

LÉSBICAS, GAYS E BISSEXUAIS IDOSOS NO CONTEXTO DO ENVELHECIMENTO

Lesbian, gay and bisexual older adults in the aging context

Renata Corrêa-Ribeiro^a, Carmita Helena Najjar Abdo^b, Einstein Francisco Camargos^a

RESUMO

O processo de envelhecimento crescente no Brasil e no mundo é acompanhado também por uma maior diversificação sexual. Existem poucos estudos que avaliam as condições de saúde e as especificidades do envelhecimento da população de idosos composta por lésbicas, gays e bissexuais (LGB). Limitações acerca de terminologias e métodos de investigação não apropriados aplicados nos estudos fazem com que dados epidemiológicos sobre essa população sejam imprecisos. Este artigo teve como objetivos: abordar a temática sobre idosos LGB, focando os aspectos relacionados a cuidados de saúde dessa população; descrever aspectos demográficos e limitações acerca dos estudos epidemiológicos; abordar as especificidades do atendimento médico a pessoas LGB idosas e o papel dos profissionais geriatras e gerontólogos nesse contexto.

PALAVRAS-CHAVE: homossexualidade; bissexualidade; envelhecimento; idoso.

ABSTRACT

The quick aging process in Brazil and the world is also followed by greater sexual diversity. There are few studies regarding health conditions and aging among lesbian, gay, and bisexual older adults (LGB). Limitations about terminology and methods applied in LGB studies render data dimness. The aims of manuscript are: to comment the health care needs of LGB older adults; to describe the demographics and limitations of epidemiological studies; to address particular medical care of the older LGB people; to comment about the role of geriatricians and gerontologists professionals in this context.

KEYWORDS: homosexuality; bisexuality; aging; aged.

^aPós-Graduação em Ciências Médicas, Faculdade de Medicina, Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil.

^bDepartamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil.

Dados para correspondência

Renata Corrêa-Ribeiro – Clínica Amivitae, SHLS 716, Bloco L, Centro Clínico Sul, Torre 1, Sala 405 – CEP: 70390-907 – Brasília (DF), Brasil – E-mail: renamed3@yahoo.com.br

Recebido em: 11/04/2016. Aceito em: 02/08/2016

DOI: 10.5327/Z2447-211520161600023

INTRODUÇÃO

À medida que a população do mundo envelhece, em crescente proporção, ela também vai ficando sexualmente mais diversificada. Segundo dados de um censo americano publicado em 2000, de 1 a 3 milhões de idosos eram lésbicas, gays ou bissexuais (LGB), e estima-se que em 2030 essa população possa chegar a 4 milhões de idosos nesse país.¹

Dados do último Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), realizado em 2010, revelaram que o número de casais homoafetivos vivendo juntos no Brasil já ultrapassa 60 mil.² Esse dado foi obtido por meio do questionamento das relações de parentesco entre as pessoas que convivem no mesmo domicílio. Ao contrário dos Estados Unidos da América (EUA), nos censos aqui realizados não é questionada a orientação sexual, o que impossibilita, portanto, estimar os números de idosos LGB. Porém, o Estudo da Vida Sexual do Brasileiro aponta que 4,8% dos homens acima de 60 anos se definiram como homossexuais ou bissexuais.³

Apesar desse crescimento acelerado, existem poucos estudos que avaliam as condições de saúde e as especificidades do envelhecimento da população de idosos LGB.⁴

Em relação a adolescentes e adultos, há inúmeros estudos na atualidade que têm evidenciado diferenças em morbidades e fatores de risco para diversas doenças na população LGB, quando comparada a pessoas heterossexuais, tais como: maior taxa de tabagismo,⁵⁻⁷ uso excessivo de álcool e maior tendência à obesidade,^{5,6,8} maior frequência de uso de drogas,⁷ maior prevalência de doenças cardiovasculares⁵ e maior chance de desenvolver câncer de mama.^{8,9} No entanto, a maioria desses estudos foi realizada com indivíduos de 18 a 50 anos.

Há inúmeros fatores que contribuem para que os estudos relacionados a aspectos clínicos com idosos LGB sejam escassos.

Uma importante limitação refere-se à baixa precisão dos dados epidemiológicos sobre idosos LGB no Brasil e até mesmo no mundo. Uma explicação reside na própria imprecisão acerca da abrangência desse grupo.^{10,11} Termos como orientação sexual e comportamento sexual podem se confundir no momento de se realizar um inquérito populacional.

