



Efeitos das vivências em sexualidade na ansiedade e na qualidade de vida de pessoas idosas

Effects of experiences in sexuality on anxiety and quality of life of elderly people

Efectos de las experiencias de sexualidad sobre la ansiedad y la calidad de vida de las personas mayores

Edison Vitório de Souza Júnior¹

Lais Reis Siqueira²

Benedito Fernandes da Silva Filho³

Ângelo Bomfim Chaves⁴

Jailton Silva dos Santos⁴

Caroline Araújo Guedes⁴

Namie Okino Sawada²

1. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

2. Universidade Federal de Alfenas, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Alfenas, MG, Brasil.

3. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Jequié, BA, Brasil.

4. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié, Bahia, Brasil.

RESUMO

Objetivo: analisar os efeitos das vivências em sexualidade na ansiedade e na qualidade de vida de pessoas idosas. **Método:** estudo transversal e analítico desenvolvido com 550 pessoas idosas. Foram utilizados instrumentos validados para a obtenção dos dados sobre sexualidade, ansiedade e qualidade de vida. A análise foi realizada com o teste de *Kruskal-Wallis* e a Modelagem de Equações Estruturais com intervalo de confiança de 95%. **Resultados:** dentre as dimensões da sexualidade, as relações afetivas e o melhor enfrentamento das adversidades física e social exerceram efeitos de redução da ansiedade. Além disso, o ato sexual e o melhor enfrentamento das adversidades física e social exerceram efeitos de aumento da qualidade de vida. **Conclusão e implicações para a prática:** os profissionais de saúde podem investir na sexualidade, a ser trabalhada de forma grupal e individual, especialmente no componente afetivo, visto que exerceu efeito forte e positivo sobre a qualidade de vida, e nas adversidades física e social, que exerceram efeito moderado e negativo sobre a ansiedade.

Palavras-chave: Enfermagem Geriátrica; Promoção da Saúde; Saúde do Idoso; Saúde Mental; Saúde Pública.

ABSTRACT

Objective: to analyze the effects of experiences in sexuality on anxiety and quality of life of elderly people. **Method:** this is a cross-sectional and analytical study developed with 550 elderly people. Validated instruments were used to obtain data on sexuality, anxiety and quality of life. The analysis was performed with the *Kruskal-Wallis* test and the Structural Equation Modeling with 95% confidence interval. **Results:** among the dimensions of sexuality, affective relationships and better coping with physical and social adversity exerted anxiety-reducing effects. In addition, sexual intercourse and better coping with physical and social adversities exerted effects of increased quality of life. **Conclusion and implications for practice:** health professionals can invest in sexuality, to be worked on in groups and individually, especially in the affective component, since it had a strong and positive effect on quality of life, and in physical and social adversity, which had a moderate and negative effect on anxiety.

Keywords: Geriatric Nursing; Health Promotion; Health of the Elderly; Mental Health; Public Health.

RESUMEN

Objetivo: analizar los efectos de las experiencias en la sexualidad sobre la ansiedad y sobre la calidad de vida de los ancianos. **Método:** estudio transversal y analítico desarrollado con 550 ancianos. Se utilizaron instrumentos validados para obtener datos sobre sexualidad, ansiedad y calidad de vida. El análisis se realizó mediante la prueba de *Kruskal-Wallis* y el Modelado de Ecuaciones Estructurales con intervalo de confianza del 95%. **Resultados:** entre las dimensiones de la sexualidad, las relaciones afectivas y el mejor afrontamiento de las adversidades físicas y sociales ejercieron efectos reductores de la ansiedad. Además, el acto sexual y el mejor enfrentamiento de las adversidades físicas y sociales ejercieron efectos de aumento de la calidad de vida. **Conclusión e implicaciones para la práctica:** los profesionales de la salud pueden invertir en la sexualidad, para ser trabajada de forma grupal e individual, especialmente en el componente afectivo, ya que tuvo un efecto fuerte y positivo en la calidad de vida y en las adversidades físicas y sociales, que tuvo un efecto moderado y negativo sobre la ansiedad.

Palabras clave: Enfermería Geriátrica; Promoción de la Salud; Salud del Anciano; Salud Mental; Salud Pública.

Autor correspondente:

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

Recebido em 23/09/2021
Aprovado em 08/02/2022.

DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0371>

INTRODUÇÃO

De acordo com a legislação brasileira,¹ considera-se pessoa idosa todo o indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos. O Brasil está inserido em um intenso e rápido processo de envelhecimento populacional.² Estima-se que, no país, o número de pessoas idosas saltou de 2,6 milhões, em 1950, para 29,9 milhões em 2020, devendo alcançar 72,4 milhões em 2100, o que corresponderá a 40% dos habitantes.³

Destaca-se que esse fenômeno é global. As estimativas mundiais apontam que, em 2030, um em cada seis pessoas terá idade igual ou superior a 60 anos. Ainda nessa perspectiva, o número de pessoas inseridas na referida faixa etária alcançará 2,1 bilhões em 2050, evidenciando um crescimento mundial de 12%, em 2015, para 22% em 2050.⁴

Destaca-se que o envelhecimento não é fator determinante que torna o indivíduo assexuado. No entanto, existem, na sociedade, preconceitos, mitos e tabus quando o assunto é a sexualidade da pessoa idosa,^{5,6} fortalecendo ainda mais o estigma social que considera essas pessoas incapazes de desfrutarem sua sexualidade.⁷ Ainda nesse sentido, em virtude de a sexualidade moderna ter seu conceito centrado no corpo e na juventude, sendo que esses dois fatores declinam com o passar dos anos, as pessoas idosas podem sentir-se inibidas de vivenciá-la, limitando-se a uma posição passiva de ser somente bons avós para cuidar de seus netos, conforme o imperativo social.⁸

