



**FATORES DE STRESS E PROTEÇÃO NA SAÚDE DOS
SENIORES: UM ESTUDO COMPARATIVO SEGUNDO
A IDENTIDADE SEXUAL**

SOFIA MUNHÁ LUCAS INÁCIO

Orientadora de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA ISABEL LEAL

Coordenadora de Seminário de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA ISABEL LEAL

Coorientador de Dissertação:

PROFESSOR JOSÉ ALBERTO RIBEIRO-GONÇALVES

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

Lisboa, 2022

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da Professora Doutora Isabel Leal, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção do grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

Agradecimentos

Este projeto reflete o fim de uma jornada da minha vida que jamais esquecerei.

Foram várias as pessoas que caminharam ao meu lado nestes 5 anos, que tornaram possível a realização deste sonho e que fizeram deste percurso uma etapa tão bonita, e a elas devo o meu maior Obrigado!

Um dos meus agradecimentos mais especiais vai para o Jorge Falé! Um ser incrível, com um coração gigante, que me deu a mão e que me ajudou de forma incansável, neste que foi um dos maiores desafios da minha vida. Sinto-me uma verdadeira sortuda por o ter conhecido, e por podê-lo chamar de amigo! Junto ao Jorge, quero agradecer também aos outros 13 magníficos! Pessoas de uma bondade enorme, que sem me conhecerem, abriram a porta das suas casas e das suas vidas, e deram-me o privilégio de ouvir as suas histórias, e de enriquecer com as suas vivências e ensinamentos. Esta investigação só foi possível graças a vocês!

Agradeço à Associação ABRAÇO, por vestir a camisola daquilo que representa e pela ajuda enorme que me disponibilizou.

Agradeço à Prof. Doutora Isabel Leal, por ter acompanhado a evolução da investigação ao longo destes meses, e ao Prof. José Alberto Ribeiro-Gonçalves, pelo seu grande apoio, pela confiança que depositou em mim, pela oportunidade que me deu em fazer parte do seu projeto e investir na área que gosto, e por toda a sua atenção e paciência nos momentos mais difíceis.

Agradeço a todas as pessoas lindas que o ISPA colocou no meu caminho! Como dizem, os amigos da faculdade são para a vida, e sei que desta instituição levo companheiros para sempre. Em especial, um obrigado gigante à minha Sofia, à Silvia, à Inês e ao Tomás. Agradeço-lhes por tudo e mais alguma coisa. Pelas conversas disfuncionais, pelos momentos catárticos, pelas longas e boas gargalhadas, por terem acreditado mais em mim do que eu própria, por serem o meu pilar, por serem uma constante! É tão incrível crescer com vocês!

Agradeço à minha família de coração, pelo apoio que me dão em tudo o que faço! Em especial à minha irmã Raquel, aquela que mais levou negas e recusas de planos durante todos estes anos, mas que nunca arredou pé, e que sei que nunca o vai fazer. Prometo-te que todos os “Não vai dar amiga!” serão compensados com muita festa e vida boa! Adoro-te eternamente.

E por último, mas em primeiro, aquele que será sempre o meu maior agradecimento nesta vida, à minha família! Em especial, mãe, pai, avô Carlos e avó São! Esta conquista é NOSSA! Obrigado por lutarem por mim e junto a mim todos os dias! Obrigado pelo vosso amor e apoio incondicional, por serem o meu porto de abrigo e por me mostrarem que tenho força para conquistar tudo aquilo que quiser, não me esquecerei disso! Amo-vos mais que tudo.

Resumo

O envelhecimento demográfico é uma realidade em Portugal e há muito pouco conhecimento relativo às diferentes necessidades da população sénior, especialmente sobre as dissemelhanças entre identidades sexuais, e o impacto de fatores psicossociais e de saúde específicos que se ligam à vivência de cada uma destas populações. Desta forma, contribuindo para a lacuna na literatura nacional sobre estudos comparativos na população sénior, a presente investigação teve como objetivo explorar as disparidades e as repercussões de fatores de stress (Solidão e Idadismo) e de proteção (Resiliência e Suporte Social) no estado de saúde de seniores LGB e heterossexuais portugueses com 60 ou mais anos. A amostra foi constituída por um total de 646 seniores, compreendendo 366 pessoas com identidade sexual heterossexual, com idades compreendidas entre os 60 e os 87 anos ($M=68.09$; $DP=5.87$), e 280 pessoas com identidade sexual LGB, com idades compreendidas entre os 60 e os 84 anos ($M=63.95$; $DP=3.98$). A recolha de dados, realizada via online, foi efetuada através de seis instrumentos: um questionário sociodemográfico e cinco medidas quantitativas (1) Escala de Solidão UCLA (*USL-6*); (2) Escala Ambivalente de Idadismo (*AAS*); (3) Escala de Resiliência Conner-Davidson (*CD-RISC-10*); (4) a Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (*MSPSS*); (5) e o 12- Item Short Form Health Survey (*SF-12v2*). Os resultados revelaram que à população sénior heterossexual são atribuídos níveis mais elevados de fatores de proteção (Resiliência e Suporte social), enquanto que à população sénior LGB são atribuídos níveis mais elevados de fatores de stress (Solidão e Idadismo), bem como um pior estado de saúde. Ademais, a Resiliência e a Solidão revelaram-se como os principais preditores do estado de saúde na população sénior LGB, enquanto que na população sénior heterossexual destacaram-se o Idadismo e o Suporte Social.

Palavras-chave: *Estado de Saúde; Fatores de Stress; Fatores de Proteção; Identidade sexual; Seniores*

Abstract

Demographic aging is a reality in Portugal and there is very little knowledge regarding the different needs of the senior population, especially on the dissimilarities between sexual identities, and the impact of specific psychosocial and health factors that are linked to the experience of each of these populations. Thus, contributing to the gap in the national literature on comparative studies in the senior population, the present investigation explores the disparities and repercussions of stress factors (Loneliness and Ageism) and protective factors (Resilience and Social Support) on the health condition of LGB and heterosexual Portuguese seniors with 60 years or over. The sample consisted of a total of 646 seniors, comprising 366 people with a heterosexual sexual identity, aged between 60 and 87 years ($M=68.09$; $SD=5.87$), and 280 people with a LGB sexual identity, aged between 60 and 84 years ($M=63.95$; $SD=3.98$). The data collection, performed online, was carried out using six instruments: a sociodemographic questionnaire and five quantitative measures (1) UCLA Loneliness Scale (*USL-6*); (2) The Ambivalent Ageism Scale (*AAS*); (3) The Conner-Davidson Resilience Scale (*CD-RISC-10*); (4) The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (*MSPSS*); (5) and The 12-Item Short Form Health Survey (*SF-12v2*). The results revealed that the senior heterosexual population is attributed higher levels of protective factors (Resilience and Social Support), while the senior LGB population is attributed higher levels of stress factors (Loneliness and Ageism), as well as a worse health condition. Furthermore, Resilience and Loneliness proved to be the main predictors of health condition in the LGB senior population, while in the heterosexual senior population, Ageism and Social Support stood out.

Key-words: *Health Condition; Stress Factors; Protective Factors; Sexual Identity; Seniors*

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos seniores segundo a identidade sexual

Tabela 2 – Dados descritivos e testes de hipóteses das variáveis em estudo por identidade sexual

Tabela 3 – Análise descritiva das doenças crónicas segundo a identidade sexual

Tabela 4 – Coeficientes de correlação Pearson das variáveis por identidade sexual

Tabela 5 – Modelos de Regressão Linear Múltipla para o Estado de Saúde segundo a identidade sexual

Lista de Figuras

Figura 1- *MSM*- Processos de Stress Minoritário na população Lésbica, Gay e Bissexual

Lista de Abreviaturas

APA - American Psychological Association.

INE - Instituto Nacional de Estatísticas.

LB - Lésbicas e Bissexuais.

LGB - Lésbicas, Gays e Bissexuais.

LGBT+ - Lésbicas, Gays e Bissexuais, Transgéneros, Transexuais e Outros.

MSM - Modelo de Stress Minoritário.

OMS - Organização Mundial da Saúde.

ONU - Organização das Nações Unidas.

PMF - Psychological Mediation Framework.

UN - United Nations.

Índice

Introdução	11
Enquadramento teórico	13
<i>Abordagem Teórico-Conceitual</i>	13
<i>Fatores de Stress</i>	18
<i>Solidão e saúde na população sénior</i>	18
<i>Idadismo e saúde na população sénior</i>	20
<i>Fatores de Proteção</i>	22
<i>Resiliência e saúde na população sénior</i>	22
<i>Suporte social e saúde na população sénior</i>	24
Objetivos e questão de investigação	28
Método	29
Participantes	29
Instrumentos	31
<i>Questionário Sociodemográfico</i>	31
<i>Solidão</i>	31
<i>Idadismo</i>	32
<i>Resiliência</i>	32
<i>Suporte Social</i>	33
<i>Estado de Saúde</i>	34
Procedimento.....	35
Resultados	37
Análise Descritiva dos Fatores de Stress, Fatores de Proteção e, Saúde nos Seniores segundo a identidade sexual.....	37
Análise Descritiva das Doenças Crónicas segundo a identidade sexual.....	38
Associações entre as variáveis em estudo	39
Preditores do Estado de Saúde nos Seniores segundo a Identidade Sexual	40
Discussão	43

Limitações e sugestões para estudos futuros	50
Implicações práticas	52
Conclusão	54
Referências bibliográficas	55
Anexos	70
Anexo A - Consentimento Informado	71
Anexo B - Questionário Sociodemográfico	73
Anexo C - Carta de Esclarecimento Pós Investigação	75

Introdução

Ao longo do tempo, Portugal tem vivenciado um aumento gradual dos grupos etários seniores, sendo esperado que em 2050 se venha a situar entre os cinco países mais envelhecidos do mundo (UN, 2015). Tendo em conta a evolução demográfica do país e o esperado envelhecimento continuado para a população, é de salientar a necessidade de investigações que fomentem uma maior compreensão relativa à promoção de saúde, de qualidade de vida e de bem-estar dos seniores portugueses, de forma a responder aos desafios e particularidades advindos de uma sociedade em constante mudança (INE, 2017; OMS, 2015).

A dimensão psicossocial encontra-se entre as mais destacadas fontes de adversidade/risco e proteção para os seniores (Meyer, 2003; Stonewall, 2011), de onde se destacam fenómenos como o estigma, a discriminação, o idadismo, a solidão, o suporte social e a resiliência (Kang & Kim, 2022; MacLeod et al., 2016; Meyer, 2003; Ozbay et al., 2007; Rico-Uribe et al., 2018). Em particular, e sublinhando nesta faixa etária o aumento da população Lésbica, Gay e Bissexual (LGB), seniores que se identificam como minorias sexuais parecem vivenciar um especial impacto deste componente psicossocial, como consequência do estigma sexual na saúde e no bem-estar (Fredriksen-Goldsen et al., 2011; Fredriksen-Goldsen et al., 2012; Meyer, 2003). As pessoas LGB de idade avançada sofrem um duplo estigma, por serem seniores e se constituírem uma minoria sexual (Gonçalves, Costa & Leal, 2018), desta forma, acabam por ser expostas a uma maior vulnerabilidade social (Meyer, 2003).

Portugal apresenta-se como um dos países mais progressistas em relação ao respeito pelos direitos humanos e à igualdade jurídica sobre as pessoas LGB (ILGA-Europe, 2018). Contudo, é de reconhecer as especificidades que caracterizam os seniores com identidade sexual LGB (Meyer, 2003). Estas pessoas cresceram num país fortemente discriminatório e opressivo, dado o contexto socio-histórico estigmatizante da época ditatorial com fim em 1974 e a eclosão do VIH-SIDA nas décadas de 80 e 90 (Accornero, 2014; Fredriksen-Goldsen et al., 2011; Gonçalves, Costa, & Leal, 2019). Esta conjuntura contribuiu com contínuas experiências de discriminação sexual e apreensão por estereótipos sociais, e apesar destas particularidades da população sénior LGB portuguesa, a literatura permanece bastante escassa, especialmente no que toca a estudos comparativos com a população heterossexual (Pereira et al., 2017; Pereira et al., 2019).

Um dos principais modelos teóricos que aborda o impacto do estigma sexual na saúde das pessoas LGB é o *Modelo de Stress Minoritário* (MSM; Meyer, 2003; Meyer & Northridge, 2003). Este modelo propõe que indivíduos detentores de um “Estatuto Minoritário”, e sujeitos a um stress psicossocial específico (“Stress Minoritário”) proveniente da sua identidade e/ou orientação sexual, quando comparados com indivíduos heterossexuais, é lhes exigida uma maior e constante adaptação ao ambiente social, devido à presença de stressores (como o estigma sexual), causadores de sofrimento, com impacto ao nível da sua saúde e do seu bem-estar (Gonçalves, Costa & Leal, 2018; Gonçalves, Costa, & Leal, 2019; Meyer, 2003).

Sendo uma teoria interseccional, o MSM refere que quantos mais estatutos minoritários um individuo acumular, potencialmente maior será o impacto do stress na sua saúde (Pachankis et al., 2015). Desta forma é esperada a presença de níveis inferiores de saúde mental, bem como uma maior suscetibilidade perante condições crónicas adversas em seniores LGB quando comparados com os seniores heterossexuais (Fredriksen-Goldsen et al., 2012; Fredriksen-Goldsen et al., 2017; Gonçalves, Costa, & Leal, 2019; Lick, Durso, & Johnson, 2013; Meyer, 2003).

A evidência tem demonstrado que em comparação com seniores heterossexuais, seniores LGB apresentam taxas mais elevadas de pressão alta, diabetes, menor saúde auto-relatada, mais limitações físicas (Wallace et al., 2011), maior propensão a ter um sistema imunológico enfraquecido, maiores níveis de sofrimento psicológico (Fredriksen-Goldsen et al., 2017), maior probabilidade de relatar sintomas depressivos, e menos qualidade e satisfação para com a vida (Grabovac et al., 2019).

Considerando a importância de avaliações relativas ao impacto de variáveis psicossociais de proteção e stress na saúde dos seniores, e particularmente a necessidade de compreensão do impacto diferencial segundo a identidade sexual, a presente dissertação, parte integrante do projeto “Promoção de Envelhecimento Saudável e Ajustamento Psicossocial das Minorias Sexuais Idosas Portuguesas”, desenvolvido no *William James Center for Research, ISPA*, destaca um conjunto de variáveis sociais, individuais e contextuais, que influenciam transversalmente a população heterossexual e a população LGB sénior, são elas - o suporte social, o idadismo, a solidão e a resiliência. O principal objetivo remete para, com base no Modelo de Stress Minoritário, explorar as disparidades e as repercussões dos fatores de stress e de proteção mencionados no estado de saúde físico e mental de pessoas com 60 ou mais anos.

Enquadramento teórico

Abordagem Teórico-Conceitual

A complexidade do estudo comparativo dos elementos psicossociais, e do seu impacto na saúde, na população sénior heterossexual e LGB exige uma componente teórica sólida. Decidiu-se assim integrar complementarmente três abordagens teóricas que nos permitirão avaliar o impacto do estigma sexual nas componentes de saúde nos seniores LGB, comparativamente aos seniores heterossexuais. Desta forma, como abordagem teórico-conceitual incluiu-se, o *Modelo de Stress Minoritário*- MSM, que se constitui como o principal modelo de leitura dos objetivos desta dissertação, a conceitualização de estigma sexual de Herek (2000, 2009), que auxilia a compreensão teórica e a aplicação do MSM e, finalmente, uma análise específica dos fatores de stress e principalmente de proteção para a saúde nesta população através do *Psychological Mediation Framework* – PMF.

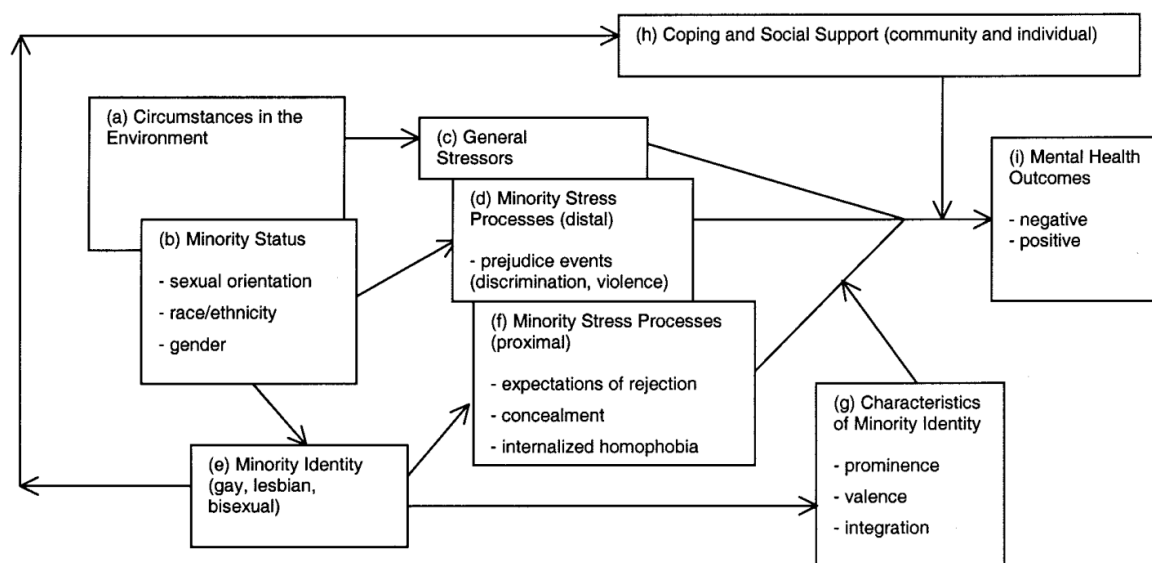
O *Modelo de Stress Minoritário* (Meyer, 1995, 2003; MSM) é uma das estruturas teóricas mais utilizadas e com mais evidência no entendimento do impacto do estigma sexual nos problemas de saúde mental em indivíduos associados a um estatuto minoritário (Fig.1), particularmente em pessoas LGB (Meyer, 1995, 2003). O estigma conceptualiza-se como uma atribuição social, de carácter negativo e delimitador de um estatuto social inferior, elaborado coletivamente pela sociedade e direcionado a pessoas ou a um grupo de pessoas que detêm determinadas características. Já o estigma sexual, um exemplo específico deste fenómeno, diz respeito a um estigma incorporado a qualquer identidade, comportamento, relacionamento ou comunidade com uma identidade sexual minoritária, ou identidade de género não cisgénero (que não apresenta congruência com o sexo conferido à nascença) (Herek, 2009). Assim, validado e reproduzido pelos membros da sociedade e pelas suas instituições, e representando uma ideologia dominante e um conhecimento socialmente partilhado, este estigma reflete uma desvalorização da homossexualidade em relação à heterossexualidade, assegurando que indivíduos que pertencem às minorias sexuais são detentores de menos poder na sociedade (Gonçalves et al., 2018; Herek, 2000, 2009).

