebo a experiência lésbica a ser, tal como a maternidade, uma experiência profundamente feminina, com opressões, significados e potencialidades particulares, que não podemos compreender quando nós a agrupamos simplesmente com outras existências sexualmente estigmatizadas. (RICH, 2010:37)

A junção de todos estes elementos mostra como a maternidade lésbica é negada e ao mesmo tempo cobrada, empurrando o útero lésbico para um local amorfo, de castigo e de cobrança. A função primordial da existência feminina dentro do patriarcado é a um só tempo cobrada e negada a elas, criando conflitos existenciais quanto a própria existência. Este é um excelente exemplo da força de um processo discriminatório sistêmico que perpetua a chamada invisibilidade (= inexistência) lésbica.

Foi evidente a variação de qualidade de vida e de acesso a recursos de acordo com a faixa salarial e o capital cultural de cada entrevistada. Uma entrevistada branca, que possui uma renda mais alta que as demais, demonstrou bastante tranquilidade quanto à possibilidade da realização do sonho de ser mãe.

Acho que o meu maior sonho é ter filho. Eu adoro criança [...] acho que a pessoa virar para mim e disser “eu vou te dar um filho, estou grávida, eu vou ser a pessoa mais feliz do mundo.” [...] nesse sentido eu dou graças à Deus que eu tenho um útero, não dependo de ninguém, peço para um amigo o esperma e faço inseminação caseira. (2711T) – Bofe, branca.

Para ela, ainda que bofe, ser mãe era uma certeza. Ela afirmou que já tinha pesquisa sobre os métodos artificiais de inseminação caseira e que iria fazer o processo de forma autônoma, tendo ou não uma companheira para partilhar este sonho. Brincou dizendo que passaria nove meses trancada dentro de casa, pois uma bofe de barrigão seria algo estranho, mas que este sonho seria realizado de qualquer jeito.

Com relação ao amor maternal, ou seja, o desejo de ser mãe e a vontade de amar incondicionalmente a sua prole, no caso das sapatonas a situação é um pouco mais grave. Se por um lado muitas das entrevistadas declararam ter o desejo muito forte de serem mães, por outro, todas elas afirmaram que a maternidade é um sonho distante. Possivelmente devido aos limites das condições financeiras que vivenciam, estas sapatonas sonham com formas de maternidades bastante idealizadas e pouco realistas. A maior parte delas admite em algum momento acreditar que este sonho nunca será concretizado tanto por falta de alguém com quem compartilhar a criança, ou seja, de uma esposa, de um núcleo familiar idealizado, quanto pelas dificuldades tecnológicas e burocráticas para terem filhos. As respostas oscilaram entre insatisfações diversas com relação às estas restrições. Algumas falaram sobre as dificuldades relacionadas ao processo de adoção de crianças, seja pela burocracia em si, seja pela lesbofobia institucional que é partidária da ideia de que uma sapatona se comporta de maneira perversa, similar a um homem esturpador, e, que ela nunca poderá adotar uma criança do sexo feminino já que estará “criando para comer”, como destacado na fala:

Pesq. – Mas você tinha o sonho de engravidar ou não?

Ent. – Sim, quando mais nova sim.

Hoje eu tenho vontade de adotar um menino.

Pesq. – Porque um menino e não uma menina?

Ent. – Eu seria muito criticada e talvez não aguentasse mais críticas. Eu acho que eu explodiria. Iriam dizer que eu tava criando para comer, e na verdade não é isso. [...] Adoro as meninas [referindo-se às duas crianças da própria família, filhas de uma parenta próxima] mas eu prefiro não acariciar, não ser muito cuidadosa, não ser muito carinhosa para evitar problemas porque eu me conheço, sou grossa ao extremo quando quero e quando se faz necessário e detestaria que alguém chegasse para mim e falasse que eu era pedófila. Não sou pedófila, não gosto de crianças, nunca me envolvi com pessoas mais novas do que eu, graças a Deus. (4310B, bofe, negra)

Os dados coletados mostram, ainda sobre a segunda questão que as lésbicas por sofrerem lesbofobia em diversos espaços e estarem sistematicamente em desvantagens sociais reais com relação às pessoas

heterossexuais. Assim, o preconceito permeia todas as formas que as lésbicas poderiam encontrar para acessarem seus direitos e os afasta ainda mais dos benefícios dos serviços aos quais elas possuem direito, em teoria.

