




ABORDAGEM DAS PARTICULARIDADES DA VELHICE DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS E TRANSGÊNEROS

An approach to the peculiarities of lesbian, gay, bisexual, and transgender aging

Milton Roberto Furst Crenitte^{a,b} , Diego Felix Miguel^{b,c} , Wilson Jacob Filho^a 

RESUMO

A invisibilidade do envelhecimento de lésbicas, *gays*, bissexuais e pessoas transgêneras (LGBT) é uma realidade. Sofrem com os etarismos da sociedade, por diversas formas de discriminação e pela presunção de que todos são heterossexuais e cisgêneros. Ademais, eles expressam maiores riscos de estarem morando sozinhos, de não terem filhos e de não apresentarem alguém para chamar em caso de uma emergência. Poucos são os estudos que abordam esse tema, principalmente na literatura médica brasileira. Além disso, o geriatra e o gerontólogo podem se deparar com situações desafiadoras em suas práticas ao cuidarem de uma pessoa idosa LGBT saudável, com demência ou até mesmo em fase final de vida. Assim, este artigo de revisão bibliográfica teve como objetivos: abordar o envelhecimento dessa população, reforçar as definições apropriadas e discutir sobre as discriminações que sofrem nos serviços de saúde, sobre as medidas para a promoção de sua saúde e sobre as especificidades no cuidado da pessoa idosa LGBT com demência, em fase final de vida ou residente de uma instituição de longa permanência.

PALAVRAS-CHAVE: minorias sexuais e de gênero; envelhecimento; demência; cuidados paliativos.

ABSTRACT

The invisibility of lesbian, gay, bisexual, and transgender people (LGBT) aging is a reality. These individuals suffer from ageism, from various forms of discrimination, and from the assumption that all are heterosexual and cisgender. They are also at higher risk of living alone, being childless, and having no one to call in an emergency. Few studies have addressed the subject, especially in the Brazilian medical literature. Additionally, geriatricians and gerontologists may encounter challenging situations when caring for LGBT older adults who are healthy, or have dementia, or are even at the end of life. Thus, this review article aimed to investigate the aging process of the LGBT population; to reinforce appropriate terminology; and to discuss the discrimination that they face in health care services, measures for health promotion, and the specific care of the LGBT older person with dementia, at the end of life, or living in a long-term care facility.

KEYWORDS: sexual and gender minorities; aging; dementia; palliative care.

^aServiço de Geriatria do Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

^bOrganização Não Governamental EternamenteSOU – São Paulo (SP), Brasil.

^cCentro de Referência do Idoso da Zona Norte – São Paulo (SP), Brasil.

Dados para correspondência

Milton Roberto Furst Crenitte – Rua Cerro Corá, 585, Sala 305, Torre 1 – Alto da Lapa – CEP: 05061-150 – São Paulo (SP), Brasil – E-mail: milton.crenitte@gmail.com

Recebido em: 30/10/2018. Aceito em: 26/12/2018

DOI: 10.5327/Z2447-211520191800057

SEXUALIDADE, GÊNERO E VELHICES

Atualmente, a normatização de questões de sexualidade e de gênero é questionada por grupos sociais que lutam contra o machismo, pela igualdade racial e pela visibilidade e direitos de lésbicas, *gays*, bissexuais e transgêneros, e assim tentam desmistificar tabus, estereótipos e preconceitos.¹

Muitas vezes essas percepções têm origens no fundamentalismo religioso e moral, e marginalizam pessoas que não atendem aos padrões socialmente estabelecidos.¹

De acordo com Louro, desde o nascimento estamos condicionados a atender a uma demanda social permeada por construções baseadas nos aspectos culturais em que estamos inseridos, que desconsideram a subjetividade e a liberdade de expressão das pessoas, limitando-as aos padrões pré-estabelecidos.¹

O conceito de gênero, enquanto construção sociocultural, começa a ser mais discutido nos anos 1970, ligado ao movimento feminista, com a proposta de diferenciar os aspectos biológicos dos culturais, ampliando a reflexão sobre as construções socioculturais que condicionam e limitam suas possibilidades de ser.²

Desde então, os estudos estão avançando acerca das terminologias para melhor identificar a diversidade presente na orientação sexual e na identidade de gênero, de modo a contribuir com a ruptura do tradicionalismo e com a possibilidade de uma melhor representatividade nas definições.²

Para o Manual de Comunicação LGBTI+, a utilização das terminologias que contemplam as especificidades e que valorizam a diversidade sexual e de gênero é capaz de reduzir o impacto do preconceito e da discriminação.²