Orientação sexual é a manifestação da atração sexual por outra pessoa e pode ser heterossexual, homossexual ou bissexual. Homossexual é quem manifesta atração sexual por pessoa do mesmo sexo, heterossexual é quem manifesta atração pelo sexo oposto e bissexual é a pessoa que manifesta atração por ambos os sexos.¹²

A homossexualidade deixou de ser considerada doença pela Associação Psiquiátrica Americana (APA) em 1973. Foi uma mudança motivada por movimentos de direitos

humanos e ativismo gay frequentes na década de 1960, e ocorreu a partir de estudos comparativos de homossexuais e heterossexuais em testes de personalidade e psicopatologia que não evidenciaram diferenças entre esses dois grupos.¹³ A Organização Mundial da Saúde (OMS) excluiu a homossexualidade da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) em 1992.

A orientação sexual é o melhor termo a ser aplicado nos inquéritos. Os estudos epidemiológicos que questionam a orientação sexual de seus entrevistados recebem respostas nem sempre confiáveis, pois muitos participantes não assumem sua verdadeira orientação sexual por receio da quebra de anonimato.^{10,11,14} Ademais, alguns indivíduos, apesar de apresentarem atração por pessoas do mesmo sexo, não se reconhecem como homossexuais.^{10,11,14}

Outra limitação frequente em muitos estudos é o fato de utilizarem amostras não probabilísticas, ao buscarem os entrevistados em comunidades LGB e locais essencialmente frequentados por essa população, resultando em pesquisas com vieses relacionados à classe social, à idade, à raça e ao grau de escolaridade, o que dificulta a generalização de resultados para outras populações.^{4,6,7,15} Muitos estudos com idosos lésbicas se restringem predominantemente a mulheres brancas, de bom nível educacional e na faixa etária entre 50 e 60 anos.¹⁶

Outra limitação é a não comparação com heterossexuais com as mesmas características sociodemográficas.^{4,6,15}

Pela dificuldade de identificar esse grupo que pode não assumir sua orientação sexual, muitos estudos preferem avaliar o comportamento, e não a orientação sexual, ou seja, identificar pessoas que têm ou já tiveram relações sexuais com outras do mesmo sexo, independentemente de como elas se identifiquem.^{10,17}

Apesar da frequente congruência entre o comportamento sexual e seus aspectos cognitivos, como fantasias e desejos, é fundamental entender que a orientação sexual se refere basicamente à vivência interna do indivíduo, aspectos mentais, e pode ou não ter correspondência com a atitude sexual explícita. A orientação sexual não é uma escolha ou uma opção; a forma como o indivíduo viverá essa orientação sexual é opcional. Assim, comportamento sexual e orientação sexual são geralmente correspondentes, porém o comportamento sexual é mais variável que a orientação sexual.¹³

Em centros urbanos nos EUA, estima-se que 2,6% das mulheres se identifiquem como lésbicas e 4,6% afirmem já ter tido relações sexuais com mulheres desde a puberdade. No caso dos homens, 9,2% se identificam como gays e 15,8% referem já ter tido relações homossexuais desde a puberdade, evidenciando que os índices de orientação sexual, assumida ou não, podem diferir muito daqueles do comportamento sexual.¹⁸

No Estudo da Vida sexual do Brasileiro, apesar de 8% dos homens se definirem como homossexuais ou bissexuais, 10% referiram já ter tido uma experiência de relacionamento homossexual. No caso das mulheres, esses números foram de 3,3 e 4,1%, respectivamente.³

Esse artigo teve como objetivos: abordar a temática sobre idosos LGB, focando os aspectos relacionados a cuidados de saúde dessa população; descrever aspectos demográficos e limitações acerca dos estudos epidemiológicos; abordar as especificidades do atendimento médico a pessoas LGB idosas e o papel dos profissionais geriatras e gerontólogos nesse contexto.