As principais fontes de stress minoritário compreendem dimensões relacionadas ao estigma sexual. A forma mais generalizada de disseminação deste estigma é comumente denominada de heterossexismo (*heterosexism* ou *institutional stigma*): atitudes que se instituem como base social para demonstrações individuais de estigma sexual, sendo

frequentemente expressas em forma de preconceito sexual (*sexual prejudice*). Ademais, derivam do heterossexismo outras formas específicas de estigma sexual, o auto-estigma (*self stigma*), o estigma agido (*enacted stigma*), e o estigma sentido (*felt stigma*) (Gonçalves et al., 2018; Herek, 2000, 2009). O auto-estigma reflete-se na interiorização do estigma social por parte das pessoas que se constituem minorias sexuais, integrando o estigma no seu autoconceito e nos seus valores. O estigma agido refere-se ao preconceito manifestado de forma direta por meio de ações sobre as pessoas de minoria sexual, como é exemplo, atitudes de discriminação direta, rejeição ou violência. O estigma sentido, por sua vez, refere-se à expectativa da pessoa LGB sobre a possibilidade de ocorrência súbita do estigma agido. Esta mesma consciência culmina em possíveis evitamentos de exposição a cenários de estigma agido, ou a uma constante preparação para enfrentar o mesmo, o que pode conduzir à ocultação da identidade sexual, ou de género, e limitar a vida das pessoas LGBTQ+, desencadeando um constante estado de “vigilância” como resposta ao estigma sexual, promotor de problemas na saúde física e mental (Gonçalves et al., 2018; Herek, 2000, 2009; Meyer, 2003).

Desta forma, o MSM refere que às pessoas inseridas numa minoria sexual, além das circunstâncias ambientais gerais (a), promotoras de stressores gerais (c) com que se deparam todos os indivíduos, são impostos um conjunto de stressores minoritários, operacionalizados por Meyer (2003) como *stressores distais* e *proximais*. Stressores distais (d) apresentam-se como fenómenos objetivos, exteriores, observáveis e reais, que se dirigem ao grupo minoritário, sendo experienciados como stressantes devido às capacidades adaptativas que impõem à maioria das pessoas em circunstâncias idênticas. É uma visão objetiva do stress, que destaca as suas condições stressantes, sendo estas independentes das características de personalidade dos sujeitos ou das suas capacidades de enfrentamento (e.g. resiliência). Embora os stressores distais não produzam um efeito direto nos indivíduos que os sentem, mas sim no grupo em que se inserem, estes stressores afetam principalmente o indivíduo na sua individualidade (e.g. eventos de preconceito e discriminação no acesso à parentalidade) (Gonçalves et al., 2018; Meyer 1995, 2003). Já stressores proximais (f) caracterizam-se pela sua associação direta à identidade pessoal e minoritária, como Lésbica, Gay e Bissexual (e), derivada do estatuto de minoria da identidade sexual (b). Estes stressores são fenómenos subjetivos, e como tal, consoante o significado pessoal e social atribuído e o stress que a identidade minoritária acarreta para o indivíduo, impactarão diretamente um efeito na pessoa que sofre de estigma (e.g. expectativas de rejeição, ocultação da identidade sexual, e homofobia internalizada) (Meyer, 1995, 2003).

Figura 1. MSM – Processos de Stress Minoritário na população Lésbica, Gay e Bissexual.



Retirado de: Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129, p. 679. Copyright© 2003, National Institute of Health.

A relação entre estes stressores acontece num processo contínuo e interdependente, entre as características do evento externo e a percepção e processos de avaliação aplicados pelos sujeitos. Na passagem para os stressores proximais, já estão incutidas as expectativas derivadas dos eventos de stress distal e o estado de vigilância que essas mesmas expectativas fomentam, bem como a internalização das atitudes sociais negativas, motivadoras de auto percepções e avaliações de si mesmo como uma minoria estigmatizada e desvalorizada (Meyer, 1995, 2003).

Embora a identidade minoritária se apresente como uma fonte de stress proximal, o MSM refere também o seu efeito transformador neste processo. Dependendo das suas características (g), mais precisamente da sua proeminência, valência e nível de integração com outras identidades do indivíduo, esta pode diminuir ou aumentar o impacto do stress nos seus resultados de saúde (i) (Meyer, 2003). Uma forte identificação com uma identidade minoritária, se por um lado torna o indivíduo mais vulnerável quando sente que esta identidade está a ser lesada por um evento de preconceito stressante, por outro lado, se a identidade minoritária ou sexual estiver associada a oportunidades de suporte social e à afiliação com a comunidade, também ela pode ser percebida como uma fonte de força e proteção face aos efeitos

adversos do stress minoritário (h), onde o forte senso de identidade ameniza o seu impacto na saúde, trazendo benefícios para a mesma (Meyer, 2003, 2015).

Tal como os sujeitos não estigmatizados lidam com os stressores gerais no seu quotidiano, também os indivíduos LGB apresentam uma variedade de mecanismos pessoais e grupais de coping (h) para conseguir suportar e lidar com as experiências stressantes impostas pela sociedade (Meyer, 2003). Desta forma, os resultados de saúde mental e física (i) constituem-se como consequência da interação entre o processo de stress minoritário e os *ameliorating factor* (fatores de proteção). Estes fatores de proteção, englobam recursos que operam a nível grupal, como fatores da estrutura social (suporte social e comunitário), ao qual se adicionam fatores de proteção de nível individual, como as características da personalidade e as estratégias de coping, que podem impactar positivamente ou negativamente a experiência de existir como grupo minoritário e a saúde física e mental destes indivíduos (Meyer, 1995, 2003). Apesar de considerar a existência destes fatores de proteção, o MSM explora e avalia principalmente os fatores de stress que influenciam as minorias sexuais, daí a importância em avaliar a população sénior LGB por meio de uma abordagem teórica complementar ao MSM que aborde os fatores de proteção, a *Psychological Mediation Framework* (Hatzenbuehler, 2009; Meyer, 2003).

A *Psychological Mediation Framework* (PMF), além de destacar os “group-specific processes”, ou seja, os processos de stress únicos e específicos das minorias sexuais, na forma de stressores proximais e distais derivados da sua condição de minoria (Meyer, 2003), defende também a existência dos “general processes”, processos psicossociais comuns, mais precisamente, determinantes afetivos, cognitivos e sociais como potenciais fatores de proteção, que atuam na saúde e permitem a redução do impacto dos fatores de risco no desenvolvimento de psicopatologias tanto na população LGB quanto na população heterossexual. Segundo a PMF, e em concordância com o MSM, as minorias sexuais defrontam-se com uma exposição mais elevada ao stress, como resultado do estigma sexual (Hatzenbuehler, 2009; Meyer, 2003). Contudo, esta abordagem apresenta variáveis de regulação emocional, interpessoais e cognitivas que são essenciais na compreensão da interação risco-proteção quer em populações heterossexuais quer em populações LGB (Hatzenbuehler, 2009).

Em contraste com o MSM, a PMF não aborda unicamente os fatores específicos das pessoas LGB, mas sim analisa características que distinguem as pessoas heterossexuais das LGB, focando assim os processos psicológicos, inter e intrapessoais, compartilhados por ambas

as populações. Dado que os processos psicológicos gerais são acionados pelos stressores específicos relacionados ao estigma, numa inter-relação e reforço mútuo, as disparidades na saúde mental entre a população LGB e a população heterossexual permanecerão sem intervenções direcionadas tanto aos stressores específicos do grupo minoritário gerados no nível estrutural/social, quanto aos processos psicológicos gerais de nível intraindividual (Hatzenbuehler, 2009).

Com base teórica fundamentada na definição transacional do stress (Monroe, 2008), esta estrutura postula que tanto o ambiente como a resposta aos componentes do stress (ou seja, as avaliações individuais), são essenciais para estabelecer os resultados de saúde. Tal como o MSM, também a PMF atenta aos fatores de stress proximais e distais, e especialmente, realça a presença de fatores protetores e o seu papel na diminuição ou amenização de efeitos adversos oriundos dos fatores de stress, destacando variáveis como o suporte social e a resiliência, que facilitam a compreensão das disparidades entre pessoas pertencentes a minorias sexuais, e a razão pela qual alguns indivíduos são protegidos contra resultados adversos de saúde mental (Hatzenbuehler, 2009; Meyer, 2003).

Esta abordagem teórica complementar, com vista à comparação das várias componentes psicossociais nas populações segundo a identidade sexual, torna-se essencial para compreender o desenvolvimento de psicopatologias, refletidas nas disparidades de saúde entre a população LGB e a população heterossexual (Hatzenbuehler, 2009). Deste modo, aumentando o espetro da investigação, com vista a contribuir com literatura comparativa segundo a identidade sexual na saúde da população sénior, e com o desenvolvimento de intervenções sobre causas distais e proximais de sofrimento, direcionando-as tanto ao nível estrutural quanto individual, serão de seguida problematizadas as seguintes variáveis: suporte social e resiliência (fatores de proteção distal e proximal, respetivamente), e idadeismo e solidão (fatores de stress distal e proximal, respetivamente), na saúde dos seniores LGB e heterossexuais. O objetivo principal desta abordagem é explorar as disparidades e as repercussões dos fatores de stress e de proteção mencionados no estado de saúde de pessoas com 60 ou mais anos.

Fatores de Stress

Solidão e saúde na população sénior

A solidão decorre da falta de intimidade e proximidade para com outras pessoas (Faísca et al., 2019), e caracteriza-se pelo sentimento subjetivo de falta de conexões sociais (De Jonggierveld & Havens, 2004). Estima-se que, em 25 países europeus, 20 a 34% dos seniores relatam sentir-se sozinhos (OMS, 2021a). De acordo com o estudo realizado pela *British Medical Journal*, Portugal apresenta uma prevalência de solidão de 14,9% na população sénior, percentagem reduzida se comparada com os restantes países incluídos pelo estudo, contudo elevada quando confrontada com as demais faixas etárias no país (Surkalim et al., 2022).

A literatura tem demonstrado que a solidão, geradora de sofrimento severo entre os seniores (Loving et al., 2006), está relacionada com o aumento de problemas de saúde mental e física (OMS, 2021a), tanto ao nível do desenvolvimento de demência e do progresso do declínio cognitivo (Lara et al., 2019; Wilson et al., 2007), como no aumento de sintomas depressivos (Cacioppo et al., 2006), de efeitos deletérios na ativação cardiovascular e na diminuição da qualidade do sono (Cacioppo et al., 2002), do aumento de comportamentos sexuais de risco (Torres & Gore-Felton, 2007) do incremento de uma maior desesperança (Golden et al., 2009), estando ainda associada à diminuição da longevidade e ao aumento do risco de mortalidade (OMS, 2021a; Rico-Urbe et al., 2018).

Os seniores podem tornar-se mais suscetíveis à solidão, dados os acontecimentos precipitantes do próprio envelhecimento, como a perda de pessoas próximas, o processo de reforma, o aparecimento de doenças, o que pode culminar numa maior dependência, ou dificultar a interação com os demais (Bekhet & Zauszniewski, 2012). Sendo um estado objetivo de solidão, o isolamento social, derivado de redes sociais mais pequenas, do baixo envolvimento e integração na comunidade e de uma menor participação em atividades sociais, aumenta a probabilidade do indivíduo experienciar o sentimento de solidão (Cattan et al., 2005; Chen, Hicks & While, 2014).

Sabendo que os seniores LGB se desenvolveram numa época em que a homossexualidade ainda era apontada como uma doença mental, e as dificuldades em conhecer pessoas da mesma identidade eram constantes (Keuzenkamp & Bos, 2007), é possível compreender que o estigma com que se confrontam, no domínio privado e público, pode ter conduzido à adoção de vidas clandestinas, que propiciando à sua invisibilidade, contribuiu para

a delimitação do enraizamento social e de acesso a apoio, à redução de contactos e consequentemente de oportunidades de descobrir possíveis parceiros (Fredriksen-Goldsen & Muraco, 2010; Meyer, 2003; Pereira et al., 2021), sendo assim atribuída a esta população um maior risco de solidão (Cox, 2006; Hsieh & Liu, 2021; Kuyper & Fokkema, 2009; OMS, 2021a; Stonewall, 2011).

Ademais, na população sénior LGB, sabe-se que as experiências negativas e os efeitos cumulativos advindos do estigma sexual e do estatuto de minoria, podem contribuir significativamente para um aumento do isolamento social, pelo medo de rejeição, pelo auto-estigma, pelo distanciamento familiar, pela perda de pessoas importantes pela SIDA/HIV, pela interferência na formação de relacionamentos íntimos, dada a dificuldade de reconhecimento legal e social dos seus parceiros, eventos negativos e marginalização que ao serem vivenciados por estes seniores originam sentimentos de solidão (Hsieh & Liu, 2021; Jacobs & Kane, 2012; Kim & Fredriksen-Goldsen, 2016; Kuyper & Fokkema, 2009; Pereira et al., 2021; Ribeiro-Gonçalves et al., 2021).

Kim & Fredriksen-Goldsen (2016), no seu estudo com uma amostra de seniores pertencentes à comunidade LGBT, encontraram níveis elevados de solidão, tal como tem sido verificado na literatura portuguesa (Pereira et al., 2017; Pereira et al., 2019; Ribeiro-Gonçalves et al., 2021). Na investigação de Hsieh & Liu (2021), com uma amostra nacionalmente representativa de seniores dos Estados Unidos, verificou-se que seniores LGB apresentaram níveis mais elevados de solidão do que os seus pares heterossexuais. Quando comparados os níveis de solidão com indivíduos portugueses mais velhos de identidade heterossexual ($M = 30,8$; Pocinho, Farate & Dias, 2010), o estudo de Ribeiro-Gonçalves e colaboradores (2021), com 110 homens gays portugueses, de idade média = 63,5 demonstrou que esta população apresenta níveis mais elevados de solidão ($M = 36,9$), destacando assim este sentimento como resultado de consequências cumulativas ao longo da vida.

No estudo de Pereira e colaboradores (2021), sobre as perceções e experiências de solidão em homens gays e bissexuais portugueses mais velhos, os resultados demonstraram que níveis elevados de solidão estão associados a problemas de saúde mental, discriminação, falta de utilização de estratégias de coping, níveis mais baixos de suporte social, dificuldades em manter relacionamentos amorosos, e características pessoais, como a ocultação da identidade sexual. Já níveis mais baixos de solidão estavam relacionados à presença de relações

positivas e de suporte, à manutenção de atividade profissional e física, bem como à divulgação da identidade sexual e a algumas características da personalidade.

Em concordância, Kim e Fredriksen-Goldsen (2016) destacam a associação positiva da solidão tanto com a ocultação da identidade sexual nos seniores LGBT, como com o estigma internalizado pelos mesmos. Jackson e colaboradores (2019), no seu estudo com indivíduos LGB seniores e de meia idade, verificaram que a discriminação percebida apresentou uma associação significativa com a depressão, com a diminuição da qualidade de vida e com o aumento de solidão, com efeitos especialmente elevados para os indivíduos que sofreram de discriminação relativa à sua identidade sexual, quando comparados com discriminação por raça ou por idade.

Idadismo e saúde na população sénior

Como consequência da constante modernização e industrialização do século passado, tem sido notório o declínio do estatuto social e cultural de que têm sido alvo os seniores (Aboderin, 2004; Nelson, 2005), onde cumulativamente se tem observado um aumento de atitudes negativas face aos mesmos (Nelson, 2005; Scharlach et al., 2000), muitas delas provenientes de indivíduos de gerações mais jovens, com visões cada vez mais depreciativas (North & Fiske, 2012). Esta crença sobre os seniores, que lhes institui uma diminuição de valor e de importância na sociedade, contribui para o incremento do idadismo.

Em Portugal, de acordo com os resultados do European Social Survey (2008), 61% da população inquirida indicou que o idadismo se apresentava como um problema bastante sério no país, e somente 5% mencionou que a discriminação de idade é uma problemática inexistente ao nível nacional (Abrams et al., 2011). Ocupando o quarto lugar relativo à perceção de gravidade do idadismo, 20,8 % de seniores portugueses entre os 65 e os 79 anos, e 31,6 % de seniores acima dos 80 anos aludem já ter sentido atos de discriminação devido à sua idade (Abrams et al., 2011; Marques, 2011).

O idadismo apresenta-se por meio de ações ou atitudes que podem ser operacionalizadas como estereótipos, preconceito e discriminação com base na idade cronológica, ocorrendo ao nível interpessoal, institucional ou de forma autodirigida (OMS, 2021). Podendo ser percecionado no âmbito afetivo, cognitivo e comportamental, este tipo de discriminação pode manifestar-se de forma implícita, por meio de sentimentos, pensamentos, e comportamentos inconscientes, ou de forma explícita, através de expressões verbais

conscientes e de ações intencionais (Iversen et al., 2009). Estes estereótipos fomentam suposições relativas à capacidade mental e física, às crenças políticas e religiosas, às habilidades sociais, entre outros traços, tudo com base na idade (OMS, 2021), e ainda que possa ser demonstrado por meio de estereótipos ou atitudes aparentemente positivas (benevolentes), geralmente tende a ser associado a estereótipos nocivos (Marques, 2011; Moreira, 2020; Palmore, 1999).

Manifestando-se como um desafio ao processo de envelhecimento, o idadismo tem sido cada vez mais identificado como fator de risco para a saúde mental e bem-estar entre os seniores (Bryant et al., 2012; Han & Richardson, 2015; Kang & Kim, 2022; Lyons et al., 2018; Lyons et al., 2021), com relação à ansiedade, depressão, aumento do stress, menor satisfação com a vida, ao progresso de perdas cognitivas, estando também associado à morte precoce entre a população sénior (Ayalon et al., 2019; Chang et al., 2020; Kim, 2015; Lytle et al., 2018).

A constante exposição à discriminação para com a idade, pode promover a internalização destes estereótipos (Kang & Kim, 2022; Levy, 2009), fazendo com que o idadismo seja autodirigido (Ayalon & Tesch-romer, 2017). Esta internalização, afetando a saúde dos seniores (Emile et al., 2014), pode culminar em baixos níveis de autoconfiança e de baixa autoestima (Orth et al., 2010). De acordo com a revisão sistemática de Kang & Kim (2022), seniores com um nível de bem-estar psicológico mais elevado, podem estar menos suscetíveis a sofrer impacto negativo do idadismo, sobretudo os seniores que apresentaram uma maior flexibilidade na definição de metas, que se revelaram mais otimistas sobre o seu futuro, bem como sobre o seu processo de envelhecimento, que possuíam mais orgulho na sua idade, que vivenciaram menos emoções negativas, e que apresentaram mais autoconfiança no seu corpo.

