



Função sexual e sua associação com a sexualidade e a qualidade de vida de mulheres idosas

Sexual function and its association with sexuality and quality of life in older women

Función sexual y su asociación con la sexualidad y la calidad de vida en mujeres mayores

Edison Vitório de Souza Júnior¹

Randson Souza Rosa²

Diego Pires Cruz³

Benedito Fernandes da Silva Filho³

Brenaraise Freitas Martins dos Santos³

Cristiane dos Santos Silva⁴

Lais Reis Siqueira⁵

Namie Okino Sawada⁵

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

2. Universidade Estadual de Feira de Santana, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Feira de Santana, BA, 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, Programa de Pós-Graduação em Educação Física. Jequié, BA, Brasil.

5. Universidade Federal de Alfenas. Alfenas, MG, Brasil.

Autor correspondente:

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

Recebido em 07/07/2022.
Aprovado em 28/10/2022.

DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0227pt>

RESUMO

Objetivo: analisar a função sexual e sua associação com a sexualidade e com a qualidade de vida de mulheres idosas. **Método:** trata-se de um estudo transversal, do tipo *web survey*, desenvolvido com 166 mulheres idosas. Foram utilizados quatro instrumentos autoaplicáveis para a obtenção dos dados biosociodemográficos, da função sexual, sexualidade e qualidade de vida. A análise foi realizada com o teste de Mann-Whitney, correlação de Spearman e regressão linear, considerando um intervalo de confiança de 95%. **Resultados:** a maior influência da função sexual foi observada na dimensão ato sexual da sexualidade ($\beta=0,524$; [IC95%=0,451-0,597]; $p<0,001$; $R^2=54,8\%$) e entre a faceta intimidade da qualidade de vida ($\beta=0,501$; [IC95%=0,380-0,622]; $p<0,001$; $R^2=29,0\%$). De modo geral, o modelo de regressão demonstrou que a função sexual permaneceu associada à sexualidade ($\beta=0,888$; [IC95%=0,749-1,028]; $p<0,001$; $R^2=49,1\%$) e à qualidade de vida das participantes ($\beta=0,352$; [IC95%=0,264-0,439]; $p<0,001$; $R^2=27,7\%$). **Conclusão e implicações para a prática:** a função sexual está associada à sexualidade e à qualidade de vida das mulheres idosas, assumindo comportamento diretamente proporcional que, por sua vez, pode se tornar uma estratégia para agregar qualidade aos anos adicionais de vida dessa população.

Palavras-chave: Promoção da Saúde; Saúde Pública; Saúde Sexual; Sexo; Sexualidade.

ABSTRACT

Objective: to analyze the sexual function and its association with the sexuality and quality of life of elderly women. **Methods:** this is a cross-sectional web survey study developed with 166 elderly women. Four self-administered instruments were used to obtain biosociodemographic, sexual function, sexuality and quality of life data. The analysis was performed using the Mann-Whitney test, Spearman correlation and linear regression, considering a 95% confidence interval. **Results:** the greatest influence of sexual function was observed in the sexual act dimension of sexuality ($\beta=0.524$; [95%CI=0.451-0.597]; $p<0.001$; $R^2=54.8\%$) and between the intimacy facet of quality of life ($\beta=0.501$; [95%CI=0.380-0.622]; $p<0.001$; $R^2=29.0\%$). In general, the regression model showed that sexual function remained associated with sexuality ($\beta=0.888$; [CI95%=0.749-1.028]; $p<0.001$; $R^2=49.1\%$) and the quality of life of the participants ($\beta=0.352$; [CI95%=0.264-0.439]; $p<0.001$; $R^2=27.7\%$). **Conclusion and implications for the practice:** sexual function is associated with the sexuality and quality of life of older women, assuming a directly proportional behavior which, in turn, can become a strategy to add quality to the additional years of life of this population.

Keywords: Health Promotion Public Health; Sexual Health; Sex; Sexuality.

RESUMEN

Objetivo: analizar la función sexual y su asociación con la sexualidad y la calidad de vida de mujeres mayores. **Método:** se trata de un estudio transversal, del tipo *web survey*, desarrollado con 166 mujeres mayores. Se utilizaron cuatro instrumentos autoadministrados para obtener datos biosociodemográficos, función sexual, sexualidad y calidad de vida. El análisis se realizó mediante la prueba de Mann-Whitney, correlación de Spearman y regresión lineal, considerando un intervalo de confianza del 95%. **Resultados:** la mayor influencia de la función sexual se observó en la dimensión acto sexual de la sexualidad ($\beta=0,524$; [IC 95% = 0,451-0,597]; $p<0,001$; $R^2=54,8\%$) y entre la faceta intimidad de la calidad de vida ($\beta=0,501$; [IC del 95% = 0,380-0,622]; $p<0,001$; $R^2=29,0\%$). En general, el modelo de regresión mostró que la función sexual permaneció asociada con la sexualidad ($\beta=0,888$; [IC95% = 0,749-1,028]; $p<0,001$; $R^2=49,1\%$) y la calidad de vida de los participantes ($\beta=0,352$; [IC95% = 0,264-0,439]; $p<0,001$; $R^2=27,7\%$). **Conclusión e implicaciones para la práctica:** la función sexual está asociada a la sexualidad y calidad de vida de las mujeres mayores, asumiendo un comportamiento directamente proporcional que, a su vez, puede convertirse en una estrategia para agregar calidad a los años adicionales de vida de esta población.

Palabras clave: Promoción de la Salud; Salud Pública; Salud Sexual; Sexo; Sexualidad.

