

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

EDISON VITÓRIO DE SOUZA JÚNIOR

Efeitos da sexualidade na saúde mental, funcionalidade familiar, fragilidade e qualidade de vida de pessoas idosas

RIBEIRÃO PRETO

2024

EDISON VITÓRIO DE SOUZA JÚNIOR

Efeitos da sexualidade na saúde mental, funcionalidade familiar, fragilidade e qualidade de vida de pessoas idosas

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Linha de pesquisa: O cuidar de adulto e idosos

Orientador: Namie Okino Sawada

RIBEIRÃO PRETO

2024

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Souza Júnior, Edison Vitório de
Efeitos da sexualidade na saúde mental, funcionalidade familiar, fragilidade e
qualidade de vida de pessoas idosas. Ribeirão Preto, 2024.
215 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão
Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.
Orientador: Namie Okino Sawada

1. Saúde do Idoso. 2. Envelhecimento Saudável. 3. Promoção da Saúde.
4. Assistência Integral à Saúde. 5. Sexualidade.

SOUZA JÚNIOR, Edison Vitório de

Efeitos da sexualidade na saúde mental, funcionalidade familiar, fragilidade e qualidade de vida de pessoas idosas

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Aprovado em 26 / 02 / 2024

Presidente

Profª Drª Namie Okino Sawada

Instituição: Escola de Enfermagem - Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL)

Comissão Julgadora

Profª Drª Edileuza de Fátima Rosina Nardi

Instituição: Universidade Estadual de Maringá (UEM)

Profº Drº Murilo César do Nascimento

Instituição: Escola de Enfermagem - Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL)

Profª Drª Karina Dal Sasso Mendes

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo (EERP/USP)

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus, aquele que atende pelo nome de “**Eu sou**”, o Deus de Israel, o único digno de toda honra, glória, louvor, riquezas e sabedoria. Ele tem me sustentado em meio as adversidades da vida e nos desafios enfrentados para alcançar meus objetivos. Nas suas potentes mãos me acolheu, me fortaleceu e me fez vencer para a glória do nome Dele. Esse mesmo Deus também esteve presente nos meus momentos de alegria, me fazendo gozar das obras que ele nos permitiu desfrutar, contemplar a sua majestade e lembrar que somente a Ele pertence toda a sabedoria!

Agradeço em especial a **mim mesmo** pela paciência, ousadia, esforço, resiliência, garra, responsabilidade, autoconfiança, persistência, profissionalismo, independência, caráter, firmeza, autocontrole, humildade e solidariedade, características estas que me motivam a dar o meu melhor em tudo o que faço.

Aos meus pais **Edison Vitório e Cleonice Evangelista** por todo o amor e apoio. Não há palavras que mensurem o tamanho da gratidão que eu sinto por vocês. Desde criança me ensinaram o certo e o errado, me corrigem nas necessidades e me dão amor em todos os momentos da minha vida. Vocês são minha fonte de inspiração e graças a vocês, eu cheguei até aqui. Estendo aqui os mesmos agradecimentos a minha querida avó **Maria** pelas orações, amor, conselhos e incentivos.

À minha orientadora **Namie Sawada** pela confiança em responder prontamente ao meu e-mail aceitando orientar minha pesquisa. Certamente será um marco na minha memória todos os momentos em que pude aprender com suas experiências. Obrigado pela confiança, apoio, palavras de conforto, orientações, acolhimento e facilitação do processo de trabalho.

Aos membros da minha **banca examinadora** que desde a qualificação ratificaram a relevância do estudo e fizeram apontamentos que agregaram qualidade ao trabalho desenvolvido.

Aos meus ex-orientadores **Rita Boery e Eduardo Boery (*in memorian*)** pelo acolhimento e orientações, por me concederem a oportunidade de integrar o Grupo de Pesquisa Saúde e Qualidade de Vida, onde dei meus primeiros passos na pesquisa acadêmica.

A todos os meus **amigos** que verdadeiramente torceram por mim nessa trajetória, compreendendo as minhas renúncias, ausências e os surtos de estresse, especialmente meu amado **cortiço**. Estendo meus agradecimentos, em especial, à **Suzi Aguiar**, minha parceira que esteve sempre ao meu lado nas comédias vivenciadas na USP e na vida.

A **todas** as pessoas que aceitaram participar voluntariamente dessa pesquisa. Deixo meus sinceros agradecimentos.

À **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto** da Universidade de São Paulo por oferecer toda a estrutura necessária para o aperfeiçoamento humano, pessoal e profissional. Toda a excelência do corpo docente e administrativo foi fundamental para a minha adaptação, resiliência e potencialidades. Assim, pude contribuir na manutenção do alto padrão do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)** pela bolsa de doutorado oferecida sob Processo nº 88887.480496/2020-00.

E por fim, sem demérito ou redução de suas contribuições no meu sucesso, quero agradecer a todos **aqueles que duvidaram de mim**. Dedico a vocês o dia 03/10/2019 em que recebi a notícia da aprovação no Doutorado Direto em uma das melhores e mais prestigiadas Universidades da América Latina, na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto que é o Centro Colaborador da OPAS/OMS para o desenvolvimento da pesquisa em Enfermagem. Gratidão a todos vocês! Um forte abraço do mais novo Enfermeiro Doutor em Ciências pela Universidade de São Paulo!

Desejo a todos: infinitas bênçãos, sucesso, paz e muito amor para darem e receberem!

**[...] “Eis que eu estou convosco todos os dias, até a consumação dos séculos.
Amém.” Bíblia Cristã - Mateus 28:20**

RESUMO

Souza Júnior, Edison Vítório de. **Efeitos da sexualidade na saúde mental, funcionalidade familiar, fragilidade e qualidade de vida de pessoas idosas**. 2024. 216f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2024.

Introdução: A sexualidade é um componente fundamental no desenvolvimento dos seres humanos e está presente desde o nascimento até a morte. Entretanto, trata-se de uma temática pouco pesquisada em pessoas idosas. Desse modo, mediante a necessidade de abordá-la no meio social e profissional, objetivou-se por meio desse estudo analisar as vivências em sexualidade e seus efeitos na saúde mental, funcionalidade familiar, fragilidade e qualidade de vida de pessoas idosas. Destaca-se que, nesta tese, a saúde mental será representada por quatro variáveis: transtornos mentais comuns, sintomatologia depressiva, autoestima e ansiedade. **Métodos:** Pesquisa transversal do tipo *web survey* desenvolvida entre os meses de julho a outubro de 2020 na Rede Social *Facebook*. Os participantes da pesquisa foram pessoas idosas de todas as cinco regiões brasileiras: Norte, Nordeste, Centro-oeste, Sudeste e Sul. Os critérios de inclusão foram: possuir idade igual ou superior a 60 anos; ser do sexo masculino, feminino ou não-binário; se identificar em qualquer orientação sexual; ser casado, em união estável ou com parceria fixa; ter acesso à internet e conta ativa na Rede Social *Facebook*. No *software* SPSS, versão 25, foram utilizados os testes *U de Mann-Whitney* e *H de Kruskal-Wallis* para as análises de associação, aplicando-se o *post-hoc* de *Bonferroni* quando necessário. Já os efeitos da sexualidade (variável independente) sobre a saúde mental, funcionalidade familiar, fragilidade e qualidade de vida (variáveis dependentes), foram analisados por meio da Modelagem de Equações Estruturais (SEM) no *software* STATA, versão 15. O intervalo de confiança adotado foi de 95% ($p \leq 0,05$). Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo sob parecer nº 4.319.644. **Resultados:** A sexualidade exerceu efeito forte e negativo sob os transtornos mentais comuns (CP=-0,481 [IC95%=-0,540 – -0,421] $p < 0,001$). Dentre as dimensões da sexualidade, as relações afetivas exerceram efeitos positivos de moderada a forte magnitude com a funcionalidade familiar (CP=0,472 [IC95%=0,301-0,642] $p < 0,001$). Já a dimensão do ato sexual exerceu efeito positivo de fraca a moderada magnitude com a fragilidade (CP=0,556 [IC95%=0,442-0,670] $p < 0,001$). Por fim, a dimensão das adversidades física e social exerceu efeito negativo e de fraca magnitude sob a sintomatologia depressiva (CP=-0,095; [IC95%=-0,147 – -0,043]; $p = 0,003$), negativo e de moderada magnitude sob a ansiedade (CP=-0,299; [IC95%= -0,367 - -0,230]; $p < 0,001$) e positivo e de moderada magnitude sob a autoestima (CP=0,276; [IC95%=0,211 – 0,341]; $p < 0,001$). **Conclusão:** as vivências da sexualidade pelas pessoas idosas exerceram efeitos clinicamente relevantes nas variáveis estudadas. Espera-se que os resultados frutos desta tese sensibilizem os profissionais de saúde, especialmente os Enfermeiros da Atenção Primária, no que diz respeito à criação de estratégias que visem o incentivo da sexualidade entre as pessoas idosas e o rompimento de preconceitos relacionados à temática.

Palavras-chave: Saúde do Idoso. Envelhecimento Saudável. Promoção da Saúde. Assistência Integral à Saúde. Sexualidade.

ABSTRACT

Souza Júnior, Edison Vitório de. **Effects of sexuality on mental health, family functionality, frailty and quality of life of elderly people**. 2024. 216f. Thesis (Doctorate) - College of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2024.

Introduction: Sexuality is a fundamental component in the development of human beings and is present from birth to death. However, this is a subject that has been little researched in the elderly. Thus, given the need to address it in the social and professional environment, the objective of this study was to analyze the experiences in sexuality and its effects on mental health, family functionality, fragility and quality of life of elderly people. It is noteworthy that, in this thesis, mental health will be represented by four variables: common mental disorders, depressive symptoms, self-esteem and anxiety. **Methods:** Cross-sectional web survey conducted between July and October 2020 on the Facebook Social Network. The research participants were elderly people from all five Brazilian regions: North, Northeast, Midwest, Southeast and South. The inclusion criteria were: being 60 years of age or older; be male, female or non-binary; identify with any sexual orientation; be married, in a stable union or with a fixed partnership; have access to the internet and an active account on the Facebook Social Network. In SPSS software, version 25, the Mann-Whitney U and Kruskal-Wallis H tests were used for association analyses, applying the Bonferroni post-hoc when necessary. The effects of sexuality (independent variable) on mental health, family functionality, frailty and quality of life (dependent variables) were analyzed using Structural Equation Modeling (SEM) in the STATA software, version 15. The confidence interval adopted was 95% ($p \leq 0.05$). This study was approved by the Research Ethics Committee of the University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing under protocol number 4,319,644. **Results:** Sexuality had a strong and negative effect on common mental disorders (PC=-0.481 [95%CI=-0.540 – -0.421] $p < 0.001$). Among the dimensions of sexuality, affective relationships had moderate to strong positive effects on family functionality (CP=0.472 [95%CI=0.301-0.642] $p < 0.001$). The sexual act dimension, on the other hand, had a positive effect of weak to moderate magnitude with frailty (CP=0.556 [95%CI=0.442-0.670] $p < 0.001$). Finally, the dimension of physical and social adversities had a negative effect and of low magnitude on depressive symptoms (CP=-0.095; [CI95%=-0.147 – -0.043]; $p = 0.003$), negative and of moderate magnitude under anxiety (CP=-0.299; [CI95%=-0.367 – -0.230]; $p < 0.001$) and positive and of moderate magnitude under self-esteem (CP=0.276; [CI95%=0.211 – 0.341]; $p < 0.001$). **Conclusion:** the experiences of sexuality by the elderly had clinically relevant effects on the variables studied. It is hoped that the results of this thesis will sensitize health professionals, especially Primary Care Nurses, with regard to the creation of strategies aimed at encouraging sexuality among the elderly and breaking prejudices related to the theme.

Keywords: Health of the Elderly. Healthy Aging. Health Promotion. Comprehensive Health Care. Sexuality.

RESUMEN

Souza Júnior, Edison Vitório de. **Efectos de la sexualidad en la salud mental, funcionalidad familiar, fragilidad y calidad de vida de los adultos mayores.** 2024. 216f. Thesis (Doctorado) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2024.

Introducción: La sexualidad es un componente fundamental en el desarrollo del ser humano y está presente desde el nacimiento hasta la muerte. Sin embargo, este es un tema poco investigado entre los adultos mayores. Así, dada la necesidad de abordarlo en el ámbito social y profesional, el objetivo de este estudio fue analizar las experiencias en la sexualidad y sus efectos en la salud mental, la funcionalidad familiar, la fragilidad y la calidad de vida de los adultos mayores. Cabe destacar que, en esta tesis, la salud mental estará representada por cuatro variables: trastornos mentales comunes, síntomas depresivos, autoestima y ansiedad. **Métodos:** Estudio transversal del tipo encuesta web realizada entre julio y octubre de 2020 en la Red Social Facebook. Los participantes de la investigación fueron personas adultas mayores de las cinco regiones brasileñas: Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste y Sur. Los criterios de inclusión fueron: tener 60 años o más; ser hombre, mujer o no binario; identificarse con cualquier orientación sexual; estar casado, en unión estable o con pareja fija; tener acceso a internet y una cuenta activa en la Red Social Facebook. En el software SPSS, versión 25, se utilizaron las pruebas U de Mann-Whitney y H de Kruskal-Wallis para los análisis de asociación, aplicando el post-hoc de Bonferroni cuando fue necesario. Los efectos de la sexualidad (variable independiente) sobre la salud mental, funcionalidad familiar, fragilidad y calidad de vida (variables dependientes) fueron analizados mediante Structural Equation Modeling (SEM) en el software STATA, versión 15. El intervalo de confianza adoptado fue del 95% ($p \leq 0,05$). Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, bajo el protocolo número 4.319.644. **Resultados:** La sexualidad tuvo un efecto fuerte y negativo en los trastornos mentales comunes ($PC=-0,481$ [IC95%=-0,540 – -0,421] $p<0,001$). Entre las dimensiones de la sexualidad, las relaciones afectivas tuvieron efectos positivos de moderados a fuertes sobre la funcionalidad familiar ($CP=0,472$ [IC95%=0,301-0,642] $p<0,001$). La dimensión acto sexual, por el contrario, tuvo un efecto positivo de magnitud débil a moderada con la fragilidad ($CP=0,556$ [IC95%=0,442-0,670] $p<0,001$). Finalmente, la dimensión de adversidades físicas y sociales tuvo un efecto negativo y de baja magnitud sobre los síntomas depresivos ($CP=-0,095$; [IC95%=-0,147 – -0,043]; $p=0,003$), negativo y de magnitud moderada sobre la ansiedad ($CP=-0,299$; [IC95%= -0,367 – -0,230]; $p<0,001$) y positivo y de magnitud moderada sobre la autoestima ($CP=0,276$; [IC95%=0,211 – 0,341]; $p<0,001$). **Conclusión:** las experiencias de sexualidad de los adultos mayores tuvieron efectos clínicamente relevantes en las variables estudiadas. Se espera que los resultados de esta tesis sensibilicen a los profesionales de la salud, especialmente a los Enfermeros de Atención Primaria, en lo que respecta a la creación de estrategias dirigidas a fomentar la sexualidad entre los adultos mayores y romper las preconcepciones relacionadas con el tema.

Palabras-clave: Salud del Anciano. Envejecimiento Saludable. Promoción de la Salud. Atención Integral de Salud. Sexualidad.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Facetas para avaliação da QV de pessoas idosas.....	64
Figura 2. Fórmula para a determinação do cálculo amostral.....	67

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Definição das facetas para avaliação da QV de pessoas idosas pelo WHOQOL-Old64

Tabela 2. Facetas do WHOQOL-Old e suas respectivas fórmulas para conversão. .77

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Características dos artigos extraídos da coleta de dados	68
Quadro 2. Características dos convites personalizados.....	69

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- APGAR** - Adaptation, Partnership, Growth, Affection e Resolve
- AVDs** - Atividades da Vida Diária
- CEP** - Comitê de Ética em Pesquisa
- CID-10** - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – 10ª revisão
- DSM-IV** - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition
- EERP** - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
- ESF** – Estratégia de Saúde da Família
- EVASI** - Escala de Vivências Afetivas e Sexuais dos Idosos
- H0** – Hipótese nula
- H1** – Hipótese alternativa
- HIV** - Human Immunodeficiency Virus
- IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- ISSN** - International Standard Serial Number
- IST** – Infecções Sexualmente Transmissíveis
- JCR** - Journal Citation Reports
- nº** - Número
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- QV** – Qualidade de Vida
- QVRS** – Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
- s.d** – Sem data
- SJR** - SCImago Journal & Country Rank
- SPSS** - Statistical Package for the Social Sciences
- SRQ – 20** - Self-report Questionnaire
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- TCLE** - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- TMC** – Transtornos Mentais Comuns
- USP** - Universidade de São Paulo
- WHOQOL-Old** – World Health Organization Quality of Life - Old

LISTA DE SÍMBOLOS

$\%$	Porcentagem
\geq	Maior ou igual

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2 OBJETIVOS	22
2.1 Objetivo geral	22
2.2 Objetivos específicos.....	22
3 HIPÓTESES.....	23
3.1 Hipótese H0.....	23
3.2 Hipótese H1.....	24
4 REVISÃO DA LITERATURA.....	25
4.1 Resgate histórico da sexualidade.....	25
4.2 Envelhecimento humano, sociedade e sexualidade.....	31
4.3 Saúde mental e sexualidade	36
4.3.1 Transtornos Mentais Comuns.....	38
4.3.2 Sintomatologia depressiva	41
4.3.3 Autoestima.....	43
4.3.4 Ansiedade.....	46
4.4 Funcionalidade familiar e sexualidade.....	48
4.5 Fragilidade e sexualidade.....	52
4.6 Qualidade de vida e sexualidade	56
5 REFERENCIAL TEÓRICO	61
5.1 Qualidade de Vida à luz da Organização Mundial de Saúde	61
6 MATERIAL E MÉTODOS	65
6.1 Delineamento do estudo.....	65
6.2 Período e local do estudo.....	65
6.3 Participantes da pesquisa	66
6.3.1 Critérios de inclusão	66
6.3.2 Critérios de exclusão	66
6.3.3 Tamanho amostral	67
6.4 Protocolo do estudo.....	69
6.4.1 Instrumentos de coleta de dados.....	70
6.4.1.1 Inquérito Biosociodemográfico	71
6.4.1.2 Inquérito Sexualidade	71
6.4.1.3 Inquérito Saúde Mental	72
6.4.1.3.1 Transtorno Mental Comum	72
6.4.1.3.2 Sintomatologia depressiva.....	73
6.4.1.3.3 Autoestima.....	73
6.4.1.3.4 Ansiedade.....	74

6.4.1.4 Inquérito Funcionalidade familiar	74
6.4.1.5 Inquérito Fragilidade	75
6.4.1.6 Inquérito Qualidade de Vida	76
6.5 Tabulação e análise dos dados	78
6.6 Aspectos éticos	80
7 RESULTADOS E DISCUSSÃO	81
7.1 CAPÍTULO 1	82
7.2 CAPÍTULO 2	96
7.3 CAPÍTULO 3	104
7.4 CAPÍTULO 4	113
7.5 CAPÍTULO 5	123
7.6 CAPÍTULO 6	141
7.7 CAPÍTULO 7	150
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	162
REFERÊNCIAS	164
APÊNDICES.....	192
APÊNDICE A – Convite para artigo do capítulo 1	193
APÊNDICE B – Convite para artigo do capítulo 2	194
APÊNDICE C - Convite para artigo do capítulo 3.....	195
APÊNDICE D – Convite para artigo do capítulo 4.....	196
APÊNDICE E – Convite para artigo do capítulo 5.....	197
APÊNDICE F – Convite para artigo do capítulo 6	198
APÊNDICE G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	199
APÊNDICE H – Inquérito Biossociodemográfico.....	201
APÊNDICE I – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	202
ANEXOS	205
ANEXO A – Estimativa populacional	206
ANEXO B – Escala das Vivências Afetivas e Sexuais dos Idosos (EVASI).....	207
ANEXO C – Self-Report Questionnaire (SRQ-20).....	208
ANEXO D – Escala de Depressão Geriátrica.....	209
ANEXO E – Escala de Autoestima de Rosenberg.....	210
ANEXO F – Inventário de Ansiedade de Beck	211
ANEXO G – APGAR de família	212
ANEXO H – Instrumento Autorreferido de fragilidade	213
ANEXO I - Whoqol-Old.....	214

1 INTRODUÇÃO

A sexualidade se expressa como um comportamento fisiológico inerente à vida humana e se desenvolve em um processo contínuo antes mesmo do nascimento, encerrando-se com a morte. Trata-se de um componente fundamental, visto que está intimamente vinculada à sensibilidade física e psíquica entre duas pessoas (Galati *et al.*, 2014). Para Freud (1996), considerado um dos precursores do estudo sobre a temática, a sexualidade se desenvolve em um processo longo e complexo até o indivíduo chegar à fase adulta, na qual a reprodução e o prazer podem estar intrínsecos em ambos os sexos. Tal pensamento divergiu com as ideologias da época ao contrariar a visualização do sexo apenas como meio de procriação.

A sexualidade não é sinônimo de ato sexual. Sua definição abrange um conjunto de manifestações traduzidas em ações comportamentais, cognitivas e sentimentais, revelado em qualquer fase do ciclo vital, modalizando em forma, intensidade e duração, a depender dos aspectos etários, pessoais e culturais (Moura; Pessôa; Almeida, 2017; Cunha *et al.*, 2019). Desta forma, afirma-se que, as expressões de cumplicidade, companheirismo, toque, intimidade, carinho, amor, e demais variações quanti-qualitativas, constituem-se em formas de expressar a sexualidade, inclusive o erotismo e o ato sexual (Bauer *et al.*, 2014; Queiroz *et al.*, 2015; Lobaina *et al.*, 2017; Cunha *et al.*, 2019).

Ainda nessa perspectiva, Ribeiro (2002, p. 124), traz uma definição de sexualidade que permite a compreensão da amplitude que a envolve:

Sexo é representado por masculino ou feminino como ser biológico homem ou mulher. A sexualidade é a maneira como uma pessoa expressa seu sexo. É como a mulher vivencia e expressa o ser mulher e o homem ser homem. Através de gestos, da postura, da fala, do andar, da voz, das roupas, dos enfeites, do perfume, enfim, de cada detalhe do indivíduo. Confunde-se muito a sexualidade com relação sexual. A relação sexual é um componente da sexualidade e ao contrário do que muita gente pensa não é apenas a relação pênis-vagina, mas sim a troca de sons, cheiros, olhares, toques, secreções e carícias.

Outra definição que destaca a abrangência da sexualidade e os fatores a ela relacionados é a da Organização Mundial de Saúde (OMS) (2006, p. 5):

A sexualidade é um aspecto central do ser humano ao longo da vida e abrange sexo, identidades e papéis de gênero, orientação, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. A sexualidade é experimentada e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores,

comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos. Embora a sexualidade possa incluir todas essas dimensões, nem todas são sempre experimentadas ou expressas. A sexualidade é influenciada pela interação de fatores biológicos, fatores psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais.

A sexualidade é um componente-chave da personalidade e do comportamento, consistindo em uma das necessidades humanas básicas (Maataoui; Hardwick; Lundquist, 2017). No entanto, perante os preconceitos, mitos e tabus relacionados a sua vivência na velhice, há uma desvalorização da temática no meio social e ignora-se o cenário de que as pessoas idosas também possuem desejos (Bauer *et al.*, 2014; Adeoti; Ojo; Ajayi, 2015; Uchôa *et al.*, 2016; Lobaina *et al.*, 2017). Além disso, em uma cultura em que a sexualidade é erroneamente representada por meio do coito, algumas pessoas idosas evidenciam sentimentos de exclusão, visto que as mudanças fisiológicas do envelhecimento podem interferir no grau de excitação e penetração (Queiroz *et al.*, 2015; Uchôa *et al.*, 2016), ou seja, a prática sexual entre as pessoas idosas pode sofrer influência da idade (Eliopoulos, 2018).

De forma geral, há redução da capacidade de resposta sexual bem como da frequência do orgasmo. Os homens idosos demoram mais tempo para atingirem a ereção e a ejaculação. As mulheres idosas podem apresentar dispareunia resultante da redução da lubrificação, da distensibilidade e adelgaçamento das paredes vaginais. Apesar disso, a expressão sexual é importante na velhice e as pessoas idosas com boa saúde podem vivenciá-la a todo o tempo, sem limite temporal (ELIOPOULOS, 2018).

Isso reforça que ser pessoa idosa não é sinônimo de doença, decadência ou impotência, pois mesmo com as alterações inerentes à faixa etária é possível experimentar uma velhice bem-sucedida. Associa-se tal velhice à boa saúde física e psíquica, a bons níveis de atividade e envolvimento social, incluindo-se nesse quesito, a sexualidade, ao ser reconhecida cientificamente por promover efeitos benéficos na Qualidade de Vida (QV) e ao se constituir um fator fundamental para o pleno gozo de uma saúde integral. Trata-se, portanto, de uma fonte de satisfação e não existem razões científicas na literatura para sua negação. Pelo contrário, a sua supressão e/ou anulação acelera o processo de envelhecimento e repercute negativamente na saúde mental e na QV das pessoas idosas (Araújo; Zazula, 2015; Vieira; Coutinho; Saraiva, 2016; Dantas *et al.*, 2017).

Desse modo, o estímulo à sexualidade entre a população idosa deve objetivar a melhoria da QV, a promoção e a proteção da saúde, cumprindo, desse modo, a integralidade assistencial (Dantas *et al.*, 2017). Em virtude de tamanha relevância da sexualidade como parte intrínseca e fundamental na vida do ser humano, ela deve ser incentivada, inclusive, entre as pessoas idosas que vivem com algum tipo de demência (Chen; Jones; Osborne, 2017).

Durante as visitas domiciliares promovidas pela disciplina Enfermagem em Atenção à Saúde da Pessoa Idosa no sexto semestre da graduação foram percebidos sentimentos de solidão, falta de relacionamentos íntimos e preocupação com o julgamento da sociedade em relação à temática na maioria das pessoas idosas. Além disso, a maioria referiu experimentar sentimento de bem-estar e energia quando seus cônjuges demonstravam amor, afeto e carinho por meio de gestos e falas.

Embora o envelhecimento tenha se tornado objeto de estudo em diversas áreas do conhecimento, são escassos os estudos que abordam a sexualidade entre as pessoas idosas como forma de promoção da saúde (Queiroz *et al.*, 2015; Jen, 2017). A maior prevalência das pesquisas versa sobre as disfunções sexuais e suas alterações na sexualidade masculina e feminina (Vieira; Coutinho; Saraiva, 2016), contribuindo com poucas reflexões sobre os impactos da sexualidade na saúde mental, funcionalidade familiar, fragilidade e QV na velhice.

Logo, justifica-se o desenvolvimento dessa pesquisa no intuito de promover reflexões sobre o real conceito de assistência integral para que a sexualidade seja também incluída nas consultas em saúde e debatida durante a formação profissional. Desse modo, mediante inquietações suscitadas na graduação, ausência de debates sobre a temática e a necessidade de abordá-la no meio social e profissional, foi elaborada a seguinte questão de pesquisa: Quais os efeitos das vivências em sexualidade na saúde mental, funcionalidade familiar, fragilidade e QV de pessoas idosas?

A saúde mental foi incorporada na questão de pesquisa porque durante as visitas domiciliares realizadas na graduação, as pessoas referiram sentimento de “bem-estar” ao perceberem os bons sentimentos de seus cônjuges. Já a funcionalidade familiar foi incorporada porque um dos papéis da família é “assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde [...] ao lazer, [...] à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária” (Brasil, 2003), sendo impossível considerar a pessoa idosa sem suas

influências e relações familiares. A fragilidade foi incorporada pelo fato das pessoas idosas revelarem possuir mais “energia” quando o cônjuge demonstra afeto e, a QV, pela necessidade de condicionar melhor qualidade aos anos adicionais de vida desta população.

Portanto, considerando que a sexualidade está associada à redução do risco de doenças crônicas (Allen; Desille, 2017); que se constitui em uma necessidade humana universal que envolve aspectos psicobiológicos e psicossociais (Figueiroa *et al.*, 2017), além de que as próprias pessoas idosas sentem o desejo de expressá-la (Heath, 2019; Mencía; Rodríguez-Martín, 2019), infere-se que, as vivências em sexualidade podem ter efeitos benéficos na saúde mental, funcionalidade familiar, fragilidade e QV dessa população.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar as vivências em sexualidade e seus efeitos na saúde mental, funcionalidade familiar, fragilidade e QV de pessoas idosas.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever o perfil biosociodemográfico das pessoas idosas.
- Analisar os efeitos da sexualidade sob os transtornos mentais comuns em pessoas idosas.
- Analisar os efeitos da sexualidade sob os sintomas depressivos em pessoas idosas.
- Analisar os efeitos da sexualidade sob a autoestima de pessoas idosas.
- Analisar os efeitos da sexualidade sob a ansiedade de pessoas idosas.
- Analisar os efeitos da sexualidade sob a funcionalidade familiar de pessoas idosas.
- Analisar os efeitos da sexualidade sob a fragilidade de pessoas idosas.
- Analisar os efeitos da sexualidade sob a qualidade de vida de pessoas idosas.
- Analisar a associação entre as vivências em sexualidade e as variáveis biosociodemográficas das pessoas idosas.

3 HIPÓTESES

3.1 Hipótese H0

- A sexualidade não possui efeitos sob os transtornos mentais comuns em pessoas idosas
- A sexualidade não possui efeitos sob a sintomatologia depressiva em pessoas idosas
- A sexualidade não possui efeitos sob a autoestima de pessoas idosas
- A sexualidade não possui efeitos sob a ansiedade em pessoas idosas
- A sexualidade não possui efeitos sob a funcionalidade familiar de pessoas idosas
- A sexualidade não possui efeitos sob a fragilidade em pessoas idosas
- A sexualidade não possui efeitos sob a qualidade de vida de pessoas idosas
- A sexualidade não está associada às variáveis biosociodemográficas de pessoas idosas (sexo, idade, etnia, escolaridade, religião, estado civil, tempo de convivência com o cônjuge, orientação sexual, região brasileira e se já receberam orientações sobre sexualidade pelos profissionais de saúde).

3.2 Hipótese H1

- A sexualidade possui efeitos forte e negativo sob os transtornos mentais comuns em pessoas idosas
- A sexualidade possui efeitos forte e negativo sob a sintomatologia depressiva em pessoas idosas
- A sexualidade possui efeitos forte e positivo sob a autoestima de pessoas idosas
- A sexualidade possui efeitos forte e negativo sob a ansiedade em pessoas idosas
- A sexualidade possui efeitos forte e positivo sob a funcionalidade familiar de pessoas idosas
- A sexualidade possui efeitos forte e negativo sob a fragilidade em pessoas idosas
- A sexualidade possui efeitos forte e positivo sob a qualidade de vida de pessoas idosas
- A sexualidade está associada às variáveis biosociodemográficas de pessoas idosas (sexo, idade, etnia, escolaridade, religião, estado civil, tempo de convivência com o cônjuge, orientação sexual, região brasileira e se já receberam orientações sobre sexualidade pelos profissionais de saúde).

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 Resgate histórico da sexualidade

Nesse tópico, faremos um breve relato histórico da sexualidade transversalizando diferentes épocas e culturas. Nesse sentido, Stearns (2010, p.7) traz que:

Entender como a sexualidade foi construída no passado ajuda a explicar a sexualidade no presente [...] mostra como atitudes e comportamentos sexuais são afetados por forças globais mais amplas, como o advento da agricultura e, mais tarde, a urbanização.

Desta forma, torna-se fundamental compreender, por meio do olhar histórico-político, como a sexualidade foi construída, para que seja possível a compreensão das diversas transformações dos códigos de valores que incidem, especialmente, sobre o ato sexual (Nunes, 2002).

A sexualidade do modo que é teorizada, vivenciada e percebida, é fruto da cultura ocidental (Salles; Ceccarelli, 2010). Isso porque os principais estudos sobre a temática surgiram de pesquisadores europeus e americanos que aprofundaram seus olhares, principalmente, nas vivências do povo ocidental, abordando temas relacionados à masturbação, homossexualidade, adultério, frequência de parcerias sexuais, relações pré-maritais e o prazer do homem e da mulher (Nunes, 2002). No entanto, esse fato não anula e nem reduz a possibilidade de outras culturas terem criado mecanismos para lidar com as reivindicações pulsionais e desvendarem os enigmas sexuais. Todavia, graças à cultura ocidental que desenvolveu particularidades ao “sexual”, foi possível o desenvolvimento de diversas obras que há séculos vem sendo construídas e analisadas sobre esse componente constitutivo do ser humano (Salles; Ceccarelli, 2010).

Deve-se lembrar que os discursos sobre a sexualidade surgem em contextos sócio-históricos precisos como uma forma de normalizar as práticas sexuais conforme os padrões das épocas (Foucault, 1985). Ou seja, “a sexualidade é uma construção, uma invenção, inseparável do discurso e do jogo de poder dentro dos quais ela é constituída e, ao mesmo tempo, se constitui” (Salles; Ceccarelli, 2010, p.16).

Apesar dos valores ético-morais do ocidente serem fundamentados na tradição judaico-cristã, deve-se considerar que o ascetismo relacionado aos prazeres e a cultura que hostilizava o corpo é decorrente, especialmente, das alegações médicas originadas na antiguidade. Como exemplo, Pitágoras recomendava que as práticas sexuais fossem realizadas preferivelmente no inverno, apesar da perda do conteúdo espermático fosse sempre prejudicial. De outro lado, Hipócrates afirmava que reter o sêmen era benéfico para o homem porque lhe garantia máxima energia. Além disso, há registros de que o médico particular do Imperador Adriano, Sarano de Éfeso, sustentava o argumento de que a atividade sexual só era justificada para fins reprodutivos (Salles; Ceccarelli, 2010).

Em meados de 300aC a 250d.C, uma das mais consagradas escolas da filosofia antiga - o estoicismo – transformou radicalmente por meio de sua corrente de pensamento a importância que os filósofos da época atribuíam à busca do prazer, de tal forma que a sexualidade se concentrou na figura do casamento. O casamento acaba se tornando como uma permissão para satisfazer a luxúria e o prazer das pessoas que os consideravam indispensáveis. Posteriormente, o prazer carnal se torna um problema teológico, mesmo no ato conjugal, e o casamento começou a sofrer questionamentos. Nesse sentido, surge o celibato como uma consequência dos novos posicionamentos teológicos frente à situação (Salles; Ceccarelli, 2010).

À medida que o tempo passa, ocorre maior fortalecimento do negativismo relacionado ao prazer sexual, características estas do estoicismo, e que alguns Padres como Jerônimo, Agostinho e Tomás de Aquino contribuíram para a manutenção dessa vertente estoíca. Desta forma, a prática sexual ainda só era bem vista para a reprodução e, caso contrário, os envolvidos sofreriam o estigma negativo do prazer. Assim, tem-se a emergência da moralidade sexual (Salles; Ceccarelli, 2010).

A partir do século XII, observou-se que a conduta moralista que desprezava o desejo e o prazer começa a se tornar mais apazível e a reconhecer o casamento como um espaço legítimo para desfrutar os prazeres conjugais. Entretanto, a percepção do sexo como algo mal persistiu por meio do controle dos prazeres carnis e com a incorporação de mais um pecado: a luxúria. O pecado da luxúria era cometido por pessoas que procuravam o casamento principalmente para satisfação dos prazeres e, fora dele, não havia observância pela castidade (Salles; Ceccarelli, 2010).

Dentre o controle dos prazeres, cita-se em relação as posições utilizadas no ato sexual. Algumas posições eram proibidas e as pessoas deviam também, observar

algumas épocas do ano para praticá-la e evitá-la. Informa-se que, a única posição considerada correta, era a sobreposição do homem sob o abdômen feminino. Os casais não poderiam ter relações sexuais com o homem embaixo da mulher, pois era considerado inversão ao natural, ou seja, denotaria a atividade feminina e a passividade masculina, situação considerada contrária à natureza. Além do mais, era proibido a mulher de costas para o homem, devido a semelhança dessa posição com a cópula dos animais (Salles; Ceccarelli, 2010).

Deve-se mencionar, também, que a moral religiosa da época influenciava na sexualidade do casal afirmando que a esterilidade presente no matrimônio indicava algum tipo de impureza conjugal. Se essa esterilidade se manifestasse em mulheres dentro dos padrões de beleza da época, era considerada, por exemplo, como um castigo divino pelas suas vaidades. Por outro lado, se manifestasse nas mulheres consideradas fora desse imaginário de beleza, era considerada como um castigo pela inveja que essas mulheres sentiam das outras mais belas. Não obstante, acreditava-se que o interesse excessivo pela prática sexual poderia atrasar ou impedir uma gravidez. Já a impotência masculina ou feminina, era tida como uma ameaça ao matrimônio que justificava, inclusive, a sua anulação (Del Priore, 2001).

De forma didática, Nunes (2002) descreve cinco etapas que facilitam a compreensão da sexualidade desde a sua constituição. A primeira etapa, é denominada “Compreensão mítica, semidivinizada, das sociedades agrárias no Oriente Médio”. A segunda, é o “advento das civilizações urbanas do mundo antigo”. A terceira denomina-se “civilização cristã”. A quarta etapa refere-se à “transformação do mundo medieval com o advento da sociedade capitalista, das entranhas do feudalismo” e, por fim, a quinta etapa é a “perda do espírito erótico pela sociedade de consumo” (Nunes, 2002).

A primeira etapa - compreensão mítica, semidivinizada, das sociedades agrárias no Oriente Médio, está muito ligada à fertilidade das terras que serviam como fonte de alimento para a sociedade da época. Nesse tempo e nessas sociedades, havia cerimônias religiosas para obtenção de terras férteis representadas pela “Terra Mãe” ou “Deusa Mãe”. Essas cerimônias caracterizavam-se por possuir simbolismos (triângulos) que remetiam à genitália feminina, exaltando-a e venerando-a, como se somente as mulheres tivessem o poder de influir na fertilidade e disseminá-la. Essas atitudes são reflexos da temporalidade, em que as pessoas da época pensavam que somente as mulheres participavam ativamente da procriação, o que pode ser

justificado pela falta de conhecimento sobre a necessidade de também haver o gameta masculino para o desenvolvimento embrionário (Nunes, 2002).

Desse modo, no início da agricultura, a mulher assumia um papel preponderante, já que ela detinha o poder da fertilidade. Nesse sentido, uma mulher estéril no Uganda, é considerada como um perigo tanto para a área agrária quanto para a conjugal, pois até o marido pode solicitar o divórcio alegando razões de ordem financeira. Nesta mesma perspectiva, encontra-se a crença entre os povos da tribo Bantu, na Índia. Não obstante, a sociedade de Nicobar acredita que a colheita é mais abundante se o semeio for realizado por mulher grávida. Na Itália do Sul também consideram a mulher grávida como um fator para o sucesso de qualquer trabalho e que todo o semeio realizado por ela crescerá assim como cresce o feto em seu corpo. A prática sexual nesse período era até visto em algumas civilizações. Cita-se como exemplo, que o sexo entre os Fenícios era considerado como um elemento religioso e sagrado, enquanto na Grécia rural era consagrado ao deus Dionísio (Nunes, 2002).

A segunda etapa - advento das civilizações urbanas do mundo antigo, caracteriza-se, sobretudo, pela racionalização, controle e conhecimento do sexo de forma gradual, além da perda de seu caráter mítico. Nesse período há a diferenciação do sexo e da fecundidade, possibilitando a compreensão do prazer como parte das relações sexuais. O homem usurpa os privilégios da mulher e assume o controle da produção e reprodução da vida conforme era acentuada a divisão do trabalho social. A partir daí, os valores masculinos foram exaltados em detrimento da figura feminina e todo esse processo estimulou as vivências homossexuais, sendo que na Grécia, o padrão considerado normal era somente a homossexualidade masculina. Não obstante, nesse período de secularização urbana surgem os deuses do prazer, as técnicas e os estímulos sexuais (Nunes, 2002).

A terceira etapa - civilização cristã, pode ser compreendida como o período em que ocorre a extinção do mundo antigo devido à queda do Império Romano e a ascensão da Igreja como uma corporação responsável pela catequização e organização do mundo bárbaro. A Igreja catequizava os bárbaros na doutrina cristã por meio da mesclagem entre o judaísmo, platonismo e o maniqueísmo que, aos poucos, foram fazendo parte da identidade religiosa daquela sociedade, que aconteceu por volta do século V. Esses acontecimentos já nos revelam o predomínio dos valores religiosos, além do estímulo ao temor às condenações eternas (inferno e juízo final). Em decorrência disso, começavam a disseminar entre os povos uma nova

compreensão sobre sexualidade e a necessidade de adotar um novo comportamento sexual que fosse compatível com os dogmas da igreja (Nunes, 2002).

Observa-se, então, que nessa terceira etapa, a sexualidade retorna novamente ao controle religioso, sendo que o celibato e a virgindade eram incentivados como condutas ideais e a atividade sexual deveria se limitar apenas à reprodução. Na concepção cristã, o corpo é o espaço que emana maldades demoníacas e, portanto, dominar o corpo e suprimir o ato sexual é o padrão esperado da vida cristã, culminando, novamente, na perda do prazer. Esse pensamento foi reforçado até mesmo com a reforma protestante anunciada com o enfraquecimento do catolicismo na Baixa Idade Média (Nunes, 2002).

Nesse sentido, Stearns (2010, p. 76) discorre que, no que se refere à influência da religião na sexualidade, “[...] a religião foi a maior das novas influências na história mundial”, pois, dentre outras coisas, reuniu esforços para “minimizar ou regular a sexualidade, ao invés de vê-la em termos de uma relação positiva com a espiritualidade”.

A quarta etapa é marcada principalmente pela transformação do mundo medieval com o advento da sociedade capitalista, das entranhas do feudalismo. A partir desse momento, a sociedade necessitava da energia sexual para o trabalho, todavia, a coibição ainda prevalecia com grande força entre a moral da época, visto que o advento do protestantismo ratificava o sexo apenas para fins reprodutivos. O século XVII foi berço para o surgimento das grandes proibições e seu ápice ocorreu durante o reinado da Rainha Vitória, conhecida como era vitoriana. Foi nessa época em que a sexualidade dentro do matrimônio adulto começou a ser valorizada e, mesmo assim, era restrita e confiscada ao seio familiar com importante necessidade de sigilo (Nunes, 2002).

Por fim, a última etapa refere-se à perda do espírito erótico pela sociedade de consumo. A partir do século XIX, houve o enfraquecimento das “proibições”, especialmente em virtude dos tratados científicos desenvolvidos por médicos, dos reflexos do iluminismo e do paradigma moderno. Nessa época pode-se considerar que ocorreu maior liberdade sexual, especialmente, pelo rompimento da ideologia de sexo apenas para a reprodução, no qual surgiu também, a disseminação de métodos contraceptivos. A partir de então, o sexo desvinculou-se da ideia de procriação e surgiram diversas formas de obtenção do prazer que, em algumas vezes, eram

obtidas de forma mecânica e, conseqüentemente, perdendo o espírito erótico (Nunes, 2002).

Essa forma mecanizada e a perda do espírito erótico podem ser compreendidas como uma consequência da sociedade de consumo, que ampliou as formas de obter prazer, e de alguma forma, não exalta o erotismo, mas dá-se lugar a baixa qualidade das relações, conforme explicitado a seguir:

De nada adianta multiplicar a fala sobre o sexo e a quantidade das relações se não se alterou a qualidade da relação. O prazer mecanizado; da sociedade de consumo, com bonecas de plástico vibradoras, a multiplicidade das posições e técnicas amorosas, estímulos e jogos só aprofundam o sentimento de fracasso. Só uma completa transformação das relações humanas, a começar pelas relações de produção exploradoras e alienantes fará transformar a dimensão atual da sexualidade humana (Nunes, 2002, p. 17).

Posteriormente, emergiu-se a invenção da sexualidade da maneira que entendemos hoje: um componente com profundas dimensões intrínsecas ao indivíduo capaz de marcá-lo (Salles; Ceccarelli, 2010). De acordo com Sarasin (2002/3), o processo que originou a sexualidade possui quatro características: A primeira, diz respeito à descrição do sexo (*Geschlechtigkeit*: genitalidade) como qualidade constituinte do indivíduo. A segunda, refere-se à transferência de todas as questões referentes à sexualidade do princípio religioso para o princípio médico. A terceira característica é marcada pelo estabelecimento de diferenças entre a sexualidade considerada saudável e a perigosa. Por fim, a quarta característica diz respeito à biologização da diferença entre os sexos como especificidade instauradora de toda a sexualidade legítima (Sarasin, 2002/3).

Surge então, no século XIX, o termo “sexualidade”, não apenas como uma alteração no vocabulário, mas como o envolvimento de outros fenômenos como o desenvolvimento de diversos campos de conhecimento; o estabelecimento de normas ancoradas em instituições médicas, religiosas, pedagógicas e judiciárias, além das mudanças pelas quais as pessoas começavam a dar sentido e valor aos desejos, condutas, prazeres, sensações, sonhos e sentimentos (Foucault, 2015; Figueiroa *et al.*, 2017).

Todavia, até a década de 60 do século XX, a sexualidade não recebeu muita atenção pelos estudiosos e continuou sendo uma área do conhecimento pouco comentada. A partir dessa época, houve ascensão no seu reconhecimento como um

aspecto relevante e, atualmente, configura-se como um significativo objeto de estudo, especialmente, na literatura brasileira (Toneli, 2012).

A partir do exposto, percebe-se que a liberdade da expressão e discussão sobre sexualidade sofreu repreensões por diversos fatores ao longo do tempo, o que resultou em credices, mitos, tabus, distorções conceituais e discriminações inaceitáveis em relação à temática (Moizés; Bueno, 2010). Além disso, o estudo da sexualidade é complexo e subjetivo e, para que haja compreensão sobre seus fenômenos, é necessário um olhar metódico e holístico, uma vez que se refere a um processo contínuo com início desde a concepção humana que sofre múltiplas influências no decorrer dos anos (Figueiroa *et al.*, 2017).

4.2 Envelhecimento humano, sociedade e sexualidade

O envelhecimento humano está relacionado, atualmente, a dois grandes marcos: o aumento da população idosa e a longevidade (Silva *et al.*, 2022).

O primeiro marco, significa literalmente o aumento quantitativo mundial de pessoas idosas, independentemente da faixa etária adotada como referência nos diferentes países. Nesse sentido, entre os anos 2006 e 2007, constatou-se o crescimento de 10,5% de pessoas >60 anos no Brasil (Zanello *et al.*, 2015).

Um levantamento epidemiológico recente realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) identificou que entre os anos de 2012 a 2021, a parcela de pessoas com 60 anos no país aumentou de 11,3% (22,3 milhões) para 14,7% (31,2 milhões), representando um crescimento de 39,9%. Esse grupo etário está mais concentrado na região Sudeste (16,6%) e no Sul (16,2%). Em contrapartida, apenas 9,9% está concentrada na região Norte. Considerando os estados brasileiros, a maior concentração de pessoas idosas é no Rio de Janeiro (19,1%) e Rio Grande do Sul (18,6%). Por outro lado, Roraima possui a menor concentração com apenas 7,7% (IBGE, 2022).

De acordo com a OMS, a maioria das pessoas idosas reside nos países em desenvolvimento. Em 2019, 37% delas vivia no leste e sudeste da Ásia, 26% na Europa e América do Norte, 18% na Ásia Central e do Sul, 8% na América Latina e Caribe, 5% na África Subsaariana, 4% na África do Norte e Ocidental e 0,7% na Oceania (Organização Mundial da Saúde, 2022, p.2). Estima-se que, em 2050, o

número de pessoas idosas crescerá mais rapidamente nos países em desenvolvimento, podendo alcançar até 1,7 bilhão naqueles em desenvolvimento e 427 milhões nos desenvolvidos (Organização Mundial Da Saúde, 2022).

Entretanto, afirma-se que o aumento da expectativa de vida só será considerado como uma conquista a partir do momento em que for possível integrar qualidade aos anos adicionais de vida (Medeiros *et al.*, 2015). Nesse sentido, entra em jogo o segundo marco do envelhecimento: a longevidade, podendo ser entendida como a duração da vida mais longa que o comum, ou seja, o tempo de vida que ultrapassa a média esperada em determinadas regiões (Alves, 2009).

Existem pessoas longevas centenárias ou supercentenárias, também chamadas de pós-centenárias, que são aquelas com idade superior a 110 anos (Silva *et al.*, 2022).

Nessa perspectiva, o número de pessoas idosas brasileiras com idade ≥ 80 anos era de 153 mil em 1950, atingido 4,2 milhões em 2020 e estima-se o alcance de 28,2 milhões em 2100, representando, respectivamente, uma porcentagem de 0,3%, 2% e 15,6% da população brasileira no período investigado (Alves, 2009). Além disso, em 2050, o percentual de pessoas idosas com idade ≥ 80 anos ultrapassará o de crianças menores de quatro anos no país (Medeiros *et al.*, 2015). Ademais, nesse mesmo ano, a estatística prevê que o país ocupará a sexta posição no ranking de países com maior prevalência de pessoas idosas (Zanello *et al.*, 2015).

Já em nível mundial o número de pessoas idosas com idade ≥ 80 anos era de 14 milhões em 1950, atingido 72 milhões em 2020 e estima-se o alcance de 881 milhões em 2100, representando, respectivamente, uma porcentagem de 0,6%, 1,9% e 8,1% da população mundial no período investigado (Alves, 2009). É importante ressaltar que é no Japão onde existe maior esperança de vida e, portanto, maior longevidade. Estima-se que haja um supercentenário para cada 166 mil habitantes e, em 2016, este país alcançou 65,7 mil centenários (Silva *et al.*, 2022).

Diante desse contexto, considerando os dois grandes marcos do envelhecimento, pesquisadores da área têm se preocupado em aprofundar o conhecimento sobre as diferentes estratégias de envelhecer e proporcionar melhor qualidade aos anos vividos (Rougemont, 2018).

Fato é que a transição demográfica da população idosa no Brasil está sendo modificada. Um dos fatores determinantes é a redução das taxas de mortalidade, em virtude, principalmente, da implementação de Políticas Públicas de Proteção e

Promoção da Saúde. Em decorrência disso, há um aumento na proporção de pessoas idosas, o que gera alterações importantes na estrutura etária populacional (Miranda; Mendes; Silva, 2016).

O envelhecimento constitui um processo contínuo, intrínseco, ativo e progressivo, marcado por modificações físicas e psicofisiológicas (Tavares *et al.*, 2016). As modificações ocorridas no organismo da pessoa idosa podem interferir na sua capacidade adaptativa aos meios (Tavares *et al.*, 2016). A pessoas idosas que se adapta, e enxerga o processo de envelhecimento como uma fase do ciclo vital, apresenta maiores chances de agregar qualidade na sua longevidade. Nessa perspectiva, há evidências de que as concepções negativas sobre o envelhecimento repercutem de forma negativa, em longo prazo, na saúde e QV, e, desse modo, não podem ser ignoradas (Pereira; Ponte; Costa, 2018).

No entanto, existem nove estereótipos descritos que constantemente são os mais imputados às pessoas idosas: doença, insuficiência sexual, inutilidade, declínio, doença mental, lealdade, isolamento, marginalização e a depressão. Informa-se que, a sociedade adota estes estereótipos de forma generalizada, descontextualizando as especificidades de cada pessoa idosa, as estratégias de resiliência e estilo de vida, propagando e fortalecendo preconceitos e estímulo à negação do envelhecimento (Pereira; Ponte; Costa, 2018).

Como se não fosse o suficiente, até a OMS decidiu incluir a velhice como doença na 11ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-11) que entrou em vigor a partir de janeiro de 2022. Neste documento, a velhice seria identificada com o código MG2A, no capítulo 21: “Sintomas, sinais ou achados clínicos não classificados em outro local” (COFEN, 2022). Ora, percebe-se, então, que a própria OMS se contradiz em suas publicações, pois em vários momentos ela ratifica a velhice como algo fisiológico e benéfico, promovendo até relatórios, planos de ação e estabelecimento de décadas de envelhecimento saudável (Organização Mundial da Saúde, [s.d]; 2015; 2021). Por outro lado, ela introduz recentemente a proposta de inserir a velhice como doença na CID-11 (COFEN, 2022).

Entretanto, após intensa mobilização nacional e internacional da sociedade civil que luta pela maior inclusão das pessoas idosas na sociedade, bem como a reafirmação da vida, a OMS publica a CID-11 sem considerar a velhice como doença (ABRASCO, 2021). Isto traria consequências marginalizadoras no cuidado em saúde, além de fortalecer estigmas e preconceitos que culminariam em impactos severos na

saúde mental da população, especialmente, das pessoas idosas (COFEN, 2022).

Deve-se considerar que o envelhecimento é um processo que se caracteriza em dois pontos: senescência e senilidade. A senescência é o aspecto normal da velhice, representada pela diminuição de reservas funcionais, orgânicas e psicológicas esperadas para idade, ou seja, é algo fisiológico. Já a senilidade, é caracterizada pela condição patológica, tornando as pessoas idosas mais dependentes devido às limitações impostas por tal condição (Rosa; Santos Filha, Moraes Pillatt, 2018; Nielsson; Schneider, 2019).

Nessa perspectiva, o conhecimento dos diversos aspectos biopsicossociais e socioculturais envolvidos no envelhecimento torna-se fundamental para o oferecimento de serviços e aprimoramento de políticas públicas efetivas para a promoção de melhor QV a esta população (Zanello *et al.*, 2015). A estratégia ideal seria oportunizar o envelhecimento ativo, com dignidade, segurança, autonomia e independência mediante participação ativa nas áreas cultural, social, espiritual e cívica, considerando o conceito ampliado de saúde (Leandro-França; Murta, 2014; Dantas *et al.*, 2017).

Desde o nascimento, os seres humanos vão adaptando a forma de convívio com a sexualidade. Na velhice, as experiências sexuais podem gerar desconforto e sentimentos de angústia. Entretanto, tal colocação não significa que a pessoa idosa é assexuada (Catapan *et al.*, 2014). Tais sentimentos podem ser decorrentes da educação rígida provinda da juventude dos atuais longevos, época a qual a sexualidade era apenas um método para reprodução e quaisquer sentimentos e/ou condutas que extrapolassem essa ideia, eram vistos como indecentes e pecaminosos. Em decorrência disso, as próprias pessoas idosas suprimem suas vontades em virtude do julgamento alheio (Pereira; Ponte; Costa, 2018).

Ainda na atualidade, a sociedade exprime algumas crenças sobre a velhice, destacando-se a assexualidade, como se as pessoas idosas fossem desprovidas de vida sexual (Alencar *et al.*, 2014; Adeoti; Ojo; Ajayi, 2015; Vieira; Coutinho; Saraiva, 2016; Bergeron *et al.*, 2017). Informa-se que, a ausência de informações sobre a temática associada a tais barreiras socioculturais dificulta a sua aceitação e vivência (Nash *et al.*, 2015). Constata-se, também, em um estudo de Adana *et al.* (2015) que o maior grau de conhecimento se associou com mais atitudes permissivas frente à sexualidade nesta fase vital.

A sexualidade está intimamente relacionada à autoestima e, se suprimida, pode desencadear efeitos indesejáveis em diversas áreas que compõe a integralidade do ser humano, como as relações sociais e saúde mental. Embora a sociedade fortaleça erroneamente a condição de assexualidade às pessoas idosas, não há dados na literatura que evidencie razões fisiológicas que as impossibilitem, em condições de saúde satisfatórias, de vivenciarem a sexualidade (Vieira; Coutinho; Saraiva, 2016; Bergeron *et al.*, 2017).

Entretanto, verifica-se a existência de barreiras comunicativas entre a população idosa e profissionais de saúde sobre a temática e, como consequência, há o desenvolvimento de uma assistência negligenciada no que diz respeito à sexualidade. Não obstante, a escassez de orientação e acompanhamento favorece o incremento nas taxas de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) na velhice, expondo-os ao maior risco de morbimortalidade. Nessa perspectiva, dados nacionais revelam que o percentual de pessoas idosas acometidas pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) ultrapassou o de adolescentes entre 15 e 19 anos (Vieira; Coutinho; Saraiva, 2016; Cunha *et al.*, 2019).

Na atualidade, existem, ainda, dois obstáculos que predominam na assistência às pessoas idosas em relação à sexualidade. O primeiro refere-se ao sentimento de timidez e vergonha compartilhada entre os profissionais de saúde ao questionar as pessoas idosas sobre tal temática, adotando concepção de desrespeito tal indagação. Já o segundo, diz respeito à falta de coragem e sensação de vergonha, ambas experimentadas entre as pessoas idosas ao cogitar más interpretações do profissional de saúde ao serem feitas tais interrogações (Vieira, 2012).

Nesse mesmo sentido, um estudo realizado no Brasil por Araújo *et al* (2017) revelou que 73,81% das pessoas idosas entrevistadas relatou sentir dificuldades em falar sobre o sexo, e 60,32% informou não possuir vida sexual ativa. Esses mesmos dados sobre a falta de diálogo foram identificados, também, em outro estudo desenvolvido por Thames *et al* (2018) com pessoas idosas afro-americanas. Desse modo, há a necessidade de promover um ambiente confortável e acolhedor às pessoas idosas, garantindo comodidade para que estes expressem suas queixas e emoções, ocultando o medo e a vergonha (Araújo *et al.*, 2017).

Além disso, o desconhecimento está relacionado à falta de informação, em que a principal fonte informativa relatada entre as pessoas idosas foi a televisão e em quase último lugar, tais informações eram advindas de profissionais da saúde (Uchôa

et al., 2016). Ressalta-se, ainda, que o desconhecimento contribui para a solidificação de preconceitos e inibição da sexualidade pelas pessoas idosas (Dantas *et al.*, 2017).

Com o advento do SUS e, conseqüentemente, o início das atividades promotoras e protetoras da saúde, torna-se indispensável tratar desse assunto com esta população, visto que a sexualidade é um fator relevante para que a pessoa idosa goze de uma saúde integral e a sua anulação e/ou supressão poderá acelerar o processo de envelhecimento, repercutindo, assim, de forma negativa na sua saúde e QV (Araújo; Zazula, 2015).

Deve-se lembrar que agregar QV ao envelhecimento é uma preocupação atual do campo geriátrico e gerontológico (Oliveira *et al.*, 2018) e o ponto de partida para o alcance desse objetivo é olhar as pessoas idosas para além das diminuições fisiológicas e considerá-las como agentes ativos e responsáveis pelo seu desenvolvimento social e seus consequentes benefícios (Massi *et al.*, 2018).

4.3 Saúde mental e sexualidade

A saúde e saúde mental possuem definições complexas que são influenciadas pelos contextos sócio-políticos e pelos avanços das ações em saúde. Nos dois últimos séculos, estabeleceu-se um constructo hegemônico de que a saúde e a saúde mental eram específicas da área da medicina. Todavia, em decorrência da ascensão multidisciplinar em saúde, diversos campos do conhecimento têm adotado tais conceitos para nortear as condutas profissionais (Bientzle; Cress; Kimmerle, 2014; Rocha; David, 2015; Gaino *et al.*, 2018).

Para Gama; Campos e Ferrer (2014, p.72), a definição desses dois termos parece apresentar um significativo grau de complexidade, pois exige a compreensão do que realmente é normal e o que, de fato, é patológico:

A definição de saúde mental ou saúde psíquica é ainda mais complicada pois além de estar diretamente vinculada à questão do normal e do patológico envolve a complexa discussão a respeito da loucura e todos os estigmas ligados a ela. A atribuição de um diagnóstico psiquiátrico a uma pessoa significa, na maioria das vezes, colocá-la num espaço que pode ser iatrogênico.

Uma definição de saúde em seu sentido ampliado foi aprovada pelos delegados da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986, onde afirmam que a saúde é:

[...] resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (Anais da 8ª CNS, 1986, p. 382).

Já a OMS define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (Organização Mundial da Saúde, 1946). Tal definição inovou o conceito de saúde, até então estabelecido, pois promoveu uma expansão de sua definição considerando os aspectos físicos, mentais e sociais (Gaino *et al.*, 2018).

O “termo bem-estar”, que compõe a definição de saúde proposta pela OMS (1946), se refere tanto à saúde de forma geral, quanto à saúde mental e é caracterizado por apresentar dimensões subjetivas fortemente influenciadas pelos aspectos culturais (Gatrell, 2013; Hunter *et al.*, 2013; Gaino *et al.*, 2018).

Nesse contexto, a OMS define saúde mental como “um estado de bem-estar no qual um indivíduo realiza suas próprias habilidades, pode lidar com as tensões normais da vida, pode trabalhar de forma produtiva e é capaz de fazer contribuições à sua comunidade” (Organização Mundial De Saúde, 2016).

Todavia, mediante os avanços dessas definições, ainda há prevalência do discurso de que as pessoas diagnosticadas com transtornos mentais são isentas de terem algum grau de saúde mental, bem estar ou QV, ou seja, como se as crises e outras sintomatologias desses transtornos fossem contínuas (Foucault, 2012; Amarante, 2013; Gaino *et al.*, 2018).

É observado por meio das ciências epidemiológicas o comportamento ascendente da prevalência de patologias desdobradas no processo de envelhecimento, dentre as quais se destacam os transtornos mentais. Trata-se de afecções que acometem entre 20 e 25% da população em algum momento do ciclo vital e, aproximadamente, 1/3 das pessoas com idade superior a 60 anos. No entanto, cabe ressaltar que são escassos os estudos que elucidam a morbidade psiquiátrica geral entre as pessoas idosas (Martins *et al.*, 2016). Dentre as afecções e/ou fatores que podem interferir na saúde mental, há destaque para os transtornos mentais comuns (TMC), depressão, autoestima e ansiedade, quatro tópicos que serão

incorporados na grande área “saúde mental” do presente estudo.

Não obstante, vale mencionar que não existem estudos que avaliem os efeitos da sexualidade na saúde mental, especificadamente, nos TMC, depressão, autoestima e ansiedade entre pessoas idosas, demonstrando, portanto, o ineditismo da temática e a relevância da obtenção de novos conhecimentos para esse campo temático. Desse modo, os subtópicos a seguir serão contextualizados do ponto de vista dessas variáveis e suas relações com o processo de envelhecimento, além de algumas inferências a respeito da sexualidade.

4.3.1 Transtornos Mentais Comuns

Os TMC são definidos como um conjunto de sintomas depressivos, ansiedade e queixas somáticas inespecíficas, como a fadiga, irritabilidade, esquecimento, insônia, episódio de humor, transtorno de humor, abuso de substâncias, dificuldade de concentração, transtorno nos hábitos alimentares, dentre outras. O TMC também é denominado de morbidade psiquiátrica menor, distúrbio psiquiátrico menor e transtorno mental não psicótico (Martins *et al.*, 2016).

Ressalta-se que, tais transtornos não preenchem os critérios para receberem diagnóstico de depressão e/ou ansiedade, de acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition* (DSM-IV) e da 10ª revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10) (Martins *et al.*, 2016). No entanto, constituem-se como um importante fator de incapacidade funcional, isolamento social, onerações ao sistema de saúde e sofrimento individual, associando-se a um pior padrão de QV (Costa *et al.*, 2014; Martins *et al.*, 2016; Senicato; Azevedo; Barros, 2018; Medeiros *et al.*, 2018).

A OMS classifica os TMC em dois principais diagnósticos: transtornos depressivos e transtornos de ansiedade. Tratam-se de distúrbios com alta prevalência na população, o que justifica o termo “comuns” no nome cuja padronização é mundial. Esses distúrbios impactam o humor e os sentimentos dos indivíduos acometidos e os sintomas apresentam variações em relação à gravidade (de leve a grave) e duração (de meses a anos). Vale ressaltar que os sintomas dos TMC diferem, por exemplo, da tristeza, estresse ou medo que podem surgir em alguns momentos ao longo da vida e que, não necessariamente preenchem os critérios para serem classificados como

TMC (Organização Mundial da Saúde, 2017a).

Os TMC promovem de forma significativa impactos consideráveis nas condições de saúde e funcionamento do indivíduo (Organização Mundial da Saúde, 2017a). São considerados uma das maiores condições mórbidas que geram incapacidade funcional, alteração e redução de papéis sociais, além de provocar baixa autoestima. Alguns fatores estão associados ao seu incremento, como as hospitalizações, desemprego, sedentarismo, ser vítima de violência e criminalidade, desigualdade no acesso aos serviços de saúde, consumo de álcool e tabaco, além de mudanças e/ou inadequações nas condições de moradia (Nóbrega; Fernandes; Silva, 2017; Borim; Barros; Botega, 2013).

Por meio das ciências epidemiológicas, é possível observar o comportamento dos TMC ao longo dos anos e em diferentes estratos sociais, no qual evidencia-se aumento dos casos em países com baixo desenvolvimento socioeconômico. Além do mais, devido ao crescente processo de envelhecimento populacional, os TMC se sobressaem na população mais idosas por pertencerem a uma fase do ciclo vital com maior probabilidade de ocorrer sentimentos de ansiedade e depressão (Organização Mundial da Saúde, 2017a).

De acordo com dados da OMS, estima-se que, mundialmente, 4,4% da população possui transtornos depressivos e 3,6% possui transtornos relacionados à ansiedade. Observa-se ainda, pequena variação entre as regiões da OMS, em que as taxas de depressão variam de 3,6% na região do Pacífico Ocidental a 5,4% na Região Africana. Já os transtornos de ansiedade, há variação de 2,9% na região do Pacífico Ocidental a 5,8% na Região das Américas (Organização Mundial Da Saúde, 2017a).

No Brasil, pesquisas demonstram que a prevalência de TMC varia entre 51,9% a 64,3% (Vidal *et al.*, 2013; Gonçalves *et al.*, 2014; Silva *et al.*, 2018). Ao mesmo tempo em que, as projeções globais para o ano de 2030, elucidam os sintomas somáticos dos TMC como redução da capacidade de concentração, cansaço, ansiedade, irritação, esquecimento, dentre outros, como as sintomatologias mais incapacitantes do ser humano (Skapinakis *et al.*, 2013).

Alguns estudos sustentam a concepção de que as diferenças de gênero influenciam no surgimento dos TMC, pois observa-se maior acometimento nas mulheres adultas e idosas (Fortes *et al.*, 2011; Vasconcelos-Rocha *et al.*, 2012; Lucchese *et al.*, 2014; Malhotra; Shah, 2015; Martins *et al.*, 2016; Silva *et al.*, 2018). Além do mais, embora seja crescente o desenvolvimento de estudos que investigam

o envelhecimento humano, existe carência de pesquisas populacionais que investigam a saúde mental de pessoas idosas nos países em desenvolvimento, principalmente entre aquelas que residem em municípios de pequeno porte (Silva *et al.*, 2018).