Quando experienciado por seniores LGB, o idadismo apresenta-se como um desafio adicional, por sujeitar estes indivíduos à vivência de um duplo estigma. Perante isto, de acordo com a perspectiva de maior risco (Greene, 2000), é esperado um efeito aditivo (ou multiplicativo), que aponta para que indivíduos que experienciem discriminação por múltiplas identidades estigmatizadas, sejam mais impactados quando comparados com aqueles que detêm menos identidades estigmatizadas (Lytle et al., 2018; Lyons et al., 2021a; OMS, 2021). É exemplo o estudo de Lytle e seus colaboradores (2018), onde se verificou uma interação significativa entre discriminação por identidade sexual e discriminação por idade, em que indivíduos que enfrentam discriminação pela sua identidade sexual, experienciam mais

sintomas de ansiedade e depressão, quando as experiências de discriminação derivada da sua idade também foram elevadas.

Seniores LGB podem também ser mais suscetíveis a sofrer de idadismo quando comparados com seniores heterossexuais, dada a presença da discriminação para com a idade dentro de algumas das comunidades de minorias sexuais (Brennan-Ing et al., 2014; Orel, 2017), como se tem verificado nas comunidades LGB Portuguesas (Pereira et al., 2021). De acordo com Jacobs, Rasmussen, & Hohman (1999), são vários os seniores pertencentes à comunidade LGB que indicam vivenciar mais idadismo dentro destes mesmos contextos do que na sociedade em geral, tal como tem sido verificado por outros autores (e.g., Cahill, South & Spade, 2000). Sendo cada vez mais percecionadas pelos seniores como uma cultura direcionada para a juventude, perante as comunidades LGB acresce a sensação de perda de atratividade, e a sensação de se tornarem rejeitados, indesejados e invisíveis nesses mesmos contextos (Heaphy, 2007; Lyons et al., 2015; Orel, 2017).

Fatores de Proteção

Resiliência e saúde na população sénior

Perante o envelhecimento, um processo heterogêneo propenso a constantes adversidades na experiência vivenciada ao nível do funcionamento social, físico e psicológico dos seniores, vislumbrar a manutenção e a qualidade da funcionalidade desses mesmos domínios na vida, reflete-se um objetivo central para o envelhecimento saudável, onde a resiliência se faz notar como uma resposta positiva a esses mesmos obstáculos (Cosco, Howse & Brayne, 2017). De acordo com a American Psychological Association (APA), a resiliência pode ser definida como o processo e o resultado de uma adaptação positiva às dificuldades ou experiências de vida desafiantes, por meio da flexibilidade emocional, mental e comportamental e do ajustamento às demandas internas e externas (APA, 2022).

Na população sénior, a resiliência, apresentando-se como um fator de proteção, tem sido associada ao aumento da qualidade de vida, a um envelhecimento bem-sucedido, a melhorias na saúde mental, na sintomatologia depressiva, na ansiedade, no stress e nos sintomas de stress pós-traumático (Färber & Rosendahl, 2020; Jeste et al., 2013; Netuveli & Blane, 2008; Pereira & Silva, 2021; Smith & Hollinger-Smith, 2015; Wermelinger Avila et al., 2017), estando também relacionada à redução do risco de mortalidade, apesar das adversidades

com que os seniores se podem confrontar (MacLeod et al., 2016; Shen & Zeng, 2010). Quando explorada no MSM, e em população sénior LGB, de acordo com Meyer (2003, 2015), a resiliência leva a uma adaptação positiva face ao stress proveniente do estatuto de minoria, e desta forma, à redução do impacto negativo deste mesmo stress na sua saúde.

A literatura com seniores LGBT tem demonstrado sinais notáveis de resiliência entre esta população, que os protege em termos de saúde mental e física, e auxilia na amenização dos desafios únicos com que se têm confrontado em diversos contextos, incluindo comunitários e familiares (Fredriksen-Goldsen, 2011). Em estudos nacionais, que se debruçaram sobre a avaliação deste construto positivo em seniores pertencentes à comunidade LGB, têm sido evidenciados níveis elevados de resiliência nesta população (Paulo, 2020; Pereira & Silva, 2021). Ribeiro-Gonçalves e colaboradores (2021), no seu estudo com seniores de identidade minoritária, revelaram níveis mais elevados de ajustamento ao envelhecimento na sua amostra ($M=5.72$ e $DP=.59$), do que o estudo de von Humboldt e colaboradores (2013), realizado com seniores heterossexuais residentes em Portugal ($M=4.38$ e $DP=.92$). Estes resultados destacam a resiliência e a perseverança desta população, pois mesmo tendo em conta o contexto repressivo em que estes seniores se desenvolveram, com uma história particular de discriminação, estigma e vitimização, este grupo demonstrou níveis mais elevados de adaptação ao envelhecimento do que os seus pares heterossexuais (Fredriksen-Goldsen, 2011; Ribeiro-Gonçalves et al., 2021). Neste sentido, vários autores aludem que os seniores LGB, como forma de conseguir enfrentar os constantes ambientes discriminatórios com que se deparam e as experiências adversas, desenvolveram estratégias de coping, capacidades e forças para lidar com o estigma e com o preconceito, e consequentemente apresentam-se mais resilientes, em comparação com indivíduos heterossexuais (Choi & Meyer, 2016; Fredriksen-Goldsen et al., 2015; Hash & Rogers, 2013; Paulo, 2020).

A literatura sobre a resiliência, enquanto construto aplicado à população sénior geral, tem identificado características mentais, sociais e físicas como principais fatores associados a uma alta resiliência, são elas: o coping adaptativo, as emoções positivas, o otimismo, a esperança, o suporte social, o envolvimento na comunidade, ser fisicamente ativo e independente em atividades da vida diária (MacLeod et al., 2016). Contudo, considerando que a resiliência está diretamente relacionada ao processo multifacetado de aceitação de uma identidade positiva enquanto minoria sexual (Pereira & Silva, 2021), quando analisada entre a população sénior heterossexual e a população sénior LGB, são notórias algumas diferenças nas

principais fontes de onde esta provem. Nos seniores LGB, a resiliência parece advir principalmente dos recursos sociais, sendo muito mediada pelos recursos comunitários (Choi & Meyer, 2016; Fredriksen-Goldsen et al., 2011; Meyer, 2015), enquanto que em estudos com seniores heterossexuais, a resiliência oriunda do suporte social vem parcialmente do suporte da família (Angevaere et al., 2020; Hayman et al., 2016).

Em comparação com a população heterossexual, a população sénior LGB acrescenta ainda um outro fator promotor de resiliência na sua vida, a divulgação da identidade sexual, que embora possa apresentar riscos, como a constante rejeição, violência, e diversas perdas oriundas da discriminação, dependendo do ambiente onde ocorre, tem a capacidade de se estabelecer como um fator protetor para a saúde mental dos seniores, oferecendo oportunidades de suporte e pertença na comunidade (Fredriksen-Goldsen et al., 2011; Fredriksen-Goldsen et al., 2012; Kwon, 2013; Paulo, 2020). Como formas únicas de enfrentamento desta população, ao contacto e afiliação com a comunidade LGBT, adiciona-se o benefício das políticas sociais, intimamente relacionados ao aumento da resiliência, do sentimento de pertença, da aceitação positiva, do apoio e da proteção social entre as minorias sexuais ou de género (Frost and Meyer, 2012; Meyer, 2015; Pereira & Silva, 2021), onde por meio dos seus valores e normas sociais, a estrutura da comunidade, dota esta população de oportunidades de suporte social (e.g., leis e políticas afirmativas para defesa da comunidade, linhas diretas e grupos de apoio, acesso a centros comunitários LGB, entre outras) (Meyer, 2003, 2015).

Desta forma, mesmo perante um forte senso de identificação à comunidade LGB, os indivíduos ao se tentarem conectar aos recursos da comunidade, só podem beneficiar dos meios que esta dispõe, ficando sujeitos aos obstáculos provenientes das suas desigualdades estruturais (e.g. com relação à classe social, à faixa etária, à raça/etnia, às identidades sexuais e de género). Se a comunidade prospeta atitudes homofóbicas e estereótipos, as mesmas serão transmitidas aos indivíduos, agindo sobre a sua capacidade de coping, realçando assim a importância das questões contextuais na promoção da resiliência (Kwon, 2013; Meyer, 2015).

Suporte social e saúde na população sénior

O suporte social é um processo advindo das redes sociais dos indivíduos, de onde provem assistência tangível, instrumental, emocional ou informacional (Berkman & Glass, 2000). Englobando o sentimento de pertença e companheirismo, este construto é usualmente

medido pela quantidade de assistência obtida, e pela percepção que o próprio indivíduo detém sobre a mesma (Orel, 2017). O suporte social tem sido identificado como essencial para a manutenção da saúde psicológica e física dos indivíduos (Cacioppo & Hawkley, 2003; Orel, 2017; Pereira & Silva, 2021). Por outro lado, a sua ausência possui implicações significativas na morbidade e na mortalidade, sendo prejudicial ao bem-estar e à saúde física e emocional dos seniores (Ozbay et al., 2007).

Dentro do MSM, o suporte social tem sido reconhecido como um fator protetor na redução dos efeitos adversos derivados das experiências associadas ao estatuto de minoria (Meyer, 2003; Meyer, 2015; Wong et al., 2014). Um suporte social de qualidade afigura-se como um contributo ao surtir efeito no aumento da resiliência ao stress, amenizando as consequências negativas dos eventos stressores na saúde mental e física dos indivíduos, e diminuindo os riscos de depressão e de outros tipos de sofrimento psíquico (Fredriksen-Goldsen et al., 2012; Meyer, 2003; Ozbay et al., 2007). Ademais, de acordo com Fredrikson-Goldsen e colaboradores (2012), o tamanho da rede social apresenta-se como um atributo, atenuando a relação entre o estigma internalizado e a deterioração da saúde nestes indivíduos. Desta forma, segundo Erosheva e colaboradores (2015), seniores LGB inseridos em redes sociais mais ricas experienciam uma melhor saúde mental, um maior bem-estar, bem como outros benefícios na sua saúde, quando comparados com seniores com redes sociais mais escassas em recursos.

De acordo com a literatura, os seniores LGB, quando comparados com os seus pares heterossexuais apresentam um aumento do risco de isolamento social, tal como de carência de suporte social (Fredriksen-Goldsen et al., 2012). Por detrás desta tendência, é de destacar uma maior propensão destes indivíduos a serem solteiros, a não terem filhos e a residirem sozinhos, condições que afetam a vivência de isolamento (Erosheva et al., 2015; Fredriksen-Goldsen et al., 2011; Fredriksen-Goldsen et al., 2013; Hsieh & Liu, 2021; Kuyper & Fokkema, 2009; Orel, 2017). Ainda que as famílias de origem tendam a ser apontadas como a principal fonte de suporte social, emocional, educacional e económico ao longo da vida dos indivíduos (Demo, Allen, & Fine, 2000), ao considerar a população sénior LGB e o contexto social experienciado, caracterizado pela homofobia e heterossexismo generalizado que maioritariamente os impedia de divulgar a sua identidade sexual a estas mesmas famílias, é de atentar que a ordem convencional dos tipos de relacionamento, bem como a qualidade e quantidade das relações sociais e das redes de suporte deste grupo, possam ser moldadas pela sua identidade sexual, diferenciando-as dos demais (Hsieh & Liu, 2021).

Muitos destes seniores ao longo da sua vida foram confrontados com a decisão de escolher entre a manutenção dos laços com a sua família de origem e uma vida autêntica como um indivíduo LGB, levando muitas vezes à vivência de uma vida dupla (Orel, 2017; Scherrer & Fedor, 2015). Neste sentido, e reconhecendo que alguns seniores LGB passaram por casamentos heterossexuais, onde tiveram filhos, é passível de perceber que assumir a sua identidade sexual pode causar tensão na família, e inclusive comprometer estas relações (Hsieh & Liu, 2021). Embora as condições sociais se tenham alterado, seniores LGB são menos propensos que a população LGB mais jovem a revelar a sua identidade sexual na generalidade dos contextos, mas em específico na sua família de origem (Heaphy, 2009). Assim, perante relações distantes com estes membros, ou perante o medo que a sua identidade sexual seja revelada e não possua aceitação, muitos dos seniores LGB vacilam em aceitar assistência provinda destas suas famílias (Orel, 2017; Scherrer & Fedor, 2015).

Segundo Fredriksen-Goldsen e colaboradores (2011), apenas 11% dos seniores LGB receberam cuidados prestados por membros da sua família de origem. Quando comparados com seniores heterossexuais, o estudo de Hsieh & Liu (2021), encontrou níveis inferiores de suporte familiar na população sénior LGB, bem como níveis semelhantes de tensão entre os membros, revelando assim que este grupo detém uma pior qualidade e um maior distanciamento na relação com a sua família. A literatura com seniores LGB portugueses corroboram estes achados de falta de suporte social e familiar (Pereira et al., 2017), como se verifica na investigação de Pereira e colaboradores (2019), onde mais de um terço da sua amostra revelou não ter ninguém para prestação de cuidados em caso de necessidade, relatando distanciamento das suas famílias e vivência de sentimentos de solidão.

Desta forma, é de considerar nas redes sociais destes indivíduos a importância de outros sistemas de suporte social, que aditivamente à família de origem e aos conjugues, tem incluído essencialmente as famílias de escolha e as comunidades LGB (Hsieh & Liu, 2021; Orel, 2017). Se para os seniores heterossexuais as amizades são importantes, para os seniores LGB as famílias de escolha são a principal fonte de apoio, que proporcionam a estes indivíduos, com ênfase na reciprocidade e mutualidade, o suporte instrumental e emocional, que seria suposto provir da família de origem e de um possível parceiro conjugal/coabitante (de Vries & Heaphy, 2009; Megathlin, 2009; Orel, 2017). Hsieh & Liu (2021) verificaram que embora não existisse diferenças significativas no número de amigos entre os dois grupos, os seniores LGB revelaram um maior envolvimento em amizades, e consequentemente níveis mais elevados de suporte provindo destes elementos, quando comparados com os seniores heterossexuais. No estudo de

Pereira e colaboradores (2019) com seniores LGB portugueses, três quartos da amostra revelaram deter uma família de escolha, um valor mais elevado que aquele encontrado em pesquisas norte-americanas (MetLife Mature Market Institute, 2010).

A comunidade também se apresenta como uma fonte de suporte social para os seniores, contudo, para os seniores heterossexuais, que dão primazia à família biológica e aos conjugues, esta apresenta-se em última instância no seu círculo social como forma de apoio (Hsieh & Liu, 2021). No caso específico dos seniores LGB, as comunidades podem exercer um papel fulcral para as minorias sexuais, estabelecendo-se como um fator protetor para os seniores, especialmente perante uma forte conexão com as comunidades LGB, que ao validar a sua identidade minoritária e promover um sentimento de pertença, associasse a uma boa saúde e à otimização do envelhecimento entre estes seniores (Fredriksen-Goldsen et al., 2012; Frost & Meyer, 2012; Hsieh & Liu, 2021; Meyer, 2003, 2015).

Considerando a evidência científica disponível, os fatores de proteção (suporte social e resiliência) e de stress (solidão e idadeísmo) descritos padecem de um evidente impacto na saúde dos seniores LGB e heterossexuais. Contudo, a vasta maioria dos estudos avalia estas duas populações sénior separadamente. Desta forma, a sua análise conjunta torna a investigação sobre o impacto psicossocial na saúde mais completa e robusta, podendo ser um contributo importante para reduzir as disparidades no estado de saúde entre as populações.

Objetivos e questão de investigação

Sendo um estudo comparativo entre duas populações (seniores LGB e seniores heterossexuais), consideram-se como objetivos específicos:

-Analisar as diferenças de saúde e doenças crónicas entre seniores heterossexuais e LGB;

-Comparar os níveis de fatores de proteção e fatores de stress entre seniores heterossexuais e LGB;

-Verificar comparativamente como os fatores de proteção (Suporte Social e Resiliência) e stress (Solidão e Idadismo) contribuem para os níveis de saúde nos seniores heterossexuais e LGB.

Como principal questão de investigação delineou-se saber: “Qual é o impacto dos fatores de proteção e stress na saúde dos seniores segundo a identidade sexual?”.

Este estudo pretende possibilitar uma maior compreensão sobre a população sénior LGB e heterossexual, fulcral para o futuro desenvolvimento e conceção de planos interventivos a nível social e clínico. Ademais, apresenta como finalidade a avaliação e promoção de um envelhecimento saudável e do ajustamento psicossocial dos seniores Portugueses, ao avaliar o impacto das variáveis mencionadas no estado de saúde destas duas populações de indivíduos com idade avançada, e permitir um olhar científico sobre as suas disparidades e particularidades.

Método

Participantes

Neste estudo transversal e comparativo, a amostra foi constituída por 646 seniores. Como critério de inclusão principal foi definido (1) ter idade igual ou superior a sessenta anos. Embora a Organização Mundial de Saúde defina o início da idade avançada a partir dos 65 anos, a Organização das Nações Unidas (ONU) estabelece como marco de passagem para a idade sénior os 60 anos, em concordância com vários estudos realizados em contexto americano (APA, 2014; OMS, 2015; UN, 2015). Desta forma, trabalhando com uma população de difícil acesso e bastante específica, utilizámos o critério de 60 anos como idade correspondente à entrada na idade sénior (Fredriksen Goldsen & Muraco, 2010; Gonçalves et al., 2019; McParland & Camic, 2016).

As pessoas com identidade sexual heterossexual (N=366) deste estudo apresentaram idades compreendidas entre os 60 e os 87 anos ($M=68.09$; $DP=5.87$). Já os sujeitos com identidade sexual LGB (N=280) deste estudo apresentaram idades compreendidas entre os 60 e os 84 anos ($M=63.95$; $DP=3.98$).

Entre os seniores heterossexuais, ligeiramente menos de metade eram mulheres, enquanto entre os seniores LGB, mais de dois terços eram homens. No que diz respeito à coabitação, entre os seniores heterossexuais, mais de um terço habita com os seus companheiros, enquanto um pouco mais de metade dos seniores LGB habita sozinho. Relativamente ao local de residência, ligeiramente mais de metade dos seniores LGB e dos seniores heterossexuais residem em zonas urbanas.

Quanto à existência de filhos, entre os seniores heterossexuais, menos de um quinto da amostra diz não ter filhos, enquanto mais de metade dos seniores LGB refere não ter. Sobre a existência de netos, entre os seniores heterossexuais mais de dois terços tem netos, enquanto que entre os seniores LGB, mais de dois terços alude não ter. No que se refere ao estado civil, entre os seniores heterossexuais, ligeiramente mais de metade são casados, enquanto um terço dos seniores LGB é solteiro. Quanto à vivência atual de uma relação de compromisso, mais de metade dos seniores heterossexuais e LGB refere vivenciar.