INTRODUÇÃO

No Brasil, verifica-se um processo de feminização do envelhecimento. As mulheres representam 55,5% dos idosos com idade igual ou superior a 60 anos e 61% dos idosos maiores de 80 anos. Esse evento pode ser justificado pelos diferentes fatores de risco aos quais as mulheres estão expostas e pela maior adesão aos cuidados em saúde, o que reflete em uma taxa de sobrevivência, em média, de oito anos a mais do que os homens.¹

Destaca-se que envelhecer não é sinônimo de declínio físico e emocional. Trata-se de uma etapa da vida que oferece oportunidade para novas explorações e experiências.² Nesse contexto, suscitam-se questões referentes à saúde dos idosos, incluindo a imprescindibilidade de garantir qualidade de vida (QV) nessa faixa etária, o que abrange a sexualidade como componente fundamental.³

A sexualidade é uma parte integrante da QV geral das mulheres,⁴ embora ainda seja vista como tabu.³ Há variadas formas de expressá-la como as carícias, o toque, o abraço,³ o companheirismo, a cumplicidade, o amor, o toque, a intimidade, o cheiro, os olhares, o carinho, dentre outras expressões, incluindo a prática sexual propriamente dita.^{5,6} Trata-se, portanto, de um componente complexo, que envolve aspectos físicos, sociais, psicológicos,³ genéticos, culturais, religiosos e comportamentais, além de atitudes e experiências dos indivíduos.⁴

À medida em que ocorre o processo de envelhecimento, o corpo humano sofre modificações em vários aspectos, incluindo a função sexual, considerada um constituinte essencial para a satisfação pessoal,¹ o bem-estar e a saúde geral.⁷ Apesar dessas modificações, reconhece-se, cientificamente, que o desejo sexual está presente em todas as fases da vida.³

A função sexual feminina possui quatro fases: desejo sexual, excitação, orgasmo e relaxamento. De maneira geral, o desejo sexual é caracterizado pelas fantasias e pela vontade expressa de realizar o sexo. Na excitação, ocorre um conjunto de alterações fisiológicas como a lubrificação vaginal e a sensação de prazer sexual. A fase do orgasmo configura-se como o ápice do prazer, acompanhado de uma sensação agradável de bem-estar geral e de relaxamento muscular. Diante de quaisquer fatores que quebrem a homeostase entre essas fases, tem-se estabelecida uma disfunção sexual, como dispareunia, falta da libido e disfunção orgástica.⁴

A disfunção sexual é um problema frequente entre as mulheres em todas as idades.⁴ Uma revisão sistemática⁸ identificou variações consideráveis na prevalência de disfunção sexual feminina, cerca de 13,3% a 79,3%. Em relação às especificidades das disfunções, notou-se variação de 11% a 75% para alterações no desejo; 8% a 68,2% na excitação; 29,1% a 41,4% na lubrificação e 18% a 55,4% no orgasmo.

Não obstante, os autores apontam que, embora haja divergências entre os estudos, a prevalência de disfunção sexual na população feminina é considerada alta no Brasil,⁸ o que repercute, de forma negativa, na sua QV, na função sexual e na QV de seus parceiros. Desse modo, a disfunção sexual já

é considerada como um importante problema de saúde pública e exigem-se investigações mais pontuais.⁴

A QV relaciona-se com contextos individuais e coletivos, sendo determinada por fatores como funcionalidade, estilo de vida, estado emocional, satisfação com a saúde, autoestima, escolaridade, bem-estar, nível socioeconômico, relações sociais, autocuidado, valores ético-culturais, moradia, segurança, relação familiar, religiosidade, dentre outros.⁹⁻¹¹

Não obstante, o conceito de QV abrange a subjetividade e a multidimensionalidade do indivíduo. Na velhice, a QV relaciona-se à capacidade de adaptação às perdas físicas, sociais e emocionais, à condição socioeconômica, ao suporte familiar, à manutenção da atividade intelectual, dentre outros. Nesta perspectiva, as relações sociais, o lazer e a educação constituem-se importantes dimensões na manutenção da QV dos idosos.² Não obstante, a Organização Mundial da Saúde (OMS) 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.”¹²

Nesse sentido, a hipótese é que as mulheres idosas, com algum tipo de disfunção sexual, apresentam pior vivência da sexualidade e pior QV. Se for confirmada essa hipótese, significa que essas mulheres apresentam conceito equivocado de sexualidade e limitam-se a vivenciá-la em virtude das disfunções sexuais. Diante disso, justifica-se o desenvolvimento deste estudo, uma vez que os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros da atenção primária, poderão intervir nesse contexto e investir na sexualidade como uma estratégia de promoção da saúde e de aumento da QV das mulheres idosas. Nessa perspectiva, o objetivo deste estudo foi analisar a função sexual e sua associação com a sexualidade e a QV de mulheres idosas.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e observacional, do tipo *web survey*. O cenário de estudo correspondeu às cinco regiões brasileiras: Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul.

Para garantir um representativo mínimo de participantes, recorreu-se ao cálculo amostral, *a priori*, considerando uma população infinita, margem de erro de 5%, intervalo de confiança de 95% e prevalência de disfunção sexual de 88%,¹³ o que resultou em um quantitativo mínimo de 163 participantes. Porém, houve o recrutamento de 166 mulheres idosas que se adequaram, integralmente, aos critérios de inclusão e foram selecionadas conforme a técnica consecutiva não probabilística.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: ser do sexo feminino, com idade igual ou superior a 60 anos, com acesso à internet e conta ativa na rede social *Facebook*, residente em comunidade e que fosse casada, em união estável ou que tivesse parceiro(a) fixo(a). Esse último critério de inclusão foi necessário em virtude da exigência do instrumento que avaliará a sexualidade, pois considera a percepção dos idosos em relação a si e a seu companheiro(a).¹⁴ Por fim, os critérios de exclusão foram: idosas residentes em instituições de longa permanência e similares,

hospitalizadas e aquelas com dependência funcional, rastreadas por meio de três perguntas iniciais no bloco biosociodemográfico.

O recrutamento das participantes ocorreu, exclusivamente, por meio do *Facebook*, de forma *online*, entre os meses de agosto a outubro de 2020. Foi utilizada a ferramenta *Google Forms* para estruturar o questionário da pesquisa que, posteriormente, foi postado em uma página social por meio de um *hiperlink* que dava acesso direto aos blocos dos instrumentos.

O questionário foi estruturado em quatro inquéritos: biosociodemográfico, sexualidade, função sexual e QV. O inquérito biosociodemográfico foi organizado com questões elaboradas pelos próprios autores no intuito de traçar o perfil das participantes por meio de variáveis como religião, situação conjugal, orientação sexual, idade, etnia, escolaridade, se já receberam orientação sobre sexualidade pelos profissionais de saúde, localização geográfica, dentre outras. Ressalta-se que, antes de as participantes terem acesso a esse bloco, foi disponibilizado, na íntegra, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para a leitura completa e obrigatória. Na concordância com o documento, as participantes poderiam prosseguir com a pesquisa, caso contrário, poderiam sair da página sem penalidades.