A compreensão acerca da sexualidade deve abranger múltiplas demonstrações de comportamento, cognição e sentimentos, que evoluem conforme os aspectos etários e socioculturais.^{9,10} Nesse contexto, a sexualidade pode ser entendida como expressões de amor, afeto, companheirismo, toque, intimidade, carinho, além de outras manifestações quantitativas, incluindo a atividade sexual propriamente dita. Trata-se de uma fonte de prazer e não existem argumentos científicos que justifiquem a sua negação, pelo contrário, negar e/ou suprimir a sexualidade pode intensificar o processo de envelhecimento e promover desfechos indesejáveis na saúde mental e na Qualidade de Vida (QV) das pessoas idosas.¹¹

Dentre os aspectos que podem ser estudados no campo da saúde mental, destaca-se a ansiedade, considerada um importante problema de saúde pública¹² e caracterizada por uma reação natural do corpo contra agentes estressores.¹³ Ela pode ser identificada pela observação de diferentes manifestações somáticas, fisiológicas e psíquicas como os distúrbios de sono, tremores, inquietação, fadiga, dificuldade de concentração,¹² sudorese, taquicardia, tontura, apreensão, desconforto mental,¹⁴ insônia, cefaleia, tensão, dores musculares, angústia, irritabilidade, dentre outras.¹⁵

Trata-se de uma reação que está associada às limitações impostas pelo envelhecimento, colocando a pessoa idosa ativa em uma posição de passividade em relação ao desempenho de suas atividades diárias. Entretanto, informa-se que a velhice não é a causa absoluta que desencadeia a ansiedade e essa psicopatologia pode manifestar-se em qualquer faixa etária.¹⁵ Todavia, a prevalência de doenças crônicas comumente

diagnosticadas na velhice, a dificuldade nas relações interpessoais e a insuficiência de suporte físico-social incrementam os sintomas de ansiedade na população idosa.¹²

Destaca-se, especialmente, o isolamento social, situação comum entre esse grupo etário, que possui impactos negativos diretos na saúde mental, pois as relações sociais são consideradas mecanismos humanos profundos que evoluem juntamente com os mecanismos neurais, hormonais e genéticos. Desse modo, o isolamento social repercute, insatisfatoriamente, na cognição, no humor, na imunidade, no sono e repouso e no peso corporal, além de favorecer o aumento dos níveis de cortisol, contribuindo, dessa forma, para o aumento dos sintomas ansiosos,¹⁶ que, conseqüentemente, oneram, substancialmente, os serviços de saúde e pioram a QV do indivíduo.¹²

Em virtude da imprescindibilidade de promover melhor qualidade ao processo de envelhecimento, a QV vem se configurando como um importante indicador de saúde para reorientar as práticas assistenciais.^{17,18} Trata-se de um termo amplo e multidimensional utilizado para descrever a percepção do indivíduo em relação à harmonia existente em diferentes contextos que fazem parte de sua vida, como a saúde física, adaptação ao ambiente, estado mental, relações sociais, capacidade de autocuidado,¹⁹ além da relação existente entre fatores internos e externos com o seu estilo de vida.²⁰

Nesse sentido, a *World Health Organization (WHO)* define a 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”.^{21:1570}

Nesse contexto, exigem-se a criação e a implementação de novas estratégias de baixa densidade tecnológica capazes de melhorar a QV das pessoas idosas e reduzir os impactos que a ansiedade provoca em nível individual e social. Dentre as estratégias, a abordagem da sexualidade, especialmente na atenção básica, pode constituir-se em uma ferramenta eficaz para alcançar esse objetivo.

Diante desse contexto, a hipótese deste trabalho é que a sexualidade exerce efeito forte e negativo na ansiedade (efeito inversamente proporcional) e efeito forte e positivo na QV (efeito diretamente proporcional). Se for evidenciada associação estatística, este estudo poderá contribuir para a reorientação das práticas assistenciais no incremento das discussões e no estímulo à sexualidade como forma de promoção e proteção à saúde da pessoa idosa. Dessa forma, objetivou-se, por meio deste estudo, analisar os efeitos das vivências em sexualidade na ansiedade e na QV de pessoas idosas.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal e analítico.²² O estudo foi desenvolvido por meio da internet com abrangência de participantes de todo o território brasileiro: Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul.

Para definir um quantitativo representativo de pessoas idosas, recorreu-se ao cálculo amostral, adotando-se população

infinita, nível de confiança de 95% ($z_{\alpha/2} = 1,96$), margem de erro de 5% ($\alpha=0,05$) e proporção conservadora de 50%, o que correspondeu a uma amostra mínima de 385 participantes. Todavia, considerando as possíveis perdas pela insuficiência nas respostas, acrescentou-se mais de 40% à amostra, totalizando um tamanho amostral final de 550 participantes recrutados conforme a técnica de amostragem não probabilística consecutiva.

Os critérios de inclusão foram pessoas idosas com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos (masculino e feminino), casadas, em união estável ou com parceiro(a) fixo(a), em virtude da exigência do instrumento sobre sexualidade avaliar as relações entre o indivíduo e seu cônjuge,²³ ter acesso à internet e conta ativa na rede social *Facebook* por tratar-se de uma rede popular, de fácil navegação e que possui ferramentas relevantes que permitiram conduzir o estudo, como, por exemplo, o impulsionamento de postagem. Já os critérios de exclusão foram as pessoas idosas hospitalizadas, residentes em instituições de longa permanência ou similares, autodeclaradas dependentes para as atividades de vida diária e com patologias neurodegenerativas que impossibilitassem a compreensão dos instrumentos.