Pode também influenciar comportamentos, atitudes e práticas que favoreçam o empoderamento de indivíduos que ainda hoje são marginalizados e que estão em situação de vulnerabilidade.²

Apresentamos a seguir um breve descritivo sobre as terminologias utilizadas neste artigo, portanto, de acordo com Reis:²

- **Sexo biológico:** diz respeito às características biológicas da pessoa ao nascer, considerando a relação dos cromossomos, da genitália, composição hormonal, entre outros, definidos por: macho, fêmea ou intersexual. A pessoa intersexual nasce com anatomia reprodutiva ou sexual e/ou um padrão de cromossomos que não podem ser classificados como sendo tipicamente machos ou fêmeas;
- **Orientação sexual:** refere-se à atração emocional, afetiva ou sexual por indivíduos. Nesse caso, consideramos pessoas homossexuais as que sentem atração por pessoas do mesmo gênero, heterossexuais as que sentem atraídas por pessoas do gênero oposto, bissexuais aquelas atraídas por ambos os gêneros e assexual

a pessoa que não sente atração por nenhum gênero ou sexo;

- **Gênero:** as questões que envolvem o gênero são classificadas por identidade de gênero e expressão de gênero. A identidade de gênero é relacionada à percepção que a pessoa tem de si mesma, podendo ser considerada homem, mulher ou não binária, não necessariamente visível para as demais pessoas. A expressão de gênero é a forma que a pessoa se manifesta publicamente, tanto nas características corporais como na forma que interage com as demais pessoas.

Lanz enfatiza que pessoas transgêneras (pessoas trans) são aquelas que transgridem ou que não estão em conformidade com as normas de gênero, e pessoas cisgêneras são as que estão em conformidade, ou seja, que se identificam com o gênero atribuído ao sexo no nascimento.³

Nesse contexto, a compreensão dessas terminologias e sua aplicabilidade no cotidiano são capazes de reforçar a diversidade presente nas questões de sexualidade e de gênero, gerando um processo fundamental de resignificação sociocultural.²

Dessa forma, fissuras nas estruturas sociais mais tradicionais podem ser criadas fomentando, assim, uma sociedade mais sensível e acolhedora às diferenças.^{2,3}

Esses aspectos influenciam diretamente no processo de envelhecimento das pessoas LGBT, de modo que a adequação desses termos favorece um cenário plural,² compreendido em diferentes realidades, nomeando e dando visibilidade às demandas específicas das diversas velhices.

SOLIDÃO, ISOLAMENTO SOCIAL E RISCOS À SAÚDE

Em nossa realidade sociocultural, somos condicionados desde a infância a valorizar e exaltar a juventude com características estereotipadas relacionadas a beleza, vigor, disposição e capacidade exacerbada de produção.⁴

Com isso, o processo de envelhecimento tende a ser um desafio na sociedade, principalmente por seu caráter social e pela desvalorização dessa fase da vida. Essa situação pode ocorrer por meio de jargões que reforçam os mitos e estereótipos negativos que cercam a velhice, levando o indivíduo a não reconhecer o seu lugar de pertencimento na sociedade durante essa importante etapa da vida.⁴

Essa sensação pode ser ainda maior para as pessoas LGBT, considerando que para esse segmento, o corpo tem uma dimensão social e simbólica forte e mutável, como por exemplo, homens *gays* são cobrados socialmente para terem um corpo “musculoso” e “masculino”.⁵

São forçados a atender a essa necessidade social para serem aceitos, gerando visualmente uma forma de distinção e identificação, dentro e fora do grupo *gay*, atendendo a um padrão relacionado também ao poder. Enfrentam a necessidade de se adequarem ao padrão social de beleza e de jovialidade esperado miticamente pela sociedade, sendo esse um dos principais estereótipos enfrentados por essas pessoas.⁵

De modo geral, a velhice tende a ser considerada hétero-cis-normativa, ou seja, supostamente composta por pessoas que atendem a normas sociais estabelecidas por ideais heterossexuais e cisgêneros, o que dificulta ainda mais a visibilidade da diversidade e a complexidade existente nas diferentes realidades da população idosa, com uma forte tendência à generalização e com discursos rasos acerca desse tema.⁶

Essa situação é reforçada também pela geração de pessoas idosas que tiveram sua orientação ou identidade de gênero reprimidas por preconceitos, medos ou culpa. Esse processo é conhecido também como homofobia internalizada,⁷ uma forma de preconceito que a pessoa LGBT tem por si mesma, motivada por diferentes fatores, tais como crenças religiosas, normatizações de corpo e gênero, saúde mental, entre outros. Esse contexto acaba favorecendo a negação de sua orientação sexual ou identidade de gênero, na tentativa de se adequarem às normas para serem socialmente integradas.

