

Sexualidade e seus efeitos na sintomatologia depressiva e qualidade de vida de pessoas idosas

Sexuality and its effects on older adults' depressive symptoms and quality of life

La sexualidad y sus efectos sobre los síntomas depresivos y la calidad de vida de los ancianos

Edison Vitório de Souza Júnior^I

ORCID: 0000-0003-0457-0513

Diego Pires Cruz^{II}

ORCID: 0000-0001-9151-9294

Lais Reis Siqueira^{III}

ORCID: 0000-0002-6720-7642

Uanderson Silva Pirôpo^{IV}

ORCID: 0000-0002-4476-4315

Randson Souza Rosa^{IV}

ORCID: 0000-0001-7093-0578

Benedito Fernandes da Silva Filho^{II}

ORCID: 0000-0003-2464-9958

Namie Okino Sawada^{III}

ORCID: 0000-0002-1874-3481

^IUniversidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

^{II}Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié, Bahia, Brasil.

^{III}Universidade Federal de Alfenas. Alfenas, Minas Gerais, Brasil.

^{IV}Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil.

Como citar este artigo:

Souza Júnior EV, Cruz DP, Siqueira LR, Pirôpo US, Rosa RS, Silva Filho BF, et al. Sexuality and its effects on older adults' depressive symptoms and quality of life. Rev Bras Enferm. 2023;76(1):e20210645. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0645pt>

Autor Correspondente:

Edison Vitório de Souza Júnior
E-mail: edison.vitorio@usp.br



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho
EDITOR ASSOCIADO: Fátima Helena Espírito Santo

Submissão: 03-09-2021 **Aprovação:** 12-08-2022

RESUMO

Objetivos: analisar os efeitos da sexualidade na sintomatologia depressiva e qualidade de vida de pessoas idosas. **Métodos:** estudo transversal e analítico, desenvolvido com 596 pessoas idosas, que preencheram quatro instrumentos para a coleta dos dados. Os dados foram analisados com o Teste de Kruskal-Wallis e a Modelagem de Equações Estruturais, com Intervalo de Confiança de 95%. **Resultados:** dentre as dimensões da sexualidade, somente as adversidades física e social exerceram efeitos estatisticamente significantes na sintomatologia depressiva (CP=-0.095; p=0,003), porém com fraca magnitude. Além disso, todas as dimensões da sexualidade exerceram efeitos estatisticamente significantes na qualidade de vida, sendo de fraca magnitude para o ato sexual (CP=0.171; p=0,010) e para as adversidades física e social (CP=0.228; p<0,001), e moderada magnitude para as relações afetivas (CP=0.474; p<0,001). **Conclusões:** observaram-se efeitos de diferentes magnitudes entre as dimensões da sexualidade sob a sintomatologia depressiva e qualidade de vida dos participantes. **Descritores:** Idoso; Sexualidade; Depressão; Qualidade de Vida; Saúde do Idoso.

ABSTRACT

Objectives: to analyze the effects of sexuality on depressive symptoms and quality of life in older adults. **Methods:** a cross-sectional and analytical study, developed with 596 older adults, who completed four instruments for data collection. Data were analyzed using the Kruskal-Wallis test and Structural Equation Modeling, with a 95% Confidence Interval. **Results:** among the sexuality dimensions, only physical and social adversities exerted statistically significant effects on depressive symptoms (SC=-0.095; p=0.003), but with low magnitude. Moreover, all sexuality dimensions had statistically significant effects on quality of life, being of low magnitude for sexual act (SC=0.171; p=0.010) and for physical and social adversities (SC=0.228; p<0.001), and moderate magnitude for affective relationships (SC=0.474; p<0.001). **Conclusions:** effects of different magnitudes were observed between sexuality dimensions on participants' depressive symptoms and quality of life. **Descriptors:** Aged; Sexuality; Depression; Quality of Life; Health of the Elderly.

RESUMEN

Objetivos: analizar los efectos de la sexualidad sobre los síntomas depresivos y la calidad de vida en ancianos. **Métodos:** estudio transversal y analítico, desarrollado con 596 ancianos, que cumplimentaron cuatro instrumentos para la recolección de datos. Los datos se analizaron mediante la prueba de Kruskal-Wallis y el modelado de ecuaciones estructurales, con un Intervalo de Confianza del 95%. **Resultados:** entre las dimensiones de la sexualidad, solo las adversidades físicas y sociales ejercieron efectos estadísticamente significativos sobre los síntomas depresivos (CE=-0,095; p=0,003), pero de baja magnitud. Además, todas las dimensiones de la sexualidad tuvieron efectos estadísticamente significativos sobre la calidad de vida, siendo de baja magnitud para el acto sexual (CE=0,171; p=0,010) y para las adversidades físicas y sociales (CE=0,228; p<0,001), y magnitud moderada para las relaciones afectivas (CE=0,474; p<0,001). **Conclusiones:** se observaron efectos de diferente magnitud entre las dimensiones de la sexualidad sobre los síntomas depresivos y la calidad de vida de los participantes. **Descriptor:** Anciano; Sexualidad; Depresión; Calidad de Vida; Salud del Anciano.

INTRODUÇÃO

À medida que ocorre o incremento da população idosa, há também o aumento substancial de patologias prevalentes na velhice, como as doenças neurológico-degenerativas e a depressão⁽¹⁾. A depressão está diretamente relacionada ao aumento da morbimortalidade, baixa adesão terapêutica e déficit de autocuidado. Além disso, a doença onera, substancialmente, os serviços de saúde e diminui a qualidade de vida (QV) dos acometidos, configurando-se um importante problema de saúde pública, em virtude de seus desfechos indesejáveis nos contextos individual e familiar⁽²⁾.