Atendimento médico a pessoas lésbicas, gays e bissexuais idosas

Uma dificuldade no atendimento a pessoas LGB, segundo um *Committee* da Sociedade Americana de Geriatria realizado em 2015, é a discriminação sofrida pelas minorias sexuais ao buscarem atendimento médico. Ela pode ser evidenciada na recusa de determinados cuidados médicos, pressuposto de heterossexualidade em todos os casos, na recusa em aceitar determinados acompanhantes escolhidos pelo paciente durante internações, nas declarações ofensivas e depreciativas que podem levar a atraso ou evitação na busca de atendimento médico por esses grupos, devido ao receio de sofrerem estigmatização.¹⁹ A discriminação contra gays e lésbicas é reconhecida como um possível obstáculo à relação médico-paciente.^{11,20,21}

No atendimento aos homossexuais masculinos, muitas vezes, a única preocupação é excluir a presença de síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) e suas comorbidades, como se fossem os únicos problemas de saúde possíveis dessa população. Tal tendência demonstra a dimensão do impacto que essa doença teve e ainda tem, associando AIDS e homossexualidade e criando barreiras na implementação de medidas de prevenção e práticas em saúde.¹¹ Mesmo no meio acadêmico isso se observa: diferentemente dos estudos das ciências sociais com a população homossexual, majoritariamente os estudos da área médica abordam aspectos relacionados à AIDS.

A Sociedade Americana de Geriatria propõe algumas medidas no cuidado às minorias sexuais: tratamento igualitário para membros que busquem atendimento médico, equidade de acesso a parceiros do mesmo sexo no acompanhamento aos doentes, campanhas educativas para profissionais de saúde que lidam com esses pacientes, para reconhecimento de suas especificidades, cuidado com o pressuposto de heterossexualidade na história clínica, discussão da sexualidade de forma natural e não discriminativa.¹⁹

Estudos com a população idosa

Para entender as diferenças do significado de ser idoso LGB e suas especificidades, é necessário entender o contexto histórico, cultural e social em que eles viveram e envelheceram. Os idosos da atualidade vivenciaram um período no qual ter relações sexuais com alguém do mesmo sexo era algo extremamente estigmatizado e criminalizado. Por isso, muitos optaram por não revelar sua orientação sexual. Só a partir da década de 1960, com os movimentos de liberação iniciados na Rebelião de Stonewall, alguns se sentiram mais encorajados a assumir sua orientação sexual.²²

Um estudo longitudinal com *follow-up* de 20 anos avaliou as causas de mortalidade, a partir dos 18 anos, entre minorias sexuais e heterossexuais. A única diferença encontrada foi o aumento de mortalidade em mulheres que faziam sexo com mulheres (sem distinção se eram lésbicas ou bissexuais) por suicídio.¹⁴ Não houve diferenças em homens, mesmo considerando óbitos por vírus da imunodeficiência humana (HIV). Uma limitação do estudo foi que 44% das pessoas que se recusaram a declarar a orientação sexual tinham acima de 66 anos, evidenciando um desconforto entre os idosos quanto à revelação de sua orientação sexual, consideração importante ao se avaliar resultados de estudos com esse público-alvo. Idosos podem se sentir mais inibidos em revelar sua orientação sexual em *surveys*, o que pode comprometer a confiabilidade desses estudos.⁶

A maioria das pesquisas mostra que idosos LGB apresentam pior estado de saúde, quando comparados aos seus pares heterossexuais. Em um estudo populacional que avaliou mais de 1.500 pessoas LGB acima de 50 anos, lésbicas e bissexuais femininas revelaram maior incapacidade funcional em relação às heterossexuais, pior saúde mental, menos triagens mamográficas, mais obesidade, prevalência de tabagismo, consumo de álcool em excesso e, mesmo após correção de critérios demográficos, mais doenças cardiovasculares. Gays tinham pior saúde física, fumavam mais, consumiam álcool em excesso, apresentavam pior funcionalidade e pior saúde mental que homens heterossexuais. Não houve diferenças em relação ao acesso aos serviços de saúde e à prática de atividades físicas entre LGB e heterossexuais em geral.⁵

Outro grande estudo populacional com indivíduos de 50 a 70 anos constatou que a população LGB da Califórnia apresenta mais comorbidades, ainda que tenha acesso a serviços de saúde similar ao de seus pares heterossexuais.²³ A prevalência de hipertensão, diabetes, sintomas relacionados ao *stress* psicológico, incapacidade física e saúde geral considerada pobre foi maior na população de gays e

bissexuais com semelhantes aspectos demográficos. Já as mulheres LGB apresentaram maior prevalência de sintomas relacionados ao *stress* psicológico e à incapacidade física em relação às heterossexuais.