Essa carência pode não ser benéfica para promoção da saúde da população idosa, uma vez que, Tavaré (2009, p. 87) afirma que, dentro do contexto brasileiro, por exemplo, as pessoas idosas estão envoltas a diversos fatores que as predispõe ao desenvolvimento de transtornos mentais, comportamentais e psicodinâmicos, conforme descrito a seguir:

As condições sociais experimentadas no cotidiano do idoso, no Brasil, aliadas aos limites psicofísicos decorrentes do processo de envelhecimento, tendem a configurar uma situação de saúde em que a dinâmica psicológica muitas vezes vai se mostrar comprometida. Considerando as alterações neurológicas discretas, tais como os variados graus de demência senil que tendem a se manifestar devido a causas fisiológicas com o passar do tempo, até as síndromes mais graves, como o Mal de Alzheimer e o Mal de Parkinson, passando por distúrbios de fundo psicodinâmico e caráter psicossocial, como alguns casos de depressão e situações de abuso por algum tipo de violência ou negligência, é fácil deduzir que a população idosa brasileira apresenta alta prevalência de transtornos mentais, comportamentais e psicodinâmicos.

Estudos realizados no contexto urbano e rural, revelam maior prevalência de TMC em pessoas do sexo feminino, divorciada, separada, viúva ou sem companheiro (Araújo; Pinho; Almeida, 2005; Araújo *et al.*, 2006; Paffer *et al.*, 2012).

Um estudo realizado por Martins *et al.* (2016) evidenciou que, dentre as pessoas idosas estudadas, houve prevalência de TMC em 44,6%. Além disso, foi observado maior porcentagem de TMC entre os participantes que relataram insatisfação com a vida, sendo que a satisfação com a mesma é considerada um componente essencial para a percepção de QV (Martins *et al.*, 2016).

Não obstante, outro estudo realizado por Shkolnik e Lecovich (2013) constatou que as mulheres idosas satisfeitas sexualmente com seu parceiro evidenciaram melhor saúde mental se comparadas às mulheres com satisfação inferior. Dessa forma, é possível verificar que a saúde mental parece apresentar relação direta com as vivências sexuais das pessoas idosas. Todavia, destaca-se que esse estudo não abordou a sexualidade e, sim, um de seus componentes - a atividade sexual.

4.3.2 Sintomatologia depressiva

A depressão é considerada uma doença psiquiátrica, que pode ter caráter episódico, recorrente ou crônico (Teixeira *et al.*, 2016). Trata-se de um problema complexo que, por um lado, pode apresentar irritabilidade e, por outro, desmotivação e redução do comportamento adaptativo. Outros sintomas frequentes são fadiga; indecisão; desesperança; tristeza; insatisfação com a vida; baixa autoestima e autoconceito; dificuldades de raciocínio e concentração; alterações no sono, apetite e atividade motora; crises frequentes de choro; além de ideias e tentativas de suicídio. A maioria das pessoas que possui depressão afirma não sentir mais gozo com atividades que, outrora, eram habituais e muitos afirmam perda do afeto e interesse pelas pessoas (Rufino *et al.*, 2018).

A depressão é responsável por gerar sofrimento e limitações funcionais na vida diária, além do aumento da utilização dos serviços de saúde (Organização Mundial Da Saúde, 2017b). Apresentando um grande ônus econômico, a depressão ocupa a 15ª posição em gastos para a Saúde Pública (Meneguci *et al.*, 2019). Na atenção primária à saúde, essa patologia é subdiagnosticada e possui tratamento insuficiente, em virtude de que sua sintomatologia ocorre de forma simultânea e semelhante à outras comorbidades frequentemente observadas em pessoas idosas (Organização Mundial da Saúde, 2017b). Além disso, a sintomatologia depressiva na velhice pode ser mascarada e até mesmo potencializada em decorrência do envelhecimento, patologias de base e uso de medicamentos (Faria; Barreto; Passos, 2008).

Destaca-se que a sintomatologia depressiva apresenta maior prevalência que a depressão maior e a distímia. Trata-se de sintomas que são frequentemente associadas à traços de depressão, mas não preenche todos os critérios diagnósticos para serem classificadas como tal (Faria; Barreto; Passos, 2008). Desse modo, sintomas atípicos podem ser identificados tais como síndromes dolorosas, irritabilidade, perda funcional, queixas somáticas, pseudo-demência e abuso de álcool, situações que podem dificultar a precocidade diagnóstica. As alterações de humor podem não ser frequentes em quadros depressivos na população idosa, identificando-se com maior prevalência as alterações de apetite e no sono, redução de energia e perda de interesse (Faria; Barreto; Passos, 2008).

De acordo com um estudo de base populacional desenvolvido no Rio Grande do Sul, a prevalência de sintomas depressivos em pessoas idosas foi de 15,2% (Hellwig; Munhoz; Tomasi, 2016). Em uma revisão sistemática cujo objetivo foi estimar a prevalência de sintomatologia depressiva em pessoas idosas brasileiras na comunidade, identificou prevalência de 21% (Meneguci *et al.*, 2019). Outras investigações com o mesmo público identificaram prevalência de sintomatologia depressiva variando entre 18% a 65,2% (Alvarenga; Oliveira; Faccenda, 2012; Bretanha *et al.*, 2015; Lentsck *et al.*, 2015; Sousa *et al.*, 2017).

Além do mais, conforme os resultados de uma revisão da literatura, a maior parte das investigações incluídas na amostragem, identificou prevalências elevadas de sintomatologia depressiva entre as mulheres, pessoas idosas, em pessoas sem companheiro(a), com baixa escolaridade e renda, além daquelas que apresentavam outras doenças crônicas (Bretanha *et al.*, 2015).

Ressalta-se que, a depressão não faz parte da senescência e deve ser considerada como uma doença tratável. Ela pode estar, muitas vezes, associada aos problemas decorrentes do envelhecimento como perdas, limitações físicas e luto (Casey, 2017). Ademais, pessoas idosas com sintomas depressivos manifestam pior funcionamento quando comparados a aquelas com doenças crônicas como as pulmonares, hipertensão e diabetes (Organização Mundial Da Saúde, 2017b).

Ainda nesse sentido, a literatura evidencia que, de modo genérico, ocorre a redução de algumas funções sexuais entre as pessoas com transtorno depressivo maior e distímia. Conforme os resultados de um estudo de revisão sistemática, observou-se redução de 31 a 32% na libido; 31 a 87% no drive; 29 a 85% na excitação; 18 a 46% na ereção; 18 a 79% na lubrificação e 26 a 81% no orgasmo, constatando a alta prevalência de disfunção sexual entre as pessoas com transtornos depressivos maiores (Gonçalves *et al.*, 2019).

Embora o estudo citado seja direcionado aos transtornos depressivos maiores, não invalida seguirmos na mesma linha de pensamento, em que de certa forma, as sintomatologias depressivas podem ter impactos na vida afetivo-sexual do indivíduo, o que requer atenção especial nas pessoas idosas (Bretanha *et al.*, 2015). Isto porque a sintomatologia depressiva, como citado anteriormente, envolve a alteração de humor, baixa autoestima e perda de interesse, o que pode interferir diretamente nas suas vivências em sexualidade. Desse modo, percebe-se que há interrelação entre essas variáveis e, portanto, infere-se que as vivências em sexualidade podem ter

algum efeito benéfico sob as sintomatologias depressivas em populações idosas.

4.3.3 Autoestima

Grande parte dos estudos nacionais e internacionais publicados sobre a temática com pessoas idosas residentes em comunidade evidenciaram maior prevalência de autoestima boa/satisfatória (Mazo; Cardoso; Aguiar, 2006; Chaim; Izzo; Sera, 2009; Antunes; Mazo; Balbé, 2012; Franak; Alireza; Malek, 2015; Meurer *et al.*, 2012a; Salerno *et al.*, 2015). Apenas 1 estudo demonstrou autoestima baixa/insatisfatória (Santos; Marramarco, 2014).

A compreensão atual sobre a autoestima é resultado da evolução temporal que serviu como palco para transformações nos paradigmas psicossociais de cada época. Inicialmente, acreditava-se que a autoestima se tratava de um traço da personalidade com dinâmica relativamente estável e, portanto, sua construção ocorria de forma lenta ao longo do tempo através das experiências positivas e do contato com pessoas consideradas importantes (Sena; Maia, 2017), como companheiros, pais, professores, dentre outras figuras (Durdan; Santos; Gatti, 2014).

Posteriormente, a autoestima começou a ser compreendida como um constructo variável que pode ser manipulada ou afetada, classificando-se, portanto, como um estado (Sena; Maia, 2017). Isto porque, a autoestima satisfatória, por exemplo, pode ser resultado da autoaceitação do campo social em que o indivíduo está inserido. Diante disso, embora haja experiências prévias de autoaceitação, a pessoa idosa pode começar a sentir-se desvalorizadas, em virtude de uma organização social capitalista que supervaloriza o novo como um padrão considerado ideal, pois a pessoa idosa, foge desse padrão e pode ser descartada socialmente, gerando percepção exclusão (Durdan; Santos; Gatti, 2014). Assim, considera-se, atualmente, que a autoestima pode ser tanto um traço quanto um estado (Sena; Maia, 2017).

A autoestima pode ser conceituada como um conjunto de sentimentos, considerações e pensamentos que o indivíduo sente por si mesmo. Trata-se de uma variável que diz respeito ao quanto a pessoa gosta de si própria, o que ela pensa sobre si e como ela se vê (Durdan; Santos; Gatti, 2014; Tavares *et al.*, 2016). Pode ter caráter positivo ou negativo e seu início começa a ser moldado desde a infância

(Durdan; Santos; Gatti, 2014). Essa definição se assemelha ao pensamento de Schultheisz e Aprile (2013, p. 36), ao afirmarem que “a autoestima corresponde à valoração intrínseca que o indivíduo faz de si mesmo em diferentes situações e eventos da vida a partir de um determinado conjunto de valores eleitos por ele como positivos ou negativos”.

Nesse mesmo sentido, alguns autores ainda deixam claro a complexidade em definir por completo a autoestima, haja vista que há o envolvimento de dados subjetivos na estrutura do constructo, tal como se observa no parágrafo abaixo:

Por fim, a definição de autoestima é altamente complexa uma vez que envolve valoração de crenças, percepção do “mundo interno” e do mundo externo. Trata-se de um constructo interno e pessoal fortemente influenciado pelo contexto social e cultural em que se insere o indivíduo (Schultheisz; Aprile, 2013, p. 38-39).

Considera-se que a autoestima é um relevante indicador de saúde mental por influenciar nas condições socioafetivas e psicológicas dos indivíduos (Schultheisz; Aprile, 2013; Jesus; Santos; Brandão, 2015). Além do mais, a autoestima se constitui como um dos principais preditores de envelhecimento bem sucedido (Salerno et al., 2015); está associada à satisfação com a vida, bem-estar, qualidade de adaptação e saúde (Alaphilippe, 2008); é considerada um aspecto fundamental da vida das pessoas idosas e exerce influência direta na sua QV (Viscardi; Correia, 2017).

Corroborando com essa evidência, uma investigação desenvolvida com 1.691 pessoas idosas no Estado de Minas Gerais, identificou que as menores pontuações obtidas na avaliação da QV, com exceção da faceta morte e morrer, foram fortemente associadas aos piores níveis de autoestima, destacando-se o domínio psicológico e a faceta intimidade (Tavares *et al.*, 2016).

Outro estudo desenvolvido com 980 pessoas idosas demonstrou que, dentre outros, os preditores dos piores níveis de autoestima foram a baixa escolaridade, maior idade, péssima autopercepção de saúde, e indicativo de depressão, sendo este último considerado o maior preditor para baixa autoestima entre a população estudada (Salerno *et al.*, 2015).

Por fim, de acordo com um estudo canadense desenvolvido com 147 pessoas idosas, a diminuição dos níveis de autoestima contribuiu para o incremento dos níveis de secreção diurna de cortisol. Por outro lado, o aumento da autoestima pode melhorar a regulação de cortisol nos indivíduos diante de situações estressantes (Liu

et al., 2014). Trata-se de um achado relevante, pois o cortisol é um dos hormônios esteroides, estritamente relacionado ao estresse físico e/ou psicológico. Além disso, seu aumento pode se constituir como fator precipitante para o desenvolvimento de reações psicofisiológicas que desencadeiam a hiperfunção do sistema nervoso simpático e endócrino, sobretudo, das glândulas adrenais (Luz Neto *et al.*, 2019).

Portanto, diante de tais argumentos, ressalta-se que as ações de enfermagem devem ser implementadas no intuito de promover o aumento da autoestima e, conseqüentemente, favorecer maior capacidade de adaptação ao envelhecimento, ainda que possa haver enfermidades e obstáculos sociais nesta etapa da vida (Salerno *et al.*, 2015). Acredita-se, portanto, que o estímulo às vivências saudáveis em sexualidade pelas pessoas idosas pode se constituir como uma das ações de enfermagem no intuito de aumentar a autoestima dessa população, uma vez que, de acordo com Souza et al (2015, p. 937, grifo nosso), “a sexualidade é uma dimensão humana intimamente ligada às necessidades de prazer, intimidade, reprodução, afetividade, amor, autorrealização, **AUTOESTIMA**, autoimagem, entre outras”.

Além disso, convém destacar que a autoestima é um importante mecanismo de adaptação em todas as fases da vida e, principalmente, na velhice. Desse modo, a idade cronológica não é um fator determinante na autoestima, mas a integração social e as capacidades adaptativas no enfrentamento de adversidades (Alaphilippe, 2008).

Corroborar-se com essa evidência um estudo desenvolvido com pessoas idosas, no qual revelou que a presença de condições crônicas influencia diretamente na sexualidade do casal, uma vez que o parceiro com tais condições necessita de cuidados especiais, tornando-se, muitas vezes, dependente do cônjuge, o que impacta negativamente na sua autoestima e, conseqüentemente, na sua sexualidade (Scardoelli; Figueiredo; Pimentel, 2017).

Essa inferência está de acordo com um relato de uma pessoa idosa participante de um estudo qualitativo:

“[...] sexualidade tem a ver com a **AUTOESTIMA**... se você não se sente bem não se aceita, não vai desfrutar da sexualidade... faz a gente se sentir bonita e atraente... melhora a nossa **AUTOESTIMA**... faz bem pro nosso ego... faz bem pra nossa **AUTOESTIMA**... sexualidade é a **AUTOESTIMA**...” (Vieira; Coutinho; Saraiva, 2016, p. 202, grifo nosso).

Ainda nesse sentido, discutindo sobre as perspectivas sociais frente à sexualidade das pessoas idosas, Barros, Assunção e Kabengele (2020, p. 57, grifo nosso), afirmam que, em se tratando de sexualidade, a primeira perspectiva a percebe como um fator contribuinte para uma boa QV a partir da promoção de prazer, autoconhecimento, **AUTOESTIMA**, bem-estar e de uma troca de afeto mais intensa. De fato, parece que as adversidades enfrentadas na velhice impactam a autoestima das pessoas idosas e, conseqüentemente, influenciam negativamente na sua sexualidade.

4.3.4 Ansiedade

A ansiedade é considerada mecanismo de resposta às situações de ameaça à integridade do indivíduo, estando, portanto, relacionada às reações de defesa. Trata-se de uma resposta fisiológica em determinado meio e, portanto, necessária, que estimula a pessoa a tomar decisões que impeçam ou reduzam danos em sua integridade decorrente de ameaças. Diante disso, a ansiedade apresenta papel fundamental na adaptação do ser humano ao meio em que está inserido (Blanco; Canto-De-Souza, 2018).

Entretanto, nos transtornos ansiosos, ocorre exacerbação dessas respostas ou surgem diante de situações não ameaçadoras, ou seja, que não deveriam ser apresentadas (Blanco; Canto-De-Souza, 2018). Além do mais, quando os níveis de ansiedade superam o limite de normalidade, surgem sentimentos desagradáveis como desconforto torácico e abdominal; palpitações; inquietação; receio diante de situações com potencial ameaçador; pensamentos negativos com fatos que estão por vir (Lopes; Santos, 2018); fadiga; distúrbios do sono; tremores; dificuldade de concentração, tensão; medo (Fernandes *et al.*, 2017); taquicardia; sudorese; tontura; distúrbios gastrintestinais (Oliveira *et al.*, 2019a); angústia; mialgia; parestesias (Oliveira *et al.*, 2006) e, inclusive, a precipitação de afazeres (Lopes; Santos, 2018).

A presença dos sintomas ansiosos pode ter duração de alguns dias e até mais de seis meses (Oliveira *et al.*, 2019a), quando se estabelece o transtorno de ansiedade generalizada, configurando-se como preocupação excessiva, incontrolável, (FLINT, 2005), severa e persistente (MOSS *et al.*, 2019); tensão motora, vigilância e exploração (FLINT, 2005).

Ressalta-se que os sintomas de ansiedade são considerados fatores que promovem impactos indesejáveis na saúde física e mental (Oliveira; Antunes; Oliveira, 2017), contribuindo para o surgimento de limitações funcionais com consequente redução das potencialidades laborais do indivíduo, que por sua vez, interferem nos aspectos sociofamiliares e elevam os custos referentes à prestação de auxílios-doença (Ribeiro *et al.*, 2019).

Esses impactos ocorrem com maior profundidade entre a população idosa, que devido a influência da idade, se encontra mais fragilizada e apresenta tendência de ampliar os referidos sintomas (Oliveira; Antunes; Oliveira, 2017). Não obstante, ocorre nessa faixa etária, o enfrentamento de diversos sentimentos, deficiências e incapacidades. Cita-se, como exemplo, a redução da autoconfiança, mobilidade e da independência física e financeira; além da convivência com patologias crônicas e perda de pessoas de seu convívio social, contribuindo, portanto, para que a ansiedade se destaque como uma das afecções mentais com maior frequência na velhice (Mohammadpour *et al.*, 2018).

Nesse sentido, um estudo desenvolvido com 1.021 pessoas idosas identificou prevalência de 22,0% de transtorno de ansiedade generalizada; 14,8% de fobia social; 10,5% de transtorno de pânico e 8,5% de transtorno obsessivo-compulsivo. Além do mais, os autores identificaram que 40,5% dos participantes apresentaram pelo menos um transtorno de ansiedade, evidenciando alta prevalência entre a população estudada, além de observar associação da ansiedade com as variáveis clínicas cardiovasculares (Machado *et al.*, 2016). Outros estudos nacionais e internacionais que também investigaram a ansiedade entre a população idosa, identificaram prevalência variando entre 9,4 a 19% (Xavier *et al.*, 2001; Boermer, 2004; Norton *et al.*, 2012; Zhang *et al.*, 2015; Delphin-Combe *et al.*, 2016; Nayak; Mohapatra; Panda, 2019).

Embora as manifestações psicológicas como a ansiedade sejam comuns entre a população idosa, tratam-se de situações pouco investigadas pelos profissionais de saúde nas consultas clínicas, tornando-se um problema subestimado, mal estudado e com tratamento insuficiente (Alwahhabi, 2003; Oliveira *et al.*, 2006). Trata-se de uma realidade preocupante, pois a literatura aponta para a ansiedade como um fator que promove repercussões indesejáveis na saúde das pessoas.

Nesta perspectiva, de acordo com uma investigação do tipo coorte, desenvolvida com 149 pessoas idosas, os participantes com ansiedade moderada e grave possuíram pior desempenho nos processos de recuperação e armazenamento da memória episódica verbal e na memória de reconhecimento visual quando comparados com os participantes sem ansiedade (Delphin-Combe *et al.*, 2016).

Além do mais, as disfunções sexuais, por exemplo, podem ser a causa geradora ou resultante de estados emocionais como a ansiedade, sendo frequentemente observada incidência significativa entre os homens com ejaculação precoce e disfunção erétil (Britto; Benetti, 2010).

A ansiedade também provoca impactos negativos na vida sexual da mulher, podendo causar dispareunia em decorrência da redução do fluxo sanguíneo na região vaginal e, conseqüentemente, redução da lubrificação, resultando em sensações álgicas tanto na inserção quanto na penetração profunda (Ambler; Bieber; Diamond, 2012). Por fim, outro estudo desenvolvido com pessoas idosas identificou que, em virtude da crença entre os participantes de que a sexualidade não pode ser vivenciada na velhice, há o surgimento de ansiedade e insatisfação do modo de como eles lidam com a vida diária (Scardoelli; Figueiredo; Pimentel, 2017).

Observa-se mais uma vez que o foco atual da literatura é somente nos aspectos sexuais das pessoas idosas e não na sexualidade, o que dificulta o levantamento bibliográfico sobre a temática, mas ao mesmo tempo, revela a lacuna do conhecimento que precisa ser preenchida.

4.4 Funcionalidade familiar e sexualidade

A família é caracterizada como um sistema em constante dinamicidade e interações dialógicas que objetiva (ou deve objetivar) o auxílio à pessoa, com vistas ao desenvolvimento de competências afetivas, responsáveis e livres do mundo (Reis; Trad, 2015). Ela desempenha um papel essencial para uma velhice bem sucedida, pois é considerada a instituição com maior responsabilidade frente ao atendimento das demandas da pessoa idosa. Nesse contexto, obter conhecimento da família das pessoas idosas contribui para o fornecimento de subsídios para qualificar a assistência em saúde e promover um envelhecimento ativo (Paiva *et al.*, 2011).

Considerando a família como uma instituição de apoio e saúde, a inacessibilidade das pessoas idosas a esses recursos pode desencadear processos

mórbidos nos diferentes aspectos existenciais, como os físicos, psíquicos ou sociais. Tais processos são responsáveis por interferir diretamente na capacidade funcional da pessoa idosa (Reis; Trad, 2015). No entanto, no decorrer do processo de envelhecimento, as famílias envelhecem juntamente com todos os seus membros e, com isso, gera-se mudanças na constituição familiar que podem promover desorganizações e interferência no equilíbrio existente entre seus membros (Campos *et al.*, 2017).

Embora a família possua importância significativa em todas as fases do ciclo vital, incluindo na velhice, reconhece-se que ela tem dificuldades em compreender as modificações de papéis e enfrentá-las (Zimmerman, 2000; Araújo, 2015). Desse modo, a família começa a expressar estigmas contra as pessoas idosas, de tal forma que, seus desejos ou preocupações sexuais se tornam prejudicados (Dhingra; Sousa; Sonavane, 2016).

Além do mais, apesar de se constituir como uma fonte de incentivo e apoio às pessoas idosas, nota-se que a família fortalece e reproduz o preconceito sobre a sexualidade na velhice, fazendo com que o desejo seja suprimido (Gois *et al.*, 2017) e ignorado o fato de que o apoio oferecido é fator protetor contra a falta de intimidade sexual nesta etapa do ciclo vital (Halimatus *et al.*, 2019).

Nesta perspectiva, a funcionalidade familiar é entendida como a capacidade da família em cumprir e harmonizar as atribuições essenciais, de maneira que se tornem compatíveis à identidade e às tendências familiares e de seus integrantes (Paiva *et al.*, 2011). Trata-se de uma temática que tem se tornado um amplo objeto de discussão na educação, pesquisas e práticas de enfermagem (Zhang, 2018).

Desse modo, considera-se uma família funcional quando existe a clareza na definição de tarefas ou funções e que sejam aceitas por seus membros, no intuito de garantir a resolutividade de problemas adotando recursos próprios. Em contrapartida, uma família disfuncional é caracterizada como aquela em que prevalece o desrespeito, falhas de comunicação, sobreposição hierárquica, falta de resolutividade e a não (re)organização do sistema familiar (Vera *et al.*, 2014).

Além do mais, uma família saudável se sustenta no princípio da comunicação confortável e direta, resolutividade de problemas, conexão emocional e promoção da liberdade, além de permanecer atenta para não interferir na privacidade de seus membros. O membro proveniente de um contexto familiar saudável apresenta melhor saúde mental, resiliência diante de situações negativas e melhor capacidade de

estabelecer relações satisfatórias com os que almejam experiências positivas no futuro (Çuhadar *et al.*, 2015).

Na família funcional, toda a resolutividade de problemas e divisão de tarefas não interferem no equilíbrio nem na dinamicidade familiar. Além disso, nenhum de seus membros são sobrecarregados com situações de interesse da família, pois há a distribuição equitativa de tarefas e a capacidade dos membros harmonizarem suas funções de maneira integrada, funcional e afetiva. (Santos; Pavarini, 2011).

Já na família disfuncional há a prioridade nos interesses particulares e seus membros não assumem suas funções dentro do contexto familiar. Há superficialidade e instabilidade nas relações afetivas e raramente apresentam resolutividade diante dos problemas, gerando desse modo, a desarmonia entre os membros. Vale ressaltar que, nesse arranjo familiar, as pessoas idosas são consideradas as principais geradoras de problemas, e como consequência, pode ocorrer a institucionalização e o isolamento familiar (Santos; Pavarini, 2011).

A literatura sugere que para alcançar a funcionalidade eficaz da família, é necessário que os membros exerçam com êxito suas respectivas funções e mantenham relações interpessoais dentro e fora da conjuntura familiar (Astedt-Kurki *et al.*, 2009; Çuhadar *et al.*, 2015; Zhang, 2018).

Além do mais, o suporte familiar quando é oferecido de forma satisfatória, é benéfico e significativo para a manutenção da integridade física e psicológica de seus membros (Reis; Trad, 2015). É válido mencionar que o funcionamento familiar está diretamente relacionado às normas socioculturais (Song; Chen; Liang, 2019) e a sociedade enfatiza a atenção à saúde física e mental das pessoas idosas, mas não conseguem compreender a relevância da atividade sexual na velhice. Muitas pessoas idosas são sexualmente ativas, mas a maioria sente dificuldade de expressar essa experiência legítima que faz parte da vida de todos os seres humanos (Santos *et al.*, 2014).

Corroborando com essas afirmações, um estudo realizado por Souza *et al* (2015) revelou que as idosas não vivem de maneira plena sua sexualidade, evidenciando a opressão cultural, social e familiar construída ao longo da vida no que diz respeito a permissividade de vivenciar a sexualidade na velhice. Além do mais, os autores descobriram que as famílias apoiam as pessoas idosas na vivência dos momentos de lazer e diversão, mas não incentivam novas relações amorosas. Essas atitudes, segundo os autores, parecem ser importantes para que as pessoas idosas

exercçam a tomada de decisão. Isto porque elas se veem presas aos juízos familiares e, como consequência, assumem uma relação de submissão (Souza *et al.*, 2015).

Do mesmo modo, Ribeiro (1999, p. 125) afirma que, “em família, os filhos são geralmente os primeiros a negar a sexualidade dos pais. Interpretam a necessidade sexual dos pais, isto quando admitem que ela existe como algo depreciativo, como sinal de segunda infância ou como sinal de demência.”

Além do mais, Catusso (2005, p. 6), refere a esse contexto familiar como um ambiente que não oferece privacidade as pessoas idosas para manifestarem sua sexualidade:

O controle das ações, das atividades e até mesmo dos relacionamentos afetivos estão sob o olhar da família que subjuga os sentimentos dos seus idosos. A sexualidade da pessoa de terceira idade torna-se reprimida, uma vez que, a família residente na mesma casa, composta por pessoas que vão além do casal, impede com frequência a privacidade. Dificilmente os cônjuges conseguirão exprimir os sentimentos de maneira desejada, pois o convívio com as demais pessoas pode criar um ambiente onde não há liberdade para expressar os afetos.

Em uma pesquisa realizada por Uchôa *et al* (2016), as pessoas idosas entrevistadas relataram a existência de fatores impeditivos que repercutiam nas suas vivências da sexualidade, dentre os quais, a família, religião e o desconhecimento foram os mais considerados entre elas. No entanto, já é divulgado que a atividade sexual promove diversos benefícios terapêuticos e as pessoas idosas que inibem sua sexualidade apresentam tendência de envelhecer de forma menos equilibrada e insatisfatória (Vieira *et al.*, 2014).

Fato é que, a cultura familiar pode apresentar potencial de revelar-nos sobre a funcionalidade familiar e como seus elementos estruturantes se relacionam e se influenciam (Barreira; Rodrigues; Antunes, 2015). Ao longo dos anos, cada pessoa terá experiência com diversas evoluções familiares, como a de seus ancestrais, da infância, adolescência, fase adulta e da velhice. Em cada etapa do ciclo vital, há características próprias das famílias evoluindo ao longo do tempo. No entanto, a principal função da família comum em todas as evoluções é a preservação da integridade físico-emocional de seus integrantes, o que permite seu desenvolvimento (Torres *et al.*, 2009).

Supõe-se então, que esse desenvolvimento não ocorre quando há disfuncionalidade familiar e o maior impacto seria na incapacidade de prover

eficazmente respostas sistemáticas às necessidades de cuidado para seus membros que vivenciam a velhice (Reis; Trad, 2015).

Considera-se que, para a promoção de um envelhecimento ativo, o suporte e o convívio familiar se constituem como dois fatores essenciais que podem e devem ser estimulados no cotidiano. Isso porque a forma como as pessoas idosas se adapta e convive com suas famílias apresenta impactos gerais no seu desenvolvimento. E para que haja impactos positivos, torna-se necessário que as pessoas idosas se engajem em atividades que as proporcionem sentimentos de felicidade, utilidade e bem-estar (Campos *et al.*, 2017).

Além disso, a família deve estar envolvida em todas as dimensões de cuidado à pessoa idosa, não somente em relação às patologias, mas nas questões referentes à saúde sexual como a troca de informações, suporte na atenção às patologias que interferem na sexualidade, dentre outros (Santos *et al.*, 2014).

Torna-se fundamental que, para usufruir dos benefícios e peculiaridade da velhice, as pessoas idosas experimentem sentimentos de amor, afeto, paixão, companheirismo, sexo, namoro e cumplicidade. Tais vivências favorecem o equilíbrio entre os declínios fisiológicos, melhoram os aspectos biopsicossociais, permitem o gozo pleno da idade, garantem maior satisfação pessoal e familiar e, melhora a QV.

4.5 Fragilidade e sexualidade

A fragilidade entre pessoas na senectude tem se tornado um conceito de grande relevância na geriatria e gerontologia. Trata-se de um fator de risco para incapacidades, quedas, fraturas de quadril, internações hospitalares e óbitos entre as pessoas idosas (Fabricio-Wehbe *et al.*, 2009; Gordon *et al.*, 2017; Rijckevorsel-Scheele *et al.*, 2019), além de delírios e institucionalização (Fried *et al.*, 2001; Carneiro *et al.*, 2016; 2017), que conseqüentemente, aumenta a utilização e onerações dos serviços de saúde (Berlezi *et al.*, 2019). No entanto, esse tema ainda é pouco estudado entre os pesquisadores e não há consenso no mundo científico sobre a sua definição e seus indicadores (Fabricio-Wehbe *et al.*, 2009; Clark; Cho, 2017).

Diante da tendência de crescimento de pessoas idosas frágeis, o conceito de fragilidade vem ganhando cada vez mais atenção nas últimas décadas e já foram propostas diversas definições (Fried *et al.*, 2001; Gobbens *et al.*, 2010; Rodríguez-

Mañas *et al.*, 2013). Algumas literaturas mais antigas consideram a fragilidade como sinônimo de incapacidade (Winograd *et al.*, 1991; Campbell; Buchner, 1997; Rockwood *et al.*, 1999), comorbidade ou idade avançada (Winograd *et al.*, 1991).

Hoje, já está delimitado o que se considera fenótipo de fragilidade (perda ponderal não intencional, baixa atividade física e energia, astenia, desempenho lento e exaustão autorreferida) (Coelho *et al.*, 2017; Ahrenfeldt *et al.*, 2019), além do índice de fragilidade caracterizado pelo acúmulo de vários déficits (patologias, sinais, sintomas e deficiências), constituindo-se duas abordagens mais populares no campo de estudo (Coelho *et al.*, 2017).

O termo fragilidade é empregado de forma habitual entre as pessoas e possui diversas definições vernaculares. Entretanto, no meio científico, o termo começou a ser utilizado no passado – e em partes ainda o é – para descrever pessoas dependentes de outras; que estão sob risco de dependência e demais situações adversas à saúde; como um atributo daqueles que convivem com muitas doenças crônicas ou outras condições médicas e psicossociais complexas; estar vivenciando o processo de envelhecimento de forma acelerada, dentre outros (Lourenço *et al.*, 2019).

No contexto atual, a fragilidade está sendo considerada como uma síndrome multidimensional que abrange diversos fatores e não apenas os aspectos físicos que resultam em limitações nas atividades da vida diária (AVDs). Cita-se como exemplo os fatores físicos, econômicos, biológicos, cognitivos, ambientais, sociais, genéticos, psicológicos, sociodemográficos, estilo de vida e eventos de vida (Fabricio-Wehbe *et al.*, 2009; Rijckevorsel-Scheele *et al.*, 2019). Outras definições abrangem a fragilidade como uma redução do estado de resiliência ou vulnerabilidade à agentes estressores (Lee *et al.*, 2013).

Uma das definições que representa a fragilidade no contexto multifatorial é a definição proposta por Gobbens *et al* (2010 p.175):

A fragilidade é um estado dinâmico que afeta um indivíduo que experimenta perdas em um ou mais domínios do funcionamento humano (físico, psicológico, social), causado pela influência de uma variedade de variáveis e que aumenta o risco de resultados adversos.

Para Arnold (2017, p. 1), a fragilidade é representada por diversos fatores independentemente das condições demográficas e clínicas dos indivíduos:

Caracterizada por uma constelação de fatores, incluindo fraqueza, lentidão,

exaustão, desperdício e baixo nível de atividade, a fragilidade é um fator de risco para morbimortalidade em uma ampla variedade de situações, independentemente dos fatores de risco demográficos e clínicos tradicionais.

Já para Fried (2001, p.M146), a “fragilidade não é sinônimo de comorbidade ou incapacidade, mas a comorbidade é um fator de risco etiológico e a incapacidade é um resultado da fragilidade”.

A síndrome de fragilidade é considerada uma condição clínica que tem se tornado um importante objeto de estudos nos últimos anos, reconhecida como uma síndrome geriátrica que se associa a eventos indesejáveis, elevação dos custos e da mortalidade. O principal fator de risco isolado é a faixa etária e cerca de 10 a 25% da população com idade igual ou superior a 65 anos se encontram em situação de fragilidade. Essa prevalência aumenta para 45% quando se considera a população acima dos 85 anos (Lourenço et al., 2019), constatando que a fragilidade apresenta alta prevalência na velhice (Fried et al., 2001).

No Brasil, estimou-se que a prevalência de pessoas idosas fragilizadas variou entre 8,7 a 47,2% entre 2009 a 2017 (Fabricio-Wehbe *et al.*, 2009; Fhon *et al.*, 2012; Sousa *et al.*, 2012; Vieira *et al.*, 2013; Neri *et al.*, 2013; Carneiro *et al.*, 2016;2017). Pesquisas nacionais e internacionais revelam que pessoas com maiores níveis de fragilidade pertencem ao grupo com idade mais avançada (Cigolle *et al.*, 2009; Chen *et al.*, 2010; Fhon *et al.*, 2012; Jürschik *et al.*, 2012; Carneiro *et al.*, 2016); etnia não branca (Cigolle *et al.*, 2009); sexo feminino (Cigolle *et al.*, 2009; Carneiro *et al.*, 2016; Pereira; Borim; Neri, 2017); menor nível de escolaridade (Carneiro *et al.*, 2016); viúvos ou sem companheiro (Cigolle *et al.*, 2009; Chen *et al.*, 2010; Jürschik *et al.*, 2012) e com maior número de comorbidades (Chen *et al.*, 2010; Jürschik *et al.*, 2012).

Considerando o rápido processo de envelhecimento populacional, estima-se que haverá também o aumento da prevalência de pessoas idosas em condição de fragilidade. Considerando esse contexto, destaca-se a imprescindibilidade de continuar as buscas por novas intervenções eficazes de assistência à saúde para essa população (Rijckevorsel-Scheele *et al.*, 2019).

Vale ressaltar que, apesar da fragilidade estar associada à idade, ela não é uma condição exclusivamente resultante da velhice, uma vez que, grande parte das pessoas idosas não se tornará frágeis no decorrer do processo de envelhecimento. Outro ponto que deve ser considerado é que as doenças crônicas na idade avançada apresentam tendência menos letais e mais incapacitantes, gerando a dependência

funcional e perda da autonomia (Berlezi *et al.*, 2019).

Algumas pesquisas desenvolvidas com populações de comunidade identificaram que as mulheres idosas possuem maiores escores de fragilidade em relação aos homens (Mitnitski; Song; Rockwood, 2004; Puts; Lips; Deeg, 2005; Collard *et al.*, 2012; Coelho *et al.*, 2017; Lee *et al.*, 2018; Ahrenfeldt *et al.*, 2019). Outros estudos evidenciaram que as mulheres idosas possuem maior tolerância à fragilidade, o que reflete nas menores taxas de mortalidade (Mitnitski; Song; Rockwood, 2004; Berges *et al.*, 2009).

No decorrer do processo de envelhecimento, as pessoas idosas podem ter redução de suas capacidades físicas e cognitivas, conforme as suas características de vida. Embora a maioria da população idosa conviva com, pelo menos, uma doença crônica, destaca-se que nem todos apresentam limitações decorrentes destas doenças. Além disso, as comorbidades podem ser controladas, o que aumenta a satisfação com a vida (Reis; Trad, 2015).

Além do mais, na senescência, o organismo humano é exposto a diversas alterações que podem repercutir em vários sistemas orgânicos. As pessoas idosas começam a desenvolver um estado de fragilidade quando evidenciam alterações neuromusculares, imunológicos e endocrinológicos (Berlezi *et al.*, 2019).

Observa-se que a fragilidade está presente nos indivíduos com algum grau de vulnerabilidade à baixa resolutividade homeostática. O desequilíbrio na homeostase resultante do envelhecimento ocorre quando os eventos agudos e físico-psicossociais apresentam capacidade de incrementar os efeitos deletérios no organismo da pessoa idosa. Em decorrência disso, ocorrem mudanças desproporcionais no estado de saúde, aumenta a dependência, imobilidade, risco de quedas e delírios (Carneiro *et al.*, 2016).

Cita-se como exemplo as pessoas idosas em reabilitação e em cuidados a longo prazo que, por possuírem fragilidades acentuadas e, geralmente, disfunções neurocognitivas, torna-se complexa a avaliação da capacidade de envolvimento em relações sexuais. Nesta perspectiva, a sexualidade de pessoas idosas é escassa nas abordagens e considerações no que diz respeito aos cuidados médicos, especialmente nos indivíduos que vivem em instituições de longa permanência (Lichtenberg, 2014).

Para Berlezi *et al* (2019, p.4207) existe um quantitativo importante de pessoas idosas em áreas adstritas à Estratégia de Saúde da Família (ESF) que estão

classificados como pré-frágeis ou frágeis e que há a necessidade de avaliações e estratificações para oferecer suporte a essas pessoas no intuito de manter e restaurar a sua capacidade funcional:

Os resultados apontam que uma parcela importante dos idosos residentes na comunidade e sob cuidado das equipes das Estratégias da Saúde da Família estão em condição de pré-fragilidade ou fragilidade. Considerando a fragilidade como uma condição inerente a senescência associada a presença de comorbidades; e que na presença de doenças crônicas, o indivíduo acelera a fragilização; é de fundamental importância a utilização de avaliações sistemáticas e estratificação do risco de fragilidade para estabelecer indicadores e metas a partir de plano de intervenção, com ações individuais e coletivas, e em todos os níveis de atenção à saúde com foco na manutenção e/ou restauração da capacidade funcional.

No que concerne aos aspectos da sexualidade, a fragilidade foi associada à redução do desempenho sexual geral e ao incremento do sofrimento concernente ao funcionamento sexual em diversas regressões lineares ajustadas para hábitos tabagista e etilista, comorbidades, faixa etária e condições de vida. Além do mais, a fragilidade associou-se ao aumento das chances de disfunção erétil após ajustes (Lee *et al.*, 2013).

Ademais, maior satisfação sexual entre as pessoas idosas que vivem com um companheiro foi associada a um risco significativamente menor de incapacidades. Além disso, a satisfação sexual em mulheres mais idosas, com deficiência, que convivem com o cônjuge e em comunidade, associa-se a redução dos riscos de novas deficiências graves e subsequentes (Onder *et al.*, 2003).

Os estudos que abordam a relação entre a fragilidade e a sexualidade entre as pessoas idosas são raros na literatura nacional e internacional. Trata-se de uma lacuna no conhecimento que precisa ser superada com vistas a identificar novas formas de intervenção para promover saúde e QV à população idosa.

4.6 Qualidade de vida e sexualidade

Nas últimas décadas, o conceito de QV vem se tornando foco de muitas pesquisas e em diversos campos do conhecimento. Além disso, no decorrer do avanço científico, a QV vem recebendo diferentes definições, de acordo com a época e o contexto sociocultural de determinada sociedade. A princípio, a QV estava relacionada ao poderio econômico, que por sua vez, refletia nas condições de vida do indivíduo. Todavia, a medida em que foram desenvolvidos novos estudos sobre a

temática, notou-se que, essa abordagem é insuficiente e que a QV envolve constructos mais amplos (Cruz; Collet; Nóbrega, 2018).

Em virtude do aumento da expectativa de vida e elevação da taxa de sobrevivência de pessoas que vivem com algum tipo de doença crônica, o conceito de QV foi ampliado a partir da década de 50, que passou a abranger aspectos referentes às condições de saúde e outras dimensões de sua vida pessoal (Cruz; Collet; Nóbrega, 2018). Nessa conjuntura, surge um conceito amplo definido pelo Grupo de QV da OMS que a conceitua 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”. (The Whoqol Group, 1998, p.1570). No presente estudo, será adotada essa definição como referencial teórico de QV.

De acordo com Minayo, Hartz e Buss (2000, p.8), a QV é definida como:

Uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural.

Observa-se que, as múltiplas definições sobre QV visam envolver a percepção do indivíduo em todos os aspectos da sua vida, ou seja, o conjunto harmonioso e balanceado de realizações em todas as dimensões que fazem parte de sua rotina, tais como: espiritualidade, atividade sexual, família, lazer e trabalho. Desse modo, encontrar um conceito para a QV tem sido um enorme desafio para os pesquisadores da área, em virtude das diversas dimensões e abordagens de caráter subjetivo que compõem a sua essência (Anversa *et al.*, 2019).

Não obstante, a percepção de QV apresenta variações de pessoa para pessoa e depende de fatores intrínsecos e extrínsecos que estão intimamente relacionados aos hábitos e estilo de vida (Anversa *et al.*, 2019), como os hábitos alimentares, prática de atividade física e a periodicidade no acompanhamento da saúde (Silva *et al.*, 2019). Embora existam diversas definições, a mais utilizada no estudo sobre a temática atualmente é a do Grupo de QV da OMS.

No decurso do processo de envelhecimento, as pessoas se tornam mais

vulneráveis em virtude do comprometimento fisiológico e metabólico, o que pode ser um fator fortemente associado a redução da QV (Schoene *et al.*, 2019; Silva *et al.*, 2019). Justifica-se, portanto, a relevância de estudos que incentivem e criem estratégias e ações relacionadas à prevenção de doenças e a promoção do envelhecimento ativo (Manso; Maresti; Oliveira, 2019).

Desse modo, evidencia-se que, se as pessoas idosas apresentarem satisfação nos outros domínios que compõem a QV, esta pode ser mantida em alto nível e promover melhor saúde a essa população. Ressalta-se que, para elas, a melhor percepção de QV pode ser reflexo dos fatores considerados mais importantes como o bem-estar, boa saúde, ter relações sexuais, ajudar outras pessoas, ser ativo e residir em uma bela casa localizada em um bairro seguro e com fácil disponibilidade às instalações (Gobbens; Remmen, 2019).

Considera-se a QV como um constructo multidimensional apontado como um relevante marcador de saúde capaz de incentivar e fortalecer as práticas para sua promoção (Almeida-Brasil *et al.*, 2017; Neves *et al.*, 2018). Quando há debate sobre QV, inclui-se o aspecto subjetivo e particular sobre a sexualidade, uma variável multidimensional, que, por sua vez, torna-se um desafio para ser debatida (Araújo *et al.*, 2017). No entanto, já há evidências científicas que tornam a sexualidade um dos pilares da QV e que evidenciam a capacidade de influenciá-la entre indivíduos na velhice (Shkolnik; Lecovich, 2013; Oliveira *et al.*, 2015; Lobaina *et al.*, 2017).

Em um estudo realizado por Lima *et al.* (2014) verificou-se associação estatística entre melhor percepção de QV e morar com o companheiro. Afirma-se que, essa condição reforça a construção de laços afetivos, que, por sua vez, aumenta a possibilidade das pessoas idosas expressarem sentimentos positivos em relação à vida (Lima; Teston; Marcon, 2014). Nessa mesma perspectiva, outro estudo realizado por Stival *et al.* (2014) evidenciou melhor QV nas pessoas idosas que estavam satisfeitas com suas relações sociais, sendo que a atividade sexual está inclusa nesse quesito (Stival *et al.*, 2014).

É importante ressaltar que os aspectos que abrangem a QV das pessoas idosas são peculiares e abrangem dimensões como os valores socioculturais éticos e religiosos; apoio familiar; satisfação com as atividades da vida diária e vínculo laboral; o ambiente em que reside e frequenta; a capacidade funcional e de autocuidado; intelectualidade; relações sociais; processo de morte e morrer, além das condições psicológica e socioeconômica (Manso; Maresti; Oliveira, 2019).

Em virtude da abrangência conceitual e de atuação da QV, alguns estudiosos da área consideram ainda ramificações dessa terminologia, como por exemplo, a QVRS. Trata-se de um conceito que apresenta relação com a subjetividade do indivíduo frente aos impactos que as condições de sua saúde provocam na sua vida (Freire *et al.*, 2018), concentrando-se na capacidade de viver na ausência de patologias ou de superar as dificuldades e limitações decorrentes de morbididades (Pereira; Leite, 2019).

Outros autores reportam a QVRS nas dimensões valorizadas pelos indivíduos: bem-estar, capacidade de realizar atividades que exigem habilidades físicas, emocionais e intelectuais, bem como sua capacidade de conservá-las no intuito de se inserirem em ações de valores familiares, laborais e sociais (Wenger; Furberg, 1990; Magnabosco, 2007).

Essas dimensões supracitadas estão diretamente relacionadas às condições de saúde do indivíduo, que muitas vezes não percebem que a todo tempo estão na busca por se sentirem bem, e com isso, elevar a sua percepção de QV. Corroborando com essa afirmação, Freire (2014, p.47) afirma que:

No que se refere à QVRS, percebe-se no cotidiano que não há uma compreensão adequada da população, principalmente dos menos favorecidos economicamente, uma vez que entendem qualidade de vida como sendo algo atrelado à condição econômica mais abundante. No entanto, ao buscarem assistência em serviços de saúde estão na verdade buscando melhoria de sua condição de doente, alívio de dor física, apoio profissional que, uma vez atendidas estas necessidades, melhora-se a qualidade de vida [...].

A QVRS vem se tornando um importante parâmetro no campo da saúde, especialmente no que se refere à saúde da população idosa, pois objetiva subsidiar estratégias que melhorem os anos de sobrevida, embora haja processos patológicos e efeitos cumulativos, próprios do envelhecimento (Kudielka *et al.*, 2005; Abdala, 2013).

De acordo com Auquier *et al* (1997) apud Minayo; Hartz e Buss (2000, p.12), a QVRS é "o valor atribuído à vida, ponderado pelas deteriorações funcionais, as percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, agravos, tratamentos, e a organização política e econômica do sistema assistencial".

Diante desse contexto, embora a avaliação da QV seja uma dimensão subjetiva, ela pode ser mensurada por meio de questionários/instrumentos, que

podem ser genéricos ou específicos. Os instrumentos genéricos são aqueles que possuem consistência e validade interna para serem aplicados em diversas populações, independente da presença ou ausência de comorbidades. Já os específicos, como o próprio nome sugere, são destinados a populações específicas, com determinadas condições patológicas ou funcionais, o que permite captar com maior sensibilidade e precisão os casos específicos que estão sendo investigados (Campolina; Coconelli, 2006). Um exemplo de instrumento específico é o *World Health Organization Quality of Life – Old (WHOQOL-Old)*, desenvolvido pela OMS para avaliação da QV de pessoas idosas (Fleck *et al.*, 2006), que inclusive, será utilizado nesse estudo.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Qualidade de Vida à luz da Organização Mundial de Saúde

A OMS iniciou suas atividades em 7 de abril de 1948, data em que sua constituição entrou em vigor e que se comemora anualmente o dia mundial da saúde. Trata-se de um organismo especializado das Nações Unidas cujas ações fundamentam-se no princípio de que a saúde é um direito humano e que todos os povos devem usufruir dos mais elevados padrões de saúde (Organização Mundial da Saúde, s.d)

A partir dos anos 90, a OMS percebeu que as medidas de QV possuem especial relevância nas avaliações em saúde tanto no âmbito individual quanto no social (Fleck; Chachamovich; Trentini, 2003). Assim, o grupo da OMS conceituou 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” (The Whoqol Group, 1998, p.1570).

Vale ressaltar que a literatura não traz o conceito de “posição na vida” considerada pela OMS como um componente da percepção de QV. Todavia, ela pode ser entendida como o ponto em que o indivíduo se insere em determinado contexto e como se relaciona com os diversos fatores ao longo do tempo (hierarquia e poder, por exemplo), podendo assumir uma posição integrada ou marginalizada.

Já a cultura é definida como um constructo que proporciona normas concretas para dar sentido ao mundo, às crenças e às práticas de seus membros (Ashing-Giwa, 2005). Trata-se de uma grande abrangência de expressões concretas e não concretas de um povo, além dos meios pelos quais elas são informadas, transmitidas e compartilhadas. Desse modo, a cultura descreve similaridades de um povo regionalmente relacionado e adscrito em um determinado território físico ou emocional capaz de suscitar sentimentos de unidade e de pertencimento (Guerra; Silva, 2012).

De acordo com Ribeiro (1978, p. 127):

A cultura é a herança de uma comunidade humana, representada pelo acervo coparticipado de modos padronizados de adaptação à natureza para o

provimento da subsistência, de normas, de valores e de crenças com que seus membros explicam sua experiência, sua criatividade e motivam para a ação.

Ainda nesse sentido, Campomori (2008, p. 78-79) descreve que:

A cultura é a própria identidade nascida na história, que ao mesmo tempo nos singulariza e nos torna eternos. É índice e reconhecimento da diversidade. É o terreno privilegiado da criação, da transgressão, do diálogo, da crítica, do conflito, da diferença e do entendimento.

Nos últimos anos, as dimensões que envolvem a cultura vêm ganhando espaço entre os pesquisadores de diversas esferas acadêmicas, demonstrando, desse modo, a relevância das questões culturais para a reflexão do mundo contemporâneo (Godoy; Santos, 2014). Fato é que a cultura e os sistemas de valores parecem se relacionar intimamente para a construção sociocultural, tal como afirma Karsaklian (2004, p. 154, *apud* Conceição, 2007):

[..] O que diferencia imediatamente uma cultura de outra é certa forma de se alimentar, de se vestir, de morar, de falar, de expressar seus sentimentos. Por mais essenciais que sejam, principalmente do ponto de vista comercial (produtos, serviços, modos de distribuição e comunicação), esses comportamentos demonstram somente um pedaço do iceberg. Eles não passam de uma concretização de um conjunto de normas, isto é, de prescrições que regem a vida em sociedade, que revelam, por sua vez, um sistema de valores que exprime, como forma ideal, a finalidade de uma cultura e seu modo de funcionamento desejado. É a partir de um sistema de valores que julgamos que o comportamento de alguém é moral ou, até mesmo, “normal”.

Nessa mesma perspectiva, na interação entre cultura e sistemas de valores, os valores se constituem como padrões ou critérios que direcionam os julgamentos, ações, atitudes, escolhas e explicações sociais (Pereira *et al.*, 2001), que por sua vez, caracterizam determinado contexto cultural em sua singularidade e, conseqüentemente, a cultura influencia os valores pessoais e sociais (Conceição, 2007).

O termo sistema de valores pode ser entendido como os atributos pessoais e sociais que os indivíduos preferem internalizar dentro de si em comparação com outras opções disponíveis que não satisfazem suas necessidades, tal como vemos a seguir:

O termo sistema de valores refere-se às qualidades pessoais e sociais que os indivíduos e as comunidades consideram dignas de manter dentro de si e em contraste com o menor valor das qualidades alternativas. Por exemplo, aqueles que são inspirados por valores religiosos ou espirituais os consideram mais dignos do que os valores seculares ou mundanos, e aqueles que consideram os ensinamentos religiosos pouco convincentes ou muito doutrinários podem favorecer considerações seculares ou pragmáticas para orientar seu comportamento em relação aos outros (Dickens, 2005, p. 55).

Nessa mesma concepção, alguns autores definem o termo “valor” como:

Uma crença duradoura de que um modo específico de conduta ou estado final de existência é pessoal ou socialmente preferível a um modo de conduta ou estado final de existência oposto ou inverso. Um sistema de valor é uma organização duradoura de crenças em relação a modos de conduta preferíveis ou estados finais de existência ao longo de um contínuo de importância relativa (Rokeach, 1973, p. 3, *apud* Pereira *et al.*, 2001)

Uma crença durável segundo a qual certos modos de comportamento assim como certos objetivos de existência são pessoal ou socialmente aceitos. Por um lado, existem os valores preferidos, que são aqueles escolhidos pelo indivíduo, por outro, existem os valores preferíveis, os quais representam a sociedade na qual vive tal indivíduo (Karsaklian, 2004, p. 154, *apud* Conceição, 2007).

Observa-se que todo o contexto da posição na vida, da cultura e dos sistemas de valores podem influenciar nos objetivos, expectativas, padrões e preocupações dos indivíduos, que por sua vez, impactam na sua QV.

Vale mencionar que a QV é um conceito amplo e abrange diversos aspectos referentes à multidimensionalidade do indivíduo como ser inserido em um determinado contexto, o que inclui facetas positivas e negativas (The Whoqol Group, 1995).

Nesse sentido, a OMS desenvolveu um instrumento capaz de avaliar a QV das pessoas idosas considerando suas especificidades, denominado *WHOQOL-Old*. Esse instrumento será utilizado nesse estudo, especialmente, por está alinhado ao nosso referencial teórico.

Para construir um modelo transcultural de avaliação da QV de pessoas idosas, a OMS iniciou seu projeto em 1999 com colaborações científicas de diversos centros em diferentes nacionalidades (Organização Mundial da Saúde, s.d). O modelo final do instrumento considera que a QV das pessoas idosas pode ser avaliada por meio de seis facetas, conforme figura 1, e suas respectivas definições na tabela 1.

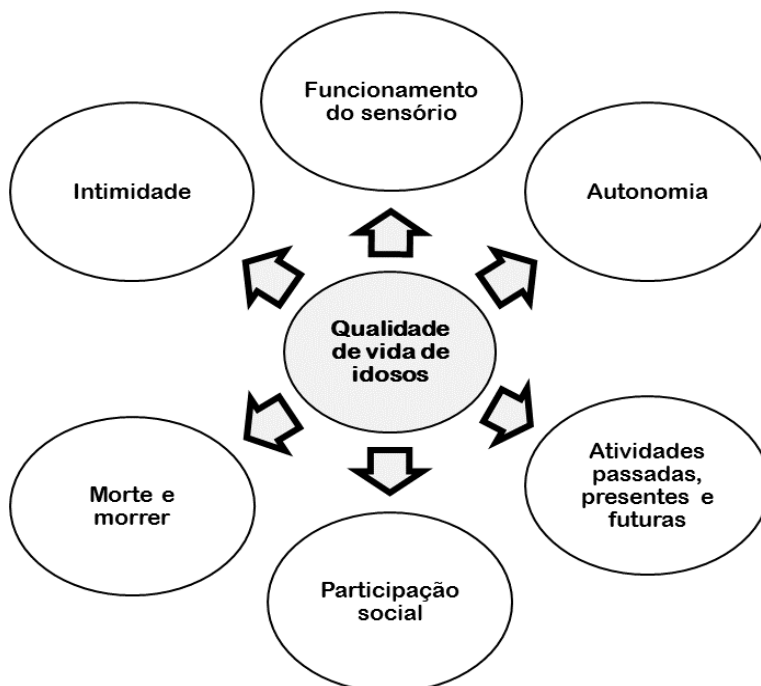


Figura 1. Facetas para avaliação da QV de pessoas idosas

Tabela 1. Definição das facetas para avaliação da QV de pessoas idosas pelo WHOQOL-Old

Faceta I Funcionamento do sensório	Avalia funcionamento sensorial e o impacto da perda das habilidades sensoriais nas atividades da vida diária e da capacidade de interação com outras pessoas na qualidade vida de idosos
Faceta II Autonomia	Diz respeito à independência na velhice, descrevendo até que ponto se é capaz de viver de forma autônoma e tomar suas próprias decisões
Faceta III Atividades passadas, presentes e futuras	Está relacionada com as atividades passadas, presentes e futuras, descrevendo a satisfação sobre conquistas na vida e projetos anseios futuros
Faceta IV Participação social	Refere-se à participação social, que delinea a participação em atividades do cotidiano, especialmente na comunidade em que se está inserido
Faceta V Morte e morrer	Relaciona-se com às preocupações, inquietações, expectativas e temores sobre a morte e morrer
Faceta VI Intimidade	Refere-se à intimidade, que avalia a capacidade de ter relações pessoais e íntimas

Fonte: Alencar *et al* (2010, p.105)

6 MATERIAL E MÉTODOS

6.1 Delineamento do estudo

Trata-se de uma pesquisa transversal do tipo *web survey* com abordagem descritiva, analítica, observacional e não participativa. De acordo com Dyniewicz (2007), os estudos transversais mensuram variáveis predeterminadas para verificar e explicar sua interferência sobre outras variáveis por meio de análise da frequência de acontecimentos e correlações estatísticas. Esse desenho apresenta benefícios como o baixo custo, baixa probabilidade de haver perdas de seguimento (Hochman *et al.*, 2005), capacidade de gerar hipóteses, além de identificar indivíduos e características passíveis de intervenções. Entretanto, uma das principais limitações dos estudos transversais é a impossibilidade de estabelecer relações de causalidade entre as variáveis (Lima-Costa; Barreto, 2003; Hochman *et al.*, 2005; Dyniewicz, 2007; Faleiros *et al.*, 2016)

A característica *web survey* foi operacionalizada por meio da Rede Social *Facebook*, considerando as medidas de restrição sanitária para o combate da pandemia do novo coronavírus, responsável pela COVID-19 (SARS-CoV-2) (Aquino *et al.*, 2020). Esse método de coleta de dados já é recomendado na literatura por apresentar benefícios como rapidez, baixo custo, possibilidade de realizar pesquisas multicêntricas internacionais e de ultrapassar barreiras geográficas (Faleiros *et al.*, 2016), a ausência da interferência dos entrevistadores, além de maior transparência e honestidade nas respostas dadas (Thach, 1995 *apud* Calliyeris; Casas, 2012). Todavia, essa técnica de coleta apresenta algumas limitações como a participação restrita aos indivíduos com acesso à internet e a possibilidade de respostas múltiplas ao questionário pelo mesmo participante (Boni, 2020).

6.2 Período e local do estudo

A coleta de dados foi realizada exclusivamente *online* entre os meses de julho e outubro de 2020, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Em virtude da característica *web survey*, não houve encontros presenciais entre

pesquisadores e participantes. Cada indivíduo participou do estudo em suas respectivas residências por meio de acesso à internet e conta ativa no *Facebook*.

6.3 Participantes da pesquisa

Os participantes da pesquisa foram pessoas idosas de todas as cinco regiões brasileiras: (Norte, Nordeste, Centro-oeste, Sudeste e Sul) que atenderam integralmente aos critérios de inclusão e exclusão. Todas elas foram selecionadas por meio da técnica de amostragem consecutiva não probabilística. Trata-se de uma técnica em que a seleção dos participantes é realizada sem conhecer suas respectivas probabilidades de serem selecionados. Suas vantagens envolvem a conveniência, velocidade e baixo custo. Já a sua principal desvantagem, é a impossibilidade de generalizar os resultados provenientes desse método (Levine *et al.*, 2008).

6.3.1 Critérios de inclusão

- Possuir idade igual ou superior a 60 anos
- Ser do sexo masculino, feminino ou não-binário
- Se identificar em qualquer orientação sexual
- Ser casado, em união estável ou com parceiro fixo, em virtude da característica do instrumento principal que considera a sexualidade das pessoas idosas em relação a si e a seu cônjuge (Vieira, 2012)
- Habitar em residência própria ou familiar em qualquer localidade do território brasileiro
- Ter acesso à internet e conta ativa na Rede Social *Facebook*
- Presença ou não de condições crônicas patológicas, excetuando-se as neurodegenerativas

6.3.2 Critérios de exclusão

- Pessoas idosas residentes em instituições de longa permanência, abrigos ou similares
- Pessoas idosas hospitalizadas no momento da coleta

- Pessoas idosas com doenças neurodegenerativas que impossibilitassem a compreensão dos instrumentos
- Pessoas idosas dependentes

Os critérios de exclusão foram controlados por meio de quatro perguntas dicotômicas (sim/não) dispostas no início do instrumento, sem que os participantes tivessem o conhecimento de que se tratava de uma etapa de rastreio. Consideramos aptos a integrarem a amostra todos os participantes que negaram todas as indagações.

6.3.3 Tamanho amostral

O tamanho amostral foi definido *a priori* utilizando a calculadora estatística *online* (Santos, 2017), conforme os seguintes parâmetros:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1-p) + e^2 \cdot (N-1)}$$

Figura 2. Fórmula para a determinação do cálculo amostral

Fonte: adaptado de Santos (2017)

- ➔ n: amostra calculada
- ➔ N: população = 3.200.000 (três milhões e duzentos mil) (ANEXO A)
- ➔ Z: $z_{\alpha/2} = 1,96$
- ➔ p: real probabilidade do evento = 50% ($p=0,50$). Trata-se de uma estimativa conservadora que corresponde à máxima variabilidade, haja vista que, o desfecho principal é a QV e sua prevalência é incalculável/desconhecida, sendo observada essa padronização em outros estudos desenvolvidos com pessoas idosas (Zaitune *et al.*, 2012; Medeiros *et al.*, 2016; Carneiro *et al.*, 2016; Carneiro *et al.*, 2019; Cruz *et al.*, 2020)

→ e: erro amostral = 0,05 ($\alpha = 5\%$), o que corresponde a um Intervalo de Confiança de 95% ($z_{\alpha/2} = 1,96$)

Com esses parâmetros, observou-se a necessidade de recrutar no mínimo 385 participantes. Todavia, considerando as possibilidades de incompletudes de respostas, estabeleceu-se que, todos os blocos de coleta tivessem um acréscimo de pelo menos 20% ($n=77$) ao cálculo, resultando, portanto, em uma amostra mínima final de 462 participantes inclusos. Os dados da pesquisa geraram sete manuscritos, sendo que em todos eles, houve um número de participantes superior ao estimado pelo cálculo amostral, como pode ser observado no Quadro 1.

Quadro 1. Características dos artigos extraídos da coleta de dados

ARTIGOS	TÍTULO	AMOSTRA (participantes)
ARTIGO 1	Efeitos da sexualidade nos transtornos mentais comuns e na qualidade de vida de pessoas idosas	721
ARTIGO 2	Sexualidade e seus efeitos sob a sintomatologia depressiva e qualidade de vida de pessoas idosas	596
ARTIGO 3	Avaliação da sexualidade e seus efeitos na autoestima e qualidade de vida de pessoas idosas	519
ARTIGO 4	Efeitos das vivências em sexualidade na ansiedade e na qualidade de vida de pessoas idosas	550
ARTIGO 5	A sexualidade possui efeitos positivos na funcionalidade familiar e qualidade de vida do idoso	692
ARTIGO 6	Efeitos da sexualidade na fragilidade e qualidade de vida da pessoa idosa: estudo seccional	662
ARTIGO 7	Associação entre as vivências em sexualidade e características biosociodemográficas de pessoas idosas: estudo transversal	3.740

Fonte: Elaboração própria

6.4 Protocolo do estudo

O pesquisador criou uma página de interação social no *Facebook* com o objetivo de desenvolver pesquisas científicas e divulgar informações relevantes sobre sexualidade, saúde e QV de adultos e idosos.

Nesta página, houve a publicação de seis convites personalizados. Cada convite foi referente a um artigo responsável por testar uma das hipóteses do estudo, conforme observado no Quadro 2. Optou-se por fazer a divisão da coleta por artigo, uma vez que, se fôssemos criar um bloco único com todos os instrumentos, totalizariam 139 questões, excetuando o roteiro biosociodemográfico. Essa quantidade de questões poderia gerar desgastes entre os participantes, aumentando a probabilidade de desistências e incompletudes de respostas. Sendo assim, a divisão por artigos possibilitou a redução considerável de instrumentos e uma boa taxa de resposta.

Quadro 2. Características dos convites personalizados

CONVITE	VARIÁVEIS COLETADAS	VI*	VD**	APÊNDICE
CONVITE 1	Sexualidade, Transtorno Mental Comum e Qualidade de Vida	Sexualidade	Transtorno Mental Comum e Qualidade de Vida	A
CONVITE 2	Sexualidade, Sintomatologia Depressiva e Qualidade de Vida	Sexualidade	Sintomatologia Depressiva e Qualidade de Vida	B
CONVITE 3	Sexualidade, Autoestima e Qualidade de Vida	Sexualidade	Autoestima e Qualidade de Vida	C
CONVITE 4	Sexualidade, Ansiedade e Qualidade de Vida	Sexualidade	Ansiedade e Qualidade de Vida	D
CONVITE 5	Sexualidade, Funcionalidade Familiar e	Sexualidade	Funcionalidade Familiar	E

	Qualidade de Vida		e Qualidade de Vida	
CONVITE 6	Sexualidade, Fragilidade e Qualidade de Vida	Sexualidade	Fragilidade e Qualidade de Vida	F

Fonte: Elaboração própria

*VI: Variável Independente; **VD: Variáveis dependentes

Destaca-se que o artigo 7 referente a análise de associação entre as vivências em sexualidade e características biosociodemográficas de pessoas idosas não possui convite específico, visto que se trata da união de todos os dados coletados. Todos os convites foram personalizados com informações referentes aos critérios de inclusão, título do estudo, pesquisadores e instituição responsáveis, dados para contato e um *hyperlink* que direcionava os participantes para o bloco correspondente aos instrumentos escolhidos.

Os autores aderiram a estratégia de impulsionamento de postagem. Por meio de pagamento prévio, o *Facebook* oferece essa ferramenta com o objetivo de aumentar o engajamento das publicações, com consequentemente aumento na probabilidade da postagem ser curtida, comentada e compartilhada, além da ampliação da divulgação dos instrumentos para todo o território brasileiro até o alcance da amostra pretendida. Não obstante, essa ferramenta apresenta opções que possibilitam a delimitação do público-alvo como o gênero, idade, localização, e dados gerais (demográficos, interesses e comportamentos). Sendo assim, conseguiu-se delimitar nossa amostra conforme planejamento prévio.