O inquérito sexualidade foi realizado com a Escala de Vivências Afetivas e Sexuais do Idoso (EVASI), construída e validada no contexto brasileiro para a população idosa.¹⁴ Trata-se de uma escala psicométrica construída com 38 itens distribuídos em três dimensões: ato sexual, relações afetivas e adversidades física e social. Há cinco possibilidades de respostas tipo *likert*, variando de um (nunca) a cinco (sempre). Além disso, a EVASI não delimita ponto de corte e sua análise é feita na perspectiva de que, quanto menor/maior o escore total, respectivamente, pior/melhor são as vivências da sexualidade na dimensão “ato sexual” e “relações afetivas”. Como o domínio “adversidades física e social” possui questões negativas, a interpretação é na perspectiva de que, quanto menor/maior o escore, respectivamente, melhor/pior as participantes enfrentam tais adversidades relacionadas à sexualidade.¹⁴

O inquérito função sexual foi estruturado com o Quociente Sexual - Versão Feminina (QS-F), validado e padronizado para a população brasileira de acordo com as especificidades sexuais da mulher.¹⁵ É composto por dez itens com cinco possibilidades de respostas em escala tipo *likert*: (0=nunca), (1=raramente), (2=às vezes), (3=aproximadamente 50% das vezes), (4=a maioria das vezes) e (5=sempre). O escore final é obtido somando-se os valores correspondentes a cada resposta e multiplicando o resultado por dois, gerando uma pontuação final entre zero e 100 pontos. Ressalta-se que somente a questão sete sofre tratamento diferenciado, pois o valor da resposta dada (de 0 a 5) deve ser subtraído pela constante cinco [5-q7], antes de proceder à somatória. De acordo com o escore final, pode-se classificar as participantes em: com disfunção sexual (<60 pontos) e sem disfunção sexual (≥60 pontos).¹⁵

Por fim, o inquérito QV foi elaborado com o instrumento validado e padronizado para a população brasileira denominado

World Health Organization Quality of Life – Old (WHOQOL-Old).¹⁶ Trata-se de um instrumento específico composto por 24 itens e seis facetas: habilidades sensoriais; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte e morrer e intimidade. Esse instrumento é organizado em escala tipo *likert* cujas possibilidades de respostas variam de um a cinco pontos, o que totaliza um escore final de 24 a 100 pontos. Não há ponto de corte para esse instrumento e o menor/maior escore indica, respectivamente, pior/melhor QV entre os participantes.

Por tratar-se de uma população que interage ativamente em redes sociais por meio de aparelhos tecnológicos como *smartphones*, *laptops*, dentre outros, dispensou-se a utilização de instrumentos para avaliar o estado cognitivo. Além disso, vale destacar que, no intuito de corrigir possíveis vieses e respostas múltiplas pela mesma pessoa, exigiu-se o *e-mail* pessoal de forma obrigatória antes de iniciarem as respostas aos instrumentos.

Os dados foram tratados e analisados integralmente no *software IBM® SPSS Statistics*, versão 25. As variáveis qualitativas foram apresentadas por meio de frequências absolutas e relativas. Já as variáveis quantitativas foram expressas em mediana (M_d), intervalo interquartil (IQ), média (M), desvio-padrão (DP), variância e valores mínimo e máximo.

Após a constatação da distribuição anormal dos dados, aplicaram-se a estatística não paramétrica, representada pelo teste U de Mann-Whitney, para a comparação de dois grupos independentes e a correlação de Spearman (ρ) para analisar as relações existentes entre a variável independente (função sexual) e as dependentes (sexualidade e QV). Os coeficientes de correlação foram interpretados da seguinte forma: fraca magnitude ($\rho < 0,4$); moderada magnitude ($\rho \geq 0,4$ a $< 0,5$) e forte magnitude ($\rho \geq 0,5$).¹⁷

Posteriormente à análise de correlação, foi construído um modelo de regressão linear simples tendo como fator a função sexual e atributos a sexualidade e a QV. Os resultados da regressão foram expressos com os coeficientes β (padronizado e não padronizado), intervalo de confiança de 95%, coeficiente de determinação (R^2) e o teste de Durbin-Watson como verificador da qualidade do modelo.

Esse estudo seguiu todas as recomendações éticas e bioéticas da pesquisa com seres humanos, conforme preconizado na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Além disso, o estudo foi apreciado e aprovado no ano de 2020 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo sob o Parecer nº 4.319.644.

RESULTADOS

Notam-se, na Tabela 1, as características biosociodemográficas das participantes, com destaque para a maior prevalência de mulheres idosas com idades entre 60 e 64 anos (56,0%), autodeclaradas brancas (69,3%), com alto nível de escolaridade (71,0%), considerando os níveis médio e superior, além daquelas

Tabela 1. Características biosociodemográficas das participantes - Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2020.

Variáveis	n	%	Variáveis	n	%
Faixa etária			Religião		
60-64 anos	93	56,0	Católico	95	57,2
65-69 anos	50	30,1	Protestante	16	9,6
70-74 anos	18	10,8	Espírita	22	13,3
75-79 anos	3	1,8	Origens africanas	1	0,6
80-84 anos	2	1,2	Outras	22	13,3
Escolaridade			Sem religião	10	6,0
Primário	15	9,0	Etnia		
Fundamental	31	18,7	Branca	115	69,3
Médio	61	36,7	Amarela	3	1,8
Superior	57	34,3	Negra	10	6,0
Sem escolaridade	2	1,2	Parda	37	22,3
Estado civil			Indígena	1	0,6
Casada	79	47,6	Recebeu orientações sobre sexualidade?		
União Estável	31	18,7	Sim	54	32,5
Parceiro(a) Fixo(a)	56	33,7	Nunca	112	67,5
Tempo de convivência com o parceiro			Orientação sexual		
≤ 5 anos	56	33,7	Heterossexual	145	87,3
Entre 6 e 10 anos	9	5,4	Homossexual	1	0,6
Entre 11 e 15 anos	4	2,4	Bissexual	1	0,6
Entre 16 e 20 anos	12	7,2	Outros	19	11,4
> 20 anos	85	51,2	Região brasileira		
Mora com os filhos			Norte	10	6,0
Sim	40	24,1	Nordeste	18	10,8
Não	117	70,5	Centro-Oeste	19	11,4
Não tenho filhos	9	5,4	Sudeste	59	35,5
			Sul	60	36,1

Fonte: elaboração própria. Dados da pesquisa.

que nunca receberam orientações sobre sexualidade pelos profissionais da saúde (67,5%).