Os critérios de exclusão foram controlados por meio de quatro perguntas dicotômicas (sim/não) no início do questionário. Foram considerados aptos a prosseguir no estudo todos os participantes que negaram integralmente as perguntas de rastreio. Vale destacar que, neste estudo, não foram aplicados instrumentos para rastrear alterações cognitivas nas pessoas idosas. Justifica-se esse procedimento pela existência de habilidades que os permitem participar ativamente em redes sociais por meio de equipamentos tecnológicos como *smartphones*, computadores, *laptops*, *tablets*, dentre outros.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de julho e outubro de 2020, exclusivamente *online*, por meio da rede social *Facebook*. Os pesquisadores criaram uma página no *Facebook* destinada ao desenvolvimento de pesquisas científicas e divulgação de informações sobre saúde, sexualidade e QV de pessoas idosas, com foco na promoção da saúde e fortalecimento do envelhecimento ativo.

Nesta página, foi publicado um convite personalizado contendo o título da pesquisa, pesquisadores e instituição responsáveis, critérios de inclusão, informações para contato e um *hyperlink* que direcionava os participantes, diretamente, aos instrumentos de coleta de dados. Esses instrumentos foram estruturados na plataforma *Google Forms* em quatro seções: 1) biossociodemográfico; 2) sexualidade; 3) ansiedade e 4) QV.

A primeira seção foi elaborada para a obtenção dos dados biossociodemográficos com o objetivo de traçar o perfil dos participantes. Coletaram-se informações de idade, sexo, situação conjugal, religião, etnia, escolaridade, orientação sexual, se já receberam orientação sobre sexualidade pelos profissionais de saúde, se possuem filhos e a localização geográfica.

A segunda seção coletou os dados referentes à sexualidade dos participantes por meio da Escala de Vivências Afetivas e Sexuais do Idoso (EVASI), construída e validada no Brasil,

obtendo-se propriedades psicométricas satisfatórias para serem aplicadas com a população idosa brasileira.²³ Esta escala possui três dimensões: ato sexual, relações afetivas e adversidades física e social, totalizando 38 itens, com cinco possibilidades de respostas tipo *likert*, variando entre um (nunca) a cinco pontos (sempre). Esse instrumento não preconiza ponto de corte. Sua análise considera o maior escore como indicador de melhor vivência da sexualidade e, de maneira oposta, o menor escore indica pior vivência da sexualidade pelas pessoas idosas.²³ Ressalta-se que a dimensão adversidades física e social contém perguntas negativas e, portanto, foi realizada a recodificação dos valores para que esta se assemelhasse às outras dimensões em relação à direção de análise estatística.

A terceira seção coletou os dados referentes à ansiedade dos participantes por meio do instrumento validado no Brasil denominado Inventário de Ansiedade de Beck. Trata-se de um instrumento composto por 21 questões em que o indivíduo informa o nível de gravidade dos sintomas dividido em quatro níveis: zero (não apresenta sintomas); um (suave); dois (moderado) e três (severo). O escore final varia entre zero e 63 pontos, o que permite classificar a intensidade dos sintomas em mínima (zero a sete pontos), leve (oito a 15 pontos), moderada (16 a 25 pontos) ou grave (26 a 63 pontos).²⁴

Por fim, a quarta seção foi elaborada com o instrumento validado e padronizado denominado *World Health Organization Quality of Life – Old* (WHOQOL-Old).²⁵ O WHOQOL-Old é um módulo específico para a população idosa composto por 24 questões distribuídas em seis facetas: habilidades sensoriais; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte e morrer e intimidade. As respostas são estruturadas em escala tipo *likert* (um a cinco pontos), o escore total varia entre 24 e 100 pontos e não há ponto de corte para determinar a QV, sendo interpretada na perspectiva de que o maior/menor escore indica, respectivamente, melhor/pior QV.

Neste estudo, houve a dispensação do instrumento genérico de QV devido à quantidade de questões considerada excessiva pelos participantes, que relataram esse impasse nos comentários da pesquisa, havendo, portanto, desistências na participação. Todavia, informa-se que, do ponto de vista psicométrico, esse fato não invalida os resultados deste estudo, pois, durante o processo de validação da EVASI,²³ a autora encontrou forte correlação com o WHOQOL-Old (0,64), sendo que a EVASI prediz 41% desse instrumento, apresentando inclinação amostral entre 0,24 e 0,33, $F(1,198) = 11,74$ e valor de $p < 0,001$ (IC95%), demonstrando, portanto, que os resultados não foram decorrentes de erro amostral.²³

Vale ressaltar que, antes de os participantes terem acesso ao questionário, foi solicitado, de forma obrigatória, o *e-mail* individual para que os pesquisadores tivessem maior controle sobre os dados e identificassem possíveis respostas múltiplas pelo mesmo participante, o que não ocorreu neste estudo.

Os dados foram transportados para o *software* estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 25.0. Nesse *software*, foram realizados a análise de distribuição dos

dados, sendo evidenciadas distribuições não normais pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov* ($p < 0,001$), análises descritivas (frequências absolutas e relativas) para as variáveis categóricas e o teste de associação (*Kruskal-Wallis*) para analisar associações existentes entre as vivências em sexualidade e a QV de acordo com a intensidade dos sintomas de ansiedade. Para todas as análises estatísticas, foi adotado o intervalo de confiança de 95% ($p < 0,05$).

A modelagem de equações estruturais (SEM) foi utilizada para a análise multivariada dos dados pelo *software* estatístico STATA. Assim, no modelo proposto, foram incluídas uma variável latente com indicadores com carga fatorial $> 0,50$ e quatro variáveis observadas. A latente QV (QoL) foi formada pelos domínios autonomia (DOM2), atividade passada presente e futura (DOM3), participação social (DOM4) e intimidade (DOM6), enquanto as variáveis observáveis foram os domínios da sexualidade ato sexual (EVASI1), relações efetivas (EVASI2) e adversidades física e social (EVASI3) e a ansiedade foi medida pelo Beck (ANX).