Para uma pessoa se aceitar e vivenciar de forma plena sua orientação sexual e identidade de gênero é necessário não apenas um processo de autoconhecimento, mas também de transgressão e superação, de forma a romper com padrões impostos e socialmente esperados.⁷

“Os *gays*, as lésbicas e os bissexuais representam uma minoria sexual. Como tal, enfrentam tanta discriminação, estigmatização e violência que é apenas natural que, como resultado, lhes ocorram elevados níveis de estresse e ansiedade. Tanto mais é assim que a nossa sociedade heterossexista apenas os tolera se não se assumirem e permanecerem para sempre ‘no armário’.”⁷

A homofobia internalizada, assim como a violência estrutural de caráter LGBTfóbico, são aspectos que favorecem a invisibilidade das velhices LGBT e o isolamento social dessas pessoas.^{6,7}

Dessa forma, a superação e a resignificação desses estigmas ao longo da vida são essenciais para garantirem o envelhecimento e velhice bem-sucedidos, com relações afetivas e sociais que garantam seu suporte nessa fase.^{6,7}

Geralmente, a principal rede de suporte social da pessoa idosa emana da família, amigos, vizinhos e dos apoios comunitários, “sendo estes últimos representados por serviços voltados à atenção de suas necessidades para mantê-la ativa socialmente”.⁸ Porém, para muitos indivíduos LGBT,

essas relações são mais frágeis ou inexistentes, devido à quebra de vínculos socioafetivos por intolerância relacionada à LGBTfobia.

Nesse cenário, estudos quantitativos são necessários para dimensionar essa questão. Os dados existentes são provenientes da literatura anglo-saxã e presumem números maiores de pessoas idosas LGBT morando sozinhas, solteiras, sem filhos e sem algum familiar para chamar em caso de emergência, quando comparadas com suas contemporâneas não LGBT.⁹⁻¹¹

Assim, a solidão e o isolamento social podem, por um lado, impactar diretamente a saúde, com o aumento do risco de doenças cardiovasculares e com um pior controle de depressão e ansiedade.^{12,13}

Por outro lado, também podem ter repercussão negativa no acompanhamento de pacientes com síndromes demenciais¹⁴ e até mesmo em cuidados paliativos.^{15,16}

INVISIBILIDADE LGBT NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A gerontologia avançou muito nos últimos anos combatendo o mito da “velhice assexual”,⁶ entretanto Debert e Brigeiro problematizam que esse campo nascente, que consideram a sexualidade como algo crucial e benéfico para o envelhecimento ativo, o fazem sob uma ótica de “normatividade heterossexual”.¹⁷

Além disso, muitos profissionais de saúde, com o objetivo de não discriminar, tentam tratar todos de maneira igual.¹⁸ Outros assumem uma postura neutra,^{19,20} porém não existe estado mágico de neutralidade. Ao assumir que todos são iguais, as pessoas continuam sendo tratadas como se fossem heterossexuais e cisgênero, e dessa forma, as diferenças não são exploradas.^{10,21}

Nesse sentido, muitos questionam se seria relevante saber a identidade de gênero e a orientação sexual de quem é assistido. Baker e Beagan²⁰ mostraram que sim, ao revelarem que pessoas que assumem sua orientação sexual para seus médicos mostram maiores níveis de satisfação, um melhor acesso aos serviços de saúde, um melhor controle das doenças crônicas e uma maior adesão às medidas de promoção da saúde.

Ademais, Sharek et al.²² discutem os achados de uma pesquisa de corte transversal com 144 pessoas idosas LGBT na Irlanda. Trata-se de um estudo importante e pioneiro na gerontologia LGBT, principalmente por tentar entender experiências, preocupações e possíveis barreiras no acesso à saúde dessa população.

Algumas pessoas não responderam todas as perguntas do questionário. Porém, enquanto 43% da amostra (n = 51) se sentiu respeitada como LGBT pelo seu profissional de

saúde, 23% (n = 31) relatou baixa qualidade de atendimento, e desses, 54% (n = 16) atribuiu essa experiência negativa ao fato de ser LGBT.

Já 22% da amostra (n = 28) disse que concordava com a ideia de não divulgar sua identidade LGBT ao seu agente de saúde por medo de uma reação inapropriada, contra 59% (n = 75) que discordava fortemente e 19% (n = 24) que não concordava ou discordava.