Observa-se, na Tabela 2, que, de maneira geral, as mulheres idosas possuem boa função sexual ($M_d=78,00$ [IQ=60,00-88,00]), haja vista que o intervalo possível para os valores varia entre zero e 100 pontos. Não obstante, no que concerne à sexualidade, nota-se maior vivência na dimensão relações afetivas ($M_d=76,00$) seguida do ato sexual ($M_d=74,00$). Por fim, observa-se que as mulheres idosas possuem melhor QV nas facetas habilidades sensoriais ($M_d=84,37$) e intimidade ($M_d=75,00$), por evidenciarem as maiores medianas.

Observa-se, na Tabela 3, que as mulheres idosas, sem disfunção sexual, possuem melhores vivências em sexualidade

e melhor QV, com diferenças estatisticamente significantes para todas as dimensões de avaliação. No que se refere à sexualidade, nota-se que a dimensão relações afetivas só permaneceu com as melhores vivências entre as idosas que possuem disfunção sexual ($M_d=56,00$). De outro modo, as idosas sem disfunção possuem as melhores vivências em sexualidade por meio do ato sexual ($M_d=79,00$).

De acordo com a Tabela 4, na análise de correlação, observam-se coeficientes estatisticamente significantes e com diferentes magnitudes. Dentre as dimensões de avaliação, os maiores coeficientes foram encontrados entre o “desejo e interesse sexual” com o ato sexual da sexualidade ($\rho=0,678$; $p<0,001$) e com a faceta intimidade da QV ($\rho=0,478$; $p<0,001$). De maneira

Tabela 2. Análise descritiva dos instrumentos QS-F, EVASI e Whoqol-Old - Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2020.

VARIÁVEIS	M _d (IQ)	M±DP	Mínimo	Máximo	Variância
FUNÇÃO SEXUAL					
Desejo e interesse sexual	10,00 (8,00-13,00)	9,98±3,67	2,00	15,00	13,521
Preliminares	5,00 (4,00-5,00)	4,03±1,40	0,00	5,00	1,987
Excitação pessoal/sintonia com o parceiro	8,00 (6,00-10,00)	7,33±2,79	0,00	10,00	7,787
Conforto	8,00 (6,00-10,00)	7,67±2,38	0,00	10,00	5,687
Orgasmo e satisfação	8,00 (5,00-9,00)	7,12±2,77	0,00	10,00	7,682
Função sexual geral	78,00 (60,00-88,00)	72,28±22,38	8,00	100,00	500,958
SEXUALIDADE					
Ato sexual	74,00 (59,00-82,00)	69,35±15,83	20,00	87,00	250,715
Relações afetivas	76,00 (62,00-82,00)	70,31±14,19	23,00	85,00	201,513
Adversidades física e social	7,00 (5,00-9,00)	6,95±3,03	3,00	15,00	9,229
Sexualidade geral	155,50 (130,50-170,00)	81,13±17,83	46,00	182,00	804,696
QUALIDADE DE VIDA					
Habilidades sensoriais	84,37 (73,43-93,75)	81,13±17,83	25,00	100,00	317,932
Autonomia	68,75 (50,00-81,25)	66,71±20,24	12,50	100,00	409,667
Atividades passadas, presentes e futuras	68,75 (50,00-75,00)	64,68±19,39	6,25	100,00	376,358
Participação social	62,50 (50,00-75,00)	62,72±21,36	0,00	100,00	456,388
Morte e morrer	62,50 (37,50-81,25)	59,22±25,27	0,00	100,00	639,063
Intimidade	75,00 (62,50-81,25)	70,10±20,83	0,00	100,00	434,213
Qualidade de vida geral	79,16 (58,33-79,16)	67,43±14,95	20,83	98,96	223,737

Fonte: elaboração própria. Dados da pesquisa.

Tabela 3. Comparação da sexualidade e QV entre as mulheres idosas com e sem disfunção sexual - Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2020.

Variáveis	FUNÇÃO SEXUAL		U	Valor de p
	Com disfunção M _d (IQ)	Sem disfunção M _d (IQ)		
SEXUALIDADE				
Ato sexual	53,00 (44,00-63,00)	79,00 (68,00-83,00)	540,50	<0,001*
Relações afetivas	56,00 (42,00-66,00)	78,00 (71,00-83,00)	698,00	<0,001*
Adversidades física e social	9,00 (7,00-11,00)	6,00 (4,00-8,00)	1312,00	<0,001*
Sexualidade geral	120,00 (102,00-135,00)	164,00 (146,00-171,00)	641,50	<0,001*
QUALIDADE DE VIDA				
Habilidades sensoriais	75,00 (56,25-87,50)	87,50 (75,00-93,75)	1652,00	0,001*
Autonomia	56,25 (37,50-68,75)	75,00 (62,50-81,25)	1311,50	<0,001*
Atividades passadas, presentes e futuras	50,00 (43,75-68,75)	68,25 (56,25-81,25)	1425,50	<0,001*
Participação social	50,00 (37,50-62,50)	68,75 (50,00-81,25)	1435,00	<0,001*
Morte e morrer	56,25 (25,00-75,00)	68,75 (43,75-81,25)	1934,50	0,038*
Intimidade	62,50 (37,50-75,00)	75,00 (68,75-81,25)	1269,00	<0,001*
Qualidade de vida geral	57,29 (47,91-68,75)	72,91 (62,50-80,20)	1140,00	<0,001*

Fonte: elaboração própria. Dados da pesquisa. * Significância estatística para o teste de Mann-Whitney (p<0,05).

Tabela 4. Correlação entre a função sexual com a sexualidade e a QV - Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2020.