A interpretação dos resultados dá-se pelos Coeficientes Padronizados (CP), juntamente com seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%), da seguinte forma: efeito pequeno (CP=0,10); efeito médio (CP=0,30) e efeito forte (CP>0,50).²⁶

Foram utilizados os seguintes índices de ajustes para atestar a adequação do modelo: o *Comparative Fit Index* (CFI) e o *Tucker-Lewis index* (TLI), com valores mais próximos de um indicando melhor ajuste;²⁷ o *Adjusted Goodness-of-Fit Index* (AGFI), variando entre zero e um, sendo que valores $\geq 0,90$ indicam modelos bem ajustados;²⁸ a *Standardized Root Mean Square Residual* (SRMR), com valor $< 0,08$ indicando um bom ajuste e $< 0,10$, um ajuste aceitável^{26,29} e a *Root-Mean-Square Error of Approximation* (RMSEA), com seu intervalo de confiança 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 $> 0,10$).³⁰

Embora este estudo apresente delineamento transversal, o método estatístico empregado permite a mensuração de efeitos diretos e indiretos de uma variável sob a outra,²⁷ além de permitir analisar a aceitabilidade de modelos teóricos que expliquem relações entre diversos construtos.²⁹

Esse estudo obteve aprovação no ano de 2020 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP) sob Parecer nº 4.319.644. Todas as recomendações éticas foram seguidas, conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e os participantes receberam a segunda via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos *e-mails* pessoais na modalidade de envio oculto, no intuito de preservar a identidade dos envolvidos.

RESULTADOS

A Tabela 1 demonstra as variáveis biossociodemográficas dos participantes, evidenciando maior prevalência de pessoas idosas do sexo masculino (68,0%), brancas (64,2%), com alta escolaridade (73,2%) (Ensino Médio + Superior), casadas (60%), que convivem com seu cônjuge por tempo superior a 20 anos (56%), católicas (49,3%), residentes na região Sudeste do país (45,1%) e que nunca receberam orientações sobre sexualidade pelos profissionais da saúde (76,7%).

Conforme a Tabela 2, nota-se que o aumento da intensidade dos sintomas de ansiedade está significativamente associado com a redução dos escores de sexualidade e de QV. Observa-se, também, que, dentro do campo da sexualidade, as relações afetivas são mais bem vivenciadas em detrimento do ato sexual. Porém, as diferenças das pontuações entre essas duas dimensões

Tabela 1. Variáveis biossociodemográficas. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil (n=550).

VARIÁVEIS	N	%	VARIÁVEIS	n	%
Sexo			Estado civil		
Masculino	374	68,0	Casado	330	60,0
Feminino	176	32,0	União estável	119	21,6
Idade (anos)			Com parceria fixa	101	18,4
60 – 64	273	49,6	Tempo de convivência		
65 – 69	160	29,1	≤ 5 anos	111	20,2
70 – 74	85	15,5	Entre 6 e 10 anos	46	8,4
75 – 79	25	4,5	Entre 11 e 15 anos	53	9,6
≥ 80 anos	7	1,3	Entre 16 e 20 anos	32	5,8
Escolaridade			> 20 anos	308	56,0
Primário	51	9,3	Mora com os filhos		
Fundamental	96	17,5	Sim	170	30,9
Médio	204	37,0	Não	354	64,4

Tabela 1. Continuação...

VARIÁVEIS	N	%	VARIÁVEIS	n	%
Superior	199	36,2	Não tenho filhos	26	4,7
Etnia			Já teve orientação sobre sexualidade		
Branca	353	64,2	Sim	128	23,3
Amarela	11	2,0	Nunca	422	76,7
Negra	31	5,6	Orientação sexual		
Parda	143	26,0	Heterossexual	475	86,4
Indígena	2	0,4	Homossexual	16	2,9
Não sabe	10	1,8	Bissexual	9	1,6
Religião			Outros	50	9,1
Católica	271	49,3	Região do Brasil		
Protestante	77	14,0	Norte	43	7,8
Espírita	72	13,1	Nordeste	79	14,4
De origens africanas	11	2,0	Centro-Oeste	66	12,0
Outras	58	10,5	Sudeste	248	45,1
Sem religião	61	11,1	Sul	114	20,7

Tabela 2. Comparação entre a sexualidade e QV dos participantes de acordo com os sintomas de ansiedade. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil (n=550).

Variáveis	ANSIEDADE				Valor p
	MÍNIMA	LEVE	MODERADA	GRAVE	
	Mediana (IQ)	Mediana (IQ)	Mediana (IQ)	Mediana (IQ)	
Sexualidade					
AS	76,0 (68,8-82,0)	68,0 (55,0-77,0)	68,0 (58,00-76,7)	60,0 (48,0-73,0)	<0,001*
RA	77,0 (67,0-82,0)	69,0 (56,0-77,0)	68,0 (56,25-77,0)	61,0 (48,5-71,5)	<0,001*
AFS	9,0 (7,0-13,0)	9,0 (7,0-11,0)	8,0 (6,00-9,0)	6,0 (4,0-9,0)	<0,001*
SG	159,0 (143,0-169,0)	145,0 (123,0-161,0)	144,0 (119,25-159,7)	128,0 (104,5-153,0)	<0,001*
Qualidade de Vida					
HS	87,5 (75,0-93,7)	75,0 (62,5-81,2)	68,7 (56,2-81,2)	56,2 (43,7-75,0)	<0,001*
AUT	75,0 (62,5-81,2)	68,7 (56,2-75,0)	62,5 (50,0-68,7)	56,2 (37,5-68,7)	<0,001*
APPF	75,0 (56,2-81,2)	62,5 (50,0-75,0)	56,2 (39,0-68,7)	43,7 (31,2-62,5)	<0,001*
OS	75,0 (56,2-81,2)	62,5 (43,7-75,0)	56,2 (43,7-68,7)	43,7 (31,2-53,1)	<0,001*
MM	81,2 (62,5-93,7)	62,5 (43,7-75,0)	50,0 (25,0-68,7)	37,5 (21,8-68,7)	<0,001*
INT	75,0 (68,7-87,5)	68,7 (50,0-75,0)	62,5 (43,7-75,0)	50,0 (31,2-75,0)	<0,001*
QVG	75,0 (66,6-83,3)	63,5 (55,2-69,7)	58,3 (48,9-64,5)	47,9 (41,6-57,2)	<0,001*