Tais achados poderiam estar associados com o medo antecipado de discriminação e com a falta de confiança no sistema de saúde, além de explicar o porquê de mulheres idosas lésbicas realizarem menos exames preventivos como a mamografia ou a coleta cerviceal-vaginal do que suas contemporâneas heterossexuais.^{23,24}

E mesmo no Canadá, conhecido por dispor de um sistema de saúde universal, investigações mostram taxas maiores de pessoas idosas LGBT que não possuem um médico de família, em relação aos idosos não LGBT.^{25,26}

COMO FORMAR AMBIENTES E PROFISSIONAIS INCLUSIVOS (FRIENDLY)?

Algumas questões citadas anteriormente, como o medo de sofrer discriminação, a invisibilidade LGBT e a falta de preparo dos profissionais de saúde nessas questões, são possíveis barreiras de acesso aos serviços de saúde.^{10,20}

Por isso, lutar pela criação de espaços, de práticas, de linguagens e de símbolos que sinalizem um local não discriminatório e inclusivo é tão importante.

Nesse cenário, uma simples marca como a bandeira do arco-íris na sala de espera, no corredor ou até mesmo no avental de quem cuida pode ajudar. Em Nova York (Estados Unidos), o serviço de saúde vinculado ao Hospital Mount Sinai pode ser citado como exemplo, visto que em algumas salas há cartazes com figuras de casais homoafetivos e frases como “Nós nos orgulhamos da sua saúde”.²⁷

Essas mensagens também são importantes para tornar o ambiente seguro e confortável para pacientes com déficit cognitivo. Nas fases iniciais, isso pode ajudar a pessoa a “sair do armário” ou a permanecer fora dele. Já nas fases mais avançadas, a sinalização de que o ambiente e o profissional não são discriminatórios mostra aos cuidadores e às famílias (biológicas ou de escolha) que a biografia daquele indivíduo será respeitada.^{14,28}

Em todos esses contextos, uma “escuta ativa” com interesse e empatia pode ser um caminho inicial. O interlocutor também pode utilizar as mesmas palavras que o cliente para se referir a identidades, a parceiros e a relacionamentos.

Além disso, a conduta sugerida é a de não presumir, e sim fazer perguntas. E caso ocorra algum equívoco na abordagem do paciente LGBT, que o profissional peça desculpas e continue o atendimento.²⁰

DIFICULDADE EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA

Se o cenário heteronormativo e cisonormativo já é regra nos hospitais e unidades de saúde, essa situação pode ser até pior em instituições de longa permanência para idosos (ILPI), onde o respeito à intimidade, aos objetos e às vidas LGBT é uma exceção.²⁹

Uma pesquisa de 2010 nos Estados Unidos envolvendo 217 idosos LGBT institucionalizados mostrou que 23% deles já sofreu algum assédio verbal ou físico por parte dos outros residentes e que 14% vivenciou essa mesma experiência, só que praticada pela equipe de saúde.²⁹

Por isso, o seu processo de institucionalização é acompanhado por um medo fundamentado de ter que esconder a própria sexualidade, e quando existe algum local que seja sensível às suas necessidades, esses indivíduos demonstram uma profunda satisfação.²⁹

Para criar espaços onde essas pessoas sejam incluídas, respeitadas e queridas, cabe ao administrador um processo educacional para treinar a sua equipe em todos os níveis.²⁹

Assim, a preservação das identidades de cada um e a intollerância com as atitudes ofensivas ou negativas dos outros usuários poderá ser regra, e não exceção.²⁹

ESPECIFICIDADES DE SAÚDE DE PESSOAS LGBT

Além das estratégias estudadas para a promoção da saúde e do envelhecimento ativo na população geral, algumas particularidades devem ser abordadas para cada grupo da sigla LGBT.

Em relação aos homens gays, uma questão muito pouco discutida, mas com potencial de influenciar em morbimortalidade é o câncer de canal anal. Enquanto a sua incidência em homens heterossexuais é de 0,6 casos para cada 100 mil pessoas/ano, em homens que fazem sexo com homens (HSH) com HIV esse número é 158 vezes maior.³⁰ Tal fato faz com que algumas sociedades já recomendem o rastreamento desse câncer com a pesquisa anual de Papanicolaou anal em todos os homens com HIV.³⁰ E mesmo para aqueles que não apresentam infecção por esse vírus já existem alguns estudos mostrando benefícios na solicitação desse exame.³¹

Além disso, outras medidas são importantes, tais como a atenção ao uso de álcool, de tabaco e de drogas, a prevenção de outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), as orientações de sexo seguro e a vacinação contra hepatites A e B.^{19,27}