Relativamente às habilitações literárias, entre os seniores heterossexuais, pouco mais de um quarto tem a licenciatura, enquanto entre os seniores LGB, mais de um terço é licenciado. Por fim, quanto à situação profissional, entre os seniores heterossexuais menos de

um terço encontra-se empregado a tempo inteiro, enquanto que entre os seniores LGB, mais de metade detém um emprego a tempo inteiro.

As características sociodemográficas, de ambos os grupos, são apresentadas de forma detalhada na Tabela 1.

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos seniores segundo a identidade sexual

Variáveis N=646	Heterossexuais (N=366)		LGB (N=280)	
	N	%	N	%
Género				
Homem	203	55.5	209	74.6
Mulher	163	44.5	71	25.4
Coabitação				
Sozinho/a	110	30.7	155	55.8
Companheiro/a (s)	140	39.1	37	13.3
Companheiro/a (s) e Família	39	10.9	4	1.4
Família	64	17.9	56	20.1
Amigos/as	-	-	20	7.2
Outros	5	1.4	6	2.2
Local de residência				
Urbano	195	53.6	141	50.5
Rural	70	19.2	47	16.8
Semiurbano	99	27.2	91	32.6
Filhos				
Sim	338	92.9	106	38
Não	26	7.1	173	62
Netos				
Sim	286	78.8	76	27.2
Não	77	21.2	203	72.8
Estado Civil				
Solteiro/a	9	2.5	93	33.2
Casado/a	186	51	25	8.9
Em união de facto	20	5.5	16	5.7
Divorciado/a	54	14.8	128	45.7
Viúvo	96	26.3	18	6.4
Vivência atual de uma relação de compromisso				
Sim	233	64.5	222	79.6
Não	128	35.5	57	20.4
Habilitações literárias				
Até ao 9º ano (3º ciclo)	94	26.2	23	8.2
12º ano (secundário)	127	35.4	109	38.9
Licenciatura ou Bacharelato	92	25.6	105	37.5
Mestrado ou Pós-graduação	38	10.6	33	11.8
Doutoramento	8	2.2	10	3.6
Situação Profissional				
Empregado/a a tempo inteiro	113	30.9	180	64.3
Empregado/a a tempo parcial	51	13.9	62	22.1
Desempregado/a	22	6	15	5.4
Reformado	189	51.6	38	13.6

Instrumentos

A recolha de dados foi efetuada através de seis instrumentos: um questionário sociodemográfico e cinco medidas quantitativas para avaliar (1) *Solidão*; (2) *Idadismo*; (3) *Resiliência*; (4) *Suporte Social*; (5) e *Estado de Saúde*.

Questionário Sociodemográfico

Para análise descritiva da amostra, os participantes foram questionados sobre: idade; género; identidade sexual; coabitação; local de residência; estado civil; existência de filhos; existência de netos; vivência atual de uma relação de compromisso; habilitações literárias; situação profissional; presença de doenças crónicas (diabetes, hipertensão, VIH, doença cardiovascular, doença oncológica, doenças reumáticas, obesidade, doenças neurodegenerativas como Parkinson e alzheimer), e se sim, há quanto tempo; e por último, existência de outras doenças que não as mencionadas.

A idade foi medida como uma variável contínua. O género, a existência de filhos e netos, a vivência atual de uma relação de compromisso, e a presença de doenças crónicas foram medidas em formato dicotômico (mulher/homem; sim/não). As variáveis identidade sexual, coabitação, tempo de prevalência das doenças crónicas mencionadas e existência de outras doenças que não as referidas, foram apresentadas por meio de questões abertas, e posteriormente categorizados. Por fim, as variáveis local de residência, estado civil, situação profissional e habilitações literárias, foram medidas através de escalas ordinais com várias opções de resposta (Anexo 2).

Solidão

Foi utilizada a *Revised UCLA Loneliness Scale* para medir o sentimento de solidão, mais especificamente a sua versão reduzida (USL-6; Neto, 2014). Esta escala foi desenvolvida por Russell, Peplau & Cutrona (1980), sendo adaptada e validada para a população portuguesa por Neto (1989).

A *USL-6* dispõe de 6 itens, avaliados numa escala de tipo Likert de quatro pontos (1- nunca; 2-raramente; 3- algumas vezes; 4-muitas vezes). A escala apresenta cinco itens com valência negativa (itens 1, 3, 4, 5 e 6) (e.g., item 1: “Eu não tenho companhia.”) e um item com

valência positiva (item 2: “Eu me sinto parte de um grupo de amigos.”), sendo necessária a inversão deste último item presente na escala (Neto, 2014).

A pontuação total da *USL-6* pode variar entre 6 a 24 pontos, sabendo que quanto mais elevada for a cotação final, maior será a representação do sentimento de solidão (Neto, 1989). A *USL-6* tem demonstrado ter qualidades psicométricas adequadas ao seu uso no contexto português, com adultos mais velhos (Neto, 2014), quer em termos de validade como de fiabilidade. No estudo de validação, a *USL-6* revelou elevados níveis de consistência interna (*Alpha de Cronbach* $\alpha = .82$) (Neto, 2014). Na presente investigação, a *USL-6* apresentou resultados indicadores de uma boa consistência interna (*Alpha de Cronbach* $\alpha = .86$).

Idadismo

Para avaliar o Idadismo, foi utilizada a *The Ambivalent Ageism Scale (AAS)*, de Cary, Chasteen & Remedios (2017), na versão adaptada e validada para a população portuguesa por Barroso (2018).

Este instrumento é composto por 13 itens, categorizados em dois tipos de preconceito face à idade sénior: o idadismo benevolente e o idadismo hostil. A dimensão do idadismo benevolente inclui nove itens da escala (itens 1,2,3,4,5,6,7,8 e 9), que com base na literatura assimilam atos alusivos a proteção física e assistência cognitiva excessiva, bem como de ajuda desnecessária (e.g., item 9: “Mesmo que não peçam ajuda, devemos sempre ajudar as pessoas idosas com os seus sacos de compras.”). A dimensão do idadismo hostil engloba quatro itens (itens 10, 11, 12 e 13) (e.g., item 11: “As pessoas idosas sentem-se ofendidas com demasiada facilidade.”), avaliados numa escala de formato de tipo Likert de sete pontos (1-discordo totalmente; 2- discordo; 3- discordo parcialmente; 4-não discordo nem concordo; 5- concordo parcialmente; 6- concordo; 7- concordo totalmente) (Cary et al., 2017). Na versão adaptada para a população portuguesa, *A Escala Ambivalente de Idadismo*, revelou um *Alpha de Cronbach* $\alpha = .77$ (Barroso, 2018). No presente estudo, apresentou um *Alpha de Cronbach* $\alpha = .86$, mostrando ser detentora de boas propriedades psicométricas.

Resiliência

Para avaliar a resiliência, recorreu-se à Escala de Resiliência Conner-Davidson (Connor & Davidson, 2003), mais precisamente à sua versão reduzida de 10 itens – *CD-RISC-10*

(Campbell-Sills & Stein, 2007), adaptada para a população portuguesa por Almeida, Dias, Xavier & Torgal (2020).

Esta é uma escala de autorrelato, unidimensional, que atesta respostas de adaptação a fenómenos adversos e stressores e mede traços da personalidade que facilitam a resiliência (Serrano-Parra et al., 2012). Composta por 10 itens, a *CD-RISC-10*, é avaliada num formato de escala tipo Likert de cinco pontos (0-nunca; 1- raramente; 2- algumas vezes; 3- frequentemente; 4- muitas vezes), sendo pedido aos sujeitos que respondam às afirmações tendo em conta o último mês (e.g., item 1: “Sou capaz de me adaptar quando ocorrem mudanças.”; item 8: “Não sou facilmente desencorajado pelo fracasso.”) (Almeida et al., 2020). A cotação pode variar entre 0 a 40 valores. Valores mais elevados serão então resultado da presença de altos níveis de resiliência (Almeida et al., 2020).

A versão resumida, de Campbell-Sills & Stein (2007) apresentou boas propriedades psicométricas, com um Alpha de Cronbach $\alpha = .85$, propondo assim uma redução do modelo unidimensional com 10 itens, capturando as principais características da resiliência. Na versão adaptada para a população portuguesa, verificaram-se igualmente boas propriedades psicométricas, com uma consistência interna de $\alpha = .90$ para o sexo feminino e $\alpha = .91$ para o sexo masculino (Almeida et al., 2020). No presente estudo, a *CD-RISC-10* revelou um *Alpha de Cronbach* $\alpha = .85$.

Suporte Social

De forma a avaliar o Suporte Social, foi utilizada a *Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)*; Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, 1988), traduzida e adaptada para a população portuguesa por Carvalho e colaboradores (2011).

A *MSPSS* é composta por um total de 12 itens, distribuídos por três subescalas: a subescala F, com quatro itens (item 3, 4, 8 e 11) que avaliam o suporte social apreendido no seio da família (e.g., item 1: “A minha família está disponível para me ajudar a tomar decisões.”); a subescala A, igualmente constituída por quatro itens (item 6, 7, 9 e 12), que avaliam o suporte social com origem nos amigos (e.g., item 12: “Posso falar dos meus problemas com os meus amigos.”); e a subescala OS, composta pelos restantes quatro itens (item 1, 2, 5 e 10) que avaliam o suporte social provindo de outros significativos, mais precisamente de qualquer fonte externa aos amigos e à família, tal como parceiros (e.g., item

10: “Há uma pessoa especial na minha vida que se preocupa com os meus sentimentos”). Para além destas três dimensões, sublinha-se também a existência de uma medida de suporte social total (Carvalho et al., 2011).

A *MSPSS* apresenta-se num formato de escala de tipo Likert de sete pontos (1-discordo totalmente; 2- discordo; 3-discordo parcialmente; 4- não discordo nem concordo; 5- concordo parcialmente; 6- concordo; 7- concordo totalmente). A pontuação máxima deste instrumento é 7, bem como o total de cada uma das suas subescalas (Zimet et al., 1988).

Relativamente às características psicométricas da versão portuguesa, quando realizado o estudo de validação com três grupos distintos, atendendo aos três fatores nos quais a escala se divide e considerando ambos os géneros, a *MSPSS* revelou ter qualidades psicométricas adequadas, apresentando um *Alpha de Cronbach* entre .85 e .95, e uma fiabilidade teste-reteste com *Alpha de Cronbach* entre .87 e .95, valores indicativos de uma boa consistência interna (Carvalho et al., 2011). Na presente investigação, a *MSPSS* revelou um *Alpha de Cronbach* $\alpha = .80$.

Estado de Saúde

Para avaliar a perceção do estado de saúde, foi utilizado o *12- Item Short Form Health Survey* na versão 2 (*SF-12v2*) (Ware, Kosinski & Keller, 1996), desenvolvido a partir do instrumento *36-Item Short Form Health Survey (SF-36)* (Ware, Kosinski & Keller, 1994), validado e adaptado para a população portuguesa por Ferreira (1998; 2000; 2000).

Relativamente à sua composição, integrando 12 itens provenientes do *SF-36*, o *SF-12v2*, tal como a versão original apresenta duas medidas de avaliação: a Medida Sumário Física (PCS) e a Medida Sumário Mental (MCS). Cada uma destas medidas de avaliação compreende 4 dimensões, englobando assim o total de 8 domínios de saúde, com influência e impacto sobre a qualidade de vida. Desta forma, na PCS estão inseridas as dimensões: Funcionamento Física (FF) (itens 2a e 2b); Desempenho Físico (DF) (item 3a e 3b); Dor Física (DF) (item 5); e Saúde Geral (SG) (item 1). Na MCS incluem-se as dimensões: Vitalidade (VT) (item 6b); Função Social (FS) (item 7); Desempenho Emocional (DE) (item 4a e 4b); e Saúde Mental (SM) (item 6a e 6c) (Ferreira, 2000; Maruish, 2012; Ware et al., 1996).

Tendo em conta a perceção dos sujeitos relativamente a aspetos da sua saúde nas últimas quatro semanas, a avaliação dos itens é feita num formato de escala de tipo Likert de

cinco pontos (1- excelente, sempre, absolutamente nada; 5- nunca, fraca, imenso), com exceção dos itens 2a e 2b, que apresentam um formato de resposta de três pontos (1- sim, muito limitado/a; 3- não, nada limitado/a). Para que seja possível avaliar o MCS e o PCS, os valores obtidos nos diversos itens são transformados em escalas de 0 a 100, por meio de um algoritmo específico do instrumento, sabendo que valores mais elevados correspondem a uma melhor percepção do estado de saúde e nível de qualidade de vida (Ferreira, 2012; Ware et al., 1996).

Relativamente às suas características psicométricas, a versão validada para a população portuguesa apresentou valores de *Alpha de Cronbach* $\alpha = .86$ para a Medida Sumário Física e um *Alpha de Cronbach* $\alpha = .87$ para a Medida Sumário Mental, valores indicativos de uma boa consistência interna (Ferreira, 2012). Na presente investigação o *SF-12v2* apresentou um *Alpha de Cronbach* $\alpha = .85$, revelando igualmente boas propriedades psicométricas.

Procedimento

Para o desenvolvimento deste projeto, após aprovação pela *Comissão de ética do ISPA-Instituto Universitário*, elaborou-se o protocolo de investigação de modo a iniciar o processo de recolha de dados.

Foi implementada uma amostragem por conveniência, com recurso principalmente à divulgação via online, por meio do programa *Qualtrics*.

Numa primeira fase, recorreu-se às principais plataformas eletrónicas, como o Facebook. Nesta rede social, para além da criação de uma página própria do projeto de investigação, promoveu-se o estudo por vários grupos e instituições associadas aos seniores. Como parceiros de divulgação tivemos também Universidades Seniores, o Sexlab (Centro de Investigação em Sexualidade Humana), e associações e organizações LGBT+ portuguesas (como a LGBTI Viseu, Caleidoscópio LGBT, Para lá do Arco-Íris, Opus Gay Portugal, entre outras). Acedeu-se também a plataformas como o Instagram, o LinkedIn, o Twitter, bem como aplicações de encontros (com perfis reais, com vista ao pedido direto de colaboração) e a outros sistemas de comunicação, como a Rádio Movimento PT Online, alcançando uma maior visibilidade e estabelecendo o maior contacto possível com a população alvo. A recolha foi direcionada para toda a população sénior, embora posteriormente foi necessário um investimento maior na recolha de população sénior LGB. No total, esta fase prolongou-se por 14 meses, tendo os dados sido coletados entre Maio de 2020 e Julho de 2021.

Durante todo o processo de recolha, antes do preenchimento online do protocolo, foi sempre apresentado o consentimento informado (Anexo 1), que padecendo de uma introdução ao projeto de investigação, tornava claro os requisitos obrigatórios para participação no estudo, os seus objetivos, e o modo e tempo estimado de preenchimento do questionário, reforçando a garantia de anonimato e confidencialidade ao decidir colaborar no mesmo. Para além disso, nomeando os responsáveis pela investigação, os seus supervisores científicos e as instituições associadas, foram cedidos vários contactos, como forma de esclarecer possíveis questões, ou facultar mais informações, em caso de interesse no projeto.

Ademais, após participação e agradecimento do tempo cedido para o preenchimento do questionário, adicionou-se um esclarecimento pós investigação, disponibilizando também serviços e linhas de apoio psicológico, em caso de necessidade (Anexo 3).

Finalmente, procedeu-se à análise dos dados recolhidos, através do - *SPSS Statistics* (*SPSS v. 28*).

Resultados

Neste capítulo são reportados os resultados das análises estatísticas realizadas com o intuito de testar os objetivos propostos neste estudo, mais especificamente, analisar as diferenças de saúde e de doenças crônicas entre seniores heterossexuais e LGB, comparar os níveis de fatores de proteção e fatores de stress entre as duas populações, e verificar comparativamente como os fatores de proteção (Suporte Social e Resiliência) e stress (Solidão e Idadismo) contribuem para os níveis de Saúde nas duas populações.

Primeiramente (1), são reportados e comparados os níveis de Solidão e Idadismo (fatores de stress), os níveis de Suporte Social e Resiliência (fatores de proteção) e, os níveis de Saúde, segundo a identidade sexual da amostra (heterossexuais e, LGB) (Tabela 2). Para este efeito efetuamos cálculos de medida de tendência central e dispersão, e testes *T-Student* para amostras independentes, sendo que todos seus pressupostos foram devidamente validados (Mâroco, 2018). Seguidamente (2), são apresentados comparativamente as análises descritivas da frequência de cada doença crónica e o tempo médio de cronicidade segundo a identidade sexual (Tabela 3). Com o intuito de testar associações significativas entre as variáveis em estudo (3), em cada grupo de identidade sexual, foram realizados testes de correlação de *Pearson (r)* (Tabela 4). Por fim, com o propósito de estudar quais as variáveis que significativamente predizem o estado de Saúde dos diferentes grupos de identidade sexual (4), foram realizados dois modelos de regressão linear múltipla, um para cada grupo de identidade sexual (Tabela 5), usando como variáveis independentes, a Solidão, o Idadismo, a Resiliência, o Suporte Social, as Doenças crónicas, e como variável dependente o estado de Saúde.

Todas estas análises foram realizadas através do software *IBM SPSS - Statistical Program for Social Sciences v.28*, utilizando níveis de significância $\leq .05$.

Análise Descritiva dos Fatores de Stress, Fatores de Proteção e, Saúde nos Seniores segundo a identidade sexual

Primeiramente, foram analisados os valores absolutos de assimetria e de curtose de forma a validar uma distribuição normal nas variáveis e, conclui-se que não existe um desvio excessivo à distribuição da normalidade em nenhuma variável em nenhum grupo (Marôco, 2018).

Com o intuito de testar possíveis diferenças significativas ao nível dos fatores de stress (Solidão e Idadismo), tal como, dos fatores de proteção (Suporte Social e Resiliência) e, da Saúde, entre os seniores heterossexuais e LGB, foram realizados testes *T-Student* para amostras independentes, sendo que os pressupostos da distribuição normal das variáveis e, a homogeneidade de variâncias ($p > .05$), foram confirmados. Estes resultados são reportados na Tabela 2 em conjunto com os valores descritivos (média e desvio padrão) de cada variável em estudo.