* Significância estatística pelo teste de *Kruskal-Wallis* ($p < 0,05$).

não foram muito discrepantes, diferenciando-se em apenas um ponto entre os participantes com ansiedade mínima, leve e grave.

No modelo de mensuração, a latente QV (QoL) não mostrou carga fatorial adequada ($>0,5$) para os domínios habilidades sensoriais (DOM1) e morte e morrer (DOM5). Juntamente com a ansiedade e a sexualidade, a latente compôs o modelo estrutural proposto (Figura 1). Foi possível evidenciar o bom ajustamento do modelo pela avaliação dos índices de ajustamento RMSEA (0,07 [IC95% 0,05-0,08]), TLI (0,952), CFI (0,979) e SRMR (0,03).

Nota-se, na Tabela 3, que, entre os domínios da sexualidade e a ansiedade, a EVASI2 exerce efeito de fraca magnitude, negativo e significativo sobre a ansiedade (CP= -0.170; $p=0,011$). A EVASI3 também exerceu efeito negativo, significativo e de moderada magnitude sobre a ansiedade (CP=-0.299; $p < 0,001$). De forma similar, sobre a QV, os efeitos foram fracos e positivos para a EVASI1 (CP=0.143; $p=0,037$) e EVASI3 (CP=0.200; $p < 0,001$), além de efeito com forte magnitude para a EVASI2 (CP=0.558; $p < 0,001$).

Tabela 3. Coeficientes Padronizados (CP) da modelagem por equações estruturais entre sexualidade, ansiedade e QV. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil (n=550).

	CP	IC95%	p
Modelo de mensuração			
DOM 2 ← QoL	0.577	0.517 – 0.637	<0.001
DOM 3 ← QoL	0.709	0.659 – 0.760	<0.001
DOM 4 ← QoL	0.649	0.598 – 0.701	<0.001
DOM 6 ← QoL	0.909	0.876 – 0.941	<0.001
Modelo estrutural			
EVASI1 → ANX	-0.076	-0.205 – 0.054	0.337
EVASI2 → ANX	-0.170	-0.281 – -0.060	0.011
EVASI3 → ANX	-0.299	-0.367 – -0.230	<0.001
EVASI1 → QoL	0.143	0.030 – 0.257	0.037
EVASI2 → QoL	0.558	0.445 – 0.670	<0.001
EVASI3 → QoL	0.200	0.142 – 0.257	<0.001

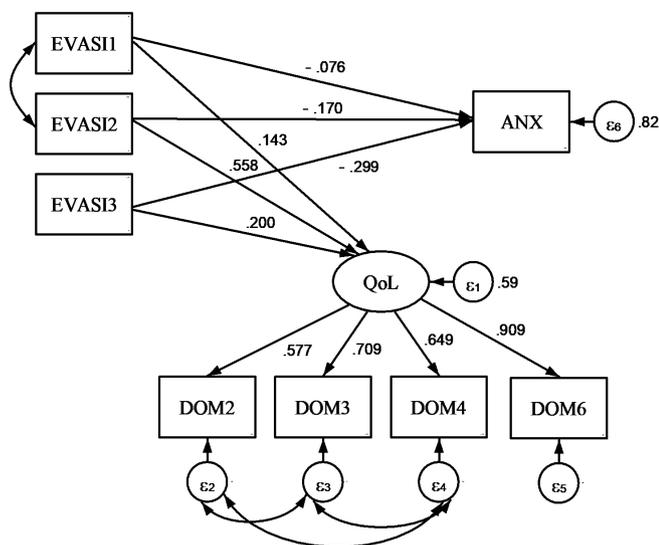


Figura 1 - Modelo de equação estrutural para sexualidade (EVASI1, EVASI2, EVASI3), QV (QoL) e ansiedade (ANX). Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil (n=550).

DISCUSSÃO

Os participantes deste estudo apresentam características peculiares que não são frequentemente observadas na maioria das pessoas idosas, pois houve maior prevalência de pessoas do sexo masculino (68,0%), brancas (64,2%) e com Ensino Médio completo (37,0%). Essas características podem ser explicadas pelo fato de a coleta de dados ter sido *online*, o que, de certa forma, fez com que a participação das pessoas idosas, neste

estudo, se restringisse aos alfabetizados e àqueles com maior *status* socioeconômico, o que lhes permitiu acesso à internet e às tecnologias eletrônicas.

Encontrou-se, neste estudo, que o aumento da intensidade dos sintomas de ansiedade esteve significativamente associado com a redução dos escores de sexualidade e de QV dos participantes em todas as dimensões avaliadas.

O único estudo³¹ atual que se aproximou desta investigação, por utilizar o mesmo instrumento EVASI para a avaliação da sexualidade, encontrou correlação negativa e estatisticamente significativa entre a dimensão ato sexual da EVASI com a ansiedade dos participantes.³¹ As autoras não encontraram correlações significativas entre a ansiedade com as outras dimensões que compõem a EVASI, divergindo, portanto, dos resultados deste estudo. Essa divergência pode ser decorrente de uma limitação do estudo citado, no qual houve a inclusão de participantes idosos sem companheiro fixo, como os próprios autores elucidaram no texto, o que torna os resultados fragilizados.