Já no caso das idosas lésbicas, dados observacionais evidenciam taxas maiores de obesidade e de nuliparidade do que suas contemporâneas heterossexuais,³² e tais achados podem estar relacionados com um maior risco de câncer de mama.³²

Por isso, cabe ao profissional de saúde o reforço para que elas continuem realizando seu acompanhamento médico e o rastreio com a mamografia, conforme a recomendação das diretrizes.^{19,23,28}

Também é necessária uma abordagem de prevenção e rastreio de ISTs.³³ Nela, a explicação de uso seguro dos objetos sexuais não pode faltar, com instruções para o uso de preservativos para cobri-los,³⁴ para a preferência por vibradores de látex³⁵ ou de borracha e para a aplicação de lubrificante.

Para os homens trans, o processo de transição e o uso da terapia de reposição de testosterona (TRT) podem causar efeitos deletérios, como policitemia, ganho de peso, acne, ruptura de tendões musculares e síndrome de apneia obstrutiva do sono.³⁶

Além disso, mesmo sob o efeito da TRT ainda há um risco maior de surgimento de osteoporose do que em homens cisgênero. Por isso, o rastreio dessa doença com a densitometria óssea deve ser realizado pelo menos uma vez após os 65 anos.³⁶

Igualmente importante, também merecem destaque o rastreamento de câncer de mama, a coleta cervico-vaginal e a avaliação da saúde vaginal, no caso daqueles não submetidos à cirurgia de redesignação sexual.²⁸

Com relação às mulheres trans, a terapia de reposição de estrógeno pode alterar o risco de surgimento de algumas doenças, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, tromboembolismo venoso e osteoporose.³⁶

Por isso, a realização da densitometria óssea também é importante para elas, e em alguns casos pode começar antes do preconizado para mulheres cisgênero.³⁶

Ademais, a pesquisa de câncer também é imperativa. Tanto o rastreio de câncer de mama quanto a discussão sobre os riscos e benefícios da pesquisa de câncer de próstata estão indicados.²⁸

DEMÊNCIA NA POPULAÇÃO LGBT

A falta de suporte social da população LGBT²¹ representa um cenário assustador na presença das síndromes demenciais, cujas prevalências aumentam com o envelhecimento.

Por um lado, é possível que parentes heterossexuais e cisgênero que tenham rejeitado o contato com essas pessoas

sejam confrontados com a necessidade de cuidar de um ente com quem tiveram pouco ou nenhum contato prévio.

Por outro, alguns LGBTs construíram suas “famílias de escolha”³⁷ ao longo de suas vidas. Nesses casos cabe ao profissional de saúde não só o respeito a essas relações, mas também a orientação para a confecção de documentos que garantam as suas escolhas mesmo com a progressão da doença, como o Testamento Vital ou Diretrizes Antecipadas de Vontade.^{14,21}

Nos estágios iniciais das demências, esses indivíduos podem se sentir frustrados e até mesmo angustiados tentando se lembrar do quanto revelaram ao profissional de saúde sobre sua orientação sexual ou identidade de gênero.^{14,38}

Já em estágios mais avançados, a desinibição sexual pode ocorrer. Para tratá-la, o profissional de saúde deve vencer seu próprio desconforto e ter a ciência de que as estratégias não farmacológicas e medicamentosas são semelhantes àquelas empregadas na população heterossexual e cisgênero.³⁸

PARTICULARIDADES DOS CUIDADOS DE FIM DE VIDA DE IDOSOS LGBT

A sexualidade deve ser entendida como um componente nuclear da vida de todos os humanos e, portanto, deve ser incluída nos planos de cuidados paliativos.³⁹ Ela não se resume apenas ao ato sexual, mas também ao contato íntimo, à proximidade física e à conexão emocional, os quais se tornam mais importantes nos últimos estágios da vida.¹⁶

Entretanto, muitas pessoas idosas LGBT, por medo de discriminação e por falta de confiança no serviço de saúde, acabam se privando dessas expressões e, dessa forma, uma morte com dignidade não é proporcionada.^{15,39}

“Além disso, duas outras questões são significativas. Em primeiro lugar, esse grupo de pessoas, como dito anteriormente, pode ter um suporte social mais precário, e em pesquisas, relatam o medo de ficarem sozinhas, de serem discriminadas e de morrerem com dor.”¹⁶

Em segundo lugar, pessoas trans e aquelas que não revelam suas identidades sexuais narram maiores dificuldades e um maior desconforto ao discutirem com o profissional de saúde, questões ligadas ao fim da vida.³⁹

Dessa forma, o currículo de ensino de cuidados paliativos também deve treinar seus especialistas para as necessidades dessa população.