Tabela 2 – Dados descritivos e testes de hipóteses das variáveis em estudo por identidade sexual

	Solidão		Idadismo		Suporte Social		Resiliência		Saúde	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Heterossexuais (N=366)	13.77	4.12	3.40	.84	5.41	.65	36.64	5.79	46.51	5.84
LGB (N=280)	17.26	3.83	3.630	.85	5.15	.66	33.87	6.11	44.18	5.83
<i>Estatística de Teste; pvalue</i>	$t = -11.004; p < .001$		$t = -3.373; p < .001$		$t = 4.972; p < .001$		$t = 5.898; p < .001$		$t = 5.018; p < .001$	
<i>Dimensão do efeito</i>	$d = -.874$		$d = -.268$		$d = .395$		$d = .468$		$d = .398$	

Nota: *M* = média; *DP* = desvio padrão; *t* = estatística de teste do *T-Student* para amostras independentes; *d* = *D* de Cohen

Ao nível dos fatores de stress, os resultados permitem concluir que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($p < .001$), indicando que as pessoas LGB apresentam um nível mais elevado de Solidão e de Idadismo comparativamente com os Heterossexuais. Ao nível dos fatores de proteção, os resultados indicaram também a existência de diferenças estatisticamente significativas ($p < .001$) nos diferentes grupos, sugerindo que os seniores heterossexuais apresentam um nível mais elevado de Suporte Social e de Resiliência comparativamente com os sujeitos LGB. Por fim, ao nível da Saúde é possível concluir que existiram diferenças estatisticamente significativas nos diferentes grupos ($p < .001$) indicando que os seniores heterossexuais apresentam um nível mais elevado de Saúde em comparação com os sujeitos LGB.

Análise Descritiva das Doenças Crónicas segundo a identidade sexual

Os dados descritivos da frequência (N e %) de cada doença crônica por cada grupo de identidade sexual e, os dados descritivos da sua duração (em anos), são apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 – Análise descritiva das doenças crônicas segundo a identidade sexual

Doença Crônica	Heterossexuais (N=366)				LGB (N=280)			
	Prevalência		Duração* (em anos)		Prevalência		Duração* (em anos)	
	N	%	M	DP	N	%	M	DP
Diabetes	120	32.8	9.03	6.35	106	37.9	7.28	8.45
Hipertensão	132	36.6	9.08	9.89	102	36.4	5.97	5.07
Doença Cardiovascular	63	17.2	7.11	6.41	50	17.9	3.75	2.18
Doenças Reumáticas	75	20.5	12.14	14.57	46	16.4	5.21	5.17
Obesidade	90	24.6	14.26	8.02	72	25.7	10.6	7.17
Outras	31	8.4	5.38	4.28	21	7.4	4.17	2.17

Nota: M = média; DP = desvio-padrão; Outras = VIH, doenças oncológicas, doenças neurodegenerativas

* A média de duração resulta de todas as respostas obtidas, sendo que nem todas as pessoas responderam à duração.

Ao nível das doenças crônicas os sujeitos Heterossexuais apresentaram um valor médio de 1.97 ($DP=1.01$) de total de comorbidades. Por sua vez, os sujeitos LGB apresentaram em um valor médio de 1.88 ($DP=.91$) de total de comorbidades.

Associações entre as variáveis em estudo

A Tabela 4 apresenta as correlações entre as diferentes variáveis em estudo por cada grupo de identidade sexual, através do coeficiente de correlação de *Pearson* (r).

Tabela 4 – Coeficientes de correlação Pearson das variáveis por identidade sexual

	1	2	3	4	5	6
1. Solidão	-	.07	-.39***	-.43***	-.02	.09*
2. Idadismo	.29***	-	-.08	-.15***	.16***	.05
3. Suporte Social	-.35***	-.21***	-	.35***	.14***	-.05
4. Resiliência	-.51***	-.36***	.46***	-	.03	-.10**
5. Saúde	-.50***	-.30***	.35***	.49***	-	-.01

6. Doenças Crônicas (ter ou não)	.07	-.02	-.01	.05	-.11*	-
---	-----	------	------	-----	-------	---

* Nível de significância < .10

** Nível de significância < .05

*** Nível de significância < .01

Nota: As correlações abaixo da linha central referem-se à população LGB e as correlações acima da linha central referem-se à população heterossexual.

Os resultados reportados na Tabela 4 permitem concluir que a Saúde está correlacionada significativamente ($p < .001$) com todos os fatores de stress e proteção nos sujeitos LGB, mas ao nível dos Heterossexuais, a Saúde só se apresenta correlacionada significativamente ($p < .001$) com o fator de stress Idadismo e com o fator de proteção Suporte Social.

Ao nível dos fatores de proteção (Suporte Social e Resiliência) é possível confirmar que estes se encontram significativamente intercorrelacionados ($p < .001$) em ambos os grupos de identidade sexual.

Os fatores de stress e os fatores de proteção estão correlacionados entre si significativamente e negativamente ($p < .001$) nos seniores LGB e heterossexuais, com exceção do fator de stress Idadismo nos sujeitos LGB que não se apresenta associado significativamente com o fator protetor Suporte Social.

Por fim, os resultados permitem, também, concluir que os fatores de stress (Solidão e Idadismo) estão significativamente intercorrelacionados ($p < .001$) apenas nos sujeitos LGB.

Preditores do Estado de Saúde nos Seniores segundo a Identidade Sexual

Com o objetivo final de testar quais os preditores significativos do estado de Saúde (entre os seniores heterossexuais e LGB) foram realizados dois modelos de regressão linear múltipla, um para cada grupo. Optou-se por estudar todos os fatores de stress (Solidão e Idadismo) e proteção (Suporte Social e Resiliência), tal como, a variável ter ou não Doenças Crônicas para ambos os modelos de regressão.

É de referir, primeiramente, que os dados referentes à validação dos pressupostos, dos dois modelos de regressão linear múltipla, apresentaram-se adequados. Mais especificamente,

os dados indicaram valores da estatística de *VIF* (1.015-1.643) e, também, valores da estatística de *Durbin-Watson* (1.937-1.966) aceitáveis (Mâroco, 2018).

Os resultados dos dois modelos de regressão linear múltipla estão reportados na Tabela 5.

Tabela 5 – Modelos de Regressão Linear Múltipla para o Estado de Saúde segundo a identidade sexual

(N=646)	Heterossexuais (N=366)			LGB (N=280)		
	<i>B</i>	β	<i>t</i>	<i>B</i>	β	<i>t</i>
Solidão	.05	.04	.61	-.45	-.29	-5.03***
Idadismo	1.20	.17	3.30***	-.70	-.10	-1.93*
Suporte Social	1.44	.16	2.82***	.86	.10	1.76*
Resiliência	.01	.01	.15	.25	.26	4.17***
Doenças Crônicas (ter ou não)	-.23	-.02	-.31	-1.70	-.10	-2.08**
	$R^2_a = .036$			$R^2_a = .336$		

* Nível de significância < .10

** Nível de significância < .05

*** Nível de significância < .01

Os resultados da Tabela 5 permitem concluir que o modelo de regressão relativo à população de seniores heterossexuais foi estatisticamente significativo, $F(5,360)=3.733$; $p=.003$, indicando que tanto o fator de stress Idadismo, como o fator de proteção Suporte Social se apresentaram significativamente ($p<.010$) preditores do estado de Saúde, no sentido de que quanto maior o nível destes, melhor será a sua Saúde. Os resultados, também, indicam que o impacto das duas variáveis no estado de Saúde é semelhante.

Ao nível dos sujeitos LGB é possível concluir que o modelo de regressão foi estatisticamente significativo $F(5,274)=29.286$; $p<.001$, indicando que os fatores de stress são ambos preditores do estado de Saúde, realçando que o Idadismo se apresentou marginalmente significativo ($p=.054$), sendo a Solidão o fator de stress e, o fator entre todos os outros inseridos no modelo, que mais influencia (negativamente) o estado de Saúde dos sujeitos LGB. Por sua vez, ao nível dos fatores de proteção, os resultados indicam que, também, ambos são preditores do estado de Saúde, realçando que o Suporte Social se apresentou marginalmente significativo

($p=.080$), sendo a Resiliência o fator de proteção que mais influencia (e positivamente) o estado de Saúde dos sujeitos LGB. Por fim, os resultados permitem afirmar que ter ou não ter Doenças Crônicas é um fator significativo ($p<.050$) para a influência da Saúde dos sujeitos LGB, no sentido que não ter Doenças Crônicas prediz um melhor estado de Saúde por parte dos sujeitos LGB.

Discussão

A presente investigação teve como objetivos, analisar as diferenças de saúde e de doenças crónicas entre seniores heterossexuais e LGB, comparar os níveis de fatores de proteção (Suporte Social, Resiliência) e fatores de stress (Solidão, Idadismo) nos dois grupos, e verificar quais destas variáveis psicossociais se apresentam como os principais fatores preditores do estado de saúde em cada uma destas populações.

Sobre as doenças crónicas, embora fosse esperado que a população sénior LGB tivesse uma maior propensão para as mesmas, devido ao stress minoritário com que se depara (Fredriksen-Goldsen et al., 2012; Lick et al., 2013; Meyer, 2003), no presente estudo, em termos descritivos, não se encontraram diferenças substanciais nas doenças crónicas entre a população sénior LGB e heterossexual. Segundo a evidência empírica dos últimos anos, poderíamos ter encontrado diferenças significativas entre as populações, dada a maior prevalência de comportamentos de risco entre seniores LGB, como o consumo excessivo de álcool e de tabaco (Fredriksen-Goldsen et al., 2011), e a maior propensão de condições crónicas de saúde nesta população, como se verifica nas mulheres seniores LB, com taxas mais elevadas de asma, artrite, ataques cardíacos e AVC's, bem como em homens mais velhos de minorias sexuais, com uma maior tendência a desenvolver cancro em comparação com os seus pares heterossexuais (Fredriksen-Goldsen et al., 2017). Uma hipótese relevante que se impõe na discussão deste resultado, é a idade dos seniores que compõem a amostra do estudo. A média das idades, tanto na população sénior heterossexual como na população sénior LGB é bastante jovem, desta forma, ao avaliarmos as doenças crónicas, e considerando que o impacto do stress ao nível somático é um processo mais demorado e complexo do que se verifica na saúde mental, os seus efeitos podem ainda não ser visíveis, pois tal como vários estudos indicam, por vezes levam várias décadas a desenvolver-se (Juster, McEwen, & Lupien, 2010; Schneiderman, Ironson & Siegel, 2005). Daqui a uns anos, como consequência do stress minoritário, esta amostra poderá revelar uma maior prevalência de doenças crónicas, do que as que evidenciou nesta fase da sua vida.

Relativamente às desigualdades no estado de saúde entre as duas populações, tal como seria esperado, de acordo com a literatura, também no presente estudo os seniores LGB relataram níveis inferiores de saúde, em comparação com os seniores heterossexuais (Fredriksen-Goldsen et al., 2013; Grabovac et al., 2019; Meyer, 2003; Wallace et al., 2011). Tal como tem sido desenvolvido por Meyer (1995, 2003) no MSM, estes seniores, detentores

de um estatuto minoritário e expostos ao estigma sexual, acabam por padecer de um maior impacto ao nível do seu bem-estar e da sua saúde (Gonçalves et al., 2018; Gonçalves et al., 2019; Pachankis et al., 2015). Esta vulnerabilidade social a que estão expostos, acarreta diversas consequências, como elevados níveis de stress (Fredriksen-Goldsen et al., 2012) e um maior isolamento social (Jacobs & Kane, 2012), este último com impacto na diminuição de recursos sociais, de um menor apoio emocional e operacional, no decréscimo de assistência nos cuidados diários e de dificuldades de acesso aos cuidados de saúde, resultando em necessidades específicas não satisfeitas entre a população sénior LGB (Fredriksen Goldsen et al., 2013, 2013a; Pereira et al., 2019; Ribeiro-Gonçalves et al., 2021; Stonewall, 2011), condições que contribuem para as disparidades do estado de saúde entre as duas populações (Meyer, 2003).

Relativamente aos fatores de stress, os resultados deste estudo demonstraram que à população sénior LGB era atribuída tanto uma maior solidão como um maior idadismo, quando comparada com a população sénior heterossexual. Em concordância com estes resultados, vários autores têm encontrado níveis elevados de solidão entre os seniores LGB (Cox, 2006; Kim & Fredriksen-Goldsen, 2016; Kuyper & Fokkema, 2009; Pereira et al., 2019; Ribeiro-Gonçalves et al., 2021; Stonewall, 2011), incluindo Hsieh & Liu (2021), que corroboraram os achados do nosso estudo. Estes resultados podem ser explicados pela ocultação da identidade sexual, pela discriminação percebida e pela prevalência de estigma internalizado, condições que se associam a níveis elevados de solidão (Jackson et al., 2019; Kim e Fredriksen-Goldsen, 2016), e que têm sido verificadas na literatura portuguesa com seniores LGB (Pereira et al., 2021). Residir sozinho tem sido identificado como um dos principais fatores de risco para o isolamento social, um estado objetivo de solidão, relacionado a uma menor saúde física e mental, a comprometimento cognitivo, a doenças crónicas prematuras e a mortalidade precoce (Fredriksen-Goldsen et al., 2011; Orel, 2017). Esta condição verifica-se nas características sociodemográficas do presente estudo, onde mais de metade dos seniores LGB da nossa amostra revelam viver sozinhos (55.8%), tal como tem sido averiguado noutras investigações (Fredriksen-Goldsen et al., 2013; Pereira & Silva, 2021).

Sobre o fator de stress idadismo, também este resultado vai ao encontro da evidência empírica, que revela que a população sénior LGB, experiencia mais discriminação para com a idade, do que a população sénior heterossexual, dada a sua presença nas comunidades LGB (Brennan-Ing et al., 2014; Orel, 2017; Pereira et al., 2021), que de acordo com os achados de Cahill e colaboradores (2000) e Jacobs et al. (1999) parece ser mais prevalente dentro destes

mesmos contextos do que na sociedade em geral. Particularmente, na população sénior LGB existem relatos de que as questões físicas e a aparência são muito valorizadas dentro destes meios (Cahill et al., 2000; Heaphy, 2007) o que faz com que possa existir uma sobreposição da idade neste grupo específico, pelo impacto da mesma na sensação de invisibilidade dos seniores e de rejeição com base na sua aparência e perda de atratividade (Lyons et al., 2015; Orel, 2017). Este resultado é particularmente relevante porque justifica o que a literatura tem mencionado sobre o impacto do duplo estigma nesta população, onde adjunto à discriminação por identidade sexual, a sobrecarga com o estigma etário acaba por suscitar um maior risco na saúde destes seniores (Lyons et al., 2021a; Lytle et al., 2018).

Relativamente aos fatores de proteção, os resultados revelaram que à população sénior de identidade sexual heterossexual são atribuídos níveis mais elevados de Suporte social e Resiliência, comparativamente com os seniores LGB. Corroborando os achados da literatura, quando comparada com a população heterossexual, vários autores têm reconhecido a carência de suporte social entre a população sénior LGB (Fredriksen-Goldsen et al., 2011; Fredriksen-Goldsen et al., 2012), incluindo estudos nacionais, que têm alertado para a falta de suporte social e familiar nestes seniores (Pereira et al., 2017; Pereira et al., 2019). A população sénior heterossexual apresenta uma maior tendência a ser casada (51%), a ter filhos (92.9%), e a residir com o parceiro (39.1%), tal como se verificou na amostra do presente estudo. Estas condições, contrastantes com o que se verifica nas características sociodemográficas dos seniores LGB, afetam a vivência de isolamento e surtem efeito na diminuição do suporte social desta população (Erosheva et al., 2015; Fredriksen-Goldsen et al., 2011; Fredriksen-Goldsen et al., 2013; Kuyper & Fokkema, 2009; Orel, 2017). O estudo de Hsieh & Liu (2021), encontrou níveis inferiores de suporte familiar na população sénior LGB, quando comparados com os seus pares heterossexuais, e apesar de ter identificado um maior envolvimento e suporte em amizades nos seniores LGB, também reconheceu uma maior tensão e pressão provindo dos amigos, bem como uma menor participação na comunidade, em comparação com os seniores heterossexuais.

Sobre a resiliência, embora a literatura identifique a população sénior LGB como uma população mais resiliente (Fredriksen-Goldsen, 2011; Hash & Rogers, 2013), no presente estudo, foi a população heterossexual que apresentou níveis mais elevados deste construto. Apesar da população sénior LGB ter evidenciado uma menor resiliência ($M=33.87$) que a população sénior heterossexual ($M=36.64$), é de realçar que ambas as populações demonstraram níveis elevados de resiliência, tendo em conta que superaram o valor de

referência para a população nacional ($M=25.94$) (Almeida et al., 2020), revelando assim sinais notáveis de perseverança. Ainda que estes resultados exibam as competências, as capacidades e as forças que a população sénior LGB detém e que desenvolveu como resposta às adversidades e aos desafios que lhes são impostos, esta dissemelhança nos níveis de resiliência pode ser explicada pelas atitudes sociais predominantes no país, definidas pelo estigma, pela discriminação e pelo preconceito sexual, especialmente como resultado das atitudes conservadoras moldadas por normas heterossexistas e religiosas, que impactam a qualidade de vida da população LGB portuguesa (Pereira et al., 2017; Pereira & Silva, 2021). Sabendo que a resiliência para os seniores LGB é muito mediada pelos recursos comunitários (Fredriksen-Goldsen et al., 2011; Meyer, 2015), é passível de entender que situações como o pouco suporte social (Fredriksen-Goldsen et al., 2012; Pereira et al., 2017; Pereira et al., 2019), o baixo envolvimento na comunidade e as experiências de idadeismo inculcadas na mesma (Pereira et al., 2021; Ribeiro-Gonçalves et al., 2021), bem como a percepção de discriminação pela identidade sexual em serviços sociais de saúde, tal como tem sido reportada em literatura nacional, por Pereira e colaboradores (2019), onde quase metade dos seniores LGB portugueses que compuseram a sua amostra revelaram ter sofrido de discriminação, possam apresentar-se como condicionantes, e impactar a capacidade de enfrentamento e a resiliência desta população.