Discussão

Como consequência do preconceito há uma complexa rede de processos invisibilizadores que buscam alocar as lésbicas em categorias decorrentes do universo heterossexual ignorando e negando as especificidades desta parcela da população. Tal processo é bastante prejudicial para a vida e para a saúde das lésbicas, pois as afastam dos profissionais de saúde e da busca pelo direito a uma vida saudável (BRASIL, 2014), (SILVA, 2015).

Dentre os problemas mais recorrentes podemos citar (1) poucas pesquisas com lésbicas; (2) ênfase desproporcional dada às questões de saúde sexual de lésbicas em detrimento da saúde como um todo; (3) os prós e contras que envolvem o debate acerca do uso do termo guarda-chuva de *Mulheres que Fazem Sexo com Mulheres* (MFSM); (4) o mascaramento do preconceito contra lésbicas por meio de violências, atendimentos diferenciados e inferiores; (5) falta de atenção, interesse e conhecimento com relação aos elementos que permeiam a condição lésbica entre outras questões. O despreparo e o preconceito dos profissionais de saúde e também a própria produção científica no campo da saúde pública, da ética aplicada e da bioética sobre as lésbicas fazem do sistema de saúde pouco acessível às lésbicas e as empurram para uma condição marginal de convivência sistêmica com o adoecimento físico e mental (KNAUTH, 2008/2009), (PORTO ALEGRE, 2011).

(1) A ausência de dados sobre lésbicas é talvez a mais grave das falhas do poder público ao tratar a questão. É devido a esta ausência que muitos dados imprecisos circulam de forma banalizada contribuindo para a construção de uma visão estereotipada e superficial do que é ser lésbica no Brasil. Tal visão impossibilita a identificação dos problemas reais e profundos que envolvem a condição lésbica nas suas mais diversas ocorrências.

(2) Com a epidemia da AIDS o meio homossexual passa a ser objeto de discriminações específicas ligadas preconceituosa à ideia do homem gay como um vetor de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs). As lésbicas acabam por ser incluídas neste conjunto de marginalidade por

também serem homossexuais, mas o fato de que elas não se tornam a principal parcela das mulheres afetadas pela doença é negligenciado. A prevenção contra DSTs é muito importante para toda a população sem nenhum tipo de diferenciação. As lésbicas adoecem devido a DSTs, mas esta não é a principal causa de adoecimento lésbico e tratar a AIDS, em especial, como uma preocupação central para a mulher lésbica significa negligenciar as doenças mais comuns para este segmento. Tal informação é bastante importante para que seja possível desmitificar preconceitos e principalmente para garantir a compreensão do comportamento do vírus ligado aos principais processos de transmissão nas décadas passadas como também na contemporaneidade (ALMEIDA; HEILBORN, 2008: 225-249).

O problema central que envolve o assunto das DSTs é que, como pode ser observado com a apresentação dos dados, 62% das lésbicas possui algum tipo de condição diferenciada e limitante de existir na sociedade, sendo 12% delas pessoas com deficiência e 50% com problemas crônicos e graves, porém nenhuma delas tem ou teve qualquer DSTs diagnosticada ao longo da vida. Com isso pretendo mostrar que as lésbicas possuem questões sérias de saúde, mas que focar a atenção básica à saúde das lésbicas no aspecto sexual é um erro grave. As doenças mais comuns foram contraídas em decorrências de condições muito precárias de vida e a maior parte delas poderiam ter sido curada e/ou evitada caso a lésbica em questão tivesse tido acesso a um sistema de saúde inclusivo, de qualidade e preparado para receber pessoas fora do padrão, principalmente bofes. Baseada na concepção de saúde pública defendida por Gilson Carvalho (2013: 13)¹:

Hoje, a concepção e o campo da saúde pública, enquanto SUS, é abrangente, incluindo o individual e o coletivo, com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os campos e fazendo todos os campos como vigilância sanitária, epidemiológica, saúde do trabalhador, alimentação e nutrição, saúde da pessoa portadora de deficiência e todos os procedimentos: consultas, exames, urgências, internações, cirurgias, transplantes, UTI etc.

¹ 26 estudos avançados 27 (78), 2013

Outro autor, destaca um aspecto importante para a PdF que representa justamente uma questão identificada até o momento por meio da coleta e da análise dos dados da pesquisa:

O pensamento conceptual terá de compreender a evolução das intervenções actuais reservadas à Saúde Pública. Isto é, conhecer o que esperam e o que exigem os cidadãos para

que o Estado garanta a sua protecção, a promoção da saúde e a prevenção das doenças. E, também, por outro lado, que amplitude de participação o Estado possibilita aos seus próprios cidadãos no processo de planeamento, gestão e avaliação da saúde. (GEORGE, 2011) (destaque meu)

Assim, por uma concepção de saúde pública abrangente que compreende o indivíduo em sua complexidade e que demanda o entrelaçamento dos dados para a oferta dos serviços adequados, percebemos que a saúde pública brasileira desconhece a parcela da população que se autodenomina lésbica e que este desconhecimento acarreta em severas privações e situações de risco e de desamparo para as lésbicas periféricas em grandes centros urbanos como o Rio de Janeiro.

Esta pesquisa, portanto, tem por função abordar a delicada questão da saúde lésbica não apenas como um dado a ser estudado e como o conjunto de políticas a serem implementadas, mas busca, principalmente, a compreensão dos processos sociais que determinam a sistemática exclusão desta parcela da população. Tal fator torna a sobrevivência das lésbicas ainda mais instável. O detalhamento das especificidades da condição lésbica pode ser alcançado em alguma medida por meio da análise das entrevistas e do estudo da bibliografia produzida sobre o assunto (Brasil, 2010), (CARVALHO; CALDERARO; JOBIM E SOUZA, 2013).

(3) Existem duas linhas de abordagens sobre a questão lésbica encontrada na bibliografia geral sobre o tema. A primeira é a que determina a lésbica subsumida ao grupo de Mulheres que Fazem Sexo com Mulheres – MFSM. De forma geral, está é a abordagem majoritariamente empregada pelas políticas públicas, pelas estatísticas dos órgãos internacionais e, principalmente, pela cultura brasileira. O conceito de lésbica é centralmente definido como uma mulher que faz sexo com outras mulheres.

Neste sentido, a MFSM ocupa o mesmo local de vivências e de experiências que as mulheres que fazem sexo com homens, podendo inclusive, fazer também sexo com homens. Este fator implica em uma definição parca do conceito de lésbica. A mulher lésbica é considerada uma dentre as muitas categorias de mulheres que fazem sexo com mulheres como *swingers*, bissexuais, curiosas, mulheres que realizam fantasias para seus parceiros homens e lésbicas, dentre outras catalogações que podem surgir de acordo com a situação específica. A saúde da MFSM é tratada em pesquisas sobre saúde como uma modalidade dentre as muitas que atingem as mulheres sexualmente ativas.

Com isso temos a ideia de que a MFSM e a lésbica podem ser catalogadas como uma mesma pessoa, ao menos, em termos de saúde, comportamento sexual, chances de engravidamento compartilham práticas corporais e de saúde bastante semelhantes. Assim o preconceito contra as lésbicas passa a ser tido como um preconceito que ocorre principalmente por meio da agressão contra um casal de lésbicas.