Reygan e D’Alton⁴⁰ evidenciaram, em um programa educacional piloto aplicado a oncologistas e paliativistas, que a maioria não só recomendaria esse treinamento a seus colegas, como também se sentiu mais confiante ao promover o cuidado de pacientes LGBT.

NO BRASIL: PERSPECTIVAS E DESAFIOS

É considerável o avanço de políticas públicas voltadas ao segmento LGBT no Brasil nos últimos anos, mas ainda há muito por fazer.

A LGBTfobia é uma realidade que precisa ser considerada e confrontada por meio de leis que quantifiquem, qualifiquem e monitorem a violência por motivos de ódio e de intolerância, a fim de garantir os devidos tratamentos para essas situações.

As velhices LGBT, nesse cenário de grandes conquistas sociais, seguem invisíveis. Tanto pela militância LGBT quanto pela causa dos direitos da pessoa idosa, esse tema continua sendo pouco debatido em conferências e demais espaços de participação social.

Dessa forma, em 2017 formou-se em São Paulo o coletivo EternamenteSOU, que posteriormente assumiu a identidade de organização não governamental (ONG), com o objetivo de dar visibilidade às questões que norteiam esse segmento.⁴¹

Com esse intuito, essa ONG foi pioneira no Brasil na realização de eventos específicos para dar visibilidade ao tema e capacitar profissionais de saúde, tais como: Seminário Velhices LGBT, Curso de Introdução às Velhices LGBT e Papo Diversidade.⁴¹

A EternamenteSOU realiza também eventos e atividades socioeducativas para favorecer o autoconhecimento, a autonomia, a independência e o empoderamento das pessoas idosas LGBT por meio de linguagens artísticas e de encontros temáticos mensais, entre outras atividades que favorecem da mesma forma o reforço dos vínculos afetivos e de pertencimento.⁴¹

Henning⁴² conceitua que existem dois modelos de abordagem dos serviços para essa população, o “modelo separado-mas-igual” e o “modelo junto-mas-diferente”.

O “modelo separado-mas-igual” parte da premissa que para atuar de forma apropriada com a população LGBT, os serviços precisam ser desenvolvidos e implementados preferencial ou exclusivamente *por* e *para* os membros da comunidade.

Já o “modelo junto-mas-diferente” propõe a atuação e intervenção nos serviços existentes, com capacitações que

sensibilizem e qualifiquem os profissionais para atuarem com a diversidade, respeitando a orientação sexual e a identidade de gênero de todas as pessoas idosas.

Essas referências possuem propostas bem interessantes de atuação e contemplam as diferentes realidades existentes nas velhices LGBT.

De um lado consideram a necessidade de atuação com as pessoas idosas que são assumidas e invisibilizadas nas políticas públicas, enquanto acesso e atendimento.

Por outro, também compreendem uma maior aproximação com as pessoas idosas que escolheram ou foram condicionadas a viver sua sexualidade homoafetiva ou identidade de gênero de forma reservada ou reprimida.

Esses pressupostos inspiraram a ONG EternamenteSou em suas frentes de atuação, como forma de desmistificar e ampliar sua atuação para todas as velhices, entendendo os aspectos que as marginalizam e oprimem, tomando parte dessa história para a visibilidade e rupturas com a violência estrutural e de origem LGBTfóbicas a que estão submetidas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora não seja um grupo totalmente homogêneo, incluir a discussão sobre lésbicas, *gays*, bissexuais e pessoas transgêneras em um mesmo documento tem como finalidade criar uma abordagem afirmativa e centrada na pessoa, considerando as especificidades e necessidades de cada segmento.

As questões socioculturais influenciam diretamente no processo de envelhecimento. Assim, pessoas LGBT que estão inseridas em um contexto de violência estrutural, cercadas pela hétero-cis-normatividade ao longo da vida, podem ter agravadas na velhice situações que contribuam para o isolamento social e para a solidão.

Ademais, grande parte das informações reunidas neste artigo foram extraídas de contextos anglo-saxões. Por isso, pesquisas e discussões futuras, principalmente no Brasil, são necessárias para a criação de ambientes de saúde mais inclusivos e para combater a “invisibilidade” dessas pessoas, fazendo com que o seu cuidado geriátrico e gerontológico seja cada vez melhor.