A taxa de diagnóstico de depressão na população idosa é subdimensionada. Há estimativas de que 50% dos casos não são diagnosticados pelos profissionais da saúde da atenção primária, especialmente pelo fato de os sintomas serem semelhantes à senescência. Alguns sintomas citados são relacionados às queixas físicas, como sonolência, inapetência, fadiga e indisposição, que, muitas vezes, são confundidas com o processo orgânico de adaptação ao envelhecimento⁽¹⁾.

A depressão é uma condição psiquiátrica caracterizada pela redução do humor, cuja etiologia se relaciona, especialmente, com a situação de perda e as modificações fisiológicas e de papel social, comumente observadas na velhice. Trata-se de uma das mais graves afecções, visto que 48,9% da população idosa sofre de doenças crônicas, e a depressão representa 9,2% dessa estimativa⁽¹⁾.

Nessa perspectiva, torna-se imprescindível a implementação de novas estratégias assistenciais para reduzir, significativamente, os casos de depressão entre as pessoas idosas. É nesse sentido que torna evidente a atuação da Atenção Primária à Saúde (APS) em atividades que promovam um envelhecimento ativo e bem-sucedido, especialmente abordando temáticas sobre sexualidade entre as pessoas idosas nas mais diversas formas de interação individual e coletiva, pois aponta-se que a sexualidade faz parte de sua identidade, relações sociais e saúde mental⁽³⁾, além de afirmarem o desejo em expressá-la⁽⁴⁻⁵⁾.

A sexualidade é um conceito não reduzido ao sexo, e pode ser compreendido como um constructo caracterizado pela multidimensionalidade, envolvendo expressões de sentimentos, cognição e pensamentos como o afeto, carinho, toque, abraço, intimidade, amor e o ato sexual propriamente dito⁽⁶⁻⁹⁾. Trata-se, portanto, de uma vivência natural que obedece aos impulsos fisiológicos próprios do indivíduo⁽¹⁰⁾.

O grande desafio, porém, em trabalhar a sexualidade de pessoas idosas, diz respeito à existência de julgamentos e vigilância constante da sociedade, pois divulga-se erroneamente que a sexualidade só pode ser experimentada pelos jovens, o que acaba inibindo a identidade das pessoas idosas, e suas vivências se tornam suprimidas. Como consequência, o indivíduo pode ter implicações na saúde mental por não se sentir apto socialmente em ter tal experiência⁽¹¹⁻¹²⁾.

Todavia, informa-se que a expressão da sexualidade tem início desde o nascimento⁽¹³⁾ e continua se desenvolvendo na velhice⁽¹⁴⁾. Trata-se de um componente considerado uma necessidade humana básica, essencial para a saúde⁽¹⁵⁾, bem-estar⁽¹³⁾ e QV^(10,16). A QV é um termo utilizado para referir à percepção individual em relação à harmonia existente entre diversos aspectos que estruturam o cotidiano de uma pessoa, como os fatores intrínsecos

e extrínsecos que se relacionam com o estilo de vida⁽¹⁷⁾. Devido à necessidade de incrementar qualidade ao processo de envelhecimento, a QV tem se tornado um importante marcador de saúde, capaz de reorientar as práticas assistenciais⁽¹⁸⁾.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define QV como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”⁽¹⁹⁾.

Diante do exposto, a hipótese deste estudo é que a sexualidade exerce efeitos fortes e negativos, sob a sintomatologia depressiva, e efeitos fortes e positivos, sob a QV das pessoas idosas. Se essa hipótese for confirmada, a sexualidade pode se constituir uma das estratégias capaz de auxiliar no manejo da QV e dos casos de depressão entre as pessoas idosas, surgindo, portanto, uma nova perspectiva de atuação dos profissionais da saúde, especialmente na atenção primária.

OBJETIVO

Analisar os efeitos da sexualidade na sintomatologia depressiva e QV de pessoas idosas.

MÉTODOS

Aspectos éticos

Considerando os aspectos éticos da pesquisa científica, este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), obtendo aprovação no ano de 2020, em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Ressalta-se que todos os participantes leram e concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), disponibilizado na íntegra na página inicial dos questionários. Uma cópia do TCLE foi enviada na modalidade oculta para todos os e-mails informados, garantido, portanto, o anonimato das informações pessoais.

Desenho, período e local do estudo

Trata-se de um estudo transversal, desenvolvido entre os meses de julho e outubro de 2020. O estudo foi desenvolvido exclusivamente *online* com participantes das cinco regiões brasileiras: Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul. Não houve encontros presenciais entre pesquisador e participantes.

Amostra; critérios de inclusão e exclusão

O tamanho amostral foi definido, *a priori*, considerando uma população infinita, proporção conservadora de 50%, nível de confiança de 95% ($z_{\alpha/2} = 1,96$) e margem de erro de 5% ($\alpha=0,05$), o que resultou em uma amostra de 385 participantes. Todavia, no intuito de sanar perdas pela insuficiência nas respostas ao questionário, houve acréscimo superior a 50% ($n=211$), o que resultou em um tamanho amostral final de 596 participantes.

Os participantes foram recrutados conforme a técnica de amostragem não probabilística do tipo consecutiva. Consideraram-se

como critérios de inclusão os participantes de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos, casados, em união estável ou com parceiro(a) fixo(a), em virtude do instrumento sobre sexualidade avaliar constructos referentes ao participante e ao seu respectivo cônjuge⁽²⁰⁾, residentes em qualquer região do Brasil, com acesso à *internet* e conta ativa na rede social *Facebook*.