6.4.1 Instrumentos de coleta de dados

Os instrumentos foram estruturados na plataforma *Google Forms*. Na primeira página da plataforma constou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE G), explicitando os objetivos da pesquisa, relevância, riscos, benefícios e dados para contato do pesquisador e do CEP que aprovou o estudo, além do respectivo número de aprovação. Ademais, exigiu-se de forma obrigatória que todos os participantes incluíssem seus respectivos e-mails em campo específico, para que

fosse viável a identificação e correção de possíveis respostas múltiplas dadas pelo mesmo usuário e, conseqüentemente, reduzir as chances de vieses. Após concordar em participar do estudo e incluir o e-mail, os participantes foram direcionados virtualmente para a segunda página da plataforma, onde deu-se início à coleta dos dados.

6.4.1.1 Inquérito Biosociodemográfico

Nesse inquérito, foi utilizado um roteiro elaborado pelos pesquisadores (APÊNDICE H), constando as seguintes informações:

- Gênero (masculino, feminino e outros). A opção “outros” refere-se aos não binários
- Etnia (branca, amarela, parda, negra e indígena)
- Faixa etária (\geq 60 anos)
- Religião (católica, protestante, de origens africanas, outras e sem religião)
- Escolaridade (sem escolaridade, ensino fundamental, médio e superior)
- Estado civil (casado, em união estável ou com parceria fixa)
- Tempo de convivência com o(a) parceiro(a)
- Orientação sexual (heterossexual, homossexual, bissexual, outros)
- Região brasileira (Norte, Nordeste, Centro-oeste, Sudeste e Sul)
- Se já foram abordados sobre sua sexualidade pelos profissionais de saúde.

6.4.1.2 Inquérito Sexualidade

Nesse inquérito foi utilizado a Escala de Vivências Afetivas e Sexuais dos Idosos (EVASI) (ANEXO B) validada no Brasil por Vieira (2012). Trata-se de uma escala psicométrica do tipo *likert* cujas possibilidades de resposta variam de 1 (nunca) a 5 pontos (sempre). A escala não possui ponto de corte e a maior pontuação indica que as pessoas idosas estão melhor experienciando suas vivências de sexualidade. Além do mais, a EVASI é organizada em 38 itens que abrangem três dimensões: ato sexual, relações afetivas e adversidades física e social.

A EVASI foi elaborada considerando as representações de sexualidade para a população idosa, como o amor, carinho, desejo, intimidade, parceria, ato sexual,

prazer, autoestima, companheirismo, namoro, bem-estar e possíveis alterações fisiológicas no campo da sexualidade em virtude do envelhecimento e sua adaptação ao ser idoso. No processo de validação, a autora encontrou índices satisfatórios de confiabilidade por meio do alfa de *Cronbach* de 0,96 (ato sexual), 0,96 (relações afetivas) e 0,71 (adversidades física e social) (Vieira, 2012).

6.4.1.3 Inquérito Saúde Mental

6.4.1.3.1 Transtorno Mental Comum

Para avaliar a suspeição de TMC, foi aplicado o instrumento *Self-report Questionnaire* (SRQ-20) (ANEXO C), validado e adaptado no Brasil por Mari e Williams (1986) e avaliado quanto ao seu desempenho por Gonçalves, Stein e Kapczinsk (2008), alcançando pontuações satisfatórias. Trata-se de um instrumento composto por 20 questões, que objetiva o rastreamento de transtornos mentais não-psicóticos (Mari; Williams, 1986).

É constituído de respostas de escala comparativa do tipo sim ou não, as quais indicam a probabilidade da presença dos referidos transtornos, variando de 0 (nenhuma probabilidade) a 20 (extrema probabilidade) distribuídas em quatro domínios: Humor depressivo-ansioso, Sintomas somáticos, Decréscimo de energia vital e Pensamentos depressivos. Foi adotado o ponto de corte de cinco ou mais respostas positivas para ambos os sexos, conforme estudos prévios realizados para o rastreamento de TMC em populações idosas (Sczufca *et al.*, 2009; Borim; Barros; Botega, 2013; Silva *et al.*, 2018).

No processo de validação do SRQ-20, considerando o ponto de corte maior ou igual a 5 pontos para a população idosa, os autores encontraram que a definição de caso considerando 4 ou 5 pontos apresentou sensibilidade de 76,1%, especificidade de 74,6% e área sob a curva ROC de 0,82 (Sczufca *et al.*, 2009).

6.4.1.3.2 Sintomatologia depressiva

Esse inquérito foi avaliado pela Escala de Depressão Geriátrica (EDG) (ANEXO D), versão de 15 itens, validada para a população idosa brasileira (Almeida; Almeida, 1999a; Almeida; Almeida, 1999b). Os itens que a compõem abrangem dimensões referentes à ansiedade, humor, motivação, queixas cognitivas, irritabilidade, energia e orientação para o passado/futuro, sintomas frequentemente observados na depressão entre as pessoas idosas (Apóstolo *et al.*, 2018).

O escore total da EDG varia de 0 a 15 pontos e foi adotado nesse estudo um ponto de corte nos valores de 5/6 (não caso/caso). Desta forma, as pessoas idosas foram classificadas em: sem sintomas depressivos (0 a 5 pontos); sintomas leves (6 a 10 pontos) e sintomas severos (11 a 15 pontos) (Melo *et al.*, 2018). No processo de validação, considerando o ponto de corte de 5/6 pontos (não caso/caso), os autores identificaram sensibilidade de 85% e especificidade de 74,0%, indicando ser um instrumento válido e útil para a prática clínica (Herrmann *et al.*, 1996).

6.4.1.3.3 Autoestima

A autoestima foi avaliada com a Escala de Autoestima de Rosenberg (ANEXO E) adaptada para a população brasileira por Hutz (2000). Esta é uma medida unidimensional composta por 10 itens relacionados a um conjunto de sentimentos de autoestima e autoaceitação que avalia a autoestima global. As respostas são estruturadas no modelo *likert*: (1=discordo totalmente), (2=discordo), (3=concordo) e (4=concordo totalmente) (Hutz, Zanon, 2011), o que possibilita o alcance de um escore final entre 10 e 40 pontos. A autoestima foi classificada em: insatisfatória (< 30 pontos) e satisfatória (\geq 30 pontos) (Viscardi; Correia, 2017; Oliveira *et al.*, 2019b). No processo de validação para a população idosa, foram encontrados índices satisfatórios como o alfa de *Cronbach* de 0.812 (Meurer *et al.*, 2012b).

6.4.1.3.4 Ansiedade

A ansiedade foi avaliada por meio do Inventário de Ansiedade Beck (ANEXO F), adaptado e validado para a população brasileira por Cunha (2001). É composto por 21 questões em que o entrevistado informa o nível de gravidade dos sintomas percebidos de acordo com a seguinte pontuação: (0=sem sintomas), (1=sintomas suaves), (2=sintomas moderados) e (3=sintomas severos). O escore final é obtido por meio da somatória das respostas dadas, que pode atingir um valor mínimo e máximo, respectivamente, de 0 e 63 pontos. Os valores podem ser interpretados de modo que caracterize os sintomas de ansiedade em mínimo (0 a 7 pontos), leve (8 a 15 pontos), moderado (16 a 25 pontos) e grave (26 a 63 pontos) (Baptista; Carneiro, 2011). No processo de validação, o inventário alcançou pontuações psicométricas satisfatórias como o alfa de *Cronbach* de 0,92 e confiabilidade teste-reteste ao longo de uma semana no valor de $r(81) = 0,75$ (Beck *et al.*, 1988).

6.4.1.4 Inquérito Funcionalidade familiar

Essa variável foi avaliada por meio do instrumento APGAR de família (ANEXO G), desenvolvido por Smilkstein (1978) e validado no Brasil por Duarte (2001). Trata-se de um instrumento composto por cinco questões que avaliam a satisfação dos indivíduos com o suporte familiar recebido, sendo indicada sua utilização, inclusive, pelo Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2006). O termo APGAR refere-se a um acrônimo inglês e significa: *Adaptation* (adaptação), *Partnership* (companheirismo), *Growth* (desenvolvimento), *Affection* (afetividade) e *Resolve* (capacidade resolutiva).

As questões são organizadas na perspectiva de haver respostas únicas e objetivas: sempre, algumas vezes e nunca, com valores de 2,1 e 0, respectivamente (Silva *et al.*, 2013). Após somatória das questões, a funcionalidade familiar foi classificada em funcional (7 a 10 pontos), disfunção leve (4 a 6 pontos) e disfunção severa (0 a 3 pontos) (Trierveiler *et al.*, 2015; Mayorga-Munoz; Gallardo-Peralta; Galvez-Nieto, 2019). Desta forma, quanto maior o escore, maior foi a satisfação do indivíduo em relação ao suporte familiar recebido (Vera *et al.*, 2014).

Vale ressaltar que, nesta pesquisa, considerou-se como família as pessoas que fazem parte da convivência habitual dos participantes. Nos casos em que os

participantes moravam sozinhos, considerou-se como família todos aqueles com quem havia laços afetivos estabelecidos de maior intensidade. Por fim, o APGAR de família apresentou boa confiabilidade no processo de validação, atingindo um alfa de 0,875 (prova de Kruskal Wallis) (Duarte, 2001 *apud* Vera, 2013); alfa de *Cronbach* de 0,80; coeficiente de discriminação entre 0,52 e 0,68; e a validade de critério com coeficiente de correlação de 0,76 (Silva *et al.*, 2014).

6.4.1.5 Inquérito Fragilidade

Nesse inquérito, foi utilizado o Instrumento Autorreferido de Fragilidade (ANEXO H), adaptado e validado para a língua portuguesa por Nunes *et al* (2015), apresentando boa validade e consistência entre as pessoas idosas brasileiras. Trata-se de um instrumento construído conforme o modelo proposto por Fried *et al* (2001), que desenvolveu o fenótipo de fragilidade representado pelas seguintes variáveis: perda de peso não intencional, redução da força, fadiga, redução da velocidade de caminhada e baixa atividade física.

Vale ressaltar que, optou-se pela escolha de um instrumento autorreferido porque, além de apresentar propriedades psicométricas satisfatórias, há na literatura recomendações para adoção de métodos simples e eficazes na identificação e investigação da fragilidade, o que facilita o uso durante as práticas assistenciais (Lourenço *et al.*, 2018; Llano *et al.*, 2019). Além do mais, a autopercepção de fragilidade pelo próprio indivíduo proporciona a precocidade diagnóstica e a ampliação do rastreamento (Nunes *et al.*, 2015).

A classificação final pode foi obtida da seguinte forma: pessoas “frágeis” (as que pontuaram para três ou mais componentes), “pré-frágeis” (as que pontuaram positivamente para um ou dois componentes) e “não frágeis” (as que não apresentaram nenhum dos componentes descritos). Além disso, as pessoas idosas classificadas como pré-frágeis e frágeis foram consideradas como indivíduos em “processo de fragilização”. De acordo com o processo de validação, o instrumento possui sensibilidade de 89,7% e especificidade de 24,3% para identificação de pessoas idosas pré-frágeis, além de 63,2% e 71,6%, respectivamente, para identificação de pessoas frágeis (Nunes *et al.*, 2015).

6.4.1.6 Inquérito Qualidade de Vida

A QV dos participantes foi avaliada por meio de um instrumento específico e padronizado pela OMS denominado *WHOQOL-Old* (ANEXO I), validado no Brasil por Fleck, Chachamovich e Trentini (2006). Trata-se de um instrumento específico para ser aplicado em populações idosas, composto por 24 itens e estruturados em 6 facetas: funcionamento do sensório; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte e morrer e intimidade (Scherrer Junior *et al.*, 2019).

Esse instrumento foi desenvolvido dentro de uma perspectiva transcultural para mensurar a QV e tem como características fundamentais a subjetividade, bipolaridade e multidimensionalidade. O *WHOQOL-Old* é apresentado em uma escala de *likert*, variando de 1 a 5 pontos e não preconiza ponto de corte, sendo interpretado na perspectiva de que quanto maior o escore, melhor será a QV (Fleck; Chachamovich; Trentini, 2006; TESTON; MARCON, 2015). Tal escore varia entre 24 a 100 pontos (Scherrer Junior *et al.*, 2019). Além do mais, a avaliação da QV terá como fundamentação teórica a definição proposta pela OMS

Justifica-se a escolha isolada desse instrumento por ser específico e elaborado pela OMS, mesma organização que lançou a definição de QV que também será adotada como referencial teórico nesse estudo. Além do mais, para a validação da EVASI, escala que avaliará a principal variável desse estudo – a sexualidade - a autora utilizou o *WHOQOL-Old* para verificar a correlação entre essas duas dimensões (Vieira, 2012).

A autora observou alta correlação (0,64) entre os instrumentos e a EVASI prediz 41% do *WHOQOL-Old*. Não obstante, identificou-se que houve aumento de 0,29 nos escores de QV para cada vivência afetiva e sexual experimentada pelas pessoas idosas. Observou-se também 95% de confiança e a inclinação amostral posiciona-se entre 0,24 e 0,33, com nível de probabilidade associada de $p < 0,001$, evidenciando desta forma, que os resultados são confiáveis e não são decorrentes de erro amostral (Vieira, 2012).

Diante desse contexto, a adoção isolada do *WHOQOL-Old* sem a complementação de um instrumento genérico, como o *WHOQOL-Bref* ou *WHOQOL-100*, se tornou a melhor escolha para o alcance dos objetivos propostos nesse estudo.

Além disso, destaca-se que o *WHOQOL-Old* apresentou adequada consistência interna (alfa de *Cronbach* variando entre 0,71 a 0,88), validade

discriminante ($p < 0,01$), validade concorrente (coeficientes de correlação entre -0,61 a -0,50) e confiabilidade teste-reteste (coeficientes de correlação variando entre 0,58 a 0,82), durante sua validação para a população brasileira (Fleck; Chachamovich; Trentini, 2006).

Para a análise do *WHOQOL-Old*, foi seguida rigorosamente a recomendação da OMS nos aspectos que tangem a recodificação e a sintaxe de pontuação. A recodificação consistiu em atribuir nova pontuação às questões. Desse modo, as questões: (old_01, old_02, old_06, old_7, old_8, old_9, e old_10) receberam a pontuação: [(1=5), (2=4), (3=3), (4=2) e (5=1)]. No tocante a sintaxe, a tabela 2 evidencia a fórmula que foi utilizada para a conversão das respostas em uma escala de 0 a 100 pontos.

Tabela 2. Facetas do WHOQOL-Old e suas respectivas fórmulas para conversão.

FACETAS	FÓRMULA PARA CONVERSÃO
Faceta I	
Funcionamento do sensório	$100 * (\text{MEAN}.4(\text{old_01}, \text{old_02}, \text{old_10}, \text{old_20})-1)/4$
Faceta II	
Autonomia	$100 * (\text{MEAN}.4(\text{old_03}, \text{old_04}, \text{old_05}, \text{old_11})-1)/4$
Faceta III	
Atividades passadas, presentes e futuras	$100 * (\text{MEAN}.4(\text{old_12}, \text{old_13}, \text{old_15}, \text{old_19})-1)/4$
Faceta IV	
Participação social	$100 * (\text{MEAN}.4(\text{old_14}, \text{old_16}, \text{old_17}, \text{old_18})-1)/4$
Faceta V	
Morte e morrer	$100 * (\text{MEAN}.4(\text{old_06}, \text{old_07}, \text{old_08}, \text{old_09})-1)/4$
Faceta VI	
Intimidade	$100 * (\text{MEAN}.4(\text{old_21}, \text{old_22}, \text{old_23}, \text{old_24})-1)/4$

$$\text{Escore total} = 100 * (\text{MEAN}(\text{old_01}, \text{old_02}, \text{old_03}, \text{old_04}, \text{old_05}, \text{old_06}, \text{old_07}, \text{old_08}, \text{old_09}, \text{old_10}, \text{old_11}, \text{old_12}, \text{old_13}, \text{old_14}, \text{old_15}, \text{old_16}, \text{old_17}, \text{old_18}, \text{old_19}, \text{old_20}, \text{old_21}, \text{old_22}, \text{old_23}, \text{old_24}) - 1) / 4$$

Fonte: Universidade Federal do Rio Grande do Sul (adaptado)

6.5 Tabulação e análise dos dados

As respostas dos instrumentos foram obtidas de forma *online* e tabuladas automaticamente em uma planilha do Excel, à medida em que os usuários finalizavam o preenchimento. Após a conclusão da coleta, os dados foram transferidos para o software estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 25.0, no qual serão analisados, interpretados e armazenados. O intervalo de confiança adotado será de 95% ($p < 0,05$) para todas as análises estatísticas. As variáveis qualitativas serão apresentadas por meio de frequências absolutas e relativas. As variáveis quantitativas, por meio de medianas, intervalo interquartil, postos médios, média, desvio padrão, variância, valores mínimo e máximo.

A depender da distribuição dos dados, a análise será de acordo com os pressupostos estatísticos aplicando-se os testes paramétricos ou não paramétricos, representados, respectivamente, pelos testes t de Student ou ANOVA e, Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis (Field, 2009). Esses testes serão utilizados para detectar diferenças estatisticamente significantes entre dois ou mais grupos independentes em relação a cada desfecho avaliado.

Os efeitos da sexualidade (variável independente) sob a saúde mental, funcionalidade familiar, fragilidade e QV (variáveis dependentes), serão analisadas por meio da Modelagem de Equações Estruturais (SEM). Trata-se de uma técnica multivariada que se fundamenta em um conjunto de princípios da análise fatorial e da regressão múltipla, pela qual, possibilita a especificação e testagem de diversas relações entre as variáveis estudadas (Kline, 2012).

Um grande diferencial da SEM é a possibilidade de incluir no modelo variáveis não observáveis (chamadas de latentes) e variáveis observáveis (chamadas de indicadores). Na variável não observável, os constructos se referem a conceitos

teóricos e, portanto, não podem ser observados diretamente. Sua obtenção se dá por meio da combinação de uma ou mais variáveis observáveis. Já as variáveis observáveis são utilizadas para compor uma variável latente e sua utilização na modelagem permite a melhoria dos parâmetros estatísticos, por promover representações teóricas de forma mais adequada, além de incorporar o erro de mensuração (Oliveira; 2016).

Desse modo, a SEM se destaca por ser uma técnica de análise mais abrangente em relação as outras técnicas clássicas como a análise fatorial, de caminhos e de regressão. Isto porque, por um lado, as técnicas clássicas contemplam diversas variáveis independentes, porém, permite a verificação de apenas uma única relação entre as variáveis dependentes. Por outro lado, a SEM ultrapassa essa limitação e permite a avaliação de várias relações potenciais entre as variáveis latentes e indicadores, sejam elas dependentes ou independentes (Amorim et al., 2010; Oliveira; 2016).

Além disso, ressalta-se que, embora o presente estudo seja transversal, o que não permite identificar relações de causalidade, a SEM permite determinarmos efeitos diretos e indiretos de variáveis explicativas sob variáveis respostas (Wang; Wang, 2012; Neves, 2018). No caso desse estudo, analisaremos os efeitos da sexualidade na saúde mental, funcionalidade familiar, fragilidade e na QV de pessoas idosas. A construção do modelo será realizada no software estatístico STATA.

Os resultados da SEM serão apresentados com os coeficientes padronizados (CP) e seus respectivos intervalos de confiança 95% (IC95%), sendo interpretados de acordo com Kline (2012): efeito pequeno (CP=0,10), efeito médio (CP=0,30) e efeito forte (CP>0,50). A adequação do modelo proposto foi verificada por meio dos seguintes índices de ajuste:

- O **Comparative Fit Index (CFI)** e o **Tucker–Lewis Index (TLI)**, Com Valores Mais Próximos De 1 Indicando Melhor Ajuste (WANG; WANG, 2012).

- A **Standardized Root Mean Square Residual (SRMR)**, com valor inferior a 0,08 indicando um bom ajuste e inferior a 0,10, um ajuste aceitável (Hu; Bentler, 1999; Kline, 2012).

- A **Root-Mean-Square Error of Approximation (RMSEA)**, com seu intervalo de

confiança de 90% (IC90%) e a seguinte interpretação: 0 = ajuste perfeito; <0,05 = bom ajuste; 0,05–0,08 = ajuste moderado; 0,08–0,10 = ajuste medíocre; e > 0,10 = ajuste inadequado (Browne; Cudeck, 1992; Maccallum; Browne; Sugawara, 1996).

- O **Índice de ajuste absoluto *Adjusted Goodness-of-Fit Index (AGFI)*** que varia entre 0 e 1 e é geralmente aceito que valores de 0,90 ou superiores indicam modelos bem ajustados (Hooper *et al.*, 2008).

6.6 Aspectos éticos

Por se tratar de uma pesquisa que envolve seres humanos, ressalta-se que, esse projeto foi submetido ao CEP da EERP/USP em obediência à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, obtendo parecer aprovado sob nº 4.319.644 e CAAE: 32004820.0.0000.5393 (APÊNDICE I).

Todos os participantes receberam informações detalhadas sobre a pesquisa e a participação foi sob caráter voluntário, sem gerar prejuízos, perdas e/ou penalidades de quaisquer ordens aos envolvidos. Após os devidos esclarecimentos sobre o estudo e após serem informados quanto à garantia de anonimato das informações coletadas, os mesmos clicaram na opção “aceito” no final da página do TCLE *online*, obedecendo a referida resolução. Não obstante, todos os indivíduos receberam a segunda via do TCLE pelo e-mail previamente informado antes de terem acesso aos instrumentos.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão desta tese estão apresentados em formato de capítulos correspondentes aos sete artigos científicos publicados em periódicos de circulação internacional, conforme todos os requisitos preconizados pelo regulamento do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da EERP/USP (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2021). Conforme o parágrafo XI.1.3, do subtópico XI.1, do artigo XI - Procedimentos para depósito das dissertações e teses do referido regulamento, cumpriram-se as seguintes exigências:

- Apresentação de um conjunto de no mínimo dois artigos (publicados e/ ou aceitos)
- Os materiais apresentados (artigos) contêm introdução que delimite o objeto de estudo
- Organização lógica do conjunto de artigos publicados e/ou aceitos
- Após a apresentação dos artigos, há um tópico referente às considerações finais.
- O encaminhamento de todos os artigos para os periódicos ocorreu durante o período do curso de doutorado
- O aluno de doutorado é o primeiro autor de todos os artigos, tendo a orientadora assumindo coautoria como última autora
- Todos os artigos aqui apresentados possuem temática relacionada à tese
- Todos os artigos foram submetidos para periódicos indexados em pelo menos uma das seguintes bases: PUBMED, Web of Science ou Scopus.
- Os artigos estão publicados nas versões em português e inglês, sendo que nesta tese, todos eles estão anexados no idioma inglês.
- Os artigos aqui apresentados serão utilizados apenas uma única vez pelo primeiro autor
- Todos os artigos aqui apresentados possuem autorização para reprodução, desde que sejam citados o nome dos autores e do periódico responsável pela publicação

7.1 CAPÍTULO 1

Título: Effects of sexuality on common mental disorders and quality of life in elderly people.

Status: Publicado

Carta de aceite: Apêndice A

Periódico: Cogitare Enfermagem

Modelo de avaliação: Revisão por pares

Modelo de publicação: Acesso aberto

International Standard Serial Number (ISSN): Print: 1414-8536 / On-line: 2176-9133

Journal Citation Reports (JCR): Não possui


SCImago Journal & Country Rank (SJR): 0,15 (Q4) – última avaliação em 2020.

Indexação: Scopus, SciELO, dentre outras bases

Idiomas de publicação: Português, inglês e espanhol

Citação: SOUZA JÚNIOR, Edison Vitório de Souza Júnior et al. Effects of sexuality on common mental disorders and quality of life in elderly people. **Revista Cogitare Enfermagem**, v. 27, n. e86919, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.86919>

Propriedade intelectual








 A Revista Cogitare Enfermagem está licenciada sob uma Licença Creative Commons do tipo Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0). A licença pode ser acessada no seguinte link: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>

Esse capítulo foi construído em resposta aos seguintes tópicos:

HIPÓTESE: A sexualidade possui efeitos forte e negativo sob os transtornos mentais comuns em pessoas idosas

OBJETIVO: Analisar os efeitos das vivências em sexualidade sob os transtornos mentais comuns e qualidade de vida de pessoas idosas

EFFECTS OF SEXUALITY ON COMMON MENTAL DISORDERS AND QUALITY OF LIFE IN ELDERLY PEOPLE

Edison Vitório de Souza Júnior¹ 
 Diego Pires Cruz² 
 Lais Reis Siqueira³ 
 Benedito Fernandes da Silva Filho² 
 Gabriel Magalhães Cairo² 
 Lucas Dias Brito Infante² 
 Namie Okino Sawada³ 

ABSTRACT

Objective: to analyze the effects of sexuality on common mental disorders and quality of life in elderly people. **Method:** cross-sectional study conducted with 721 elderly people from all regions of Brazil who answered four instruments: bio-sociodemographic, EVASI, SRQ-20 and WHOQOL-Old between July and October 2020. Data were analyzed using Mann-Whitney and Structural Equation Modeling tests adopting a 95% confidence interval. **Results:** sexuality exerted a strong, positive effect on quality of life (SC=0.778 [95%CI=0.680-0.862] p<0.001), while on common mental disorders, the effect was strong and negative (SC=-0.481 [95%CI=-0.540 - -0.421] p<0.001). **Conclusion:** because a strong effect on the variables was identified, the clinical relevance of sexuality being worked on more frequently in health services was verified. Thus, society benefits with the insertion of a little explored theme and with the weakening of existing prejudices, including among the elderly themselves.

DESCRIPTORS: Public Health; Health of the Elderly; Mental Health; Sexuality; Quality of Life.

HOW TO REFERENCE THIS ARTICLE:

Souza Júnior EV de, Cruz DP, Siqueira LR, Silva Filho BF da, Cairo GM, Infante LBD et al. Effects of sexuality on common mental disorders and quality of life in elderly people. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2022 [accessed "insert day, month and year"]; 27. Available from: dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.86919

¹Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil

²Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, BA, Brasil

³Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, Brasil

INTRODUCTION

The elderly population is more vulnerable to the development of mental disorders due to several reasons. One example is the greater propensity of this public to experience feelings of mourning and decline in socioeconomic status, which, in turn, reflects in social isolation, psychological suffering, dependence, and loneliness¹. Among mental disorders, the Common Mental Disorders (CMD) stand out, characterized by a set of somatic, anxious, and depressive manifestations². It is revealed that early diagnosis is essential to avoid physical and psychological consequences to the individual and reduce the burden on health services².

Worldwide estimates indicate the existence of approximately 450 million people with some type of mental or neurobiological disorder, ranking fourth among the leading causes of disability. In Brazil, it is estimated that the prevalence of CMD in the adult population is 20%³. In the elderly living in Brazilian urban and rural areas, this prevalence has reached 55.8%⁴.

Therefore, it is not enough to witness and experience aging. Quality must be added during this process⁵, and the active aging proposal ratifies the goal of improving the quality of life (QoL) of the elderly. The term "active aging" was adopted in the late 90's and covers the elderly in both individual and collective contexts, besides allowing the individual to recognize his/her potential for promoting physical, mental, and social well-being throughout life⁶.

The concept of QoL most used in the scientific environment is from the World Health Organization (WHO), which defines it as "an individual's perception of his position in life, in the context of the culture and value systems in which he lives and in relation to his goals, expectations, standards, and concerns"^{7:1405}. It is a broad, subjective, and multidimensional concept, considered an important health indicator, capable of stimulating and strengthening care practices aiming at its promotion⁸.

From this perspective, one of the strategies that can be an innovation in the health of the elderly is the encouragement of experiences of sexuality to promote and protect health, specially to improve QoL and reduce CMD. This is because there is scientific evidence that the healthy experiences of sexuality have positive impacts on self-knowledge, well-being, pleasure, and self-esteem⁹, being encouraged, even among people with dementia¹⁰ and in palliative care¹¹.

Sexuality is a complex and multidimensional expression that involves biological, psychological, and sociocultural factors^{12:7}. From this perspective, the term sexuality cannot be understood as a synonym for sexual act. Its definition involves several expressions of behavior, feelings, and cognition¹³. Thus, it is stated that expressions of love, affection, complicity, intimacy, touch, companionship, and other quantitative-qualitative manifestations are means of expressing sexuality, including the sexual act and eroticism¹⁴⁻¹⁵.

However, although its benefits are known, there are still prejudices^{13,16} on the subject, including among healthcare professionals¹⁷, which favors that the sexuality of the elderly is not often addressed during care practices. Therefore, it is inferred that the elderly may not be enjoying the benefits that sexuality can provide in the elderly.

Based on this evidence, the development of this study is justified, since it is believed that the full and healthy experience of sexuality is associated with lower prevalence of CMD and better QoL among the elderly population. If statistical significance is confirmed, this study may help and encourage the elderly to participate in addressing sexuality during health consultations based on scientific results. Therefore, the aim of this study was to analyze the effects of sexuality on the CMD and QoL of elderly people.

METHOD

Cross-sectional and analytical study developed with 721 Brazilian elderly people. The sample size was defined, a priori, considering an infinite population, $\alpha=0.05$ (5%), confidence interval of 95% ($z_{\alpha/2} = 1.96$) and conservative proportion of 50%, resulting in a minimum sample of 385 participants and increased by more than 80% ($n=336$) to compensate possible incompleteness of the answers, totaling 721 participants.

Participants were selected through non-probability consecutive sampling. The inclusion criteria were users aged ≥ 60 years; of both genders (male or female); married, in a stable union or with a steady partner because the instrument that assesses sexuality considers the experiences in relation to themselves and their spouses¹⁶; and having an active account on the Facebook social network and internet access.

All hospitalized participants with functional dependence and residents in long-stay institutions, screened through three dichotomous questions (yes/no) at the beginning of the survey page, were excluded from the study. Since the elderly had active interaction in social networks and were skilled in handling equipment that provides access to social networks (cell phone, laptop, tablet and/or computer), the application of an instrument to assess cognition was waived.

Data collection occurred exclusively online between the months of July and October 2020. The invitation to participate was published on a page created by the researchers in the Facebook Social Network, accompanied by a hyperlink that gave direct access to the questionnaire. This questionnaire was structured in four surveys on the Google Forms platform: bio-sociodemographic, sexuality, mental health, and QoL. It is noteworthy that, to avoid multiple filling out of the questionnaire by the same participant, each one was asked to include their e-mail address before starting the surveys section. Thus, during tabulation, the authors had greater control over the data to avoid this possible bias.

The bio-sociodemographic survey was built by the authors to know the profile of the participants, such as age, gender, marital status, religion, ethnicity, education, number of children, sexual orientation, sexuality orientation and geographic location.

The sexuality inquiry was evaluated by the Elderly Affective and Sexual Experiences Scale (EVASI)¹⁶, organized in 38 items distributed in three dimensions: sexual act, affective relations, and physical and social adversities. The values of physical and social adversity were inverted to standardize the direction of the scores during the analyses. The EVASI showed satisfactory reliability through Cronbach's alpha: sexual intercourse ($\alpha=0.96$); affective relationships ($\alpha=0.96$) and physical and social adversity ($\alpha=0.71$)¹⁶.

The mental health survey was represented by screening for CMD, assessed by the Self-Report Questionnaire (SRQ-20)¹⁸ composed of 20 questions. The cutoff point adopted for the presence of CMD was \geq five positive responses for both genders according to a previous study⁴. The reliability value of this instrument was satisfactory, obtaining a Cronbach's alpha of 0.86¹⁸.

The QoL survey was developed with the World Health Organization Quality of Life - Old (WHOQOL-Old)¹⁹. This instrument has 24 items distributed in six facets: sensory skills; autonomy; past, present, and future activities; social participation; and death and dying and intimacy²⁰.

Data were tabulated, stored, and analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) statistical software, version 25.0. Qualitative variables were presented by descriptive analysis (absolute and relative frequencies). Quantitative variables were presented by median and interquartile range (IQR).

The Mann-Whitney U test was used to compare the experiences in sexuality between the participants with and without CMD. To analyze the effects of sexuality (independent variable) on CMD and QoL (dependent variables), Structural Equation Modeling (SEM) was used through the STATA software. This is an analysis method that, although the study is cross-sectional, allows the identification of direct and indirect effects of a variable on the other²¹.

In the proposed model, two latent variables were included with indicators with factor load greater than 0.50 and one observed variable. Thus, the latent QoL was formed by the domains autonomy (DOM2), past present and future activity (DOM3), social participation (DOM4), and intimacy (DOM6), while the latent sexuality was formed by the domains sexual act (EVASI1) and effective relationships (EVASI2). The observable variable was common mental disorders (CMD). The model results were presented by means of the standardized coefficients (SC) and their respective 95% confidence intervals (95%CI). The interpretation of these results was performed according to what was proposed by Kline²²: small effect (SC=0.10); medium effect (SC=0.30) and strong effect (SC>0.50).

The adequacy of the proposed model was verified using the following fit indices: the Comparative Fit Index (CFI) and the Tucker-Lewis index (TLI) with values closer to one indicating better fit²¹; the Standardized Root Mean Square Residual (SRMR) with a value less than 0.08 indicating a good fit and less than 0.10, an acceptable fit²²⁻²³; the Root-Mean-Square Error of Approximation (RMSEA) with its 90% confidence interval (CI90%), and the following interpretation: perfect fit (RMSEA=zero); good fit (RMSEA <0.05); moderate fit (RMSEA=0.05-0.08); mediocre fit (RMSEA=0.08-0.10) and inadequate fit (RMSEA>0.10)²⁴; and the absolute Adjusted Goodness-of-Fit Index (AGFI) ranging from zero to one, with values ≥ 0.90 indicating well-fit models²⁵.

This study was approved in 2020 by the Research Ethics Committee of the School of Nursing of Ribeirão Preto of the University of São Paulo (EERP/USP) under opinion no. 4.319.644.

RESULTS

Table 1 shows a higher prevalence of elderly males (n=429, 59.5%) aged between 60 and 64 years (n=355; 49.2%), with higher education (n=310, 43.0%), white (n=498, 69.1%) and who never received guidance on sexuality from health professionals (n=561, 77.8%). The prevalence of CMD found in this study was 30.8% with statistically significant greater involvement among females, the only bio-sociodemographic variable associated with CMD.

Table 1 - Bio-sociodemographic variables. Ribeirão Preto, SP, Brazil, 2020

VARIABLES	n	%	VARIABLES	n	%
Gender			Marital status		
Male	429	59.5	Married	467	64.8
Female	289	40.1	Stable Union	120	16.6
Other	3	0.4	With steady partner	134	18.6
Age (years)			Living Time		
60 - 64	355	49.2	≤ 5 years	119	16.5
65 - 69	232	32.2	Between 6 and 10 years old	61	8.5

70 – 74	105	14.6	Between 11 and 15 years old	39	5.4
75 – 79	27	3.7	Between 16 and 20 years old	43	6.0
≥ 80 years old	2	0.3	> 20 years old	459	63.7
Education		Lives with the children			
Primary	62	8.6	Yes	198	27.5
Elementary	92	12.8	No	485	67.3
Medium	256	35.5	I do not have children		
Superior	310	43.0	Have you ever had orientation about sexuality		
No Education	1	0.1	Yes	160	22.2
Ethnicity		Never			
White	498	69.1	Sexual orientation		
Yellow	13	1.8	Heterosexual	629	87.2
Black	35	4.9	Homosexual	14	1.9
Brown	163	22.6	Bisexual	13	1.8
Indigenous	6	0.8	Other	65	9.0
Doesn't know	6	0.8	Brazil Region		
Religion		North			
Catholic	393	54.5	Northeast	127	17.6
Protestant	98	13.6	Center-West	57	7.9
Spiritualist	83	11.5	Southeast	322	44.7
Of African origins	14	1.9	South	182	25.2
Other	57	7.9			
No religion	76	10.5			

Source: Survey data.

Table 2 shows that, regardless of the presence or absence of CMD, the elderly experience their sexuality in affective relationships more satisfactorily because they have higher median scores. Moreover, it is noted that participants with CMD experience their sexuality less satisfactorily in all dimensions, evidenced by the lower scores. As far as QoL is concerned, all the elderly people with and without CMD showed a more significant perception of QoL in sensory abilities. It is also noteworthy that participants with CMD showed lower QoL in all facets when compared to those without CMD.

Table 2 - Sexuality and QL assessment of participants with and without suspicion of CMD. Ribeirão Preto, SP, Brazil, 2020

Variables	WITH CMD	WITHOUT CMD	U	p-value
	Median (IQR)	Median (IQR)		
Sexuality				
Sexual act	67.00 (54.00-77.00)	77.00 (69.00-81.00)	36296.50	<0.001*
Affective Relationships	69.00 (54.00-77.00)	78.00 (71.00-83.00)	34901.00	<0.001*
Physical and Social Adversities	6.00 (5.00-8.00)	8.00 (7.00-10.00)	36020.50	<0.001*
General sexuality	145.00 (118.00-162.50)	161.00 (147.00-169.00)	37837.00	<0.001*
Quality of Life				
Sensory Abilities	75.00 (56.25-87.50)	81.25 (75.00-93.75)	41629.00	<0.001*
Autonomy	56.25 (43.75-71.87)	75.00 (62.50-81.25)	38397.50	<0.001*
Past, present, and future activities	62.50 (43.75-68.75)	75.00 (62.50-81.25)	32466.50	<0.001*
Social participation	56.25 (43.75-68.75)	75.00 (62.50-81.25)	31925.50	<0.001*
Death and dying	62.50 (37.50-81.25)	75.00 (56.25-93.75)	42123.00	<0.001*
Intimacy	68.75 (50.00-75.00)	75.00 (75.00-87.50)	33293.00	<0.001*
General QoL	60.41 (52.08-68.75)	73.95 (67.70-82.29)	25500.50	<0.001*

* Statistical significance by Mann-Whitney U test ($p < 0.05$)

Source: Survey data.

In the measurement model, the latent QoL showed adequate factor loadings (>0.45) only for the domains Autonomy (DOM 2), Past, present, and future activities (DOM 3), Social participation (DOM 4) and Intimacy (DOM 6). The latent Sexuality (Sex), in turn, was adequately formed by the domains Sexual Act (EVASI1) and Affective Relationships (EVASI2). Together, these variables and the evaluation of the common mental disorder (CMD) composed the measurement model proposed here (Figure 1). It was possible to evidence the good fit of the model by evaluating the RMSEA (0.05 [95%CI 0.04-0.07]), TLI (0.956), CFI (0.982), and SRMR (0.04) adjustment indexes.

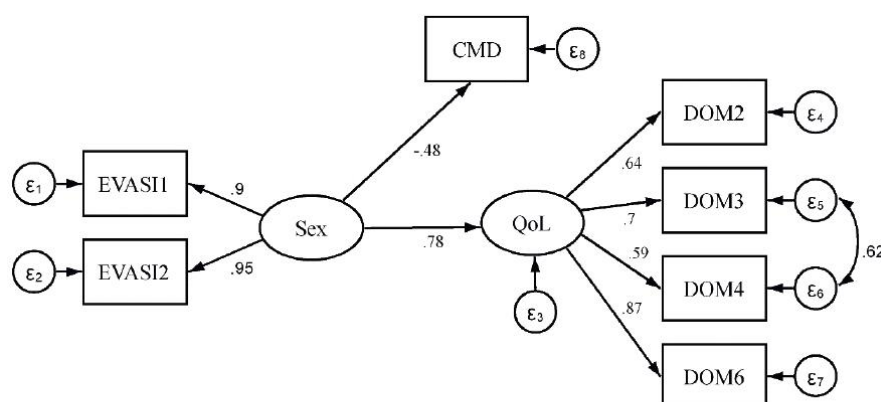


Figure 1 - Structural Equation Model for sexuality (Sex), quality of life (QoL) and common mental disorder (CMD). Ribeirão Preto, SP, Brazil, 2020

Source: Survey data

As for the effects evidenced, Table 3 shows that sexuality has a strong positive effect on QoL (SC=0.778 [95%CI=0.680-0.862] $p<0.001$), while the effect on common mental disorders is strong and negative (SC= -0.481 [95%CI= -0.540 - -0.421] $p<0.001$).

Table 3 - Standardized coefficients (SC) of structural equation modeling between sexuality, common mental disorders, and quality of life. Ribeirão Preto, SP, Brazil, 2020

	SC	CI95%	p
Measurement model			
DOM 2 ← QoL	0.636	0.583 – 0.689	<0.001
DOM 3 ← QoL	0.698	0.651 – 0.745	<0.001
DOM 4 ← QoL	0.590	0.534 – 0.645	<0.001
DOM 6 ← QoL	0.865	0.830 – 0.899	<0.001
EVASI 1 ← Sex	0.900	0.879 – 0.920	<0.001
EVASI 2 ← Sex	0.951	0.933 – 0.969	<0.001
Structural Model			
QoL ← Sex	0.778	0.680 – 0.862	<0.001
CMD ← Sex	-0.481	-0.540 – -0.421	<0.001

Source: Survey data.

DISCUSSION

The present study aimed at analyzing the effects of sexuality on the CMD and QoL of elderly people. It is noteworthy that the bio-sociodemographic characteristics of the participants draw attention to the divergence of most investigations developed with this public whose higher prevalence of participants is female^{4,15-16,19}, black/yellow and with low education⁴.

The prevalence of CMD was 30.8%, indicating a higher statistically significant proportion among females, the only bio-sociodemographic variable associated with CMD, which corroborates the literature^{4,26}. Moreover, it is noteworthy that this prevalence was higher than that found in a study developed in São Paulo (25.3%)²⁶, and lower than that of a study developed in Bahia (55.8%)⁴. This discrepancy can be justified, in part, by bio-sociodemographic differences, as well as variations in the cutoff point adopted for screening these disorders among the participants.

It was found that, regardless of the presence or absence of CMD, the elderly experienced more satisfactorily their sexuality in affective relationships in detriment of the sexual act as shown in Table 2. The affective relations dimension of the EVASI scale evaluates all the components which are inserted in the affective field of sexuality, such as friendship, love, pleasure in being with the spouse, companionship, complicity, affection, privacy, among others, which can indicate that the sexual act for the elderly is outside the main content of their experiences in sexuality¹⁶.

Therefore, based on a new perspective, it is inferred that sexuality is seen by the elderly not only to obtain pleasure, but also as a search for affection. Moreover, the intensity of sexual involvement may be replaced by an affective and emotional bond with the partner, including demonstrations of care, in which companionship assumes a prominent position in the relationship, and sexual life is placed in second place. However, it is worth pointing out that this evidence does not strengthen the stereotype of asexuality attributed to the elderly. The reduction of sexual frequency does not mean the finitude of sexual expression or desire. On the contrary, in the elderly there is a transformation of the sexual impulse that ceases to have a quantitative character and immerses itself in the qualitative aspects of involvement⁹.

This evidence corroborates an investigation¹⁵ developed with Cuban elderly people with stable sexual partnerships. In this study¹⁵, it was observed that 88.2% of the participants considered sexuality important in the elderly, 61.2% reported experiencing sexual activities one or more times a month and, in general, affirmed having desire and satisfaction during sexual relations. Finally, it is noteworthy that sexual inactivity in the elderly is often associated with the absence of a partner²⁷.

This is an important situation to consider during health consultations. This is because there is evidence that elderly people, especially women, tend not to engage in other relationships after widowhood and/or divorce. Thus, these people may not be enjoying the benefits of sexuality, especially for mental health, since the present study identified that sexuality had a strong negative effect on CMD as shown in Table 3.

This means that experiences in sexuality exerted effects on the reduction of CMD in the elderly. Therefore, sexuality can be considered one of the strategies for promoting the mental health of this population, corroborating what is recommended by the World Health Organization (WHO)¹, which highlights the need to improve the mental health of the elderly through active and healthy aging, as well as strategies that meet their needs. In this sense, among health professionals, nurses stand out for their care and educational actions, which can be carried out through nursing consultations, group activities, home visits, among other alternatives that promote the strengthening of bonds and mental health².

It is noteworthy that, in addition to mental health, the present study demonstrated that experiences in sexuality exerted effects that increased the QoL of the elderly. These results agree with an investigation²⁷ developed with Jewish elderly people, in which the frequency of sexual relations was established as a predictor variable of QoL. Another study²⁸ developed with English elderly people found that several dimensions used to evaluate sexual activity were statistically associated with well-being, especially the pleasure of living. Moreover, participants who reported having sexual intercourse in the year prior to the survey felt more pleasure in living when compared to those who were sexually inactive²⁸.

In this sense, another integrative review study¹⁰ identified that sexuality experiences have some health benefits for elderly people with dementia, such as a better perception of QoL and well-being. However, these results cannot be generalized due to the insufficient methodology of the studies selected for the review¹⁰. However, these results can be considered preliminary for further studies with greater methodological robustness.

Finally, it is ratified that the QoL and life satisfaction of the elderly also depend on affective and sexual experiences. However, society idealizes the right to sexuality only for young people, generating consequently the existing taboos around sexuality in the elderly²⁹ which, in turn, prevent the elderly from experiencing its benefits. Thus, it is informed that sexuality in the elderly should be considered a natural, pleasurable, and healthy experience that provides well-being to those involved. Therefore, one should advance knowledge on the subject, to face the stereotypes that are solidified in society⁹.

However, it is observed that the dialogue on sexuality between professionals and users of health services is insufficient, since 77.8% of participants in this study have never received guidance on sexuality from health professionals, as shown in Table 1. These results are like those found in other studies developed in Cuba¹⁵ and Israel²⁷, in which only 20% of Cuban respondents have received information about sexuality in the elderly¹⁵, and 88.2% of Israeli respondents do not ask health professionals about matters related to sexual life²⁷.

This reality may reflect feelings of shame and discomfort²⁷ that the subject still generates among people, especially among those who are not part of their social circle. Therefore, it is important that professionals strengthen the bonds with their users, so that moral barriers can be easily circumvented and, finally, sexuality can be effectively dialogued with interested elderly people.

It is noteworthy that older people with a high level of knowledge about sexuality have a better understanding of the physiological changes inherent to aging and face possible adversities that may arise on the subject with better efficiency, besides being more likely to seek help from health professionals. In this sense, one should think about educational programs aimed at elderly people and professionals, emphasizing the benefits of sexuality in the elderly, the current sexual behavior patterns, besides the biopsychosocial aspects involving the theme, always motivating them to seek help, should they need it²⁷.

Sexuality is intrinsic to the individual personality of human beings and changes every day, according to sexual experiences or not, configuring itself, therefore, as a natural and healthy process that is not limited to genitality or sexual component⁹. Therefore, health professionals can guide and encourage the elderly to experience sexuality in accordance with the proposal of active aging, which covers the theme in their care plans¹⁰, becoming a strategy that can be efficient in promoting QoL and mental health of the elderly.

It is noteworthy that this study presents some limitations. The first limitation to be considered is the non-probabilistic approach that opposes the generalization of the results. In addition, the authors recognize that, due to the recruitment of elderly people through the Internet and only in a single social network, the sample may have been limited. Finally, we mention the fact that only the Whoqol-Old was used to assess QL without considering a generic instrument such as the Whoqol-Bref or the Whoqol-100. However, it should be noted that there were logistical and methodological reasons for this choice.

CONCLUSION

Experiences in sexuality were found to have a strong positive effect on QoL, and a strong negative effect on CMD. This means that the quantitative and qualitative increase in sexuality experiences exerts strong effects on increasing QoL and reducing CMD in older persons. Furthermore, it was identified that better experiences in sexuality were associated with lower prevalence of CMD and better QoL among participants. Because a strong effect on the variables was identified, the clinical relevance of sexuality being worked on more frequently in health services was noted.

Professionals may develop and validate psychometric instruments on sexuality in the elderly that are feasible for application in primary health care regarding speed, reliability and practicality. This instrument may be incorporated as a standardized assessment of the elderly, to contemplate holistic care. It is then up to health managers to look at this issue as a factor in promoting mental health and QoL of the elderly, creating subsidies for the implementation of care protocols and ordering of the network to support the sexuality of this public.

Thus, society benefits from the insertion of a little explored theme in the care context. With this, there will be the weakening of existing prejudices, including among the elderly themselves who can freely enjoy the benefits that sexuality provides without prejudice and with greater access to information through trained health professionals. This approach will also reflect in a higher level of knowledge on the subject and, consequently, in greater adherence to preventive methods and reduction of sexually transmitted infections.

ACKNOWLEDGMENTS

This work was carried out with the support of the Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel - Brazil (CAPES) - Funding Code 001.

REFERENCES

01. World Health Organization. Mental health of older adults [Internet]. Geneva: World Health Organization. 2017 [acesso em 06 jun 2021]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/>.
02. Parreira BDM, Goulart BF, Haas VJ, Silva SR da, Monteiro JC dos S, Gomes-Sponholz FA. Common mental disorders and associated factors: a study of women from a rural area. *Rev esc enferm USP* [Internet]. 2017 [acesso em 12 jan 2021];51:e03225. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016033103225>.
03. Lopez AD, Murray CCJL. The global burden of disease, 1990-2020. *Nat Med* [Internet]. 1998 [acesso em 01 mar 2022];4(11):1241-3. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1038/3218>.
4. Silva PA dos S da, Rocha SV, Santos LB, Santos CA dos, Amorim CR, Vilela ABA. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados entre idosos de um município do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2018 [acesso em 20 jan 2021];23(2):639-46. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.12852016>.
05. Veras RP, Oliveira M. Aging in Brazil: the building of a healthcare model. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018 [acesso em 19 fev 2021];23(6):1929-36. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>.

06. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. [internet] Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005 [acesso em 01 mar 2022]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf.
07. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med [Internet]. 1995 [acesso em 01 fev 2022];41(10):1403–09. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K).
08. Campos MO, Rodrigues Neto JF. Qualidade de vida: um instrumento para promoção da saúde. Rev Baiana Saúde Pública [Internet] 2008 [acesso em 01 fev 2022];32(2):232-240. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-516006>.
09. Barros TAF, Assunção ALA de, Kabengele D do C. Sexualidade na terceira idade: sentimentos vivenciados e aspectos influenciadores. Ciências Biológicas e Saúde Unit [Internet]. 2020 [acesso em 02 jun 2021];6(1):47–62. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/fitbiossaude/article/view/6560>.
10. Souza Júnior EV de, Silva C dos S, Lapa PS, Trindade LES, Silva Filho BF da, Sawada NO. Influence of sexuality on the health of the elderly in process of dementia: integrative review. Aquichan [Internet]. 2020 [acesso em 19 fev 2021];20(1):e2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5294/aqui.2020.20.1.6>.
11. Malta S, Wallach I. Sexuality and ageing in palliative care environments? Breaking the (triple) taboo. Australas J Ageing [Internet]. 2020 [acesso em 19 fev 2021];39(Suppl 1):71–3. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ajag.12744>.
12. Merghati-Khoei E, Pirak A, Yazdkhasti M, Rezasoltani P. Sexuality and elderly with chronic diseases: a review of the existing literature. J Res Med Sci [Internet]. 2016 [acesso em 19 fev 2021];21:136. Disponível em: <https://doi.org/10.4103/1735-1995.196618>.
13. 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 [acesso em 15 maio 2021];3(1):407–15. Disponível em: <https://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/135>.
14. Bauer M, Fetherstonhaugh D, Tarzia L, Nay R, Beattie E. Apoiando a expressão da sexualidade dos residentes: a construção inicial de um instrumento de avaliação da sexualidade para instituições de acolhimento de idosos. BMC Geriatr [Internet]. 2014 [acesso em 02 fev 2022];14,82. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-82>.
15. Lobaina EC, Cortés JTA, Hechavarría G de los ÁP, González PF, Verdecia RR. Salud sexual en ancianos de un consultorio médico de la familia. MEDISAN [Internet]. 2017 [acesso em 19 fev 2021];21(7):858. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000700012&lng=es.
16. Vieira KFL. Sexualidade e qualidade de vida do idoso: desafios contemporâneos e repercussões psicossociais [Internet]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2012 [acesso em 19 fev 2021]. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/6908/1/arquivototal.pdf>.
17. Benbow SM, Beeston D. Sexuality, aging, and dementia. Int Psicogeriatr [internet]. 2012 [acesso em 02 fev 2022];24(7):1026-33. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S1041610212000257>.
18. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. Cad Saúde Pública [Internet]. 2008 [acesso em 25 mar 2021];24(2):380–90. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200017>.
19. Fleck MP, Chachamovich E, Trentini C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. Rev Saúde Publica [Internet]. 2006 [acesso em 25 mar 2021];40(5):785–91. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000600007>.
20. Scherrer Júnior G, Okuno MFP, Oliveira LM de, Barbosa DA, Alonso AC, Fram DS, Belasco AGS. Quality of life of institutionalized aged with and without symptoms of depression. Rev Bras Enferm

[Internet]. 2019 [acesso em 25 mar 2021];72(2):127–33. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0316>.

21. Wang J, Wang X. Structural equation modeling : applications using Mplus. United Kingdom: John Wiley & Sons; 2012.

22. Kline RB. Principles and Practice of Structural Equation Modeling. 3. ed. New York: The Guilford Press; 2012. 445 p.

23. Hu L-T, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. Struct Equ Modeling [Internet]. 1999 [acesso em 25 mar 2021];6(1):1–55. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>.

24. Browne MW, Cudeck R. Alternative ways of assessing model fit. Sociol Methods Res [Internet]. 1992 [acesso em 25 mar 2021];21(2):230–58. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0049124192021002005>.

25. Hooper D, Coughlan J, Muellen M. Articles MM. Structural equation modelling: guidelines for determining model fit. Electron J Bus Res Methods [internet]. 2008 [acesso em 25 mar 2021];6(1):53–60. Disponível em: <https://arrow.tudublin.ie/cgi/viewcontent.cgi?article=1001&context=buschmanart>.

26. Santos G de BV dos, Alves MCGP, Goldbaum M, Cesar CLG, Gianini RJ. Prevalence of common mental disorders and associated factors in urban residents of São Paulo, Brazil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2019 [acesso em 12 jan 2021];35(11):e00236318. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00236318>.

27. Even-Zohar A, Werner S. Older adults and sexuality in Israel: knowledge, attitudes, sexual activity and quality of life. J Aging Sci [Internet]. 2019 [acesso em 25 mar 2021];7(3):209. Disponível em: <https://www.longdom.org/open-access/older-adults-and-sexuality-in-israel-knowledge-attitudes-sexual-activity-and-quality-of-life.pdf>.

28. 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 [Internet]. 2019 [acesso em 25 mar 2021];7(1):11–8. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2018.11.001>.

29. Almeida T de, Lourenço ML. Envelhecimento, amor e sexualidade: utopia ou realidade? Rev bras geriatr gerontol [Internet]. 2007 [acesso em 02 fev 2022];10(1):101-114. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2007.10018>.

Received: 04/11/2021
Approved: 16/03/2022

Associate editor: Luciana Puchalski Kalinke

Corresponding author:

Leila Maria Marchi-Alves

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

E-mail: lmarchi@eerp.usp.br

Role of Authors:

Substantial contributions to the conception or design of the work; or the acquisition, analysis, or interpretation of data for the work - Souza Júnior EV de, Cruz DP, Siqueira LR, Sawada NO. Drafting the work or revising it critically for important intellectual content - Souza Júnior EV de, Siqueira LR, Silva Filho BF da, Cairo GM, Infante LBD, Sawada NO. Agreement to be accountable for all aspects of the work in ensuring that questions related to the accuracy or integrity of any part of the work are appropriately investigated and resolved - Souza Júnior EV de, Sawada NO. All authors approved the final version of the text.

ISSN 2176-9133



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

7.2 CAPÍTULO 2

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

Status: Publicado

Carta de aceite: Apêndice B

Periódico: Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)

Modelo de avaliação: Revisão por pares

Modelo de publicação: Acesso aberto

International Standard Serial Number (ISSN): Print: 0034-7167 / On-line: 1984-0446

Journal Citation Reports (JCR): 0,45


SCImago Journal & Country Rank (SJR): 0,274 (Q3) – última avaliação em 2020.

Indexação: Medline, Scopus, Pubmed, SciELO, dentre outras bases

Idiomas de publicação: Português e inglês

Citação: SOUZA JÚNIOR, Edison Vitório de Souza Júnior et al. Sexuality and its effects on older adults' depressive symptoms and quality of life. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.76, n.1, p.e20210645, 2023. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0645>

Propriedade intelectual

 Todo o conteúdo da REBEn, exceto onde identificado, é licenciado sob uma atribuição Creative Commons do tipo CC-BY 4.0. A licença pode ser acessada no seguinte link: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.en>

Esse capítulo foi construído em resposta aos seguintes tópicos:

HIPÓTESE: A sexualidade possui efeitos forte e negativo sob a sintomatologia depressiva em pessoas idosas

OBJETIVO: Analisar os efeitos das vivências em sexualidade sob os sintomas depressivos e qualidade de vida de pessoas idosas.

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

Sexualidade e seus efeitos na sintomatologia depressiva e qualidade de vida de pessoas idosas
La sexualidad y sus efectos sobre los síntomas depresivos y la calidad de vida de los ancianos

Edison Vitório de Souza Júnior^I

ORCID: 0000-0003-0457-0513

Diego Pires Cruz^{II}

ORCID: 0000-0001-9151-9294

Lais Reis Siqueira^{III}

ORCID: 0000-0002-6720-7642

Uanderson Silva Pirôpo^{IV}

ORCID: 0000-0002-4476-4315

Randson Souza Rosa^V

ORCID: 0000-0001-7093-0578

Benedito Fernandes da Silva Filho^{VI}

ORCID: 0000-0003-2464-9958

Namie Okino Sawada^{VII}

ORCID: 0000-0002-1874-3481

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

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

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

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

How to cite this article:

Souza Júnior EV, Cruz DP, Siqueira LR, Pirôpo US, Rosa RS, Silva Filho BF, et al. Sexuality and its effects on older adults' depressive symptoms and quality of life. Rev Bras Enferm. 2023;76(1):e20210645.

<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0645>

Corresponding author:

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



EDITOR IN CHIEF: Antonio José de Almeida Filho
 ASSOCIATE EDITOR: Fátima Helena Espírito Santo

Submission: 09-03-2021 **Approval:** 08-12-2022

ABSTRACT

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

Descriptors: Aged; Sexuality; Depression; Quality of Life; Health of the Elderly.

RESUMO

Objetivos: analisar os efeitos da sexualidade na sintomatologia depressiva e qualidade de vida de pessoas idosas. **Métodos:** estudo transversal e analítico, desenvolvido com 596 pessoas idosas, que preencheram quatro instrumentos para a coleta dos dados. Os dados foram analisados com o Teste de Kruskal-Wallis e a Modelagem de Equações Estruturais, com Intervalo de Confiança de 95%. **Resultados:** dentre as dimensões da sexualidade, somente as adversidades física e social exerceram efeitos estatisticamente significantes na sintomatologia depressiva ($CP=-0.095$; $p=0.003$), porém com fraca magnitude. Além disso, todas as dimensões da sexualidade exerceram efeitos estatisticamente significantes na qualidade de vida, sendo de fraca magnitude para o ato sexual ($CP=-0.171$; $p=0.010$) e para as adversidades física e social ($CP=-0.228$; $p<0.001$), e moderada magnitude para as relações afetivas ($CP=-0.474$; $p<0.001$). **Conclusões:** observaram-se efeitos de diferentes magnitudes entre as dimensões da sexualidade sob a sintomatologia depressiva e qualidade de vida dos participantes.

Descritores: Idoso; Sexualidade; Depressão; Qualidade de Vida; Saúde do Idoso.

RESUMEN

Objetivos: analizar los efectos de la sexualidad sobre los síntomas depresivos y la calidad de vida en ancianos. **Métodos:** estudio transversal y analítico, desarrollado con 596 ancianos, que cumplimentaron cuatro instrumentos para la recolección de datos. Los datos se analizaron mediante la prueba de Kruskal-Wallis y el modelado de ecuaciones estructurales, con un Intervalo de Confianza del 95%. **Resultados:** entre las dimensiones de la sexualidad, solo las adversidades físicas y sociales ejercieron efectos estadísticamente significativos sobre los síntomas depresivos ($CE=-0.095$; $p=0.003$), pero de baja magnitud. Además, todas las dimensiones de la sexualidad tuvieron efectos estadísticamente significativos sobre la calidad de vida, siendo de baja magnitud para el acto sexual ($CE=-0.171$; $p=0.010$) y para las adversidades físicas y sociales ($CE=-0.228$; $p<0.001$), y magnitud moderada para las relaciones afectivas ($CE=-0.474$; $p<0.001$). **Conclusiones:** se observaron efectos de diferente magnitud entre las dimensiones de la sexualidad sobre los síntomas depresivos y la calidad de vida de los participantes.

Descritores: Anciano; Sexualidad; Depresión; Calidad de Vida; Salud del Anciano.

INTRODUCTION

As older adults increase, there is also a substantial increase in diseases prevalent in old age, such as neurological-degenerative diseases and depression⁽¹⁾. Depression is directly related to increased morbidity and mortality, low therapeutic compliance and self-care deficit. Moreover, the disease substantially burdens health services and decreases the quality of life (QoL) of those affected, constituting an important public health problem, due to its undesirable outcomes in the individual and family contexts⁽²⁾.

The rate of diagnosis of depression in older adults is undersized. There are estimates that 50% of cases are not diagnosed by primary health care professionals, especially because symptoms are similar to senescence. Some symptoms mentioned are related to physical complaints, such as drowsiness, lack of appetite, fatigue and indisposition, which are often confused with the organic process of adaptation to aging⁽¹⁾.

Depression is a psychiatric condition characterized by reduced mood, whose etiology is especially related to the situation of loss and physiological and social role changes, commonly observed in old age. This is one of the most serious conditions, since 48.9% of older adults suffer from chronic diseases, and depression accounts for 9.2% of this estimate⁽¹⁾.

From this perspective, it is essential to implement new care strategies to significantly reduce cases of depression among older adults. The role of Primary Health Care (PHC) in activities that promote active and successful aging becomes evident, especially addressing issues about sexuality among older adults in the most diverse forms of individual and collective interaction, because it is pointed out that sexuality is part of their identity, social relationships and mental health⁽³⁾, in addition to affirming the desire to express it^(4,5).

Sexuality is a concept not reduced to sex, and can be understood as a construct characterized by multidimensionality, involving expressions of feelings, cognition and thoughts such as affection, caress, touch, embrace, intimacy, love and the sexual act itself⁽⁶⁻⁹⁾. It is, therefore, a natural experience that obeys an individual's own physiological impulses⁽¹⁰⁾.

The great challenge, however, in working on the sexuality of older adults, concerns the existence of judgments and constant surveillance by society, because it is erroneously disclosed that sexuality can only be experienced by young people, which ends up inhibiting older adults' identity, and their experiences become suppressed. As a consequence, the individual may have implications for mental health by not feeling socially able to have such an experience⁽¹¹⁻¹²⁾.

However, it is reported that the expression of sexuality begins from birth⁽¹³⁾ and continues to develop in old age⁽¹⁴⁾. It is a component considered a basic human need, essential for health⁽¹⁵⁾, well-being⁽¹³⁾ and QoL^(10,16). QoL is a term used to refer to individual perception in relation to the harmony existing between several aspects that structure a person's daily life, such as intrinsic and extrinsic factors that relate to lifestyle⁽¹⁷⁾. Due to the need to increase quality in the aging process, QoL has become an important health marker, capable of reorienting care practices⁽¹⁸⁾.

The World Health Organization (WHO) defines QoL as "an individual's perception of their position in life in the context of

the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns"⁽¹⁹⁾.

Given the above, the hypothesis of this study is that sexuality exerts strong and negative effects under depressive symptoms, and strong and positive effects under older adults' QoL. If this hypothesis is confirmed, sexuality may be one of the strategies capable of assisting in the management of QoL and cases of depression among older adults, thus emerging a new perspective of action of health professionals, especially in primary care.

OBJECTIVES

To analyze the effects of sexuality on depressive symptomatology and QoL of older adults.

METHODS

Ethical aspects

Considering the ethical aspects of scientific research, this study was submitted to the Research Ethics Committee of the *Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto at Universidade de São Paulo (EERP/USP)*, obtaining approval in 2020, in accordance with Resolution 466/2012 of the Brazilian National Health Council (CNS). It is noteworthy that all participants read and agreed with the Informed Consent Form (ICF), made available in full on the questionnaires' initial page. A copy of the ICF was sent in hidden mode to all informed emails, thus ensuring personal information anonymity.

Study design, period and site

This is a cross-sectional study, developed between July and October 2020. The study was developed exclusively online with participants from the five Brazilian regions: North, Northeast, Midwest, Southeast and South. There were no face-to-face meetings between researcher and participants.

Sample; inclusion and exclusion criteria

The sample size was defined, *a priori*, considering an infinite population, conservative proportion of 50%, confidence level of 95% ($z_{\alpha/2} = 1.96$) and margin of error of 5% ($\alpha=0.05$), which resulted in a sample of 385 participants. However, in order to remedy losses due to insufficient responses to the questionnaire, there was an increase of more than 50% ($n=211$), which resulted in a final sample size of 596 participants.

Participants were recruited according to consecutive non-probabilistic sampling. We included participants of both sexes, aged 60 years or over, married, in a stable relationship or with a steady partner, because the instrument on sexuality assesses constructs referring to the participant and their respective spouse⁽²⁰⁾, residing in any region of Brazil, with internet access and active account on Facebook.

We excluded older adults with functional dependence, hospitalized, residents in long-stay institutions or similar, and those living with some neurodegenerative pathology that made it impossible

to understand the instruments. This control was performed through four questions, as a form of screening, made available at the beginning of the page, in which the initial information of the study was provided. Only the older adults who denied all the questions asked participated in the study.

Study protocol

Data collection was carried out exclusively on Facebook, without face-to-face meetings. The invitation to participate was published on the Facebook page through a hyperlink that provided direct access to the study questionnaire. The questionnaire was built on Google Forms and is divided into four sections.

The first section was elaborated in order to trace the participants' biosociodemographic profile, with information such as age group, sex, marital status, religion, ethnicity, education, sexual orientation, orientation on sexuality by health professionals and geographic location.

The second section referred to collection of data on sexuality, which was assessed by the Elderly Affective and Sexual Experiences Scale (EVASI), built and validated in Brazil in 2012⁽²⁰⁾. It is a psychometric scale with 38 items and three dimensions: sexual act, affective relationships and physical and social adversity. EVASI responses are arranged in a Likert-type scale, ranging from 1 (never) to 5 points (always), and there is no cut-off point. The results are interpreted from the perspective that the highest score indicates a better experience of sexuality by older adults⁽²⁰⁾. It is noteworthy that the physical and social adversity dimension consists of negative issues and, therefore, there was an inversion of values so that all dimensions were in the same direction of analysis.

The third section referred to collection of information on depression screening through the Geriatric Depression Scale (GDS), validated in Brazil and composed of 15 questions⁽²¹⁾, whose score ranges from 0 to 15 points. Values of 5/6 (not case/case), which can be interpreted as follows, no symptoms (0 to 5 points), mild depressive symptoms (6 to 10 points) and severe depressive symptoms (11 to 15 points), were considered as cut-off points⁽²²⁾.