Entretanto está é uma visão extremamente preconceituosa e invisibilizadora assumida por parte das políticas públicas e dos poderes públicos. A lésbica possui uma sexualidade e um universo de afetividade, saúde, empregabilidade, cultura, lazer, riscos, aflições, limitações muito específicos se se comparados com as MFSM. A submissão da categoria lésbica ao conjunto de pessoas de MFSM é uma forma de impedir que políticas realistas sejam construídas para esta parcela da população.

A segunda linha de abordagem encontrada na bibliografia sobre o tema apresenta a lésbica como alguém que não pode sequer ser catalogada como uma mulher, tamanha a diferença de locais que estas duas categorias ocupam da sociedade. Hegemonizada pelo pensamento da francesa Monique Wittig, a ideia de que as lésbicas não são mulheres é bastante elucidativa para compreendermos, em níveis teóricos as diferenças radicais existentes. Por outro lado, esta abordagem também incorre em um grave problema que é incapacidade atual da população brasileira e internacional, que é responsável pela elaboração dos índices utilizados para a criação e a implementação de políticas públicas, em compreender a gravidade da condição lésbica.

Isso quer dizer que o dilema central quanto ao tipo de funcionamento que pode ser demandado para as lésbicas perpassa a própria definição do que são as lésbicas. A importância desta definição mostra que o ser lésbica não cabe nas caixas preestabelecidas e tampouco será contemplado com uma caixa isolada. E que a solução parece ser buscas paulatinamente oportunidades de ratificar a definição da lésbica enquanto um ser que não cabe nestas definições, mas que seguindo um mesmo raciocínio empregado para outras populações marginalizadas, precisa das “bengalas” disponíveis em outros movimentos para sobreviverem. É certo que a busca por autonomia quando ao trato direto com os poderes públicos é o caminho ideal, ainda que esteja bastante distante.

(4) O mascaramento do preconceito contra lésbicas por meio de violências, atendimentos diferenciados e inferiores é uma forma bastante frequente de praticar uma violência subjetiva. As lésbicas percebem que são mal atendidas, maltratadas e que o fato de serem lésbicas é recorrentemente

um constrangimento ao serem atendidas em serviços públicos, mas não são feitas acusações e declarações abertamente preconceituosas. Assim, nada parece poder ser denunciado e o espaço de torna cada vez mais hostil o que leva ao afastamento das lésbicas e a permanência do problema. Em outras situações, sofrem violências abertas, mas por falta de segurança, por medo de exposições ou represálias e também por desinformação acabam por carregar a violência que se torna um trauma e uma marca desqualificadora na vida da lésbica. Sobre esse assunto em uma das entrevistas, uma lésbica negra, jovem e meio termo relatou que acometida por crises depressivas e de ansiedade foi procurar um clínico geral a fim de ser encaminhada para o especialista, porém, durante a consulta, o médico começou a fazer perguntas íntimas que não concerniam à especialidade dele e desenrolou uma conversa na qual afirmou haver a possibilidade a lésbica estar depressiva e ansiosa por ser virgem, já que nunca havia feito sexo com um homem, apenas com mulheres. Em busca do diagnóstico, pediu que a paciente se despi e examinou sua vulva por meio do toque do colo do útero para certificar-se de que seu hímen havia sido rompido. A lésbica relatou que o profissional tinha um discurso convincente e que ela ficou sem entender, constrangida e ponderando se talvez os argumentos levantados por ele pudessem ter algum fundamento. Além disso, ao final da consulta o médico recomendou que ela usasse roupas mais femininas para atrair o olhar dos homens e assim explorar sua bissexualidade. Esta violência sofrida pela entrevistada é facilmente caracterizada como estupro corretivo, ou seja, o abuso sexual que ocorre em busca da recuperação de uma heterossexualidade perdida ou abandonada por parte da lésbica.