Os critérios de exclusão foram pessoas idosas com dependência funcional, hospitalizadas, residentes em instituições de longa permanência ou similares e aquelas que convivem com alguma patologia neurodegenerativa que impossibilitasse a compreensão dos instrumentos. Esse controle foi realizado por meio de quatro perguntas, como forma de rastreamento, disponibilizadas logo no início da página, na qual foram fornecidas as informações iniciais do estudo. Só participaram do estudo as pessoas idosas que negaram todas as questões realizadas.

Protocolo do estudo

Realizou-se a coleta de dados, exclusivamente, na plataforma *online* da rede social *Facebook*, sem encontros presenciais. O convite para a participação foi publicado na página do *Facebook* por meio de um *hyperlink* que forneceu acesso direto ao questionário do estudo. O questionário foi construído na plataforma *Google Forms*, sendo dividido em quatro seções.

A primeira seção foi elaborada no intuito de traçar o perfil biosociodemográfico dos participantes, constando informações como faixa etária, sexo, situação conjugal, religião, etnia, escolaridade, orientação sexual, orientação sobre sexualidade pelos profissionais de saúde e localização geográfica.

A segunda seção se referiu à coleta de dados sobre a sexualidade, que foi avaliada pela Escala de Vivências Afetivas e Sexuais do Idoso (EVASI), construída e validada no Brasil em 2012⁽²⁰⁾. Trata-se de uma escala psicométrica com 38 itens e três dimensões: ato sexual, relações afetivas e adversidades física e social. As respostas da EVASI estão organizadas em escala tipo Likert, variando de 1 (nunca) a 5 pontos (sempre), e não há ponto de corte. Os resultados são interpretados na perspectiva de que o maior escore indica melhor vivência da sexualidade pelas pessoas idosas⁽²⁰⁾. Destaca-se que a dimensão adversidades física e social é constituída por questões negativas e, portanto, houve a inversão dos valores para que todas as dimensões estivessem na mesma direção de análise.

A terceira seção se referiu à coleta de informações sobre o rastreamento de depressão por meio da Escala de Depressão Geriátrica (EDG), validada no Brasil e composta por 15 questões⁽²¹⁾, cuja pontuação varia de 0 a 15 pontos. Consideraram-se como ponto de corte os valores de 5/6 (não caso/caso), que podem ser interpretados da seguinte maneira: sem sintomas (0 a 5 pontos), sintomas depressivos leves (6 a 10 pontos) e sintomas depressivos severos (11 a 15 pontos)⁽²²⁾.

Por fim, a quarta seção foi elaborada para avaliar a QV dos participantes, por meio do instrumento padronizado e validado no Brasil denominado *World Health Organization Quality of Life – Old* (WHOQOL-Old)⁽²³⁾. Trata-se de um instrumento específico para a população idosa, organizado em 24 questões e seis facetas: habilidades sensoriais; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte e morrer; e intimidade. As respostas estão estruturadas em escala tipo Likert (1 a 5), e o escore total varia entre 24 e 100 pontos. Esse instrumento não

possui ponto de corte, e é interpretado da seguinte forma: quanto maior a pontuação, melhor é a QV e, de modo oposto, a menor pontuação indica pior QV.

Neste estudo, não foi utilizada uma versão genérica do instrumento de QV, haja vista que, inicialmente, os participantes demonstraram resistência em aderir ao estudo, devido ao excesso de questões. Desse modo, decidiu-se remover do estudo o instrumento WHOQOL-Bref, permanecendo apenas o WHOQOL-Old. A decisão pela permanência do WHOQOL-Old foi fundamentada no estudo de validação da EVASI⁽²⁰⁾, no qual a autora encontrou forte correlação entre esses dois instrumentos (0,64), sendo revelado que a EVASI prediz 41% da QV avaliada pelo WHOQOL-Old. Além do mais, a autora encontrou limites de confiança estreitos, com inclinação da amostra entre 0,24 e 0,33, $F(1,198)=11,74$ e valor de $p<0,001$, considerando um intervalo de 95%, o que demonstra que os resultados não foram decorrentes de erro amostral⁽²⁰⁾.

Vale destacar que, em virtude de as pessoas idosas participarem ativamente em redes sociais e possuírem habilidades suficientes para manusearem aparelhos eletrônicos no acesso às redes (*laptop*, computador, *tablet* e/ou celular), houve dispensa de questionário para avaliar a cognição. Ademais, antes de os participantes terem acesso às perguntas do questionário, solicitou-se, obrigatoriamente, a inclusão do *e-mail*, para evitar multiplicidade de respostas de um mesmo participante.

Análise dos resultados e estatística

Inicialmente, os dados foram transportados para o *software* estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 25.0. Realizou-se a análise da distribuição dos dados pelo Teste de Kolmogorov-Smirnov, o qual evidenciou distribuições não normais ($p<0,001$). As variáveis nominais foram apresentadas por meio de frequências absolutas e relativas, enquanto que as variáveis numéricas foram apresentadas por meio de mediana e intervalo interquartil (IIQ).

Foi utilizada a estatística não paramétrica, representada pelo Teste H de Kruskal-Wallis, para comparar a sexualidade e a QV dos participantes de acordo com a intensidade das sintomatologias depressivas. Para analisar os efeitos da sexualidade (variável independente) sob a sintomatologia depressiva e QV (variáveis dependentes), foi realizada a Modelagem de Equações Estruturais (SEM) no *software* estatístico STATA. Trata-se de um método de análise que permite investigar a plausibilidade de modelos teóricos capazes de explicar relações entre diversas variáveis⁽²⁴⁾. Além disso, apesar do presente estudo ser transversal, a aplicação da SEM permite a mensuração de efeitos diretos e indiretos de uma variável sob a outra⁽²⁵⁾.