FUNÇÃO SEXUAL	SEXUALIDADE				QUALIDADE DE VIDA						
	AS	RA	AFS	SG	HS	AUT	APPF	PS	MM	INT	QVG
	ρ	P	ρ	ρ	ρ	ρ	ρ	ρ	ρ	ρ	ρ
DOM 1	0,678* [§]	0,569* [§]	-0,357*	0,612* [§]	0,332*	0,392*	0,440*	0,383*	0,096	0,478*	0,460*
DOM 2	0,613* [§]	0,543* [§]	-0,274*	0,578* [§]	0,285*	0,228 [†]	0,303*	0,286*	0,051	0,343*	0,340*
DOM 3	0,626* [§]	0,585* [§]	-0,428*	0,590* [§]	0,313*	0,333*	0,324*	0,337*	0,152	0,427*	0,419*
DOM 4	0,434*	0,476*	-0,367*	0,426*	0,323*	0,342*	0,314*	0,298*	0,074	0,390*	0,389*
DOM 5	0,643* [§]	0,544* [§]	-0,472*	0,572* [§]	0,363*	0,402*	0,407*	0,411*	0,226 [†]	0,447*	0,499*
FSG	0,732* [§]	0,663* [§]	-0,467*	0,677* [§]	0,379*	0,431*	0,447*	0,437*	0,155 [†]	0,525* [§]	0,524* [§]

Fonte: elaboração própria. Dados da pesquisa. Significância estatística para a correlação de Spearman (ρ): *($p < 0,001$); †($p = 0,003$); ‡($p = 0,046$). [§]Correlação forte; ^{||}Correlação moderada. DOM1: desejo e interesse sexual; DOM2: preliminares; DOM3: excitação, pessoal/sintonia com o parceiro; DOM4: conforto; DOM5: orgasmo e satisfação; FSG: função sexual geral.

Tabela 5. Regressão linear para as variáveis independente (função sexual) e as dependentes (sexualidade e QV) - Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2020.

	β não padronizado	B padronizado	IC95%	Valor p	Durbin-Watson	R ²
SEXUALIDADE						
AS	0,524	0,741	0,451-0,597	<0,001	1,943	0,548
RA	0,418	0,658	0,344-0,491	<0,001	1,963	0,434
AFS	-0,053	-0,393	-0,073- -0,034	<0,001	1,926	0,155
SG	0,888	0,701	0,749-1,028	<0,001	1,958	0,491
QUALIDADE DE VIDA						
HS	0,297	0,372	0,183-0,411	<0,001	2,042	0,139
AUT	0,393	0,435	0,268-0,519	<0,001	1,932	0,189
APPF	0,373	0,430	0,252-0,439	<0,001	2,084	0,185
PS	0,386	0,404	0,251-0,520	<0,001	2,089	0,163
INT	0,501	0,538	0,380-0,622	<0,001	2,045	0,290
QVG	0,352	0,526	0,264-0,439	<0,001	2,051	0,277

Fonte: elaboração própria. Dados da pesquisa. 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; INT: intimidade; QVG: qualidade de vida geral.

geral, nota-se que a função sexual se correlaciona, de forma positiva e com forte magnitude, com a sexualidade ($\rho = 0,677$; $p < 0,001$) e com a QV ($\rho = 0,524$; $p < 0,001$) das mulheres idosas.

De acordo com a Tabela 5, nota-se que todas as dimensões da sexualidade permaneceram estatisticamente associadas no modelo, sendo que a maior influência da função sexual é observada na dimensão “ato sexual” ($\beta = 0,524$; [IC95% = 0,451-0,597]; $p < 0,001$; $R^2 = 54,8\%$), sendo que o modelo explicou 49,1% da variação dos dados da sexualidade geral. No que concerne à QV, somente a faceta “morte e morrer” não permaneceu associada no modelo. Nota-se que a maior influência da função sexual foi sob a faceta intimidade ($\beta = 0,501$; [IC95% = 0,380-0,622]; $p < 0,001$; $R^2 = 29,0\%$), sendo que o modelo explicou 27,7% dos dados da QV geral.

DISCUSSÃO

Este estudo compreendeu a inclusão de mulheres idosas de diferentes regiões do Brasil, evidenciando a predominância de participantes autodeclaradas brancas (69,3%) e com alto nível de escolaridade (71,0%), considerando os níveis médio e superior, conforme a Tabela 1. Essas características divergem de outros estudos,^{3,18} que contemplaram mulheres idosas com características sociodemográficas divergentes, sobretudo, com baixa escolaridade.

Esses resultados já eram esperados em virtude da modalidade *online* da coleta dos dados. Presume-se que haveria maior participação de pessoas alfabetizadas e com condição financeira suficiente que permitiriam acesso à internet e aos recursos eletrônicos que possibilitam interações em redes sociais.

Nesse sentido, pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística¹⁹ revelou que houve aumento de 24,7%, em 2016, para 31,1%, em 2017, das pessoas idosas que tiveram acesso à internet. Esse aumento foi mais evidente à medida em que se observava o nível educacional, sendo que a utilização da internet teve maior percentual entre as pessoas com maior nível de escolaridade.¹⁹

No que concerne à avaliação descritiva da função sexual, observa-se, na Tabela 2 que, de maneira geral, as mulheres idosas possuem boa função sexual, alcançando mediana de 78,00 em um intervalo máximo de 100 pontos. Esperavam-se baixas pontuações nas áreas de avaliação sexual, sobretudo, no que diz respeito à lubrificação vaginal, que pode estar diminuída na velhice e, conseqüentemente, gerar desconfortos durante a penetração. Porém, salienta-se que, possivelmente, as características sociodemográficas das participantes deste estudo podem ter contribuído no acesso às estratégias de combate à disfunção sexual, como a obtenção de lubrificantes íntimos e, até mesmo, terapias com profissionais especializados.

Não obstante, no que concerne à sexualidade, nota-se que, de forma geral, as mulheres idosas possuem melhor vivência na dimensão relações afetivas, seguida do ato sexual, de acordo com a Tabela 2. Por um lado, esses resultados corroboram outros estudos^{20,21} que também apontaram para a atividade sexual como um aspecto mais valorizado pelos homens.