Observou-se, também, que, dentro do campo da sexualidade, as relações afetivas foram mais bem vivenciadas em detrimento do ato sexual, corroborando outra investigação³¹ que também identificou maior pontuação na dimensão afetiva da sexualidade, reafirmando a evidência de que a afetividade parece ser experienciada com maior intensidade na velhice quando comparada ao ato sexual. Trata-se de um aspecto importante e que merece ser incentivado durante as consultas em saúde, pois, de acordo com os resultados deste estudo, as relações afetivas da sexualidade exercem efeitos positivos, significativos e de forte magnitude sobre a QV das pessoas idosas.

Porém, o fato de as relações afetivas serem mais bem experienciadas na velhice não é válido para reforçar o estereótipo negativo que reproduz a ideia de idoso assexuado, uma vez que, de acordo com um estudo,³² 83,0% das pessoas idosas consideram a atividade sexual importante para a QV e 78,0% afirmam que não há limite de idade para vivenciá-la. Além disso, os participantes inativos sexualmente revelaram desejo em mudar essa situação, o que reflete na permanência do interesse sexual na velhice.³²

Além disso, os resultados deste estudo corroboram essa evidência, pois a dimensão ato sexual da sexualidade exerceu efeito positivo e estatisticamente significativo sobre a QV, porém, com fraca magnitude. Isso significa que o incremento da atividade sexual na velhice atua com efeitos benéficos de aumento da QV das pessoas idosas. Não há outros estudos de efeitos para comparar esses resultados. A investigação³³ que mais se aproximou deste estudo utilizou análise de correlação e identificou que todas as dimensões da sexualidade estiveram correlacionadas significativamente com a QV dos participantes idosos. Os autores encontraram correlações positivas entre o ato sexual e as relações afetivas com todas as facetas da QV, destacando-se a faceta intimidade, que teve o maior coeficiente de correlação, tanto para a dimensão ato sexual ($\rho = 0,546$; $p < 0,001$) quanto para as relações afetivas ($\rho = 0,592$; $p < 0,001$). Isto significa que essas variáveis possuem comportamento

diretamente proporcional, ou seja, o aumento das vivências afetivas e sexuais está correlacionado ao aumento da QV.³³

De fato, a sexualidade relaciona-se, diretamente, com a percepção de QV, cujo conceito envolve não apenas a situação de saúde da pessoa idosa, mas abrange sua imagem nas dimensões físicas, psicológicas e sociais.³²

Essa inferência aponta para os resultados deste estudo como algo inédito, pois a dimensão das adversidades física e social exerceu efeito negativo, significativo e de moderada magnitude sobre a ansiedade, além de efeito fraco, positivo e significativo sobre a QV. Esta dimensão 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 ser vítimas de preconceitos em virtude das tomadas de decisões para vivenciarem sua sexualidade.²³ Logo, os resultados deste estudo evidenciam que os efeitos exercidos pelo melhor enfrentamento das adversidades física e social relacionadas à sexualidade atuam na redução dos sintomas de ansiedade e no aumento da percepção de QV das pessoas idosas.

De acordo com uma investigação,³³ a dimensão das adversidades física e social também esteve estatisticamente correlacionada com todas as facetas de QV, porém, com correlações negativas, destacando-se a faceta participação social com o maior coeficiente de correlação ($\rho = -0,339$; $p < 0,001$). Esses resultados podem ser interpretados na perspectiva de que o aumento de tais adversidades está correlacionado à redução da QV das pessoas idosas, assumindo, desse modo, comportamento inversamente proporcional.³³

Destaca-se que este estudo é pioneiro na investigação sobre os efeitos das vivências em sexualidade na ansiedade e na QV de pessoas idosas. Trata-se de uma população em constante crescimento em todo o mundo, o que requer preparo dos profissionais e dos serviços de saúde para satisfazerem suas necessidades biopsicossocioespirituais, o que inclui as vivências em sexualidade.

Todavia, observa-se, na prática assistencial, que a sexualidade das pessoas idosas não é abordada com frequência nos serviços de saúde, o que pode ser constatado pelo fato de 76,7% dos participantes deste estudo nunca terem recebido orientações sobre sexualidade pelos profissionais da saúde. Isso pode ser reflexo da fragmentação assistencial, que prioriza os aspectos biológicos e ignora a necessidade de um cuidado holístico.

Informa-se que essa modalidade de assistência às pessoas idosas deve ser reestruturada para contemplar toda a sua integralidade, principalmente no que concerne à sexualidade, pois, de acordo com um estudo brasileiro,³³ as pessoas idosas, que recebem orientações sobre sexualidade pelos profissionais da saúde, possuem melhores vivências nos aspectos sexuais e afetivos, além de possuírem melhor QV e melhor capacidade de enfrentamento às adversidades física e social relacionadas à sexualidade. Por fim, destaca-se que, em virtude da importância da sexualidade na vida das pessoas idosas, ela é incentivada, inclusive, entre as pessoas idosas dependentes,³⁴ que convivem com algum tipo de demência¹¹ e em cuidados paliativos.³⁵

CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

A sexualidade exerceu efeitos clínicos relevantes que podem subsidiar as práticas assistenciais voltadas à saúde da pessoa idosa. Os profissionais de saúde, especialmente aqueles pertencentes à Enfermagem Geriátrica, podem investir na sexualidade a ser trabalhada de forma grupal e individual, principalmente no componente afetivo, visto que exerceu efeito forte e positivo sobre a QV, além das adversidades física e social, que exerceram efeito negativo de moderada magnitude sobre a ansiedade.