O acesso a serviços de saúde parece diferir muito, de acordo com a população estudada. Os estudos que não evidenciaram diferenças no acesso a serviços de saúde de LGB em relação a heterossexuais foram realizados em locais onde há serviços específicos para a população LGB,²³ uma realidade bem distante da brasileira. O isolamento parece também ser um fato presente na vida do idoso LGB. Na Califórnia, 50% dos gays e bissexuais vivem sozinhos, enquanto apenas 13,4% dos heterossexuais estão na mesma situação.²³ Esse mesmo estudo demonstrou que um terço dos homossexuais é casado ou vive em união estável, número significativamente menor que o observado na mesma população de heterossexuais (75%). A diferença entre as mulheres é menor: 25% das lésbicas ou bissexuais vivem sozinhas, em oposição a 20% das heterossexuais.

O homem gay ou bissexual parece ter pior suporte social ao envelhecer que a mulher. Um grande estudo populacional americano com LGB exclusivamente acima de 50 anos (total de 2.201 indivíduos) evidenciou que gays e bissexuais masculinos têm maior grau de vitimização, estigmatização internalizada, menos suporte social e menor rede social, quando comparados às lésbicas e às bissexuais femininas.⁴ Além disso, lésbicas e bissexuais femininas apresentam maior grau de incapacidade funcional que os homens. Segundo os autores, essa pior funcionalidade das mulheres pode estar relacionada a maior frequência de obesidade, tabagismo, pior acesso a serviços de saúde por questões financeiras, vitimização e estigmatização internalizada nesse grupo. Os fatores protetores para a saúde global, evidenciados nesse estudo, foram: prática de atividade física, submissão a *check-up* anual, maior apoio social e tamanho da rede social. Vitimização durante a vida se associou negativamente aos três parâmetros avaliados: saúde global, capacidade física e humor, após controle das demais covariáveis. Observou-se, ainda, que quanto maiores o apoio social e o tamanho da rede de sociabilidade, menor a prevalência de depressão entre esses idosos.

Uma questão ainda sem resposta é o quanto assumir a orientação sexual pode se associar à melhor qualidade de vida e de saúde. Esse mesmo estudo não observou isso.⁴ Assumir a orientação sexual não é uma atitude necessariamente positiva ou negativa para a saúde, mas as consequências decorrentes dessa decisão podem ser positivas ou negativas. Para alguns LGB, revelar socialmente a orientação sexual trouxe mais benefícios do que riscos; para outros, os riscos seriam

preponderantes para que eles optassem por não se revelarem publicamente.

Apoio e tamanho da rede social são fatores protetores para a saúde global, a incapacidade funcional e a depressão. Esses parâmetros são importantes para idosos em geral, mas são especialmente importantes para os LGB idosos, os quais contam mais com seus parceiros e amigos que com familiares. Quando comparados aos heterossexuais, é mais frequente encontrar LGB sem filhos e gays e bissexuais masculinos vivendo sozinhos.^{5,23,24}

Contrastando com esses dados, um estudo brasileiro comparou 40 heterossexuais e 40 homossexuais, com média de idade de 58 anos, e não encontrou diferença em relação ao contato familiar entre os dois grupos, rejeitando o estereótipo de que homossexuais mais velhos seriam solitários e socialmente isolados. Nesse estudo, identificar-se como homossexual era um critério necessário à participação. No entanto, 32,5% encobriam a homossexualidade em áreas sociais significativas, como família e trabalho.²⁵

Apesar da percepção de que assumir a orientação sexual pode ter consequências positivas ou negativas à saúde mental, esse estudo evidenciou que essa atitude se constituiu em um marco importante ao desenvolvimento da identidade homossexual, visto que promoveu grande alívio e aumento da autoconfiança no enfrentamento de situações de discriminação. Houve relação significativa importante ($p = 0,0001$) entre a presença de transtornos mentais e a ocultação da orientação sexual, sugerindo que o esforço em não se revelar no decorrer da vida pode gerar altos níveis de *stress* psicológico.²⁵

Essa discrepância de resultados entre os estudos aponta para o fato de a revelação da orientação sexual não ser essencialmente positiva ou negativa; é importante considerar o ambiente social e as relações interpessoais com que o indivíduo se depara a partir dessa situação. Outro aspecto que pode impactar é a fase da vida em que se escolhe assumir a orientação sexual. As consequências de se assumir a orientação sexual na juventude, antes de construir uma falsa relação heterossexual e ter filhos, são menos deletérias que em uma fase mais tardia da vida, quando outros estarão envolvidos nessa mudança de orientação sexual e, portanto, sofrerão consequências. Não se tem evidências que correlacionem as consequências de assumir a orientação sexual em determinadas fases da vida e as respectivas repercussões sobre a saúde mental.