(5) A falta de atenção, interesse e conhecimento com relação aos elementos que permeiam a condição lésbica entre outras questões é, por fim, elemento significativo que determina a ausência da circulação e maturação das informações levando não apenas os profissionais de saúde bemintencionados a cometerem atos irresponsáveis como também acoberta atos de má fé perpetrados contra lésbicas em espaços institucionais. Além de ser uma forma de impedir que as próprias lésbicas tenham conhecimentos sobre suas realidades.

A lésbica também não é de uma única raça, de uma única classe social, de uma única região ou religião. As especificidades que cada conjunto de lésbicas carregam determinam inclusive pouca ou nenhuma capacidade do grupo de gerar demandas unificadas, como é comprovado pelas entrevistas realizadas durante esta pesquisa. Percebe-se que a falta de consciência do que é ser lésbica não é algo

que atinge apenas a sociedade, mas as próprias lésbicas são incapazes de reconhecerem-se umas nas outras, ainda que partilhem, também como foi identificado por meio desta pesquisa, inúmeros elementos estatísticos comuns.

Estes elementos comuns podem servir, a longo prazo, como aglutinadores que viabilizem a proposição de estratégias de combate aos problemas que são tipicamente lésbicos. O argumento central deste trabalho é que seja reconhecida de forma eficaz a urgência os direitos lésbicos, ou seja, que o termo direitos lésbicos seja considerado o funcionamento central do movimento lésbico, um funcionamento que visa mais do que combater a invisibilidade, mas fazer valer a existência lésbica, e, conseqüentemente, o direito à vida digna, à cidade, ao campo, à saúde, ao trabalho, à moradia, ao lazer, à família e principalmente ao respeito enquanto categoria única que não pode continuar existindo como mais uma dentre tantas outras como se as peculiaridades lésbicas não fossem importantes o suficiente para gerarem medidas reparadoras e emancipadoras.

Assim como pode ser observado em outras categorias sistematicamente discriminadas dentro da sociedade, o reconhecimento de direitos e de responsabilidade social para com estas categorias gera também mudanças drásticas na auto concepção das pessoas que pertencem a estes grupos e promove a capacidade de se pensar autonomamente que antes lhes era negada e inimaginável. A percepção de si imersa em uma categoria da qual é possível ter orgulho, ter nome e ter lugar na sociedade faz com que uma parte subjetiva do exercício da cidadania seja conquistada.

Conclusões

As políticas públicas estão tendo um papel transformador ou reprodutor de uma sociedade que discrimina lésbicas, negras, pobres e mulheres que se encontram à margem de padrões eurocentrados de cultura e vivências?

Para além de considerarmos o Brasil como um país forte economicamente, um país de relevância internacional e com proeminência mercadológica, tecnológica e uma potência econômica dentre nos BRICS precisamos lembrar que este país é composto por pessoas das mais diferentes origens raciais e culturais, aglutinadas sob o grande guarda-chuva de uma nacionalidade brasileira. Mais do que o respeito a estas diferenças é necessária a compreensão de que nem todas as chamadas

melhorias pautadas por padrões eurocêntricos e estadunidenses de consumo, comércio e produção atendem aos anseios da totalidade da população e, de acordo com certos dados de pesquisas como o Atlas da Violência no Brasil (CERQUEIRA *at al*, 2017), é possível ousar dizer que estes padrões não atendem sequer a maioria da população. Um país com poucas desigualdades sociais não é um país em que todos possuem padrões mínimos de saúde, de alimentação, moradia e trabalho, mas um país capaz de florescer em sua diversidade de tradições culturais e de espaços de reconhecimento e valorização destes padrões. A diversidade é a chave para a autoestima, o bem viver e a harmonia de um povo.

É preciso destacar que estes padrões idealizados como gerais possuem, ao contrário, ligações profundas com os anseios de segmentos muito específicos da população mundial, em geral com pessoas brancas, heterossexuais, economicamente muito ativas, influentes e habitantes da região norte do mundo.