No modelo proposto, foram incluídas uma variável latente com indicadores de carga fatorial acima de 0,50 e quatro variáveis observadas. Assim, a latente QV foi formada pelos domínios autonomia (DOM2), atividade passada, presente e futura (DOM3), participação social (DOM4) e intimidade (DOM6). Enquanto isso, as variáveis observáveis foram formadas pelos domínios ato sexual (EVASI1), relações efetivas (EVASI2) e adversidade física e social (EVASI3), e pela sintomatologia depressiva (GDS). Os coeficientes padronizados (CP), juntamente com seus respectivos Intervalos de Confiança de 95% (IC95%) foram utilizados para a interpretação

dos dados, conforme o preconizado por Kline⁽²⁶⁾: efeito pequeno (CP=0,10); efeito médio (CP=0,30) e efeito forte (CP>0,50).

Para certificar a adequação do modelo, foram utilizados alguns índices de ajustes: o *Comparative Fit Index* (CFI) e o *Tucker-Lewis Index* (TLI), com valores mais próximos de 1, indicando melhor ajuste⁽²⁵⁾; o índice de ajuste absoluto *Adjusted Goodness-of-Fit Index* (AGFI), variando entre 0 e 1, sendo que valores $\geq 0,90$ indicam modelos bem ajustados⁽²⁷⁾; a *Standardized Root Mean Square Residual* (SRMR), com valores $< 0,08$, indicando um bom ajuste, e $< 0,10$, um ajuste aceitável^(24,26); e a *Root-Mean-Square Error of Approximation* (RMSEA), com seu IC de 90% (IC90%), e a seguinte interpretação: ajuste perfeito (RMSEA=0); bom ajuste (RMSEA $< 0,05$); ajuste moderado (RMSEA= 0,05–0,08); ajuste medíocre (RMSEA=0,08–0,10); e ajuste inadequado (RMSEA>0,10)⁽²⁸⁾.

RESULTADOS

Observa-se na Tabela 1 a descrição das variáveis biosocio-demográficas dos participantes. Nota-se maior predominância de homens idosos (66,1%), brancos (65,3%), com ensino médio (36,9%) e que nunca receberam orientações sobre sexualidade pelos profissionais de saúde (77,0%). Ademais, constatou-se maior prevalência de pessoas idosas sem sintomatologias depressivas (72,0%), seguida de sintomatologia leve (19,1%) e severa (8,9%).

Nota-se na Tabela 2 que as pessoas idosas sem sintomatologia depressiva melhor experienciam sua sexualidade, quando comparadas àquelas como sintomatologias leves e severas. Observa-se também que, para as pessoas idosas sem sintomatologia depressiva, o ato sexual e as relações afetivas apresentaram pontuações semelhantes, indicando que as vivências nessas dimensões são equivalentes. De outro modo, as pessoas idosas com sintomatologias depressivas severas apresentaram melhor vivência em sexualidade no ato sexual em detrimento das relações afetivas.

No que se refere à QV, observa-se que, independentemente da presença ou ausência de sintomatologia depressiva, a melhor QV foi evidenciada na faceta habilidades sensoriais. Por fim, de maneira geral, observou-se que as pessoas idosas sem sintomatologia depressiva apresentaram melhor vivência em sexualidade e melhor QV em todas as dimensões avaliadas, com diferenças estatisticamente significantes.

No modelo de mensuração, a latente QV (QoL), mostrou cargas fatoriais adequadas ($>0,5$) para a totalidade dos domínios, a exceção das habilidades sensoriais (DOM1) e morte e morrer (DOM5). A latente QoL, juntamente com a avaliação da sexualidade e da sintomatologia depressiva, compuseram o modelo estrutural proposto (Figura 1). Foi possível evidenciar bom ajustamento do modelo pela avaliação dos índices RMSEA (0,09 [IC95% 0,07–0,11]), TLI (0,930), CFI (0,964) e SRMR (0,03).

Nota-se que, entre os domínios da sexualidade e a sintomatologia depressiva, os efeitos diretos foram fracos e não significativos para a EVASI1 (CP=0,024; IC95%= - 0.119 – 0.072; p=0,684) e EVASI2 (CP=0,042; IC95%= -0.062 – 0.146; p=0,505), mostrando-se significativos somente para a EVASI3 (CP=-0,095; IC95%=-0.147 – -0.043; p=0,003), porém com fraca magnitude, conforme Tabela 3.

No que diz respeito aos efeitos diretos sob a QV, foram fracos e positivos, para a EVASI1 (CP=0,171; IC95%= 0,061 – 0,280; p=0,010)

e EVASI3 (CP=0,228; IC95%=0,170 – 0,286; p<0,001), e moderado, para a EVASI2 (CP=0,474; IC95%=0,366 – 0,583; p<0,001).

Quando considerados os efeitos indiretos da sexualidade (isto é, mediados pela QV), nota-se que eles reduzem, significativamente, a sintomatologia depressiva (isto é, mediados pela QV), sendo de fraca magnitude, para a EVASI1 (CP= -0.128; IC95%= -0.210 – -0.046; p=0,011) e EVASI3 (CP= -0.171; IC95% -0.219 – -0.122; p<0,001), e de moderada magnitude, para a EVASI2 (CP=-0.355. IC95%= -0.450 – -0.261; p<0,001), conforme Tabela 3.