Finally, the fourth section was designed to assess participants' QoL, using a standardized instrument validated in Brazil called World Health Organization Quality of Life – Old (WHOQOL-Old)⁽²³⁾. It is a specific instrument for older adults, organized into 24 questions and six facets: sensory skills; autonomy; past, present and future activities; social participation; death and dying; and intimacy. The answers are structured in a Likert-type scale (1 to 5), and the total score varies between 24 and 100 points. This instrument does not have a cut-off point, and is interpreted as follows: the higher the score, the better the QoL and, conversely, the lower score indicates worse QoL.

In this study, a generic version of the QoL instrument was not used, given that, initially, participants showed resistance in joining the study, due to the excess of questions. Thus, it was decided to remove the WHOQOL-Bref instrument from the study, remaining only the WHOQOL-Old. The decision to continue the WHOQOL-Old was based on the EVASI validation study⁽²⁰⁾, in which the author found a strong correlation between these two instruments (0.64), revealing that the EVASI predicts 41% of the QoL assessed by the

WHOQOL-Old. Furthermore, the author found narrow confidence limits, with a sample slope between 0.24 and 0.33, $F(1.198)=11.74$ and $p\text{-value}<0.001$, considering an interval of 95%, which shows that the results were not due to sampling error⁽²⁰⁾.

It is worth noting that, due to the fact that older adults actively participate in social networks and have sufficient skills to handle electronic devices to access networks (laptop, computer, tablet and/or cell phone), a questionnaire to assess cognition was waived. Additionally, before participants had access to the questionnaire questions, they were required to include the email, in order to avoid multiple responses from the same participant.

Analysis of results, and statistics

Initially, data were transported to the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 25.0. Data distribution was analyzed using the Kolmogorov-Smirnov test, which showed non-normal distributions ($p<0.001$). Nominal variables were presented through absolute and relative frequencies, while numerical variables were presented through median and interquartile range (IQR).

Non-parametric statistics, represented by the Kruskal-Wallis H test, were used to compare participants' sexuality and QoL according to depressive symptom intensity. To analyze the effects of sexuality (independent variable) on depressive symptomatology and QoL (dependent variables), Structural Equation Modeling (SEM) was performed in the STATA statistical software. It is a method of analysis that allows investigating the plausibility of theoretical models capable of explaining relationships between several variables⁽²⁴⁾. In addition, although the present study is cross-sectional, the application of SEM allows the measurement of direct and indirect effects of one variable on the other⁽²⁵⁾.

In the proposed model, one latent variable with factor load indicators above 0.50 and four observed variables were included. Thus, the latent QoL was formed by the domains autonomy (DOM2), past, present and future activity (DOM3), social participation (DOM4) and intimacy (DOM6). Meanwhile, the observable variables were formed by the domains sexual act (EVASI1), effective relationships (EVASI2) and physical and social adversity (EVASI3), and by depressive symptomatology (GDS). The standardized coefficients (SC), along with their respective 95% Confidence Intervals (95% CI) were used for data interpretation, as recommended by Kline⁽²⁶⁾: small effect ($SC=0.10$); medium effect ($SC=0.30$) and strong effect ($SC>0.50$).

To certify the adequacy of the model, some adjustment indexes were used: the Comparative Fit Index (CFI) and the Tucker-Lewis Index (TLI), with values closer to 1, indicating a better fit⁽²⁵⁾; the Adjusted Goodness-of-Fit Index (AGFI) absolute fit index, ranging from 0 to 1, with values ≥ 0.90 indicate well-fitted models⁽²⁷⁾; a Standardized Root Mean Square Residual (SRMR), with values < 0.08 , indicating a good fit, and < 0.10 , an acceptable fit^(24,26); and the Root-Mean-Square Error of Approximation (RMSEA), with its 90% CI (90% CI), and the following interpretation: perfect fit ($RMSEA=0$); good fit ($RMSEA < 0.05$); moderate fit ($RMSEA=0.05-0.08$); mediocre fit ($RMSEA=0.08-0.10$); and inadequate fit ($RMSEA>0.10$)⁽²⁸⁾.

RESULTS

Table 1 shows the description of participants' biosociodemographic variables. There is a greater predominance of older men (66.1%), white (65.3%) with high school education (36.9%) and who have never received guidance on sexuality by health professionals (77.0%). Moreover, there was a higher prevalence of older adults without depressive symptoms (72.0%), followed by mild (19.1%) and severe (8.9%) symptoms.

Table 1 – Participants' biosociodemographic characteristics, Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil, 2020

Variáveis	n	%
Sex		
Male	394	66.1
Female	202	33.9
Age (years)		
60 - 64	295	49.5
65 - 69	188	31.5
70 - 74	80	13.4
75 - 79	28	4.7
≥ 80 years	5	0.8
Education		
Primary	51	8.6
Elementary school	107	18.0
High school	220	36.9
Higher education	218	36.6
Ethnicity		
White	389	65.3
Yellow	11	1.8
Black	30	5.0
Brown	151	25.3
Indigenous	5	0.8
Does not know	10	1.7
Religion		
Catholicism	291	48.8
Protestantism	85	14.3
Spiritism	73	12.2
African religion	11	1.8
Other	66	11.1
Without religion	70	11.7
Marital status		
Married	358	60.1
Stable union	120	20.1
With fixed partnership	118	19.8
Time living together		
≤5 years	116	19.5
Between 6 and 10 years	46	7.7
Between 11 and 15 years	60	10.1
Between 16 and 20 years	35	5.9
> 20 years	339	56.9
Living with children		
Yes	188	31.5
No	382	64.1
No children	26	4.4
Received sexual orientation		
Yes	137	23.0
Never	459	77.0
Sexual orientation		
Heterosexual	515	86.4
Homosexual	19	3.2
Bisexual	8	1.3
Others	54	9.1
Brazil region		
Northeast	131	22.0
Midwest	78	13.1
Southeast	264	44.3
South	123	20.6

Table 2 shows that older adults without depressive symptoms better experience their sexuality when compared to those with mild and severe symptoms. It is also observed that, for older adults without depressive symptoms, the sexual act and affective relationships presented similar scores, indicating that the experiences in these dimensions are equivalent. Otherwise, older adults with severe depressive symptoms had better experience in sexuality in the sexual act to the detriment of affective relationships.

Regarding QoL, it is observed that, regardless of the presence or absence of depressive symptoms, the best QoL was evidenced in the sensory abilities facet. Finally, in general, it was observed that older adults without depressive symptoms had better experience in sexuality and better QoL in all dimensions assessed, with statistically significant differences.

In the measurement model, the latent QoL showed adequate factor loadings (>0.5) for all domains, except for sensory abilities (DOM1) and death and dying (DOM5). The latent QoL, together with sexuality and depressive symptomatology assessment, composed the proposed structural model (Figure 1). It was possible to show a good fit of the model by assessing the RMSEA (0.09 [95%CI 0.07-0.11]), TLI (0.930), CFI (0.964) and SRMR (0.03) indexes.

It is noted that between the domains of sexuality and depressive symptoms, the direct effects were weak and not significant for EVASI1 (SC=0.024; 95%CI= -0.119 – 0.072; p=0.684) and EVASI2 (SC=0.042; 95%CI= -0.062 – 0.146; p=0.505), being significant only for EVASI3 (SC=-0.095; 95%CI=-0.147 – -0.043; p=0.003), but with low magnitude, according to Table 3.

With regard to the direct effects on QoL, they were weak and positive for EVASI1 (SC=0.171; 95%CI= 0.061 – 0.280; p=0.010) and EVASI3 (SC=0.228; 95%CI=0.170 – 0.286; p< 0.001), and moderate for EVASI2 (SC=0.474; 95%CI=0.366 – 0.583; p<0.001).

When considering the indirect effects of sexuality (i.e., mediated by QoL), it is noted that they significantly reduce depressive symptomatology (i.e., mediated by QoL), being of low magnitude for EVASI1 (SC= -0.128; 95%CI= -0.210 – -0.046; p=0.011) and EVASI3 (SC= -0.171; 95%CI -0.219 – -0.122; p<0.001), and moderate magnitude for EVASI2 (SC= -0.355. 95%CI= -0.450 – -0.261; p<0.001), according to Table 3.

DISCUSSION

Although this study was developed with older adults residing throughout the Brazilian territory, peculiar biosociodemographic characteristics were observed that are not the reality of most Brazilian older population, such as people with high schooling, white people and with access to the internet.

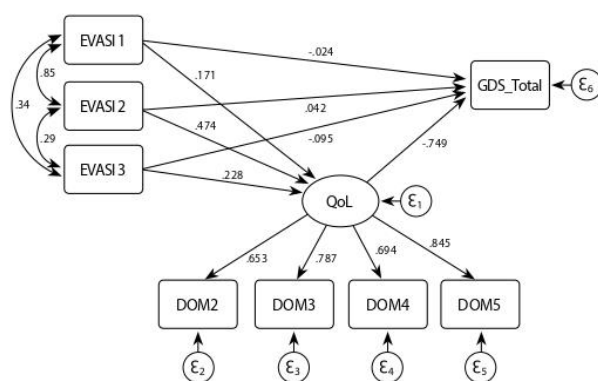
Moreover, the fact that the participants of this study were predominantly male (66.1%) and with high educational level, considering high school and higher education (73.5%), differs from other investigations developed with the same public, in which there is a higher prevalence of female older adults with low education⁽¹⁻²⁾.

Regarding the prevalence of depressive symptoms, the results revealed here are similar to other studies⁽¹⁻²⁾, with prevalence of older adults without depressive symptoms assessed with the same psychometric instrument. This is an exultant result, given that, in the present investigation, older adults without depressive symptoms had better experiences in sexuality and better QoL in all dimensions assessed, when compared to those with that condition, as shown in Table 2.

Table 2 – Comparison of sexuality and quality of life of older adults according to depressive symptoms, Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil, 2020

Variables	Depressive Symptomatology			H	p value
	Absent Median (IQR)	Mild Median (IQR)	Severe Median (IQR)		
Sexuality					
SA	76.00 (67.00 – 81.50)	62.00 (54.25 – 72.25)	58.00 (44.00 – 65.00)	112.863	<0.001*
AR	76.00 (67.00 – 82.00)	63.00 (55.00 – 71.25)	56.00 (42.50 – 66.00)	115.808	<0.001*
PSA	9.00 (8.50 – 11.00)	8.00 (7.00 – 11.00)	7.00 (5.00 – 9.00)	53.745	<0.001*
GS	159.00 (142.50 – 169.00)	134.50 (114.00 – 150.00)	122.00 (95.50 – 136.50)	111.817	<0.001*
Quality of life					
SS	81.25 (68.75-93.75)	75.00 (56.25-87.50)	68.75 (43.75-81.25)	32.570	<0.001*
AUT	75.00 (62.50-81.25)	62.50 (50.00-68.75)	50.00 (34.37-62.50)	111.409	<0.001*
PPFA	75.00 (62.50-81.25)	50.00 (37.50-62.50)	31.25 (25.00-43.75)	173.166	<0.001*
SP	75.00 (56.25-81.25)	50.00 (37.50-62.50)	37.50 (21.87-50.00)	155.368	<0.001*
DD	75.00 (50.00-87.50)	56.25 (31.25-75.00)	50.00 (25.00-68.75)	44.550	<0.001*
INT	75.00 (68.75-87.50)	56.25 (37.50-75.00)	37.50 (25.00-46.87)	168.229	<0.001*
GQoL	71.87 (64.06-80.20)	56.25 (50.00-62.50)	44.79 (38.02-51.56)	220.436	<0.001*

*Statistical significance by the Kruskal-Wallis H test ($p < 0.05$); IQR – interquartile range; SA – sexual act; AR – affective relationships; PSA – physical and social adversities; SS – sensory skills; AUT – autonomy; PPFA – past, present and future activities; SP – social participation; DD – death and dying; INT – intimacy; GQoL – general quality of life.



EVASI – Elderly Affective and Sexual Experience Scale; QoL – quality of life; GDS – Geriatric Depression Scale.

Figure 1 – Structural equation model for sexuality (EVASI1, EVASI2, EVASI3), quality of life and depressive symptomatology of older adults, Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil, 2020**Table 3** – Standardized coefficients of structural equation modeling between sexuality, depressive symptoms and quality of life

	SC	95%CI	p
Measurement model			
DOM 2 ← QoL	0.653	0.604 – 0.703	<0.001
DOM 3 ← QoL	0.787	0.750 – 0.824	<0.001
DOM 4 ← QoL	0.694	0.646 – 0.742	<0.001
DOM 6 ← QoL	0.845	0.816 – 0.874	<0.001
Structural model			
Direct effects			
EVASI1 → GDS	-0.024	-0.119 – 0.072	0.684
EVASI2 → GDS	0.042	-0.062 – 0.146	0.505
EVASI3 → GDS	-0.095	-0.147 – -0.043	0.003
EVASI1 → QoL	0.171	0.061 – 0.280	0.010
EVASI2 → QoL	0.474	0.366 – 0.583	<0.001
EVASI3 → QoL	0.228	0.170 – 0.286	<0.001
QoL → GDS	-0.749	-0.826 – -0.672	<0.001
Indirect effects			
EVASI1 → QoL → GDS	-0.128	-0.210 – -0.046	0.011
EVASI2 → QoL → GDS	-0.355	-0.450 – -0.261	<0.001
EVASI3 → QoL → GDS	-0.171	-0.219 – -0.122	<0.001

SC – standardized coefficients; 95%CI – 95% Confidence Interval; EVASI – Elderly Affective and Sexual Experience Scale; QoL – quality of life; GDS – Geriatric Depression Scale.

In fact, the literature shows that depression is responsible for increased morbidity and mortality and a significant reduction in the QoL of those affected, also contributing to the worsening of existing pathologies, further increasing the risk of death and morbidity⁽¹⁾. Moreover, according to the results of a study⁽²⁹⁾ developed with older adults, the absence of depressive symptoms was associated with greater knowledge about sexuality in aging, which may indicate the existence of an inverse relationship between these two constructs.

Another relevant finding was that, in the present study, older adults without depressive symptoms had similar scores in sexual and affective experiences, indicating equivalence in these two dimensions, contrary to other studies^(20,30), in which they reveal that affective relationships assume a prominent role in the relationship, while the sexual act takes a secondary position.

However, this evidence does not corroborate the erroneous thought that older adults are asexual and/or do not have sexual desires, since the literature^(8,16) states that sexual desires remain in old age and that older adults continue to engage in sexual activities, even if with reduced frequency.

Our results also corroborate this evidence, revealing that experiences in sexuality exerted effects on the proposed outcomes, especially on QoL, in which all sexuality dimensions exerted effects of increasing participants' QoL.

In relation to depressive symptomatology, it suffered a weak effect only from the physical and social adversities of sexuality dimension. It is a dimension that assesses whether older adults perceive their health as an obstacle to sexual experiences, whether there is discomfort with the changes resulting from aging and whether they are afraid of being victims of prejudice, due to decision-making to experience their sexuality⁽²⁰⁾.

The study that is closest to the results found here was developed with adult women using a case-control methodology, in which an inversely proportional and statistically significant correlation was observed between participants' depressive symptoms and sexuality⁽³¹⁾. However, as the investigated public differs from our sample, it is not possible to make a rigid comparison with our results, although the literature lacks studies that investigate the relationship between these constructs.

On the other hand, it was observed that older adults with severe depressive symptoms had better experience in sexuality

in the sexual act to the detriment of affective relationships, as shown in Table 2. This result may be explained, in part, due to the greater severity of the depressive symptoms present that may be interfering with greater impact on aspects of mood and feelings, making the sexual act dimension more evident.

Although society is currently more adapted to changes in paradigms related to sexuality, it is noticeable that a portion of society still finds it difficult to assess it as something healthy and part of human existence. The fact is that talking about sexuality still causes discomfort and modesty, especially among older adults who show avoidant behavior to discuss their experiences⁽²⁹⁾. This evidence corroborates the results of the present study, in which 77.0% of participants never received guidance on sexuality from health professionals. Another study⁽³²⁾, developed with older women, identified the same problem: the fear of talking about sexuality, often due to the restrictive education to which they were subjected.

Therefore, it is important that there is greater coverage and qualification of health consultations to older adults⁽¹⁾. It is noteworthy that PHC is a guiding strategy of the care process, contributing significantly to promoting active aging and autonomy for older adults⁽²⁾, and sexuality is an intrinsic component to the human being to be enjoyed freely and without prejudice or obstacles.

Study limitations

Participants' biosociodemographic characteristics are one of the limitations, as they do not represent the majority of Brazilian older adults. Furthermore, it is mentioned that the sample may have been considerably limited, given that data collection occurred in only a single social network and with older adults with internet access, which requires caution in comparing our results with other studies.

Contributions to nursing

This study contributes significantly to nursing practice. The originality of the theme is noted, being the first investigation

that tries to understand the effects of experiences in sexuality in the face of older adults' depressive symptoms and QoL. Thus, it is encouraged that more nurses, especially those who work in PHC, develop studies with more robust methodologies so that they can somehow elucidate these effects and identify possible causality between the variables.

In loco studies can also be articulated with specialists in the subject for the development of standardized and statistically reliable instruments, feasible for application in PHC, without compromising the flow of care. Considering the wide field of work of nurses and the growing commitment to scientific production, they become an important professional in creating strategies to promote sexual health and sexuality for older adults, especially in PHC, considered the gateway to health services and the communication center for the entire health network.

CONCLUSIONS

It was found that sexuality dimensions exerted effects of different magnitudes on participants' depressive symptoms and QoL, but without causal relationships, given that the present study is cross-sectional. In this sense, the present study can be considered an initial milestone for health professionals to recognize the benefits of sexuality in old age and start working with it more frequently in health services.

SUPPLEMENTARY MATERIAL

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

CONTRIBUTIONS

Souza Júnior EV contributed to the conception or design of the study/research. Souza Júnior EV, Cruz DP, Siqueira LR, Pirôpo US and Sawada NO contributed to the analysis and/or interpretation of data. Souza Júnior EV, Cruz DP, Siqueira LR, Pirôpo US, Rosa RS, Silva Filho BF and Sawada NO contributed to the final review with critical and intellectual participation in the manuscript.

REFERENCES

1. Sousa KA, Freitas FFQ, Castro AP, Oliveira CDB, Almeida AAB, Sousa KA. Prevalence of depression symptoms in elderly people assisted by the family health strategy. *Rev Min Enferm.* 2017;21:e1018. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20170028>
2. Abrantes GG, Souza GG, Cunha NM, Rocha HNB, Silva AO, Vasconcelos SC. Depressive symptoms in older adults in basic health care. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2019;22(4):e190023. <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190023>
3. Joy M, Weiss KJ. Consent for intimacy among persons with neurocognitive impairment. *J Am Acad Psychiatry Law.* 2018;46:286-94. <https://doi.org/10.29158/JAAPL003763-18>
4. Rocha BLD, Bezerra PCDL, Monteiro GTR. Prevalence of depressive symptoms and associated factors in older people from Primary Health Care Units in Rio Branco, Acre. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2021;24(3):e210034. <https://doi.org/10.1590/1981-22562021024.210034>
5. Mencía ST, Rodríguez-Martín B. Percepciones de la sexualidad en personas mayores: una revisión sistemática de estudios cualitativos. *Rev Esp Salud Pública [Internet].* 2019 [cited 2021 Mar 2];93:e201909059. Available from: https://www.mscols.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL93/REVISIONES/RS93C_201909059.pdf
6. Gaspar VS, Brito JHS, Nascimento DEM. Saúde sexual na terceira idade: o desafio de compreender as vivências. *Braz J Health Rev.* 2020;3(5):13109-25. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n5-141>

7. Nóbrega TMA, Vasconcelos SC, Beserra PJF, Bittencourt GKGD, Nóbrega MML. Impact of sexuality in the life of the elderly person: integrative review. *Int J Dev Res* [Internet]. 2017 [cited 2020 Nov 7];7(10):16124–32. Available from: <https://www.journalijdr.com/impact-sexuality-life-elderly-person-integrative-review>
8. Lobaina EC, Cortés JTA, Hechavarría GÁP, González PF, Verdecia RR. Salud sexual en ancianos de un consultorio médico de la familia. *MEDISAN* [Internet]. 2017 [cited 2020 Nov 6];21(7):858. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000700012&lng=es
9. Soares KG, Meneghel SN. The silenced sexuality in dependent older adults. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2021;26(1):129-36. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.30772020>
10. Gatti MC, Pinto MJC. Velhice ativa: a vivência afetivo-sexual da pessoa idosa. *Vínculo*. 2019;16(2):103-59. <https://doi.org/10.32467/issn.19982-1492v16n2p133-159>
11. Silva NCM, Storti LB, Lima GS, Reis RK, Araújo TF, Kusumota L. Sexuality and assessment of physical and psychological symptoms of older adults in outpatient care. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(Suppl 2):e20200998. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0998>
12. Souza Júnior EV, Silva CS, Lapa PS, Trindade LES, Silva Filho BF, Sawada NO. Influence of sexuality on the health of the elderly in process of dementia: Integrative review. *Aquichan*. 2020;20(1):e2016. <https://doi.org/10.5294/aqui.2020.20.1.6>
13. Eymann A, Baquero F, Bellomo MM, Busaniche J, Usandivaras I, Catsicaric C, et al. Before and after assessment of a sexuality workshop in high-school students. *Arch Argent Pediatr*. 2019;117(5):e477–84. <https://doi.org/10.5546/aap.2019.eng.e477>
14. Araújo LF, Carlos KPT. Sexualidade na velhice: um estudo sobre o envelhecimento LGBT. *Psicol Conoc Soc* [Internet]. 2018 [cited 2021 Jun 24];8(1):218–37. Available from: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/pcs/v8n1/1688-7026-pcs-8-01-188.pdf>
15. Waite LJ, Iveniuk J, Laumann EO, McClintock MK. Sexuality in older couples: individual and dyadic characteristics. *Arch Sex Behav*. 2017;46:605–18. <https://doi.org/10.1007/s10508-015-0651-9>
16. Even-Zohar A, Werner S. Older adults and sexuality in israel: knowledge, attitudes, sexual activity and quality of life. *J Aging Sci*. 2019;7(3):209. <https://doi.org/10.35248/2329-8847.19.7.209>
17. Anversa AB, Mantovi D, Antunes M, Codonhato R, Oliveira DV. Quality of life and body image of women practicing strength training and gymnastics. *Psicol Saúde Doença*. 2019;20(1):149–59. <https://doi.org/10.15309/19psd200112>
18. Almeida-Brasil CC, Silveira MR, Silva KR, Lima MG, Faria CDCM, Cardoso CL, et al. Quality of life and associated characteristics: application of WHOQOL-BREF in the context of Primary Health Care. *Cienc Saúde Colet*. 2017;22(5):1705–16. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.20362015>
19. The Whoqol Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med*. 1998;46(12):1569–85. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(98\)00009-4](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(98)00009-4)
20. Vieira KFL. Sexualidade e qualidade de vida do idoso: desafios contemporâneos e repercussões psicossociais [Tese] [Internet]. [João Pessoa]: Universidade Federal da Paraíba; 2012 [cited 2020 Oct 22]. Available from: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/6908/1/arquivototal.pdf>
21. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr*. 1999;57(2B):421–6. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1999000300013>
22. Melo LA, Andrade L, Silva HRO, Zazzetta MS, Santos-Orlandi AA, Orlandi FS. Frailty, depressive symptoms, and quality of life: A study with institutionalized older people. *Rev Baiana Enferm*. 2018;32(e26340). <https://doi.org/10.18471/rbe.v32.26340>
23. Fleck MP, Chachamovich E, Trentini C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(5):785–91. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000600007>
24. Hu L, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Struct Equ Model A Multidiscip J*. 1999;6(1):1–55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
25. Wang J, Wang X. *Structural equation modeling: applications using Mplus*. United Kingdom: John Wiley & Sons; 2012.
26. Kline RB. *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. 3rd ed. New York: The Guilford Press; 2012. 445 p.
27. Hooper D, Coughlan J, Mullen M. *Structural Equation Modelling: Guidelines for Determining Model Fit*. *Electron J Bus Res Methods*. 2008;6(1):53–60. <https://doi.org/10.21427/D7CF7R>
28. Browne MW, Cudeck R. Alternative Ways of Assessing Model Fit. *Sociol Methods Res*. 1992;21(2):230–58. <https://doi.org/10.1177/0049124192021002005>
29. Aguiar RB, Leal MCC, Marques APO. Knowledge and attitudes about sexuality in the elderly with HIV. *Ciênc Saúde Colet*. 2020;25(6):2051–62. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020256.18432018>
30. Barros TAF, Assunção ALA, Kabengele DC. Sexualidade na terceira idade: sentimentos vivenciados e aspectos influenciadores. *Ciênc Biol Saúde Unit* [Internet]. 2020 [cited 2021 Jul 10];6(1):47–62. Available from: <https://periodicos.set.edu.br/fitbiossaude/article/view/6560>
31. Rexelius N, Lindgren A, Torstensson T, Kristiansson P, Turkmen S. Sexuality and mood changes in women with persistent pelvic girdle pain after childbirth: a case-control study. *BMC Womens Health*. 2020;20:201. <https://doi.org/10.1186/s12905-020-01058-7>
32. Souza CL, Gomes VS, Silva RL, Santos ES, Alves JP, Santos NR, et al. Aging, sexuality and nursing care: the elderly woman's look. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(supl 2):71-8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0015>

7.3 CAPÍTULO 3

Título: Effects of sexuality experiences on older adults' self-esteem and quality of life

Status: Publicado

Carta de aceite: Apêndice C

Periódico: Escola Anna Nery Revista de Enfermagem (EAN)

Modelo de avaliação: Revisão por pares

Modelo de publicação: Acesso aberto

International Standard Serial Number (ISSN): Print: 1414-8145 / On-line: 2177-9465

Journal Citation Reports (JCR): Não possui


SCImago Journal & Country Rank (SJR): 0,274 (Q3) – última avaliação em 2020.

Indexação: Scopus, SciELO, dentre outras bases

Idiomas de publicação: Português e inglês

Citação: SOUZA JÚNIOR, Edison Vitório de Souza Júnior et al. Effects of sexuality experiences on older adults' self-esteem and quality of life. **Escola Anna Nery**, v.26, p. e20210469, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0469en>

Propriedade intelectual

 Todo o conteúdo do periódico Escola Anna Nery Revista de Enfermagem está licenciado sob uma Licença Creative Commons do tipo Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0). A licença pode ser acessada no seguinte link: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>

Esse capítulo foi construído em resposta aos seguintes tópicos:

HIPÓTESE: A sexualidade possui efeitos forte e positivo sob a autoestima de pessoas idosas

OBJETIVO: Analisar os efeitos das vivências em sexualidade sob a autoestima e qualidade de vida de pessoas idosas.



Effects of sexuality experiences on older adults' self-esteem and quality of life

Efeitos das vivências em sexualidade na autoestima e na qualidade de vida de pessoas idosas
Efectos de las experiencias de sexualidad en la autoestima y la calidad de vida de las personas mayores

Edison Vitório de Souza Júnior¹

Diego Pires Cruz²

Benedito Fernandes da Silva Filho²

Lucas Dias Brito Infante²

Randson Souza Rosa²

Cristiane dos Santos Silva²

Lais Reis Siqueira²

Namie Okino Sawada²

1. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

2. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié, BA, Brasil.

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

ABSTRACT

Objective: to analyze the effects of sexuality on older adults' self-esteem and quality of life. **Method:** a cross-sectional, web survey, analytical and observational study developed with 519 aged individuals, who filled out four instruments for data collection. The participants were recruited using a non-probability convenience sampling technique. The analysis was performed using the Mann-Whitney test, Spearman's correlation and Structural Equation Modeling, with a 95% confidence interval. **Results:** among the sexuality dimensions, the sexual act had a weak effect on self-esteem (SC=0.186; p=0.007) and moderate on quality of life (SC=0.326; p<0.001). The affective relationships dimension had a weak effect both on self-esteem (SC=0.204; p=0.006) and on quality of life (SC=0.186; p=0.03). Finally, the physical and social adversity dimension had a moderate effect both on self-esteem (SC=0.276; p<0.001) and quality of life (SC=0.358; p<0.001). **Conclusion:** it was found that all the sexuality dimensions exerted positive and significant effects on the participants' self-esteem and quality of life.

Keywords: Geriatric Nursing; Sexuality; Mental Health; Older Adults' Health; Quality of Life.

RESUMO

Objetivo: analisar os efeitos da sexualidade na autoestima e na qualidade de vida de pessoas idosas. **Método:** estudo transversal, *web survey*, analítico e observacional desenvolvido com 519 pessoas idosas, as quais preencheram quatro instrumentos para a coleta dos dados. Os participantes foram recrutados conforme a técnica de amostragem não probabilística por conveniência. A análise foi realizada com o teste de *Mann-Whitney*, Correlação de *Spearman* e Modelagem de Equações Estruturais, com intervalo de confiança de 95%. **Resultados:** dentre as dimensões da sexualidade, o ato sexual exerceu efeito fraco sob a autoestima (CP=0,186; p=0,007) e moderado sob a qualidade de vida (CP=0,326; p<0,001). Já a dimensão das relações afetivas exerceu efeito fraco sobre a autoestima (CP=0,204; p=0,006) e fraco sob a qualidade de vida (CP=0,186; p=0,03). Por fim, a dimensão das adversidades física e social exerceu efeito moderado sob a autoestima (CP=0,276; p<0,001) e moderado sob a qualidade de vida (CP=0,358; p<0,001). **Conclusão:** constatou-se que todas as dimensões da sexualidade exerceram efeitos positivos e significativos sob a autoestima e sob a qualidade de vida dos participantes.

Palavras-chave: Enfermagem Geriátrica; Sexualidade; Saúde Mental; Saúde do Idoso; Qualidade de Vida.

RESUMEN

Objetivo: analizar los efectos de la sexualidad sobre la autoestima y la calidad de vida de las personas mayores. **Método:** estudio transversal, de tipo encuesta web, analítico y observacional desarrollado con 519 personas mayores, quienes completaron cuatro instrumentos para la recolección de datos. Los participantes fueron reclutados mediante técnica de muestreo no probabilístico por conveniencia. El análisis se realizó por medio de la prueba de *Mann-Whitney*, correlación de *Spearman* y modelado de ecuaciones estructurales, con un intervalo de confianza del 95%. **Resultados:** entre las dimensiones de la sexualidad, el acto sexual tuvo un efecto débil en la autoestima (CE=0.186; p=0.007) y moderado en la calidad de vida (CE=0.326; p<0.001). La dimensión de relaciones afectivas tuvo un efecto débil sobre la autoestima (CE=0,204; p=0,006) y débil sobre la calidad de vida (CE=0,186; p=0,03). Finalmente, la dimensión de adversidad física y social tuvo un efecto moderado en la autoestima (CE=0.276; p<0.001) y un efecto moderado en la calidad de vida (CE=0.358; p<0.001). **Conclusión:** se encontró que todas las dimensiones de la sexualidad tuvieron efectos positivos y significativos sobre la autoestima y la calidad de vida de las participantes.

Palabras clave: Enfermería Geriátrica; Sexualidad; Salud Mental; Salud de la Persona Mayor; Calidad de Vida.

Corresponding author:

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

Submitted on 12/13/2021.
 Accepted on 04/19/2022.

DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0469en>

Effects of older adults' sexuality

Souza Júnior EV, Cruz DP, Silva Filho BF, Infante LDB, Rosa RS, Silva CS, Siqueira LR, Sawada NO

INTRODUCTION

Sexuality surpasses the understanding of an involvement only of physical and bodily aspects.¹ It is an important life component that values quantitative and qualitative demonstrations such as touch, love, affection, intimacy and, companionship, among others, with the sexual practice itself included in this large group.²

Sexuality is considered a source of pleasure and there is no scientific evidence that makes its experiences impossible for older adults,³ although there are strong prejudices, myths and taboos in a society that considers old age as an asexual phase.^{4,5} In this sense, in order to seek new health promotion strategies, there is an approach to sexuality during health consultations that is little discussed with this population segment and can promote positive effects on older adults' self-esteem and quality of life (QoL).

Self-esteem is defined as a set of feelings and thoughts of each individual regarding their own confidence, competence, value and adequacy, in addition to the ability to face challenges. These characteristics are reflected in a positive or negative attitude towards oneself. Therefore, it is an important factor that influences the way the individual feels, perceives and responds to the world. Self-esteem relates to individual life-long experiences, especially those related to appreciation, affection, love, success or failure.⁶

It is reported that self-esteem is an indispensable component for emotional survival. In addition, due to the ability of self-esteem to influence affective, social and psychological aspects, it is considered an important mental health indicator.⁷

Regarding QoL, it is a subjective component of well-being.⁸ The World Health Organization (WHO) defines it as "the individual's perception of their position in life, in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their objectives, expectations, standards and concerns".^{9:1570}

The literature lacks studies that investigate the effects of sexuality on older adults' self-esteem and QoL, prevailing research studies with an exclusive focus on sexual aspects that contribute few reflections to the objective herein proposed. The current research that is closest to our results was published in 2021¹⁰ using the same instruments that will be employed in this study. The authors¹⁰ aimed at analyzing the association between older adults' sexuality and QoL and found positive and statistically significant correlations between all dimensions of sexuality and QoL, suggesting that these two variables have directly proportional behaviors. However, the analysis performed was not of effects, but of correlation.

Thus, our study proposes to add self-esteem and QoL as unprecedented variables to be tested in the analysis of effects of sexuality. In this perspective, our hypothesis is that experiences in sexuality exert strong and positive effects on older adults' self-esteem and QoL, so that the relationship between these variables is directly proportional. If there is statistical confirmation, this study may reorient new health care practices for aged individuals with a focus on health promotion and protection, especially in the Family Health Strategy, stimulating sexuality as a self-esteem and QoL factor. Therefore, our objective was to analyze the effects of sexuality on older adults' self-esteem and QoL.

METHODS**Type of study**

This is a cross-sectional,¹¹ analytical and observational study of the web survey type designed according to the STROBE quality checklist.

Scenario

The study scenario comprised all five Brazilian federative units: North, Northeast, Midwest, Southeast and South.

Sample definition

Sample calculation for this study considered an infinite population, conservative proportion of 50%, sampling error of 5% ($\alpha=0.05$) and 95% confidence level ($z\alpha/2=1.96$), which totaled a sample of 385 participants. However, due to the possibility of losses due to insufficient filling out, there was an increase of more than 30% ($n=134$), therefore totaling 519 participants who were recruited according to the non-probabilistic sampling technique for convenience.

The inclusion criteria adopted were as follows: older adults aged 60 years old or more, of both genders (male and female), married, in a stable union or with a stable partner, due to the peculiarity of the sexuality instrument considering individual experiences and in relation to the spouse;¹¹ having access to the Internet and an active account on the Facebook Social Network.

The exclusion criteria were hospitalized older adults living in long-term institutions or similar, with functional dependence and neurodegenerative pathologies that made it impossible to understand the instruments, screened by means of four dichotomous questions (yes/no) at the beginning of the questionnaire. The participants who answered no to all questions regarding screening of the exclusion criteria were considered fit.

It is noteworthy that, as these are older adults with satisfactory skills to actively participate in social networks through technological resources such as tablets, smartphones and computers, among others, no instruments to assess cognition were applied.

Data collection

Data collection took place entirely online with the participation of 519 older adults between July and October 2020. The researchers created a page on the Facebook Social Network in order to disseminate relevant information on public and older adults' health that contribute to promoting health and QoL in this age group, including the aspects related to sexuality. The page is in the public domain and anyone can access and share the content published. The posting boost feature was used, in which Facebook expands dissemination of the research to the entire Brazilian territory.

On this page, there was publication of a personalized invitation containing the title of the research, inclusion criteria, contact data (telephone number and email address), responsible researchers and institution, as well as a hyperlink that gave direct access to the research questionnaire. This questionnaire was organized by

means of the Google Forms tool and divided into four assessment surveys: biosociodemographic, sexuality, self-esteem and QoL.

The biosociodemographic survey was built through a script prepared by the researchers themselves in order to draw the participants' profile. Initially, the Informed Consent Form (ICF) was made available in full so that the participants could read it and accept to participate in the research. Subsequently, the participants started to answer the biosociodemographic questions: age, gender, marital status, religion, ethnicity, schooling, sexual orientation, geographic location, whether they live with their sons and daughters and whether they have already received guidelines on sexuality from health professionals.

The sexuality survey was built with the Elderly Affective and Sexual Experiences Scale (EASES), built and validated for the Brazilian aged population, reaching satisfactory psychometric properties to be applied in the population proposed.¹² It is a scale consisting of 38 items and divided into three dimensions: sexual act, affective relationships and physical and social adversity. The scale has five Likert-type answer options ranging from 1 (never) to 5 points (always) and there is no cutoff point for its interpretation. The worst/best sexuality experience is attributed to older adults who, respectively, obtain a lower/higher final score.¹² It is noteworthy that the physical and social adversity dimension has negative questions and, therefore, the values were recoded so that all dimensions had the same direction of statistical analysis.

The self-esteem survey was built with the Rosenberg Self-Esteem Scale adapted for the Brazilian population in 2000.¹³ It consists of 10 items that consider feelings of self-esteem and self-acceptance whose answers are given on a Likert scale from 1 point (strongly disagree) to 4 points (strongly agree).¹⁴ The total sum of the items is 10 to 40 points and self-esteem can be classified as unsatisfactory (<30 points) and satisfactory (≥ 30 points).¹⁵

Finally, the QoL survey was developed with the validated *World Health Organization Quality of Life – Old* (WHOQOL-Old) instrument.¹⁶ It is a specific instrument for the aged population organized into 24 items and six facets: sensory skills; autonomy; past, present and future activities; social participation; death and dying; and intimacy. Each item has five possibilities of Likert-type answers ranging from 1 to 5 points without establishing a cutoff point. The total score varies from 24 to 100 points and the higher/lower the score, the better/worse, respectively, will be the interviewee's QoL.¹⁶

It is noteworthy that the participants started to comment on the excessive number of questions and, as a consequence, many gave up on proceeding with the research. Therefore, it was decided to remove WHOQOL-Bref as a generic instrument of the study and only maintain WHOQOL-Old. This choice was based on the validation study of EASES,¹² the main variable of the study, whose author pointed out a strong correlation between EASES and WHOQOL-Old, with a prediction of 41%. In addition to that, the confidence limits observed were narrow and the slope of the sample was between 0.24 and 0.33 [$F(1.198)=11.74$; 95%

CI; $p < 0.001$], which indicates that the results observed were not due to sampling error.¹²

Finally, it is noteworthy that in order to correct possible biases, it was mandatory to fill in the field referring to the email address of each participant at the beginning of the questionnaire. Thus, the researchers had greater control over the data, which allowed for the identification of a possible multiplicity of surveys answered by the same participant, which was not the case in the current study.

Data selection, analysis and processing

Through the IBM® SPSS Statistics software, version 25, the non-parametric Mann-Whitney test was applied to analyze the existing statistical differences between older adults' sexuality and QoL according to the self-esteem classification and Spearman's correlation (ρ) to test the relationships between the variables. The correlation analysis was interpreted as follows: weak magnitude ($\rho < 0.4$); moderate magnitude ($\rho > 0.4$ and < 0.5) and strong magnitude ($\rho > 0.5$).¹⁷

A structural equation model (SEM) was used for multivariate data analysis using the STATA software, version 15. This is a complex method of analysis that, although this study has a cross-sectional design, allows measuring direct and indirect effects of one variable on the other,¹⁸ in addition to analyzing consistency of new theoretical models that explain relationships between various constructs.¹⁹

The model proposed consisted of a latent variable with indicators with a factor load above 0.50 and four observed variables. Latent quality of life (QoL) was formed by the sensory abilities (DOM1), autonomy (DOM2), social participation (DOM4) and death and dying (DOM5) domains, while the observable variables were the sexuality domains: sexual act (EASES1), effective relationships (EASES2) and physical and social adversity (EASES3); in addition to self-esteem measured by the total scale (SELF).

The SEM results are interpreted by the Standardized Coefficients (SCs) and their respective 95% confidence intervals (95% CIs) according to what was recommended by Kline:²⁰ small effect (SC=0.10); medium effect (SC=0.30) and strong effect (SC>0.50).

The following adjustment indices were used to attest adequacy of the model: Standardized Root Mean Square Residual (SRMR), with a value < 0.08 indicating good fit and < 0.10 , acceptable fit;^{19,20} Comparative Fit Index (CFI) and Tucker-Lewis Index (TLI), with values closer to 1 indicating a better fit;¹⁸ Root-Mean-Square Error of Approximation (RMSEA), with its 90% confidence interval (90% CI) and the following interpretation: perfect fit (RMSEA=0); good fit (RMSEA<0.05); moderate fit (RMSEA=0.05-0.08); mediocre fit (RMSEA=0.08-0.10) and inadequate fit (RMSEA>0.10)²¹ and, finally, Adjusted Goodness-of-Fit Index (AGFI), ranging between 0 and 1, with values ≥ 0.90 indicating well-fitted models.²²

Ethical aspects

This study followed all the ethical recommendations set forth in Resolution 466/2012 of the National Health Council, obtaining

Effects of older adults' sexuality

Souza Júnior EV, Cruz DP, Silva Filho BF, Infante LDB, Rosa RS, Silva CS, Siqueira LR, Sawada NO

approval in 2020 by the Research Ethics Committee of *Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP)* under opinion No. 4,319,644. All participants read and agreed with the ICF, and a copy was sent to all the emails addresses informed in the hidden sending mode in order to preserve the identity of those involved.

RESULTS

According to Table 1, it is observed that there was higher prevalence of male participants (68.2%), aged between 60 and 64 years old (49.5%), with complete higher education (37.8%), white-skinned (65.5%) and who never received guidelines on sexuality by health professionals (76.7%).

As can be seen in Table 2, aged people with satisfactory self-esteem have the best experiences in sexuality and the best QoL in all dimensions evaluated, as they present the highest median scores, with a statistically significant difference.

In the correlation analysis shown in Table 3, it can be seen that the highest coefficients were positive and of strong magnitude, identified between the facet of intimacy of QoL with sexual intercourse ($p=0.633$; $p<0.001$), affective relationships ($p=0.685$; $p<0.001$) and between the general sexuality score ($p=0.662$; $p<0.001$). In general, it is noted that sexuality is significantly correlated with a strong magnitude with QoL ($p=0.522$; $p<0.001$) and moderate magnitude with self-esteem ($p=0.408$; $p<0.001$).

Sexual intercourse had a weak effect on self-esteem ($SC=0.186$; $p=0.007$) and a moderate effect on QoL ($SC=0.326$; $p<0.001$). The affective relationships dimension had a weak effect on self-esteem ($SC=0.204$; $p=0.006$) and a weak effect on QoL ($SC=0.186$; $p=0.03$). Finally, the physical and social adversity dimension exerted a moderate effect both on self-esteem ($SC=0.276$; $p<0.001$) and on QoL ($SC=0.358$; $p<0.001$).

In the measurement model, the quality of life (QoL) latent variable did not show adequate factor load (>0.5) for the present, past and future activity (DOM3) and intimacy (DOM6) domains. Along with self-esteem and sexuality, the latent composed the structural model proposed (Figure 1). It was possible to show good fit of the model by evaluating the RMSEA (0.05 [95% CI 0.03-0.08]), TLI (0.946), CFI (0.970) and SRMR (0.03) fit indices.

Table 4 shows that all the sexuality dimensions had positive and significant effects on the participants' self-esteem and QoL, with statistically significant differences. Sexual intercourse had a weak effect on self-esteem ($SC=0.186$; $p=0.007$) and a moderate effect on QoL ($SC=0.326$; $p<0.001$). The affective relationships dimension had a weak effect on self-esteem ($SC=0.204$; $p=0.006$) and a weak effect on QoL ($SC=0.186$; $p=0.03$). Finally, the physical and social adversity dimension exerted a moderate effect both on self-esteem ($SC=0.276$; $p<0.001$) and on QoL ($SC=0.358$; $p<0.001$).

DISCUSSION

Our study aimed at analyzing the effects of sexuality on older adults' self-esteem and QoL. In Brazil, all individuals

Table 1. Biosociodemographic characteristics of the participants. Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil, 2020 (n=519)

VARIABLES	n	%	VARIABLES	n	%
Gender			Marital status		
Male	354	68.2	Married	313	60.3
Female	165	31.8	Stable union	108	20.8
Age (years old)			With a steady partner	98	18.9
60 - 64	257	49.5	Time living together		
65 - 69	156	30.1	≤ 5 years	102	19.7
70 - 74	78	15.0	6-10 years	41	7.9
75 - 79	23	4.4	11-15 years	51	9.8
≥ 80 years	5	1.0	16-20 years	32	6.2
Schooling			> 20 years	293	56.5
No schooling	1	0.2	Lives with children		
Primary	44	8.5	Yes	156	30.1
Elementary School	92	17.7	No	339	65.3
High School	186	35.8	Has no children	24	4.6
Higher Education	196	37.8	Has already had guidance on sexuality		
Ethnicity			Yes	121	23.3
White	340	65.5	Never	398	76.7
Asian	11	2.1	Sexual orientation		
Black	27	5.2	Heterosexual	445	85.7
Brown	129	24.9	Homosexual	17	3.3
Indigenous	2	0.4	Bisexual	10	1.9
Does not know	10	1.9	Others	47	9.1
Religion			Brazilian region		
Catholic	258	49.7	North	40	7.7
Protestant	71	13.7	Northeast	77	14.8
Spiritualist	70	13.5	Midwest	62	11.9
African origins	9	1.7	Southeast	239	46.1
Others	55	10.6	South	101	19.5
No religion	56	10.8			

aged 60 years old or more are included in this group.³ In this sense, exploring the biosociodemographic characteristics, we observed in this study higher prevalence of male participants (68.2%), with complete higher education (37.8%) and white ethnicity (65.5%), as shown in Table 1. These data differ from some studies,^{7,8,15,23} where predominance was aged women, non-white, with low schooling and/or illiterate.

It is inferred that the majority population of aged men can be the result of the study theme since, during data collection, men showed excitement and interest in knowing more about the topic, while women made conservative and prohibitive comments on the subject matter, and sometimes commented words of insults to the possible lost dignity of those who participated in the research.

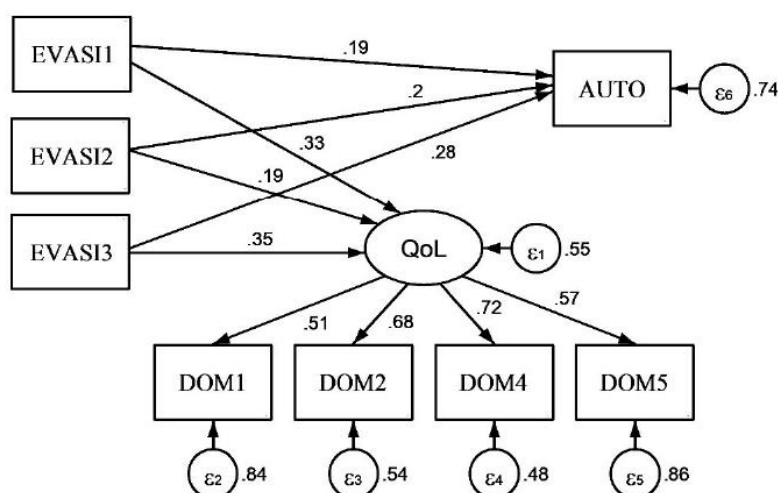
Regarding schooling level and white ethnicity, they are two variables that reflect the socioeconomic situation of those

Table 2. Comparison of sexuality and quality of life according to the self-esteem classification. Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil, 2020 (n=519)

Variables	SELF-ESTEEM		U	p-value
	SATISFACTORY	NOT SATISFACTORY		
	Median (IQ)	Median (IQ)		
Sexuality				
Sexual act	75.00 (66.00-82.00)	62.00 (49.00-72.00)	13,297.00	<0.001*
Affective relationships	76.00 (66.00-81.00)	61.00 (53.00-73.00)	13,117.00	<0.001*
Physical and social adversity	9.00 (7.00-11.00)	7.00 (5.00-9.00)	16,287.00	<0.001*
EASES	158.00 (142.00-168.75)	132.00 (109.00-152.00)	13,558.00	<0.001*
Quality of Life				
Sensory abilities	81.25 (68.75-93.75)	68.75 (50.00-81.25)	16,605.00	<0.001*
Autonomy	75.00 (62.50-81.25)	56.25 (43.75-68.75)	11,607.00	<0.001*
Past, present and future activities	68.75 (56.25-81.25)	50.00 (37.50-62.50)	10,189.00	<0.001*
Social participation	71.87 (56.25-81.25)	50.00 (31.25-56.25)	11,451.00	<0.001*
Death and dying	75.00 (50.00-87.50)	56.25 (37.50-75.00)	17,327.50	<0.001*
Intimacy	75.00 (68.75-87.50)	56.25 (37.50-75.00)	11,116.50	<0.001*
WHOQOL-Old	71.87 (62.50-80.20)	53.12 (46.87-61.45)	7,779.00	<0.001*

*Statistical significance for the Mann-Whitney U test ($p < 0.05$)**Table 3.** Correlation of older adults' sexuality, QoL and self-esteem. Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil, 2020 (n=519)

SEXUALITY	QUALITY OF LIFE							SELF-ESTEEM
	SS	AUT	PPFA	SP	DD	INT	OQoL	r
	ρ	ρ	ρ	ρ	ρ	ρ	ρ	
Sexual act	0.207**	0.411**	0.468**	0.456**	0.202**	0.633* ⁵	0.544* ⁵	0.430**
Affective relationships	0.205**	0.391**	0.468**	0.441**	0.181**	0.685* ⁵	0.543* ⁵	0.431**
Physical and social adversity	-0.326**	-0.286**	-0.293**	-0.289**	-0.310**	-0.274**	-0.402**	-0.366**
General sexuality	0.179**	0.385**	0.458**	0.439**	0.160**	0.662* ⁵	0.522* ⁵	0.408**

SS: Sensory Skills; AUT: Autonomy; PPFA: Past, Present and Future Activities; SP: Social Participation; DD: Death and Dying; INT: Intimacy; QoL: Overall Quality of Life * Statistical significance for Spearman's correlation (ρ) at the level of $p < 0.001$ * Weak correlation; † Moderate correlation; ‡ Strong correlation**Figure 1.** Structural equation model for sexuality (EASES1, EASES 2 and EASES I3), quality of life (QoL) and self-esteem (SELF). Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil, 2020 (n=519)

Effects of older adults' sexuality

Souza Júnior EV, Cruz DP, Silva Filho BF, Infante LDB, Rosa RS, Silva CS, Siqueira LR, Sawada NO

Table 4. Standardized coefficients (SCs) of structural equation modeling between self-esteem, sexuality and quality of life. Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil, 2020 (n=519)

	SC	95%CI	p
Measurement model			
DOM1 ← QoL	0.518	0.339 – 0.597	<0.001
DOM2 ← QoL	0.670	0.617 – 0.723	<0.001
DOM4 ← QoL	0.702	0.643 – 0.761	<0.001
DOM5 ← QoL	0.571	0.342 – 0.578	<0.001
Structural Model			
EASES1 → SELF	0.186	0.072 – 0.300	0.007
EASES2 → SELF	0.204	0.083 – 0.325	0.006
EASES3 → SELF	0.276	0.211 – 0.341	<0.001
EASES1 → QoL	0.326	0.193 – 0.460	<0.001
EASES2 → QoL	0.186	0.046 – 0.326	0.03
EASES3 → QoL	0.358	0.282 – 0.435	<0.001

involved. This is because people with higher education have reading and text comprehension skills, which made it possible to read the research instruments. In addition to that, the reality is that the highest schooling level in Brazil is found among non-black people,²⁴ which can be reflected in racial and economic inequalities in access to education.

Regarding the analysis of self-esteem, we identified that aged people with satisfactory self-esteem have the best experiences in sexuality and better QoL in all dimensions evaluated, as shown in Table 2. These results are similar to a Brazilian study²³ developed with 116 aged participants, which identified that the psychological domain of QoL evaluated by the WHOQOL-bref instrument correlated positively with self-esteem ($\beta=1.007$ [95% CI=1.006 – 1.009] $p<0.001$). In addition, the authors identified that this domain behaved as a predictor of all the emotional variables studied in the sample.²³

Speaking of emotional variables, the literature confirms that experiences in sexuality are seen by older adults from a new perspective prevailing the achievement of affection and pleasure,²⁵ corroborating our results, in which aged people with satisfactory self-esteem had better sexuality experiences in the affective component when compared to the sexual component, as shown in Table 2. Otherwise, aged people with unsatisfactory self-esteem had better experiences in sexuality in the sexual act dimension than in the affective relationship. It is as if low self-esteem is an impeding factor for affectivity, which can be justified, in part, by the impaired sense of self-image that affects the ability to engage in affective bonds, with the sexual act as an escape, as a way to obtain pleasure without being involved affectively, as self-esteem and self-image go hand in hand.

In general, we identified that all the sexuality dimensions had positive and significant effects on the participants' self-

esteem and QoL. The national and international literature does not have scientific records on the relationship between these two constructs. We tried to carry out a literary review in the main databases such as Scopus, Web of Science and the PubMed Portal with the English descriptors "Sexuality", "Self-esteem" and "Quality of life", which correspond to our study object, but without success, given that the focus of current studies is the sexual act, without considering sexuality in its broad dimension. In addition to that, the studies do not explain the definition of sexuality that supported the discussion, in addition to those who have the term "sexuality" in the title, reduce it to the sexual act throughout the text, a fact that demonstrates reductionism from sexuality to sexual aspects.^{26,27}

With regard to the effects of sexuality on QoL, it seems that sexuality is an experience that contributes positively to older adults' QoL. It is a natural experience that responds to a physiological and emotional impulse of the person, manifesting itself in various ways depending on the age aspects that the individual is.²⁸

The literature states that sexuality acts as a contributing factor to the promotion of QoL by obtaining pleasure, exchanging more intense affection, self-knowledge, self-esteem and well-being.²⁵ Also in this sense, according to a Brazilian study²⁹ developed with 662 aged people, sexuality exerted effects on the participants' QoL, especially the affective (strong effect) and sexual (weak effect) components. Finally, the authors state that the affective relationships of older adults' sexuality can contribute to the prevention and/or attenuation of undesirable events in mental health and, consequently, in the QoL of this population segment.²⁹

We consider that, due to the relevance of the theme, it is necessary to invest in more research studies on sexuality among the aged population so that we can advance in knowledge about the dilemmas involved, especially with regard to the self-esteem of this population segment. In this sense, the reason for the absence of studies on the effects of sexuality on such variables is questioned. Is it not worthy addressing the sexuality of this population segment? Will the system continue to reinforce the stereotypes surrounding aged people? Is there conservatism in the health system? Will we continue to look at older adults only associated with the culture of medicalization?

Such questions need to be considered in new possibilities of discussion related to older adults' health, especially in scientific congresses, in such a way that these discussions invade the local care spaces and promote efficiency in care. We hope that, with this, in the near future, this reality will be reconfigured and that older adults' sexuality will be discussed more frequently in health spaces, given that, in the current study, 76.7% of the aged people have never received guidelines on sexuality from professionals. Such data are also similar to Brazilian studies^{1,30} developed with Family Health Strategy nurses, in which there was lack of actions aimed at the sexuality of aged users and conservative attitudes among the professionals.

Finally, it should be considered that this study has some limitations. The first refers to the fact that the non-probabilistic approach does not allow generalizing the data, thus compromising

external validity of our results. Moreover, considering that data collection was conducted online and only in a single social network, we believe that there was a restriction of the sample only for certain group of aged people, especially those with higher education, which does not reflect the Brazilian reality.

Despite these limitations, it is worth highlighting some contributions of this study. For care, health managers can implement protocols to systematize the care in relation to older adults' sexuality, ordering referral and counter-referral flows to specialized services.

In the scientific field, this study contributes by revealing the need for researchers to validate an instrument of sexuality that is feasible for application in primary care, respecting sensitivity and statistical reliability. In addition, our data may support future experimental studies to elucidate possible causality among the variables studied.

All these efforts serve as a basis for deepening these discussions even during professional training in health, which will contribute to the improvement of future care practices in public health.

CONCLUSION

The effects of sexuality on self-esteem were weak for the sexual act and for affective relationships and moderate for physical and social adversity. Regarding QoL, the effects of sexuality were moderate for sexual intercourse, weak for affective relationships, and moderate for QoL. It was found that all the sexuality dimensions exerted positive and significant effects on the participants' self-esteem and QoL, becoming valuable data to be discussed in the context of Geriatric Nursing and Public Health.

FINANCIAL SUPPORT

This paper was carried out with the support of *Coordenação de Pessoal de Nível Superior – Brazil (CAPES) – Funding code 001*. PhD scholarship granted to author Edison Vitório de Souza Júnior.

AUTHORS' CONTRIBUTIONS

Study design. Edison Vitório de Souza Júnior. Benedito Fernandes da Silva Filho. Namie Okino Sawada Data collection. Edison Vitório de Souza Júnior. Diego Pires Cruz. Namie Okino Sawada Data analysis. Edison Vitório de Souza Júnior. Diego Pires Cruz. Benedito Fernandes da Silva Filho. Lucas Dias Brito Infante. Randson Souza Rosa. Cristiane dos Santos Silva. Lais Reis Siqueira. Namie Okino Sawada Interpretation of the results. Edison Vitório de Souza Júnior. Diego Pires Cruz. Benedito Fernandes da Silva Filho. Lucas Dias Brito Infante. Randson Souza Rosa. Cristiane dos Santos Silva. Lais Reis Siqueira. Namie Okino Sawada Writing and critical review of the manuscript. Edison Vitório de Souza Júnior. Diego Pires Cruz. Benedito Fernandes da Silva Filho. Lucas Dias Brito Infante. Randson Souza Rosa. Cristiane

dos Santos Silva. Lais Reis Siqueira. Namie Okino Sawada Approval of the final version of the article. Edison Vitório de Souza Júnior. Diego Pires Cruz. Benedito Fernandes da Silva Filho. Lucas Dias Brito Infante. Randson Souza Rosa. Cristiane dos Santos Silva. Lais Reis Siqueira. Namie Okino Sawada Responsibility for all aspects of the content and integrity of the published article. Edison Vitório de Souza Júnior. Diego Pires Cruz. Benedito Fernandes da Silva Filho. Lucas Dias Brito Infante. Randson Souza Rosa. Cristiane dos Santos Silva. Lais Reis Siqueira. Namie Okino Sawada

ASSOCIATED EDITOR

Cristina Rosa Baixinho 

SCIENTIFIC EDITOR

Ivone Evangelista Cabral 

REFERENCES

1. Evangelista AR, Moreira ACA, Freitas CASL, Val DR, Diniz JL, Azevedo SGV. Sexuality in old age: Knowledge/attitude of nurses of family health strategy. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03482. <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2018018103482>. PMID:31365728.
2. Souza EV Jr, Silva CS, Lapa PS, Trindade LES, Silva BF Fo, 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>.
3. Dantas DV, Batista RC Fo, Dantas RAN, Nascimento JCP, Nunes HMA, Rodriguez GCB et al. Sexualidade e qualidade de vida na terceira idade. *Rev Bras Pesq Saúde*. [Internet]. 2017 [cited 2021 Feb 25];19(4):140-8. Available from: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/19814>
4. 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. International perspectives on aging*. Cham: Springer; 2018. p. 149-62. http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-73820-8_10
5. Traeen B, Carvalheira AA, Hald GM, Lange T, Kvaalem 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>.
6. Paixão RF, Patias ND, Dell'Aglio DD. Self-esteem and Symptoms of mental disorder in the adolescence: associated variables. *Psicol, Teor Pesqui*. 2018;34:e34436. <http://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e34436>.
7. Imaginário C, Rocha M, Machado PP, Antunes C, Martins T. The link between cognitive state and general self-esteem among institutionalized elderly persons: can health condition serve as a mediating factor? *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2018;21(4):471-8. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.170191>.
8. Heidari M, Sheikhi RA, Rezaei P, Kabirian Abyaneh S. Comparing quality of life of elderly menopause living in urban and rural areas. *J Menopausal Med*. 2019;25(1):28-34. <http://dx.doi.org/10.6118/jmm.2019.25.1.28>. PMID:31080786.
9. 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.
10. Souza Júnior EV, Silva BF Fo, 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.
11. Newman TB, Browner WS, Cummings SR, Hulley SB. Designing an observational study: cross-sectional and case-control studies. In: Hulley

Effects of older adults' sexuality

Souza Júnior EV, Cruz DP, Silva Filho BF, Infante LDB, Rosa RS, Silva CS, Siqueira LR, Sawada NO

- SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Newman TB. *Designing clinical research*. 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
12. Vieira KFL. Sexualidade e qualidade de vida do idoso: desafios contemporâneos e repercussões psicossociais [Internet]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2012 [cited 2020 oct 22] Available from: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/6908/1/arquivototal.pdf>
 13. Hutz CS. *Adaptação brasileira da Escala de Autoestima de Rosenberg*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2000.
 14. Hutz CS, Zanon C. Revisão da adaptação, validação e normatização da escala de autoestima de Rosenberg. *Avaliação Psicol*. [Internet]. 2011 [cited 2021 Feb 25];10(1):41-9. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712011000100005&lng=pt
 15. Oliveira D, Ladeira Á, Giacomin L, Pivetta N, Antunes M, Batista R et al. Depressão, autoestima e motivação de idosos para a prática de exercícios físicos. *Psicol Saude Doencas*. 2019;20(3):803-12. <http://dx.doi.org/10.15309/19psd200319>.
 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: Artmed; 2003.
 18. Wang J, Wang X. *Structural equation modeling: applications using Mplus*. United Kingdom: John Wiley & Sons; 2012. <http://dx.doi.org/10.1002/9781118356258>.
 19. Hu L, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Struct Equ Model A Multidiscip J*. 1999;6(1):1-55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>.
 20. Kline RB. *Principles and practice of structural equation modeling*. 3rd ed. New York: The Guilford Press; 2012. 445 p.
 21. Browne MW, Cudeck R. Alternative ways of assessing model fit. *Social Methods Res*. 1992;21(2):230-58. <http://dx.doi.org/10.1177/0049124192021002005>.
 22. Hooper D, Coughlan J, Mullen M. Structural equation modelling: guidelines for determining model fit. *Electron J Bus Res Methods*. 2008;6(1):53-60. <http://dx.doi.org/10.21427/D7CF7R>.
 23. Alves VMC, Soares VN, Oliveira DV, Fernandes PT. Sociodemographic and psychological variables, physical activity and quality of life in elderly at Unati Campinas, São Paulo. *Fisioter Mov*. 2020;33:e003310. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5918.033.a010>.
 24. Ferreira NT. How the access to education dispels the myth of racial democracy. *Ensaio: Aval Pol Públ Educ*. 2019;27(104):476-98. <https://doi.org/10.1590/s0104-40362019002701553>.
 25. Barros TAF, Assunção ALA, Kabengele DC. Sexualidade na terceira idade: sentimentos vivenciados e aspectos influenciadores. *Ciências Biológicas e Saúde Unit* [Internet]. 2020;6(1):47-62. Available from: <https://periodicos.set.edu.br/fitsbiosauade/article/view/6560>
 26. Oliveira PRSP, Queiroz PS, Mendes PA, Vendramini MG. Sexuality of elderly people participating in a cohabitation center. *R Pesq Cuid Fundam online*. 2021;1075-81. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcf.v13.9974>.
 27. Carnaghi A, Rusconi P, Bianchi M, Fasoli F, Coladonato R, Hegarty P. No country for old gay men: age and sexuality category intersection renders older gay men invisible. *Gr Process Intergr Relations*. 2021;1-26. <https://doi.org/10.1177/1368430220987606>.
 28. Gatti MC, Pinto MJC. Velhice ativa: a vivência afetivo-sexual da pessoa idosa. *Vínculo (São Paulo)*. 2019;16(2):133-59. <http://dx.doi.org/10.32467/issn.19982-1492v16n2p133-159>.
 29. Souza EV Jr, Silva CS, Pirôpo US, Santos BFM, Guedes TP, Siqueira LR et al. Effects of sexuality on frailty and quality of life in the elderly: a cross-sectional study. *Rev Bras Enferm*. 2022;75(1):e20210049. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0049>. PMID:34614082.
 30. Castro SFF, Nascimento BG, Soares SD, Barros FO Jr, Sousa CMM, Lago EC. Sexuality in old age: nurse's perception at the family health strategy. *Rev enferm UFPE on line*. 2013;5907-14. <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.4377-36619-1-ED.0710201310>.

7.4 CAPÍTULO 4

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

Status: Publicado

Carta de aceite: Apêndice D

Periódico: Escola Anna Nery Revista de Enfermagem (EAN)

Modelo de avaliação: Revisão por pares

Modelo de publicação: Acesso aberto

International Standard Serial Number (ISSN): Print: 1414-8145 / On-line: 2177-9465

Journal Citation Reports (JCR): Não possui


SCImago Journal & Country Rank (SJR): 0,274 (Q3) – última avaliação em 2020.

Indexação: Scopus, SciELO, dentre outras bases

Idiomas de publicação: Português e inglês

Citação: SOUZA JÚNIOR, Edison Vitório de Souza Júnior et al. Effects of experiences in sexuality on anxiety and quality of life of elderly people. **Escola Anna Nery**, v.26, p. e20210371, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0371>

Propriedade intelectual

 Todo o conteúdo do periódico Escola Anna Nery Revista de Enfermagem está licenciado sob uma Licença Creative Commons do tipo Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0). A licença pode ser acessada no seguinte link: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>

Esse capítulo foi construído em resposta aos seguintes tópicos:

HIPÓTESE: A sexualidade possui efeitos forte e negativo sob a ansiedade em pessoas idosas

OBJETIVO: Analisar os efeitos das vivências em sexualidade sob a ansiedade e qualidade de vida de pessoas idosas.



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

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

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.

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.

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.

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

Submitted on 09/23/2021
Accepted on 02/08/2022.

DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0871>

Sexuality, anxiety and quality of life

Souza Júnior EV, Siqueira LR, Silva Filho BF, Chaves AB, Santos JS, Guedes CA, Sawada NO

INTRODUCTION

According to Brazilian legislation,¹ an elderly person is an individual aged 60 years or more. Brazil is undergoing an intense and rapid process of population aging.² It is estimated that the number of elderly people in the country jumped from 2.6 million in 1950 to 29.9 million in 2020, and is expected to reach 72.4 million in 2100, which will correspond to 40% of the inhabitants.³

It is noteworthy that this phenomenon is global. Worldwide estimates indicate that, in 2030, one in six people will be 60 years old or older. Still in this perspective, the number of people in this age bracket will reach 2.1 billion in 2050, showing a worldwide growth from 12% in 2015 to 22% in 2050.⁴

It is noteworthy that aging is not a determining factor that makes the individual asexual. However, there are, in society, prejudices, myths, and taboos when the subject is the sexuality of the elderly person,^{5,6} further strengthening the social stigma that considers these people incapable of enjoying their sexuality.⁷ Still in this sense, because modern sexuality has its concept centered on the body and youth, and these two factors decline as the years go by, the elderly may feel inhibited to experience it, limiting themselves to a passive position of being only good grandparents to take care of their grandchildren, according to the social imperative.⁸

The understanding of sexuality must encompass multiple displays of behavior, cognition, and feelings, which evolve according to age and socio-cultural aspects.^{9,10} In this context, sexuality can be understood as expressions of love, affection, companionship, touch, intimacy, affection, and other quantitative manifestations, including sexual activity itself. It is a source of pleasure and there are no scientific arguments to justify its denial, on the contrary, to deny and/or suppress sexuality may intensify the aging process and promote undesirable outcomes in mental health and Quality of Life (QoL) of the elderly.¹¹

Among the aspects that can be studied in the field of mental health, anxiety stands out as an important public health problem¹² and is characterized by a natural reaction of the body against stressful agents.¹³ It can be identified by the observation of different somatic, physiological, and psychological manifestations such as sleep disturbances, tremors, restlessness, fatigue, difficulty in concentrating,¹² sweating, tachycardia, dizziness, apprehension, mental discomfort,¹⁴ insomnia, headache, tension, muscle pain, anguish, irritability, among others.¹⁵

It is a reaction that is associated with the limitations imposed by aging, putting the active elderly person in a passive position in relation to the performance of their daily activities. However, it is reported that old age is not the absolute cause that triggers anxiety and this psychopathology may manifest at any age group.¹⁵ However, the prevalence of chronic diseases commonly diagnosed in old age, difficulty in interpersonal relationships and insufficient physical-social support increase anxiety symptoms in the elderly population.¹²

Social isolation, a common situation among this age group, has direct negative impacts on mental health, because social relationships are considered deep human mechanisms that evolve

along with neural, hormonal and genetic mechanisms. Thus, social isolation has unsatisfactory repercussions on cognition, mood, immunity, sleep and rest, and body weight, in addition to favoring an increase in cortisol levels, thus contributing to an increase in anxiety symptoms,¹⁶ which, consequently, substantially burden the health services and worsen the individual's QoL.¹²

Because of the need to promote better quality in the aging process, QoL has been configured as an important health indicator to reorient care practices.^{17,18} It is a broad and multidimensional term used to describe an individual's perception of the harmony existing in different contexts that are part of his/her life, such as physical health, adaptation to the environment, mental state, social relationships, self-care capacity,¹⁹ as well as the existing relationship between internal and external factors with his/her lifestyle.²⁰

In this sense, the World Health Organization (WHO) defines QoL as "an individual's perception of his position in life, in the context of the culture and value systems in which he lives and in relation to his goals, expectations, standards, and concerns".^{21:1570}

In this context, the creation and implementation of new low-tech strategies capable of improving the QoL of the elderly and reducing the impacts that anxiety causes at individual and social levels are required. Among the strategies, the approach to sexuality, especially in primary care, can be an effective tool to achieve this goal.

Given this context, the hypothesis of this study is that sexuality has a strong and negative effect on anxiety (inversely proportional effect) and a strong and positive effect on QoL (directly proportional effect). If a statistical association is evidenced, this study may contribute to the reorientation of care practices in the increase of discussions and encouragement of sexuality as a way to promote and protect the health of the elderly. Thus, this study aimed to analyze the effects of experiences in sexuality on anxiety and QoL of elderly people.

METHOD

This is a cross-sectional, analytical study.²² The study was developed through the Internet, with participants from all over Brazil: North, Northeast, Center-West, Southeast and South.

To define a representative quantity of elderly people, we used the sample calculation, adopting infinite population, confidence level of 95% ($z_{\alpha/2} = 1.96$), margin of error of 5% ($\alpha=0.05$) and conservative proportion of 50%, which corresponded to a minimum sample size of 385 participants. However, considering the possible losses due to insufficient responses, we added more than 40% to the sample, totaling a final sample size of 550 participants recruited according to the consecutive non-probability sampling technique.

The inclusion criteria were elderly people aged 60 years or older, of both genders (male and female), married, in a stable union or with a steady partner, due to the requirement of the instrument on sexuality to assess the relationship between the individual and his/her spouse,²³ having access to the internet and an active account on the social network Facebook because it is a popular

network, easy to navigate and has relevant tools that allowed us to conduct the study, such as, for example, the boosting of posts. The exclusion criteria were hospitalized elderly people, residents in long-stay institutions or similar, self-declared dependents for activities of daily living, and with neurodegenerative pathologies that made it impossible to understand the instruments.

Exclusion criteria were controlled by means of four dichotomous questions (yes/no) at the beginning of the questionnaire. All participants who fully denied the screening questions were considered eligible to continue in the study. It is worth noting that, in this study, no instruments were applied to track cognitive changes in the elderly. This procedure is justified by the existence of skills that allow them to participate actively in social networks through technological equipment such as smartphones, computers, laptops, tablets, among others.

Data collection occurred between July and October 2020, exclusively online, through the social network Facebook. The researchers created a Facebook page for the development of scientific research and dissemination of information on health, sexuality and QoL of older people, with a focus on health promotion and strengthening of active aging.

On this page, a personalized invitation was published containing the research title, researchers and institution responsible, inclusion criteria, contact information, and a hyperlink directing participants directly to the data collection instruments. These instruments were structured in the Google Forms platform in four sections: 1) bio-sociodemographic; 2) sexuality; 3) anxiety and 4) QoL.

The first section was elaborated to obtain the bio-sociodemographic data with the objective of tracing the profile of the participants. Information was collected on age, gender, marital status, religion, ethnicity, education, sexual orientation, whether they have already received guidance on sexuality from health professionals, whether they have children, and the geographic location.

The second section collected data regarding the participants' sexuality by means of the Elderly Affective and Sexual Experiences Scale (EASES), constructed and validated in Brazil, obtaining satisfactory psychometric properties to be applied to the Brazilian elderly population.²³ This scale has three dimensions: sexual act, affective relationships, and physical and social adversities, totaling 38 items, with five Likert-type response possibilities, ranging from one (never) to five points (always). This instrument does not preconize a cut-off point. Its analysis considers the highest score as an indicator of better experience of sexuality and, conversely, the lowest score indicates the worst experience of sexuality by the elderly.²³ It is noteworthy that the dimension physical and social adversity contains negative questions and, therefore, the values were recoded to make it similar to the other dimensions in relation to the statistical analysis direction.

The third section collected data on participants' anxiety using the instrument validated in Brazil, the Beck Anxiety Inventory. It is an instrument composed of 21 questions in which the individual informs the level of severity of symptoms divided into four levels: zero (no symptoms); one (mild); two (moderate) and three (severe).

The final score ranges from zero to 63 points, which allows the classification of symptom intensity into minimal (zero to seven points), mild (eight to 15 points), moderate (16 to 25 points), or severe (26 to 63 points).²⁴

Finally, the fourth section was developed with the validated and standardized instrument called World Health Organization Quality of Life - Old (WHOQOL-Old).²⁵ The WHOQOL-Old is a specific module for the elderly population composed of 24 questions distributed in six facets: sensory abilities; autonomy; past, present and future activities; social participation; death and dying and intimacy. The answers are structured in likert type scale (one to five points), the total score ranges from 24 to 100 points and there is no cutoff point to determine QoL, being interpreted in the perspective that the higher/lower score indicates, respectively, better/worse QoL.

In this study, there was a dismissal of the generic QoL instrument due to the number of questions considered excessive by the participants, who reported this impasse in the comments of the survey, and there were, therefore, withdrawals in the participation. However, we inform that, from the psychometric standpoint, this fact does not invalidate the results of this study, because, during the validation process of the EASES,²³ the author found a strong correlation with the WHOQOL-Old (0.64), and the EASES predicts 41% of this instrument, showing a sample slope between 0.24 and 0.33, $F(1, 198) = 11.74$ and $p\text{-value} < 0.001$ (95%CI), thus demonstrating that the results were not due to sampling error.²³

It is worth mentioning that, before the participants had access to the questionnaire, their individual e-mail address was required so that the researchers could have more control over the data and identify possible multiple answers by the same participant, which did not occur in this study.

The data was transferred to the statistical software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 25.0. In this software, data distribution analysis was performed, with evidence of non-normal distributions by the Kolmogorov-Smirnov test ($p < 0.001$), descriptive analysis (absolute and relative frequencies) for categorical variables and the association test (Kruskal-Wallis) to analyze associations between experiences in sexuality and QoL according to the intensity of anxiety symptoms. For all statistical analyses a 95% confidence interval was adopted ($p < 0.05$).

Structural equation modeling (SEM) was used for the multivariate analysis of the data by the statistical software STATA. Thus, in the proposed model, a latent variable with indicators with factor loading > 0.50 and four observed variables were included. The latent QoL was formed by the domains autonomy (DOM2), past present and future activity (DOM3), social participation (DOM4) and intimacy (DOM6), while the observable variables were the domains sexual act (EASES1), effective relationships (EASES2) and physical and social adversity (EASES3) and anxiety was measured by the Beck (ANX).

The interpretation of the results is given by the Standardized Coefficients (SC), together with their respective 95% confidence

Sexuality, anxiety and quality of life

Souza Júnior EV, Siqueira LR, Silva Filho BF, Chaves AB, Santos JS, Guedes CA, Sawada NO

intervals (95%CI), as follows: small effect (SC=0.10); medium effect (SC=0.30) and strong effect (SC>0.50).²⁶

The following fit indices were used to attest to the model's adequacy: the Comparative Fit Index (CFI) and the Tucker-Lewis index (TLI), with values closer to one indicating better fit;²⁷ the Adjusted Goodness-of-Fit Index (AGFI), ranging from zero to one, with values ≥ 0.90 indicating well-fitting models;²⁸ the Standardized Root Mean Square Residual (SRMR), with a value < 0.08 indicating a good fit and < 0.10 , an acceptable fit^{26,29} and the Root-Mean-Square Error of Approximation (RMSEA), with its 90% confidence interval (CI90%) and the following interpretation - perfect fit (RMSEA=0); good fit (RMSEA < 0.05); moderate fit (RMSEA= 0.05-0.08); poor fit (RMSEA=0.08-0.10) and inadequate fit (RMSEA>0.10).³⁰

Although this study presents a cross-sectional design, the statistical method employed allows the measurement of direct and indirect effects of one variable on another,²⁷ besides allowing the analysis of the acceptability of theoretical models that explain relationships among several constructs.²⁹

This study was approved in 2020 by the Research Ethics Committee of the Ribeirão Preto School of Nursing of the University of São Paulo (EERP/USP) under Opinion No. 4.319.644. All

ethical recommendations were followed, according to Resolution 466/2012 of the National Health Council, and the participants received the second copy of the Informed Consent Form by personal e-mail in the form of hidden delivery, in order to preserve the identity of those involved.

RESULTS

Table 1 shows the bio-sociodemographic variables of the participants, showing a higher prevalence of elderly men (68.0%), white (64.2%), with high education (73.2%) (High School + College), married (60%), living with their spouse for more than 20 years (56%), Catholic (49.3%), living in the Southeast region of the country (45.1%), and who have never received guidance on sexuality from health professionals (76.7%).

According to Table 2, it is noted that increased intensity of anxiety symptoms is significantly associated with decreased sexuality and QoL scores. It is also observed that, within the field of sexuality, affective relationships are better experienced in detriment of the sexual act. However, the differences in scores between these two dimensions were not very discrepant, differing by only one point between participants with minimal, mild and severe anxiety.

Table 1. Biosociodemographic variables. Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil (n=550).

VARIABLES	N	%	VARIABLES	n	%
Sex			Marital status		
Male	374	68.0	Married	330	60.0
Female	176	32.0	Stable union	119	21.6
Age (years)			With fixed partner	101	18.4
60 – 64	273	49.6	Time Living Together		
65 – 69	160	29.1	≤ 5 years	111	20.2
70 – 74	85	15.5	Between 6 and 10 years	46	8.4
75 – 79	25	4.5	Between 11 and 15 years	53	9.6
≥ 80 years	7	1.3	Between 16 and 20 years	32	5.8
Education			> 20 years	308	56.0
Primary	51	9.3	Lives with children		
Elementary	96	17.5	Yes	170	30.9
Highschool	204	37.0	No	354	64.4
Higher education	199	36.2	Does not have children	26	4.7
Ethnicity			Have you ever had counseling about sexuality		
White	353	64.2	Yes	128	23.3
Yellow	11	2.0	Never	422	76.7
Black	31	5.6	Sexual orientation		
Brown	143	26.0	Heterosexual	475	86.4
Indigenous	2	0.4	Homosexual	16	2.9
Does not know	10	1.8	Bisexual	9	1.6

Table 1. Continued...

VARIABLES	N	%	VARIABLES	n	%
Religion			Others	50	9.1
Catholic	271	49.3	Region of Brazil		
Protestant	77	14.0	North	43	7.8
Spiritist	72	13.1	Northeast	79	14.4
African origin	11	2.0	Mid-west	66	12.0
Others	58	10.5	Southwest	248	45.1
No religion	61	11.1	South	114	20.7

Table 2. Comparison between participants' sexuality and QoL according to anxiety symptoms. Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil (n=550).

Variables	ANXIETY				Value of p
	MINIMUM Median (IQ)	LIGHT Median (IQ)	MODERATE Median (IQ)	SEVERE Median (IQ)	
Sexuality					
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*
Quality of life					
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*

* Statistical significance by Kruskal-Wallis test ($p < 0.05$).

In the measurement model, the latent QoL did not show adequate factor loading (>0.5) for the domains sensory abilities (DOM1) and death and dying (DOM5). Together with anxiety and sexuality, the latent composed the proposed structural model (Figure 1). It was possible to evidence the good adjustment of the model by evaluating the adjustment indexes RMSEA (0.07 [95%CI 0.05-0.08]), TLI (0.952), CFI (0.979) and SRMR (0.03).

It is noted in Table 3 that, among the domains of sexuality and anxiety, EASES2 exerts weakly significant, negative effect on anxiety (CP= -0.170; $p=0.011$). EASES3 also exerted a negative, significant, moderate magnitude effect on anxiety (CP=-0.299; $p < 0.001$). Similarly, on QL, the effects were weak and positive for EASES1 (CP=0.143; $p=0.037$) and EASES3 (CP=0.200;

$p < 0.001$), as well as effect with strong magnitude for EASES2 (CP=0.558; $p < 0.001$).

DISCUSSION

The participants of this study present peculiar characteristics that are not often observed in most elderly people, since there was a higher prevalence of males (68.0%), whites (64.2%) and with complete High School Education (37.0%). These characteristics can be explained by the fact that data collection was online, which, in a way, meant that the participation of the elderly in this study was restricted to the literate and those with higher socioeconomic status, which allowed them access to the Internet and electronic technologies.

Sexuality, anxiety and quality of life

Souza Júnior EV, Siqueira LR, Silva Filho BF, Chaves AB, Santos JS, Guedes CA, Sawada NO

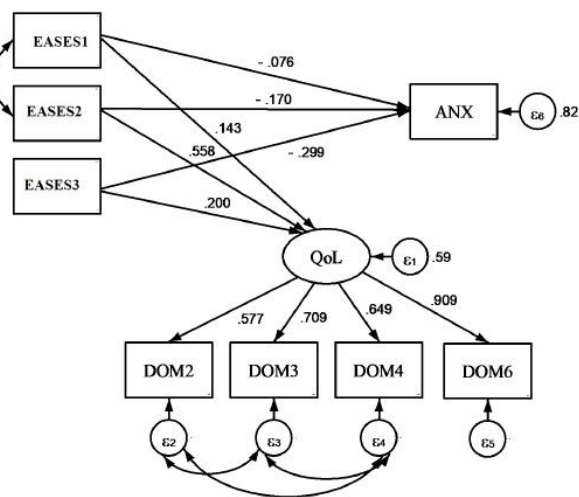


Figure 1. Structural equation model for sexuality (EASES1, EASES2, EASES3), Quality of Life (QoL) and anxiety (ANX). Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil (n=550).

Table 3. Standardized Coefficients (SCT) of structural equation modeling between sexuality, anxiety and QoL. Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil (n=550).

	CP	95%CI	p
Measurement model			
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
Structural model			
EASES1 → ANX	-0.076	-0.205 – 0.054	0.337
EASES2 → ANX	-0.170	-0.281 – -0.060	0.011
EASES3 → ANX	-0.299	-0.367 – -0.230	<0.001
EASES1 → QoL	0.143	0.030 – 0.257	0.037
EASES2 → QoL	0.558	0.445 – 0.670	<0.001
EASES3 → QoL	0.200	0.142 – 0.257	<0.001

It was found in this study that increased intensity of anxiety symptoms was significantly associated with decreased sexuality and QoL scores of participants in all dimensions assessed.

The only current study³¹ that came close to this investigation, by using the same EASES instrument to assess sexuality, found a negative and statistically significant correlation between the sexual act dimension of the EASES and participants' anxiety.³¹ The authors found no significant correlations between anxiety and the other dimensions that make up the EASES, therefore diverging from the results of this study. This divergence may

be due to a limitation of the study cited, in which there was the inclusion of elderly participants with no fixed partner, as the authors themselves elucidated in the text, which makes the results fragile.

It was also observed that, within the field of sexuality, affective relationships were better experienced in detriment of the sexual act, corroborating other research³¹ which also identified higher scores in the affective dimension of sexuality, reaffirming the evidence that affectivity seems to be experienced with greater intensity in old age when compared to the sexual act. This is an important aspect that deserves to be encouraged during health consultations, because, according to the results of this study, the affective relationships of sexuality exert positive, significant and strong effects on the QoL of the elderly.

However, the fact that affective relationships are better experienced in old age is not valid to reinforce the negative stereotype that reproduces the idea of the asexual elderly person, since, according to a study,³² 83.0% of the elderly consider sexual activity important for QoL and 78.0% state that there is no age limit to experience it. In addition, the sexually inactive participants revealed a desire to change this situation, which reflects the permanence of sexual interest in old age.³²

Furthermore, the results of this study corroborate this evidence, since the sexual act dimension of sexuality exerted a positive and statistically significant effect on QoL, but with a weak magnitude. This means that increasing sexual activity in old age has beneficial effects on increasing the QoL of elderly people. There are no other effects studies to compare these results. The investigation³³ that most closely matched this study used correlation analysis and identified that all dimensions of sexuality were significantly correlated with the QoL of elderly participants. The authors found positive correlations between the sexual act and affective relationships with all facets of QoL, highlighting the facet intimacy, which had the highest correlation coefficient, both for the sexual act dimension ($p=0.546$; $p<0.001$) and for affective relationships ($p=0.592$; $p<0.001$). This means that these variables have a directly proportional behavior, that is, the increase in affective and sexual experiences is correlated to the increase in QoL.³³

In fact, sexuality is directly related to the perception of QoL, whose concept involves not only the health situation of the elderly person, but covers his/her image in the physical, psychological and social dimensions.³²

This inference points to the results of this study as something unprecedented, because the dimension of physical and social adversity had a negative, significant and moderate effect on anxiety, and a weak, positive and significant effect on QoL. This dimension assesses whether older people perceive their health as an obstacle to sexual experiences, if there is discomfort with the changes resulting from aging, and if they are afraid of being victims of prejudice due to decisions to experience their sexuality.²³ Therefore, the results of this study show that the effects exerted by better coping with physical and social adversities related to sexuality act to reduce anxiety symptoms and increase older people's perception of QoL.

According to an investigation,³³ the dimension of physical and social adversities was also statistically correlated with all facets of QoL, however, with negative correlations, highlighting the facet of social participation with the highest correlation coefficient ($\rho = -0.339$; $p < 0.001$). These results can be interpreted from the perspective that the increase of such adversities is correlated with the reduction of QoL of the elderly, thus assuming an inversely proportional behavior.³³

It is noteworthy that this study is pioneering in the investigation of the effects of experiences in sexuality on anxiety and QoL of older people. This is a population in constant growth worldwide, which requires preparation of professionals and health services to meet their bio-psychosocial and spiritual needs, which includes experiences in sexuality.

However, it is observed in the care practice that the sexuality of the elderly is not often addressed in health services, which can be seen by the fact that 76.7% of participants in this study have never received guidance on sexuality by health professionals. This may reflect the fragmentation of care, which prioritizes biological aspects and ignores the need for holistic care.

It is informed that this modality of assistance to the elderly people must be restructured to contemplate all its integrality, mainly in what concerns sexuality, because, according to a Brazilian study,³³ elderly people who receive guidance on sexuality from health professionals have better experiences in sexual and affective aspects, in addition to having better QoL and better ability to cope with physical and social adversities related to sexuality. Finally, it is noteworthy that, due to the importance of sexuality in the lives of the elderly, it is encouraged, even among dependent elderly people,³⁴ who live with some type of dementia¹¹ and in palliative care.³⁵

CONCLUSION AND IMPLICATIONS FOR PRACTICE

Sexuality exerted relevant clinical effects that may subsidize care practices focused on the health of the elderly. Health professionals, especially those belonging to Geriatric Nursing, can invest in sexuality to be worked in group and individual ways, especially in the affective component, since it exerted a strong positive effect on QoL, besides physical and social adversity, which exerted a moderate negative effect on anxiety.

Thus, some implications for practice can be drawn from these results. First, it concerns the appreciation and encouragement of affection among the elderly, which proved to be much more valued and experienced by the participants of this study. Furthermore, it is necessary that health professionals create strategies to help them face the physical and social adversities that hinder their experiences of sexuality. The use of groups can be an effective strategy, because it will enable the sharing of experiences and, consequently, the perception that the feelings are common to other people of the same age. As a result, the prejudices and feelings of shame that exist among the elderly about the theme will be weakened.

It is noteworthy that this study has limitations. The first limitation concerns the non-probabilistic design and, therefore, the impossibility of generalizing the results. The second limitation refers to the selection of elderly people restricted to those who have access to the internet and in only one social network. Nevertheless, this study contributes by providing current and unprecedented evidence that ratifies the permanence of sexual desires in old age, in addition to the relevant clinical effects that sexuality exerted on anxiety and QoL of the elderly. Given this, the data can be used for the development of public policies and local actions to stimulate sexuality in old age as an innovative strategy to promote and protect the health and QoL of the elderly.

It is suggested that further research on the theme be developed, especially investigations with a longitudinal and/or experimental design, which really analyze sexuality and its influence on the several variables that make up the elderly person. It is also suggested that, in the fields of professional activity, especially in primary care, *in loco* intervention studies be developed to identify, in more depth, the needs of the elderly and even create devices that direct the assistance in sexuality to this population group.

FINANCIAL SUPPORT

This work was carried out with the support of the *Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)* - Funding Code 001. Beneficiary: Edison Vitório de Souza Júnior. Doctorate Scholarship.

AUTHOR'S CONTRIBUTIONS

Study design. Edison Vitório de Souza Júnior. Namie Okino Sawada.

Data acquisition. Edison Vitório de Souza Júnior. Namie Okino Sawada.

Data analysis. Lais Reis Siqueira. Benedito Fernandes da Silva Filho. Ângelo Bomfim Chaves. Jailton Silva dos Santos. Caroline Araújo Guedes.

Interpretation of the results. 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.

Writing and critical revision of the manuscript. 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.

Approval of the final version of the article. 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.

Responsibility for all aspects of the content and integrity of the published article. 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.

Sexuality, anxiety and quality of life

Souza Júnior EV, Siqueira LR, Silva Filho BF, Chaves AB, Santos JS, Guedes CA, Sawada NO

ASSOCIATE EDITORCristina Lavareda Baixinho **SCIENTIFIC EDITOR**Marcelle Miranda da Silva **REFERENCES**

- 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/2003/10.741.htm
- 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.
- 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>
- 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>
- 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
- 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>.
- 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://revistafacessa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/282/183>
- Nonato AAMPL, Sassaki 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>.
- 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>
- 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>.
- 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>.
- 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>.
- 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>.
- 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>.
- Maximiano-Barreto MA, Femoseli 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>.
- 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.
- 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.
- 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>.
- 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.
- 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>.
- 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.
- 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.
- 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>
- 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>.
- 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.
- Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. 3rd ed. New York: The Guilford Press; 2012. 445 p.
- Wang J, Wang X. Structural equation modeling : applications using Mplus. United Kingdom: John Wiley & Sons; 2012. <http://dx.doi.org/10.1002/9781118356258>.
- Hooper D, Coughlan J, Mullen M. Structural equation modelling: guidelines for determining Model Fit. *Electron J Bus Res Methods*. 2008;6(1):53-60.
- 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>.
- 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>.
- 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.
- 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.

7.5 CAPÍTULO 5

Título: Effects of Sexuality on Family Functionality and Quality of Life of Elderly People: A Cross-Sectional Study

Status: Publicado

Carta de aceite: Apêndice E

Periódico: Revista Cuidarte

Modelo de avaliação: Revisão por pares

Modelo de publicação: Acesso aberto

International Standard Serial Number (ISSN): 2216-0973

Journal Citation Reports (JCR): 0,22


SCImago Journal & Country Rank (SJR): Não possui

Indexação: Scopus, SciELO, dentre outras bases

Idiomas de publicação: Português e inglês

Citação: SOUZA JÚNIOR, Edison Vitório de Souza Júnior et al. Effects of Sexuality on Family Functionality and Quality of Life of Elderly People: A Cross-Sectional Study **Revista Cuidarte**, v.13, v.1, p.e2296, 2022. DOI: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.2296>

Propriedade intelectual

 A Revista Cuidarte está licenciada sob uma atribuição Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0). A licença pode ser acessada no seguinte link: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

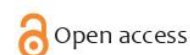
Esse capítulo foi construído em resposta aos seguintes tópicos:

HIPÓTESE: A sexualidade possui efeitos forte e positivo sob a funcionalidade familiar de pessoas idosas

OBJETIVO: Analisar os efeitos das vivências em sexualidade sob a funcionalidade familiar e qualidade de vida de pessoas idosas

Effects of Sexuality on Family Functionality and Quality of Life of Elderly People: A Cross-Sectional Study

Research Article



Efectos de la Sexualidad Sobre la Funcionalidad Familiar y la Calidad de Vida de las Personas Mayores: Un Estudio Transversal

Efeitos da Sexualidade na Funcionalidade Familiar e na Qualidade de Vida de Pessoas Idosas: Estudo Transversal

How to cite this article:

Souza Júnior, Edison Vitório de; Silva Filho, Benedito Fernandes da; Cruz, Diego Pires; Rosa, Randson Souza; Cairo, Gabriel Magalhães; Silva, Cristiane dos Santos; Siqueira, Lais Reis; Sawada, Namie Okino. Efeitos da Sexualidade na Funcionalidade Familiar e na Qualidade de Vida de Pessoas Idosas: Estudo Transversal. *Revista Cuidarte*. 2022;13(1):e2296. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.2296>

Highlights

- The literature already points out that the family is often the main obstacle that prevents the old people from experiencing their sexuality at the national and international level.
- Receiving guidance on sexuality by health professionals was statistically associated with better experience of affective relationships and better QoL.
- The more the elderly deepen in their affective relationships regarding their sexuality, the better the family functionality, demonstrating a positive effect between these two variables.
- The experiences of sexuality benefit the QoL of this age group and, therefore, it is necessary that health professionals conduct health consultations holistically.

Revista Cuidarte

Rev Cuid. Ene - Abril 2022; 13(1): e2296
<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.2296>



E-ISSN: 2346-3414

- Edison Vitório de Souza Júnior¹
- Benedito Fernandes da Silva Filho²
- Diego Pires Cruz³
- Randson Souza Rosa⁴
- Gabriel Magalhães Cairo⁵
- Cristiane dos Santos Silva⁶
- Lais Reis Siqueira⁷
- Namie Okino Sawada⁸

- 1 Universidade de São Paulo (EERP/USP), Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Email: edison.vitorio@usp.br Autor de correspondência
- 2 Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia, Brasil. Email: ditofilho13@gmail.com
- 3 Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia, Brasil. Email: diego_pacruz@hotmail.com
- 4 Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia, Brasil. Email: enfrandson@gmail.com
- 5 Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia, Brasil. Email: leirbag_@hotmail.com
- 6 Universidade Norte do Paraná (UNOPAR), Jequié, Bahia, Brasil. Email: cristianeimic@gmail.com
- 7 Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL), Alfenas, Minas Gerais, Brasil. Email: laisreis.siqueira@gmail.com
- 8 Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL), Alfenas, Minas Gerais, Brasil. Email: namie.sawada@unifal-mg.edu.br

Abstract

Introduction: the literature already points out that the family is often the main obstacle that prevents elderly people from experiencing their sexuality. However, there are no studies that identify the effects of sexuality on family functioning. **Objective:** analyzing the effects of sexuality on family functionality and on the quality of life of the elderly. **Materials and methods:** a cross-sectional study conducted with 692 elderly people between the months of July and October 2020 by self-administered instruments. Data were analyzed using the Kruskal-Wallis test, Pearson correlation and structural equation modeling. **Results:** the elderly with some degree of family dysfunction had a worse experience in sexuality and a worse quality of life. The affective relationships domain of sexuality was the only one to exert a positive effect, from moderate to strong magnitude on family functionality (PC=0.472 [CI95%=0.301-0.642] p<0.001). Quality of life, in turn, had a positive effect, from weak to moderate magnitude, in all domains of sexuality: sexual act (PC=0.339 [CI95%=0.190-0.488] p<0.001); affective relationships (PC=0.117 [CI95%= -0.041-0.275] p<0.001) and physical and social adversities (PC=0.150 [CI95%=0.074-0.226] p<0.001). **Conclusion:** sexuality among the elderly can be explored more frequently in health services, as it exerted positive effects on family functionality and quality of life in this population. It is expected that with the results of this study, there is an appreciation of the theme in care services and that sexuality in old age is explored with the elderly, especially in primary health care.

Keywords: Public Health; Health of the Elderly; Comprehensive Health Care; Sexuality; Family Relations.

Received: June 23th, 2021
Accepted: November 19th, 2021
Published: March 30th 2022

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

Efectos de la Sexualidad Sobre la Funcionalidad Familiar y la Calidad de Vida de las Personas Mayores: Un Estudio Transversal

Resumen

Introducción: la literatura ya señala que la familia es muchas veces el principal obstáculo que impide que las personas mayores experimenten su sexualidad. Sin embargo, hasta donde sabemos, no existen estudios que identifiquen los efectos de la sexualidad en el funcionamiento familiar.

Objetivo: analizar los efectos de la sexualidad sobre la funcionalidad familiar y la calidad de vida de las personas mayores. **Materiales y métodos:** un estudio transversal realizado con 692 adultos mayores entre los meses de julio y octubre de 2020 utilizando instrumentos autoadministrados. Los datos se analizaron mediante la prueba de *Kruskal-Wallis*, la correlación de *Pearson* y el modelado de ecuaciones estructurales. **Resultados:** los ancianos con algún grado de disfunción familiar tuvieron peor experiencia en sexualidad y peor calidad de vida. El dominio de las relaciones afectivas de la sexualidad fue el único que ejerció un efecto positivo, de moderada a fuerte magnitud acerca de la funcionalidad familiar (CP = 0,472 [IC95% = 0,301-0,642] p <0,001). La calidad de vida, a su vez, tuvo un efecto positivo, de débil a moderada magnitud, en todos los dominios de la sexualidad: acto sexual (CP = 0,339 [IC95% = 0,190-0,488] p <0,001); relaciones afectivas (CP = 0,117 [IC95% = -0,041-0,275] p <0,001) y adversidades físicas y sociales (CP = 0,150 [IC95% = 0,074-0,226] p <0,001).

Conclusión: la sexualidad entre los adultos mayores puede ser explorada con mayor frecuencia en los servicios de salud, ya que ejerció efectos positivos acerca de la funcionalidad familiar y la calidad de vida en esta población. Se espera que, con los resultados de este estudio, se aprecie la temática en los servicios de atención y que se explore la sexualidad en la vejez con los ancianos, especialmente en la atención primaria de salud

Palabras-clave: Salud Pública; Salud del Anciano; Atención Integral de Salud; Sexualidad; Relaciones Familiares.

Efeitos da Sexualidade na Funcionalidade Familiar e na Qualidade de Vida de Pessoas Idosas: Estudo Transversal

Resumo

Introdução: a literatura já aponta que a família, muitas vezes, é o principal obstáculo que impede as pessoas idosas vivenciarem sua sexualidade. Porém, até onde sabemos, não existem estudos que identifiquem os efeitos da sexualidade na funcionalidade familiar. **Objetivo:** analisar os efeitos da sexualidade sobre a funcionalidade familiar e sobre a qualidade de vida pessoas idosas. **Materiais e métodos:** estudo seccional realizado com 692 pessoas idosas entre os meses de julho e outubro de 2020 por meio da utilização de instrumentos autoaplicáveis. Os dados foram analisados com o teste de *Kruskal-Wallis*, correlação de *Pearson* e modelagem de equações estruturais. **Resultados:** as pessoas idosas com algum grau de disfuncionalidade familiar apresentaram pior vivência na sexualidade e pior qualidade de vida. O domínio relações afetivas da sexualidade foi o único a exercer efeito de forma positiva, de moderada a forte magnitude com a funcionalidade familiar (CP=0,472 [IC95%=0,301-0,642] p<0,001). A qualidade de vida, por sua vez, sofreu efeito positivo, de fraca a moderada magnitude, de todos os domínios da sexualidade: ato sexual (CP=0,339 [IC95%=0,190-0,488] p<0,001); relações afetivas (CP=0,117 [IC95%= -0,041-0,275] p<0,001) e adversidades física e social (CP=0,150 [IC95%=0,074-0,226] p<0,001). **Conclusão:** a sexualidade entre as pessoas idosas pode ser explorada com maior frequência nos serviços de saúde, uma vez que exerceu efeitos positivos na funcionalidade familiar e na qualidade de vida dessa população. Espera-se que com os resultados deste estudo haja valorização da temática nos serviços assistenciais e que a sexualidade na velhice seja explorada com as pessoas idosas, especialmente na atenção primária à saúde.

Palavras-chave: Saúde Pública; Saúde do Idoso; Assistência Integral à Saúde; Sexualidade; Relações Familiares.

Introduction

It is estimated worldwide that the elderly population will double by 2050. In Brazil, according to epidemiological monitoring, the aging process is happening faster when compared to Europe at the beginning of the demographic transition. This process also has an influence on the family, since there are changes in the family constitution, such as the mutual aging of all members and other factors of imbalance and disharmony among its members¹.

According to the social evolution that has been happening in recent years, the concept of family has also undergone changes, which has made some components such as organizational, structural, cultural and religious emerge, making it difficult to understand. However, it is known that the family plays a key role in society and, especially, the elderly, noting the function related to affection, belonging, support and protection. It is a complex and unique institution in which existing interactions must be explored because the actions of only one member have the power to involve the whole group².

The functioning of a family is defined in which members manage routines and daily functions, communicate and emotionally relate to each other³⁻⁵. It is a complex phenomenon that specifies the structural and organizational characteristics of a family group and the interaction between its members⁵. In this perspective, there are functional (mature) and dysfunctional (immature) family systems⁶.

The functional family system can respond to critical conflicts and events with a certain emotional balance; there is problem solving without harmonic destructuring and without overload between the limbs⁶. In general, the functional family is represented by the ability of members to fulfill and reconcile their functions in a clear and appropriate way to the identity and vocation of its members, regarding the dangers and opportunities that stand out in society⁷. In the dysfunctional family, there is prioritization of personal interests to the detriment of the group and there is no accountability of their roles within the system. Moreover, interpersonal relationships are superficial and intractable, there is rarely a problem-solving capacity of critical situations, members do not adapt according to situations and there is no readjustment of roles, when necessary, which causes disharmony in the family system⁶.

Conviviality and family support are essential factors for the promotion of active aging. It is emphasized that the adaptation and coexistence of the elderly with their families have an influence on their development in general¹. Nevertheless, aging is a challenge¹ and innovative strategies of a natural nature are required that can be beneficial for the psychosocial health of the elderly. The healthy experience of sexuality is cited as an example. Sexuality is defined as a term that reflects the multidimensionality of individual expression regarding feelings, love, touch, intimacy, affection, companionship, embrace, affection, including the sexual act itself. It is observed that we cannot reduce sexuality to sex, since it is a broader construct characterized by feelings, thoughts and cognition⁸⁻¹⁰.

The literature already points out that the family is often the main obstacle that prevents the old people from experiencing their sexuality at the national and international level. For example, according to Brazilian studies¹¹⁻¹², the family contributes to the strengthening and reproduction of prejudices about sexuality in old age, culminating in the suppression of desires by the elderly

and submission to the socio-family system. Moreover, another study¹³ developed with older people in Malaysia identified that the family ignores the reality that their support acts as a protective factor against the lack of intimacy in old age, especially in the sexual aspect.

Finally, a review study¹⁴ developed by an Indian author revealed that the family begins to express stigmatizing attitudes towards its elderly members, so that their desires and/or desires in sexuality, especially sexuality, become impaired. Likewise, since 1999, Ribeiro¹⁵ has stated that "as a family, children are generally the first to deny their parents' sexuality...".

It is noted through these surveys that there are several studies conducted that consider the relationship between the family and the sexuality of its elderly members. However, they all consider the family as an independent variable, identifying the impact of the family on experiences in sexuality. In our study, the independent variable is sexuality, because we want to investigate the effects of these experiences on family functionality, a relationship that is scarce in scientific circles therefore, the development of this research is justified.

Studies have shown that sexuality among the elderly constitutes a basic human need¹⁶, making it essential for the maintenance of health¹⁶, well-being¹⁷ and quality of life (QoL)¹⁸⁻²⁰. QoL involves the perception of the individual in relation to all aspects that are part of his life, that is, it reflects the harmony of achievements in various dimensions of his routine such as family, spirituality, leisure, sexual activity, work, among others²¹. It is a subjective and multidimensional term considered as a health indicator whose potentialities strengthen and stimulate care actions for its promotion²²⁻²³.

The World Health Organization (WHO) defines QoL as "the individual's perception of their position in life, in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns"²⁴. It is emphasized that this reference will be adopted in this study to support the discussion about QoL. Our hypothesis is that the best experience of sexuality is associated with a functional family system and a better perception of QoL among the elderly, besides that sexuality has a strong and positive effect on family functionality and QoL of this population. If statistical significance is confirmed, this study may serve as a basis for us to begin to adopt new strategies for promoting and protecting the health of the elderly with a focus, especially on sexuality. Therefore, the aim of this study was to analyze the effects of sexuality on family functionality and on the quality of life of the elderly.

Materials and Methods

This is an analytical, descriptive, observational and cross-sectional study conducted according to the recommendations of the Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) checklist. The study was developed online through the Facebook Social Network between July and October 2020.

The sample was calculated considering a sampling error of 5%, confidence level of 95%, conservative proportion of 50% and adjustment for infinite population, resulting in a minimum sample of 385 participants. However, due to the possibility of losses and insufficient completion of the questionnaires, more than 70% (n=307) were added to the calculation, which resulted in a final sample of 692 participants. According to Facebook's estimates during the collection period, there were 3,200,000 (three million and two hundred thousand) eligible for the study.

The following inclusion criteria were considered: participants aged 60 or older; of both sexes; married, in a stable union or with a fixed partner; community residents from anywhere in Brazil; with internet access and with active account on the Facebook Social Network. All hospitalized elderly, residents of long-term or similar institutions were excluded from the study. Because users are active in social networks and have skills with technological resources that guarantee access to these networks (mobile, laptop, computer and/or tablet), the application of instruments that assess cognitive status was dispensed with.

The researchers created a Facebook page in which an invitation to participate was published that contained information about the institution of bonding, contact of the responsible researchers, inclusion criteria and a hyperlink of direct access to the questionnaire, configuring itself as a sampling technique of the consecutive non-probabilistic type.

The questionnaire was elaborated with the Google-Forms tool and organized in four surveys: biosociodemographic, sexuality, family functionality and QoL. Only instruments with 100% completion were considered eligible for the analysis. In addition, it is emphasized that in this study all participants answered all the questions requested.

Before accessing the questionnaire, the participant was directed to an exclusive page for the Reading of the Free and Informed Consent Form (FICF). At the end of the reading, the participants clicked on the option "I accept to participate in the study" available in the informed footer of the FICF. This process was mandatory and only those who accepted participation had access to the instruments.

The biosociodemographic survey was elaborated by the researchers and contained questions that allowed to trace the profile of participants such as age group, gender, marital status, religion, ethnicity, schooling, number of children, sexual orientation, orientation on sexuality and geographic location.

The sexuality survey contained the questions of the Scale of Affective and Sexual Experiences of the Elderly (EVASI) constructed and validated in Brazil in 2012²⁵. The EVASI is a psychometric scale composed of 38 items and three dimensions: sexual act, affective relationships and physical and social adversities, whose answers are Likert type, ranging from 1 (never) to 5 points (always)²⁵. There is no cut-off point for this instrument and its analysis is whereby, the higher the score, the better the elderly are experiencing sexuality. The EVASI Scale has satisfactory reliability, reaching a Cronbach's alpha of 0.96 for the sexual act; 0.96 for affective relationships and 0.71 for physical and social adversities²⁵.

The family functionality survey was elaborated through the family APGAR instrument validated for the Brazilian population in 2001²⁶. The APGAR acronym refers to Adaptation, Partnership, Growth, Affection and Resolve. It is an instrument composed of five questions capable of assessing the satisfaction of participants with the family support received. Questions are scored at 2 points (always), 1 point (sometimes) and 0 point (never). The result can be interpreted as follows: functional family (7 to 10 points), mild dysfunction (4 to 6 points) and severe dysfunction (0 to 3 points)²⁷. The family APGAR instrument demonstrated good internal consistency using Cronbach's alpha in the value of 0.80²⁸.

The QoL survey was structured with the World Health Organization Quality of Life - Old (WHOQOL-Old) instrument, validated and adapted for the Brazilian population. The WHOQOL-Old is specific to assess the QoL of the elderly population, it is composed of 24 items that are distributed in six facets: sensory abilities; autonomy; past, present and future activities; social participation; death and death and intimacy²⁹. This instrument has no cutoff point, and the results are interpreted on an upward scale in which the highest score indicates better QoL perception and, consequently, lower scores indicate worse QoL. Responses can achieve a total score of 24 to 100 points and are organized on a Likert scale (1 to 5)³⁰. The WHOQOL-Old also demonstrated satisfactory internal consistency through Cronbach's coefficients ranging from 0.71 to 0.88²⁹.

It is noteworthy that, before the participants began to respond to the surveys, the e-mail was required in a mandatory way to avoid multiple completion by the same participant and, thus, reduce the chances of vice scans. Nevertheless, the authors used the posting boosting strategy monthly. This is an option available on Facebook that allowed the expansion of the dissemination of the invitation to the entire Brazilian territory, providing an increase in likes, shares and engagements in the post. Thus, the range of the sample size determined was achieved.

After verifying the nonnormality of our data³¹ by the *Kolmogorov-Smirnov* test ($p < 0.05$), the nonparametric statistic represented by the Kruskal-Wallis test was used, because there were only variables with more than two categories. The significance level adopted was 95% ($p < 0.05$) for all analyses in the IBM SPSS[®] statistical software version 25. The qualitative variables were presented by means of absolute and relative frequencies and quantitative variables were presented by means of median and interquartile interval (IQI).

Nevertheless, the correlation matrix was evaluated so that one could know the paths (relationships) to be traced in the second stage of the analysis, the structural equation modeling (SEM), performed by the statistical software STATA version 15. The model was then constructed, composed of two latent variables: quality of life, formed by statistically significant domains and family functionality, consisting of the domains of the family APGAR; and by three observable variables: dimensions of EVASI. The results were presented together with their standardized coefficients (PC) and 95% confidence intervals (95% CI), being interpreted according to Kline (2012)³², where a PC of 0.10 indicates a small effect of 0.30 an average effect and > 0.50 a strong effect. It is emphasized that, although the study is cross-sectional, the analysis through SEM allows the detection of effects from one variable under the other.

The following model adjustment indexes were considered: the Comparative Fit Index (CFI) and the Tucker-Lewis index (TLI), with values closer to 1 indicating better fit³³; standardized root mean square residual (SRMR), with a value lower than 0.08 considered a good fit and less than 0.10 acceptable^{32,34}; Root-Mean-Square Error of Approximation (RMSEA), with its 90% confidence interval (CI90%), whose interpreted values are: (0 = perfect fit); (< 0.05 = good fit); (0.05–0.08 = moderate adjustment); (0.08–0.10 = mediocre fit) and (> 0.10 = inadequate adjustment)³⁵; and the Adjusted Goodness-of-Fit Index (AGFI) that varies between 0 and 1 and it is generally accepted that values of 0.90 or higher indicate well-adjusted models³⁶.

Considering the ethical aspects of Resolution 466/2012 and 510/2016 of the National Health Council, this study was approved by the Research Ethics Committee of the Ribeirão Preto

School of Nursing of the University of São Paulo in 2020 under Opinion N 4,319,644. In addition, participants received the second way of the Informed Consent form by email, after reading and knowing the risks, benefits and relevance of the study.

Results

Among the participants, there was a predominance of elderly males (59.0%; n=408), aged between 60 and 64 years (48.0%; n=332), Catholics (54.3%; n=376), self-declared white (67,5%; n=467), with higher education (39.7%; n=275), married (63.6%; n=440), living with their spouse for a time longer than 20 years (62.4%; n=432), heterosexual (87.0%; n=602), living in the southeast (44.8%; n=310), who do not live with their children (67.2%; n=465) and who never received guidance on sexuality by health professionals (78.8%; n=545). Moreover, it was observed that most of the elderly live in a functional family system (60.5%; n=419), followed by mild dysfunction (30.5%; n=211) and severe dysfunction (9.0%; n=62).

Table 1 shows that there was a statistically significant difference between the Catholic and Spiritist elderly in two dimensions of sexuality: sexual act ($p=0.023$) and affective relationships ($p=0.020$), in addition to QoL ($p=0.006$), thus indicating that the Spiritist elderly better experience their sexuality and have better QoL when compared to Catholics. Another important finding was that the elderly with a fixed partner better experience their sexuality in all dimensions evaluated when compared to the elderly married and in stable union, verified by Bonferroni's post-hoc.

The time of coexistence was another variable that was statistically associated with all dimensions of sexuality, in addition to family functionality and QoL. However, Bonferroni's post-hoc did not show significance between these last two variables analyzed. The results indicate that the elderly living with their spouses for a period of less than five years differ statistically from those who have more than 20 years of coexistence in the dimensions of sexual act ($p<0.001$) and affective relationships ($p<0.001$).

Living with children differed statistically from the elderly who do not have children. This difference can be observed in the dimensions sexual act ($p=0.004$) and affective relationships ($p=0.014$), in which it is noted that the elderly who do not have children experience such dimensions better. Moreover, the elderly who have children, but do not live together, have better family functionality when compared to the elderly who do not have children ($p=0.032$).

Receiving guidance on sexuality by health professionals was statistically associated with better experience of affective relationships ($p=0.0380$) and better QoL ($p=0.001$). Finally, about sexual orientation, gay elderly have better experience in sexual intercourse ($p=0.049$), but statistical significance did not remain after Bonferroni's post-hoc application. Moreover, the heterosexual elderly differed statistically in affective relationships ($p=0.002$) and QoL ($p=0.028$), when compared to the elderly with other sexual orientations.

Table 1. Analysis of biosociodemographic variables with sexuality, family functionality and QoL of the elderly. Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil, 2020 (n=692)

Variables	Sexuality			Family functionality	QoL general
	sexual Act	Affective relationships	Physical and social adversities		
	Medium posts				
Religion					
Catholic	327.82 [†]	326.99 [†]	334.39	351.79	332.02 [†]
Protestant	365.44	360.44	336.99	328.83	333.36 [†]
Spiritist	405.69 [†]	409.25 [†]	386.86	402.19 [†]	426.69 [†]
African origins	414.81	394.96	315.00	317.69	309.04
Other	340.38	358.04	337.26	321.65	348.80
No religion	343.71	338.04	394.65	299.08 [†]	352.26 [†]
P-value	0.023*	0.020*	0.099	0.027*	0.006*
Marital status					
Married	304.76 ^{†‡}	312.22 ^{†‡}	330.78 [†]	357.83	333.30
Stable union	393.05 [†]	390.07 [†]	362.26	342.55	371.57
Stable partner	444.49 [†]	421.88 [†]	385.09 [†]	311.62	367.62
P-value	<0.001*	<0.001*	0.015*	0.063	0.071
Time of coexistence					
≤ 5 Years	451.52 [†]	432.33 [†]	382.27	318.87	376.88
Between 6 and 10	413.44 [†]	399.31 [†]	409.68 [†]	388.35	399.31
Between 11 and 15	340.24	339.77	312.19	280.38	354.41
Between 16 and 20	359.45	340.52	335.52	296.20	336.49
> 20 years	308.18 ^{†‡}	317.29 ^{†‡}	332.13 [†]	358.94	331.14
P-value	<0.001*	<0.001*	0.009*	0.007*	0.046*
Lives with children					
Yes	347.87 [†]	334.91 [†]	337.77	334.19	333.37
No	337.75 [†]	344.07 [†]	346.85	357.12 [†]	349.66
Does not have any children	452.33 ^{†‡}	439.32 ^{†‡}	388.36	274.72 [†]	375.32
Valor p	0.004*	0.014*	0.373	0.032*	0.430
Has had guidance on sexuality					
Yes	364.88	376.77	355.42	393.30	364.51
No	341.54	338.33	344.09	333.88	341.64
P-value	0.209	0.038*	0.539	0.218	0.001*
Sexual orientation					
Heterosexual	352.59	356.20 [†]	351.92	352.70	354.67 [†]
Gay	400.54	373.92	385.38	268.71	354.42
Bisexual	255.00	210.54	351.63	284.46	292.88
Other	297.79	277.75 [†]	289.02	315.37	280.32 [†]
P-value	0.049*	0.002*	0.092	0.151	0.028*

* Statistical significance by *Kruskal-Wallis test* ($p < 0.05$)

^{†, ‡} Differences between groups by *Bonferroni post-hoc*

According to [Table 2](#), it is observed that the elderly with some degree of family dysfunction (mild or severe) presented the lowest medians in all dimensions of sexuality and QoL, when compared with the elderly belonging to the functional family. About the general evaluation of sexuality, it is noted that there is a better experience of affective relationships [75.00 (65.00-81.00)]. For QoL, sensory abilities presented the highest median [81.25 (68.75-93.75)], indicating that the elderly have better QoL in this facet.

Table 2. Sexuality and QoL of the elderly according to the classification of family functionality. Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil, 2020 (n=692)

Variables	Family functionality			p-value	Evaluation General Median (IQI)
	Dysfunction Severe	Dysfunction Lightweight	Functional		
	Median (IQI)	Median (IQI)	Median (IQI)		
Sexuality					
AS	63.00 (50.75-78.00)	72.00 (60.00-80.00)	76.00 (68.00-81.00)	<0.001*	74.00 (64.00-80.00)
RA	62.00 (44.75-78.25)	72.00 (59.00-80.00)	77.00 (69.00-82.00)	<0.001*	75.00 (65.00-81.00)
AFS	10.00 (7.00-12.00)	10.00 (9.00-12.00)	11.00 (9.00-13.00)	<0.001*	11.00 (9.00-13.00)
Quality of life					
HS	78.12 (67.18-93.75)	75.00 (62.50-93.75)	81.25 (68.75-93.75)	<0.008*	81.25 (68.75-93.75)
AUT	50.00 (37.50-68.75)	62.50 (50.00-75.00)	75.00 (56.25-81.25)	<0.001*	68.75 (56.25-75.00)
APPF	50.00 (37.50-64.06)	62.50 (50.00-75.00)	75.00 (62.50-81.25)	<0.001*	68.75 (56.25-81.25)
PS	50.00 (35.93-68.75)	62.50 (50.00-75.00)	75.00 (62.50-81.25)	0.001*	68.75 (56.25-75.00)
MM	68.75 (43.75-93.75)	68.75 (43.75-87.50)	75.00 (50.00-87.50)	0.025*	75.00 (50.00-87.50)
INT	53.12 (31.25-70.31)	68.75 (56.25-75.00)	75.00 (68.75-87.50)	<0.001*	75.00 (62.50-81.25)
QVG	57.81 (46.87-68.75)	64.58 (56.25-72.91)	75.91 (64.58-81.25)	<0.001*	68.75 (59.63-79.16)

*Statistical significance for the *Kruskal-Wallis test* ($p < 0.05$)

AS: sexual act; AR: affective relationships; AFS: physical and social adversities; HS: sensory abilities; AUT: autonomy; APPF: past, present and future activities; PS: social participation; MM: death and dying; INT: intimacy; QVG: General QoL

The correlations between QoL, family functionality and sexuality are positive and significant in their entirety, except for the relationship between physical and social adversities and family functionality and intimacy, as observed in [Table 3](#).

Table 3. Pearson's correlation coefficient (r) among sexuality, QoL and family functionality. Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil, 2020 (n=692)

	Sexualidade					
	Ato sexual		Relações afetivas		Adversidades física e social	
	r	p	r	p	r	p
DOM 2	0,411	<0,001	0,424	<0,001	0,102	<0,001
DOM 3	0,378	<0,001	0,384	<0,001	0,166	<0,001
DOM 4	0,317	<0,001	0,297	<0,001	0,151	<0,001
DOM 6	0,582	<0,001	0,631	<0,001	0,149	>0,05
APGAR	0,334	<0,001	0,409	<0,001	0,06	>0,05

DOM 2 - Autonomy; DOM 3 - Past, present and future activities; DOM 4 - Social Participation; DOM 6 - Intimacy

The analysis of the measurement components of the model allowed us to verify that, for the latent QoL, only the domains autonomy (DOM 2), past, present and future activities (DOM 3) and social participation (DOM 4), presented satisfactory factor load to be maintained in the model. For family functionality, only the observable APGAR_1 and APGAR_4. The APGAR_1 refers to how satisfied the elderly are in being able to turn to their families for help when something bothers or worries them. The APGAR_4 refers to how satisfied the elderly are with the way in which the family shows affection and reacts to their emotions such as hurt, love, and anger. These variables, together with the three dimensions of sexuality (EVASI), comprised the measurement model proposed here, as shown in Figure 1. Note the adequacy of all RMSEA adjustment indices [0.045 (95%CI 0.02-0.06)], CFI (0.987) and SRMR (0.02).

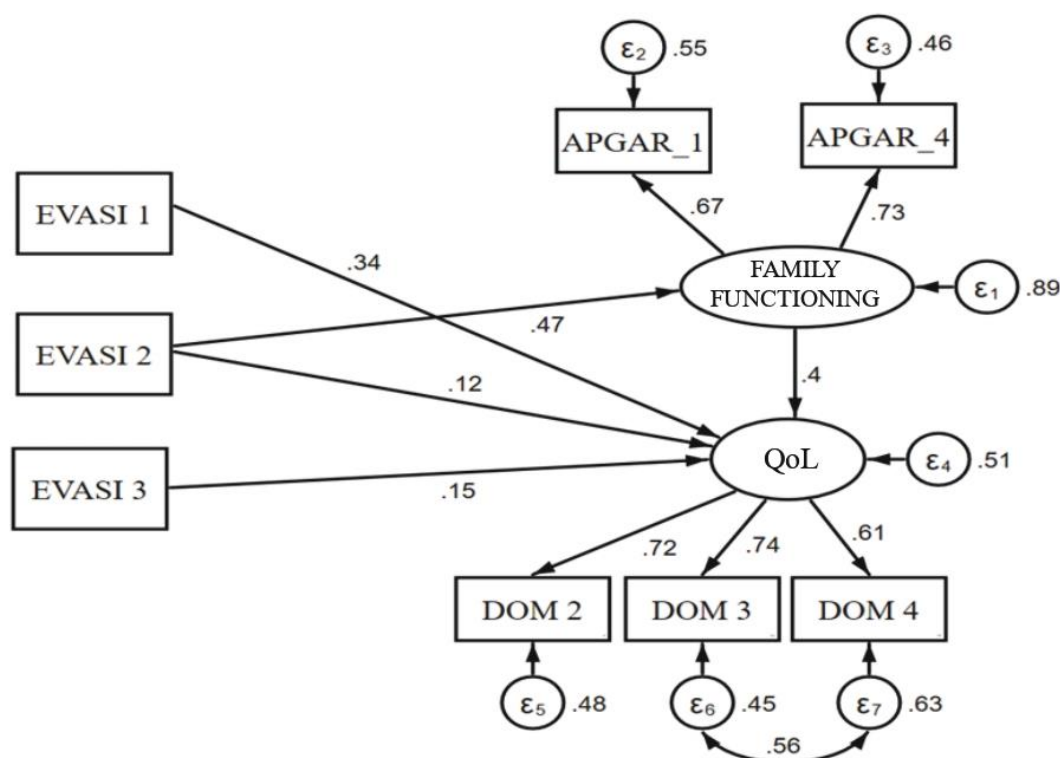


Figure 1. Structural equation model for sexuality, quality of life and family functionality. Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil, 2020

As for the effects, table 4 shows that the domain "affective relationships" (EVASI 2) was the only one to be positively related, from moderate to strong with family functionality. QoL, in turn, has suffered a positive effect, from weak to moderate, from all areas of sexuality, as well as to family functionality.

Table 4. Standardized coefficients (PC) of structural equation modeling among Family Functionality, Sexuality and QoL. Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil, 2020 (n=692)

	PC	CI 95%	p
Measurement model			
APGAR 1 ← Functionality	0.669	0.582 – 0.754	<0.001
APGAR 4 ← Functionality	0.715	0.644 – 0.822	<0.001
DOM 2 ← QoL	0.722	0.663 – 0.781	<0.001
DOM 3 ← QoL	0.742	0.682 – 0.801	<0.001
DOM 4 ← QoL	0.611	0.543 – 0.680	<0.001
Structural Model			
Functionality ← EVASI 2	0.472	0.301 – 0.642	<0.001
QoL ← Functionality	0.403	0.306 – 0.500	<0.001
QoL ← EVASI 1	0.339	0.190 – 0.488	<0.001
QoL ← EVASI 2	0.117	-0.041 – 0.275	<0.001
QoL ← EVASI 3	0.150	0.074 – 0.226	<0.001

DOM 2 - Autonomy; DOM 3 - Past, present and future activities; DOM 4 - Social Participation; DOM 6 - Intimacy; EVASI 1 - Sexual act; EVASI 2 - Affective Relations; EVASI 3 - Physical and social adversities.

Discussion

Most of the participants in this study live in a functional family system (60.5%; n=419), followed by mild dysfunction (30.5%; n=211) and severe dysfunction (9.0%; n=62), corroborating other Brazilian studies conducted with the elderly¹ and with some caregivers of elderly older than 60 years³⁷ who also identified this same proportionality regarding family functionality assessed with the same instrument.

It was also observed that the Spirits elderly better experience their sexuality in the dimensions of sexual act and in affective relationships, besides having better QoL when compared to the Catholic elderly. These results can be justified, in part, by conservatism in relation to sexuality prevailing in Catholicism. It is noteworthy that religion is considered one of the main barriers that hinder the experiences of sexuality, especially in old age, in which the sexual act, for example, is considered impure and unworthy³⁸. Corroborating this inference, a Brazilian study³⁹ developed with 241 elderly people in the State of Pernambuco revealed that those adherents to Catholicism and Protestantism demonstrated more conservative attitudes regarding sexuality in old age.

Another important finding was that the elderly with a fixed partner better experience their sexuality in all the dimensions evaluated. In this study, the elderly with a steady partner are those who are not married and are not in a stable union but maintain intimate relationships with a specific person. In this sense, it was expected that married elderly people would have the best scores in the evaluation of sexuality, because marriage is idealized, especially in Brazil, as in a space in which there is greater freedom of intimate expression⁴⁰. This freedom is not observed in the elderly who are not within marriage, because the social burden of prejudices that already affect the elderly and, the inhibit of any expression in sexuality⁴¹, is further strengthened when the elderly are not inserted in the wedding space.

The time that the elderly live with the spouses also presented statistically significant difference. The elderly who live for a period of less than five years have better experience in the dimensions

of sexual act and affective relationships when compared to the elderly who have more than 20 years of coexistence. This finding can be explained by the long time that the spouses remain together and may evolve to a certain state of complier resulting from the routine and monotony developed in daily life⁴², a fact that is not observed, for example, among individuals with little time living with their partners.

It was found in the present study that the elderly who do not have children better experience sexual intercourse and affective relationships. In a way, this result corroborates a cross-sectional investigation⁴³ conducted with 200 Elderly Brazilians from the State of Pará, in which there were reports that the family is an impairment for the experiences of sexuality in the elderly. Another Brazilian study¹¹ with a qualitative approach conducted with older women in the state of Paraná identified that, among others, family oppression makes it difficult for participants to fully experience sexuality. These studies support the results found in the present investigation that the absence of children corroborates so that they can better express their experiences in sexuality.

Another finding of extreme relevance for health care practices is the fact that the elderly who received guidance on sexuality by health professionals showed better experience in affective relationships and better QoL. However, although the benefits of sexuality for health, well-being and QoL⁴⁴ are scientifically recognized, there are obstacles that need to be overcome, especially in the professional-patient relationship.

This is because some studies reveal that, on the one hand, the elderly feel fear, fear and/or shame to ask the health professional about aspects of their sexuality⁴⁵⁻⁴⁶ and, on the other hand, professionals do not question their patients about the theme, either due to lack of training and/or disability during professional training⁴⁷⁻⁴⁸. These evidences may even justify the high rate (78.8%) of elderly who never received guidance on sexuality by health professionals in the present study. Therefore, the elderly assumes, in a way, a position of disadvantage because they do not enjoy the pleasures and benefits that sexuality provides.

This high rate may be related to the detention of conservative attitudes resulting from disability in the training process in addition to the influence of moral and social values present. In this sense, a Brazilian study⁴⁸ developed with nurses from the Family Health Strategy identified that most of these professionals have knowledge about sexuality in old age but have conservative attitudes towards the theme. In addition, 94.6% of the professionals stated that they knew how to guide the old person on issues related to sexuality, however, 75% of them do not perform educational activities on the theme with this public⁴⁸. Thus, the authors emphasize the imprescindibility of implementing permanent educational strategies focused on expanding the knowledge of professionals and, consequently, improving care practices⁴⁸.

This is because according to another Brazilian study⁴⁹ developed with 477 elderlies, it was observed that participants who have ever received guidance on sexuality by some health professional, better experienced their sexuality in both sexual and affective aspects, besides better facing social obstacles to their experience, which reinforces the evidence that empowering health professionals is the best strategy to be made. Also in this perspective, it is also necessary to reorient the processes of nursing education regarding the integrality of care to the health of the elderly, strengthening the articulation between theory and practice, especially with regard to sexuality in old age, that must dialogue with sociocultural aspects in order to achieve holistic,

resolutive care⁴⁸, and free of prejudices and judgments⁵⁰, after all, sexuality in old age is natural, pleasurable and healthy, thus generating well-being to those involved³⁸.

In this study, the model by structural equations indicated that the affective relationships dimension was the only one to be positively related, from moderate to strong to family functionality. This result indicates that the more the elderly deepen in their affective relationships regarding their sexuality, the better the family functionality, demonstrating a positive effect between these two variables.

However, the literature shows barriers between families that hinder the experiences of sexuality by the elderly. In this context, although the family takes a prominent role in encouraging and supporting old age, when it comes to sexuality, there is an intensification of prejudices that culminates in the ridicule and suppression of sexuality in the elderly¹². As a result, the elderly are exposed to stressors that can negatively influence their health, because the suppression of sexuality can accelerate the aging process and cause undesirable impacts on their health⁵¹.

QoL, in turn, has suffered a positive effect, from weak to moderate, on all areas of sexuality. This means that the experiences of sexuality benefit the QoL of this age group and, therefore, it is necessary that health professionals, especially in primary care, conduct health consultations holistically, ensuring aspects of the elderly's sexuality.

Primary care is one of the gateways to health services and is characterized by longitudinality and coordination of care, with educational practices as one of the care technologies frequently adopted, either through individual groups or consultations⁵². Health education focused on sexuality provides social empowerment with important contributions to QoL and a positive view of sexuality in aging. There are currently several active methodologies that can be applied in primary care during educational practices in sexuality in old age. Such methodologies are known to overcome the traditional model that establishes a relationship of passivity to the individual, thus becoming a critical, reflective and participative technology that places students as central agents of their learner⁵².

In this sense, a study⁵³ of action-educational research developed with elderly women identified that this approach was an important care tool, because it allowed to weaken the existing prejudices on the theme, promoted the health of the participants and evidenced new alternatives for care. In addition, the authors reinforce that this methodology has applicability in primary health care to provide emancipatory health care⁵³.

The literature ratifies the direct relationship that exists between sexuality and QoL⁴⁶, in addition to the relevant function over the years lived through new ways of obtaining pleasure, self-knowledge, self-esteem and well-being³⁸. In the elderly themselves, the elderly themselves report that sexuality constitutes a fundamental aspect for their QoL⁴⁶. Thus, health professionals should consider that the sexuality of the elderly should, among other things, promote better QoL and health, minimizing care neglects, which is part of the care of the elderly⁵⁴.

However, it is worth noting that the quantitative limitation of studies related to elderly sexuality is characterized as one of the main challenges for researchers and health professionals. There is a scarcity of studies that address sexuality in its holistic meaning, with investigations prevailing with a focus on sexual dysfunctions and physiological decline resulting from the aging process⁵⁵.

Study limitations

This study has some limitations that should be considered. First, the non-probabilistic design weakens the external validity of the results. Moreover, because data collection is online, consequently, there was a restricted selection of participants with higher socioeconomic status, which can be confirmed, for example, by the high prevalence of elderly with higher education, a reality infrequent among most Elderly Brazilians.

Conclusion

The present study allowed us to conclude that the dimension affective relations of sexuality was the only one to relate positively, from moderate to strong magnitude with family functionality. Quality of life, in turn, suffered a positive effect, of weak to moderate magnitude of all domains of sexuality. Therefore, it is observed that sexuality among the elderly can be explored more frequently in health services, since it exerted positive effects on family functionality and quality of life of this population. Thus, it is expected that with the results of this study, there will be appreciation of the theme in care services and that sexuality in old age will be explored with the elderly, especially in primary health care, in which nurses can invest in the creation of a specific agenda in the ESF, which contemplates the elderly being in all its dimensions of life in what is consistent with their sexuality.

Finally, we also suggest that sexuality among the elderly be discussed more deeply during professional health education to break with the link of prejudices that hinders dialogue on the theme between the professional and the patient. Thus, the professional will have greater confidence and skills capable of conducting the discussion about sexuality with their patients as a way of promoting and protecting health and QoL.

In this sense, we believe that education in the field of aging sustains the commitment to active old age and contributes to the disruption of prejudices and erroneous beliefs that reduce to old age to a terminal stage and unable to offer pleasure. We highlight, then, that education transversalizes the environments of training and professional performance and can be explored through several individual and/or group methodologies and that through it, we can build a more just and egalitarian society in several areas of social interest such as gender, sexuality, aging and population minorities.

Conflicts of interest: The authors declare that there are no conflicts of interest.

Financing: This work was conducted with the support of the Coordination of Higher Education Personnel - Brazil (CAPES) - Financing Code 001.