Mulheres lésbicas negras de religiões afro-brasileiras, com pouca influência econômica e que habitam regiões pobres do Brasil estão em polos opostos a estes que determinam os conceitos do que são os ideais de prosperidade para o país e para as próximas décadas. Sendo assim, a elaboração das políticas públicas precisa ser feita de forma mais ampla e diferenciada.

Assim, este trabalho buscou apresentar uma visão inclusiva e reflexiva que permite a ampliação dos funcionamentos básicos, de acordo com a PdF, que concernem às lésbicas. A saúde das lésbicas é uma questão de saúde pública na medida em que são determinantes socioeconômicos, culturais e raciais que incidem sobre a garantia deste serviço de qualidade ou não.

Referências

ALMEIDA, Gláucia. & HEILBORN, M. L. **Não somos mulheres gays**: identidade lésbica na visão de ativistas brasileiras. In.: *Gênero*. Niterói, v. 9, n. 1, 2. sem. 2008. p. 225-249.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas para das Mulheres. **Atenção integral à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais** – Relatório da Oficina “Atenção à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais”. Brasília, 2014.

(83) 3322.3222

contato@enlacandosexualidades.com.br

www.enlacandosexualidades.com.br

CARDOSO, Michelle Rodrigues; FERRO, Luís Felipe. **Saúde e População LGBT: Demandas e especificidades em questão.** PSICOLOGIA: CIÊNCIA E PROFISSÃO, 2012, 32 (3), 552-563.

CARVALHO, Cintia Sousa; CALDERARO, Fernanda; JOBIM E SOUZA, Solange. **O dispositivo “Saúde de Mulheres Lésbicas”:** (in)visibilidade e direitos. Psicologia política. Vol. 13. nº 26. PP. 111-127. Jan/abr, 2013.

CARVALHO, Gilson. **A saúde pública no Brasil.** Estudos avançados. 27(78), p. 7-26, 2013.

CERQUEIRA, DANIEL; LIMA, Renato Sergio de; BUENO, Samira *et al.* **Atlas da violência.** IPEA e FBSP. Rio de Janeiro: 2017.

DIAS, M. C. **Sobre Nós:** expandindo as fronteiras da moralidade. Rio de Janeiro: Editora Pirilampo, 2016.

DIAS, M.C. (org.) **A Perspectiva dos funcionamentos:** por uma abordagem moral mais inclusiva. Rio de Janeiro: Editora Pirilampo, 2015.

GEORGE, Francisco. **Sobre o conceito de saúde pública.** Lisboa: 2011. Disponível em: www.franciscogeorge.pt. Acesso em: 25/08/2017.

KNAUTH, Daniela Riva. **As faces da homofobia no campo da saúde.** Fundação médica do Rio grande do Sul. 02/2008 – 05/2009. s/e. s/l.

MELO, Ana Paula Lopes de. **“Mulher Mulher” e “Outras Mulheres”:** gênero e homossexualidade(s) no Programa de Saúde da Família. Dissertação de mestrado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Chegou a hora de cuidar da saúde** – um livreto especial para lésbicas e mulheres bissexuais. SE/SAA/CGDI/Editora MS – Brasília/DF – dezembro – OS 1334/2006.

OLIVEIRA, F. **Feminismo, luta anti-racista e Bioética.** Cadernos Pagu, v. 5, p. 73-107, 1995.

PORTO ALEGRE. Prefeitura municipal de Porto Alegre Secretaria Municipal de Saúde. **Diretrizes para a assistência à saúde de lésbicas, mulheres bissexuais e que fazem sexo com outras mulheres.** 2011.

SILVA, Maria José Marcelino da. **Saúde das mulheres lésbicas no Brasil.** In.: Anais do XX Seminário de Pesquisa do CCSA – “Construindo saberes para a promoção do desenvolvimento e da democracia. Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, 2015.