REFERÊNCIAS

1. Louro GL. Pedagogias da Sexualidade. In: Louro GL (ed.). O corpo educado. 3ª ed. Belo Horizonte: Autêntica; 2015.
2. Reis T, ed. Manual de Comunicação LGBTI+. 2ª ed. Curitiba: Aliança Nacional LGBTI/GayLatino; 2018.
3. Lanz L. O corpo da roupa: a pessoa transgênera entre a transgressão e a conformidade com as normas de gênero. Uma introdução aos estudos transgêneros. 2ª ed. Curitiba: Movimento Transgente; 2017.
4. Mascaro SA. O que é velhice. São Paulo: Brasiliense; 1997.
5. Pereira SJN, Ayrosa EAT. Corpos consumidos, cultura de consumo gay carioca. *Organ Soc*. 2012;19(61):295-313. <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-92302012000200007>
6. Henning CE. Paizões, tiozões, tias e cacuras: envelhecimento, meia-idade, velhice e homoerotismo na cidade de São Paulo [tese]. Campinas: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas; 2014.
7. Pereira H, Leal I. A homofobia internalizada e os comportamentos para a saúde numa amostra de homens homossexuais. *Revista Análise Psicológica*. 2002;20(1):107-13. <https://doi.org/10.14417/ap.287>