Uma situação comum na vida da população LGB, e que pode influenciar na sua qualidade de vida, refere-se à discriminação. Apesar das mudanças sociais e dos direitos civis conquistados nos últimos anos, idosas lésbicas continuam a

sofrer discriminação e hostilidade em diferentes contextos,¹⁶ possivelmente pelo fato de que assumem publicamente sua homossexualidade, ficando mais susceptíveis a sofrer preconceito.

No que se refere aos direitos civis, na realidade, idosos homossexuais encontram dificuldades em conseguir o reconhecimento de parcerias e familiares de sua escolha, o que os torna vulneráveis em termos de benefícios acessíveis aos heterossexuais, tais como: planos de saúde, pensão, seguros de vida do cônjuge, herança, direito à propriedade, direitos parentais, entre outros. Políticas que estendam benefícios a casais do mesmo sexo derrubarão barreiras financeiras e ensejarão o acesso a serviços de saúde.^{23,26}

Um estudo que avaliou, por meio de vários inventários, apenas aspectos da saúde mental de idosos LGB entre 60 e 91 anos encontrou melhor saúde mental associada a: maior rendimento, melhor saúde física e cognitiva, maior autoestima, visão mais positiva em relação à própria orientação sexual, menor frequência de pensamentos suicidas atribuídos à orientação sexual e menos sentimento de solidão.¹⁵ Vale ressaltar que em idosos LGB pensamentos suicidas recentes se correlacionaram mais frequentemente a: pior função cognitiva, menor autoestima, visão negativa da própria orientação sexual, maior solidão e menor controle sobre a solidão. Apesar de os idosos com filhos referirem menos sensação de solidão, verificou-se maior frequência de pensamentos suicidas e tentativas de suicídio entre eles.¹⁵

CONCLUSÃO

Ainda que a homossexualidade não seja considerada doença, minorias sexuais são mais vulneráveis a piores condições de saúde física e mental e a comportamentos de risco. Essas disparidades em relação aos heterossexuais são observadas

na população LGB de adultos e se mantêm, ou até se agravam, entre os idosos.

Apesar disso, eles constituem uma população que sofre pela invisibilidade que vivenciam no sistema de saúde brasileiro, visto que não há políticas de cuidados específicos, tampouco um incentivo às práticas de educação dos profissionais de saúde em relação às particularidades dos fatores de risco e às morbidades mais frequentes dos idosos LGB.

Os estudos avaliados neste artigo são predominantemente norte-americanos. Nos EUA, país onde os censos nacionais investigam e reconhecem a população LGB, há serviços de saúde específicos para LGB, uma sociedade de profissionais de saúde LGB (*Gay & Lesbian Medical Association*), sociedades de diferentes áreas (pediatria, psiquiatria, geriatria e ginecologia) com *committees* de treinamento aos médicos, para atenderem e se atualizarem nos cuidados com esse segmento, incentivos para que médicos que desejam atender esse público identifiquem seus consultórios como “LGB-friendly”.

No Brasil, idosos LGB estão sujeitos à discriminação no sistema de saúde, o que aumenta sua condição de vulnerabilidade. Ou não são reconhecidos como tal e não têm suas demandas atendidas.

É imperativo entendermos as demandas de saúde das minorias idosas em geral e em suas especificidades para desenvolvermos intervenções preventivas eficientes e serviços. É primordial que comecemos a abordar o envelhecimento saudável na nossa crescente sociedade diversificada.

É necessário dar visibilidade à população LGB que envelhece, promover estudos nacionais que revelem nossa realidade e desenvolver programas de treinamento a geriatras e gerontólogos para que se atualizem e reconheçam as demandas específicas dessa população.