Quanto às variáveis psicossociais que se apresentam como principais fatores preditores do estado de saúde nestes dois grupos, o presente estudo verificou que ao nível dos fatores de proteção, a variável que mais contribuiu com o estado de saúde na população heterossexual foi o suporte social, enquanto que na população LGB os resultados demonstraram que o fator protetor com mais impacto no estado de saúde foi a resiliência. Corroborando os achados da literatura, o suporte social tem sido identificado como um construto fulcral para a manutenção da saúde física e psicológica dos seniores no geral (Cacioppo & Hawkey, 2003; Orel, 2017; Pereira & Silva, 2021). Para os seniores heterossexuais, no processo do envelhecimento, o suporte fornecido pela família e pelos parceiros destaca-se como fator protetor nesta população, pois estando estes muito mais inseridos dentro do seu contexto do que os seniores LGB, o fator relacional possui um maior impacto no bem-estar e na saúde desta população, especialmente para os seniores que requerem assistência e cuidados diretos das famílias (Hsieh & Liu, 2021; Orel, 2017). Por sua vez, para a população sénior LGB, foi a resiliência que se destacou como fator preditor do seu estado de saúde. De acordo com a evidência empírica, a resiliência apresenta-se como um fator protetor para a saúde dos seniores (Färber & Rosendahl, 2020; Jeste et al., 2013; Netuveli & Blane, 2008; Pereira & Silva, 2021; Smith & Hollinger-Smith,

2015; Wermelinger Avila et al., 2017), e especificamente para a população LGB, revela-se um fator essencial para uma adaptação positiva ao stress proveniente do estatuto de minoria e para a redução do seu impacto na saúde (Fredriksen-Goldsen et al., 2015; Hash & Rogers, 2013; Meyer, 2003, 2015). Ao contrário do que se sucedera com os seus pares heterossexuais, para a população sénior LGB destacou-se um fator muito mais intrínseco, potencialmente devido à falta de suporte social e comunitário no contexto português (Pereira et al., 2017; Pereira et al., 2019), destacando assim os recursos pessoais individuais destes seniores na obtenção de um melhor estado de saúde (Fredriksen-Goldsen, 2011).

Os seniores LGB ao longo da sua vida tiveram de confiar nas suas capacidades para superar os desafios, mesmo com ajuda, eles são os seus principais vetores, especialmente quando comparados com os seniores heterossexuais, que são providos de muito mais apoio (Hsieh & Liu, 2021). Contudo, a resiliência não se delimita somente às características pessoais e traços de personalidade dos seniores (MacLeod et al., 2016). De acordo com o “Lifecourse Model of Multimorbidity Resilience”, Wister e colaboradores (2016) sugerem a existência de três áreas que cooperam e que criam recursos ao longo da vida para promover a resiliência face à adversidade. Desta forma o indivíduo é dotado de recursos individuais, ambientais, e sociais que permitem aos seniores enfrentar os desafios com que se deparam durante a vida. O acumular destas adversidades ao longo do tempo pode promover oportunidades de resiliência, e suscitar confiança nos indivíduos face ao enfrentamento dos vários desafios (Cosco et al., 2017; MacLeod et al., 2016). Mesmo que o principal preditor da sua saúde tenha refletido um construto que saliente as características e as forças pessoais, a resiliência, os obstáculos das desigualdades estruturais continuam a fazer-se notar (Meyer, 2015).

Por último, relativamente aos fatores de stress, a variável que mais contribuiu com o estado de saúde na população LGB foi a solidão, enquanto que na população heterossexual, os resultados demonstraram que o fator de stress com mais impacto no estado de saúde destes seniores foi o idadismo. A evidência empírica sobre a solidão na saúde tem realçado o seu efeito nocivo para os seniores (Cacioppo et al., 2006; Golden et al., 2009; Lara et al., 2019; Loving et al., 2006; OMS, 2021a; Rico-Urbe et al., 2018; Torres & Gore-Felton, 2007), evidenciando a sua suscetibilidade a este construto nesta fase específica da vida, dados os acontecimentos precipitantes do próprio envelhecimento (Bekhet & Zauszniewski, 2012). Contudo, a solidão na população sénior LGB apresenta-se como um fator de risco particularmente saliente (Cox, 2006; Hsieh & Liu, 2021; Kuyper & Fokkema, 2009; OMS, 2021; Stonewall, 2011). As décadas de repressão e estigmatização com que estes seniores se

confrontaram ao longo da ditadura de Salazar (Accornero, 2014), e a consequência do estigma da SIDA/HIV (Pereira et al., 2017), possivelmente submeteram estes seniores a afeto negativo e ao isolamento social, contribuindo para níveis elevados de solidão (Pereira et al., 2019; Pereira et al., 2021). Tal como verificado no estudo de Hsieh & Liu (2021), o que mais impacta a solidão dos seniores LGB em comparação com os seniores heterossexuais são as diferenças qualitativas e quantitativas nas relações sociais entre as duas populações, mais especificamente as discrepâncias nos relacionamentos “primários”.

Tendencialmente, os parceiros/cônjuges e a família de origem são mais centrais na vida dos indivíduos, desempenhando uma maior frequência recíproca de suporte e apoio, onde a própria co-residência possui um efeito na importância destes relacionamentos, fazendo com que estes sejam os laços mais próximos ao qual fica encarregue a prestação de cuidados. Nesse estudo a ausência dos relacionamentos convencionais, dado o seu impacto para os seniores LGB, superou as dissemelhanças nos relacionamentos externos (Hsieh & Liu, 2021), ainda assim, também salientou a importância da tensão/pressão proveniente dos amigos nas diferenças de solidão com os pares heterossexuais. Ribeiro-Gonçalves e colaboradores (2021) identificaram uma forte predição da satisfação do relacionamento com os amigos nos níveis mais baixos de solidão. Reconhecendo o papel da família de escolha na vida da população sénior LGB (Orel, 2017), e sabendo que também as amizades padecem de problemas, a tensão com estes elementos pode derivar de uma maior dependência para com os amigos na prestação de cuidados, no caso de serem recetores, pela perceção de se constituírem um fardo para quem lhes dá auxílio, e no caso de serem cuidadores, por se revelar um stress adicional, com impacto negativo na perceção de qualidade das suas relações (Hsieh & Liu, 2021). Esta perceção de escassez em recursos sociais, e as próprias consequências que dela advém geram resultados adversos no bem-estar dos seniores LGB (Erosheva et al., 2015), sendo este um dos possíveis motivos para a sua forte predição no estado de saúde desta população.

Na população heterossexual, ao contrário do que seria de esperar, verificámos que o idadismo se apresentou como preditor da saúde dos seniores, no sentido em que, níveis mais elevados de idadismo predizem um melhor estado de saúde. Este resultado não vai ao encontro da literatura, visto que a mesma tem associado o idadismo de forma consistente a resultados adversos no bem-estar e na saúde dos seniores (Ayalon et al., 2019; Chang et al., 2020; Bryant et al., 2012; Han & Richardson, 2015; Kang & Kim, 2022; Kim, 2015; Lyons et al., 2018; Lyons et al., 2021; Lytle et al., 2018). Interpretando este resultado, a literatura tem reconhecido que embora o idadismo possa envolver atitudes evidentemente hostis e formas flagrantes de

discriminação, maus tratos e abuso, este também pode ser expresso por meio de comportamentos com um parecer benéfico, como é o caso de comportamentos paternalistas, de sobreproteção e de ajuda excessiva (idadismo benevolente) (Marques, 2011; Moreira, 2020; Palmore, 1999), estando estas temáticas presentes no instrumento utilizado nesta dissertação para a avaliação do idadismo (Barroso, 2018). Esta forma de idadismo benevolente, eventualmente, pode estar a ser confundida com as dimensões de suporte social pelos participantes do estudo, o que pode estar a influenciar os resultados. Estudos prévios têm indicado esta relação entre idadismo benevolente e dimensões de suporte social (Fernandes et al., 2022). Ainda, a relação entre o idadismo e o estado de saúde pode ter sido influenciada devido ao instrumento de saúde utilizado neste estudo, visto que, apesar das suas boas qualidades psicométricas, o *12- Item Short Form Health Survey* na versão 2 (*SF-12v2*) (Ware, Kosinski & Keller, 1996) evidenciou correlações inter-itens baixas a moderadas ($|0.192| \leq r \leq |0.518|$) no nosso estudo. Outros autores têm revelado alguns desajustes deste instrumento quando utilizado com outras populações (Galenkamp et al., 2018).

Limitações e sugestões para estudos futuros

No desenvolvimento da presente investigação, devem ser considerados alguns aspetos que se denotam como limitações, aos quais estudos futuros podem ter particular atenção. Em primeiro lugar, é de referir o método de recolha de dados utilizado, realizado integralmente por via online, num processo de amostragem por conveniência, que restringe a representatividade da comunidade LGB e dos indivíduos heterossexuais. Reconhecendo a amostra a que o mesmo se destina, e sabendo que muitos dos seniores não se sentem à vontade com tecnologias, a forma como foi feita a colheita de dados limitou a participação daqueles com restrições no acesso à internet. Próximas investigações devem envolver metodologias e técnicas de amostragem mais tradicionais para corroborar os nossos resultados.

Neste seguimento, considerando que foi utilizado como recurso para recolha de dados os aplicativos de encontros online, é de realçar que estes indivíduos apresentam evidências de uma maior suscetibilidade para serem geograficamente isolados e solteiros (Sanders, 2008), para além de aparentarem deter uma maior tendência a estar “no armário” e a possuírem maiores níveis de auto-estigma (Ribeiro-Gonçalves et al., 2021), questões que podem ter surtido efeito nos níveis elevados de solidão da população sénior LGB.

Outra limitação de particular destaque dirige-se à metodologia. O instrumento *The Ambivalent Ageism Scale (AAS)*, de Cary, Chasteen & Remedios (2017), mede o idadismo percebido, não existindo perguntas diretas sobre as experiências pessoais de idadismo dos seniores. Desta forma, existe a possibilidade de que a presente limitação possa ter reputado algum efeito na forma como foram interpretados e respondidos os vários itens, estudos futuros devem avaliar diretamente o idadismo vivenciado. Ademais, sobre este construto, tendo em conta o resultado obtido na população heterossexual, próximas investigações poderão debruçar-se sobre os tipos específicos de discriminação de idade (idadismo benevolente e idadismo hostil) que são vivenciados por ambos os grupos, bem como perceber em que contextos é que decorrem. Como última limitação, considerando a extensão do questionário, dado o número de instrumentos que incluiu, é possível que algumas das respostas atribuídas aos itens das últimas escalas possam ter sido efetuadas com algum cansaço.

Reconhecendo que nenhuma das populações é homogénea entre si, estudos futuros deverão ter em conta as especificidades dentro destes grupos, mais precisamente as diferenças de género, examinando homens e mulheres separadamente, bem como as diferenças de

identidade sexual dentro da comunidade LGB, dando assim destaque às dissemelhanças das experiências de vida e às particularidades dos vários indivíduos, pois os preditores identificados poderão não ser os mesmos entre os vários grupos. Em suma, futuras investigações deverão proceder a análises separadas para resultados mais específicos, atribuindo a merecida representatividade a estas subpopulações nas investigações e na literacia nacional, de forma a aprimorar as intervenções clínicas, sociais e políticas de saúde.

Implicações práticas

Ao nível prático, sabendo que a solidão é um dos preditores mais fortes de saúde nos seniores LGB, segundo as diretrizes da OMS (2021a), esta pode padecer de intervenção individual, por meio de terapia cognitivo comportamental, focada no treino de habilidades sociais, ou de uma atuação sobre a cognição social desadaptada, referente aos pensamentos, sentimentos e constantes expectativas desajustadas que os seniores LGB podem possuir sobre os seus relacionamentos, sobretudo a hipervigilância para as ameaças sociais, como a exclusão e a rejeição, estabelecendo-se como um ponto promissor de atuação para reduzir a solidão na população. Sobre a estrutura social, as estratégias podem operar por meio da promoção de comunidades amigas do sénior, de projetos que promovam o envelhecimento saudável e ativo, e do estabelecimento de políticas e leis com vista ao combate da desigualdade, instaurando a coesão social (OMS, 2021a).

Neste sentido, e com vista ao reforço do suporte social, numa perspetiva mais direcionada aos seniores LGB, pelos níveis inferiores deste construto que os mesmos apresentaram, sugere-se às associações LGBT o desenvolvimento de projetos que reforcem as redes sociais desta população, tanto informais como formais, de forma a reduzir o seu isolamento, e potencialmente a solidão. Um exemplo de projeto a implementar seria o “Friendly Caller Program or Telefriending”, que atua sobre a redução da solidão por meio de intervenções remotas, via telefone, com a cooperação de voluntários disponíveis para fazer essas ligações (Ribeiro-Gonçalves et al., 2021). Por último, tendo como foco o fortalecimento das relações familiares das minorias sexuais, e de possíveis parceiros, deve dar-se continuidade a políticas públicas e de educação com vista à redução do estigma das identidades minoritárias.

Também o idadismo, como fator de stress de destaque na predição do estado de saúde da população heterossexual, e de realce nas disparidades para com a população LGB, deve ser alvo de atuação, de forma a diminuir a sua prevalência entre os seniores portugueses e o seu impacto na saúde. As estratégias mais sustentadas pela evidência científica na redução deste construto destacam em primeiro lugar, intervenções com vista à interação entre indivíduos de diferentes gerações, promovendo o contacto intergeracional, um dos meios mais promissores na diminuição do preconceito e estereótipos entre grupos (OMS, 2021). Junto a esta estratégia, e reconhecendo que o idadismo é uma das formas de preconceito, que espelhado em diversas áreas da sociedade, mais apresenta tolerância social e institucional (Nelson, 2005), salienta-se a necessidade de uma atuação sobre a legislação relativa à desigualdade, à discriminação e ao

preconceito por idade, bem como o desenvolvimento de intervenções educacionais formais e informais, com vista à dissipação de conceitos errôneos relativos à faixa etária sénior (OMS, 2021).

Por fim, sobre a resiliência, destacando a sua relevância no estado de saúde da população sénior LGB, torna-se fulcral o desenvolvimento de estratégias de intervenção com foco tanto ao nível individual, como ao nível da saúde pública (Angevaare et al., 2020; Cosco et al., 2017; Wister et al., 2016). Tal como o MSM alerta, são as condições sociais e os eventos relacionados ao preconceito e ao estigma sexual que lesam a saúde dos seniores LGB (Meyer, 2003). Deste modo, vários autores têm alertado para o risco do foco nos pontos fortes da resiliência, pela forma como os mesmos são utilizados como desculpa pela sociedade, e pelos formuladores de políticas para transpor a responsabilidade ao indivíduo (Angevaare et al., 2020; Ungar, 2011; Wild et al., 2013). Ao percecionar os seniores de estatuto minoritário como atores resilientes, o enfoque pode passar dos stressores sociais objetivos para as deficiências pessoais de resiliência e enfrentamento, atitude que atribui a culpa à vítima (Meyer, 2015). Não descurando da importância de ambos os papéis e enfatizando a relação da resiliência do indivíduo com a comunidade e com o contexto, as intervenções devem ser pensadas num continuum entre individual e comunitário, onde no caso específico da população sénior LGB, além de se poder atuar sobre os sistemas educacionais e mudanças legislativas, tornando-as mais afirmativas para as minorias, deve-se desenvolver continuamente abordagens eficazes para incrementar a resiliência individual (Meyer, 2015). Assim, ao invocar tanto recursos sociais, como ambientais e individuais, e aumentar a disponibilidade dos mesmos para os seniores, é esperado um fomento da resiliência na população, fulcral para a continuidade de um envelhecimento ativo (Cosco et al., 2017).

Conclusão

A presente dissertação veio dar resposta à lacuna na literatura portuguesa sobre estudos comparativos na população sénior segundo a identidade sexual, e particularmente sobre a análise das disparidades dos fatores de proteção e de stress compartilhados pelos seniores heterossexuais e seniores LGB, explorando as suas repercussões no estado de saúde destas populações.

Tal como tem sido desenvolvido no *Modelo de Stress Minoritário* por Meyer (1995, 2003) os seniores LGB, detentores de um estatuto minoritário e expostos ao estigma sexual, acabam por padecer de um maior impacto ao nível do seu bem-estar e da sua saúde (Gonçalves et al., 2018; Gonçalves et al., 2019; Pachankis et al., 2015). Os resultados da presente investigação vieram corroborar a literatura, e realçar o efeito cumulativo do estigma e da discriminação nesta população, ao identificar níveis mais elevados de fatores de stress (Solidão e Idadismo), bem como um pior estado de saúde nos seniores LGB, em comparação com os seniores heterossexuais, aos quais foram atribuídos níveis mais elevados de fatores de proteção (Resiliência e Suporte social).

Ademais, foram identificadas as variáveis psicossociais de destaque no estado de saúde de ambos os grupos, às quais as instituições precisam estar cientes. A Resiliência e a Solidão revelaram-se como os principais preditores do estado de saúde na população sénior LGB, enquanto que na população sénior heterossexual destacaram-se o Idadismo e o Suporte Social. Reconhecendo que os profissionais que se debruçam sobre a temática e sobre os cuidados geriátricos carecem de informação no campo da identidade sexual, esta compreensão apresenta-se como uma mais-valia para a área do envelhecimento saudável, ao contribuir para a elaboração de programas eficazes de prevenção e intervenção ao nível clínico e social, com vista à minimização dos efeitos adversos no estado de saúde, e à potencialização e promoção do bem-estar dos seniores.

Referências bibliográficas

- Aboderin, I. (2004). Modernisation and ageing theory revisited: current explanations of recent developing world and historical Western shifts in material family support for older people. *Ageing & Society*, 24(1), 29–50. doi:10.1017/ S0144686X03001521
- Abrams, D., Russell, P. S., Vauclair, M., & Swift, H. J. (2011). *Ageism in Europe: Findings from the European Social Survey*. Age UK.
- Accornero, G. (2014). O ‘25 de Abril’: uma revolução nas ciências sociais [April 25th: A revolution in the social sciences]. *Ler História*, 67, 171–177.
- Almeida, M. H., Dias, S., Xavier, M., & Torgal, J. (2020). Validação Exploratória e Confirmatória da Escala de Resiliência Connor-Davidson (CD-RISC-10) numa Amostra de Inscritos em Centros de Emprego. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 33(2), 124-132. doi:10.20344/amp.12243
- American Psychological Association (2022). Resilience. American Psychological Association. Washington, DC. Retrieved from <https://www.apa.org/topics/resilience>
- American Psychological Association. (2014). Sexuality in aging. In P. Schwartz, S. Diefendorf, & A. McGlynn-Wright (Eds.), *APA handbook of sexuality and psychology* (pp. 523–551). Washington DC: American Psychological Association.
- Angevaare, M. J., Roberts, J., van Hout, H. P., Joling, K. J., Smalbrugge, M., Schoonmade, L. J., Windle, G., & Hertogh, C. M. P. M. (2020). Resilience in older persons: A systematic review of the conceptual literature. *Ageing research reviews*, 63. doi: 10.1016/j.arr.2020.101144
- Ayalon, L., & Tesch-romer, C. (2017). Taking a closer look at ageism: Self- and other-directed ageist attitudes and discrimination. *European Journal of Ageing*, 14(1), 1–4. doi:10.1007/s10433-016-0409-9
- Ayalon, L., Dolberg, P., Mikulioniene, S., Perek-Białas, J., Rapoliene, G., Stypinska, J., & de la Fuente-Núñez, V. (2019). A systematic review of existing ageism scales. *Ageing Research Reviews*, 54(1), 1–9. doi:10.1016/j.arr.2019. 100919
- Balsam, K. F., & Mohr, J. J. (2007). Adaptation to sexual orientation stigma: A comparison of bisexual and lesbian/gay adults. *Journal of Counseling Psychology*, 54, 306–319. doi:10.1037/ 0022-0167.54.3.306.