8. Domingues MA, Derntl AM. Relações e redes sociais. In: Jacob Filho W, Gorzoni ML. *Geriatrics e Gerontologia: o que todos devem saber*. São Paulo: Roca; 2008.
9. Bauer M, McAuliffe I, Nay R. Sexuality, health care and the older person: an overview of the literature. *Int J Older People Nurs*. 2007;2(1):63-8. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2007.00051.x>
10. Shankle MPH, Maxell C, Katzman E, Landers S. An invisible population: older lesbian, gay, bisexual and transgender individuals. *Clin Res Regulatory Affairs*. 2003;20(2):159-82. <https://doi.org/10.1081/CRP-120021079>
11. Cahill S, South K, Spade J. *Outing Age: Public Policy Issues affecting Gay, Lesbian, Bisexual, and Transgender Elders*. Washington, D.C.: The Policy Institute of the National Gay and Lesbian Task Force Foundation; 2000.
12. Yarns BC, Abrams JM, Meeks TW, Sewell DD. The mental health of older LGBT adults. *Curr Psychiatry Rep*. 2016;18(6):60. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0697-y>
13. Mereish EH, O'Cleirigh C, Bradford JB. Interrelationships between LGBT-Based Victimization, Suicide, and Substance Use Problems in a Diverse Sample of Sexual and Gender Minority Men and Women. *Psychol Health Med*. 2014;19(1):1-13. <https://doi.org/10.1080/13548506.2013.780129>
14. Peel E, Taylor H, Harding R. Sociolegal and practice implications of caring for LGBT people with dementia. *Nurs Older People*. 2016;28(10):26-30. <https://doi.org/10.7748/nop.2016.e852>
15. Hughes M, Cartwright C. LGBT people's knowledge of and preparedness to discuss end-of-life care planning options. *Health Soc Care Community*. 2014;22(5):545-52. <https://doi.org/10.1111/hsc.12113>
16. Griebling TL. Sexuality and aging: A focus on lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) needs in palliative and end of life care. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2016;10(1):95-101. <https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000196>
17. Debert G, Brigeiro M. Fronteiras de gênero e a sexualidade na velhice. *Rev Bras Ci Soc*. 2012;27(80):37-54. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69092012000300003>
18. Knochel KA, Quam JK, Croghan CF. Are old lesbian and gay people well served? Understanding the perceptions, preparation, and experiences of aging services providers. *J Appl Gerontol*. 2010;30(3):370-89. <https://doi.org/10.1177/0733464810369809>
19. Makadon HJ. Improving health care for the lesbian and gay communities. *N Engl J Med*. 2006;354(9):895-7. <https://doi.org/10.1056/NEJMp058259>
20. Baker K, Beagan B. Making Assumptions, Making Space: An Anthropological Critique of cultural Competency and Its Relevance to Queer Patients. *Med Anthropol Q*. 2014;28(4):579-98. <https://doi.org/10.1111/maq.12129>
21. Shiu C, Muraco A, Fredriksen-Goldsen K. Invisible Care: Friend and Partner Care among older lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) adults. *J Social Work Res*. 2016;7(3):527-46. <https://doi.org/10.1086/687325>
22. Sharek DB, McCann E, Sheerin F, Glacken M, Higgins A. Older LGBT people's experiences and concerns with healthcare professionals and services in Ireland. *Int J Older People Nurs*. 2015;10(3):230-40.
23. McNair R. Lesbian health inequalities: a cultural minority issue for health professionals. *Med J Aust*. 2003;178(12):643-45.
24. Meads C, Moore D. Breast cancer in lesbians and bisexual women: a systematic review of incidence, prevalence and risk studies. *BMC Public Health*. 2013;13:1127. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-1127>
25. Brotman S, Ryan B, Cormier R. The health and social service needs of gay and lesbian elders and their families in Canada. *Gerontologist*. 2003;43(2):192-202.
26. Brotman S, Ryan B, Collins S, Chamberland L, Cormier R, Julien D, et al. Coming out to care: Caregivers of gay and lesbian seniors in Canada. *Gerontologist*. 2007;47(4):490-503. <https://doi.org/10.1093/geront/47.4.490>
27. Mount Sinai Office for Diversity and Inclusion. *LGBT Health in Mount Sinai* [Internet]. [acessado em 20 out. 2018]. Disponível em: www.mountsinai.org/about/lgbt-health
28. American Geriatrics Society Ethics Committee. American Geriatrics Society Care of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Older Adults Position Statement. *J Am Geriatr Soc*. 2015;63(3):423-6. <https://doi.org/10.1111/jgs.13297>
29. National Senior Citizens Law Center. *LGBT older adults in long-term care facilities: Stories from the field* [Internet]. 2011 [acessado em 20 out. 2018]. Disponível em: https://www.lgbtagingcenter.org/resources/pdfs/NSCLC_LGBT_report.pdf
30. Leeds IL, Fang SH. Anal cancer and intraepithelial neoplasia screening: A review. *World J Gastrointest Surg*. 2016;8(1):41-51. <https://doi.org/10.4240/wjgs.v8.i1.41>
31. Howard K. The cost-effectiveness of screening for anal cancer in men who have sex with men: a systematic review. *Sexual Health*. 2012;9(6):610-9. <https://doi.org/10.1071/SH12017>
32. Cochran SD, Mays VM. Risk of breast cancer mortality among women cohabiting with same sex partners: findings from the national health interview survey, 1997-2003. *J Womens Health*. 2012;21(5):528-33. <https://doi.org/10.1089/jwh.2011.3134>
33. Corrêa-Ribeiro R, Abdo CHN, Camargos EF. Lesbian, gay and bisexual older adults in the aging context. *Geriatr Gerontol Aging*. 2016;10(3):158-63. <https://doi.org/10.5327/Z2447-211520161600023>
34. Marrazzo JM, Gorgos LM. Emerging sexual health issues among women who have sex with women. *Curr Infect Dis Rep*. 2012;14:204-11. <https://doi.org/10.1007/s11908-012-0244-x>
35. Schick V, Herbenick D, Rosenberger JG, Reece M. Prevalence and Characteristics of Vibrator Use among Women who have Sex with Women. *J Sex Med*. 2011;8(12):3306-15. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02503.x>
36. Mahan RJ, Bailey TA, Bibb TJ, Fenney M, Williams T. Drug Therapy for Gender Transitions and Health Screenings in Transgender Older Adults. *J Am Geriatr Soc*. 2016;64(12):2554-9. <https://doi.org/10.1111/jgs.14350>
37. Weston K. *Families We Choose: Lesbians, Gays, Kinship*. Nova York: Columbia University Press; 1992.
38. Birch H. *Dementia, Lesbians and Gay Men*. *Alzheimer's Australia* [Internet]. 2009 [acessado em: 20 out. 2018]. Disponível em: <http://www.dementia.org.au/about-us/LGBTI-communities>
39. Kcomt L, Gorey KM. End-of-life preparations among lesbian, gay, bisexual, and transgender people: integrative review of prevalent behaviors. *J Soc Work End Life Palliat Care*. 2017;13(4):284-301. <https://doi.org/10.1080/15524256.2017.1387214>
40. Reygan FC, D'Alton P. A pilot training programme for health and social care professionals providing oncological and palliative care to lesbian, gay and bisexual patients in Ireland. *Psychooncology*. 2013;22(5):1050-4. <https://doi.org/10.1002/pon.3103>
41. EternamenteSOU. *Atendimento psicológico* [Internet]. [acessado em: 26 dez. 2018]. Disponível em: <http://www.eternamentesou.org/>
42. Henning CE. *Gerontologia LGBT: Velhice, Gênero, Sexualidade e a Constituição dos "Idosos LGBT"*. *Horiz Antropol*. 2017;23(47):283-323. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-71832017000100010>