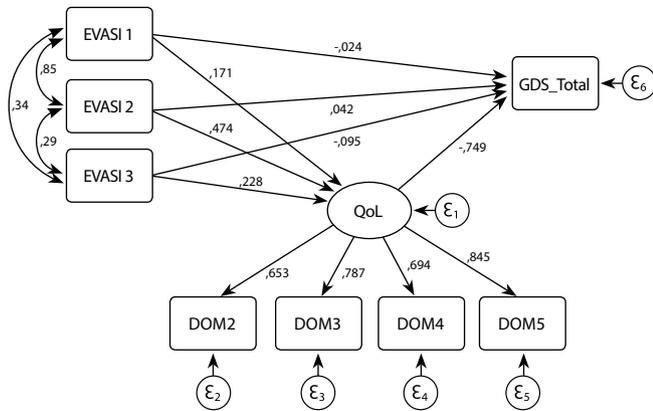
Tabela 1 – Características biosociodemográficas dos participantes, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2020

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	394	66,1
Feminino	202	33,9
Idade (anos)		
60 - 64	295	49,5
65 - 69	188	31,5
70 - 74	80	13,4
75 - 79	28	4,7
≥ 80 anos	5	0,8
Escolaridade		
Primário	51	8,6
Fundamental	107	18,0
Médio	220	36,9
Superior	218	36,6
Etnia		
Branca	389	65,3
Amarela	11	1,8
Negra	30	5,0
Parda	151	25,3
Indígena	5	0,8
Não sabe	10	1,7
Religião		
Católico	291	48,8
Protestante	85	14,3
Espírita	73	12,2
De origens africanas	11	1,8
Outras	66	11,1
Sem religião	70	11,7
Estado civil		
Casado	358	60,1
União estável	120	20,1
Com parceria fixa	118	19,8
Tempo de convivência		
≤ 5 anos	116	19,5
Entre 6 e 10 anos	46	7,7
Entre 11 e 15 anos	60	10,1
Entre 16 e 20 anos	35	5,9
> 20 anos	339	56,9
Mora com os filhos		
Sim	188	31,5
Não	382	64,1
Não tenho filhos	26	4,4
Já teve orientação sobre sexualidade		
Sim	137	23,0
Nunca	459	77,0
Orientação sexual		
Heterossexual	515	86,4
Homossexual	19	3,2
Bissexual	8	1,3
Outros	54	9,1
Região do Brasil		
Nordeste	131	22,0
Centro-Oeste	78	13,1
Sudeste	264	44,3
Sul	123	20,6

Tabela 2 – Comparação da sexualidade e qualidade de vida de homens e mulheres idosas de acordo com os sintomas depressivos, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2020

Variáveis	Sintomatologia Depressiva			H	Valor de p
	Ausente Mediana (IIQ)	Leve Mediana (IIQ)	Severa Mediana (IIQ)		
Sexualidade					
AS	76,00 (67,00 – 81,50)	62,00 (54,25 – 72,25)	58,00 (44,00 – 65,00)	112,863	<0,001*
RA	76,00 (67,00 – 82,00)	63,00 (55,00 – 71,25)	56,00 (42,50 – 66,00)	115,808	<0,001*
AFS	9,00 (8,50 – 11,00)	8,00 (7,00 – 11,00)	7,00 (5,00 – 9,00)	53,745	<0,001*
SG	159,00 (142,50 – 169,00)	134,50 (114,00 – 150,00)	122,00 (95,50 – 136,50)	111,817	<0,001*
Qualidade de vida					
HS	81,25 (68,75-93,75)	75,00 (56,25-87,50)	68,75 (43,75-81,25)	32,570	<0,001*
AUT	75,00 (62,50-81,25)	62,50 (50,00-68,75)	50,00 (34,37-62,50)	111,409	<0,001*
APPF	75,00 (62,50-81,25)	50,00 (37,50-62,50)	31,25 (25,00-43,75)	173,166	<0,001*
PS	75,00 (56,25-81,25)	50,00 (37,50-62,50)	37,50 (21,87-50,00)	155,368	<0,001*
MM	75,00 (50,00-87,50)	56,25 (31,25-75,00)	50,00 (25,00-68,75)	44,550	<0,001*
INT	75,00 (68,75-87,50)	56,25 (37,50-75,00)	37,50 (25,00-46,87)	168,229	<0,001*
QVG	71,87 (64,06-80,20)	56,25 (50,00-62,50)	44,79 (38,02-51,56)	220,436	<0,001*

*Significância estatística pelo Teste H de Kruskal-Wallis ($p < 0,05$); IIQ – intervalo interquartil; AS - ato sexual; RA - relações afetivas; AFS - adversidades física e social; SG – sexualidade geral; HS - habilidades sensoriais; AUT - autonomia; APPF - atividades passadas, presentes e futuras; PS - participação social; MM - morte e morrer; INT - intimidade; QVG - qualidade de vida geral.



EVASI - Escala de Vivências Afetivas e Sexuais do Idoso; QoL – quality of life; GDS - Geriatric Depression Scale.