- Barroso, I. C. (2018). *Idadismo: um estudo em cinco freguesias do baixo concelho da Póvoa de Lanhoso* (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior Miguel Torga, Escola Superior de Altos Estudos.
- Bekhet, A. K., & Zauszniewski, J. A. (2012). Mental health of elders in retirement communities: Is loneliness a key factor?. *Archives of psychiatric nursing*, *26*(3), 214-224. doi: 10.1016/j.apnu.2011.09.007
- Berkman, L. F., & Glass, T. (2000). Social integration, social networks, social support, and health. In L. F. Berkman & I. Kawachi (Eds.), *Social epidemiology* (pp. 137– 173). New York, NY: Oxford University Press.
- Brennan-Ing, M., Seidel, L., Larson, B., & Karpiak, S. E. (2014). Social Care Networks and Older LGBT Adults: Challenges for the Future. *Journal of Homosexuality*, *61*(1), 21–52. doi:10.1080/00918369.2013.835235
- Bryant, C., Bei, B., Gilson, K., Komiti, A., Jackson, H., & Judd, F. (2012). The relationship between attitudes to aging and physical and mental health in older adults. *Int Psychogeriatr*, *24*(10), 1674–1683. doi:10.1017/s1041610212000774
- Cacioppo J. T., Hawkley L. C., Crawford L. E., Ernst J. M., Burleson M. H., Kowalewski R. B., Malarkey, W. B., Van Cauter E., Berntson, G. G. (2002). *Loneliness and Health: Potential Mechanisms. Psychosomatic Medicine*, *64*(3), 407–417. doi:10.1097/00006842-200205000-00005
- Cacioppo, J. T., & Hawkley, L. C. (2003). Social isolation and health, with an emphasis on underlying mechanisms. *Perspectives in Biology and Medicine*, *46*(3), S39 - 52. doi: 10.1.1.203.4916
- Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging*, *21*(1), 140–151. doi:10.1037/0882-7974.21.1.140;
- Cahill, S., South, K., & Spade, J. (2000). *Outing age: Public policy issues affecting gay, lesbian, bisexual, and transgender elders*. New York, NY: The Policy Institute of the National Gay and Lesbian Task Force Foundation.

- Campbell-Sills, L., & Stein, M. B. (2007). Psychometric analysis and refinement of the Connor–Davidson resilience scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 20(6), 1019-1028.
- Carvalho, S., Pinto-Gouveia, J., Pimentel, P., Maia, D., & Mota-Pereira, J. (2011). Características psicométricas da versão portuguesa da Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (Multidimensional Scale of Perceived Social Support MSPSS). *Psychologica - Avaliação Psicológica em Contexto Clínico*, 54, 309-358. doi: 10.14195/1647-8606_54_13
- Cary, L. A., Chasteen, A. L., & Remedios, J. (2017). The Ambivalent Ageism Scale: Developing and Validating a Scale to Measure Benevolent and Hostile Ageism. *The Gerontologist*, 57(2), e27-e36. doi: 10.1093/geront/gnw118
- Cattan, M., White, M., Bond, J., & Learmouth, A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing & society*, 25(1), 41-67.
- Chang, E. S., Kanno, S., Levy, S., Wang, S. Y., Lee, J. E., & Levy, B. R. (2020). Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review. *PloS one*, 15(1). doi: 10.1371/journal.pone.0220857
- Chen, Y., Hicks, A., & While, A. E. (2014). Loneliness and social support of older people in China: a systematic literature review. *Health & social Care in the Community*, 22(2), 113-123. doi: 10.1111/hsc.12051
- Choi, S. K., & Meyer, I. H. (2016). *LGBT aging: A review of research findings, needs, and policy implications*. Los Angeles: The Williams Institute.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76-82.
- Cosco, T. D., Howse, K., & Brayne, C. (2017). Healthy ageing, resilience and wellbeing. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26(6), 579-583. doi:10.1017/S2045796017000324
- Cox, S. (2006). Living on the edge: Gay men, risk-taking and depression. Report from The Medius Institute for Gay Men's Health, New York.

- De Jong-gierveld, J., & Havens, B. (2004). Cross-national comparisons of social isolation and loneliness: Introduction and overview. *Canadian Journal on Aging/La Revue Canadienne Du Vieillissement*, 23(2), 109–113. doi:10.1353/cja.2004.002
- de Vries, B., & Megathlin, D. (2009). The meaning of friendship for gay men and lesbians in the second half of life. *Journal of GLBT Family Studies*, 5, 82–98.
- Demo, D., Allen, K., & Fine, M. (2000). *Handbook of family diversity*. New York, NY: Oxford University Press.
- Emile, M., d'Arripe-Longueville, F., Cheval, B., Amato, M., & Chalabaev, A. (2014). An ego depletion account of aging stereotypes' effects on health-related variables. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 70(6), 876–885. doi:10.1093/geronb/gbu168
- Erosheva, E., Kim, H., Emlet, C., & Fredriksen-Goldsen, K. (2015). Social networks of lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults. *Research on Aging*, 38(1), 98–123.
- Faísca, L. R., Afonso, R. M., Pereira, H., & Patto, M. A. V. (2019). Solidão e sintomatologia depressiva na velhice [Loneliness and Depressive Symptoms in Old Age]. *Análise Psicológica*, 37(2), 209–222. doi:10.14417/ap.1549
- Färber, F., & Rosendahl, J. (2020). Trait resilience and mental health in older adults: A meta-analytic review. *Personality and Mental Health*, 14(4), 361-375. doi: 10.1002/pmh.1490
- Fernandes, J. B., Ramos, C., Domingos, J., Castro, C., Simões, A., Bernardes, C., Fonseca, J., Proença, L., Grunho, M., Moleirinho-Alves, P., Simões, S., Sousa-Catita, D., Vareta, D. A., & Godinho, C. (2022). Addressing Ageism-Be Active in Aging: Study Protocol. *Journal of Personalized Medicine*, 12(3), 354. doi: 10.3390/jpm12030354
- Ferreira, P. L (1998). *A Medição do Estado de Saúde: Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36*. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, Portugal.
- Ferreira, P. L (2000). Criação da versão portuguesa da MOS SF-36. Parte II – Testes de validação. *Acta Médica Portuguesa*, 13,119-127.
- Ferreira, P. L. (2000). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I–Adaptação Cultural e Linguística. *Acta Médica Portuguesa*, 13(1-2), 55-66. doi:11059056.

- Ferreira, P. L., Ferreira, L. N., & Pereira, L. N. (2012). Medidas sumário física e mental de estado de saúde para a população portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 30*(2), 163-171. doi:10.1016/j.rpsp.2012.12.007.
- Fredriksen-Goldsen, K. I., & Muraco, A. (2010). Aging and sexual orientation: A 25-year review of the literature. *Research on Aging, 32*, 372–413. doi:10.1177/0164027509360355
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Emler, C. A., Kim, H. J., Muraco, A., Erosheva, E. A., Goldsen, J., & Hoy-Ellis, C. P. (2012). 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. *The Gerontologist, 53*(4), 664-675. doi: 10.1093/geront/gns123
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Kim, H. J., Goldsen, J., Hoy-Ellis, C. P., Emler, C. A., Erosheva, E. A., & Muraco, A. (2013). LGBT older adults in San Francisco: Health, risks, and resilience—Findings from caring and aging with pride. *Seattle, WA: Institute for Multigenerational Health*.
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Kim, H. J., Hoy-Ellis, C. P., Goldsen, J., Jensen, D., Adelman, M., Costa, M., & de Vries, B. (2013)a. *Addressing the needs of LGB older adults in San Francisco: Recommendations for the future* (Report prepared for the LGB Aging Policy Task Force). Seattle, WA. Institute for Multigenerational Health.
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Kim, H. J., Shui, C., & Bryan, A. E. B. (2017). Chronic health conditions and key health indicators among lesbian, gay, and bisexual older US adults, 2013–2014. *American journal of public health, 107*(8), 1332-1338. doi: 10.2105/AJPH.2017.303922
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Kim, H., Emler, C. A., Muraco, A., Erosheva, E. A., Hoy-Ellis, C. P., Goldsen, J., & Petry, H. (2011). *The aging and health report: Disparities and resilience among lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults*. Seattle, WA: Institute for Multigenerational Health.
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Kim, H.-J., Shiu, C., Goldsen, J., & Emler, C. A. (2015). Successful aging among LGBT older adults: Physical and mental health-related quality of life by age group. *The Gerontologist, 55*(1), 154–168. doi:10.1093/geront/gnu081

- Frost, D. M., & Meyer, I. H. (2012). Measuring community connectedness among diverse sexual minority populations. *Journal of Sex Research, 49*, 36–49. doi:10.1080/00224499.2011.565427
- Galenkamp, H., Stronks, K., Mokkink, L. B., & Derks, E. M. (2018). Measurement invariance of the SF-12 among different demographic groups: The HELIUS study. *PloS one, 13*(9). doi:10.1371/journal.pone.0203483
- Golden, J., Conroy, R. M., Bruce, I., Denihan, A., Greene, E., Kirby, M., & Lawlor, B. A. (2009). Loneliness, social support networks, mood and wellbeing in community-dwelling elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 24*(7), 694–700. doi:10.1002/gps.2181
- Gonçalves, J. A. R., Costa, P. A., & Leal, I. (2018). Silver rainbow: estigma em homens gays idosos, uma perspectiva de stress minoritário. *Psicologia, Saúde & Doenças, 19*(1), 80-86.
- Gonçalves, J. A. R., Costa, P. A., & Leal, I. (2019). Minority stress in older Portuguese gay and bisexual men and its impact on sexual and relationship satisfaction. *Sexuality Research and Social Policy, 17*(2), 209-218. doi:10.1007/s13178-019-00385-1
- Grabovac, I., Smith, L., McDermott, D. T., Stefanac, S., Yang, L., Veronese, N., & Jackson, S. E. (2019). Well-being among older gay and bisexual men and women in England: a cross-sectional population study. *Journal of the American Medical Directors Association, 20*(9), 1080-1085 doi:10.1016/j.jamda.2019.01.119
- Greene, B. (2000). African American lesbian and bisexual women. *Journal of Social Issues, 56*(2), 239–249. doi:10.1111/0022-4537.00163
- Han, J., & Richardson, V. E. (2015). The relationships among perceived discrimination, self-perceptions of aging, and depressive symptoms: A longitudinal examination of age discrimination. *Aging & Mental Health, 19*(8), 747–755. doi:10.1080/13607863.2014.962007
- Hash, K. M., & Rogers, A. (2013). Clinical practice with older LGBT clients: Overcoming lifelong stigma through strength and resilience. *Clinical Social Work Journal, 41*(3), 249-257.

- Hatzenbuehler, M. L. (2009). How does sexual minority stigma “get under the skin”? A psychological mediation framework. *Psychological bulletin*, *135*(5), 707-730. doi:10.1037/a0016441.
- Hayman, K. J., Kerse, N., & Consedine, N. S. (2016). Resilience in context: the special case of advanced age. *Aging & Mental Health*, *21*(6), 577-585. doi:10.1080/13607863.2016.1196336.
- Heaphy, B. (2007). Sexualities, gender and ageing: Resources and social change. *Current Sociology*, *55*(2), 193–210. doi:10.1177/0011392107073301
- Heaphy, B. (2009). Choice and its limits in older lesbian and gay narratives of relational life. *Journal of GLBT Family Studies*, *5*, 119–138.
- Herek, G. M. (2000). The psychology of sexual prejudice. *Current Directions in Psychological Science*, *9*(1), 19- 22. doi: 10.1111/1467-8721.00051
- Herek, G. M. (2009). Sexual stigma and sexual prejudice in the United States: A conceptual framework. In D. A. Hope (Ed.), *Contemporary perspectives on lesbian, gay, and bisexual identities* (pp. 65–111). New York: Springer.
- Hsieh, N., & Liu, H. (2021). Social relationships and loneliness in late adulthood: Disparities by sexual orientation. *Journal of Marriage and Family*, *83*(1), 57-74. doi:10.1111/jomf.12681.
- ILGA-Europe. (2018, December). Rainbow Europe: countries ranking. Retrieved of <https://rainbow-europe.org/country-ranking>.
- Instituto Nacional de Estatísticas (INE). (2017). *Projeções de população residente 2015–2080 [Projections of resident population 2015– 2080]*. Lisbon: Author.
- Iversen, T. N., Larsen, L., & Solem, P. E. (2009). A conceptual analysis of ageism. *Nordic Psychology*, *61*(3), 4–22. doi:10.1027/1901-2276.61.3.4
- Jackson, S. A., Hackett, R. A., Grabovac, I., Smith, L., & Steptoe, A. (2019). Perceived discrimination, health and well-being among middle-aged and older lesbian, gay and bisexual people: A prospective study. *PLoS ONE*, *14*(5). doi: 10.1371/journal.pone.0216497

- Jacobs, R. J. &, & Kane, M. N. (2012). Correlates of loneliness in midlife and older gay and bisexual men. *Journal of Gay & Lesbian Social Services, 24*(1), 40–61. doi:10.1080/10538720.2012.643217
- Jacobs, R., Rasmussen, L., & Hohman, M. (1999). The social support needs of older lesbians, gay men, and bisexuals. *Journal of Gay & Lesbian Social Services, 9*(1), 1–30. doi:10.1300/J041v09n01_01
- Jeste, D. V., Savla, G. N., Thompson, W. K., Vahia, I. V., Glorioso, D. K., Martin, A. S., Palmer, B. W., Rock, D., Golshan, S., Kraemmer, H. C., & Depp, C. A. (2013). Association between older age and more successful aging: critical role of resilience and depression. *American Journal of Psychiatry, 170*(2), 188-196. doi:10.1176/appi.ajp.2012.12030386
- Juster, RP., McEwen, B. S., & Lupien S. J. (2010). Allostatic load biomarkers of chronic stress and impact on health and cognition. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 35*(1), 2–16. doi: 10.1016/j.neubiorev.2009.10.002.
- Kang, H., & Kim, H. (2022). Ageism and Psychological Well-Being Among Older Adults: A Systematic Review. *Gerontology and Geriatric Medicine, 8*. doi: 10.1177/23337214221087023
- Keuzenkamp, S., & Bos, D. (2007). *Out in the Netherlands: Acceptance of homosexuality in the Netherlands*. Den Haag. The Hague (The Netherlands): SCP/The Netherlands Institute for Social Research.
- Kim, H. (2015). *The mechanism of ageism: The relationship between perceived ageism and depressive symptoms in later life*. (Doctoral dissertation). Retrieved from ProQuest Dissertations & Theses Global Database. (Accession No. 3724288).
- Kim, H.-J., & Fredriksen-Goldsen, K. I. (2016). Living arrangement and loneliness among lesbian, gay, and bisexual older adults. *The Gerontologist, 56*(3), 548–558. doi:10.1093/geront/gnu083
- Kuyper, L., & Fokkema, T. (2009). Loneliness among older lesbian, gay, and bisexual adults: The role of minority stress. *Archives of Sexual Behavior, 39*(5), 1171–1180. doi:10.1007/s10508-009-9513-7.

- Kwon, P. (2013). Resilience in Lesbian, Gay, and Bisexual Individuals. *Personality and Social Psychology Review, 17*(4), 371-383. doi:10.1177/1088868313490248
- Lara, E., Martín-María, N., De la Torre-Luque, A., Koyanagi, A., Vancampfort, D., Izquierdo, A., & Miret, M. (2019). Does loneliness contribute to mild cognitive impairment and dementia? A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Ageing research reviews, 52*, 7-16. doi:10.1016/j.arr.2019.03.002
- Levy, B. (2009). Stereotype embodiment: A psychosocial approach to aging. *Current Directions in Psychological Science, 18*(6), 332–336. doi:10.1111/j.1467-8721.2009.01662.x
- Lick, D. J., Durso, L. E., & Johnson, K. L. (2013). Minority stress and physical health among sexual minorities. *Perspectives on Psychological Science, 8*, 521–548. doi:10.1177/1745691613497965
- Loving, T. J., Heffner, K. L., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2006). Physiology and interpersonal relationships. In A. L. Vangelisti & D. Perlman (Eds.), *The Cambridge handbook of personal relationships* (pp. 385–405). New York: Cambridge University Press.
- Lyons, A., Alba, B., Heywood, W., Fileborn, B., Minichiello, V., Barrett, C., Hinchliff, S., Malta, S., & Dow, B. (2018). Experiences of ageism and the mental health of older adults. *Ageing & Mental Health, 22*(11), 1456–1464. doi:10.1080/13607863.2017.1364347
- Lyons, A., Alba, B., Waling, A., Minichiello, V., Hughes, M., Barrett, C., Fredriksen-Goldsen, K., Savage, T., & Edmonds, S. (2021)a. Assessing the combined effect of ageism and sexuality-related stigma on the mental health and well-being of older lesbian and gay adults. *Ageing & Mental Health, 1-10*. doi:10.1080/13607863.2021.1978927
- Lyons, A., Alba, B., Waling, A., Minichiello, V., Hughes, M., Barrett, C., Fredriksen-Goldsen, K. I., Edmonds, S., & Blanchard, M. (2021). Recent versus lifetime experiences of discrimination and the mental and physical health of older lesbian women and gay men. *Ageing and Society, 41*(5), 1072–1093. doi:10.1017/S0144686X19001533
- Lyons, A., Croy, S., Barrett, C., & Whyte, C. (2015). Growing old as a gay man: How life has changed for the gay liberation generation. *Ageing and Society, 35*(10), 2229–2250. doi:10.1017/S0144686X14000889

- Lytle, A., Apriceno, M., Dyar, C., & Levy, S. R. (2018). Sexual orientation and gender differences in aging perceptions and concerns among older adults. *Innovation in Aging*, 2(3), igy036. doi:10.1093/geroni/igy036
- MacLeod, S., Musich, S., Hawkins, K., Alsgaard, K., & Wicker, E. R. (2016). The impact of resilience among older adults. *Geriatric Nursing*, 37(4), 266-272. doi: 10.1016/j.gerinurse.2016.02.014
- Marôco, J. (2018). *Análise Estatística com o SPSS Statistics.: 7ª edição*. ReportNumber, Lda.
- Marques, S. (2011). *Discriminação da Terceira Idade*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Maruish, M. E. (Ed.). (2012). *User's manual for the SF-12v2 Health Survey* (3rd ed.). Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated.
- McParland, J., & Camic, P. M. (2016). Psychosocial factors and ageing in older lesbian, gay and bisexual people: A systematic review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 25, 3415–3437. doi:10.1111/jocn.13251
- MetLife Mature Market Institute. (2010). *Still out, still aging*. Westport, CT: MetLife Mature Market Institute.
- Meyer, I. H. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 38- 56. doi: 10.2307/2137286
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129, 674-697. doi: 10.1037/0033-2909.129.5.674
- Meyer, I. H. (2015). Resilience in the study of minority stress and health of sexual and gender minorities. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(3), 209-213. doi:10.1037/sgd0000132
- Meyer, I. H., & Northridge, M. E. (2003). *The Health of Sexual Minorities*. New York: Springer US.
- Monroe, S. M. (2008). Modern Approaches to Conceptualizing and Measuring Human Life Stress. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4(1), 33–52. doi:10.1146/annurev.clinpsy.4.022007.141207

- Moreira, M. J. G. (2020). *Como envelhecem os portugueses: envelhecimento, saúde, idadeismo*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Nelson, T. D. (2005). Ageism: Prejudice against our feared future self. *Journal of Social Issues*, 61(2), 207–221. doi:10.1111/j.1540-4560.2005.00402.x
- Neto, F. (1989). A Escala de Solidão da UCLA: adaptação portuguesa. *Psicologia Clínica*, 2, 65-79.
- Neto, F. (2014). Psychometric analysis of the short-form UCLA Loneliness Scale (ULS-6) in older adults. *European Journal of Ageing*, 11(4), 313-319. doi:10.1007/s10433-014-0312-1
- Netuveli, G., & Blane, D. (2008). Quality of life in older ages. *British medical bulletin*, 85(1), 113-126. doi:10.1093/bmb/ldn003
- North, M. S., & Fiske, S. T. (2012). An inconvenienced youth? Ageism and its potential intergenerational roots. *Psychological Bulletin*, 138(5), 982–997. doi:10.1037/a0027843
- Orel, N. A. (2017). Families and support systems of LGBT elders. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 37(1), 89-109. doi:10.1891/0198-8794.37.89
- Organização Mundial da Saúde – OMS (2021). *Global report on ageism*. Geneva: World Health Organization.
- Organização Mundial da Saúde – OMS (2021)a. *Social isolation and loneliness among older people: advocacy brief*. Geneva: World Health Organization.
- Organização Mundial da Saúde – OMS (2015). *World report on ageing and health*. Geneva: World Health Organization.
- Orth, U., Trzesniewski, K. H., & Robins, R. W. (2010). Self-esteem development from young adulthood to old age: A cohortsequential longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98(4), 645–658. doi:10.1037/a0018769
- Ozbay, F., Johnson, D., Dimoulas, E., Morgan, C., Charney, D., & Southwick, S. (2007). Social support and resilience to stress: From neurobiology to clinical practices. *Psychiatry*, 4(5), 35–40.