Nesse contexto, uma investigação²¹ desenvolvida com nove casais, de diferentes etapas do ciclo vital, identificou que, enquanto os homens buscam prazer e relaxamento no ato sexual, prezando a quantidade, as mulheres atribuem maior valor ao romantismo e à intimidade, valorizando a qualidade da relação sexual, que, por sua vez, está associada ao carinho e ao afeto. Outro estudo,²² desenvolvido com 3.834 mulheres inglesas com idade média de 65,3 anos, identificou que, entre as mulheres sexualmente ativas, a maior alegria de viver esteve associada aos beijos e às carícias, mas não nas relações sexuais.

Por outro lado, questiona-se se, realmente, o menor interesse das mulheres idosas no ato sexual reflete, de fato, as escolhas espontâneas ou se possuem influência de fatores externos, como os preconceitos sociais ou possíveis traumas sexuais no decorrer da vida, visto que, neste estudo, a dimensão relações afetivas da sexualidade só permaneceu associada como melhor vivência entre as idosas com disfunção sexual. De outro modo, as idosas sem disfunção possuíram as melhores vivências em sexualidade por meio do ato sexual, conforme a Tabela 3.

Diante disso, deve-se considerar que existem muitas pessoas idosas que experienciaram suas relações sexuais de forma traumatizante ao longo da vida e, quando alcançam a velhice, preferem não praticá-las.²³ Além do mais, no contexto passado, em que os idosos atuais se casaram, o casamento era definido, estritamente, com a escolha dos pais, que selecionavam a pessoa com quem seus filhos se casariam, somente no intuito de contemplar interesses político-econômicos, sem consideração dos sentimentos das pessoas envolvidas no vínculo matrimonial. Não obstante, tratava-se de uma época em que o

conservadorismo cristão exercia forte influência no casamento, de modo que o divórcio era repudiado.²⁴ Portanto, informa-se que esse contexto deve ser levado em consideração diante das queixas de mulheres idosas, que aparentam ter total desprezo ou aversão à prática sexual na velhice.

No que concerne à QV, observa-se que as mulheres idosas possuem melhor percepção de QV nas facetas habilidades e intimidade, conforme a Tabela 2. A faceta habilidades sensoriais avalia o quanto as perdas sensoriais impactam a vida diária, a participação nas atividades e a capacidade interativa. Já a faceta intimidade avalia o sentimento de companheirismo, a experiência no amor, além das oportunidades para amar e ser amado.¹⁶

Ressalta-se que esses resultados podem também ser influenciados pela característica da amostra, uma vez que, em um estudo²⁵ desenvolvido com 40 idosos com escolaridade, revelou-se que a maior mediana também foi encontrada na faceta habilidades sensoriais. Por outro lado, estudo²⁶ desenvolvido com 217 pessoas idosas, cuja maior prevalência foi a baixa escolaridade, revelou maiores pontuações na faceta morte e morrer. Nesse sentido, evidências apontam que os anos de estudo se constituem como um fator preditor para eventos adversos à saúde das pessoas idosas, e aquelas com baixa escolaridade podem vivenciar exclusões sociais e menor possibilidade de acesso às informações, o que repercute, negativamente, na sua QV.²⁶

Encontrou-se, neste estudo, que as mulheres idosas, sem disfunção sexual, possuem melhores vivências em sexualidade e melhor QV, de acordo com a Tabela 3. Questiona-se o fato de as maiores vivências em sexualidade estarem correlacionadas, de forma positiva, com a função sexual. Isto porque a vivência da sexualidade independe de qualquer envolvimento sexual, pois a sexualidade é um conceito mais amplo, com diversas possibilidades de vivências e explorações da imaginação e do corpo humano. Ou seja, esperava-se que, mesmo com as disfunções sexuais presentes, as mulheres idosas tivessem maiores vivências em sexualidade por meio de outras demonstrações quantificativas que a envolvem. Infere-se, portanto, que as mulheres idosas deste estudo desconhecem o real conceito de sexualidade e a reduz aos aspectos genitais, conforme já foi evidenciado em outra investigação.²⁷

Em relação à QV, uma investigação²⁸ envolvendo 1.129 pessoas idosas, com predominância do sexo feminino (59,7%), identificou que as mulheres idosas inativas sexualmente estavam satisfeitas com essa condição de inatividade sexual. Entretanto, quando analisada a relação entre a satisfação sexual e a QV, observou-se que as mulheres idosas ativas e satisfeitas com sua vida sexual apresentaram melhor QV nos componentes físico e mental, avaliada por meio do instrumento *Short-Form Health Survey* (SF-12).²⁸

Em outro estudo,²⁹ desenvolvido com 203 judeus israelenses, com idade média de 69,59 anos e com maior prevalência de mulheres idosas (50.2%), revelou-se que a frequência da atividade sexual é uma variável preditora da QV e exerce efeito mediador entre as atitudes em relação à sexualidade e à QV.

Nesse mesmo estudo, os autores identificaram que os idosos que vivenciam relações sexuais com certa frequência tiveram melhor QV, sendo classificada como muito boa, quando comparados com os idosos que não se envolveram sexualmente, que, por sua vez, apresentaram pior QV, todas essas evidências com significância estatística.²⁹

O fato é que tanto o relacionamento afetivo quanto o sexual possuem sua importância para a promoção do bem-estar físico e mental, além da promoção de sentimentos positivos como alegria e felicidade, que garantem mais vitalidade e maior prazer na vida, conforme foi revelado pela maioria das mulheres idosas participantes de um estudo qualitativo.³⁰ Tais evidências corroboram, inclusive, os resultados evidenciados na Tabela 5, em que a maior influência da função sexual foi observada na dimensão ato sexual da sexualidade e sob a faceta intimidade da QV, evidenciando que tanto os aspectos sexuais quanto os afetivos, envolvendo a intimidade, colaboram para uma melhor vivência em sexualidade e melhor QV.

Entretanto, é necessário que haja orientação dos profissionais de saúde quanto aos aspectos sexuais e à sexualidade na população idosa, haja vista que os conhecimentos e as atitudes permissivas relacionados à sexualidade estão associados à maior frequência das atividades sexuais entre essa população.²⁹

Porém, a realidade distancia-se dessa necessidade, visto que, neste estudo, 67,5% nunca receberam orientações sobre sexualidade pelos profissionais da saúde. Esses resultados assemelham-se aos encontrados em uma investigação²⁹ em que 88,2% das pessoas idosas entrevistadas não consultam os profissionais da saúde para questionarem assuntos sobre o tema. Trata-se de resultados importantes para serem refletidos, haja vista que existem diversos estudos^{28,29} evidenciando que as pessoas idosas continuam com as relações sexuais e, mesmo assim, há negligência da temática nos serviços de saúde.