Figura 1 - Modelo de equação estrutural para sexualidade (EVASI1, EVASI2, EVASI3), qualidade de vida e sintomatologia depressiva de pessoas idosas, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2020

Tabela 3 - Coeficientes padronizados da modelagem por equações estruturais entre sexualidade, sintomatologia depressiva e qualidade de vida

	CP	IC95%	p
Modelo de mensuração			
DOM 2 ← QoL	0,653	0,604 – 0,703	<0,001
DOM 3 ← QoL	0,787	0,750 – 0,824	<0,001
DOM 4 ← QoL	0,694	0,646 – 0,742	<0,001
DOM 6 ← QoL	0,845	0,816 – 0,874	<0,001
Modelo estrutural			
Efeitos diretos			
EVASI1 → GDS	-0,024	-0,119 – 0,072	0,684
EVASI2 → GDS	0,042	-0,062 – 0,146	0,505
EVASI3 → GDS	-0,095	-0,147 – -0,043	0,003
EVASI1 → QoL	0,171	0,061 – 0,280	0,010
EVASI2 → QoL	0,474	0,366 – 0,583	<0,001
EVASI3 → QoL	0,228	0,170 – 0,286	<0,001
QoL → GDS	-0,749	-0,826 – -0,672	<0,001
Efeitos indiretos			
EVASI1 → QoL → GDS	-0,128	-0,210 – -0,046	0,011
EVASI2 → QoL → GDS	-0,355	-0,450 – -0,261	<0,001
EVASI3 → QoL → GDS	-0,171	-0,219 – -0,122	<0,001

CP – coeficientes padronizados; IC95% - Intervalo de Confiança de 95%; EVASI - Escala de Vivências Afetivas e Sexuais do Idoso; QoL – quality of life; GDS - Geriatric Depression Scale.

DISCUSSÃO

Apesar de este estudo ser desenvolvido com pessoas idosas residentes em todo o território brasileiro, observaram-se características biosociodemográficas peculiares que não são realidade da maioria da população idosa brasileira, como pessoas com alta escolaridade, brancas e com acesso à internet.

Além do mais, o fato de os participantes deste estudo serem predominantemente do sexo masculino (66,1%) e com alta escolaridade, considerando ensino médio e superior (73,5%), diverge de outras investigações desenvolvidas com o mesmo público, em que se observa maior prevalência de pessoas idosas do sexo feminino e com baixa escolaridade⁽¹⁻²⁾.

Em relação à prevalência de sintomatologia depressiva, os resultados aqui revelados são semelhantes a outros estudos⁽¹⁻²⁾, prevalecendo pessoas idosas sem sintomatologias depressivas avaliadas com o mesmo instrumento psicométrico. Trata-se de um resultado exultante, haja vista que, na presente investigação, as pessoas idosas sem sintomatologia depressiva possuíam melhores vivências em sexualidade e melhor QV em todas as dimensões avaliadas, quando comparadas com aquelas com a referida condição, conforme Tabela 2.

De fato, a literatura expõe que a depressão é responsável pelo aumento da morbimortalidade e redução significativa da QV dos acometidos, contribuindo, também, para o agravamento de patologias já existentes, aumentando ainda mais o risco de morte e morbidade⁽¹⁾. Além disso, de acordo com os resultados de um estudo⁽²⁹⁾ desenvolvido com pessoas idosas, a ausência de sintomatologias depressivas foi associada a maior conhecimento sobre sexualidade no envelhecimento, o que pode indicar a existência de relação inversa entre esses dois constructos.

Outro achado relevante foi que, no presente estudo, as pessoas idosas sem sintomatologias depressivas tiveram pontuações semelhantes nas vivências sexuais e afetivas, indicando equivalência nessas duas dimensões, contrariando outros estudos^(20,30), no qual revelam que as relações afetivas assumem papel de destaque na relação, enquanto que o ato sexual se posiciona de forma secundária.

Entretanto, destaca-se que essa evidência não corrobora com o pensamento errôneo de que as pessoas idosas são assexuadas e/ou que não possuem desejos sexuais, pois a literatura^(8,16) afirma que os desejos sexuais permanecem na velhice e que as pessoas idosas continuam se envolvendo em atividades sexuais, mesmo que com frequência reduzida.

Inclusive, nossos resultados também corroboram com essa evidência, ao revelar que as vivências em sexualidade exerceram efeitos sob os desfechos propostos, especialmente sob a QV, em que todas as dimensões da sexualidade exerceram efeitos de incremento da QV dos participantes.

Já em relação à sintomatologia depressiva, essa sofreu efeito de fraca magnitude somente da dimensão adversidades física e social da sexualidade. Trata-se de uma dimensão que avalia se as pessoas idosas percebem sua saúde como obstáculo para as vivências sexuais, se há incômodo com as mudanças decorrentes do envelhecimento e se possuem receio de serem vítimas de preconceitos, em virtude das tomadas de decisões para vivenciarem sua sexualidade⁽²⁰⁾.

O estudo que mais se aproxima dos resultados aqui encontrados foi desenvolvido com mulheres adultas com metodologia de caso-controle, em que foi observada correlação inversamente proporcional e estatisticamente significativa entre sintomas depressivos e sexualidade das participantes⁽³¹⁾. Porém, como o público investigado diverge de nossa amostra, não é possível a comparação rígida com nossos resultados, embora a literatura careça de estudos que investiguem a relação entre esses constructos.

De outro modo, observou-se que as pessoas idosas com sintomatologias depressivas severas apresentaram melhor vivência em sexualidade no ato sexual em detrimento das relações afetivas, conforme Tabela 2. Talvez, esse resultado seja explicado, em partes, devido à maior severidade dos sintomas depressivos presentes que podem estar interferindo com maior impacto nos aspectos de humor e sentimentos, deixando em maior evidência a dimensão ato sexual.