- Pachankis, J. E., Cochran, S. D., & Mays, V. M. (2015). The mental health of sexual minority adults in and out of the closet: A population-based study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83*(5), 890-901. <https://doi.org/10.1037/ccp0000047>
- Palmore, E. (1999). *Ageism: Negative and positive*. Springer Publishing Company.
- Paulo, C. M. (2020). *Religiosidade, resiliência e envelhecimento bem-sucedido em homens gays e bissexuais mais velhos* (Dissertação de Mestrado). Universidade da Beira Interior.
- Pereira, H., & Silva, P. (2021). The Importance of Social Support, Positive Identity, and Resilience in the Successful Aging of Older Sexual Minority Men. *Geriatrics, 6*(4), 98. doi: 10.3390/geriatrics6040098
- Pereira, H., De Vries, B., Esgalhado, G., & Serrano, J. P. (2021). Loneliness Perceptions in Older Portuguese Gay and Bisexual Men, *Journal of Homosexuality*. doi: 10.1080/00918369.2021.1901504
- Pereira, H., De Vries, B., Serzedelo, A., Serrano, J. P., Afonso, R. M., Esgalhado, G., & Monteiro, S. (2019). Growing older out of the closet: A descriptive study of older LGB persons living in Lisbon, Portugal. *The International Journal of Aging and Human Development, 88*(4), 422-439. doi: 10.1177/0091415019836107
- Pereira, H., Serrano, J. P., Vries, B., Esgalhado, G., Afonso, R. M., & Monteiro, S. (2017). Aging perceptions in older gay and bisexual men in Portugal: A qualitative study. *The International Journal of Aging and Human Development, 87*, 5-32. doi:10.1177/0091415017720889
- Pocinho, M., Farate, C., & Dias, C. (2010). Validação psicométrica da escala UCLA-loneliness para idosos portugueses [Psychometric validation of the UCLA-loneliness scale for Portuguese older adults]. *Interações: Sociedade e Novas Modernidades, 18*, 65–77.
- Ribeiro-Gonçalves, J. A., Pereira, H., Costa, P. A., Leal, I., & de Vries, B. (2021). Loneliness, social support, and adjustment to aging in older Portuguese gay men. *Sexuality Research and Social Policy, 19*(1), 1-13. doi:10.1007/s13178-021-00535-4
- Rico-Uribe, L. A., Caballero, F. F., Martín-María, N., Cabello, M., Avuso-Mateos, J. L., & Miret, M. (2018). Association of loneliness with all-cause mortality: A meta-analysis. *PLoS One, 13*(1). doi: 10.1371/journal.pone.0190033

- Russell, D., Peplau, L.A., & Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminate validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(3), 472-480. doi:10.1037/0022-3514.39.3.472
- Sanders, T. C. (2008). M4M chat rooms: Individual socialization and sexual autonomy. *Culture, Health & Sexuality*, 10, 263–276. doi:10.1080/13691050701836936
- Scharlach, A., Damron-Rodriguez, J., Robinson, B., & Feldman, R. (2000). Educating social workers for an aging society. *Journal of Social Work Education*, 36(3), 521–538. doi:10.1080/10437797.2000.10779026
- Scherrer, K., & Fedor, J. (2015). Family issues for LGBT older adults. In N. Orel & C. Fruhauf (Eds.), *The lives of LGBT older adults: Understanding challenges and resilience* (pp. 171–192). Washington, DC: American Psychological Association.
- Schneiderman, N., Ironson, G., & Siegel, S. D. (2005). Stress and health: psychological, behavioral, and biological determinants. *Annual review of clinical psychology*, 1, 607-628. doi:10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144141.
- Serrano-Parra, M. D., Garrido-Abejar, M., Notario-Pacheco, B., Bartolomé-Gutierrez, R., Solera-Martínez, M., & Martínez-Vizcaino, V. (2012). Validez de la escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) en una población de mayores entre 60 y 75 años. *International Journal of psychological research*, 5(2), 49-57.
- Shen, K., & Zeng, Y. (2010). The association between resilience and survival among Chinese elderly. *Demogr Res*, 23(5), 105-116. doi:10.4054/DemRes.2010.23.5
- Smith, J. L., & Hollinger-Smith, L. (2015). Savoring, resilience, and psychological well-being in older adults. *Aging & mental health*, 19(3), 192-200.
- Stonewall. (2011). *Lesbian, gay and bisexual people in later life*. London: Author.
- Surkalim, D. L., Luo, M., Eres, R., Gebel, K., van Buskirk, J., Bauman, A., & Ding, D. (2022). The prevalence of loneliness across 113 countries: Systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 376.
- Torres, H., & Gore-Felton, C. (2007). Compulsivity, substance use, and loneliness: The loneliness and sexual risk model (LSRM). *Sexual Addiction and Compulsivity*, 14(1), 63–75. doi:10.1080/10720160601150147

- Ungar, M. (2011). The social ecology of resilience: addressing contextual and cultural ambiguity of a nascent construct. *American journal of orthopsychiatry*, *81*(1), 1-17. doi:10.1111/j.1939-0025.2010.01067.x.
- United Nations (UN). (2015). *World population prospects: The 2015 revision, key findings and advance tables*. New York, USA: Author.
- von Humboldt, S., Leal, I., Pimenta, F., & Maroco, J. (2013). Assessing adjustment to aging: A validation study for the Adjustment to Aging Scale (AtAS). *Social Indicators Research*, *119*, 455–472. doi:10.1007/s11205-013-0482-9.
- Wallace, S. P., Cochran, S. D., Durazo, E. M., & Ford, C. L. (2011). *The health of aging lesbian, gay and bisexual adults in California*. Los Angeles, CA: UCLA Center.
- Ware, J. E., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1994). SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual. *Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center*.
- Ware, J. E., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical care*, *34*(3), 220-233. doi:10.2307/3766749.
- Wermelinger Avila, M. P., Lucchetti, A. L. G., & Lucchetti, G. (2017). Association between depression and resilience in older adults: a systematic review and meta-analysis. *International journal of geriatric psychiatry*, *32*(3), 237-246. doi:10.1002/gps.4619
- Wild, K., Wiles, J. L., & Allen, R. E. (2013). Resilience: Thoughts on the value of the concept for critical gerontology. *Ageing & Society*, *33*(1), 137-158. doi:10.1017/S0144686X11001073.
- Wilson, R. S., Krueger, K. R., Arnold, S. E., Schneider, J. A., Kelly, J. F., Barnes, L. L., Tang, Y., & Bennett, D. A. (2007). Loneliness and risk of Alzheimer disease. *Archives of General Psychiatry*, *64*(2), 234–240. doi:10.1001/archpsyc.64.2.234
- Wister, A. V., Coatta, K. L., Schuurman, N., Lear, S. A., Rosin, M., & MacKey, D. (2016). A lifecourse model of multimorbidity resilience: theoretical and research developments. *The International Journal of Aging and Human Development*, *82*(4), 290-313. doi: 10.1177/0091415016641686

Wong, C. F., Schragger, S. M., Holloway, I. W., Meyer, I. H., & Kipke, M. D. (2014). Minority stress experiences and psychological well-being: The impact of support from and connection to social networks within the Los Angeles house and ball communities. *Prevention Science, 15*(1), 44-55. doi:10.1007/s11121-012-0348-4

Wong, C. F., Schragger, S. M., Holloway, I. W., Meyer, I. H., & Kipke, M. D. (2014). Minority stress experiences and psychological well-being: The impact of support from and connection to social networks within the Los Angeles house and ball communities. *Prevention Science, 15*(1), 44-55. doi:10.1007/s11121- 012-0348-4

Zimet, G.D., Dahlem, N., Zimet, S., & Farley, G. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment, 52*, 30-41.

Anexos

Anexo A - Consentimento Informado



Consentimento Informado

Promoção de Envelhecimento Saudável e Ajustamento Psicossocial das Minorias Sexuais Idosas Portuguesas (Fase II e III)

Prezado participante:

Sou estudante de psicologia clínica, no ISPA - Instituto Universitário, e estou atualmente a realizar um estudo, para o meu projeto de dissertação, sobre a saúde em pessoas com 60 ou mais anos, com o objetivo principal de avaliar quais variáveis psicossociais (solidão, discriminação associada à idade, suporte social, e resiliência) podem estar a proteger ou a prejudicar os seus níveis de saúde mental e física durante o processo de envelhecimento.

A equipa de investigação deste estudo é composta por mim, Sofia Munhá Lucas Inácio, pelo Dr. José Alberto Ribeiro Gonçalves, tendo como supervisores científicos a Dra. Isabel Leal e o Dr. Pedro Alexandre Costa. O projeto de investigação foi aprovado pela *Comissão de ética do ISPA – Instituto Universitário*.

Solicitamos que preencha o questionário que lhe apresentaremos a seguir. Terá diferentes secções de perguntas, que estimamos demorará 15 minutos a responder. Por favor, lembre-se que pode omitir qualquer pergunta que não deseje responder. No fim do estudo terá a oportunidade de deixar os seus comentários aos investigadores, se assim o desejar.

Todos os dados obtidos neste estudo serão codificados, e permanecerão completamente anónimos. Nenhuma informação que o identifique será solicitada neste estudo. Todas as informações que disponibilizar serão cuidadosamente tratadas por forma a garantir a confidencialidade dos dados.

A sua participação é voluntária, e se quiser desistir do estudo é livre de fazê-lo em qualquer momento, sem qualquer tipo de consequência, e sem ter de dar qualquer justificação.

Depois de ter concluído e submetido o seu questionário, não será possível retirar-se do estudo porque não haverá qualquer forma de identificar a sua participação individual.

É pouco provável que este estudo possa causar-lhe algum desconforto, mas caso queira conversar com alguém sobre algum aspeto relacionado com o estudo, no final disponibilizamos alguns contactos que podem ser úteis, incluindo serviços de apoio. Poderá também contactar-me para que possa indicar-lhe contactos de serviços de apoio psicológico.

Obrigado pela sua participação!

Se tem alguma pergunta, comentário, ou deseja obter informações acerca dos resultados do estudo, sinta-se à vontade para entrar em contato comigo, ou com qualquer um dos membros desta equipa de investigação.

José Alberto Ribeiro Gonçalves (jgoncalves@ispa.pt)

Sofia Munhá Lucas Inácio (sofiamunha99@gmail.com)

Pedro Alexandre Costa (pcosta@ispa.pt)

Isabel Leal (ileal@ispa.pt)

Ao avançar para o questionário, está a fornecer o seu consentimento para participar neste estudo. Agradecemos sinceramente a sua ajuda.

Anexo B - Questionário Sociodemográfico

Parte 1

Antes de começarmos, gostaríamos de saber alguns dados gerais sobre si.

1. Qual é a sua **idade**? (anos) _____

2. Qual é o seu **sexo** de nascimento? _____

3. Com que **género** se identifica? _____

4. Qual é a sua **orientação sexual**? _____

5. Como define a sua **identidade sexual**? _____

6. Em que **país** habita? _____

7. Em que **distrito** vive? _____

8. Qual é a sua **nacionalidade**? _____

9. Tem alguma **religião**? Não Sim. Se sim, qual? _____

10. Com quem **vive**? _____

11. Como descreve o **local onde habita**? Urbano Rural Semiurbano

12. Tem **filhos**? Não Sim. Quantos? _____

13. Tem **netos**? Não Sim. Quantos? _____

14. Qual é o seu **estado civil**? Solteiro/a Casado/a Em união de facto
 Divorciado/a Viúvo/a

15. Atualmente encontra-se numa **relação de compromisso**? Sim Não

Se sim, mantém relação de compromisso **com apenas uma pessoa**? Sim Não

Se sim, qual é o **sexo da pessoa** com quem mantém relação de compromisso?

16. Qual foi o último **grau de ensino** que completou? Até ao 4º ano (1º ciclo) 6º ano (2º ciclo) 9º ano (3º ciclo) 12º ano (secundário) Licenciatura ou Bacharelato Mestrado ou Pós-graduação Doutoramento

17. Qual é a sua atividade profissional atual? Empregado/a a tempo inteiro
 Emprega do/a a tempo parcial Desempregado/a Reformado/a Outra. Qual?

18. Em qual dos seguintes intervalos se situa, aproximadamente, o rendimento anual bruto do seu agregado familiar? Até €7,000 Entre €7,001 e €20,000 Entre €20,001 e €40,000 Entre €40,001 e €80,000 Mais de €80,000

19. Possui alguma das seguintes doenças?

Diabetes	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, há quanto tempo? _____ anos
Hipertensão	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, há quanto tempo? _____ anos
VIH	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, há quanto tempo? _____ anos
Doença Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, há quanto tempo? _____ anos
Doença Oncológica (cancro)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, há quanto tempo? _____ anos
Doenças Reumáticas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, há quanto tempo? _____ anos
Obesidade	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, há quanto tempo? _____ anos
Doenças Neurodegenerativa (Parkinson, alzheimer, outra)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, há quanto tempo? _____ anos

Possui outras doenças que não foram mencionadas na lista anterior?

Se sim, por favor indique qual/quais é/são

Anexo C - Carta de Esclarecimento Pós Investigação

Muito obrigado pela sua Participação!

A sua ajuda foi fundamental!

Com a sua colaboração entenderemos melhor que aspetos podem estar a proteger ou a prejudicar os seus níveis de saúde mental e física durante o processo de envelhecimento.

Relembro que, caso tenha alguma pergunta, comentário, ou deseje obter informações acerca dos resultados do estudo, poderá sempre contactar-nos.

Contactos: José Alberto Ribeiro Gonçalves (jgoncalves@ispa.pt)

Sofia Munhá Lucas Inácio (sofiamunha99@gmail.com)

Apenas para os que se identifiquem como minoria.

É pouco provável que este estudo possa causar-lhe algum desconforto, mas caso queira conversar com alguém sobre algum aspeto relacionado com este estudo disponibilizamos a seguir alguns **contactos** que podem ser úteis, incluindo **serviços de apoio psicológico**:

ASSOCIAÇÃO ILGA

Intervenção Lésbica, Gay, Bissexual e Transgénero

<http://ilga-portugal.pt>;

E-mail: ilga-portugal@ilga.org

-CENTRO LGBT

R. dos Fanqueiros, 40 – 1100-231 LISBOA

<https://www.facebook.com/CentroLGBT/>

-LINHA LGBT

Linha telefónica de Apoio e Informação: 218 873 922

-SAP –SERVIÇO DE ACONSELHAMENTO PSICOLÓGICO

sap@ilga-portugal.pt / 927 247 468

-SAV – SERVIÇO DE APOIO A VÍTIMAS LGBT

sav@ilga-portugal.pt

-ILGA PORTO

<http://porto.ilga-portugal.pt>

927567666 / 969367005

E-mail: ilga-portugal@ilga.org

OPUS DIVERSIDADES

<http://www.opusgay.org/>

e-mail: geral@opusgay.org ou opusgay@opusgay.org

tlm: 924467485 / 962400017

Rua da ilha terceira, 34-2º - 1000-173, Lisboa.

-ATENDIMENTO POR PSICÓLOGO ON-LINE

Dra. Rosa Pires

consultorio.lisboa@opusgay.org

-ATENDIMENTO SENIORES

lgbtseniores@opusgay.org

ASSOCIAÇÃO PLANO I

[http://www.associacaoplanoi.org/;](http://www.associacaoplanoi.org/)

e-mail: info@associacaoplanoi.org

-CENTRO GIS (Centro de Respostas às Populações LGBT)

Rua de Brito Capelo, n.º 223 - loja 40; 4450-073 MATOSINHOS

<https://www.facebook.com/centrogis/>

CASA

Centro Avançado de Sexualidade e Afetos

<http://www.ass.casa.com>

e-mail: geral@ass-casa.com

tlm: 918444828

Rua Santa Catarina, 1538 - Porto

<https://pt-pt.facebook.com/AssociacaoCASA/>

JANO

Associação de Apoio a Pessoas com Disforia de Género

Apoio Psicológico, Social, Jurídico, Familiar e Comunitário a pessoas com disforia de género e transsexuais.

<https://www.facebook.com/jano.portugal;>

e-mail: jano.portugal@hotmail.com

Pç. D. Filipa de Lencastre, 22, 6º andar, sala 97 - 4250-207 Porto.

tlm: 910 085 224