Tal negligência pode ser superada por meio de estratégias educativas dialógicas, sendo apontadas como um instrumento de cuidado efetivo e com aplicabilidade na atenção primária à saúde, com vistas ao oferecimento de uma assistência integral e emancipatória. Trata-se de uma estratégia que já foi utilizada e demonstrou impactos positivos na desconstrução de preconceitos relacionados à sexualidade na velhice e na ampliação conceitual da temática.²⁷

CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

A função sexual está associada à sexualidade e à QV das mulheres idosas investigadas, assumindo comportamento diretamente proporcional que, por sua vez, pode se tornar uma estratégia para agregar qualidade aos anos adicionais de vida dessa população.

Portanto, este estudo contribui, revelando que a função sexual está fortemente correlacionada à sexualidade e à QV das mulheres idosas, destacando-se o ato sexual e a intimidade como duas variáveis que mais foram explicadas pelo modelo de

regressão linear. Diante desses resultados, os profissionais de saúde, especialmente na atenção primária, poderão intervir, de forma estratégica, nesses aspectos relacionados às mulheres idosas, cumprindo, desse modo, a proposta de envelhecimento ativo e promovendo a saúde e a QV desse grupo populacional em constante crescimento nos últimos anos. Sugere-se, então, a implementação de protocolos direcionados à saúde sexual da mulher idosa e ao aprofundamento das relações holísticas para que a dimensão biopsicossocial das mulheres idosas seja considerada, em sua totalidade, durante as práticas assistenciais em saúde.

Destaca-se que o método de coleta *online* demonstrou alguns pontos negativos que influenciaram na adesão dos usuários à pesquisa. Primeiro, cita-se a desconfiança das participantes em relação à veracidade e à segurança do estudo, visto que houve comentários, nas postagens, de que o *hyperlink* da pesquisa se tratava de uma estratégia criminosa para a obtenção de dados pessoais e, com isso, muitas usuárias potenciais não prosseguiram com a participação. Outro impasse também diz respeito aos comentários. Desta vez, o teor dos comentários foi de cunho conservador e moralista, em que as usuárias comentavam se tratar de uma ofensa, e até mesmo falta de respeito, abordar a temática com mulheres idosas, sobretudo, em redes sociais.

Ressalta-se que tais comentários não foram deletados no intuito de garantir a liberdade de expressão e o direito de as participantes decidirem, conscientemente, sobre o aceite ou a recusa na participação. Entretanto, os autores respondiam a esses comentários, fornecendo o número de aprovação do CEP, juntamente com o número telefônico para o esclarecimento de dúvidas, além de serem postadas a justificativa e a relevância do estudo. Tais obstáculos constituíram-se como a principal razão para o baixo número de adeptos ao estudo, embora se tenha conseguido atingir o tamanho amostral delineado.

Além do mais, destaca-se que este estudo apresenta algumas limitações. Além da característica não probabilística não permitir generalizações, a participação única de mulheres idosas adeptas ao *Facebook* reforça a necessidade de cautela na comparação dos resultados aqui obtidos, uma vez que se trata de um público específico, que não é observado com frequência entre a população idosa brasileira.

FINANCIAMENTO

Este trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001. Bolsa de Doutorado concedida a Edison Vitório de Souza Júnior. Processo nº 88887.480496/2020-00.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Desenho do estudo. Edison Vitório de Souza Júnior. Randson Souza Rosa. Diego Pires Cruz. Cristiane dos Santos Silva. Namie Okino Sawada.

Coleta ou produção dos dados. Edison Vitório de Souza Júnior. Randson Souza Rosa. Diego Pires Cruz. Benedito Fernandes da Silva Filho. Cristiane dos Santos Silva. Lais Reis Siqueira.

Análise de dados. Edison Vitório de Souza Júnior. Randson Souza Rosa. Diego Pires Cruz. Benedito Fernandes da Silva Filho. Brenaraise Freitas Martins dos Santos. Cristiane dos Santos Silva. Lais Reis Siqueira. Namie Okino Sawada.

Interpretação dos resultados. Edison Vitório de Souza Júnior. Randson Souza Rosa. Diego Pires Cruz. Benedito Fernandes da Silva Filho. Brenaraise Freitas Martins dos Santos. Cristiane dos Santos Silva. Lais Reis Siqueira. Namie Okino Sawada.

Redação e revisão crítica do manuscrito. Edison Vitório de Souza Júnior. Randson Souza Rosa. Diego Pires Cruz. Benedito Fernandes da Silva Filho. Brenaraise Freitas Martins dos Santos. Cristiane dos Santos Silva. Lais Reis Siqueira. Namie Okino Sawada.

Aprovação da versão final do artigo. Edison Vitório de Souza Júnior. Randson Souza Rosa. Diego Pires Cruz. Benedito Fernandes da Silva Filho. Brenaraise Freitas Martins dos Santos. Cristiane dos Santos Silva. Lais Reis Siqueira. Namie Okino Sawada.

Responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado. Edison Vitório de Souza Júnior. Randson Souza Rosa. Diego Pires Cruz. Benedito Fernandes da Silva Filho. Brenaraise Freitas Martins dos Santos. Cristiane dos Santos Silva. Lais Reis Siqueira. Namie Okino Sawada.