Desse modo, algumas implicações para a prática podem ser extraídas desses resultados. Primeiro, diz respeito à valorização e ao estímulo da afetividade entre as pessoas idosas, que se mostrou muito mais valorizada e vivenciada pelos participantes deste estudo. Além disso, é preciso que os profissionais de saúde criem estratégias que os auxiliem a enfrentar as adversidades físicas e sociais que atrapalham suas vivências em sexualidade. A utilização de grupos pode ser uma estratégia efetiva, pois possibilitará o compartilhamento de experiências e, conseqüentemente, a percepção de que os sentimentos são comuns a outras pessoas da mesma idade. Diante disso, haverá o enfraquecimento de preconceitos e sentimentos de vergonha existentes entre as pessoas idosas referentes à temática.

Destaca-se que este estudo apresenta limitações. A primeira limitação diz respeito ao delineamento não probabilístico e, portanto, à impossibilidade de generalizar os resultados. A segunda limitação refere-se à seleção de pessoas idosas restritas às que possuem acesso à internet e em apenas uma rede social. Apesar disso, este estudo contribui fornecendo evidências atuais e inéditas que ratificam a permanência dos desejos sexuais na velhice, além dos efeitos clínicos relevantes que a sexualidade exerceu sobre a ansiedade e sobre a QV das pessoas idosas. Diante disso, os dados podem ser usados para o desenvolvimento de políticas públicas e ações locais para o estímulo à sexualidade na velhice como estratégia inovadora de promoção e proteção da saúde e da QV das pessoas idosas.

Sugere-se o desenvolvimento de mais pesquisas sobre a temática, especialmente as investigações com delineamento longitudinal e/ou experimental, que realmente analisem a sexualidade e sua influência nas diversas variáveis que compõem a pessoa idosa. Sugere-se, também, que, nos campos de atuação profissional, sobretudo, na atenção básica, sejam desenvolvidos estudos de intervenção *in loco* para identificar, com mais profundidade, as necessidades da pessoa idosa e até criar dispositivos que direcionem a assistência em sexualidade a esse grupo populacional.

FINANCIAMENTO

Este trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) – Código de Financiamento 001. Beneficiário: Edison Vitório de Souza Júnior. Bolsa de Doutorado.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Desenho do estudo. Edison Vitório de Souza Júnior. Namie Okino Sawada.

Aquisição de dados. Edison Vitório de Souza Júnior. Namie Okino Sawada.

Análise de dados. Lais Reis Siqueira. Benedito Fernandes da Silva Filho. Ângelo Bomfim Chaves. Jailton Silva dos Santos. Caroline Araújo Guedes.

Interpretação dos resultados. Edison Vitório de Souza Júnior. Lais Reis Siqueira. Benedito Fernandes da Silva Filho. Ângelo Bomfim Chaves. Jailton Silva dos Santos. Caroline Araújo Guedes. Namie Okino Sawada.

Redação e revisão crítica do manuscrito. Edison Vitório de Souza Júnior. Lais Reis Siqueira. Benedito Fernandes da Silva Filho. Ângelo Bomfim Chaves. Jailton Silva dos Santos. Caroline Araújo Guedes. Namie Okino Sawada.

Aprovação da versão final do artigo. Edison Vitório de Souza Júnior. Lais Reis Siqueira. Benedito Fernandes da Silva Filho. Ângelo Bomfim Chaves. Jailton Silva dos Santos. Caroline Araújo Guedes. Namie Okino Sawada.

Responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado. Edison Vitório de Souza Júnior. Lais Reis Siqueira. Benedito Fernandes da Silva Filho. Ângelo Bomfim Chaves. Jailton Silva dos Santos. Caroline Araújo Guedes. Namie Okino Sawada.