REFERÊNCIAS

1. Cahill S, South K, Spade J. *Outing Age: Public Policy Issues Affecting Gay, Lesbian, Bisexual, and Transgender Elders*. New York: The Policy Institute of the National Gay and Lesbian Task Force; 2000.
2. Vieira I. IBGE identifica 60 mil casais gays no país. Agência Brasil, 2012. [citado em 2016 jan 10]. Disponível em: <http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2012-10-17/ibge-identifica-60-mil-casais-gays-no-pais>
3. Abdo C. *Estudo da vida sexual do brasileiro*. São Paulo: Editora Bregantini; 2004.
4. Fredriksen-Goldsen KI, Emler CA, Kim HJ, Muraco A, Erosheva EA, Goldsen J, et al. The physical and mental health of lesbian, gay male, and bisexual (LGB) older adults: the role of key health indicators and risk and protective factors. *Gerontologist*. 2013;53(4):664-75.
5. Fredriksen-Goldsen KI, Kim HJ, Barkan SE, Muraco A, Hoy-Ellis CP. Health disparities among lesbian, gay, and bisexual older adults: results from a population-based study. *Am J Public Health*. 2013;103(10):1802-9.
6. Dilley JA, Simmons KW, Boysun MJ, Pizacani BA, Stark MJ. Demonstrating the importance and feasibility of including sexual orientation in public health surveys: health disparities in the Pacific Northwest. *Am J Public Health*. 2010;100(3):460-7.
7. Conron KJ, Mimiaga MJ, Landers SJ. A population-based study of sexual orientation identity and gender differences in adult health. *Am J Public Health*. 2010;100(10):1953-60.
8. Cochran SD, Mays VM, Bowen D, Gage S, Bybee D, Roberts SJ, et al. Cancer-related risk indicators and preventive screening behaviors among lesbians and bisexual women. *Am J Public Health*. 2001;91(4):591-7.

9. Boehmer U, Miao X, Maxwell NI, Ozonoff A. Sexual minority population density and incidence of lung, colorectal and female breast cancer in California. *BMJ Open*. 2014;4(3):e004461.
10. Fredriksen-Goldsen KI, Muraco A. Aging and sexual orientation: a 25-year review of the literature. *Res Aging*. 2010;32(3):372-413.
11. Terto JV. Homossexualidade e saúde: desafios para a terceira década de epidemia de HIV/AIDS. *Horiz Antropol*. 2002;8(17):147-58.
12. Committee on Adolescence. Office-based care for lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning youth. *Pediatrics*. 2013;132(1):198-203.
13. Rubio-Aurioles E, Wylie K. Sexual orientation matters in sexual medicine. *J Sex Med*. 2008;5(7):1521-33; quiz 1534-5.
14. Cochran SD, Mays VM. Mortality risks among persons reporting same-sex sexual partners: evidence from the 2008 General Social Survey-National Death Index data set. *Am J Public Health*. 2015;105(2):358-64.
15. D'Augelli AR, Grossman AH, Hershberger SL, O'Connell TS. Aspects of mental health among older lesbian, gay, and bisexual adults. *Aging Ment Health*. 2001;5(2):149-58.
16. Averett P, Yoon I, Jenkins CL. Older lesbians: experiences of aging, discrimination and resilience. *J Women Aging*. 2011;23(3):216-32.
17. Mora CM, Monteiro S. Homoerotismo feminino, juventude e vulnerabilidade às DSTs/Aids. *Estudos Feministas*. 2013;21(3):905-26.
18. Laumann EO, Gagnon JH, Michael RT. The social organization of sexuality: sexual practices in United States. Chicago: University of Chicago Press; 1994.
19. American Geriatrics Society Ethics Committee. American Geriatrics Society care of lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults position statement: American Geriatrics Society Ethics Committee. *J Am Geriatr Soc*. 2015;63(3):423-6.
20. Almeida G. Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e Aids entre mulheres que se autodefinem como lésbicas. *Physis*. 2009;19(2):301-31.
21. Grabovac I, Abramović M, Komlenović G, Milosević M, Mustajbegović J. Attitudes towards and knowledge about homosexuality among medical students in Zagreb. *Coll Antropol*. 2014;38(1):39-45.
22. Orel NA. Investigating the needs and concerns of lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults: the use of qualitative and quantitative methodology. *J Homosex*. 2014;61(1):53-78.
23. Wallace SP, Cochran SD, Durazo EM, Ford CL. The health of aging lesbian, gay and bisexual adults in California. *Policy Brief UCLA Cent Health Policy Res*. 2011;(PB2011-2):1-8.
24. Gonzales G, Henning-Smith C. Disparities in health and disability among older adults in same-sex cohabiting relationships. *J Aging Health*. 2015;27(3):432-453.
25. Ceará AdT, Dalgalarondo P. Transtornos mentais, qualidade de vida e identidade em homossexuais na maturidade e velhice. *Rev Psiquiatr Clín*. 2010;37(3):118-23.
26. Mravcak SA. Primary care for lesbians and bisexual women. *Am Fam Physician*. 2006;74(2):279-86.