References

1. **Campos ACV, Rezende GP, Ferreira EF, Vargas AMD, Gonçalves LHT.** Family functioning of Brazilian elderly people living in community. *Acta Paul Enferm* 2017;30(4):358–67. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700053>
2. **Elias HC, Marzola TS, Molina NPFM, Assunção LM, Rodrigues LR, Tavares DMS.** Relation between family functionality and the household arrangements of the elderly. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2018;21(5):582–90. <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180081>
3. **Walton K, Horton NJ, Rifas-Shiman SL, Field AE, Austin SB, Haycraft E,** et al. Exploring the Role of Family Functioning in the Association Between Frequency of Family Dinners and

- Dietary Intake Among Adolescents and Young Adults. *JAMA Netw open* 2018;1(7):e185217. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.5217>
4. **Warnick JL, Stromberg SE, Krietsch KM, Janicke DM.** Family functioning mediates the relationship between child behavior problems and parent feeding practices in youth with overweight or obesity. *Transl Behav Med* 2019;9(3):431–9. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibz050>
 5. **Haines J, Rifas-Shiman SL, Horton NJ, Kleinman K, Bauer KW, Davison KK, et al.** Family functioning and quality of parent-adolescent relationship: Cross-sectional associations with adolescent weight-related behaviors and weight status. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2016;13:68. <https://doi.org/10.1186/s12966-016-0393-7>
 6. **Santos AA, Pavarini SCI.** Funcionalidade familiar de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. *Rev Eletr Enf* 2011;13(2):367. <https://doi.org/10.5216/ree.v13i2.10170>
 7. **Moreira LT, Rollo AC, Torre R, Cruz MA.** Abordagem familiar: quando, como e porquê? Um caso prático. *Rev Port Med Geral Fam.* 2018;34(2):29–36. http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732018000400007&lng=pt
 8. **Maataoui SL, Hardwick JS, Lundquist TS.** Creating space for relationships. *Psychol Serv* 2017;14(3):347–51. <http://dx.doi.org/10.1037/ser0000179>
 9. **Nóbrega TMA, Vasconcelos SC, Beserra PJF, Bittencourt GKGD, Nóbrega MML.** Impact of sexuality in the life of the elderly person: integrative review. *Int J Dev Res.* 2017;7(10):16124–32. <https://www.journalijdr.com/impact-sexuality-life-elderly-person-integrative-review>
 10. **Lobaina EC, Cortés JTA, Hechavarría GÁP, González PF, Verdecia RR.** Salud sexual en ancianos de un consultorio médico de la familia. *MEDISAN.* 2017;21(7):858. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000700012&lng=es
 11. **Souza M, Marcon SS, Maria S, Bueno V, Carreira L, Denardi V, et al.** Elderly widows' experience of sexuality and their perceptions regarding the family's opinion. *Saúde e Soc* 2015;24(3):936–44. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015132060>
 12. **Gois AB, Santos RFL, Silva TPS, Aguiar VFF.** Percepção do homem idoso em relação a sua sexualidade. *Enferm foco.* 2017;8 (3):14–8. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2017.v8.n3.1024>
 13. **Minhat HS, Mat Din H, Hamid TA, Hassan Nudin SS.** Sexual intimacy in later life: From the perspectives of older couples in Malaysia. *Geriatr Gerontol Int.* 2019;19:492–496. <https://doi.org/10.1111/ggi.13648>
 14. **Dhingra I, Sousa A, Sonavane S.** Sexuality in older adults: Clinical and psychosocial dilemmas. *J Geriatr Ment Health.* 2016;3:131-9. <https://doi.org/10.4103/2348-9995.195629>
 15. **Ribeiro, A.** Sexualidade na Terceira Idade. In: NETTO, Matheus Papaleo. Gerontologia. A velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo, Athenen, 2002. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-342988>
 16. **Waite LJ, Iveniuk J, Laumann EO, McClintock MK.** Sexuality in Older Couples: Individual and Dyadic Characteristics. *Arch Sex Behav* 2017;46:605–18. <https://doi.org/10.1007/s10508-015-0651-9>
 17. **Eymann A, Baquero F, Bellomo MM, Busaniche J, Usandivaras I, Catsicaris C, et al.** Before and after assessment of a sexuality workshop in high-school students. *Arch Argent Pediatr* 2019;117(5):477–84. <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2019.eng.e477>
 18. **Stoffelen JMT, Herps MA, Buntinx WHE, Schaafsma D, Kok G, Curfs LMG.** Sexuality and individual support plans for people with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Res* 2017;61(12):1117–29. <https://doi.org/10.1111/jir.12428>
 19. **Even-Zohar A, Werner S.** Older Adults and Sexuality in Israel: Knowledge, Attitudes, Sexual Activity and Quality of Life. *J Aging Sci* 2019;7(3):209. <https://www.longdom.org/abstract/older-adults-and-sexuality-in-israel-knowledge-attitudes-sexual-activity-and-quality-of-life-44266.html>

- 20. Vera SO, Sousa GN, Araújo SNM, Alencar DC, Silva MGP, Dantas LRO.** Sexuality and quality of life of the ostomy patient: reflections for nursing care. *ReonFacema*. 2017;3(4):788–93. <https://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/278>
- 21. Anversa AB, Mantovi D, Antunes M, Codonhato R, Oliveira DV.** Quality of life and body image of women practicing strength training and gymnastics. *Psicol Saúde Doença* 2019;20(1):149–59. <http://dx.doi.org/10.15309/19psd200112>
- 22. Almeida-Brasil CC, Silveira MR, Silva KR, Lima MG, Faria CDCM, Cardoso CL, et al.** Quality of life and associated characteristics: application of WHOQOL-BREF in the context of Primary Health Care. *Cienc Saúde Coletiva* 2017;22(5):1705–16. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.20362015>
- 23. Neves LAS, Castrighini CC, Reis RK, Canini SRMS, Gir E.** Social support and quality of life of people with tuberculosis/. *Enferm Glob* 2018;(50):11–20. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.2.276351>
- 24. The Whoqol Group.** The world health organization quality of life assessment (whoqol): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995;41(10):1403–09. [http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-k](http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-k)
- 25. Vieira KFL.** Sexualidade e qualidade de vida do idoso: desafios contemporâneos e repercussões psicossociais. [João Pessoa]: Universidade Federal da Paraíba; 2012. <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/6908/1/arquivototal.pdf>
- 26. Duarte YAO, Cianciarullo TI.** Família: rede de suporte ou fator estressor. A ótica de idosos e cuidadores familiares. [São Paulo]: Universidade de São Paulo; 2002. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-17739>
- 27. Vera I, Lucchese R, Munari DB, Nakatani AYK.** Índice APGAR de Família na avaliação de relações familiares do idoso: revisão integrativa. *Rev Eletr Enf* 2014;16(1):199–210. <https://doi.org/10.5216/ree.v16i1.22514>
- 28. Silva MJ, Victor JF, Mota FRN, Soares ES, Leite BMB, Oliveira ET.** Analysis of psychometric properties of family APGAR with elderly in northeast Brazil. *Esc Anna Nery* 2014;18(3):527–32. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140075>
- 29. Fleck MP, Chachamovich E, Trentini C.** Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Rev Saúde Pública* 2006;40(5):785–91. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000600007>
- 30. Scherrer Júnior G, Okuno MFP, Oliveira LM, Barbosa DA, Alonso AC, Fram DS, et al.** Quality of life of institutionalized aged with and without symptoms of depression. *Rev Bras Enferm* 2019;72(2):127–33. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0316>
- 31. Souza Júnior EV; Silva Filho BF; Cruz DP; Rosa RS; Cairo GM; Silva CS et al.** Sexualidad, funcionalidad familiar y calidad de vida de las personas mayores. 2021. Mendeley Data: V1. <https://doi.org/10.17632/k3468ytrtn.1>
- 32. Kline RB.** Principles and Practice of Structural Equation Modeling. 3rd ed. New York: The Guilford Press; 2011.
- 33. Wang J, Wang X.** Structural equation modeling : applications using Mplus. United Kingdom: John Wiley & Sons; 2012.
- 34. Hu LT, Bentler PM.** Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Struct Equ Model A Multidiscip J* 1999;6(1):1–55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- 35. Browne MW, Cudeck R.** Alternative Ways of Assessing Model Fit. *Sociol Methods Res* 1992;21(2):230–58. <https://doi.org/10.1177/0049124192021002005>
- 36. Hooper D, Coughlan J, Mullen M.** Structural Equation Modelling: Guidelines for Determining Model Fit. *Electron J Bus Res Methods* 2008;6(1):53–60. <https://doi.org/10.21427/D7CF7R>
- 37. Santos AA, Pavarini SCI.** Family functionality regarding the elderly with cognitive impairments: The caretaker's perception. *Rev esc enferm USP* 2012;46(5):1141–7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000500015>

- 38. Barros TAF, Assunção ALA, Kabengele DC.** Sexualidade na terceira idade: sentimentos vivenciados e aspectos influenciadores. *Ciências Biológicas e Saúde Unit.* 2020;6(1):47–62. <https://periodicos.set.edu.br/fitbiosaude/article/view/6560>
- 39. Aguiar RB, Leal MCC, Marques APO.** Knowledge and attitudes about sexuality in the elderly with HIV. *Ciênc Saúde Coletiva* 2020;25(6):2051–62. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020256.18432018>
- 40. Silva LA, Scorsolini-Comin F, Santos MA.** Casamentos de longa duração: Recursos pessoais como estratégias de manutenção do laço conjugal. *Psico-USF* 2017;22(2):323–35. <https://doi.org/10.1590/1413-82712017220211>
- 41. Vieira KFL, Coutinho MPL, Saraiva ERA.** A Sexualidade Na Velhice: Representações Sociais De Idosos Frequentadores de Um Grupo de Convivência. *Psicol Ciênc Prof* 2016;36(1):196–209. <https://doi.org/10.1590/1982-3703002392013>
- 42. Silva EP, Nogueira IS, Labegalini CMG, Carreira L, Baldissera VDA.** Perceptions of care among elderly couples. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2019;22(1):180136. <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180136>
- 43. Uchôa YS, Costa DCA, Silva Junior IAP, Silva S de TSE, Freitas WMTM, Soares SCS.** Sexuality through the eyes of the elderly. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2016;19(6):939–49. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562016019.150189>
- 44. Souza Júnior EV, Silva CS, Lapa PS, Trindade LES, Silva Filho BF, Sawada NO.** Influence of Sexuality on the Health of the Elderly in Process of Dementia: Integrative Review. *Aquichan* 2020; 20(1):e2016. <https://doi.org/10.5294/aqui.2020.20.1.6>
- 45. Souza CL, Gomes VS, Silva RL, Silva ES, Alves JP, Santos NR, et al.** Aging, sexuality and nursing care: the elderly woman's look. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(supl 2):78–85. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0015>
- 46. 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>
- 47. Cherpak GL, Santos FC.** Assessment of physicians' addressing sexuality in elderly patients with chronic pain. *Einstein (Sao Paulo)* 2016;14(2):178–84. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082016AO3556>
- 48. Evangelista AR, Moreira ACA, Freitas CASL, Val DR, Diniz JL, Azevedo SGV.** Sexuality in old age: Knowledge/attitude of nurses of family health strategy. *Rev esc enferm USP* 2019;53:e03482. <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2018018103482>
- 49. Souza Júnior EV, Silva Filho BF, 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(2):e20201272. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1272>
- 50. Gatti MC, Pinto MJC.** Velhice ativa: a vivência afetivo-sexual da pessoa idosa. *Vínculo* 2019;16(2):133–59. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902019000200008
- 51. Araújo SL, Zazula R.** Sexualidade na terceira idade e terapia comportamental: revisão integrativa. *RBCEH* 2015;12(2):172–82. <http://dx.doi.org/10.5335/rbceh.v12i2.5054>
- 52. Maria de Paula V, Rodrigues LR.** Sexualidade de idosas e contribuições da enfermagem. *Enferm Bras* 2020;19(4):345–54. <https://doi.org/10.33233/eb.v19i4.4281>
- 53. 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. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0388>
- 54. Dantas DV, Batista Filho RC, Dantas RAN, Nascimento JCP, Nunes HMA, Rodriguez GCB, et al.** Sexualidade e qualidade de vida na terceira idade. *Rev Bras Pesq Saúde.* 2017;19(4):140–8. <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/19814>
- 55. Leandro DS, Silva SOP, Lima CB.** Sexualidade como suporte à qualidade de vida do idoso. *Temas em Saúde.* 2016;16(4):277–94. <http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2017/01/16418.pdf>

7.6 CAPÍTULO 6

Título: Effects of sexuality on frailty and quality of life in the elderly: a cross-sectional study

Status: Publicado

Carta de aceite: Apêndice F

Periódico: Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)

Modelo de avaliação: Revisão por pares

Modelo de publicação: Acesso aberto

International Standard Serial Number (ISSN): Print: 0034-7167 / On-line: 1984-0446

Journal Citation Reports (JCR): 0,45


SCImago Journal & Country Rank (SJR): 0,274 (Q3) – última avaliação em 2020.

Indexação: Medline, Scopus, Pubmed, SciELO, dentre outras bases

Idiomas de publicação: Português e inglês

Citação: SOUZA JÚNIOR, Edison Vitório de Souza Júnior et al. Effects of sexuality on frailty and quality of life in the elderly: a cross-sectional study. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.75, n.1, 2022, p.e20210049. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0049>

Propriedade intelectual

 Todo o conteúdo da REBEn, exceto onde identificado, é licenciado sob uma atribuição Creative Commons do tipo CC-BY 4.0. A licença pode ser acessada no seguinte link: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.en>

Esse capítulo foi construído em resposta aos seguintes tópicos:

HIPÓTESE: A sexualidade possui efeitos forte e negativo sob a fragilidade em pessoas idosas

OBJETIVO: Analisar os efeitos das vivências em sexualidade sob a fragilidade e qualidade de vida de pessoas idosas

Effects of sexuality on frailty and quality of life in the elderly: a cross-sectional study

Efeitos da sexualidade na fragilidade e qualidade de vida da pessoa idosa: estudo seccional
Efectos de la sexualidad en la fragilidad y calidad de vida de la persona anciana: estudio seccional

Edison Vitório de Souza Júnior^I

ORCID: 0000-0003-0457-0513

Cristiane dos Santos Silva^{II}

ORCID: 0000-0003-3822-1397

Uanderson Silva Pirôpo^{III}

ORCID: 0000-0002-4476-4315

Brenarãise Freitas Martins dos Santos^{III}

ORCID: 0000-0002-5271-7543

Tarcísio Pereira Guedes^{IV}

ORCID: 0000-0002-4542-1090

Lais Reis Siqueira^V

ORCID: 0000-0002-6720-7642

Namie Okino Sawada^V

ORCID: 0000-0002-1874-3481

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

^{II}Universidade Norte do Paraná. Jequié, Bahia, Brazil.

^{III}Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié, Bahia, Brazil.

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

^VUniversidade Federal de Alfenas. Alfenas, Minas Gerais, Brazil.

How to cite this article:

Souza Júnior EV, Silva CS, Pirôpo US, Santos BFM, Guedes TP, Siqueira LR, et al. Effects of sexuality on frailty and quality of life in the elderly: a cross-sectional study.

Rev Bras Enferm. 2022;75(1):e20210049.

<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0049>

Corresponding author:

Edison Vitório de Souza Júnior

E-mail: edison.vitorio@usp.br



EDITOR IN CHIEF: Antonio José de Almeida Filho

ASSOCIATE EDITOR: Álvaro Sousa

Submission: 01-22-2021

Approval: 04-11-2021

ABSTRACT

Objectives: to analyze the effects of sexuality on frailty and quality of life in the elderly. **Methods:** a sectional study conducted with 662 elderly people between July and October 2020. Four self-administered instruments were used to collect bio-sociodemographic variables, sexuality, frailty and quality of life. Correlation analysis and structural equation modeling were performed. **Results:** among the dimensions that assess sexuality, sexual intercourse had a weak, positive effect on quality of life (SC: 0.134, 95%CI: 0.153 - 0.254, $p = 0.027$), while affective relationships had a strong, positive effect (SC: 0.556, 95%CI: 0.442 - 0.670, $p < 0.001$). Frailty was only significantly related to a weak to moderate negative effect with sexual intercourse (SC: -0.216, 95%CI: -0.385 - -0.047, $p = 0.012$). **Conclusions:** two dimensions of sexuality, Sexual intercourse and Affective relationships, were found to have an effect on the quality of life and frailty of the elderly people investigated.

Descriptors: Health of the Elderly; Public Health; Sexuality; Frailty; Comprehensive Health Care.

RESUMO

Objetivos: analisar os efeitos da sexualidade na fragilidade e qualidade de vida da pessoa idosa. **Métodos:** estudo seccional conduzido com 662 pessoas idosas entre julho e outubro de 2020. Utilizaram-se quatro instrumentos autoaplicáveis para coleta das variáveis biosociodemográficas, sexualidade, fragilidade e qualidade de vida. Realizou-se uma análise de correlação e modelagem de equações estruturais. **Resultados:** dentre as dimensões que avaliam a sexualidade, o ato sexual exerceu efeito fraco e positivo sobre a qualidade de vida (CP: 0,134, IC95%:0,153 - 0,254, $p = 0,027$), enquanto as relações afetivas tiveram efeito forte e positivo (CP:0,556, IC95%:0,442 - 0,670, $p < 0,001$). A fragilidade só foi significativamente relacionada a um efeito negativo, de fraco a moderado, com o ato sexual (CP: -0,216, IC95%: -0,385 - -0,047, $p = 0,012$). **Conclusões:** constatou-se que duas dimensões da sexualidade, Ato sexual e Relações afetivas, exerceram efeitos sobre a qualidade de vida e fragilidade das pessoas idosas investigadas.

Descritores: Saúde do Idoso; Saúde Pública; Sexualidade; Fragilidade; Assistência Integral à Saúde.

RESUMEN

Objetivos: analizar efectos de la sexualidad en la fragilidad y calidad de vida del anciano. **Métodos:** estudio seccional conducido con 662 ancianos entre julio y octubre de 2020. Utilizaron cuatro instrumentos autoaplicables para recogida de las variables biosociodemográficas, sexualidad, fragilidad y calidad de vida. Realizó un análisis de correlación y modelado de ecuaciones estructurales. **Resultados:** de entre las dimensiones que evalúan la sexualidad, el acto sexual ejerció efecto débil y positivo sobre la calidad de vida (CP: 0,134, IC95%:0,153 - 0,254, $p = 0,027$), mientras las relaciones afectivas tuvieron efecto fuerte y positivo (CP:0,556, IC95%:0,442 - 0,670, $p < 0,001$). La fragilidad sólo fue relevante relacionada a un efecto negativo, de débil a moderado, con el acto sexual (CP: -0,216, IC95%: -0,385 - -0,047, $p = 0,012$). **Conclusiones:** constató que dos dimensiones de la sexualidad, Acto sexual y Relaciones afectivas, ejercieron efectos sobre la calidad de vida y fragilidad de los ancianos investigados.

Descriptores: Salud del Anciano; Salud Pública; Sexualidad; Fragilidad; Atención Integral de Salud.

INTRODUCTION

The changes resulting from aging observed in human beings involve social, physical and psychological aspects and make them more vulnerable⁽¹⁾. Although aging is associated with frailty, these two terms cannot be treated as synonymous⁽²⁾. However, it is estimated that 10% of people over the age of 65 and 25% to 50% among those over the age of 85 are frail⁽³⁾. It is a condition with high prevalence among longevous people - a population characterized by a rapid and progressive rate of growth among the elderly⁽⁴⁾.

Frailty is involved by multidimensionality that encompasses environmental, biological, psychological, physical, economic, cognitive and social factors, making the elderly person vulnerable to negative outcomes⁽²⁾, as dependency⁽⁴⁾, mortality⁽⁵⁾, institutionalization⁽⁶⁾, falls⁽⁷⁾, incapacity⁽⁵⁾, *delirium*⁽⁸⁾, chronic diseases, osteopenia and anorexia⁽⁹⁾, reduced functional capacity and dependence⁽²⁾. It is, therefore, an important public health problem due to the multiple clinical and social consequences caused by frailty, in addition to its dynamic nature⁽¹⁰⁾.

In the frailty syndrome, there is an inability to maintain organic homeostasis and decreased resistance to stressful events. As a result, there is a decline of the physiological system evidenced by the triad of several aging-related modifications: sarcopenia, immune dysfunction, and neuroendocrine deregulation⁽¹⁾. In this study, the theoretical framework for frailty will be the one proposed by Fried⁽³⁾, whose approach is directed towards physical aspects and is identified by the presence of three or more of the five assessment components: unintentional weight loss, self-reported exhaustion, weakness, slow walking speed, and low physical activity⁽³⁾. The choice of this reference is justified because the instrument⁽¹¹⁾ used in this study was constructed and validated according to these parameters, which ensured articulation between theory and the constructs evaluated.

Also with regard to frailty, it is revealed that the identification, assessment and treatment of elderly people with some degree of frailty tend to become the focus of geriatric and gerontological care in this century⁽⁴⁾, pointing to "identification" as one of the fundamentals of health care to be provided to this population⁽¹⁰⁾. This field of study, therefore, needs in-depth investigations to identify preventable factors and the tools needed to develop interventions⁽⁹⁾.

From this perspective, our hypothesis is that one of these interventions may be sexuality, considered a human dimension that goes beyond the body and physical contact⁽¹²⁾, associated with health maintenance⁽¹³⁾ and well-being⁽¹⁴⁾, which changes according to the social, cultural, and religious aspects that permeate the individual's life⁽¹²⁾. It is a set of cognitive, sentimental and behavioral manifestations, such as touch, affection, harmony in the relationship, companionship, love, complicity, trust and other quantitative-qualitative expressions, including sexual activity itself⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. Furthermore, it is through sexuality that a person demonstrates his/her identity, being expressed in a unique and particular way, present in all phases of life⁽¹⁷⁾.

However, in general, the sexuality of the elderly is reduced to the biological component, including by health professionals. Nevertheless, the lack of information provides the increase and

dissemination of stereotypes related to sexuality in this age group, such as the erroneous thought that imputes the condition of asexuality to this population. However, it should be noted that, on the one hand, although aging causes peculiar changes, the elderly person remains with the desire⁽¹⁷⁾. On the other hand, the physiological decline caused by the aging process can somehow influence the experiences in sexuality, the presence or absence of frailty and the quality of life (QoL) of the elderly.

QoL is a multidimensional and subjective construct considered an important health indicator⁽¹⁸⁻¹⁹⁾. It is about each person's individual perception of the balance between the different aspects that shape their daily life, such as leisure, work, spirituality, sexual activity, family, among others⁽²⁰⁾.

One of the most used theoretical references for research on QoL, which will be adopted in this study, is the World Health Organization (WHO), which defines QoL as "an individual's perception of his position in life in the context of the culture and value systems in which he lives and in relation to his goals, expectations, standards, and concerns"⁽²¹⁾. This choice is justified by the comprehensiveness of its definition, which encompasses, above all, the context of culture and the value systems in which the individual lives, these being factors that may influence the experiences of sexuality by the elderly. The second justification is that the instrument used to assess sexuality was built and validated together with the same instrument developed by the WHO that will assess QoL in this study, and a high correlation was evidenced between them⁽²²⁾. Thus, it is observed that there is robust methodological articulation to evaluate the intended constructs.

Whereas the state of the art presents gaps in the field of sexuality in old age, since most studies address only the aspects of the medical model of sexuality and the physiological repercussions of aging on the sexual response of men and women⁽²³⁾, the development of this study becomes relevant, especially for the improvement of nursing practices.

Nursing is a science whose practices are based on the principle of humanization, empathy, as well as technical and scientific knowledge, which guarantee efficiency in assisting people. Thus, considering that sexuality is a basic need of the human being⁽¹³⁾ and that, due to this characteristic, corroborates the Theory of Basic Human Needs, by Wanda Horta, one of the main nursing theoreticians, it becomes relevant that nurses are prepared to approach this theme with the elderly, thus exercising their functions as educators and providers of holistic and humanized care.

In addition, nurses must insert approaches to sexuality as a social practice and understand its unfoldings that help in the innovation of comprehensive care strategies for the elderly without reducing them to the sexual component, but contemplating the aspects of body, pleasure and displeasure, among others that involve sexuality in all its amplitude⁽²⁴⁾. This is because nurses have an impact on health promotion, and the longitudinality of this professional's care in Primary Care promotes the strengthening of relationships and trust that can stimulate the expression of intimate needs by older people, such as sexuality⁽¹²⁾.

Therefore, our hypothesis is that sexuality has effects on frailty and QoL of elderly people. If a significant association is found, this study may contribute to improve the scientific evidence on

the theme and encourage health professionals, especially nurses, to take this approach during their care practices.

OBJECTIVES

To analyze the effects of sexuality on frailty and quality of life in the elderly.

METHODS

Ethical aspects

This study strictly followed all ethical and bioethical aspects of research with human beings, as recommended by Resolution 466/2012 of the National Health Council. All participants received detailed information about the risks, benefits, relevance and justification for the development of the study and signed an online Free and Informed Consent Term (FICT), keeping an electronic copy that was sent directly to the personal e-mail address requested when filling out the questionnaire.

Study design, time and place

This is an analytical and sectional study developed according to the recommendations of the STROBE checklist. Data collection was conducted exclusively online in the period from July to October 2020 through a social interaction page created on Facebook for the development of scientific research on sexuality in the elderly. Thus, there were no face-to-face meetings, and the individuals participated in the study in their respective homes through internet connection and active account on that social network.

Sample; inclusion and exclusion criteria

The sample of participants was calculated considering an infinite population, $\alpha = 5\%$ and $95\%CI$ ($z_{\alpha/2} = 1.96$), which resulted in a minimum sample size of 385 participants. However, considering the possibility of losses and incomplete answers in the questionnaire, there was an addition of more than 50% ($n = 277$) to the sample, totaling a final sample size of 662 Brazilian elderly people.

The participants were selected according to the non-probability consecutive sampling technique, in which the invitation to participate in the study was made by disclosing the hyperlink on a Facebook page. Because the participants interact actively in social networks and have skills in handling equipment that give access to these networks (computer, laptop, tablet and/or cell phone), the application of instruments to assess cognition was waived.

The inclusion criteria adopted were: people 60 years old or older; community residents; with internet access and an active Facebook account; with a steady partner, in a stable union or married, and without gender restrictions (male, female, and others). The option "others" referred to those who identified themselves as non-binary or who did not fit into any stratification. Dependent elderly people and those living in long-stay institutions were excluded from the study.

Study protocol

On the page created, the authors published the hyperlink that gave direct access to the questionnaire, organized in the Google Forms tool and divided into four surveys. The first survey referred to the collection of bio-sociodemographic information, such as marital status, sexual orientation, religion, age, gender, ethnicity, number of children, education, sexual orientation, and geographic location.

The second survey was built in order to assess the participants' sexuality through the Affective and Sexual Experiences Scale for Elderly (ASESE), built and validated in Brazil in 2012⁽²²⁾. This is a psychometric scale with 38 items distributed in three dimensions: Sexual act; Affective relationships; and Physical and social adversities. The answers are organized according to the Likert model, ranging from 1 (never) to 5 points (always) and with no cutoff point. The results are interpreted according to the criterion that the higher the score, the better are the experiences of sexuality by the elderly⁽²²⁾.

The third survey aimed at assessing frailty by means of the Self-reported Frailty Instrument, built and validated for the Brazilian elderly population. It is an instrument composed of six questions organized into five components: Weight loss; Reduced strength; Reduced walking speed; Low physical activity; and Reported fatigue. The frailty classification can be: frail people (equal to or greater than three components), pre-frail (between one and two components) and non-frail (those who did not present any of the described components)⁽¹¹⁾.

Finally, the fourth survey was built to evaluate the QoL of the participants by means of the standardized instrument validated for the Brazilian population World Health Organization Quality of Life - Old (WHOQOL-Old)⁽²⁵⁾. This instrument was built with 24 items distributed in six facets: Sensory abilities; Autonomy; Past, present and future activities; Social participation; Death and dying; and Intimacy⁽²⁶⁾. Each item has five possible answers organized in a Likert scale, whose total score ranges from 24 to 100 points. The higher the score, the better the individual's QoL; and, conversely, the lower score reflects the worst perception of QoL⁽²⁶⁾.

It is noteworthy that, before the participants started answering the questionnaire, their e-mail address was required so that the researchers could track and control the data, avoiding multiple filling out by the same participant. In addition, the authors hired the service of post boosting, in which Facebook disseminated the survey invitation to all people with an active account who met the inclusion criteria previously informed in the field of delimitation of the post.

Analysis of results and statistics

Data were stored and analyzed in IBM SPSS® and STATA statistical software. After verifying the non-normality of the data through the Kolmogorov-Smirnov test ($p < 0.05$), we used: medians and interquartile range (IQR) to evaluate quantitative variables; absolute and relative frequencies for qualitative variables.

In order to verify the relationships between sexuality, frailty and QoL, a correlation analysis was carried out to know the paths to be drawn in the structural equation modeling (SEM). Then, the

model was built, composed of: a latent variable, QoL, formed by the statistically significant domains; and by four observable variables - three domains of the ASESE and the frailty assessment. The results were presented with the standardized coefficients (SC) and their respective 95% confidence intervals (95%CI), being interpreted according to Kline⁽²⁷⁾, where a SC of 0.10 indicates a small effect; of 0.30, a medium effect; and, greater than 0.50, a strong effect.

The adequacy of the proposed model was verified by means of the following fit indices: the Comparative Fit Index (CFI) and the Tucker-Lewis index (TLI), with values closer to 1 indicating better fit⁽²⁸⁾; the Standardized root mean square residual (SRMR), with a value less than 0.08 indicating a good fit and less than 0.10, an acceptable fit⁽²⁷⁾; the Root-Mean-Square Error of Approximation (RMSEA), with its 90% confidence interval (CI90%) and with the interpretation in which 0 - perfect fit, < 0.05 - good fit, 0.05-0.08 - moderate fit, 0.08-0.10 - poor fit, and > 0.10 - inadequate fit⁽²⁹⁾ and the absolute fit index, Adjusted Goodness-of-Fit Index (AGFI), which ranges from 0 to 1, and it is generally accepted that values of 0.90 or greater indicate well-fit models⁽³⁰⁾.

RESULTS

Among the 662 participants, there was a predominance of frail individuals (n = 299; 45.2%), followed by pre-frail (n = 265; 40%) and non-frail (n = 98; 14.8%). Regarding the biosociodemographic characteristics, there was a higher prevalence of elderly males (n = 383; 57.9%), aged between 60 and 64 years (n = 318; 48.8%), self-declared white (n = 447; 67.5%), married (n = 420; 63.4%), with higher education (n = 276; 41.7%), living in the Southeast Region (n = 297; 44.9%), and who never received guidance on sexuality from health professionals (n = 518; 78.2%). The other characteristics are shown in Table 1.

According to Table 2, in relation to sexuality, it is noted that the non-frail participants showed the highest scores in the Sexual act and Affective relationships dimensions, demonstrating a better experience when compared to pre-fragile and fragile participants. Moreover, the lower scores in the Physical and Social Adversities indicate that non-frail individuals better cope with such adversities related to their experiences in sexuality. Similarly, the non-frail individuals showed better QoL in most facets when compared to participants with some degree of frailty. We observed similarity of scores only between the non-frail and pre-fragile participants in the facet Social Participation; besides the facet Intimacy, which showed the same score for all participants regardless of the degree of fragility (Table 2).

The correlations between sexuality, QoL and frailty are negative and significant in their totality, with the

exception of the relationship of dimension 3 (ASESE3) of the sexuality scale (Physical and social adversities), as shown in Table 3.

In the measurement model, the latent QoL showed adequate factor loadings (> 0.45) only for the facets Past, present and future activities (DOM 3), Social participation (DOM 4) and Intimacy (DOM 6). The latent frailty, in turn, was adequately formed by the domains Reduced strength (Frail 2); Reduced speed and walking (Frail 3) and Low physical activity (Frail 4) being, therefore, maintained in the model. These variables together with the domains of ASESE composed the measurement model proposed here (Figure 1). It was possible to evidence the good adjustment of the model by evaluating the adjustment indexes RMSEA (0.05 [95%CI 0.04-0.07]), CFI (0.982) and SRMR (0.05).

As for the effects, we notice in Table 4 that the dimension Sexual act (ASESE1) has a weak and positive effect on QoL, while the dimension Affective relationships (ASESE 2) has a strong and positive effect. Frailty, on the other hand, was only significantly related to a negative effect, from weak to moderate, with the dimension Sexual act (ASESE 1).

Table 1 – Biosociodemographic characteristics of the participants, Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil, 2020

Variables	n	%
Religion		
Catholic	360	54.4
Protestant	89	13.4
Spiritist	80	12.1
African-origin religions	12	1.8
Others	59	8.9
Without religion	62	9.4
How long you have lived with your partner		
≤ 5 years	110	16.6
Between 6 and 10 years old	58	8.8
Between 11 and 15 years old	34	5.1
Between 16 and 20 years old	42	6.3
> 20 years	418	63.1
Lives with her children		
Yes	178	26.9
No	449	67.8
Has no children	35	5.3
Sexual orientation		
Heterosexual	575	86.9
Homosexual	13	2.0
Bisexual	12	1.8
Others	62	9.4

Table 2 – Evaluation of sexuality and quality of life according to the fragility of the participants, Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil, 2020

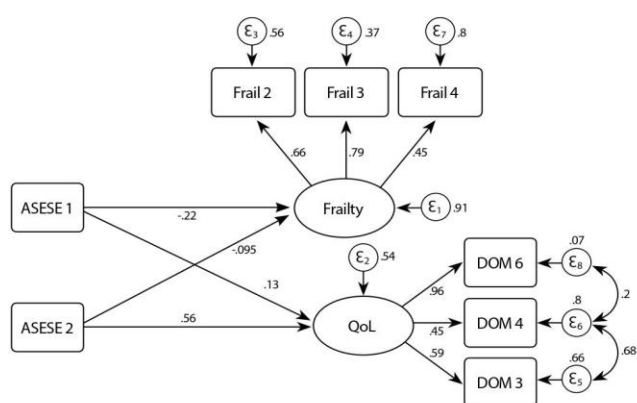
Variables	Not frail* Median (IQR)	Pre frail* Median (IQR)	Frail* Median (IQR)	General* Median (IQR)
Sexuality				
Sexual act	79.00 (72.00-82.00)	74.00 (66.00-81.00)	72.00 (58.00-78.00)	74.00 (63.75-80.00)
Affective Relationships	80.00 (74.00-83.00)	77.00 (67.00-82.00)	72.00 (58.00-79.00)	75.50 (65.00-81.00)
Physical and Social Adversities	5.00 (3.75-7.00)	6.00 (5.00-8.00)	8.00 (7.00-10.00)	7.00 (5.00-9.00)
Quality of Life				
Sensory Abilities	93.75 (75.00-95.31)	81.25 (75.00-93.75)	75.00 (56.25-87.50)	81.25 (68.75-93.75)
Autonomy	75.00 (62.50-82.81)	68.75 (56.25-75.00)	62.50 (50.00-75.00)	68.75 (56.25-75.00)
Past, present and future activities	75.00 (62.50-81.25)	68.75 (56.25-81.25)	62.50 (50.00-75.00)	68.75 (56.25-81.25)
Social Participation	75.00 (68.75-81.25)	75.00 (62.50-81.25)	62.50 (50.00-75.00)	68.75 (56.25-75.00)
Death and Dying	81.25 (56.25-93.75)	75.00 (56.25-90.62)	68.75 (43.75-81.25)	75.00 (50.00-87.00)
Intimacy	75.00 (75.00-87.50)	75.00 (68.75-81.25)	75.00 (56.25-75.00)	75.00 (62.50-81.25)
General QoL	77.08 (70.57-83.59)	72.91 (63.54-80.20)	64.58 (55.20-73.95)	69.79 (60.41-79.16)

IQR – interquartile range; QoL – quality of life; * Statistically significant difference ($p < 0.001$) for all dimensions of sexuality and QoL by Kruskal-Wallis test.

Table 3 – Pearson's correlation coefficient (r) between sexuality, frailty and quality of life, Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil, 2020

	Frail 2		Frail 3		Frail 4	
	r	p	r	p	r	p
DOM 3	-0.226	< 0.001	-0.175	< 0.001	-0.132	< 0.001
DOM 4	-0.251	< 0.001	-0.175	< 0.001	-0.189	< 0.001
DOM 6	-0.203	< 0.001	-0.199	< 0.001	-0.125	< 0.01
ASESE1	-0.205	< 0.001	-0.235	< 0.001	-0.124	< 0.001
ASESE 2	-0.202	< 0.001	-0.220	< 0.001	-0.106	< 0.001
ASESE 3	0.140	< 0.001	0.210	< 0.001	0.108	< 0.01

Frail 2 - Reduced strength; Frail 3 - Reduced walking speed; Frail 4 - Low physical activity; DOM 3 - Past, present and future activities; DOM 4 - Social participation; DOM 6 - Intimacy; ASESE 1 - Sexual act; ASESE 2 - Affective relationships; ASESE 3 - Physical and social adversities.

**Figure 1** – Structural equation model for sexuality, frailty and quality of life, Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil, 2020**Table 4** – Standardized coefficients of structural equation modeling between sexuality, frailty and quality of life, Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil, 2020

	SC	95%CI	P
Measurement model			
DOM 3 ← QoL	0.585	0.524 – 0.645	< 0.001
DOM 4 ← QoL	0.447	0.363 – 0.532	< 0.001
DOM 6 ← QoL	0.964	0.363 – 0.532	< 0.001
Frail 2 ← QoL	0.660	0.585 – 0.736	< 0.001
Frail 3 ← QoL	0.792	0.713 – 0.871	< 0.001
Frail 4 ← QoL	0.452	0.376 – 0.528	< 0.001
Structural Model			
Frailty ← ASESE 1	-0.216	-0.385 – -0.047	0.012
Frailty ← ASESE 2	-0.095	-0.266 – 0.074	0.272
QoL ← ASESE 1	0.134	0.153 – 0.254	0.027
QoL ← ASESE 2	0.556	0.442 – 0.670	< 0.001

SC – standardized coefficients; QoL – quality of life; DOM 3 - Past, present and future activities; DOM 4 - Social participation; DOM 6 - Intimacy; ASESE 1 - Sexual act; ASESE 2 - Affective relationships; ASESE 3 - Physical and social adversities.

DISCUSSION

Our results indicated that sexual intercourse exerts a weak and negative effect on the frailty of the elderly, which was globally analyzed in the present study. This means that these two variables present an inversely proportional behavior, that is, as the individuals maintain sexual relationships, these will exert a reducing effect on frailty. There are no studies that investigate the effects of sexuality on the frailty of the elderly in order to identify new non-pharmacological measures to promote health and QoL to this population, which makes our study pioneer in the theme.

The closest research to our theme was carried out in a multicenter partnership with Italy, Belgium, Poland, Sweden, the

United Kingdom, Spain, Hungary and Estonia, which revealed an association between frailty and reduced overall sexual functioning, increased distress related to sexual function, and increased chances of erectile dysfunction⁽³¹⁾.

We know that, in the physiological context, there are several factors that can hinder the sexual expression of the elderly person. In men, genital atrophy occurs; testosterone is reduced; erectile retardation and malfunction; reduced libido, and inability to maintain arousal. In women, we observe reduced estrogen secretion after menopause; atrophy of the vaginal canal; and decreases in lubrication, cervix contraction, and breast size⁽³²⁾. However, there is hardly any deterioration of sexual desire in healthy aging of such a magnitude as to make sexual practice impossible among the elderly⁽³³⁾. On the contrary, they continue to have the desires and interest to actively continue their sex life⁽³²⁾.

This is corroborated by a study⁽³³⁾ developed with 187 Brazilian and Portuguese elderly persons, in which it was revealed that at least 24% of Brazilian women, 38% of Portuguese women, and 75% of Portuguese men have sexual intercourse at least once a month. Furthermore, the authors identified that about 20% of women and 46% of men have sexual intercourse at least once a week, and more than 50% of all respondents would like to experience at least once a week⁽³³⁾. We thus emphasize that maintaining sexual relations until the end of life can constitute a practice that promotes benefits for successful aging⁽³⁴⁾.

Among the factors that support successful aging, there is QoL. Sexual activity is already considered an important indicator of QoL in the elderly population and is associated with reduced risk of chronic diseases, satisfaction in relationships, and promotes physical and mental well-being⁽³²⁾. Nevertheless, low quality of sex life is associated with depression and predicts instability in relationships; and a good quality of sex life is associated with greater satisfaction, love, commitment, and stable relationships⁽³⁵⁾.

We emphasize that deeper investigations on sexual activity are capable of revealing subsidies that ratify its importance for improving the well-being of the elderly, based on the maintenance of an active sexual life as a way to promote health and QoL. However, there are still not enough scientific data that evaluate these variables⁽³⁶⁾. One Study⁽³⁷⁾ conducted with 203 Jews (±69.59 years) revealed that the frequency of sexual activity is a predictor of QoL, indicating a mediating effect in the relationship between attitudes towards sexuality and the QoL of the elderly.

Another study conducted with 3,045 men and 3,834 women with a mean age of 64.4 and 65.3 years, respectively, showed that several component domains of the sexual activity assessment were associated with well-being, especially the enjoyment of life. In addition, participants of both sexes who had some sexual activity in the past year reported greater enjoyment of life when compared to sexually inactive participants⁽³⁶⁾.

There are several reasons for this evidence, such as the release of endorphins, which promote feelings of happiness, joy, and bliss after sex; the intimacy between partners, which becomes more intense; and the fact that sex is considered a form of physical activity with beneficial repercussions for the physical and psychological components⁽³⁶⁾.

In this sense, from the moment that these components suffer positive influences through sexual activity, we infer that frailty

and QoL may be two aspects that behave, respectively, in an inverse manner and directly proportional to sex, that is, as the individual maintains frequency in his sexual relations, there is a tendency to reduce the symptoms of frailty and increase his perception of QoL.

However, it is a topic that continues to be neglected in research, media and policy development, despite the fact that we are in a reality in which the current generation of older people value health and sexual activity more than previous generations⁽³⁸⁾. Therefore, we must remember that most elderly people are sexually active and sexually satisfied, and that sexual activity and the intimacy resulting from this encounter of bodies play an important role in life satisfaction and psychological well-being⁽³⁹⁾. Thus, the implementation of educational and protective actions regarding the vulnerabilities of sexuality in this age group becomes extremely necessary⁽⁴⁰⁾.

We know that although sexual activity is a central component of intimate relationships, it declines in old age⁽³⁶⁾. However, in this age group, there are small adaptations that promote new forms of pleasure, going beyond genitality as the main focus and considering new ways related to touch, affection and care⁽³⁴⁾. It is from there that affective relationships come into play as components of sexuality.

In our study, affective relationships had a strong and positive effect on the QoL of the participants, as shown in Table 4. This is an ASESE dimension that assesses the following aspects: pleasure in being with the partner, privacy, affection, friendship, partnership, love, importance of sexuality in QoL, complicity, companionship, acceptance of the changes resulting from aging, expression of feelings, among other qualitative aspects that refer to the affection between spouses⁽²²⁾.

From this perspective, a study⁽³⁶⁾ identified that, among sexually active elderly people, the greater frequency of the affective component such as caresses, kisses and affection was associated with greater pleasure in life in both sexes, besides being associated with greater frequency in sexual intercourse only for men. In fact, the literature points out that the sexual act itself is more valued by men, and there are studies⁽⁴¹⁻⁴²⁾ that ratify this evidence. For women, sex is more related to intimacy, love, affection, and care, while for men it is related to the physical aspects that surround it^(41,43). Thus, we reaffirm the need for the training of health professionals so that they can develop effective strategies for welcoming and providing appropriate guidance, free of judgments and prejudices regarding the sexuality of the elderly, since it is a physiological and emotional need of the individual that strongly contributes to QoL⁽³⁴⁾.

Also in this sense, the orientations of health professionals should be based on the orientation of the elderly in relation to the use of online social media. According to a Brazilian study developed by the Credit Protection Service (SPC) and the National Confederation of Store Managers (CNDL), 39% of the elderly people interviewed used the Internet. In addition, 77% interacted actively on Facebook, followed by WhatsApp (73%) and Youtube (40%), and the use of smartphones to access the internet was the most prevalent (61%), followed by traditional computers (53%)⁽⁴⁴⁾.

However, we emphasize that the increase in internet use by older people may have two sides, since, on the one hand,

this reality may be beneficial to their QoL because it promotes autonomy and a sense of self-esteem, besides stimulating their neurocognitive abilities such as typing, reading, comprehension, and social interaction. On the other hand, participation in dating apps can predispose this population to sexually transmitted infections (STIs) and, consequently, promote negative impacts on their QoL. This is because older people may not value STI prevention methods, especially due to the sociocultural context in which they grew up, which may reflect in current risk behaviors.

Our inference supports an investigation⁽⁴⁵⁾ developed in Brazil with 412 men who have sex with other men, with an average age of 61.6 years. This study considered participants who use dating apps such as Grindr®, Hornet®, Scruff® and Daddy Hunter®, thus revealing that the elderly population is increasingly interacting on social networks. However, the use of these applications, although an easy and agile tool to find affective-sexual partnerships, may also be accompanied by risk behaviors for STIs⁽⁴⁵⁾ and, consequently, compromised QoL. This evidence points to the need for special attention from nurses during their consultations, since the neglect of this approach makes the elderly themselves not perceive themselves as vulnerable and, therefore, continue in risky behaviors⁽³⁴⁾.

Limitations of the study

First, we consider that, due to the non-probabilistic design, the possibility of generalizing our results was weakened. Moreover, we consider that, due to the online collection through Facebook, there may have been limitation of participants only to people with greater socioeconomic power and high level of education, thus excluding the elderly with greater vulnerability in these aspects.

Contributions to the field of nursing

Our study contributes to the reorientation of care practices, especially in Primary Health Care. We believe that nursing professionals should recognize the benefits of sexuality for the elderly and the generational changes that have made them more willing to experience new experiences that were once strongly repressed by social prejudices. Sexuality should, therefore, be included in care plans and nursing consultations; it should also be discussed with the elderly whenever there are opportunities, stimulating them to self-knowledge and autonomy, through an approach free from prejudices that involve the theme.

CONCLUSIONS

We conclude that two dimensions of sexuality exerted effects on QoL and frailty of the investigated elderly: Sexual act, which had a weak and positive effect on QoL; and Affective relations, which had a strong and positive effect. In addition, frailty was only significantly related to a negative effect, of weak to moderate magnitude, with Sexual act.

In this sense, our findings suggest that the stimulation of sexuality, especially by the component related to affective relationships, can be encouraged among the elderly, since we observed a strong, positive and significant effect on the QoL of this public. In this sense, the involvement of the elderly in affective relationships

can contribute to the prevention and/or mitigation of situations that may have unsatisfactory repercussions on their mental health and, consequently, on their QoL, generating problems related to low self-esteem, loneliness, sadness, feelings of abandonment and uselessness, among others.

FUNDING

This work was carried out with the support of the *Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brazil (CAPES) - Financing Code 001*.

REFERENCES

1. Fhon JRS, Rodrigues RAP, Santos JLF, Diniz MA, Santos EB, Almeida VC, et al. Factors associated with frailty in older adults: a longitudinal study. *Rev Saude Publica*. 2018;52:74. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000497>
2. Farias-Antúnez S, Fassa AG. Frailty prevalence and associated factors in the elderly in Southern Brazil, 2014. *Epidemiol Serv Saúde*. 2019;28(1):e2017405. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742019000100008>
3. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001;56(3):M146–56. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.m146>
4. Duarte YAO, Nunes DP, Andrade FB, Corona LP, Brito TRP, Santos JLF, et al. Frailty in older adults in the city of São Paulo: Prevalence and associated factors. *Rev Bras Epidemiol*. 2018;21(supl.2):E180021. <https://doi.org/10.1590/1980-549720180021.supl.2>
5. Kojima G. Frailty as a predictor of disabilities among community-dwelling older people: a systematic review and meta-analysis. *Disabil Rehabil*. 2017;39(19):1897–908. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1212282>
6. Kojima G. Frailty as a predictor of nursing home placement among community-dwelling older Adults. *J Geriatr Phys Ther*. 2018;41(1):42–8. <https://doi.org/10.1519/JPT.0000000000000097>
7. Cheng MH, Chang SF. Frailty as a risk factor for falls among community dwelling people: evidence from a meta-analysis. *J Nurs Scholarsh*. 2017;49(5):529–36. <https://doi.org/10.1111/jnu.12322>
8. Persico I, Cesari M, Morandi A, Haas J, Mazzola P, Zamboni A, et al. Frailty and delirium in older adults: a systematic review and meta-analysis of the literature. *J Am Geriatr Soc*. 2018;66(10):2022–30. <https://doi.org/10.1111/jgs.15503>
9. Pereira RR, Silva CRR, Vasconcelos SC, Braga LAV, Monteiro EA, Pontes MLF. Cognition and frailty in community-dwelling elderly. *Cogitare Enferm*. 2019;24:e60578. <https://doi.org/10.5380/ce.v24i0.60578>
10. Faller JW, Pereira DN, Souza S, Nampo FK, Orlandi FS, Matumoto S. Instruments for the detection of frailty syndrome in older adults: a systematic review. *PLoS One*. 2019;14(4):e0216166. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216166>
11. Nunes DP, Duarte YAO, Santos JLF, Lebrão ML. Screening for frailty in older adults using a self-reported instrument. *Rev Saúde Pública*. 2015;49(1). <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005516>
12. Evangelista AR, Moreira ACA, Freitas CASL, Val DR, Diniz JL, Azevedo SGV. Sexuality in old age: knowledge/attitude of nurses of family health strategy. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018018103482>
13. Waite LJ, Iveniuk J, Laumann EO, McClintock MK. Sexuality in older couples: individual and dyadic characteristics. *Arch Sex Behav*. 2017;46:605–18. <https://doi.org/10.1007/s10508-015-0651-9>
14. Eymann A. Before and after assessment of a sexuality workshop in high-school students. *Arch Argent Pediatr*. 2019;117(5):477–84. <https://doi.org/10.5546/aap.2019.eng.e477>
15. Cunha AMS, Lima ABA, Santos IMR, Gomes NMC, Souza EMS. Conversando sobre sexualidade e afetividade entre pessoas idosas. *GepNews* [Internet]. 2019 [cited 2020 Nov 6];2(2):153–60. Available from: <https://www.seer.ufal.br/index.php/gepnews/article/view/7893>
16. Lobaina EC, Cortés JTA, Hechavarría GÁP, González PF, Verdecia RR. Salud sexual en ancianos de un consultorio médico de la familia. *MEDISAN* [Internet]. 2017 [cited 2020 Nov 6];21(7):858. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v21n7/san12217.pdf>
17. Cabral NES, Pereira GCS, Souza US, Lima CFM, Santana GMS, Castañeda RFG. Understanding of sexuality by elderly men from a rural area. *Rev Baiana*. 2019;33e28165. <https://doi.org/10.18471/rbe.v33.28165>
18. Almeida-Brasil CC, Silveira MR, Silva KR, Lima MG, Faria CDCM, Cardoso CL, et al. Quality of life and associated characteristics: application of WHOQOL-BREF in the context of Primary Health Care. *Ciênc Saúde Colet*. 2017;22(5):1705–16. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.20362015>
19. Neves LAS, Castrighini CC, Reis RK, Canini SRMS, Gir E. Social support and quality of life of people with tuberculosis. *Enferm Glob*. 2018;(50):11–20. <https://doi.org/10.6018/eglobal.17.2.276351>
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 saúde doenças*. 2019;20(1):149–59. <https://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* [Internet]. 1998 [cited 2017 Nov 25];46(12):1569–85. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9672396>
22. Vieira KFL. Sexualidade e qualidade de vida do idoso: desafios contemporâneos e repercussões psicossociais [Tese] [Internet]. Universidade Federal da Paraíba; 2012 [cited 2020 Oct 22]. Available from: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/6908/1/arquivototal.pdf>

23. Srinivasan S, Glover J, Tampi RR, Tampi DJ, Sewell DD. Sexuality and the Older Adult. *Curr Psychiatry Rep*. 2019; 21:97. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1090-4>
24. Souza CL, Gomes VS, Silva RL, Silva ES, Alves JP, Santos NR, et al. Envelhecimento, sexualidade e cuidados de enfermagem: o olhar da mulher idosa. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(Suppl 2):71-78. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0015>
25. Fleck MP, Chachamovich E, Trentini C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(5):785-91. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000600007>
26. Scherrer Jr G, Okuno MFP, Oliveira LM, Barbosa DA, Alonso AC, Fram DS, et al. Quality of life of institutionalized aged with and without symptoms of depression. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(2):127-33. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0316>
27. Kline RB. *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. 3rd ed. New York: The Guilford Press; 2012. 445 p.
28. Wang J, Wang X. *Structural equation modeling : applications using Mplus*. United Kingdom: John Wiley & Sons; 2012.
29. Browne MW, Cudeck R. Alternative Ways of Assessing Model Fit. *Sociol Methods Res*. 1992;21(2):230-58. <https://doi.org/10.1177/0049124192021002005>
30. Hooper D, Coughlan J, Mullen M. Structural equation modelling: Guidelines for determining model fit. *Electron J Bus Res Methods*. 2008;6(1):53-60. <https://doi.org/10.21427/D7CF7R>
31. Lee DM, Tajar A, Ravindrarajah R, Pye SR, O'Connor DB, Corona G, et al. Frailty and sexual health in older European men. *J Gerontol A Biol Sci Med Sc*. 2013;68(7):837-44. <https://doi.org/10.1093/gerona/gls217>
32. Ricoy-Cano AJ, Obrero-Gaitán E, Caravaca-Sánchez F, Fuente-Robles YM. Factors conditioning sexual behavior in older adults: a systematic review of qualitative studies. *J Clin Med*. 2020;9(6):1716. <https://doi.org/10.3390/jcm9061716>
33. Vasconcellos D, Novo RF, Castro OP, Vion-Dury K, Ruschel Â, Couto MCPP, et al. A sexualidade no processo do envelhecimento: novas perspectivas - comparação transcultural. *Estud Psicol*. 2004;9(3):413-9. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2004000300003>
34. Gatti MC, Pinto MJC. Velhice ativa: a vivência afetivo-sexual da pessoa idosa. *Vínculo*. 2019;16(2):133-59. <https://doi.org/10.32467/issn.19982-1492v16n2p133-159>
35. Forbes MK, Eaton NR, Krueger RF. Sexual quality of life and aging: a prospective study of a nationally representative sample. *J Sex Res*. 2017;54(2):137-48. <https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1233315>
36. 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. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2018.11.001>
37. Even-Zohar A, Werner S. Older Adults and sexuality in Israel: knowledge, attitudes, sexual activity and quality of life. *J Aging Sci*. 2019;7(3):209. <https://doi.org/10.35248/2329-8847.19.7.209>
38. Traeen B, Štulhofer A, Janssen E, Carvalheira AA, Hald GM, Lange T, et al. Sexual activity and sexual satisfaction among older adults in four European Countries. *Arch Sex Behav*. 2019;48:815-29. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1256-x>
39. Traeen B, Villar F. Sexual well-being is part of aging well. *Eur J Ageing*. 2020;17:135-8. <https://doi.org/10.1007/s10433-020-00551-0>
40. Rodrigues CFCR, Duarte YAO, Rezende FAC, Brito TRP, Nunes DP. Atividade sexual, satisfação e qualidade de vida em pessoas idosas. *Rev Eletrôn Enferm*. 2019;21:57337. <https://doi.org/10.5216/ree.v21.57337>
41. Rocha FDA, Fensterseifer L. A função do relacionamento sexual para casais em diferentes etapas do ciclo de vida familiar. *Context Clín*. 2019;12(2):560-83. <https://doi.org/10.4013/ctc.2019.122.08>
42. 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. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v35i1.11932>
43. Antunes MC, Peres CA, Paiva V, Stall R, Hearst N. Differences in AIDS prevention among young men and women of public schools in Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2002;36(4 SUPPL.):88-95. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102002000500013>
44. Bonin R. Facebook é a rede social mais usada por idosos [Internet]. 2020 [cited 2021 Feb 6]. Available from: <https://veja.abril.com.br/blog/radar/facebook-e-a-rede-social-mais-usada-por-idosos/>
45. Queiroz AAFLN, Sousa AFL, Brignol S, Araújo TME, Reis RK. Vulnerability to HIV among older men who have sex with men users of dating apps in Brazil. *Braz J Infect Dis*. 2019;23(5):298-306. <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2019.07.005>

7.7 CAPÍTULO 7

Título: Association between experiences in older adults' sexuality and biosociodemographic characteristics

Status: Publicado

Carta de aceite: Apêndice G

Periódico: Escola Anna Nery Revista de Enfermagem (EAN)

Modelo de avaliação: Revisão por pares

Modelo de publicação: Acesso aberto

International Standard Serial Number (ISSN): Print: 1414-8145 / On-line: 2177-9465

Journal Citation Reports (JCR): Não possui


SCImago Journal & Country Rank (SJR): 0,274 (Q3) – última avaliação em 2020.

Indexação: Scopus, SciELO, dentre outras bases

Idiomas de publicação: Português e inglês

Citação: SOUZA JÚNIOR, Edison Vitório de Souza Júnior et al. Association between experiences in older adults' sexuality and biosociodemographic characteristics. **Escola Anna Nery**, v.26, n. e20210342, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0342>

Propriedade intelectual

 Todo o conteúdo do periódico Escola Anna Nery Revista de Enfermagem está licenciado sob uma Licença Creative Commons do tipo Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0). A licença pode ser acessada no seguinte link: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>

Esse artigo foi construído em resposta aos seguintes tópicos:

HIPÓTESE: A sexualidade está associada às variáveis biosociodemográficas de pessoas idosas (sexo, idade, etnia, escolaridade, religião, estado civil, tempo de convivência com o cônjuge, orientação sexual, região brasileira e se já receberam orientações sobre sexualidade pelos profissionais de saúde).

OBJETIVO: Analisar a associação entre as vivências em sexualidade e as variáveis biosociodemográficas das pessoas idosas.



Association between experiences in older adults' sexuality and biosociodemographic characteristics

Associação entre as vivências em sexualidade e características biosociodemográficas de pessoas idosas

Asociación entre experiencias en sexualidad y características biosociodemográficas de las personas mayores

Edison Vitório de Souza Júnior¹

Randson Souza Rosa²

Suziane de Aguiar Brito¹

Diego Pires Cruz²

Benedito Fernandes da Silva Filho²

Cristiane dos Santos Silva³

Namie Okino Sawada⁴

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

3. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Educação Física. Jequié, BA, Brasil.

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

Corresponding author:

Edison Vitório de Souza Júnior
edison.vitorio@usp.br

Submitted on 09/02/2021.

Accepted on 01/20/2022.

DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0342>

ABSTRACT

Objective: to analyze the association between experiences in older adults' sexuality and biosociodemographic characteristics. **Method:** a cross-sectional study developed with 3,740 older adults. The participants filled out two instruments to obtain the biosociodemographic variables and on the experiences in sexuality. Data were analyzed using the Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests, with a 95% confidence interval for all analyses. **Results:** there was a predominance of male participants (62.6%) who never received guidance on sexuality from health professionals (77.6%). The best experiences in sexuality were observed among male participants ($p=0.002$), aged between 60 and 74 years ($p<0.001$), self-declared brown ($p<0.001$), adherents to religions of African origins ($p<0.001$), who have a single partner ($p<0.001$), who live with their spouse for five years or less ($p<0.001$), who do not have children ($p<0.001$) and homosexuals ($p<0.001$). **Conclusion and implications for practice:** all biosociodemographic variables were significantly associated with at least one dimension of the sexuality scale. In this sense, health professionals will have scientific and current evidence of the variables that most need attention in elder care with regard to their sexuality.

Keywords: Family Health Strategy; Health Promotion; Health of the Elderly; Public Health; Sexuality.

RESUMO

Objetivo: analisar a associação entre as vivências em sexualidade e características biosociodemográficas de idosos. **Método:** estudo transversal, desenvolvido com 3.740 idosos. Os participantes preencheram dois instrumentos para a obtenção das variáveis biosociodemográficas e sobre as vivências em sexualidade. Os dados foram analisados com os Testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, com intervalo de confiança de 95% para todas as análises. **Resultados:** houve predominância de participantes do sexo masculino (62,6%) e que nunca receberam orientações sobre sexualidade pelos profissionais de saúde (77,6%). As melhores vivências em sexualidade foram observadas entre os participantes do sexo masculino ($p=0,002$), com idade entre 60 e 74 anos ($p<0,001$), autodeclarados pardos ($p<0,001$), adeptos às religiões de origens africanas ($p<0,001$), que possuem parceria fixa ($p<0,001$), que convivem com o cônjuge por tempo igual ou inferior a cinco anos ($p<0,001$), que não possuem filhos ($p<0,001$), e os homossexuais ($p<0,001$). **Conclusão e implicações para a prática:** todas as variáveis biosociodemográficas se associaram significativamente com, pelo menos, uma dimensão da escala de sexualidade. Nesse sentido, os profissionais de saúde terão evidências científicas e atuais das variáveis que mais necessitam de atenção no cuidado ao idoso no que diz respeito à sua sexualidade.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família; Promoção da Saúde; Saúde do Idoso; Saúde Pública; Sexualidade.

RESUMEN

Objetivo: analizar la asociación entre experiencias en sexualidad características biosociodemográficas de los ancianos. **Método:** estudio transversal, desarrollado con 3.740 personas mayores. Los participantes completaron dos instrumentos para obtener las variables biosociodemográficas y sobre experiencias en la sexualidad. Los datos se analizaron mediante las pruebas de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis, con un intervalo de confianza del 95% para todos los análisis. **Resultados:** predominó el sexo masculino (62,6%) y que nunca había recibido orientación sobre sexualidad por parte de profesionales de la salud (77,6%). Las mejores experiencias en sexualidad se observaron entre los participantes masculinos ($p=0,002$), edad entre 60 y 74 años ($p<0,001$), marrón autodeclarado ($p<0,001$), adherentes a religiones de origen africano ($p<0,001$), que tienen una pareja estable ($p<0,001$), que viven con su cónyuge durante cinco años o menos ($p<0,001$), que no tienen hijos ($p<0,001$) y homosexuales ($p<0,001$). **Conclusión e implicaciones para la práctica:** todas las variables biosociodemográficas se asociaron significativamente con al menos una dimensión de la escala de sexualidad. En este sentido, los profesionales de la salud contarán con evidencia científica y actual de las variables que más necesitan atención en el cuidado de las personas mayores en cuanto a su sexualidad.

Palabras clave: Estrategia de Salud Familiar; Promoción de la Salud; Salud del Anciano; Salud Pública; Sexualidad.

Older adults' sexuality and biosociodemography

Souza Júnior EV, Rosa RS, Brito SA, Cruz DP, Silva Filho BF, Silva CS, Sawada NO

INTRODUCTION

One of the main events that occurs in old age is the organic decline, especially the physical one, which culminates in socio-psychological changes. Thus, older adults may exclude themselves from social activities, pointing to age as a factor in victimizing themselves and feeling null in society, also presuming they are not capable of maintaining or initiating romantic relationships.¹ It is noteworthy that, in Brazil, all individuals aged 60 years or older are considered older adults,² classification adopted for the development of this study.

Society often reinforces the idea that being an older adult is being someone without uses, as old age has always been considered a stage in life synonymous with finitude. These are existing prejudices against older adults and, which also extend to other dimensions of life, as is the case of sexuality in old age.¹

The definition of sexuality comprises an expanded notion of the social construction of the uses of the body in particular, but not limited to genitality, in order to achieve a perception of physical and mental pleasure.³ Thus, experiences in sexuality can be defined as the expressions of several qualitative variables such as desire, affection, love, hug, contact, intimacy, touch, affectivity, eroticism, self-realization, self-image, self-esteem, among other emotional expressions, including the sexual activity itself.³⁻⁵

According to the World Health Organization,

Sexuality is a central aspect of being human throughout life and encompasses sex, gender identities and roles, sexual orientation, eroticism, pleasure, intimacy and reproduction. Sexuality is experienced and expressed in thoughts, fantasies, desires, beliefs, attitudes, values, behaviours, practices, roles and relationships. While sexuality can include all of these dimensions, not all of them are always experienced or expressed. Sexuality is influenced by the interaction of biological, psychological, social, economic, political, cultural, ethical, legal, historical, religious and spiritual factors.^{6:5}

Other published studies^{1-3,7-12} on the subject have not investigated the association between older adults' biosociodemographic variables and sexuality. However, it is known that healthy experiences in sexuality provide benefits for self-knowledge, well-being, pleasure, self-esteem,⁸ quality of life (QoL),¹³ maintenance of mental health and general satisfaction with life,¹⁴ being encouraged, including, among older adults with some type of dementia⁴ and in palliative care.¹⁵

Due to the importance of sexuality, the development of this becomes relevant, as it will contribute by revealing the biosociodemographic variables that are associated with sexuality experiences by older adults. This is an important aspect from the assistance point of view in public health, especially in Family Health Strategy (FHS), because there will be strategic guidance and knowledge of variables that are most associated with the object studied, in order to intensify approaches to its stimulation and breaking of prejudices.

In view of this, the following research question was formulated: which biosociodemographic variables are associated with experiences in sexuality by older adults? In order to answer it, the objective was to analyze the association between experiences in sexuality and biosociodemographic characteristics of older adults.

METHOD

Study design

This is a cross-sectional study of the web survey type, with a descriptive approach. The study scenario was defined for the five regions of Brazil (North, Northeast, Midwest, Southeast and South).

Sample and inclusion criteria

The sample was defined, a priori, based on the following parameters - infinite population, sampling error of 5% ($\alpha=0.05$), 95% confidence interval ($z_{\alpha/2}=1.96$) and conservative proportion of 50% - resulting in a minimum sample size of 385 participants. However, as it is a web survey study and predicting the possible incompleteness of answers, it was decided to recruit a higher number of participants, who were selected according to the non-probabilistic consecutive technique.

Participants aged ≥ 60 years old, according to Brazilian legislation that establishes this age parameter to consider an old adult,² residing in any region of Brazil, with internet access and an active Facebook account, married, in a stable relationship, or with a steady partner, because the sexuality instrument considers the assessment of individuals and information about their spouse, of both sexes, or non-binary, regardless of sexual orientation were included.

All older adults hospitalized during the collection period, residents in long-stay institutions or similar, those living with functional dependence and neurodegenerative diseases that made it impossible to understand the instruments were excluded. This screening was carried out through four questions with dichotomous answers (yes or no) before having access to the research instruments. To be considered suitable, it was necessary that there were 100% negative responses.

Data collection

Data collection took place between July and October 2020, exclusively online through the Facebook Social Network. The collection took place through the publication of a personalized invitation on a page created by the researchers with the aim of disseminating information about health, sexuality and QoL among older adults. The personalized invitation contained information regarding study title, inclusion criteria, institution name and researchers involved, as well as contact details (telephone and e-mail). This information was organized in an image editing program that allowed the creation of a visually attractive invitation. There was also the inclusion of a hyperlink that directed the participants to the survey page, created by Google Forms and composed of three chunks.