Apesar de, atualmente, a sociedade estar mais adaptada às mudanças de paradigmas relacionadas à sexualidade, é perceptível que uma parcela da sociedade ainda encontra dificuldades em avaliá-la como algo saudável e parte da existência humana. Fato é que falar sobre sexualidade ainda causa desconforto e pudor, especialmente entre as pessoas idosas que apresentam comportamento evitativo para discorrer sobre suas experiências⁽²⁹⁾. Corroboram com essa evidência os resultados do presente estudo, em que 77,0% dos participantes nunca receberam orientações sobre sexualidade pelos profissionais de saúde. Outro estudo⁽³²⁾, desenvolvido com mulheres idosas, identificou a mesma problemática: o receio em falar sobre a sexualidade, muitas vezes em virtude da educação restritiva a que foram submetidas.

Torna-se, portanto, importante que haja maior abrangência e qualificação das consultas em saúde às pessoas idosas⁽¹⁾. Ressalta-se que a APS é uma estratégia norteadora do processo de cuidar, colaborando, de forma significativa, para a promoção de um envelhecimento ativo e a autonomia das pessoas idosas⁽²⁾, e a sexualidade é um componente intrínseco ao ser humano a ser desfrutada de forma livre e sem preconceitos ou obstáculos.

Limitações do estudo

Dentre as limitações do presente estudo, destacam-se as características biosociodemográficas dos participantes, pois não representam a maioria da população idosa brasileira. Além disso, cita-se que a amostra pode ter sido limitada de forma considerável, haja vista que a coleta de dados ocorreu em apenas uma única rede social e junto a pessoas idosas com acesso à *internet*, o que requer cautela na comparação de nossos resultados com outros estudos.

Contribuições para a área da enfermagem

Este estudo contribui, significativamente, para as práticas da enfermagem. Nota-se o ineditismo da temática, sendo a primeira investigação que tenta compreender os efeitos das vivências em sexualidade diante da sintomatologia depressiva e da QV de pessoas idosas. Desse modo, instiga-se que mais enfermeiros, especialmente aqueles que atuam na APS, desenvolvam estudos com metodologias mais robustas, para que possam, de alguma forma, elucidar esses efeitos e identificar possível causalidade entre as variáveis.

Pode-se, também, articular estudos *in loco* com especialistas na temática para o desenvolvimento de instrumentos padronizados e estatisticamente confiáveis, factíveis para aplicação na APS, sem comprometer o fluxo de atendimentos. Considerando o abrangente campo de atuação do enfermeiro e o compromisso crescente com as produções científicas, torna-se um profissional importante a criar estratégias de promoção de saúde sexual e em sexualidade das pessoas idosas, principalmente na APS, considerada a porta de entrada dos serviços de saúde e o centro de comunicação de toda a rede de saúde.

CONCLUSÕES

Constatou-se que as dimensões da sexualidade exerceram efeitos de diferentes magnitudes sob a sintomatologia depressiva e QV dos participantes, porém sem relações de causalidade, haja vista que o presente estudo é transversal. Nesse sentido, o presente estudo pode ser considerado um marco inicial para que os profissionais de saúde reconheçam os benefícios da sexualidade na velhice e comecem a trabalhá-la com mais frequência nos serviços de saúde.

MATERIAL SUPLEMENTAR

<https://doi.org/10.48331/scielodata.QJT3ED>.