EDITOR ASSOCIADO

Gerson Luiz Marinho 

EDITOR CIENTÍFICO

Ivone Evangelista Cabral 

REFERÊNCIAS

1. Crema IL, Tilio R, Campos MTA. Repercussões da menopausa para a sexualidade de idosas: revisão integrativa da literatura. *Psicologia*. 2017;37(3):753-69. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703003422016>.
2. Martins RCCC, Casetto SJ, Guerra RLF. Changes in quality of life: the experience of elderly persons at a university of the third age. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2019;22(1):e180167. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562019022.180167>.
3. Rodrigues LR, Portilho P, Tieppo A, Chambo Filho A. Analysis of the sexual behavior of elderly women treated at a gynecological outpatient clinic. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2018;21(6):724-30. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.180090>.
4. Dantas JH, Dantas THM, Pereira ARR, Correia GN, Castaneda L, Dantas DS. Sexual function and functioning of women in reproductive age. *Fisioter Mov*. 2020;33:e003307. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5918.33.ao07>.
5. Malaquias BSS, Azevedo NF, Ledic CS, Martins VE, Nardelli GG, Gaudenci EM et al. A research about HIV/AIDS and sexuality involving elders: an experience report. *REFACS*. 2017;5(2):262. <http://dx.doi.org/10.18554/refacs.v5i2.2069>.
6. 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>.
7. Lara LAS, Scalco SCP, Troncon JK, Lopes GP. Modelo para abordagem das disfunções sexuais femininas. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2017;39(4):184-94. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0037-1601435>. PMID:28371960.
8. Wolpe RE, Zomkowski K, Silva FP, Queiroz APA, Sperandio FF. Prevalence of female sexual dysfunction in Brazil: a systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2017;211:26-32. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.01.018>. PMID:28178575.
9. Costa IP, Bezerra VP, Pontes MLF, Moreira MASP, Oliveira FB, Pimenta CJL et al. Quality of life of elderly people and its association with work. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018;39:e2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0213>.
10. Lu C, Yuan L, Lin W, Zhou Y, Pan S. Depression and resilience mediates the effect of family function on quality of life of the elderly. *Arch Gerontol Geriatr*. 2017;71:34-42. <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2017.02.011>. PMID:28273547.
11. Lima Silva V, Medeiros CACX, Guerra GCB, Ferreira PHA, Araújo Jr RF, Barbosa SJA et al. Quality of life, integrative community therapy, family support, and satisfaction with health services among elderly adults with and without symptoms of depression. *Psychiatr Q*. 2017;88(2):359-69. <http://dx.doi.org/10.1007/s11126-016-9453-z>. PMID:27377928.
12. 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.
13. Khemiri NB, Ben Fadhel S, Hakiri A, Homri W, Labbane R. Sexual dysfunction in the elderly: Prevalence and impact on quality of life. *Tunis Med*. 2020;98(12):1011-6. PMID:33480005.
14. Vieira KFL. Sexualidade e qualidade de vida do idoso: desafios contemporâneos e repercussões psicossociais [tese]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2012 [citado 22 out 2020]. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/6908/1/arquivototal.pdf>
15. Abdo CHN. Development and validation of the male sexual quotient - a questionnaire to assess male sexual satisfaction. *Rev Bras Med [Internet]*. 2006; [citado 25 nov 2017];63(1-2):42-6. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?LisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=447886&indexSearch=ID>
16. 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.
17. Hulley SB, Cumming SR, Browner WS, Grady DG, Hearst NB, Newman TB. Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. 2ª ed. Porto Alegre: Art Med; 2003.
18. Santos AD, Santos ALS, Andrade LM, Boa Sorte ET, Santos ES, Guerra SS. Conception of elderly women about sexuality in old age. *Rev Enferm UFPE Online*. 2019;13:e241752. <http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963.2019.241752>.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. PNAD Contínua TIC 2017: Internet chega a três em cada quatro domicílios do país. Estatísticas sociais [Internet]. 2018 [citado 29 maio 2021]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/23445-pnad-continua-tic-2017-internet-chega-a-tres-em-cada-quatro-domicilios-do-pais>
20. Cambão M, Sousa L, Santos M, Mimoso S, Correia S, Sobral D. QualiSex: estudo da associação entre a qualidade de vida e a sexualidade nos idosos numa população do Porto. *Rev Port Med Geral Fam*. 2019;35(1):12-20. <http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v35i1.11932>.
21. Rocha FDA, Fensterseifer L. A função do relacionamento sexual para casais em diferentes etapas do ciclo de vida familiar. *Contextos Clínic*. 2019;12(2):560-83. <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2019.122.08>.
22. Smith L, Yang L, Veronese N, Soysal P, Stubbs B, Jackson SE. Sexual Activity is Associated with Greater Enjoyment of Life in Older Adults. *Sex Med*. 2019;7(1):11-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.esxm.2018.11.001>. PMID:30554952.
23. Nascimento RF, Marin MJS, Pirollo SM, Lacerda MR. Sexuality as experienced by older women. *Rev Enferm UERJ*. 2017;25(0):e20892. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2017.20892>.
24. Campos SO, Scorsolini-Comin F, Santos MA. Transformações da conjugalidade em casamentos de longa duração. *Psicol Clin [Internet]*. 2017; [citado 30 maio 2021];29(1):69-89. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pc/v29n1/a06.pdf>
25. Sousa MC, Viana JA, Silva RA, Quixabeira AP, Santana MDO, Ferreira RKA. Quality of life of the elderly: a study with seniors. *Temas em Saúde*

- [Internet]. 2019; [citado 29 maio 2021];19(6):362-81. Disponível em: <https://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2020/01/19619.pdf>
26. Jesus ITM, Diniz MAA, Lanzotti RB, Orlandi FS, Pavarin SCI, Zazzetta MS. Frailty and quality of elderly living in a context of social vulnerability. *Texto Contexto Enferm*. 2018;27(4):e4300016. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018004300016>.
 27. Rodrigues DMMR, Labegalini CMG, Higarashi IH, Heidemann ITSB, Baldissera VDA. The dialogic educational pathway as a strategy of care with elderly women in sexuality. *Esc Anna Nery*. 2018;22(3):e20170388. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0388>.
 28. Rodrigues CFCR, Duarte YAO, Rezende FAC, Brito TRP, Nunes DP. Atividade sexual, satisfação e qualidade de vida em pessoas idosas. *Rev Eletrônica Enferm*. 2019;21:57337. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v21.57337>.
 29. 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. <http://dx.doi.org/10.35248/2329-8847.19.7.209>.
 30. Silva FG, Pelzer MT, Ruoso B, Neutzling BRS. Attitudes of elderly women regarding the expression of their sexuality. *Aquichan*. 2019;19(3):e1934. <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2019.19.3.4>.