The first chunk referred to the Informed Consent Form (ICF) available in full so that its mandatory reading was possible. After agreeing with all the information, the participants clicked on the "I have read and accepted to participate in this study" option, being subsequently directed to the second chunk.

The second chunk was structured with biosociodemographic questions such as: sex, age; marital status; time spent with the partner; education; ethnicity; religion; Brazilian region where they reside; sexual orientation; if they live with their children; whether they have already received guidance on sexuality from health professionals; and the inclusion of a valid email.

The third chunk was elaborated with the Affective and Sexual Experiences Scale for Elderly (ASESE)¹⁶ instrument, built and validated for the Brazilian population of older adults. It is an instrument organized into 38 items with five possibilities of Likert-type responses, ranging from 1 (never) to 5 points (always). The items are organized into three dimensions: sexual activity, affective relationships, and physical and social adversity. The first two dimensions are analyzed from the perspective that the higher/lower the score, respectively, the better/worse will be sexuality experiences in these dimensions. On the other hand, considering the physical and social adversities dimension, the higher/lower the score, respectively, the worse/better older adults are facing such adversities in terms of sexuality experiences. The author found satisfactory psychometric indices in the ASESE validation and reliability, verified by Cronbach's Alpha, obtained the following values: sexual activity ($\alpha=0.96$); affective relationships ($\alpha=0.96$); and physical and social adversities ($\alpha=0.71$).¹⁶

In order to extend the survey invitation to the entire Brazilian territory, the authors hired the post boosting strategy offered by Facebook on a monthly basis. In this strategy, the social network disseminates the post to all people who meet the previously established criteria and, consequently, there is an increase in likes, comments and shares, which in turn, increases the probability of people clicking on the link and participating in the study. In this way, it was possible to exceed the intended sample and obtain an expressive number of participants in the present study.

Data analysis

Data were transported and analyzed using IBM SPSS®, version 25. The first step in data processing was to identify a possible multiplicity of responses given by the same participant, screened through the e-mail requested at the beginning of the questionnaire. In this study, there were no duplications of responses. Subsequently, the qualitative variables were analyzed using descriptive analyzes (absolute and relative frequencies). The quantitative ones were analyzed by means of median (Md), interquartile range (IR), variance and minimum and maximum values.

In order to analyze the association between the independent (biosociodemographic) and dependent (sexuality) variables, data distribution was initially analyzed using the Kolmogorov-Smirnov test, by which the non-normal distribution was identified ($p<0.001$). Thus, in accordance with the statistical assumptions,¹⁷

Mann-Whitney tests were applied to analyze variables with two categories and the Kruskal-Wallis test for variables with three or more categories. When necessary, the Bonferroni post-hoc was also applied to identify statistically significant differences between the groups analyzed using the Kruskal-Wallis test. The results of the application of these tests are presented by means of average ranks (AR), considering a confidence interval of 95%.

Ethical aspects

This study was approved in 2020 by the Institutional Review Board of the *Universidade de São Paulo at Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto* (EERP/USP), under Opinion 4,319,644, in accordance with Resolution 466/2012 of the Brazilian National Health Council (*Conselho Nacional de Saúde*). All participants read and agreed with the ICF available online, which was sent a duplicate to the respective e-mails informed in the initial stage of the research.

RESULTS

Table 1 presents participants' descriptive analysis, in which there is a predominance of male older adults (62.6%), with higher education (39.4%), self-declared white (66.7%) and who never received guidance on sexuality by health professionals (77.6%). Moreover, it also presents the analysis of tests of associations between sexuality and biosociodemographic variables.

Thus, it is noted that the sexual activity is better experienced by older adult males ($p<0.001$), aged between 65 and 79 years ($p<0.001$), mixed race ($p=0.009$), adherents to religions of African origins ($p<0.001$), who have a single partner ($p<0.001$), who live with their spouse for five years or less ($p<0.001$), who do not have children ($p<0.001$), and homosexuals ($p<0.001$).

With regard to affective relationships, the best experiences were identified among older adult males ($p=0.038$), aged over 90 years ($p=0.006$), with higher education ($p=0.013$), self-declared brown ($p<0.001$), adherents to religions of African origins ($p<0.001$), who have a single partner ($p<0.001$), who live with their spouse for five years or less ($p<0.001$), who have already received guidance on sexuality from health professionals ($p=0.028$), and heterosexuals ($p<0.001$).

In relation to physical and social adversities, the worst experiences were identified among older adult males ($p=0.003$), with only primary education ($p=0.024$), married ($p<0.001$), and those who live with their partner for more than 20 years ($p<0.001$). Finally, in general, sexuality is better experienced by male older adults ($p=0.002$), aged between 60 and 74 years ($p<0.001$), self-declared brown ($p<0.001$), adherents to religions of African origins ($p<0.001$), who have a single partner ($p<0.001$), who live with their spouse for five years or less ($p<0.001$), who do not have children ($p<0.001$), and homosexuals ($p<0.001$).

It is noted in Table 2 that most answers given were positive and reflected in participants' satisfaction with their experiences in sexuality. An example is the fact that 53.6% of older adults have sex with their spouses frequently and always (item 5). Most stated that sexual experiences are always pleasurable

Older adults' sexuality and biosociodemography

Souza Júnior EV, Rosa RS, Brito SA, Cruz DP, Silva Filho BF, Silva CS, Sawada NO

Table 1. Analysis of sexuality according to biosociodemographic characteristics. Ribeirão Preto, SP, Brazil, 2020 (n=3,740).

Variables	DESCRIPTIVE ANALYSIS		SEXUALITY			
			Sexual act	Affective relationships	Physical and social adversity	Overall score
	n	%	Average ranks (AR)			
Sex						
Male	2,342	62.6	1924.84 [†]	1899.01	1917.01 [†]	1918.40 [†]
Female	1,391	37.2	1779.11 [†]	1825.75	1792.75 [†]	1791.32 [†]
Others	7	0.2	1849.14	1224.50	1758.71	1578.36
p-value	-	-	<0.001*	0.038*	0.003*	0.002*
Age (years)						
60 - 64	1,830	48.9	1866.56 [‡]	1872.31 [‡]	1850.32	1867.05 [‡]
65 - 79	1,178	31.5	1915.23 [§]	1881.12 [§]	1871.87	1900.19 [§]
70-74	545	14.6	1890.00	1908.84	1931.27	1907.95
75-79	153	4.1	1641.73 [¶]	1778.67	1820.00	1686.36
80 – 84	28	0.7	1086.73 ^{‡,§, ,¶}	1156.36 ^{‡,§,}	2223.39	1143.00 ^{‡,§,}
85 – 90	3	0.1	757.00	678.00	1350.67	669.00
> 90	3	0.1	3261.50	2170.50	2403.00	2898.00
p-value	-	-	<0.001*	0.006*	0.303	<0.001*
Education						
Primary	321	8.6	1866.46	1769.57	2021.54 [†]	1834.25
Elementary school	570	15.2	1851.24	1783.87 [†]	1938.96	1826.27
High school	1,371	36.7	1855.45	1856.66	1829.75 [†]	1850.41
Higher education	1,474	39.4	1895.05	1938.75 [†]	1848.87	1915.64
Without education	4	0.1	1050.63	1908.00	1932.00	1333.75
p-value	-	-	0.474	0.013*	0.024*	0.252
Ethnicity						
White	2,494	66.7	1876.32	1900.69 [†]	1865.98	1888.40 [†]
Yellow	72	1.9	1500.75 [†]	1259.15 ^{†,‡}	2050.67	1378.82 ^{†,‡}
Black	191	5.1	1766.00	1676.73	1855.12	1721.90
Brown	911	24.4	1922.32 [†]	1886.12 [†]	1875.68	1906.23 [†]
Indigenous	26	0.7	1609.90	1689.58	2285.98	1666.48
Do not know	46	1.2	1688.63	1788.29	1559.97	1694.17
p-value	-	-	0.009*	<0.001*	0.079	<0.001*
Religion						
Catholicism	1,949	52.1	1802.16 ^{†,‡}	1781.32 ^{†,‡}	1909.57	1794.70 ^{†,‡}
Protestantism	514	13.7	1913.12	1933.43 ^{§,}	1854.95	1923.44 [§]
Spiritualism	461	12.3	2062.16 [†]	2136.96 ^{†,§}	1783.73	2094.76 [†]
Of African origins	70	1.9	2376.90 ^{‡,§}	2338.33 ^{†,}	2014.71	2416.13 ^{‡,§}
Other	357	9.5	1855.02	1850.41	1846.58	1850.60

Source: authors' elaboration; * Statistical significance by the Kruskal-Wallis test (p<0.05); †, ‡, §, ||, ¶ Statistically significant differences between groups by Bonferroni post-hoc; ** Statistical significance by the Mann-Whitney test (p<0.05)

Table 1. Continued...

Variables	DESCRIPTIVE ANALYSIS		SEXUALITY			
	n	%	Sexual act	Affective relationships	Physical and social adversity	Overall score
			Average ranks (AR)			
No religion	389	10.4	1852.54 [§]	1852.66	1794.14	1834.61
p-value	-	-	<0.001*	<0.001*	0.105	<0.001*
Marital status						
Married	2,328	62.2	1697.54 ^{†,‡}	1763.62 ^{†,‡}	1919.49 [†]	1724.36 ^{†,‡}
Stable union	707	18.9	2063.22 ^{†,§}	2030.79 [†]	1841.83	2057.52 [†]
With steady partner	705	18.9	2248.37 ^{†,§}	2062.68 [†]	1737.48 [†]	2165.53 [†]
p-value	-	-	<0.001*	<0.001*	<0.001*	<0.001*
Time living with partner						
≤5 years	673	18.0	2340.81 ^{†,‡,§,}	2163.74 ^{†,‡}	1739.14 [†]	2259.38 ^{†,‡}
Between 6 and 10 years	314	8.4	2148.26 [†]	2113.99	1754.86	2135.41
Between 11 and 15 years	276	7.4	2006.11 [†]	1991.21	1885.28	2001.28 [†]
Between 16 and 20 years	228	6.1	1867.98 [§]	1846.15 [†]	1854.71	1863.58 [‡]
> 20 years	2,249	60.1	1674.59	1736.41 [†]	1925.74 [†]	1701.80
p-value	-	-	<0.001*	<0.001*	0.001	<0.001*
Live with children						
Yes	1,081	28.9	1863.06 [†]	1808.35 [†]	1899.45	1841.74 [†]
No	2,474	66.1	1833.94 [‡]	1863.54 [‡]	1868.95	1844.88 [‡]
I do not have children	185	4.9	2402.89 ^{†,‡}	2326.71 ^{†,‡}	1722.12	2381.12 ^{†,‡}
p-value	-	-	<0.001*	<0.001*	0.115	<0.001*
Have you ever had sexual orientation?						
Yes	837	22.4	1909.60	1942.84	1815.06	1918.29
Never	2,903	77.6	1859.23	1849.64	1886.49	1856.72
p-value	-	-	0.234	0.028**	0.090	0.146
Sexual orientation						
Heterosexuality	3,241	86.7	1889.98 [†]	1904.00 [†]	1854.74	1895.73 ^{†,§}
Homosexuality	91	2.4	2056.25 [‡]	1902.68 [‡]	1933.11	2018.33 [‡]
Bisexuality	64	1.7	1354.48 ^{†,‡}	1289.92 ^{†,‡}	1975.95	1317.09 ^{†,‡}
Others	344	9.2	1733.03	1654.38	1982.80	1696.63 [§]
p-value	-	-	<0.001*	<0.001*	0.146	<0.001*

Source: authors' elaboration; * Statistical significance by the Kruskal-Wallis test ($p < 0.05$); †, ‡, §, ||, ¶ Statistically significant differences between groups by Bonferroni post-hoc; ** Statistical significance by the Mann-Whitney test ($p < 0.05$)

(item 28) and important for QoL (item 33), that experiences in sexuality always provide well-being (item 31), and that with advancing age, the desire to experience sexual acts was never lost (item 36).

When observing physical and social adversities, most revealed that, sometimes, some health problems interfere with sexual experiences (item 32). Moreover, they sometimes feel uncomfortable due to changes in sexuality due to aging

Older adults' sexuality and biosociodemography

Souza Júnior EV, Rosa RS, Brito SA, Cruz DP, Silva Filho BF, Silva CS, Sawada NO

Table 2. Descriptive analysis of responses to the ASESE instrument. Ribeirão Preto, SP, Brazil, 2020 (n=3,740).

ASESE INSTRUMENT QUESTIONS	Never		Rarely		Sometimes		Often		Always	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Dimension I - Sexual activity										
1. I have a favorable attitude towards sexuality in old age	244	6.5	311	8.3	780	20.9	930	24.9	1,475	39.4
4. I desire my partner	163	4.4	274	7.3	660	17.6	971	26.0	1,672	44.7
5. My partner and I have sex	248	6.6	513	13.7	974	26.0	1,213	32.4	792	21.2
9. Sexual experiences are good for my self-esteem	106	2.8	163	4.4	365	9.8	511	13.7	2,595	69.4
10. Enjoying my sexuality means being alive	126	3.4	96	2.6	309	8.3	412	11.0	2,797	74.8
11. I feel wanted by my partner	224	6.0	353	9.4	848	22.7	767	20.5	1,548	41.4
14. I find that having sex improves our relationship	232	6.2	194	5.2	592	15.8	653	17.5	2,069	55.3
20. Sexual experiences make me feel more alive	143	3.8	129	3.4	346	9.3	508	13.6	2,614	69.9
22. I notice the existence of desire in our relationship	255	6.8	331	8.9	705	18.9	821	22.0	1,628	43.5
24. I believe that in old age I am still a beautiful person	122	3.3	215	5.7	1,020	27.3	728	19.5	1,655	44.3
26. I feel good when we have sex	209	5.6	151	4.0	440	11.8	540	14.4	2,400	64.2
28. Our sexual experiences are pleasurable	232	6.2	332	8.9	700	18.7	672	18.0	1,804	48.2
29. I need the experiences of sexuality to live	389	10.4	221	5.9	778	20.8	747	20.0	1,605	42.9
31. The practice of sexuality makes me feel good	116	3.1	89	2.4	476	12.7	631	16.9	2,428	64.9
34. I express my sexuality without caring about what others think of me	491	13.1	290	7.8	599	16.0	559	14.9	1,801	48.2
35. Me and my partner used to date	385	10.3	439	11.7	973	26.0	903	24.1	1,040	27.8
36. As I age, I feel like I have lost interest in sex	1,696	45.3	694	18.6	984	26.3	174	4.7	192	5.1
38. Kisses and caresses are part of the day to day of our relationship	403	10.8	465	12.4	788	21.1	714	19.1	1,370	36.6
Dimension II - Affective relationships										
2. I enjoy being with my partner	126	3.4	274	7.3	545	14.6	750	20.1	2,045	54.7
3. My partner and I enjoy privacy	111	3.0	271	7.2	508	13.6	749	20.0	2,101	56.2
6. I feel that my partner has affection for me	131	3.5	262	7.0	743	19.9	803	21.5	1,801	48.2
7. Me and my partner are friends	45	1.2	94	2.5	352	9.4	646	17.3	2,603	69.6
8. I love my partner	76	2.0	154	4.1	377	10.1	480	12.8	2,653	70.9
12. Our relationship is filled with a lot of affection	259	6.9	370	9.9	804	21.5	757	20.2	1,550	41.4
13. I accept the changes caused by aging	238	6.4	248	6.6	965	25.8	559	14.9	1,730	46.3
15. I am not ashamed or afraid to express to my partner how I feel	615	14.6	245	6.6	597	16.0	538	14.4	1,745	46.7
16. I think sexuality in old age is normal	100	2.7	144	3.9	597	16.0	473	12.6	2,426	64.9
17. I feel that my partner enjoys being with me	173	4.6	269	7.2	682	18.2	674	18.0	1,942	51.9

Source: questions extracted from the validation study.¹⁶ T.N.: this instrument has been freely translated for publication.

Table 2. Continued...

ASESE INSTRUMENT QUESTIONS	Never		Rarely		Sometimes		Often		Always	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
18. Our relationship is based on companionship	116	3.1	154	4.1	420	11.2	720	19.3	2,330	62.3
19. I notice the existence of love in our relationship	189	5.1	231	6.2	623	16.7	602	16.1	2,095	56.0
21. I notice complicity in our relationship	256	6.8	281	7.5	594	15.9	659	17.6	1,950	52.1
23. I feel affection for my partner	91	2.4	174	4.7	484	12.9	632	16.9	2,359	63.1
25. I feel loved by my partner	190	5.1	267	7.1	661	17.7	588	15.7	2,034	54.4
27. I know I can count on my partner	172	4.6	196	5.2	533	14.3	576	15.4	2,263	60.5
33. Sexual experiences are important for older adults' quality of life	103	2.8	123	3.3	581	15.5	615	16.4	2,318	62.0
Dimension III - Physical and social adversities										
32. Some health problems interfere with my sexual experiences	884	23.6	513	13.7	1,439	38.5	441	11.8	463	12.4
30. I am bothered by changes in my sexuality caused by aging	785	21.0	476	12.7	1,448	38.7	487	13.0	544	14.5
37. I am afraid of being a victim of prejudice because of my attitudes towards sexuality	1,713	45.8	420	11.2	837	22.4	194	5.2	576	15.4

Source: questions extracted from the validation study.¹⁶ T.N.: this instrument has been freely translated for publication.

Table 3. Descriptive analysis of the ASESE dimensions. Ribeirão Preto, SP, Brazil, 2020. (n=3,740).

ASESE	M _d (IR)	M±SD	Minimum	Maximum	Variance
Sexual intercourse	73.00 (62.00-80.00)	69.66±13.70	21.00	88.00	187.76
Affective relationships	75.00 (63.00-81.00)	70.51±13.29	19.00	85.00	176.86
Physical and social adversity	8.00 (6.00-10.00)	7.96±3.10	3.00	15.00	9.63
GENERAL SEXUALITY	156.00 (134.00-168.00)	148.13±25.74	52.00	187.00	662.85

Source: authors' elaboration.

(item 30) and that they are never afraid of being a victim of prejudice because of attitudes towards sexuality experiences (item 37).

It is observed in Table 3 that the highest median in affective relationships indicates that older adults experience their sexuality better in this dimension to the detriment of the sexual activity.

DISCUSSION

In this study, a predominance of male older adults was observed, a fact that can be justified due to the theme studied, given that, during the data collection, women older adults commented on the research link with moral and conservative judgments regarding the topic being addressed in a social network, which may have contributed to the low female prevalence in this study. In contrast, men older adults had greater positive interaction in the comments

and interest in knowing more about the topic, in order to achieve a better affective-sexual performance with their partners.

In Table 3, it is noted that the highest median in affective relationships indicates that older adults experience their sexuality better in this dimension to the detriment of the sexual activity. The affective relationships domain assesses all qualitative aspects of sexuality experiences by older adults, such as the pleasure of being with a partner, privacy, affection, friendship, love, companionship, complicity, among others.¹⁶

This was a result found in general, without gender differentiation. In addition, it is noteworthy that the difference between affective and sexual experiences was not very discrepant, differing only in two observed points. Even so, this is a relevant finding, as it may indicate that experiences in sexuality, for older adults, have greater meaning in the affective aspects than in the sexual aspects themselves.¹⁶

Older adults' sexuality and biosociodemography

Souza Júnior EV, Rosa RS, Brito SA, Cruz DP, Silva Filho BF, Silva CS, Sawada NO

When entering gender differentiation, it was observed that male older adults had the best experiences in the sexual activity and in affective relationships, in addition to the worst coping with physical and social adversities related to sexuality.

In fact, men older adults were already expected to value the sexual activity more, as the literature^{7,18} corroborates this evidence. For men, the sexual activity is seen as something that meets physiological needs through pleasure and relaxation, valuing quantity. Women, on the other hand, value more intensely the romanticism and intimacy of the relationship, valuing quality.⁷ Based on this last evidence, it was expected that women and not men would have a better experience in sexuality in affective relationships.

In relation to physical and social adversities, this is a dimension that assesses whether older adults perceive their health as an obstacle to sexual experiences. If there is discomfort with the changes resulting from aging and if they are afraid of being victims of prejudice due to the actions taken to experience sexuality.¹⁶ Men presented worse coping with these adversities, which can be explained, in part, by the structural machismo that involved the entire context in which they grew up.

In this sense, it must be considered that, historically, men have always been encouraged to initiate sexual relations since adolescence. However, this same incentive did not happen among women, even today, becoming limited in this aspect, and their virginity should be preserved for marriage.⁸ So, when a man who grew up involved in this context of sexual stimulation reaches old age and experiences the physiological reductions common to age, there can be internal conflicts that play into their sense of masculinity. As a consequence, he does not face adversities effectively, as men feel less of a man when their sexual capacity loses fullness,¹⁹ in addition to being impacted by various psychosocial and environmental factors.²⁰

Regarding age, this study showed that the sexual activity is better experienced among older adults between 65 and 79 years. These ages differed statistically from the participants who were 80 years of age or older, as they had the lowest scores in the sexual assessment. These results may indicate that older adults from 80 years of age may not benefit so much from sexual experiences, as a result of the aging process itself, given that, in this age group, there may be greater impairment of erectile function, considered the main sexual dysfunction in males.²¹ In terms of affective relationships, older adults aged 90 years or older had better experiences in sexuality in this dimension, however, without statistical differentiation by post-hoc.

Regarding ethnicity, this study identified that the sexual activity and affective relationships, as well as sexuality in general, were better experienced by older adults self-declared brown. The literature shows that race issues are related to sexual behavior

and outcomes. However, knowledge about the influence of this variable on sexual attitudes is still limited.²²

With regard to religious belief, older adults who adhere to religions of African origins had the best experiences in the sexual activity, in affective relationships, and in sexuality in general, when compared to Catholic, Protestant and Spiritualist people.

It is noteworthy that one of the main aspects that effectively influences issues related to sexuality is religion. Some religious strands may view the sexual activity as an impure and sinful practice according to the context, thus becoming something forbidden. This reality can inhibit the sexual experiences of older adults, given that Christianity, predominant in Brazil, points to sex as a form of procreation⁶. This inference corroborates a study,²³ in which more conservative attitudes regarding sexuality were identified among participants who adhered to Christianity.

Regarding marital status, older adults with a steady partner presented the best experiences in the sexual activity and in affective relationships, in addition to better coping with physical and social adversities related to sexuality, when compared to married people and in a stable union. In this study, participants with a steady partner are those who, of their own volition, relate to a person in affective and sexual terms, but are not married or in a stable union. In fact, marital status can influence the importance given by older adults to their sexual life.¹⁸

Furthermore, because marriage constitutes a space of greater social and religious freedom for sexual experiences,²⁴ it was expected that such experiences would be better experienced among married participants and not among those with a steady partner. However, the relationship between the possible influence of marital monotony on sexuality experiences is discussed, especially among couples with a long period of coexistence,²⁵ since it must be considered that, generally, a large part of the current generation of older adults began their relationships in their youth and remain with the same spouse to this day.¹

Furthermore, another aspect that must be considered is that in the past, marriage was carried out according to the exclusive choice of the parents of the candidates for the marriage bond. All this choice was based on the political-economic interests of the time and there was no room for children to choose their spouses according to their feelings.²⁶ As this era was characterized by a strong influence of religion on marriage, divorce was not tolerated and, consequently, most older adults remain with the same spouse today. These inferences corroborate a qualitative investigation,²⁴ developed with 25 couples, in which Catholic participants showed greater resistance to divorce and rigid discourse about marriage until the end of life.

Regarding the presence of children, our study revealed that older adults who do not have children experience their sexuality better in the sexual and affective dimension, when compared to those who have children. These results are in agreement with

some investigations^{5,9} that revealed children as the main barrier to expression in sexuality among older adults. In this sense, a qualitative study⁵ showed that older adults and widow participants reported difficulty in experiencing their sexuality freely and fully, subjecting themselves to social and family oppression regarding the theme. Moreover, family members even stimulated moments of leisure, however, the love aspects did not receive support, as if sexuality in old age was something inappropriate.⁵

The fact is that, as time progresses, there is also an inversion of roles among family members, in which older adults lose autonomy and adapt to this new reality, acting as a passive subject that awaits only the finitude. Furthermore, in most cases, sexuality in old age is perceived by children as something derogatory, seeing it as a sign of dementia or second childhood.⁹

Regarding sexual orientation, homosexual older adults better experience the sexual activity and sexuality in general, differing statistically from bisexuals. In addition to this, heterosexuals had a better experience in sexuality only in the affective relationships dimension. It should be noted that the fact that the sexual activity is better experienced by homosexual participants does not mean the absence of these experiences among older adults of other sexual orientations. Furthermore, care should be taken in interpreting these results, so that the stereotype of promiscuity and unbridled sexuality is not reinforced to homosexuals.²⁷ After all, sexuality experienced in a healthy way is part of one of the basic human needs,²⁸ is present among older adults regardless of sexual orientation¹⁰ and constitutes a factor associated with better QoL.¹³

With regard to education, older adults with higher education had the best experiences in affective relationships and those with only primary education had the worst physical and social adversities related to sexuality. It seems that higher education levels are a factor that helps older adults face such adversities. This characteristic should be considered in the approach of health professionals, as high schooling among this public is not a frequent reality in the Brazilian population and represents a restricted population contingent.²⁹

However, it is noteworthy that sexuality is not frequently addressed by professionals in the health care of older adults, which can be attested by our results, in which 77.6% of participants never received guidance on sexuality from health professionals. Similarly, an investigation¹² developed with Brazilian older adults identified that 73.81% have difficulties in talking about sexual issues.

It is, therefore, a reality that deserves attention, as our results reveal that receiving guidance on sexuality from professionals was associated with better experiences of sexuality in affective relationships. In addition, according to Table 2, older adults themselves revealed that the practice of sexuality always provides well-being (64.9%), is important for QoL (62.0%) and makes them feel alive (74.8%).

This negligence that occurs in elder health care, with regard to sexuality, can be overcome through dialogic educational strategies, especially in FHS. This is a strategy that has already been implemented in care services and resulted in positive impacts in the theoretical expansion of the theme and in the weakening of prejudices, through actions that provided comprehensive and emancipatory care.¹¹ Therefore, health professionals must recognize older adults as biopsychosocial-spiritual beings and understand in depth the main factors that influence their experiences in sexuality, so that from the situational diagnosis, actions directed to this aspect are implemented.

CONCLUSION AND IMPLICATIONS FOR PRACTICE

It was found that all biosociodemographic variables were significantly associated with at least one dimension of the sexuality scale. Summing up, we identified that the best experiences in sexuality were observed in affective relationships when compared to sexual activity. Also, we observed that male participants, aged between 60 and 74 years, self-declared brown, adherents to religions of African origins, who have a single partner, who live with their spouse for five years or less, who do not have children and homosexuals had the best experiences in sexuality.

In this way, our results contribute to directing and facilitating professionals' work providing elder health, because, considering the need to add a better QoL to older adults, sexuality can be an approach capable of achieving this objective. But for that, it is necessary to know, initially, the profile of this public and how their biosociodemographic characteristics are associated with sexuality, a relationship that has not yet been published in the scientific literature, as far as we know. Our study contributes precisely in this sense, in which we evidenced some biosociodemographic factors that were associated with the best experiences in sexuality by older adults, which will guide care approaches with a view to health promotion. Such professionals will have scientific and current evidence of the variables that most need attention in elder care with regard to their sexuality.

It is noteworthy, however, that this study has some limitations. Among them, the non-probabilistic approach stands out, which does not allow the generalization of results. Another limitation that needs to be considered is the participants' profile, which differs from most studies developed with older adults. Furthermore, it is considered that there was an important restriction in the recruitment of participants, since only older adults who have access to the internet and users of a single social network made up the study sample. Finally, due to the low female adherence to the study, our data may have been affected by some type of bias, especially selection bias.

Older adults' sexuality and biosociodemography

Souza Júnior EV, Rosa RS, Brito SA, Cruz DP, Silva Filho BF, Silva CS, Sawada NO

FINANCIAL SUPPORT

This work was carried out with the support of the Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel – Brazil (CAPES - *Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior*) – Financing Code 001. Researcher: Edison Vitório de Souza Júnior, Process 88887.480496/2020-00.

AUTHOR'S CONTRIBUTIONS

Study design. Edison Vitório de Souza Júnior. Namie Okino Sawada.

Data acquisition. Edison Vitório de Souza Júnior. Namie Okino Sawada.

Data analysis and interpretation of results. Edison Vitório de Souza Júnior. Randson Souza Rosa. Suziane de Aguiar Brito. Diego Pires Cruz. Benedito Fernandes da Silva Filho. Cristiane dos Santos Silva. Namie Okino Sawada.

Article writing and critical review. Edison Vitório de Souza Júnior. Randson Souza Rosa. Suziane de Aguiar Brito. Diego Pires Cruz. Benedito Fernandes da Silva Filho. Christiane dos Santos Silva. Namie Okino Sawada.

Approval of the final version of the article. Edison Vitório de Souza Júnior. Randson Souza Rosa. Suziane de Aguiar Brito. Diego Pires Cruz. Benedito Fernandes da Silva Filho. Christiane dos Santos Silva. Namie Okino Sawada.

Responsibility for all aspects of the content and integrity of the published article. Edison Vitório de Souza Júnior. Randson Souza Rosa. Suziane de Aguiar Brito. Diego Pires Cruz. Benedito Fernandes da Silva Filho. Cristiane dos Santos Silva. Namie Okino Sawada.

ASSOCIATE EDITOR

Cristina Rosa Soares Lavareda Baixinho 

SCIENTIFIC EDITOR

Marcelle Miranda da Silva 

REFERENCES

- Almeida T, Lourenço ML. Envelhecimento, amor e sexualidade: utopia ou realidade? *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2007;10(1):101-14. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2007.10018>.
- Santos SC, Souza MAS, Pereira JS, Alexandre ACS, Rodrigues KF. A percepção dos idosos sobre a sexualidade e o envelhecimento. *Brazilian J Heal Rev.* 2020;3(2):3486-503. <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv3n2-180>.
- Soares KG, Meneghel SN. The silenced sexuality in dependent older adults. *Cien Saude Colet.* 2021 jan;26(1):129-36. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020261.30772020>. PMID:33533833.
- Souza Júnior 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>.
- Souza M, Marcon SS, Maria S, Bueno V, Carreira L, Denardi V et al. Elderly widows' experience of sexuality and their perceptions regarding the family's opinion. *Saude Soc.* 2015 set;24(3):936-44. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015132060>.
- World Health Organization. Sexual health, human rights and the law [Internet]. Geneva: WHO; 2015 [citado 2021 jun 20]. Disponível em: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sexual-health-human-rights-law/en/
- Rocha FDA, Fensterseifer L. A função do relacionamento sexual para casais em diferentes etapas do ciclo de vida familiar. *Contextos Clín.* 2019;12(2):560-83. <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2019.122.08>.
- Barros TAF, Assunção ALA, Kabengele DC. Sexualidade na terceira idade: sentimentos vivenciados e aspectos influenciadores. *Ciências Biológicas e Saúde Unit.* 2020;6(1):47-62.
- Uchôa YS, Costa DCA, Silva Jr IAP, Silva STSE, Freitas WMTM, Soares SCS. Sexuality through the eyes of the elderly. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2016;19(6):939-49. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562016019.150189>.
- Silva LFA, Pinto AAM. Sexualidade na terceira idade: a visão dos idosos de um município do interior do estado de São Paulo. *Rev Eletrônica Acervo Saúde.* 2019;11(10):e304. <http://dx.doi.org/10.25248/reas.e304.2019>.
- 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>.
- Araújo BJ, Sales CO, Cruz LFS, Moraes Filho IM, Santos OP. Qualidade de vida e sexualidade na população da terceira idade de um centro de convivência. *Rev Cient Sena Aires.* 2017;6(2):85-94.
- 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>.
- Jackson SE, Firth J, Veronese N, Stubbs B, Koyanagi A, Yang L et al. Decline in sexuality and wellbeing in older adults: a population-based study. *J Affect Disord.* 2019;245:912-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.091>. PMID:30699876.
- Malta S, Wallach I. Sexuality and ageing in palliative care environments? Breaking the (triple) taboo. *Australas J Ageing.* 2020;39(suppl. 1):71-3. <http://dx.doi.org/10.1111/ajag.12744>. PMID:32567182.
- Vieira KFL. Sexualidade e qualidade de vida do idoso: desafios contemporâneos e repercussões psicossociais [tese]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2012 [citado 2021 jun 22]. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/6908/1/arquivototal.pdf>
- Field A. Descobrimo a estatística usando o SPSS. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
- 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>.
- Martins ERC, Alves FS, Oliveira KL, Medeiros AS, Fassarella LG. Perception of man on the implantation of penile prosthesis: a contribution to nursing. *Brazilian J Heal Rev.* 2020;3(3):6480-7. <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv3n3-196>.
- Chung E. Sexuality in ageing male: review of pathophysiology and treatment strategies for various male sexual dysfunctions. *Med Sci.* 2019;7(10):98. <http://dx.doi.org/10.3390/medsci7100098>. PMID:31547182.
- Pereira ARR, Dantas DS, Torres VB, Viana ESR, Correia GN, Magalhães AG. Association among sexual function, functional independence and quality of life in patients after cerebrovascular accident. *Fisioter Pesqui.* 2017 mar;24(1):54-61. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-2950/16270824012017>.
- Cuffee JJ, Hallfors DD, Waller MW. Racial and gender differences in adolescent sexual attitudes and longitudinal associations with coital debut. *J Adolesc Health.* 2007;41(1):19-26. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2007.02.012>. PMID:17577530.
- Aguiar RB, Leal MCC, Marques APO, Torres KMS, Tavares MTDB. Elderly people living with hiv-behavior and knowledge about sexuality: An integrative review. *Cien Saude Colet.* 2020 fev;25(2):575-84. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020252.12052018>. PMID:32022197.
- Silva LA, Scorsolini-Comin F, Santos MA. Casamentos de longa duração: recursos pessoais como estratégias de manutenção do laço conjugal. *Psico-USF.* 2017;22(2):323-35. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712017220211>.

Older adults' sexuality and biosociodemography

Souza Júnior EV, Rosa RS, Brito SA, Cruz DP, Silva Filho BF, Silva CS, Sawada NO

25. Silva EP, Nogueira IS, Labegalini CMG, Carreira L, Baldissera VDA. Perceptions of care among elderly couples. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2019;22(1):e180136. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562019022.180136>.
26. Campos SO, Scorsolini-Comin F, Santos MA. Transformações da conjugalidade em casamentos de longa duração. *Psicol Clin*. 2017;29(1):69-89.
27. Jesus LA, Araújo LF, Santos JVO, Gomes HV, Salgado AGAT, Monte M. LGBT old age and spiritist people: a study of social representations. *Rev Psicol*. 2019;28(2):1-9. <http://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2019.55657>.
28. Waite LJ, Iveniuk J, Laumann EO, McClintock MK. Sexuality in older couples: individual and dyadic characteristics. *Arch Sex Behav*. 2017;46(2):605-18. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-015-0651-9>. PMID:26714683.
29. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Idosos indicam caminhos para uma melhor idade [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2019 [citado 2021 fev 11]. Disponível em: <https://censo2021.ibge.gov.br/2012-agencia-de-noticias/noticias/24036-idosos-indicam-caminhos-para-uma-melhor-idade.html>

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todos os objetivos do presente estudo foram respondidos e todas as hipóteses foram testadas. De modo geral, constatou-se que as vivências saudáveis da sexualidade pelas pessoas idosas exerceram efeitos clinicamente relevantes nas variáveis estudadas, comprovando cientificamente seus benefícios na velhice. Espera-se que os resultados frutos desta tese sensibilizem os profissionais de saúde, especialmente os Enfermeiros da Atenção Primária, no que diz respeito à criação de estratégias que visem o incentivo da sexualidade entre as pessoas idosas e rompimento de preconceitos relacionados à temática. Todavia, deve-se ter o cuidado de não criar esse incentivo de forma prescritiva como se a vivência em sexualidade fosse um fator exclusivo e obrigatório para uma boa velhice.

A sexualidade pode ser trabalhada tanto de forma individual, para possibilitar maior profundidade nas necessidades das pessoas idosas, tanto de forma grupal, para que haja compartilhamento das experiências e fortalecimento da realidade de que todas as pessoas sentem desejos. Considerando a revisão literária construída nesta tese, bem como os resultados obtidos, pode-se afirmar que a sexualidade continua fazendo parte da vida das pessoas na velhice. Trata-se de uma realidade normal, aceitável e ratificadora de uma velhice ativa e saudável que deve ser fortalecida na assistência à saúde das pessoas idosas.

Em relação a coleta de dados, destaca-se que houve grandes desafios para que este trabalho se tornasse concreto. Primeiro, cita-se a modalidade *online* de recrutamento que não transmitiu confiança nem segurança aos potenciais participantes do estudo. Isto porque, nos comentários da postagem, muitas pessoas comentaram que nosso estudo se tratava de uma estratégia fraudulenta para obtenção criminosa de dados pessoais, o que de certa forma, contribuiu para a baixa adesão de participantes e, conseqüentemente, o incremento do tempo da coleta de dados.

Outros comentários se tratavam de moralismos conservadores, especialmente pelas mulheres idosas. Tais pessoas comentavam negativamente nas postagens, afirmando que era uma vergonha as pessoas idosas participarem de estudos sobre a temática e que as “pessoas idosas de respeito” não participariam do estudo. Foram diversos comentários conservadores que também contribuíram para os desfechos citados.

Os pesquisadores, não apagavam esses comentários, respeitando eticamente a liberdade de expressão dos envolvidos. Todavia, respondemos a todos os comentários informando o objetivo da pesquisa, dados de contato dos pesquisadores responsáveis, número de aprovação do CEP e seu respectivo endereço e telefone para esclarecimento de todas as dúvidas e certificação da legalidade da pesquisa.

Apesar desses obstáculos, a interação com os participantes na rede social se constituiu como um campo estratégico para atividades de promoção da saúde. Isto porque muitas pessoas, que participaram ou não do estudo, encaminhavam mensagens questionando sobre a temática, especialmente, as que dizem respeito à atividade sexual, como formas de lubrificação, uso de preservativos, necessidade de consultas com o Enfermeiro da Unidade Básica de Saúde mais próxima da residência, e muitas outras questões que com certeza, contribuíram para o fortalecimento da autoestima, QV e autonomia desse público.

REFERÊNCIAS

ABDALA, Gina Andrade. **Religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde de idosos: estudo populacional na cidade de São Paulo** [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo/USP, 2013. <http://dx.doi.org/10.11606/T.7.2013.tde-12092014-150718>

ABRASCO. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. **Classificação de velhice na CID-11 é retirada pela OMS**. 2021. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/saude-da-populacao/classificacao-velhice-retirada-oms/63967/>>. Acesso em 05 nov. 2022

ADANA, Filiz et al. Knowledge and attitudes of a group of university students toward sexuality in aged people. **Journal Medical Brasovean**, v.1, n., p.38-40. 2015. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/8048/6fc0bb202bb8f5b32c341b0b9b2c4e37e859.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2019.

ADEOTI, Adekunle Olatayo; OJO, Osaze; AJAYI, Ebenezer Adekunle. Sexuality in nigerian older adults. **The Pan African Medical Journal**, v.33, n.22:315, 2015. <http://dx.doi.org/10.11604/pamj.2015.22.315.7617>

AGUIAR, Rosaline Bezerra; LEAL, Márcia Carréra Campos; MARQUES, Ana Paula de Oliveira. Conhecimento e atitudes sobre sexualidade em pessoas idosas com HIV. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.25, n.6, p.2051-2062, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020256.18432018>

AHRENFELDT, Linda Juel et al. Sex Differences in Comorbidity and Frailty in Europe. **International Journal of Public Health**, v.64, n.7, p.1025-1036, 2019. <https://doi.org/10.1007/s00038-019-01270-9>

ALAPHILIPPE, Daniel. Evolution de l'estime de soi chez l'adulte âgé. **Psychol NeuroPsychiatr Vieil**, v.6, n.3, p.167-176, 2008. <https://doi.org/10.1684/pnv.2008.0135>

ALENCAR, Danielle Lopes de et al. Fatores que interferem na sexualidade de idosos: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.8, p.3533-3542. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014198.12092013>

ALENCAR, Nelyse de Araújo et al. Avaliação da qualidade de vida em idosas residentes em ambientes urbano e rural. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.13, n.1, p.103-109, 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232010000100011>

ALLEN, Mark S; DESILLE Annelil E. Personality and sexuality in older adults. **Psychology & Health**, v.32, n.7, p.843-859, 2017. <http://dx.doi.org/10.1080/08870446.2017.1307373>

ALMEIDA, Osvaldo P; ALMEIDA, Shirley A. Confiabilidade da versão brasileira da

Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v.57, n.2B, p.421-426, 1999a. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X1999000300013>

_____. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v.14, n.10, p.858-865, 1999b. [http://dx.doi.org/10.1002/\(sici\)1099-1166\(199910\)14:10<858::aid-gps35>3.0.co;2-8](http://dx.doi.org/10.1002/(sici)1099-1166(199910)14:10<858::aid-gps35>3.0.co;2-8)

ALMEIDA-BRASIL, Celline Cardoso et al. Qualidade de vida e características associadas: aplicação do WHOQOL-BREF no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Ciênc saúde coletiva*, v.22, n.5, p.1705-1716. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017225.20362015>

ALVARENGA, Márcia Regina Martins; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; FACCENDA, Odival. Sintomas depressivos em idosos: análise dos itens da Escala de Depressão Geriátrica. **Acta Paulista de Enfermagem**. v.25, n.4, p.497-503, 2012. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000400003>

ALVES, José Eustáquio Diniz. **Envelhecimento e longevidade**. Universidade Federal de Juiz de Fora: Juiz de Fora, 2009. Disponível em: <https://www.ufjf.br/ladem/files/2009/05/Envelhecimento-e-longevidade3.pdf>>. Acesso em 03 nov. 2022

_____. **Envelhecimento populacional continua e não há perigo de um geronticídio**. Laboratório de Demografia e Estudos Populacionais (LADDEM): Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), 2020. Disponível em: <<https://www.ufjf.br/ladem/2020/06/21/envelhecimento-populacional-continua-e-nao-ha-perigo-de-um-geronticidio-artigo-de-jose-eustaquio-diniz-alves/#:~:text=Envelhecimento%20populacional%20continua%20e%20n%C3%A3o,de%20Jos%C3%A9%20Eust%C3%A1quio%20Diniz%20Alves&text=%5BEcoDebate%5D%20Existe%20atualmente%20a%20banaliza%C3%A7%C3%A3o,pela%20pandemia%20da%20covid%2D19.>>>. Acesso em 03 nov. 2022

ALWAHHABI, Fahad. Anxiety symptoms and generalized anxiety disorder in the elderly: a review. **Harvard Review of Psychiatry**, v.11, n.4, p.180-93, 2003. <https://doi.org/10.1080/10673220303944>

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 4th ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013. 120p.

AMBLER, Dana R; BIEBER, Eric J; DIAMOND, Michael P. Sexual Function in Elderly Women: A Review of Current Literature. **Reviews in obstetrics & gynecology**, v.5, n.1, p.16-27, 2012. Available from: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3349920/>>. Acesso em 04 jul. 2021.

AMORIM, Leila Denise Alves Ferreira et al. Modelagem de equações estruturais em epidemiologia. **Cad Saúde Pública**. v.26, n.12, p.2251-2262, 2010. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010001200004>

- ANTUNES, Giselli; MAZO, Giovana Zarpellon; BALBÉ, Giovane Pereira. Relationship of self-esteem between the perception on health and sociodemographic of elderly practicing physical exercise. **Journal of Physical Education**, v.22, n.4, p. 583-589., 2012. Disponível em: <<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/RevEducFis/article/view/10825/751375149893>>. Acesso em: 13 jun. 2021
- ANVERSA, Ana Luiza Barbosa et al. Qualidade de vida e imagem corporal de mulheres praticantes de musculação e ginástica. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v.20, n.1, p.149-159, 2019. <http://dx.doi.org/10.15309/19psd200112>
- APÓSTOLO, João Luís Alves et al. Capacidade de rastreio da Escala de Depressão Geriátrica com 10 e 5 itens. **Revista de Enfermagem Referência**, v.série IV, n.16, p.29-40, 2018. <https://doi.org/10.12707/RIV17062>
- AQUINO, Estela M.L. et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, v.25, supl.1, p.2423-46, 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10502020>
- ARAÚJO, Ana Cláudia Fernandes Araújo. Rompendo o silêncio: desvelando a sexualidade em idosos. **Revista UNILUS Ensino e Pesquisa**, v.12, n.29, 2015. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/ojs/index.php/fass/article/view/996>>.
- ARAÚJO, Bianca Jacob de et al. Qualidade de vida e sexualidade na população da terceira idade de um centro de convivência. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, v.2, n.2, p.85-94. 2017. Disponível em: <<http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/282/183>>. Acesso em: 10 jul. 2019.
- ARAÚJO, Solemar Lergnani; ZAZULA, Robson. Sexualidade na terceira idade e terapia comportamental: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v.12, n.2, p.172-182. 2015. <http://dx.doi.org/10.5335/rbceh.v12i2.5054>
- ARAÚJO, Tânia Maria de et al. Transtornos mentais comuns em mulheres: estudo comparativo entre donas-de-casa e trabalhadoras. **Revista de Enfermagem UERJ**, v.14, n.2, p.260-269, 2006. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v14n2/v14n2a17.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2020
- ARAÚJO, Tânia Maria de; PINHO, Paloma de Sousa; ALMEIDA, Maura Maria Guimarães de. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.5, n.3, p.337-348, 2005. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292005000300010>
- ARNOLD, Suzanne V. Frail Elderly, the Ideal Patients for MitraClip. **JACC: Cardiovascular Interventions**, v.10, n.19, p.1930-1931, 2017. <https://doi.org/10.1016/j.jcin.2017.08.029>

ASHING-GIWA, Kimlin Tam. The contextual modelo of HRQoL: a paradigm for Expanding the HRQoL framework. *Quality of Life Research*, v.14, n.2, p.29730, 2005. <https://doi.org/10.1007/s11136-004-0729-7>

ASTEDT-KURKI, Päivi et al. Further testing of a family nursing instrument (FAFHES). *International Journal of Nursing Studies*, v.46, n.3, p.350-359, 2009. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.01.008>

BAPTISTA, Makilim Nunes; CARNEIRO, Adriana Munhoz. Validade da escala de depressão: relação com ansiedade e stress laboral. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, v.28, n.3, p.345-352. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2011000300006>

BARREIRA, Ivo Manuel Borges; RODRIGUES, Vitor Manuel Costa Pereira; ANTUNES, Maria Cristina Quintas. Cultura organizacional da família como preditor das atitudes e comportamentos sexuais em adolescentes. *Revista de Enfermagem Referência*, v.serIV, n.6, p.17-25, 2015. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14083>

BARROS, Thaylline Alessandra Ferreira; ASSUNÇÃO, Ana Luiza Azevêdo de; KABENGELE, Daniela do Carmo. Sexualidade na terceira idade: sentimentos vivenciados e aspectos influenciadores. *Ciências Biológicas e de Saúde Unit*, v. 6, n.1, p.47-62, 2020. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/fitsbiosauade/article/view/6560>. Acesso em: 13 jun. 2021

BAUER, Michael et al. Supporting residents' expression of sexuality: the initial construction of a sexuality assessment tool for residential aged care facilities. *BMC Geriatrics*, 14:82. 2014. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-82>

BECK Aaron T et al. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v.56, n.6, p.893-7, 1988. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.56.6.893>

BERGERON, Caroline D et al. Exploring sexual behaviors and health communication among older women. *Journal Health Care for Women International*, v.38, n.12, p.1356-1372. 2017. <https://doi.org/10.1080/07399332.2017.1329308>

BERGES, Ivonne-Marie et al. Sex differences in mortality among older frail Mexican Americans. *Journal of Women's Health*, v.18, n.10, p.1647-1651, 2009. <https://doi.org/10.1089/jwh.2008.1083>

BERLEZI, Evelise Moraes et al. Estudo do fenótipo de fragilidade em idosos residentes na comunidade. *Ciênc. saúde coletiva*, v.24, n.11, p.4201-4210, 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.31072017>

BIENTZLE, Martina; CRESS, Ulrike; KIMMERLE, Joachim. Epistemological beliefs and therapeutic health concepts of physiotherapy students and professionals. *BMC Medical Education*, v.14, n., p.208, 2014. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-14-208>

BLANCO, Marília Bazan; CANTO-DE-SOUZA, Azair Liane Matos do. Ansiedade, memória e o transtorno de estresse pós-traumático. **CES Psicologia**, v.11, n.2, p. 53-65, 2018. <https://doi.org/10.21615/cesp.11.2.5>

BOERMER, RJ. Anxiety in elderly people -- epidemiology, diagnostic features and therapeutic options. **Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie**, v.72, n.10, p.564-73, 2004. <https://doi.org/10.1055/s-2004-818530>

BONI, Raquel Brandini. Websurveys nos tempos de COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v.36, n.7, p.e00155820, 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00155820>

BORIM, Flávia Silva Arbex; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo; BOTEGA, Neury José. Transtorno mental comum na população idosa: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.29, n.7, p.1415-1426, 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000700015>

BRASIL. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986 - Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, 430p. www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/8conferencia/8conf_nac_anais.pdf

_____. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Brasil: DF, fevereiro de 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 18 jan. 2020.

_____. Lei Nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências**. Brasil: DF, outubro de 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm. Acesso em 15 no. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf. Acesso em: 13 maio. 2020.

BRETANHA, Andréia Ferreira et al. Sintomas depressivos em idosos residentes em áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Bagé, RS. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v.18, n.1, p.1-12, 2015. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500010001>

BRITTO, Rodrigo; BENETTI, Sílvia Pereira da Cruz. Ansiedade, depressão e característica de personalidade em homens com disfunção sexual. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v.13, n.2, p.243-258, 2010. Disponível em < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v13n2/v13n2a07.pdf>>. Acessos em 07 Jul. 2021.

BRODBECK, Regina C. M. S. **Aspectos linguísticos de expressões utilizadas na área de sexualidade e gênero**. (Parecer). Universidade Federal de Juiz de Fora, 16 mar. 2012. mimeo.

BROWNE, M. W; CUDECK, R. Alternative Ways of Assessing Model Fit. **Sociological Methods & Research**, v. 21, n. 2, p. 230–258, 1992.
<https://doi.org/10.1177/0049124192021002005>

CALLIYERIS, Vasiliki Evangelou; CASAS, Alexandre Luzzi. A utilização do método de coleta de dados via internet na percepção dos executivos dos institutos de pesquisa de mercado atuantes no Brasil. **Interações (Campo Grande)**, v.13, n.1, p.11-22, 2012. <https://doi.org/10.1590/S1518-70122012000100002>

CAMPBELL, A. John; BUCHNER, David M. Unstable disability and the fluctuations of frailty. **Age Ageing**, v.26, n.4, p.315-318, 1997.
<https://doi.org/10.1093/ageing/26.4.315>

CAMPOLINA, Alessandro Gonçalves; CICONELLI, Rozana Mesquita. Qualidade de vida e medidas de utilidade: parâmetros clínicos para as tomadas de decisão em saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v.19, n.2, p.128-36, 2006. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2006.v19n2/128-136/pt>>. Acesso em: 10 jan. 2020.

CAMPOMORI, Maurício José Laguardia. O que é avançado em cultura. In: BRANDÃO, Carlos Antônio Leite (Org). **A república dos saberes: arte, ciência, universidade e outras fronteiras**. Belo Horizonte: Ed.da UFMG, 2008. p. 73-80

CAMPOS, Ana Cristina Viana et al. Funcionalidade familiar de idosos brasileiros residentes em comunidade. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.30, n.4, p.358-367, 2017. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700053>

CARNEIRO, Jair Almeida et al. Prevalência e fatores associados à fragilidade em idosos não institucionalizados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.69, n.3, p.435-442, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690304j>

CARNEIRO, Jair Almeida et al. Frailty in the elderly: prevalence and associated factors. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.70, n.4, p.747-752, 2017.
<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0633>

CARNEIRO, Jair Almeida et al. Cuidados em saúde estão associados à piora da fragilidade em idosos comunitários. **Revista de Saúde Pública**, v;53, p.32, 2019.
<https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000829>

CASEY, David A. Depression in Older Adults: A Treatable Medical Condition. **Primary Care: Clinics in Office Practice**, v.44, n.3, p.499-510, 2017.
<https://doi.org/10.1016/j.pop.2017.04.007>

CATAPAN, Neusa Rocha et al. Compreendendo a senescência na ótica da sexualidade feminina. **Revista Ciência et Praxis**, v.7, n.14, p.19-24. 2014. Disponível em: <<http://revista.uemg.br/index.php/praxys/article/view/2142/1134>>. Acesso em: 10 jul. 2019.

CATUSSO, Marilu Chaves. Rompendo o silêncio: desvelando a sexualidade em

idosos. **Revista Virtual Textos & Contextos**. v.4, n.1, p.1-19, 2005. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/996/776>>. Acesso em: 3 mar. 2020.

CHAIM, Janice; IZZO, Helena; SERA, Celisa Tiemi Nakagawa. Cuidar em saúde: satisfação com imagem corporal e autoestima de idosos. **O Mundo da Saúde**, v.33, n.2, p.175-181, 2009. Disponível em: <www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/67/175a181.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2021

CHEN, Chin-Ying et al. The prevalence of subjective frailty and factors associated with frailty in Taiwan. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v.50, Suppl 1, p.S43-S47, 2010. [https://doi.org/10.1016/S0167-4943\(10\)70012-1](https://doi.org/10.1016/S0167-4943(10)70012-1)

CHEN, Yung-Hui; JONES, Cindy; OSBORNE, Debora. Exploratory study of Australian aged care staff knowledge and attitudes of later life sexuality. **Australasian Journal on Ageing**, v.36, n.2, p. E35–E38. 2017. <https://doi.org/10.1111/ajag.12404>

CIGOLLE, Christine T et al. Comparing Models of Frailty: The Health and Retirement Study. **Journal of the American Geriatrics Society**, v.57, n.5, p.830-839, 2009. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2009.02225.x>

CLARK, Donald; CHO, Leslie S. Statin therapy in the frail elderly: A nuanced decision. **Cleveland Clinic Journal of Medicine**, v.84, n.2, p.143-145, 2017. <https://doi.org/10.3949/ccjm.84a.16036>

COELHO, Tiago et al. Multidimensional Frailty and Pain in Community Dwelling Elderly. **Pain Medicine**, v.18, n.4, p.693-701, 2017. <https://doi.org/10.1111/pme.12746>

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Nota oficial sobre a classificação da velhice como doença na CID-11. 2021**. Disponível em: <<https://portal.coren-sp.gov.br/noticias/nota-oficial-sobre-a-classificacao-da-velhice-como-doenca-na-cid-11/#:~:text=A%20partir%20de%20janeiro%20de,sem%20psicose%20e%20debilidad e%20senil>>. Acesso em 05 nov. 2022

COLLARD, Rose M et al. Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: a systematic review. **Journal of the American Geriatrics Society**, v.60, n.8, p.1487-1492, 2012. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.04054.x>

CONCEIÇÃO, Elvisnei Camargo. **O sistema de valores: um estudo intercultural com estudantes universitários argentinos, brasileiros e uruguaios** [dissertação]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2007. Disponível em: <<http://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/5709/1/396496.pdf>>. Acesso em 14. nov. 2020.

CONROY, R et al. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. **European Heart Journal**, v.24, n.11, p.987–1003, 2003. [https://doi.org/10.1016/s0195-668x\(03\)00114-3](https://doi.org/10.1016/s0195-668x(03)00114-3)

COSTA, Edméa Fontes de Oliva et al. Common mental disorders and associated factors among final-year healthcare students. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.60, n.6, p.525-530, 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.60.06.009>

CRUZ, Danielle Teles. **Fragilidade, quedas e medo de cair: um estudo de base populacional** [tese]. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora; 2017. Disponível em: <<https://repositorio.ufjf.br/jspui/bitstream/ufjf/4026/1/danielletelesdacruz.pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2020.

CRUZ, Déa Silvia Moura da; COLLET, Neusa; NÓBREGA, Vanessa Medeiros. Qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes com dm1- revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.3, p.973-989, 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.08002016>

CRUZ, Priscila Karolline Rodrigues et al. Difficulties of access to health services among non-institutionalized older adults: prevalence and associated factors. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.23, n.6, p.e190113, 2020. <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.190113>

ÇUHADAR, Döndü et al. Family Functionality and Coping Attitudes of Patients with Bipolar Disorder. **Journal of Religion & Health**, v.54, n.5, p.1731-1746, 2015. <https://doi.org/10.1007/s10943-014-9919-y>

CUNHA, J.A. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.

CUNHA, Amanda Maria Silva da et al. Conversando sobre sexualidade e afetividade entre pessoas idosas. **GEPNEWS**, v.2, n.2, p.153-160. 2019. Disponível em: <<http://www.seer.ufal.br/index.php/gepnews/article/download/7893/5732>>. Acesso em: 05 jul. 2019.

DANTAS, Daniele Vieira et al. Sexualidade e qualidade de vida na terceira idade. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v.19, n.4, p.140-148. 2017. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/19814/13235>>. Acesso em: 10 jul. 2019.

DEL PRIORE, Mary. Homens e mulheres: o imaginário sobre a esterilidade na América portuguesa. In: **História, Ciências, Saúde, Manguinhos**, v.8, n.1, p.98-112, mar.-jun. 2001. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702001000200005>

DELPHIN-COMBE, Floriane et al. Relationship between anxiety and cognitive performance in an elderly population with a cognitive complaint. **European Journal of Neurology**, v.23, n.7, p. 1210-7, 2016. <https://doi.org/10.1111/ene.13004>

DHINGRA, Isha; SOUSA, Avinash de; SONAVANE, Sushma. Sexuality in older adults: Clinical and psychosocial dilemmas. **Journal of Geriatric Mental Health**, v.3, n.2, p.131-139, 2016. Disponível em: <<http://www.jgmh.org/text.asp?2016/3/2/131/195629>>. Acesso em: 15 jun. 2019.

DICKENS, B.M. Value Systems and Healthcare Ethics. In: GUNN, SWA; MANSOURIAN, P.B; DAVIES, A.M; Piel, A; SAYERS, B.M (eds) Understanding the Global Dimensions of Health. Springer, Boston, MA, 2005. https://doi.org/10.1007/0-387-24103-5_4

DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira. **Família: rede de suporte ou fator estressor. A ótica de idosos e cuidadores familiares** [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2001.

DURIDAN, Aparecida; SANTOS, Daiane Ferreira dos; GATTI, Ana Lucia. Autoestima e cuidados pessoais em mulheres de 60 a 75 anos. **Aletheia**, n.43-44, p.174-187, 2014. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n43-44/n43-44a13.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2021

DYNIEWICZ, Ana Maria. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes**. 1.ed. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2007.

ELIOPOULOS, Charlotte. **Gerontological Nursing**. 9th Edition. Wolters Kluwer, 2018.

FABRICIO-WEHBE, Suzele Cristina Coelho et al. Adaptação cultural e validade da Edmonton Frail Scale - EFS em uma amostra de idosos brasileiros. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.17, n.6, p.1043-1049, 2009. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692009000600018>

FALEIROS, Fabiana et al. Use of virtual questionnaire and dissemination as a data collection strategy in scientific studies. **Texto contexto - enferm**. Florianópolis, v.25, n.4, p. e3880014, 2016. <https://doi.org/10.1590/0104-07072016003880014>

FARIA, Ana Cristina Nogueira Borges; BARRETO, Sandhi Maria; PASSOS, Valéria Maria de Azeredo. Sintomatologia depressiva em idosos de um plano de saúde. **Revista Médica de Minas Gerais**, v.18, n.3, p.175-182, 2008. Disponível em: <<http://rmmg.org/artigo/detalhes/526>>. Acesso em 06 jun. 2021

FERNANDES, Márcia Astrês et al. Transtornos de ansiedade: vivências de usuários de um ambulatório especializado em saúde mental. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v.11, n.10, p.3836-44, 2017. <https://doi.org/10.5205/reuol.12834-30982-1-SM.1110201718>

FHON, Jack Roberto Silva et al. Síndrome de fragilidade relacionada à incapacidade funcional no idoso. **Acta Paulista de Enfermagem**. 2012, v.25, n.4, p.589-594. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012005000016>

FIBRA. **Cadernos de Saúde Pública**, v.29, n.4, p.778-792, 2013. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000400015>

FIELD, Andy. **Descobrendo a estatística usando o SPSS** / Andy Field; tradução:

Lorí Viali. – 2. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2009.

FIGUEIROA, Maria das Neves et al. A formação relacionada com a sexualidade humana na percepção de estudantes de enfermagem. **Revista de Enfermagem Referência**, v.serIV, n.15, p.21-30, 2017. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV17044>

FLECK, Marcelo Pio de Almeida; CHACHAMOVICH, Eduardo; TRENTINI, Clarissa Marcelli. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.37, n.6, p.793-799. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n6/18024.pdf>>. Acesso em 08 jul. 2018.

_____. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. **Revista de Saúde Pública**, v.40, n.5, p.785-791, 2006. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000600007>

FLINT, Alastair J. Transtorno de Ansiedade Generalizada em Pacientes Idosos. **Drugs & Aging**, v.22, p.101-114, 2005. <https://doi.org/10.2165/00002512-200522020-00002>

FORTES, Sandra et al. Common mental disorders in Petrópolis-RJ: a challenge to integrate mental health into primary care strategies. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v.33, n.2, p.150-156, 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462011000200010>

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. 6.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

_____. **História da loucura: na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva; 2012. 551p.

_____. **A história da sexualidade: A vontade de saber** (3ª ed., Vol. 1) (M. T. Albuquerque & J. A. Albuquerque, Trads.). Rio de Janeiro, Brasil: Paz e Terra, 2015.

FRANAK, Jafari; ALIREZA, Khatony; MALEK, Mehrdad. Self-Esteem Among the Elderly Visiting the Healthcare Centers in Kermanshah-Iran (2012). **Global Journal of Health Science**, v.7, n.5, p.352-358, 2015. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n5p352>

FRANCON, Belkiss Rolim Rodrigues. **Percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família quanto à classificação das famílias: vantagens e desafio** [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo/USP, 2019. Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17139/tde-12082019-110345/publico/BELKISSROLIMRODRIGUESFRACON.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2019.

FREIRE, Maria Eliane Moreira et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em cuidados paliativos. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v.27, n.2, p.e5420016, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180005420016>

FREUD, Sigmund. **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade**. 2.ed. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FRIED, Linda P et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. **The Journals of Gerontology: Series A**, v.56, n.3, p.M146-56, 2001.

<https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.m146>

GAINO, Loraine Vivian et al. O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo*. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, v.14, n.2, p.108-116, 2018.

<http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.149449>

GALATI, Maria Cristina Romualdo et al. Sexualidade e qualidade de vida em homens com dificuldades

sexuais. **Psico-USF**, v.19, n.2, p.242-252. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712014019002014>

GAMA, Carlos Alberto Pegolo da; CAMPOS, Rosana Teresa Onocko; FERRER, Ana Luiza. Saúde mental e vulnerabilidade social: a direção do tratamento. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v.17, n.1, p.69-84, 2014.

<https://doi.org/10.1590/S1415-47142014000100006>

GATRELL, Anthony C. Therapeutic mobilities: walking and 'steps' to wellbeing and health. **Health & Place**, v.22, n., p.98-106, 2013.

<https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2013.04.002>

GOBBENS, Robbert JJ et al. Towards an integral conceptual model of frailty. **The Journal of Nutrition, Health & Aging**, v.14, n.3, p.175–181, 2010.

<https://doi.org/10.1007/s12603-010-0045-6>

GOBBENS, Robbert JJ; REMMEN, Roy. The effects of sociodemographic factors on quality of life among people aged 50 years or older are not unequivocal: comparing SF-12, WHOQOL-BREF, and WHOQOL-OLD. **Clinical Interventions in Aging**, v.14, n. p.231–239, 2019. <http://dx.doi.org/10.2147/cia.s189560>

GODOY, Diego Azevedo. Educação em sexualidade no brasil: um tour histórico e seus importantes desdobramentos para a formação do educador e do desenvolvimento da área na educação escolar. **DOXA: Revista Brasileira de Psicologia da Educação**, v.20, n 2, p.272-280, 2018. Disponível em:

<<https://periodicos.fclar.unesp.br/doxa/article/view/11893>>. Acesso em 26 maio. 2020

GOIS, Annely Barros et al. Percepção do homem idoso em relação a sua sexualidade. **Enfermagem em Foco**, v.8, n.3, p.14-18, 2017. Disponível em:

<<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1024/392>>. Acesso em: 21 fev. 2020.

GONÇALVES, Daniel Maffasioli; STEIN, Airtón Tetelbon; KAPCZINSKI, Flavio. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical

Interview for DSM-IV-TR. **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, n.2, p.380-390. 2008. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200017>

GONÇALVES, Daniel Almeida et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. **Cadernos de Saúde Pública**, v.30, n.3, p.623-632, 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00158412>

GONCALVES, Walter dos Santos et al. Função e disfunção sexual na depressão: uma revisão sistemática. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.68, n.2, p.110-120, 2019. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000234>

GORDON, E.H et al. Sex differences in frailty: A systematic review and meta-analysis. **Experimental Gerontology**, v.89, n., p.30-40, 2017. <https://doi.org/10.1016/j.exger.2016.12.021>

GUERRA, Lemuel Dourado; SILVA, Jairo Bezerra. Cultura e desenvolvimento: uma visão crítica dos termos do debate. In: BRASILEIRO, M.D.S; MEDINA, J.C.C; CORIOLANO, L.N., orgs. **Turismo, cultura e desenvolvimento**. Campina Grande: EDUEPB, 2012. p. 195-233. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/7y7r5/pdf/brasileiro-9788578791940-10.pdf>>. Acesso em 14. nov. 2020.