EDITOR ASSOCIADO

Cristina Lavareda Baixinho 

EDITOR CIENTÍFICO

Marcelle Miranda da Silva 

REFERÊNCIAS

1. Lei nº 10.741, de 1º de outubro 2003 (BR). Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União [periódico na internet]. Brasília, DF; 2003 [citado 2021 nov 21]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10741.htm
2. Veras RP, Oliveira M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Cien Saude Colet*. 2018 jun;23(6):1929-36. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>. PMID:29972500.
3. Alves JED. Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz. Saúde e sustentabilidade. O envelhecimento populacional compromete o crescimento econômico no Brasil? [Internet]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2020 [citado 2021 dez 21]. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=envelhecimento-populacional-compromete-o-crescimento-economico>
4. World Health Organization. Ageing and health [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [citado 2021 dez 21]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
5. Gewirtz-Meydan A, Hafford-Letchfield T, Benyamini Y, Phelan A, Jackson J, Ayalon L. Ageism and sexuality. In: Ayalon L, Tesch-Römer C, editors. *Contemporary perspectives on ageism*. Cham: Springer; 2018. p. 149-62. *International Perspectives on Aging*. http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-73820-8_10
6. Traeen B, Carvalheira AA, Hald GM, Lange T, Kvale IL. Attitudes towards sexuality in older men and women across Europe: similarities, differences, and associations with their sex lives. *Sex Cult*. 2019;23(1):1-25. <http://dx.doi.org/10.1007/s12119-018-9564-9>.
7. Araújo BJ, Sales CO, Cruz LFS, Moraes Fo IM, Santos OP. Qualidade de vida e sexualidade na população da terceira idade de um centro de convivência. *Rev Cient Sena Aires* [Internet]. 2017 [citado 2020 out 28];6(2):85-94. Disponível em: <http://revistafacema.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/282/183>
8. Nonato AAMPL, Sasaki Y. O imperativo do envelhecimento ativo e as tecnociências: implicações sobre a sexualidade do idoso. *Somanlu*. 2017;17(1):84-102. <http://dx.doi.org/10.29327/233099.17.1-5>.
9. Moura DS, Pessoa RMC, Almeida MM. Sexuality in the elderly: a discussion about the measures of prevention of HIV/aids. *Rev Ciência Saberes - UniFacema* [Internet]. 2017 [citado 2021 ago 6];3(1):407-15. Disponível em: <https://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/135>
10. Cunha AMS, Lima ABA, Santos IMR, Gomes NMC, Souza EMS. Conversando sobre sexualidade e afetividade entre pessoas idosas. *GEP News*. 2019;2(2):153-60. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2318-14-82>.
11. Souza Jr EV, Silva CS, Lapa PS, Trindade LES, Silva Fo BF, Sawada NO. Influence of sexuality on the health of the elderly in process of dementia: Integrative review. *Aquichan*. 2020;20(1):e2016. <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2020.20.1.6>.
12. Oliveira DV, Antunes MD, Oliveira JF. Ansiedade e sua relação com a qualidade de vida em idosos: revisão narrativa. *Cinergis*. 2017;18(4):316-22. <http://dx.doi.org/10.17058/cinergis.v18i4.9951>.
13. Fernandes MA, Meneses RT, Franco SLG, Silva JS, Feitosa CDA. Transtornos de ansiedade: vivências de usuários de um ambulatório especializado em saúde mental. *Rev Enferm UFPE on line*. 2017;11(10):3836-44. <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.12834-30982-1-SM.1110201718>.
14. Barbosa LNF, Asfora GCA, Moura MC. Ansiedade e depressão e uso de substâncias psicoativas em jovens universitários. *SMAD, Rev Eletrônica Saúde Ment Álcool Drog*. 2020;16(1):1-8. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.155334>.
15. Maximiano-Barreto MA, Feroseli AFO. Prevalence of anxiety and depression in the elderly with low educational level in Maceió/Al. *Psicol Saude Doencas*. 2017;18(3):801-14. <http://dx.doi.org/10.15309/17psd180314>.
16. Santini ZI, Jose PE, York Cornwell E, Koyanagi A, Nielsen L, Hinrichsen C et al. Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): a longitudinal mediation analysis. *Lancet Public Health*. 2020;5(1):e62-70. [http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30230-0](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30230-0). PMID:31910981.
17. Almeida-Brasil CC, Silveira MR, Silva KR, Lima MG, Faria CDCM, Cardoso CL et al. Qualidade de vida e características associadas: aplicação do WHOQOL-BREF no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Cien Saude Colet*. 2017 maio;22(5):1705-16. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017225.20362015>. PMID:28538939.
18. Neves LAS, Castrighini CC, Reis RK, Canini SRMS, Gir E. Suporte social e qualidade de vida de indivíduos com coinfeção tuberculose/HIV. *Enfermeria Global*. 2018 mar 27;17(2):1-29. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.2.276351>.
19. Wang S, Yang X, Attané I. Social support networks and quality of life of rural men in a context of marriage squeeze in China. *Am J Mens Health*. 2018;12(4):706-19. <http://dx.doi.org/10.1177/1557988317753263>. PMID:29347869.
20. Anversa AB, Mantovi D, Antunes M, Codonhato R, Oliveira DV. Quality of life and body image of women practicing strength training and gymnastics. *Psicol Saude Doencas*. 2019;20(1):149-59. <http://dx.doi.org/10.15309/19psd200112>.
21. 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. [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00009-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00009-4). PMID:9672396.
22. Newman TB, Browner WS, Cummings SR, Hulley SB. Designing an observational study: cross-sectional and case-control studies. In: Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Newman TB, editors. *Designing clinical research*. 3rd ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
23. Vieira KFL. Sexualidade e qualidade de vida do idoso: desafios contemporâneos e repercussões psicossociais [tese] [Internet]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2012 [citado 2020 Out 21].

- Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/6908/1/arquivototal.pdf>
24. Baptista MN, Carneiro AM. Validade da escala de depressão: relação com ansiedade e stress laboral. *Estud Psicol.* 2011;28(3):345-52. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2011000300006>.
 25. Fleck MP, Chachamovich E, Trentini C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Rev Saude Publica.* 2006;40(5):785-91. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000600007>. PMID:17301899.
 26. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. 3rd ed. New York: The Guilford Press; 2012. 445 p.
 27. Wang J, Wang X. Structural equation modeling : applications using Mplus. United Kingdom: John Wiley & Sons; 2012. <http://dx.doi.org/10.1002/9781118356258>.
 28. Hooper D, Coughlan J, Mullen M. Structural equation modelling: guidelines for determining Model Fit. *Electron J Bus Res Methods.* 2008;6(1):53-60.
 29. 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. <http://dx.doi.org/10.1080/10705519909540118>.
 30. Browne MW, Cudeck R. Alternative Ways of Assessing Model Fit. *Sociol Methods Res.* 1992;21(2):230-58. <http://dx.doi.org/10.1177/0049124192021002005>.
 31. 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. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0998>. PMID:34259721.
 32. Rodrigues LR, Portilho P, Tieppo A, Chambo Fo A. Analysis of the sexual behavior of elderly women treated at a gynecological outpatient clinic. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2018;21(6):755. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.180090>.
 33. Souza Jr EV, Silva Fo BFD, Barros VS, Souza ÁR, Cordeiro JRJ, Siqueira LR et al. Sexuality is associated with the quality of life of the elderly! *Rev Bras Enferm.* 2021;74(suppl 2):e20201272. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1272>. PMID:34259722.
 34. Soares KG, Meneghel SN. O silêncio da sexualidade em idosos dependentes. *Cien Saude Colet.* 2021 jan;26(1):129-36. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020261.30772020>. PMID:33533833.
 35. Malta S, Wallach I. Sexuality and ageing in palliative care environments? Breaking the (triple) taboo. *Australas J Ageing.* 2020;39(S1, suppl 1):71-3. <http://dx.doi.org/10.1111/ajag.12744>. PMID:32567182.