COLABORAÇÕES

Souza Júnior EV contribuiu com a concepção ou desenho do estudo/pesquisa. Souza Júnior EV, Cruz DP, Siqueira LR, Pirôpo US e Sawada NO contribuíram com a análise e/ou interpretação dos dados. Souza Júnior EV, Cruz DP, Siqueira LR, Pirôpo US, Rosa RS, Silva Filho BF e Sawada NO contribuíram com a revisão final com participação crítica e intelectual no manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Sousa KA, Freitas FFO, Castro AP, Oliveira CDB, Almeida AAB, Sousa KA. Prevalence of depression symptoms in elderly people assisted by the family health strategy. *Rev Min Enferm.* 2017;21:e1018. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20170028>
2. Abrantes GG, Souza GG, Cunha NM, Rocha HNB, Silva AO, Vasconcelos SC. Depressive symptoms in older adults in basic health care. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2019;22(4):e190023. <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190023>
3. Joy M, Weiss KJ. Consent for intimacy among persons with neurocognitive impairment. *J Am Acad Psychiatry Law.* 2018;46:286-94. <https://doi.org/10.29158/JAAPL.003763-18>
4. Rocha BLD, Bezerra PCDL, Monteiro GTR. Prevalence of depressive symptoms and associated factors in older people from Primary Health Care Units in Rio Branco, Acre. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2021;24(3):e210034. <https://doi.org/10.1590/1981-22562021024.210034>
5. Mencía ST, Rodríguez-Martín B. Percepciones de la sexualidad en personas mayores: una revisión sistemática de estudios cualitativos. *Rev Esp Salud Pública [Internet].* 2019 [cited 2021 Mar 2];93:e201909059. Available from: https://www.msbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL93/REVISIONES/RS93C_201909059.pdf
6. Gaspar VS, Brito JHS, Nascimento DEM. Saúde sexual na terceira idade: o desafio de compreender as vivências. *Braz J Health Rev.* 2020;3(5):13109-25. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n5-141>
7. Nóbrega TMA, Vasconcelos SC, Beserra PJF, Bittencourt GKGD, Nóbrega MML. Impact of sexuality in the life of the elderly person: integrative review. *Int J Dev Res [Internet].* 2017 [cited 2020 Nov 7];7(10):16124–32. Available from: <https://www.journalijdr.com/impact-sexuality-life-elderly-person-integrative-review>
8. Lobaina EC, Cortés JTA, Hechavarría GÁP, González PF, Verdecia RR. Salud sexual en ancianos de un consultorio médico de la familia. *MEDISAN [Internet].* 2017 [cited 2020 Nov 6];21(7):858. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000700012&lng=es
9. Soares KG, Meneghel SN. The silenced sexuality in dependent older adults. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2021;26(1):129-36. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.30772020>
10. Gatti MC, Pinto MJC. Velhice ativa: a vivência afetivo-sexual da pessoa idosa. *Vínculo.* 2019;16(2):103-59. <https://doi.org/10.32467/issn.19982-1492v16n2p133-159>
11. Silva NCM, Storti LB, Lima GS, Reis RK, Araújo TF, Kusumota L. Sexuality and assessment of physical and psychological symptoms of older adults in outpatient care. *Rev Bras Enferm.* 2021;74(Suppl 2):e20200998. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0998>
12. Souza Júnior EV, Silva CS, Lapa PS, Trindade LES, Silva Filho BF, Sawada NO. Influence of sexuality on the health of the elderly in process of dementia: Integrative review. *Aquichan.* 2020;20(1):e2016. <https://doi.org/10.5294/aqui.2020.20.1.6>
13. Eymann A, Baquero F, Bellomo MM, Busaniche J, Usandivaras I, Catsicaris C, et al. Before and after assessment of a sexuality workshop in high-school students. *Arch Argent Pediatr.* 2019;117(5):e477–84. <https://doi.org/10.5546/aap.2019.eng.e477>
14. Araújo LF, Carlos KPT. Sexualidade na velhice: um estudo sobre o envelhecimento LGBT. *Psicol Conoc Soc [Internet].* 2018 [cited 2021 Jun 24];8(1):218–37. Available from: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/pcs/v8n1/1688-7026-pcs-8-01-188.pdf>
15. Waite LJ, Iveniuk J, Laumann EO, McClintock MK. Sexuality in older couples: individual and dyadic characteristics. *Arch Sex Behav.* 2017;46:605–18. <https://doi.org/10.1007/s10508-015-0651-9>
16. Even-Zohar A, Werner S. Older adults and sexuality in israel: knowledge, attitudes, sexual activity and quality of life. *J Aging Sci.* 2019;7(3):209. <https://doi.org/10.35248/2329-8847.19.7.209>
17. Anversa AB, Mantovi D, Antunes M, Codonhato R, Oliveira DV. Quality of life and body image of women practicing strength training and gymnastics. *Psicol Saúde Doença.* 2019;20(1):149–59. <https://doi.org/10.15309/19psd200112>
18. Almeida-Brasil CC, Silveira MR, Silva KR, Lima MG, Faria CDCM, Cardoso CL, et al. Quality of life and associated characteristics: application of WHOQOL-BREF in the context of Primary Health Care. *Ciênc Saúde Colet.* 2017;22(5):1705–16. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.20362015>
19. The Whoqol Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med.* 1998;46(12):1569–85. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(98\)00009-4](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(98)00009-4)
20. Vieira KFL. Sexualidade e qualidade de vida do idoso: desafios contemporâneos e repercussões psicossociais [Tese] [Internet]. [João Pessoa]: Universidade Federal da Paraíba; 2012 [cited 2020 Oct 22]. Available from: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/6908/1/arquivototal.pdf>
21. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr.* 1999;57(2B):421–6. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X199900300013>
22. Melo LA, Andrade L, Silva HRO, Zazzetta MS, Santos-Orlandi AA, Orlandi FS. Frailty, depressive symptoms, and quality of life: A study with institutionalized older people. *Rev Baiana Enferm.* 2018;32(e26340). <https://doi.org/10.18471/rbe.v32.26340>
23. Fleck MP, Chachamovich E, Trentini C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Rev Saúde Pública.* 2006;40(5):785–91. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000600007>

24. Hu L, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Struct Equ Model A Multidiscip J*. 1999;6(1):1–55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
 25. Wang J, Wang X. *Structural equation modeling : applications using Mplus*. United Kingdom: John Wiley & Sons; 2012.
 26. Kline RB. *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. 3rd ed. New York: The Guilford Press; 2012. 445 p.
 27. Hooper D, Coughlan J, Mullen M. Structural Equation Modelling: Guidelines for Determining Model Fit. *Electron J Bus Res Methods*. 2008;6(1):53–60. <https://doi.org/10.21427/D7CF7R>
 28. Browne MW, Cudeck R. Alternative Ways of Assessing Model Fit. *Sociol Methods Res*. 1992;21(2):230–58. <https://doi.org/10.1177/0049124192021002005>
 29. Aguiar RB, Leal MCC, Marques APO. Knowledge and attitudes about sexuality in the elderly with HIV. *Ciênc Saúde Colet*. 2020;25(6):2051–62. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020256.18432018>
 30. Barros TAF, Assunção ALA, Kabengele DC. Sexualidade na terceira idade: sentimentos vivenciados e aspectos influenciadores. *Ciênc Biol Saúde Unit [Internet]*. 2020 [cited 2021 Jul 10];6(1):47–62. Available from: <https://periodicos.set.edu.br/fitbiosauade/article/view/6560>
 31. Rexelius N, Lindgren A, Torstensson T, Kristiansson P, Turkmen S. Sexuality and mood changes in women with persistent pelvic girdle pain after childbirth: a case-control study. *BMC Womens Health*. 2020;20:201. <https://doi.org/10.1186/s12905-020-01058-7>
 32. Souza CL, Gomes VS, Silva RL, Santos ES, Alves JP, Santos NR, et al. Aging, sexuality and nursing care: the elderly woman's look. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(supl 2):71-8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0015>
-