GUIRADO, Gunther Monteiro de Paula; PEREIRA, Nathalia Mendrot Pinho. Uso do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) para determinação dos sintomas físicos e psicoemocionais em funcionários de uma indústria metalúrgica do Vale do Paraíba/SP. **Cadernos Saúde Coletiva**, v.24, n.1, p.92-98, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201600010103>

HALIMATUS, S Minhat et al. Sexual intimacy in later life: From the perspectives of older couples in Malaysia. **Geriatrics & Gerontology International**, v.19, n.6, p.492-496, 2019. <https://doi.org/10.1111/ggi.13648>

HEATH, H. Sexuality and sexual intimacy in later life. **Nursing Older People**, v.31, n.1, p.40-48, 2019. <http://dx.doi.org/10.7748/nop.2019.e1102>

HELLWIG, Natália; MUNHOZ, Tiago Neuenfeld; TOMASI, Elaine. Sintomas depressivos em idosos: estudo transversal de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.21, n.11, p. 3575-3584, 2016. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.19552015>

HERRMANN, Nathan et al. A validation study of The Geriatric Depression Scale short form. **International Journal of Geriatric Psychiatry**. 1996;11:457-460. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1166\(199605\)11:5%3C457::AID-GPS325%3E3.0.CO;2-2](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1166(199605)11:5%3C457::AID-GPS325%3E3.0.CO;2-2)

HOCHMAN, Bernardo et al. Desenhos de pesquisa. **Acta Cirúrgica Brasileira**. São Paulo, v.20, supl.2, p. 2-9, 2005. <https://doi.org/10.1590/S0102-86502005000800002>

HOOPER, D. et al. Structural equation modelling: Guidelines for determining model fit. **Electronic Journal of Business Research Methods**, v. 6, n. 1, p. 53–60, 2008. <https://doi.org/10.21427/D7CF7R>

HU, L; BENTLER, P. M. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. **Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal**, v. 6, n. 1, p. 1–55, jan. 1999. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>

HUNTER, Jennifer et al. A positive concept of health - interviews with patients and practitioners in an integrative medicine clinic. **Complementary Therapies in Clinical Practice**, v.19, n.4, p.197-203, 2013. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2013.07.001>

HUTZ, Claudio Simon. Adaptação brasileira da Escala de Autoestima de Rosenberg. Curso de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Mimeo, 2000.

HUTZ, Claudio Simon; ZANON, Cristian. Revisão da adaptação, validação e normatização da escala de autoestima de Rosenberg. **Avaliação Psicológica**. v.10, n.1, p.41-49, 2011. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1677-04712011000100005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 10 de mar. 2021

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Estatísticas Sociais. **População cresce, mas número de pessoas com menos de 30 anos cai 5,4% de 2012 a 2021**. 2022. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/34438-populacao-cresce-mas-numero-de-pessoas-com-menos-de-30-anos-cai-5-4-de-2012-a-2021#:~:text=A%20popula%C3%A7%C3%A3o%20total%20do%20pa%C3%ADs,39%2C8%25%20no%20per%C3%ADodo>. Acesso em 02 nov. 2022

JEN, Sarah. Sexuality of midlife and older women: A review of theory use. **Journal of Women & Aging**, v.30, n.3, p.204-226. 2017. <https://doi.org/10.1080/08952841.2017.1295680>

JESUS, Patrícia Britto Ribeiro de; SANTOS, Iraci dos; BRANDÃO, Euzeli da Silva. A autoimagem e a autoestima das pessoas com transtornos de pele: uma revisão integrativa da literatura baseada no modelo de Callista Roy. **Aquichan**, v. 15, n. 1, p. 75-89, 2015. <https://doi.org/10.5294/aqui.2015.15.1.8>

JÜRSCHIK, Pilar et al. Prevalence of frailty and factors associated with frailty in the elderly population of Lleida, Spain: the FRALLE survey. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v.55, n.3, p.625-31, 2012. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2012.07.002>

KLINE, Rex B. **Principles and Practice of Structural Equation Modeling**. 3rd. ed. New York: The Guilford Press, 2012.

KUDIELKA, Brigitte M et al. Health-Related Quality of Life Measured by the SF12 in

Working Populations: Associations with Psychosocial Work Characteristics. **Journal of Occupational Health Psychology**, v.10, n.4, p.429-40, 2005.

<https://doi.org/10.1037/1076-8998.10.4.429>

LLANO, Patrícia Mirapalheta Pereira de et al. Factors associated with frailty syndrome in the rural elderly. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.72, supl.2, p.14-21, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0079>

LEANDRO-FRANCA, Cristineide; MURTA, Sheila Giardini. Prevenção e promoção da saúde mental no envelhecimento: conceitos e intervenções. **Psicol cienc prof**, v.34, n.2, p.318-329. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703001152013>

LEE, David M et al. Frailty and sexual health in older European men. **The Journals of Gerontology Series A Biological Sciences and Medical Sciences**, v.68, n.7, p.837-844, 2013. <https://doi.org/10.1093/geron/gls217>

LEE, David R et al. Understanding functional and social risk characteristics of frail older adults: a cross-sectional survey study. **BMC Family Practice**, v.19, n.1, p.170, 2018. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0851-1>

LENTSCK, Maicon Henrique et al. Prevalência de sintomas depressivos e sinais de demência em idosos na comunidade. **Rev Eletr Enf**, v.17, n.3, p.2015. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i3.34261>

LEVINE, D. M.; et al. **Estatística: teoria e aplicações**. 5. ed. Rio de Janeiro: TLC, 2008. 752 p.

LICHTENBERG, Peter A. Sexuality and physical intimacy in long-term care. **Occupational Therapy In Health Care**, v.28, n.1, p.42-50, 2014. <https://doi.org/10.3109/07380577.2013.865858>

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; BARRETO, Sandhi Maria. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.12, n.4, p.189-201, 2003. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742003000400003>

LIMA, Juliana; TESTON, Elen Ferraz; MARCON, Sonia Silva. Qualidade de vida de residentes em condomínio exclusivo para idosos. **Saúde**, v.40, n.2, p.73-80. 2014. <http://dx.doi.org/10.5902/223658349208>

LIU, Sarah Y et al. Self-esteem change and diurnal cortisol secretion in older adulthood. **Psychoneuroendocrinology**, v.41, p. 111-120, 2014. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2013.12.010>

LOBAINA, Elvia Creme et al. Salud sexual en ancianos de un consultorio médico de la familia. **MEDISAN**, v.21, n.7, p.857-865. 2017. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000700012>. Acesso em: Acesso em 08 jul. 2019.

LOPES, Keyla Crystina da Silva Pereira; SANTOS, Walquiria Lene dos. Transtorno

de ansiedade. **Revista de Iniciação Científica e Extensão**, v.1, n.1, p.45-50, p.45-50, 2018. Disponível em:

<<https://revistasfacesa.senaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/47/14>>. Acesso em 04 jul. 2021.

LOURENÇO Roberto Alves et al. Brazilian consensus on frailty in older people: concepts, epidemiology and evaluation instruments. **Geriatrics, Gerontology and Aging**. v.12, n.2, p.121–35, 2018. <http://doi.org/10.5327/Z2447-211520181800023>

LOURENÇO, Roberto Alves et al. Prevalência e fatores associados à fragilidade em uma amostra de idosos que vivem na comunidade da cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil: estudo FIBRA-JF. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.24, n.1, p.35-44, 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.29542016>

LUCCHESI, Roselma et al. Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.27, n.3, p.200-207, 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400035>

LUZ NETO, Laércio Marques da et al. Differences in cortisol concentrations in adolescents with eating disorders: a systematic review. **Jornal de Pediatria**. v.95, p,18-26, 2019. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2018.02.007>

MAATAOUI, Susan L; HARDWICK, Jodi S; LUNDQUIST, Tessa S. Creating space for relationships. **Psychological Services**, v.14, n.3, p.347-351. 2017. <http://dx.doi.org/10.1037/ser0000179>

MACCALLUM, R; BROWNE, M; SUGAWARA, H. Power analysis and determination of sample size for covariance structure modeling. **Psychological Methods**, v. 1, n. 2, p. 130–149, 1996. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.1.2.130>

MACHADO, Mayara B. et al. Prevalência de transtornos ansiosos e algumas comorbidades em idosos: um estudo de base populacional. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. v.65, n.1, p.28-35, 2016. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000100>

MAGNABOSCO, Patrícia. **Qualidade de vida relacionada à saúde do indivíduo com hipertensão arterial integrante de um grupo de convivência**. [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 2007. <http://dx.doi.org/10.11606/D.22.2007.tde-05102007-095321>

MALHOTRA, Savita; SHAH, Ruchita. Women and mental health in India: an overview. **Indian Journal of Psychiatry**, v.57, supl.2, p.S205-S211, 2015. <http://dx.doi.org/10.4103/0019-5545.161479>

MANSO, Maria Elisa Gonzalez; MARESTI, Leandro Tadeu Prazeres; OLIVEIRA, Henrique Souza Barros de. Análise da qualidade de vida e fatores associados em um grupo de idosos vinculados ao setor suplementar de saúde da cidade de São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.22, n.4, p.e190013, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562019022.190013>

MARI, Jair de Jesus; WILLIAMS Paul. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. **The British Journal of Psychiatry**, v.148, n.1, p.23-26, 1986. <https://doi.org/10.1192/bjp.148.1.23>

MARTINS, Andréa Maria Eleutério de Barros Lima et al. Associação entre transtornos mentais comuns e condições subjetivas de saúde entre idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.11, p.3387-3398, 2016. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.07842015>

MASSI, Giselle et al. Active aging: an intervention-research report. **Revista CEFAC**, v.20, n.1, p.5-12, 2018. <https://doi.org/10.1590/1982-0216201820113017>

MAYORGA-MUNOZ, Cecilia; GALLARDO-PERALTA, Lorena; GALVEZ-NIETO, José Luis. Propiedades psicométricas de la escala APGAR-familiar en personas mayores residentes en zonas rurales multiétnicas chilenas. **Revista médica de Chile**, v.147, n.10, p.1283-1290, 2019. <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872019001001283>

MAZO, Giovana Zarpellon; CARDOSO, Fernando Luiz; AGUIAR, Daniela Lima de. Programa de hidroginástica para idosos: motivação, auto-estima e auto-imagem. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, v.8, n.2, p.67-72, 2006. <https://doi.org/10.1590/%25x>

MEDEIROS, Fabíola de Araújo Leite et al. Contextualização do envelhecimento saudável na produção científica brasileira. **Revista de enfermagem UFPE on line**, v.9, supl. 2, p.985-93. 2015. <https://doi.org/10.5205/reuol.6391-62431-2-ED.0902supl201526>

MEDEIROS, Jhéssica Rawane Araújo de et al. Ocorrência de transtorno mental comum em cuidadores de crianças. **Revista de Enfermagem da UFPE**, v.12, n.3, p.651-657, 2018. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i3a109914p651-657-2018>

MEDEIROS, Sarah Magalhães et al. Fatores associados à autopercepção negativa da saúde entre idosos não institucionalizados de Montes Claros, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.11, pp.3377-3386, 2016. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.18752015>

MELO, Letícia Alves et al. Fragilidade, sintomas depressivos e qualidade de vida: um estudo com idosos institucionalizados. **Revista baiana de enfermagem**. v.32, p.e26340, 2018. <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v32.26340>

MENCÍA, Sara Torres; RODRÍGUEZ-MARTÍN, Beatriz. Percepciones de la sexualidad en personas mayores: una revisión sistemática de estudios cualitativos. **Revista Española de Salud Pública**, v.93, n.4, p.e201909059, 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31482865>>. Acesso em 08 jul. 2019.

MEURER, Simone Teresinha et al. Construct validity and reliability in Rosenberg's self-esteem scale for Brazilian older adults who practice physical activities. **Motricidade**, v.8, n.4, p. 5-15, 2012b. [https://doi.org/10.6063/motricidade.8\(4\).1548](https://doi.org/10.6063/motricidade.8(4).1548)

MENEGUCI, Joilson et al. Prevalência de sintomatologia depressiva em idosos brasileiros: uma revisão sistemática com metanálise. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. v.68, n.4, p.221-230, 2019. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000250>

MEURER, Simone Teresinha et al. Associação entre sintomas depressivos, motivação e autoestima de idosos praticantes de exercícios físicos. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**. v. 34, n. 3, pp. 683-695, 2012a. <https://doi.org/10.1590/S0101-32892012000300011>.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p.7-18, 2000. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100002>

MIRANDA, Gabriella Morais Duarte; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia; SILVA, Ana Lucia Andrade da. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.19, n.3, p.507-519. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>

MITNITSKI, Arnold B; SONG, Xiaowei; ROCKWOOD, Kenneth. The estimation of relative fitness and frailty in community-dwelling older adults using self-report data. **The Journals of Gerontology: Series A**, v.59, n.6, p.M627-32, 2004. <https://doi.org/10.1093/geron/59.6.M627>

MOHAMMADPOUR, Ali et al. Investigating the role of perception of aging and associated factors in death anxiety among the elderly. **Clinical Interventions in Aging**. v.13, p. 405–410, 2018. <https://doi.org/10.2147/CIA.S150697>

MOIZES, Julieta Seixas; BUENO, Sonia Maria Villela. Compreensão sobre sexualidade e sexo nas escolas segundo professores do ensino fundamental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.44, n.1, p.205-212, 2010. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000100029>

MORAES, Luciana Leitão et al. Identificação de risco cardiovascular pela razão triglicérido/HDL-colesterol em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. **Scientia Medica**, v.27, n.3, p.27369. 2017. <http://dx.doi.org/10.15448/1980-6108.2017.3.27369>

MOSS, Karen O et al. Identifying and Addressing Family Caregiver Anxiety. **Journal of Hospice & Palliative Nursing**, v.21, n.1, p.14-20, 2019. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000489>

MOURA, Dayana Silva; PESSÔA, Rosalba Maria Costa; ALMEIDA, Mayron Morais. Sexualidade na terceira idade: uma discussão acerca das medidas de prevenção do

HIV/AIDS. **Revista Ciência & Saberes**, v.3, n.1, p.407-415. 2017. Disponível em: <<https://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/135/88>>. Acesso em 20 fev. 2019

NASH, Paul et al. Sexual health and sexual activity in later life. **Reviews in Clinical Gerontology**, v.25, n.1, p.22-30. 2015. <http://dx.doi.org/10.1017/S0959259815000015>

NAYAK, Sudharani; MOHAPATRA, Mrinal Kar; PANDA, Bhuputra. Prevalence of and factors contributing to anxiety, depression and cognitive disorders among urban elderly in Odisha – A study through the health systems' Lens. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v.80, p. 38-45, 2019. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2018.09.008>

NERI, Anita Liberalesso et al. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo

NEVES, Jorge Alexandre Barbosa. Modelo de equações estruturais: uma introdução aplicada./ Jorge Alexandre Barbosa Neves. – Brasília: Enap, 2018. Available from: https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/3334/1/Livro_Modelo%20de%20equa%C3%A7%C3%B5es%20estruturais.pdf. ISBN: 978-85-256-0089-9

NEVES, Lis Aparecida de Souza et al. Suporte social e qualidade de vida de indivíduos com coinfeção tuberculose/HIV. **Enfermería Global**, v.17 n.2, p.11-20, 2018. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.2.276351>

NOBREGA, Maria do Perpétuo Socorro de Sousa; FERNANDES, Marta Francisca Trigo; SILVA, Priscila de Freitas. Aplicação do relacionamento terapêutico a pessoas com transtorno mental comum. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.38, n.1, p. e63562, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.63562>

NORTON, Joanna et al. Anxiety symptoms and disorder predict activity limitations in the elderly. **Journal of Affective Disorders**, v.141, n.2-3, p.276-85, 2012. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.04.002>

NUNES, César Aparecido **Desvendando a sexualidade**. 4. ed. Campinas: Papyrus, 2002.

NUNES, Daniella Pires et al. Rastreamento de fragilidade em idosos por instrumento autorreferido. **Revista de Saúde Pública**, v.49, 2, 2015. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005516>

OKUNO, Meiry Fernanda Pinto et al. Knowledge and attitudes about sexuality in the elderly with HIV/AIDS. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.25, n.spe1, p.115-121, 2012. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000800018>

OLIVEIRA, Lucineide da Silva Santos Castelo Branco et al. Os efeitos da atividade física na ansiedade, depressão e qualidade de vida em idosos que vivem na comunidade. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**. v.41, n.1, p. 36-42, 2019a. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0129>

OLIVEIRA, Daniel et al. Depressão, autoestima e motivação de idosos para a prática de exercícios físicos. **Psicologia, saúde & doenças**. v.20, n.3, p.803-812, 2019b. <http://dx.doi.org/10.15309/19psd200319>

OLIVEIRA, Daniel Vicentini de; ANTUNES, Mateus Dias; OLIVEIRA, Julimar Fernandes de. Ansiedade e sua relação com a qualidade de vida em idosos: revisão narrativa. **Cinergis**, v.18, n.4, p.316-322, 2017. <http://dx.doi.org/10.17058/cinergis.v18i4.9951>

OLIVEIRA, Francisco Ariclene et al. Atividades de educação em saúde realizadas com grupo de idosas para promoção do autocuidado em saúde. **Extensio: Revista Eletrônica de Extensão**, v.15, n.28, p.137-150, 2018. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/35630/1/2018_art_faoliveira.pdf. Acesso em: 15 jun. 2019.

OLIVEIRA, Katya Luciane de et al. Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos. **Psicologia em Estudo**. v.11, n.2, p. 351-359, 2006. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722006000200014>

OLIVEIRA, Ludmila Barbosa et al. Sexualidade e envelhecimento: avaliação do perfil sexual de idosos não institucionalizados. **Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança**, v.13, n.2, p.42-50. 2015. Disponível em: <http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/SEXUALIDADE-E-ENVELHECIMENTO-PRONTO.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2019.

OLIVEIRA, Priscila Heriques Gomes. **Modelagem de equações estruturais aplicada ao estudo das relações entre qualidade e diversidade da fauna no sistema solo-serapilheira**. [Tese]. Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro; 2016. Disponível em: https://uenf.br/posgraduacao/producao-vegetal/wp-content/uploads/sites/10/2016/05/TESE_PR%C3%8DSCILA_VERS%C3%83O-FINAL-com-ficha.pdf. Acesso em 13 jun. 2021.

ONDER, Graziano et al. Satisfação sexual e risco de incapacidade em mulheres idosas. **The journal of clinical psychiatry**, v.64, n.10, p.1177-1182, 2003. <https://doi.org/10.4088/jcp.v64n1006>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento Saudável**. [s.d]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/envelhecimento-saudavel>. Acesso em 05 nov. 2022.

_____. **Quem somos**. [s.d]. Disponível em: <https://www.who.int/es/about/who-we-are>. Acesso em 15. nov. 2020.

_____. **Manual WHOQOL-OLD**. [s.d]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/WHOQOL-OLD%20Manual%20Portugues.pdf>. Acesso em 15 nov. 2020.

_____. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946.** 1946 [cited Mar 21 2017]. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: Acesso em: 5 mar. 2020.

_____. **Defining sexual health.** Report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002, Geneva Geneva, 2006. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sh/en/>. Acesso em: Acesso em: 5 mar. 2020.

_____. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde.** 2015. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf;jsessionid=3B46BED94404026D3ABABC8883F6268A?sequence=6>. Acesso em 05 nov. 2022.

_____. **OPAS/OMS apoia governos no objetivo de fortalecer e promover a saúde mental da população.** 2016. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5263:op-as-oms-apoia-governos-no-objetivo-de-fortalecer-e-promover-a-saude-mental-da-populacao&Itemid=839>. Acesso em: Acesso em: 1 mar. 2020.

_____. **Depression and Other Common Mental Disorders.** Global Health Estimates. 2017a. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>>. Acesso em: 1 jan. 2020

_____. **Mental Health and Older Adults Fact Sheet nº 381** Geneva: WHO; 2017b. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>>. Acesso em 06 jun. 2021

_____. **Década do Envelhecimento Saudável nas Américas (2021-2030).** 2021. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/decada-do-envelhecimento-saudavel-nas-americas-2021-2030>>. Acesso em 05 nov. 2022.

_____. **Decade of Healthy Aging 2020-2030.** 2022. Disponível em: <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-proposal-final-apr2020rev-es.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_25&download=true>. Acesso em 02 nov. 2022

PAFFER, Adriana Toledo de et al. Prevalence of common mental disorders in mothers in the semiarid region of Alagoas and its relationship with nutritional status. **São Paulo Medical Journal**, v.130, n.2, p.84-91, 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-31802012000200003>

PAIVA, Ana Tarcia Guimarães et al. Avaliação da funcionalidade de famílias com

idosos. **Cogitare Enferm**, v.16, n.1, p.22-28, 2011.

<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v16i1.21107>

PEREIRA, Alexandre Alves; BORIM, Flávia Silva Arbex; NERI, Anita Liberalesso. Ausência de associação entre o índice de fragilidade e a sobrevivência de idosos no Brasil: Estudo FIBRA. **Cadernos de Saúde Pública**, v.33, n.5, p.e00194115, 2017.

<https://doi.org/10.1590/0102-311x00194115>

PEREIRA, Cícero et al. Sistemas de Valores e Atitudes Democráticas de Estudantes Universitários de João Pessoa. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.14, n.1, p.177-190, 2001. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722001000100015>

PEREIRA, Cláudio Vitorino; LEITE, Isabel Cristina Gonçalves. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em terapêutica hemodialítica. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.32, n.3, p.267-274, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900037>

PEREIRA, Diane; PONTE, Filomena; COSTA, Eleonora. Preditores das atitudes negativas face ao envelhecimento e face à sexualidade na terceira idade. **Análise Psicológica**, v.36, n.1, p.31-46. 2018. <http://dx.doi.org/10.14417/ap.1341>

PILLATT, Ana Paula; NIELSSON, Jordana; SCHNEIDER, Rodolfo Herberto. Efeitos do exercício físico em idosos fragilizados: uma revisão sistemática. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 26, n. 2, p. 210-217, 2019. <https://doi.org/10.1590/1809-2950/18004826022019>

PUTS, Martine T; LIPS, Paul; DEEG, Dorly J. Sex differences in the risk of frailty for mortality independent of disability and chronic diseases. **Journal of the American Geriatrics Society**, v.53, n.1, p.40-47, 2005. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53008.x>

QUEIROZ, Maria Amélia Crisóstomo et al. Social representations of sexuality for the elderly. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.68, n.4, p.662-667. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680413j>

REIS, Luciana Araújo dos; TRAD, Leny Alves Bonfim. Suporte familiar ao idoso com comprometimento da funcionalidade: a perspectiva da família. **Psicologia: teoria e prática**, v.17, n.3, p.28-41, 2015. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872015000300003>. Acesso em: 15 jun. 2019.

RIBEIRO, A. Sexualidade na terceira idade. In: NETTO, M. P. **Gerontologia**. São Paulo: 2002.

RIBEIRO, Alda. Sexualidade na Terceira Idade. In: NETTO, Matheus Papaleo. **Gerontologia. A velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo, Athenen, 1999.

RIBEIRO, D. **Os brasileiros. Teoria do Brasil**. 3. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1978.

RIBEIRO, Hellany Karolliny Pinho et al. Transtornos de ansiedade como causa de

afastamentos laborais. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. v.44, p.e1, 2019. <https://doi.org/10.1590/2317-6369000021417>

RIJCKEVORSEL-SCHEELE, Jantine van et al. Effects of health care interventions on quality of life among frail elderly: a systematized review. **Clinical Interventions in Aging**, v.14, n., p.643-658, 2019. <https://doi.org/10.2147/CIA.S190425>

ROCHA, Patrícia Rodrigues da; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.49, n.1, p.129-135, 2015. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000100017>

ROCKWOOD, Kenneth et al. A brief clinical instrument to classify frailty in elderly people. **Lancet**, v.353, n.9148, p.205-206, 1999. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(98\)04402-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(98)04402-X)

RODRÍGUEZ-MAÑAS, Leocadio et al. Searching for an operational definition of frailty: a Delphi method based consensus statement: the frailty operative definition-consensus conference project. **The Journals of Gerontology Series A Biological Sciences and Medical Sciences**, v.68, n.1, p.62-67, 2013. <https://doi.org/10.1093/gerona/gls119>

ROUGEMONT, Fernanda. Redefining the passage of time: lifestyle and longevity. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.1, n.6, p. 645-646, 2018. <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180218>

ROSA, Tábada Samantha Marques; SANTOS FILHA, Valdete Alves Valentins dos; MORAES, Anaelena Bragança de. Prevalência e fatores associados ao prejuízo cognitivo em idosos de instituições filantrópicas: um estudo descritivo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 11, p. 3757-3765, 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.25212016>

RUFINO, Sueli et al. ASPECTOS GERAIS, SINTOMAS E DIAGNÓSTICO DA DEPRESSÃO. **Revista Saúde em Foco**. n.10, p.837-843. Disponível em: <https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/11/095_ASPECTOS-GERAIS-SINTOMAS-E-DIAGN%C3%93STICO-DA-DEPRESS%C3%83O.pdf>. Acesso em 06 jun. 2021

SALERNO, Michelle Couto et al. Autoestima de idosos comunitários e fatores associados: estudo de base populacional. **Cogitare Enferm**. v.20, n.4, p.782, 2015. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i4.41895>

SALLES, Ana Cristina Teixeira da Costa; CECCARELLI, Paulo Roberto. A invenção da sexualidade. **Reverso**, v.32, n.60, p.15-24, 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952010000300002&lng=pt&nrm=iso>.

SANTOS, GEO. calculoamostral.vai.la. Acesso 2017.

SANTOS, Álvaro da Silva et al. Compreensão de idosos e familiares sobre sexualidade e HIV/Aids: estudo descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.13, n.2, p.175-185, 2014. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/download/4326/pdf_127>. Acesso em: 15 jun. 2019.

SANTOS, Ariene Angelini dos, PAVARINI, Sofia Cristina Iost. Funcionalidade familiar de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. **Revista de Enfermagem Eletrônica**, v.13, n.2, p.361-367, 2011. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i2.10170>

SANTOS, Sheila Caroline dos Santos; MARRAMARCO, Cesare Augusto. Autoestima e a Autoestima e autoimagem em Idosos Participantes do Projeto Ritmo autoimagem em Idosos Participantes do Projeto Ritmo e Movimento de Caxias do Sul — Movimento de Caxias do Sul —RS. **DO CORPO: Ciências e Artes**, v. 4, n. 1, 2014. Disponível em: <<http://www.ucs.br/etc/revistas/index.php/docorpo/article/view/3445>>. Acesso em: 13 jun. 2021

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Coordenação da Atenção Básica. Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa. **Documento norteador unidade de referência à saúde do idoso URSI**. Disponível em: <<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/ANEXOS/DOCNORTURSI21122016.pdf>>. Acesso em 10 de mar. 2021

SARASIN, Philipp. L'invention de la "sexualité", des Lumières à Freud. Esquisse. In: **Le Mouvement Social**, 2002/3, n.200. p.138-146.

SCARDOELLI, Márcia Glaciela da Cruz; FIGUEIREDO, Aline Francielli Ramos de; PIMENTEL, Rafael Rodrigo da Silva. Mudanças advindas do envelhecimento: sexualidade de idosos com complicações da diabetes mellitus. **Rev enferm UFPE on line**, v.11, n.Supl, p.2963-70, 2017. <https://doi.org/10.5205/reuol.11007-98133-3-SM.1107sup201718>

SCAZUFCA M et al. Validity of the Self-Reporting Questionnaire-20 in epidemiological studies with older adults. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v.44, n.3, p.247-254. 2009. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-008-0425-y>

SCHERRER JUNIOR, Gerson et al. Qualidade de vida de idosos institucionalizados com e sem sinais de depressão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.72, supl.2, p.127-133, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0316>

SCHOENE, Daniel et al. A systematic review on the influence of fear of falling on quality of life in older people: is there a role for falls?. **Clinical Interventions in Aging**, v.14, n., p.701–719, 2019. <http://dx.doi.org/10.2147/cia.s197857>

SCHULTHEISZ, Thaís Sisti De Vincenzo; APRILE, Maria Rita. Autoestima, conceitos correlatos e avaliação. **Revista Equilíbrio Corporal e Saúde**, v.5, n.1, p.36-48, 2013. <https://doi.org/10.17921/2176-9524.2013v5n1p%25p>

SENA, Rômulo Mágnus de Castro; MAIA, Eulália Maria Chaves. El uso del constructo de la autoestima en la investigación de la salud en Brasil: aportes conceptuales a la práctica clínica. **Humanidades Médicas**, v. 17, n. 2, p. 383-395, 2017. Disponível em: <<http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v17n2/hmc10217.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2021

SENICATO, Caroline; AZEVEDO, Renata Cruz Soares de; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.8, p.2543-2554. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018238.13652016>

SEVERINO, Antonio Joaquin. Diretrizes para a leitura, análise e interpretação do trabalho científico. In: **Metodologia do Trabalho Científico**. São Paulo: Cortez, 2007.

SHKOLNIK, Darya; LECOVICH, Esther. Health, body image, gender, and migration status: their relationship to sexuality in old age. **International Psychogeriatrics**, v.25, n.10, p.1717-1727. 2013. <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610213000604>

SILVA, Doane Martins da et al. Avaliação da funcionalidade familiar de idosos. **Rev enferm UFPE on line**, v.7, n.9, p.5550-5556, 2013. <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.3529-29105-1-SM.0709201324>

SILVA, Maria Josefina et al. Análise das propriedades psicométricas do APGAR de família com idosos do nordeste brasileiro. **Esc Anna Nery**. v.18, n.3, p.527-532, 2014 <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140075>

SILVA, Mônica Maria Viana da et al. Promovendo a qualidade de vida da população idosa. **Revista interfaces**, v.7, n.1, p.255-263, 2019. Disponível em: <<http://interfaces.leaosampaio.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/664/pdf>>. Acesso em 08 jul. 2019.

SILVA, Paloma Alves dos Santos da et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados entre idosos de um município do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.2, p.639-646, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018232.12852016>

SILVA, José Vitor da et al. O envelhecer contemporâneo: ônus ou bônus? A questão da “Melhor Idade”. **Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento**, v.8, n.1, p.141-157, 2022. [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2022.8\(1\).539.141-157](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2022.8(1).539.141-157)

SKAPINAKIS, Petros et al. Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece. **BMC Psychiatry**, v.4, n.13, p.1-14, 2013. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-13-163>

SMILKSTEIN, Gabriel. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. **The Journal of family practice**, v.6, n.6, p.1231-1239, 1978. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/660126>>. Acesso em: 21 fev.

2020.

SONG, Jin; CHEN, Huijing; LIANG, Ting. Family functioning and 1-year prognosis of first-episode major depressive disorder. **Psychiatry Research**, v.273, n., p.192-196, 2019. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.01.021>

SOUSA Karolliny Abrantes de et al. Prevalência de sintomas de depressão em idosos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família. **REME – Rev Min Enferm.** v.21, p.e-1018, 2017. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20170028>

SOUSA, Ana Carolina Patrício de Albuquerque et al. Frailty syndrome and associated factors in community-dwelling elderly in Northeast Brazil. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, 2012, v.54, n.2, p.e95-e101. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2011.08.010>

SOUZA, Mariana de et al. A vivência da sexualidade por idosas viúvas e suas percepções quanto à opinião dos familiares a respeito. **Saúde e Sociedade**, v.24, n.3, p.936-944, 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015132060>

STEARNS, P. N. **História da sexualidade**. São Paulo: Contexto, 2010.

STIVAL, Marina Morato et al. Fatores associados à qualidade de vida de idosos que frequentam uma unidade de saúde do Distrito Federal. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.17, n.2, p.395C405, 2014. <http://dx.doi.org/10.1590:S1809C98232014000200016>

TAVARE, Sandra Maria Greger. A Saúde Mental do idoso brasileiro e a sua autonomia. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso)**, v., n.47, 2009. Disponível em http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122009000200023&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 08 Jan. 2020.

TAVARES, Darlene Mara dos Santos et al. Qualidade de vida e autoestima de idosos na comunidade. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 21, n. 11, p. 3557-3564, 2016. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.03032016>

TEIXEIRA, C. M. et al. Atividade física, autoestima e depressão em idosos. **CPD**, v.16, n.3, p.55-66, 2016. Disponível em: https://scielo.isciii.es/pdf/cpd/v16n3/psicologia_deporte5.pdf. Acesso em 06 jun. 2021

TESTON, Elen Ferraz; MARCON, Sonia Silva. Estudo comparativo da qualidade de vida dos idosos que vivem em condomínios contra moradores da comunidade. **Investigación y Educación en Enfermería** v.33, n.1, p.53-62. 2015. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072015000100007&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em 08 Jul. 2019.

THAMES, April D et al. Sexual health behavior and mental health among older

African American women: the sistahs, sexuality, and mental health well-being project. **Journal of Women's Health**, v.27, n.9, p.1177-1185. 2018.

<https://doi.org/10.1089/jwh.2017.6777>

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Social Science and Medicine**, v.46, n.12, p.1569-85, 1998. [http://dx.doi.org/10.1016/s0277-9536\(98\)00009-4](http://dx.doi.org/10.1016/s0277-9536(98)00009-4)

The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science Medicine**, v.41, n.10, p.1403-1409, 1995. [http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-k](http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-k)

TONELI, Maria Juracy Filgueiras. **Sexualidade, gênero e gerações**: Continuando o debate. In *Gênero e sexualidade: História, condições e lugares*. Rio de Janeiro, Brasil: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2012.

TORRES, Gilson de Vasconcelos et al. Funcionalidade familiar de idosos dependentes residentes em domicílios. **Avaliação Psicológica**, v.8, n.3, p.415-423, 2009. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712009000300013>. Acesso em 20 fev. 2020.

TRIERVEILER, Kamila Santos et al. Funcionalidade familiar da pessoa com lesão medular. **Texto contexto - enferm**, v.24, n.4, p.993-1002, 2015.

<https://doi.org/10.1590/0104-0707201500003610014>

UCHÔA, Yasmim da Silva et al. A sexualidade sob o olhar da pessoa idosa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.19, n.6, p.939-949. 2016.

<http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562016019.150189>

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

Normas CCP. **Normas CCP (para matriculados após 01/09/2019)**. Disponível em:

<www.eerp.usp.br/fundamental-normas-ccp/>. Acesso em 19. mar. 2021.

VASCONCELOS-ROCHA, Saulo et al. Prevalência de transtornos mentais comuns entre idosos residentes em município do Nordeste do Brasil. **Revista de salud pública**, v.14, n.4, p.620-629, 2012. Disponível em:

<https://www.scielo.org/pdf/rsap/2012.v14n4/620-629/pt>

VERA, Ivania. **Avaliação da funcionalidade familiar por idosos**. 2013. 134p. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem, Goiânia, GO. Disponível em:

<https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/127/o/Ivania_Vera.pdf?1391019482;IVANIA>.

Acesso em: 03 jul. 2021.

VERA, Ivania et al. Índex APGAR de Família na avaliação de relações familiares do idoso: revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.16, n.1, p.199-210, 2014. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.22514>

VIANA, Helena Brandão. **Adaptação e validação da escala ASKAS - Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale em idosos brasileiros**. 2008. 179p. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação Física, Campinas, SP. Disponível em: <<http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/275175>>. Acesso em: 11 ago. 2018.

VIDAL, Carlos Eduardo Leal et al. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres. **Cadernos Saúde Coletiva**, v.21, n.4, p.457-464, 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-462X2013000400015>

VIEIRA, Kai Francis Leal. **Sexualidade e qualidade de vida do idoso: desafios contemporâneos e repercussões psicossociais** [tese]. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa (PB); 2012. Disponível em: <<https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/6908/1/arquivototal.pdf>>. Acesso em 08 jul. 2018.

VIEIRA, Kai Francis Leal; COUTINHO, Maria da Penha de Lima; SARAIVA, Evelyn Rúbia de Albuquerque. A sexualidade na velhice: representações sociais de idosos frequentadores de um grupo de convivência. **Psicologia: ciência e profissão**, v.36, n.1, p.196-209, 2016. <http://dx.doi.org/101590/1982-3703002392013>

VIEIRA, Renata Alvarenga et al. Prevalência de fragilidade e fatores associados em idosos comunitários de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: dados do estudo FIBRA. **Cadernos de Saúde Pública**, v.29, n.8, p.1631-1643, 2013. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00126312>

VIEIRA, Sara et al. A vivência da sexualidade saudável nos idosos: O contributo do enfermeiro. **Salutis Scientia**, v.6, n., p.35-45. 2014. Disponível em: <<http://www.salutisscientia.esscvp.eu/Site/download.aspx?artigoId=31177>>. Acesso em: 10 jun. 2019.

VISCARDI, Adriana Aparecida da Fonseca; CORREIA, Priscila Mari dos Santos. Questionários de avaliação da autoestima e/ou da autoimagem: vantagens e desvantagens na utilização com idosos. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, v. 9, n. 3, p. 261-280, 2017. <http://dx.doi.org/10.3895/rbqv.v9n3.5845>

WANG, J; WANG, X. **Structural equation modeling: applications using Mplus**. United Kingdom: John Wiley & Sons, 2012.

WENGER, N. K.; FURBERG, C. D. Cardiovascular disorders. In.: SILKER, B. **Quality of life assessment in the clinical trials**. New York: Raven Press, 1990

WINOGRAD, Carol Hutner et al. Screening for frailty: criteria and predictors of outcomes. **Journal of the American Geriatrics Society**, v.39, n.8, p.778-784, 1991. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1991.tb02700.x>

WINOGRAD, Carol Hutner. Targeting strategies: an overview of criteria and outcomes. **Journal of the American Geriatrics Society**, v.39, n.(9 Pt 2), p.25S-35S, 1991. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1991.tb05930.x>

XAVIER, Flávio MF et al. Transtorno de ansiedade generalizada em uma população de 80 anos ou mais. **Revista de Saúde Pública**, v,35, n.3, p.294-302, 2001. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/rsp/2001.v35n3/294-302/#ModalArticles>>. Acesso em 04 jul. 2021.

ZAITUNE, Maria Paula do Amaral et al. Fatores associados ao tabagismo em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP). **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n.3, p. 583-596, 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300018>

ZANELLO, Valeska et al. Saúde Mental, Gênero e Velhice na Instituição Geriátrica. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.31 n.4, p.543-550. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-37722015042444543550>

ZHANG, Xiaobin et al. Generalized anxiety in community-dwelling elderly: Prevalence and clinical characteristics. **Journal of Affective Disorders**, v.172, p. 24-29, 2015. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.09.036>

ZHANG, Yingzi. Family Functioning in the Context of an Adult Family Member with Illness: A Concept Analysis. **Journal of Clinical Nursing**, v.27, n.(15-16), p.3205–3224, 2018. <https://doi.org/10.1111/jocn.14500>

ZIMERMAN, Guite I. **Velhice: aspectos Biopsicossociais**- Porto Alegre. Artmed, 2000.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Convite para artigo do capítulo 1

Sexualidade e Qualidade de Vida

22 de setembro de 2020 ·

Participe dessa pesquisa ONLINE sobre **SEXUALIDADE DE IDOSOS** realizada na Universidade de São Paulo!

CLIQUE AQUI: 🖱️ <https://forms.gle/UBqJiQNDWJqrs8dm7> 🖱️

Os resultados desta pesquisa serão divulgados aqui na página e ajudarão os profissionais de saúde a criarem abordagens para esse tema tão especial para a saúde e bem-estar.

Projeto de pesquisa de **DOUTORADO** desenvolvido na **EERP/USP** convida os idosos a participarem online da pesquisa sobre **SEXUALIDADE!**

VOCÊ POSSUI IDADE MAIOR OU IGUAL A 60 ANOS?

VOCÊ É CASADO(A) OU TEM PARCEIRO(A) FIXO?

Então participa conosco da pesquisa sobre **SEXUALIDADE E SAÚDE MENTAL!**

CLIQUE NO LINK ACIMA E COMECE A RESPONDER AS PERGUNTAS!

Pesquisador: Edison Vitório de Souza Júnior - Telefonê: (73)99112-5425
Orientadora: Dr^a Namie Okino Sawada
Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental - EERP/USP

OBRIGADO!

DOCS.GOOGLE.COM

PESQUISA SOBRE SEXUALIDADE, SAÚDE MENTAL E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS

Saiba mais

191.683

Pessoas alcançadas

18.185

Engajamentos

Turbinar novamente

Turbinado em 12 de outubro de 2020
De Vitório Júnior

Encerrada

Turbinado em 22 de se
De Vitório Júnior

Pessoas alcançadas

113 mil

Cliques no link

5,7 mil

Pessoas alcançadas

Ver resultados

👍❤️👎 633

239 comentários 61 compartilhamentos

👍 Curtir

👤 Comentar

🔗 Compartilhar

APÊNDICE B – Convite para artigo do capítulo 2

Sexualidade e Qualidade de Vida

23 de setembro de 2020 ·

Participe dessa pesquisa ONLINE sobre SEXUALIDADE realizada na Universidade de São Paulo!

👉 **LINK DAS PERGUNTAS:** <https://forms.gle/ao485K81cimfg3Lx7>

Os resultados desta pesquisa serão divulgados aqui na página e ajudarão os profissionais de saúde a criarem abordagens para esse tema tão especial para a saúde e bem-estar.

Projeto de pesquisa de DOUTORADO desenvolvido na EERP/USP convida os idosos a participarem online da pesquisa sobre SEXUALIDADE!

SUA IDADE É MAIOR OU IGUAL A 60 ANOS?

VOCÊ É CASADO(A) OU TEM PARCEIRO(A) FIXO?

Então participe conosco da pesquisa sobre SEXUALIDADE E DEPRESSÃO EM IDOSOS!

CLIQUE NO LINK ACIMA E COMECE A RESPONDER AS PERGUNTAS!

Pesquisador: Edison Vítório de Souza Júnior - Telefone: (73)99112-5425
Orientadora: Dr^a Namie Okino Sawada
Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental - EERP/USP

OBRIGADO!

DOCS.GOOGLE.COM

PESQUISA SOBRE SEXUALIDADE, DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA DE...

Saiba mais

202.099

Pessoas alcançadas

22.655

Engajamentos

Turbinar novamente

Turbinado em 6 de novembro de 2020
De Vítório Júnior

Encerrada

Turbinado em 12 de ou
De Vítório Júnior

Pessoas alcançadas

76,4 mil

Cliques no link

4,9 mil

Pessoas alcançadas

76,4 mil

Ver resultados

👍❤️👎 3,9 mil

586 comentários 251 compartilhamentos

👍 Curtir

💬 Comentar

🔗 Compartilhar

Mais relevantes

APÊNDICE C - Convite para artigo do capítulo 3



Sexualidade e Qualidade de Vida
10 de julho de 2020 · 

Participem dessa pesquisa de Doutorado online realizada na Universidade de São Paulo!
👉 **LINK DAS PERGUNTAS:** <https://forms.gle/YXMABnnR5CG4Kvbe8>

Projeto de pesquisa de **DOUTORADO** desenvolvido na EERP/USP convida os idosos a participarem online da pesquisa sobre **SEXUALIDADE** !

SUA IDADE É MAIOR OU IGUAL A 60 ANOS?

VOCÊ É CASADO(A) OU TEM PARCEIRO(A) FIXO?

Então participa conosco da pesquisa sobre SEXUALIDADE, AUTOESTIMA E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS!

CLIQUE NO LINK ACIMA E COMECE A RESPONDER AS PERGUNTAS!

Pesquisador: Edison Vitório de Souza Júnior - Telefone: (73)99112-5425
Orientadora: Dr^a Namie Okino Sawada
Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental - EERP/USP

OBRIGADO!

DOCS.GOOGLE.COM

PESQUISA SOBRE SEXUALIDADE, AUTOESTIMA E QUALIDADE DE VIDA DE... Saiba mais


25.825 2.946 Turbinar novamente
Pessoas alcançadas Engajamentos

Turbinado em 12 de agosto de 2020 Encerrada
De Vitório Júnior

Pessoas alcançadas **25,1 mil** Engajamentos com a... **2,5 mil**

[Ver resultados](#)

   1,3 mil 169 comentários 56 compartilhamentos

 Curtir  Comentar  Compartilhar

APÊNDICE D – Convite para artigo do capítulo 4

Sexualidade e Qualidade de Vida

10 de julho de 2020 ·

Participe dessa pesquisa sobre **SEXUALIDADE DE IDOSOS** realizada na Universidade de São Paulo!

👉 **LINK DAS PERGUNTAS:** <https://forms.gle/yxKWNJMtnVZ4dEZn8>

Os resultados desta pesquisa serão divulgados aqui na página e ajudarão os profissionais de saúde a criarem abordagens para esse tema tão especial para a saúde e bem-estar.

Projeto de pesquisa de DOUTORADO desenvolvido na EERP/USP convida os idosos a participarem online da pesquisa sobre SEXUALIDADE!

SUA IDADE É MAIOR OU IGUAL A 60 ANOS?

VOCÊ É CASADO(A) OU TEM PARCEIRO(A) FIXO?

Então participa conosco da pesquisa sobre SEXUALIDADE, ANSIEDADE E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS!

CLIQUE NO LINK ACIMA E COMECE A RESPONDER AS PERGUNTAS!

Pesquisador: Edison Vitorio de Souza Júnior - Telefone: (73)99112-5425
Orientadora: Dr^a Namie Okino Sawada
Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental - EERP/USP

OBRIGADO!

DOCS.GOOGLE.COM

PESQUISA SOBRE SEXUALIDADE, ANSIEDADE E QUALIDADE DE VIDA DE...

Saiba mais

42.567

Pessoas alcançadas

3.445

Engajamentos

Turbinar novamente

Turbinado em 11 de agosto de 2020
De Vitorio Júnior

Encerrada

Pessoas alcançadas

42,6 mil

Engajamentos com a...

2,8 mil

Ver resultados

APÊNDICE E – Convite para artigo do capítulo 5

Sexualidade e Qualidade de Vida

10 de julho de 2020 ·

Cliquem no link e participem dessa pesquisa!

👉 **LINK DAS PERGUNTAS:** <https://forms.gle/4JHpvLrRBr332hy56>

Os resultados desta pesquisa serão divulgados aqui na página e ajudarão os profissionais de saúde a criarem abordagens para esse tema tão especial para a saúde e bem-estar.

Projeto de pesquisa de **DOUTORADO** desenvolvido na EERP/USP convida os idosos a participarem online da pesquisa sobre **SEXUALIDADE!**

SUA IDADE É MAIOR OU IGUAL A 60 ANOS?

VOCÊ É CASADO(A) OU TEM PARCEIRO(A) FIXO?

Então participa conosco da pesquisa sobre SEXUALIDADE, FAMÍLIA E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS!

CLIQUE NO LINK ACIMA E COMECE A RESPONDER AS PERGUNTAS!

Pesquisador: Edison Vitório de Souza Júnior - Telefone: (73)99112-5425
Orientadora: Dr^a Namie Okino Sawada
Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental - EERP/USP

OBRIGADO!

DOCS.GOOGLE.COM

PESQUISA SOBRE SEXUALIDADE, FUNCIONALIDADE FAMILIAR E QUALIDAD...

Saiba mais

38.104

Pessoas alcançadas

4.271

Engajamentos

Turbinar novamente

Turbinado em 5 de agosto de 2020

De Vitório Júnior

Encerrada

Pessoas alcançadas

37,2 mil

Engajamentos com a...

3,2 mil

Ver resultados

803

191 comentários 53 compartilhamentos

Curtir

Comentar

Compartilhar

APÊNDICE F – Convite para artigo do capítulo 6

Sexualidade e Qualidade de Vida

10 de julho de 2020 ·

Cliquem no link e participem dessa pesquisa!

👉 **LINK DAS PERGUNTAS:** <https://forms.gle/aDbLS4CezeXg5u1u5> 👉

Os resultados desta pesquisa serão divulgados aqui na página e ajudarão os profissionais de saúde a criarem abordagens para esse tema tão especial para a saúde e bem-estar.

Projeto de pesquisa de **DOUTORADO** desenvolvido na EERP/USP convida os idosos a participarem online da pesquisa sobre **SEXUALIDADE!**

SUA IDADE É MAIOR OU IGUAL A 60 ANOS?

VOCÊ É CASADO(A) OU TEM PARCEIRO(A) FIXO?

Então participa conosco da pesquisa sobre SEXUALIDADE, FRAGILIDADE E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS!

CLIQUE NO LINK ACIMA E COMECE A RESPONDER AS PERGUNTAS!

Pesquisador: Edison Vitorio de Souza Júnior - Telefone: (73)99112-5425
Orientadora: Dr^a Namie Okino Sawada
Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental - EERP/USP

OBRIGADO!

DOCS.GOOGLE.COM

PESQUISA SOBRE SEXUALIDADE, FRAGILIDADE E QUALIDADE DE VIDA DE...

Saiba mais

16.438

Pessoas alcançadas

2.873

Engajamentos

Turbinar novamente

Turbinado em 11 de agosto de 2020

Encerrada

De Vitorio Júnior

Pessoas alcançadas

16,2 mil

Engajamentos com a...

2,5 mil

Ver resultados

1,3 mil

98 comentários 50 compartilhamentos

■ Curtir

■ Comentar

■ Compartilhar

APÊNDICE G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

1/2

Considerando a Resolução nº 466/2012 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde:

Prezado(a) Senhor(a):

Somos **Edison Vitório de Souza Júnior** e **Namie Okino Sawada**, pesquisadores da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e estamos convidando o(a) senhor(a) para participar de nossa pesquisa que tem o **objetivo geral**: Analisar a associação entre sexualidade e condições de vida e saúde de idosos. Ao concordar com a participação na pesquisa o(a) senhor(a) precisará responder as perguntas dos questionários em local privativo cujo tempo necessário será de aproximadamente 40 minutos. Esse local privativo pode ser qualquer lugar que você se sinta confortável (quarto, sala, quintal, varanda, dentre outros). Nesta pesquisa, existe o risco de alguma pergunta lhe causar constrangimento ou incômodo, ficando o(a) senhor(a) à vontade para não responder tal pergunta. Nesses casos, o pesquisador estará sempre a disposição para tirar dúvidas e respeitar a opinião e qualquer decisão que o(a) senhor(a) vier a tomar durante as atividades. Sua participação é voluntária e livre de qualquer forma de pagamento, podendo desistir a qualquer momento do estudo sem quaisquer prejuízos e/ou penalidades. A sua identidade será mantida em sigilo absoluto e as informações que o(a) senhor(a) preencher serão divulgadas em revistas e eventos científicos, mídias ou similares, sem sua identificação. Justifica-se o desenvolvimento desse estudo porque proporcionará espaços de discussão entre os profissionais de saúde e gestores para aperfeiçoar a assistência voltada para a população idosa. Se houver algum constrangimento decorrente deste estudo, o(a) senhor(a) poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem perdas e/ou penalidades. Se, porventura, a realização dessa pesquisa resultar em danos de quaisquer ordens, o pesquisador responsável garantirá assistência integral imediata e de forma gratuita pelo tempo que for necessário, sendo ainda sujeito ao

pagamento de indenização quando necessário. Se o(a) senhor(a) quiser 2/2
ou precisar de mais informações sobre esta pesquisa, entre em contato
com Edison Vitório de Souza Júnior e/ou Namie Okino Sawada no Endereço da
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Avenida dos Bandeirantes, 3900
Campus Universitário - Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto - SP – Brasil, CEP:
14040-902; no Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental:
spg@eerp.usp.br (16) 3315 3463 ou pelos e-mails: edison.vitorio@gmail.com e
sawada@eerp.usp.br, ou pelo contato telefônico do pesquisador Edison Vitório
(73)99112-5425 ou Namie Sawada (16)99793-2043, ou ainda pode entrar em
contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da referida Escola na Avenida dos
Bandeirantes, 3900 Campus Universitário - Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto
- SP – Brasil, CEP: 14040-902, ou pelo telefone (16) 3315 9197 e email:
cep@eerp.usp.br nos seguintes horários de funcionamento: de 2ª à 6ª feira, em
dias úteis, das 10 às 12h e das 14 às 16h. Esta Pesquisa foi aprovada pelo
Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP), que tem como função proteger
eticamente o participante de pesquisas científicas.

Se o(a) senhor(a) aceitar participar livremente deste estudo, por favor clique na
opção “aceito” para prosseguirmos com a pesquisa e após o envio das
respostas, você receberá a cópia deste documento que será enviada para o
seu e-mail solicitado no início do questionário. Se o(a) senhor(a) não tiver
interesse em participar do estudo, pode sair da página sem prejuízos para você.

APÊNDICE H – Inquérito Biossociodemográfico**ROTEIRO BIOSOCIODEMOGRÁFICO**

1. Sexo 1.()F 2.()M **2.Idade** _____

2.Religião

1.()Católico 2.()Protestante 3.()Espírita 4.()Religiões de origens africanas 5.() Outras 6.() Sem religião

3.Etnia 1.() Branca 2.() Amarela 3.() Negra 4.() Parda 5.()Indígena 6.()Não sabe

4.Escolaridade

1.() Primário 2.() Fundamental I 3.() Fundamental II 4.() Médio 5.() Superior 7.() Sem escolaridade

5.Estado civil

1.() Casado 2.() União estável 3.() Com parceiro fixo

6. Tempo de convivência com o parceiro

1.() ≤5 anos 2.() Entre 6 e 10 anos 3.() Entre 11 e 15 anos 4.() Entre 16 e 20 anos 5.() > 20 anos

7. Mora com os filhos?

0.()Não 1.()Sim 2.() Não tenho filhos

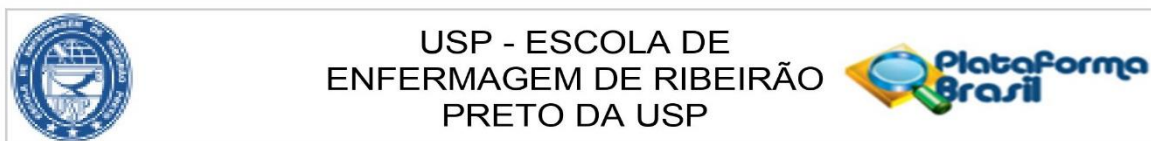
8. Já teve orientação em relação à sexualidade pelos profissionais de saúde?

0.()Não 1.()Sim

9. Região Brasileira

1.() Norte 2.() Nordeste 3.() Centro-oeste 4.() Sudeste 5.() Sul

APÊNDICE I – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: ASSOCIAÇÃO ENTRE SEXUALIDADE E CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE DE

Pesquisador: EDISON VITORIO DE SOUZA JUNIOR

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 32004820.0.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.319.644

Apresentação do Projeto:

Trata-se da análise de solicitação de emenda.

O pesquisador informou no ofício de da emenda que "Em virtude da baixa taxa de resposta obtida nos grupos do Facebook, o projeto recorrerá a outra modalidade de coleta. Será criada uma página no Facebook especificadamente para o desenvolvimento da pesquisa. Nesta página, os pesquisadores publicarão os questionários organizados na ferramenta Google Forms e impulsionará mensalmente as postagens para que o Facebook divulgue a pesquisa para o máximo de pessoas possíveis. Desta forma, o projeto passa a ter custo fixo mensal para os pesquisadores no valor de R\$200,00 por quatro meses, totalizando R\$800, que já consta no orçamento. Além disso houve acréscimo de três instrumentos: Escala de Autoestima de Rosenberg, Quociente Sexual - Versão Feminina (QS-F) e Quociente Sexual - Versão Masculina (QS-M). Esses acréscimos são justificados para aprofundar a temática da sexualidade com os idosos. Não obstante, a Escala de Fragilidade de Edmonton (EFE) foi substituída pelo Instrumento Autorreferido de Fragilidade por ser mais simples e ter boas propriedades psicométricas em idosos brasileiros"

Objetivo da Pesquisa:

Sem alterações

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sem alterações

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

UF: SP

Telefone: (16)3315-9197

CEP: 14.040-902

Município: RIBEIRAO PRETO

E-mail: cep@eerp.usp.br



**USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP**



Continuação do Parecer: 4.319.644

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem alterações

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O pesquisador inseriu no texto do projeto as alterações citadas no ofício, além disso, as escalas incluídas no estudo foram inseridas no projeto como anexos

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer apreciado ad referendum.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1626685_E1.pdf	07/09/2020 14:20:54		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_cep.pdf	07/09/2020 14:19:20	EDISON VITORIO DE SOUZA JUNIOR	Aceito
Outros	Modelo_oficio_emenda.pdf	07/09/2020 14:17:15	EDISON VITORIO DE SOUZA JUNIOR	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	07/09/2020 14:10:26	EDISON VITORIO DE SOUZA JUNIOR	Aceito
Outros	Oficio_resposta.pdf	17/06/2020 21:51:38	EDISON VITORIO DE SOUZA JUNIOR	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	17/06/2020 21:50:12	EDISON VITORIO DE SOUZA JUNIOR	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	17/06/2020 21:49:34	EDISON VITORIO DE SOUZA JUNIOR	Aceito
Outros	oficio_encaminhamento.pdf	18/05/2020 20:08:56	EDISON VITORIO DE SOUZA JUNIOR	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	18/05/2020 20:08:16	EDISON VITORIO DE SOUZA JUNIOR	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br



USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP



Continuação do Parecer: 4.319.644

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 05 de Outubro de 2020

Assinado por:
RONILDO ALVES DOS SANTOS
(Coordenador(a))

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br

ANEXOS

ANEXO A – Estimativa populacional

Editar público

Selecione a localização, idade, gênero e interesses das pessoas que você deseja alcançar com seu anúncio.

Nome do público
Pesquisa Científica

Gênero

Todos Homens Mulheres

Idade

60 65+

Localizações

Localizações
Digite para adicionar mais localizações

Brazil

Brazil + 25 km

Alcance potencial: 3.200.000 pessoas

Seu público foi definido.

Específico Amplo

Fonte: Página de Impulsionamento do *Facebook*

ANEXO B – Escala das Vivências Afetivas e Sexuais dos Idosos (EVASI)

ITEM	Nunca	Rara Mente	As vezes	Frequente mente	Sempre
1. Tenho atitude favorável frente à sexualidade na velhice					
2. Sinto prazer em estar com meu/minha parceiro(a)					
3. Eu e meu/minha parceiro (a) desfrutamos de privacidade					
4. Sinto desejo por meu/minha parceiro(a)					
5. Eu e meu parceiro(a) temos relações sexuais					
6. Sinto que meu/minha parceiro(a) tem carinho por mim					
7. Eu e meu/minha parceiro(a) somos amigos					
8. Amo meu/minha parceiro (a)					
9. As vivências sexuais fazem bem para a minha auto-estima.					
10. Desfrutar da minha sexualidade significa estar vivo(a)					
11. Sinto-me desejado (a) por meu/minha parceiro (a)					
12. Nossa relação é recheada de muito carinho					
13. Aceito as mudanças causadas pelo envelhecimento					
14. Percebo que o fato de fazermos sexo melhora nossa relação					
15. Não tenho vergonha ou medo de expressar ao meu parceiro(a) o que sinto					
16. Penso que a sexualidade na velhice é normal					
17. Sinto que meu/minha parceiro(a) sente prazer em estar comigo					
18. Nossa relação é baseada em companheirismo					
19. Percebo a existência de amor em nossa relação					
20. As vivências sexuais me fazem sentir mais vivo(a)					
21. Percebo cumplicidade em nossa relação					
22. Percebo a existência do desejo em nossa relação					
23. Sinto carinho pelo(a) meu/minha parceiro(a)					
24. Acredito que, na velhice, continuo sendo uma pessoa bonita					
25. Sinto-me amado (a) por meu/minha parceiro (a)					
26. Sinto-me bem quando temos relações sexuais					
27. Sei que posso contar com meu/minha parceiro(a)					
28. Nossas vivências sexuais são prazerosas					
29. Preciso das vivências da sexualidade para viver					
30. Sinto-me incomodado(a) por mudanças em minha sexualidade ocasionadas pelo envelhecimento					
31. A prática da sexualidade me proporciona bem-estar					
32. Alguns problemas de saúde atrapalham minhas vivências sexuais					
33. As vivências sexuais são importantes para a qualidade de vida da pessoa idosa					
34. Expresso minha sexualidade sem me importar com o que os outros vão pensar de mim					
35. Eu e meu/minha parceiro(a) costumamos namorar					
36. Com o avanço da idade sinto que perdi o interesse por sexo					
37. Tenho receio de ser vítima de preconceito por causa das minhas atitudes em relação à sexualidade					
38. As trocas de beijos e carícias fazem parte do dia a dia do nosso relacionamento					

Fonte: Vieira (2012)

ANEXO C – Self-Report Questionnaire (SRQ-20)

SAÚDE MENTAL		
SELF REPORTING QUESTIONNAIRE (SRQ-20)		
Humor depressivo-ansioso		
1. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	1(<input type="checkbox"/>) Sim	0(<input type="checkbox"/>) Não
2. Assusta-se com facilidade?	1(<input type="checkbox"/>) Sim	0(<input type="checkbox"/>) Não
3. Sente-se triste ultimamente?	1(<input type="checkbox"/>) Sim	0(<input type="checkbox"/>) Não
4. Você chora mais do que de costume?	1(<input type="checkbox"/>) Sim	0(<input type="checkbox"/>) Não
Sintomas somáticos		
5. Tem dores de cabeça frequentemente?	1(<input type="checkbox"/>) Sim	0(<input type="checkbox"/>) Não
6. Você dorme mal?	1(<input type="checkbox"/>) Sim	0(<input type="checkbox"/>) Não
7. Você sente desconforto estomacal?	1(<input type="checkbox"/>) Sim	0(<input type="checkbox"/>) Não
8. Você tem má digestão?	1(<input type="checkbox"/>) Sim	0(<input type="checkbox"/>) Não
9. Você tem falta de apetite?	1(<input type="checkbox"/>) Sim	0(<input type="checkbox"/>) Não
10. Tem tremores nas mãos?	1(<input type="checkbox"/>) Sim	0(<input type="checkbox"/>) Não
Decréscimo de energia vital		
11. Você se cansa com facilidade?	1(<input type="checkbox"/>) Sim	0(<input type="checkbox"/>) Não
12. Tem dificuldade em tomar decisões?	1(<input type="checkbox"/>) Sim	0(<input type="checkbox"/>) Não
13. Tem dificuldades de ter satisfação em suas tarefas?	1(<input type="checkbox"/>) Sim	0(<input type="checkbox"/>) Não
14. O seu trabalho traz sofrimento?	1(<input type="checkbox"/>) Sim	0(<input type="checkbox"/>) Não
15. Sente-se cansado(a) o tempo todo?	1(<input type="checkbox"/>) Sim	0(<input type="checkbox"/>) Não
16. Tem dificuldade de pensar com clareza?	1(<input type="checkbox"/>) Sim	0(<input type="checkbox"/>) Não
Pensamentos depressivos		
17. Sente-se incapaz de desempenhar papel útil em sua vida?	1(<input type="checkbox"/>) Sim	0(<input type="checkbox"/>) Não
18. Tem perdido o interesse pelas coisas?	1(<input type="checkbox"/>) Sim	0(<input type="checkbox"/>) Não
19. Tem pensado em dar fim à sua vida?	1(<input type="checkbox"/>) Sim	0(<input type="checkbox"/>) Não
20. Sente-se inútil em sua vida?	1(<input type="checkbox"/>) Sim	0(<input type="checkbox"/>) Não

Fonte: Adaptado de Guirado e Pereira (2016)

ANEXO D – Escala de Depressão Geriátrica

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA - GDS				
INSTRUÇÕES				
Aplicar o questionário computando as respostas que indicam como a pessoa tem se sentido na última semana. Assinalar SIM ou NÃO. Cada resposta deverá ser pontuada conforme o indicativo ao lado. O resultado final será a soma das 15 respostas.				
Questão	Resposta	Pontuação	Resposta	Pontuação
1. Está satisfeito (a) com a sua vida?	SIM ()	0	NÃO ()	1
2. Interrompeu muitas de suas atividades?	SIM ()	1	NÃO ()	0
3. Acha sua vida vazia?	SIM ()	1	NÃO ()	0
4. Aborrece-se com frequência?	SIM ()	1	NÃO ()	0
5. Sente-se bem com a vida na maior parte do tempo?	SIM ()	0	NÃO ()	1
6. Teme que algo ruim lhe aconteça?	SIM ()	1	NÃO ()	0
7. Sente-se alegre a maior parte do tempo?	SIM ()	0	NÃO ()	1
8. Sente-se desamparado com frequência?	SIM ()	1	NÃO ()	0
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	SIM ()	1	NÃO ()	0
10. Acha que tem mais problemas de memória que as outras pessoas?	SIM ()	1	NÃO ()	0
11. Acha que é maravilhoso estar vivo (a)?	SIM ()	0	NÃO ()	1
12. Sente-se inútil?	SIM ()	1	NÃO ()	0
13. Sente-se cheio (a) de energia?	SIM ()	0	NÃO ()	1
14. Sente-se sem esperança?	SIM ()	1	NÃO ()	0
15. Acha que os outros têm mais sorte que você?	SIM ()	1	NÃO ()	0
TOTAL				
INTERPRETAÇÃO				
0 a 5 pontos: indica quadro psicológico normal.		6 a 10 pontos: indica quadro de depressão leve.		11 a 15 pontos: indica quadro de depressão severa.

Fonte: adaptado de São Paulo (2016)

ANEXO E – Escala de Autoestima de Rosenberg

Leia cada frase com atenção e faça um círculo em torno da opção mais adequada

1. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, no mínimo, tanto quanto as outras pessoas.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente
2. Eu acho que eu tenho várias boas qualidades.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente
3. Levando tudo em conta, eu penso que eu sou um fracasso.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente
4. Eu acho que sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente
5. Eu acho que eu não tenho muito do que me orgulhar.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente
6. Eu tenho uma atitude positiva com relação a mim mesmo.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente
7. No conjunto, eu estou satisfeito comigo.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente
8. Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente
9. Às vezes eu me sinto inútil.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente
10. Às vezes eu acho que não presto para nada.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

Observação: Os itens 3, 5, 8, 9 e 10 devem ser invertidos para calcular a soma dos pontos

Fonte: Hutz e Zanon (2011)

ANEXO F – Inventário de Ansiedade de Beck

Indique agora sintomas que você apresentou durante a **ULTIMA SEMANA, INCLUINDO HOJE**. Marque com um X os espaços correspondentes a cada sintoma:

	0 Não	1 Suave, não me incomoda muito	2 Moderado, é desagradável, mas consigo suportar	3 Severo, quase não consigo suportar
1. Dormência ou formigamento				
2. Sensação de calor				
3. Tremor nas pernas				
4. Incapaz de relaxar				
5. Medo de acontecimentos ruins				
6. Confuso ou delirante				
7. Coração batendo forte e rápido				
8. Inseguro				
9. Apavorado				
10. Nervoso				
11. Sensação de sufocamento				
12. Tremor nas mãos				
13. Trêmulo				
14. Medo de perder o controle				
15. Dificuldade de respirar				
16. Medo de morrer				
17. Assustado				
18. Indigestão ou desconforto				
19. Desmaios				
20. Rubor (vermelhidão) facial				
21. Sudorese (suor, não devido ao calor)				

Fonte: Beck *et al* (1998)

ANEXO G – APGAR de família

DIMENSÕES AVALIADAS	PERGUNTAS A SEREM REALIZADAS	SEMPRE	ALGUMAS VEZES	NUNCA
		2	1	0
<p>A= Adaptation (Adaptação): Representa a satisfação do membro familiar com a assistência recebida quando recursos familiares são necessários. É definida como a capacidade de utilização de recursos intra e extra-familiares, frente a uma situação de estresse familiar, para a resolução dos problemas que provocaram a alteração do equilíbrio da referida família.</p>	Estou satisfeito (a), pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando.			
<p>P = Partnership (Companheirismo): Compreendido como a satisfação do membro familiar com a reciprocidade nas comunicações familiares e na solução de problemas. Por definição é a capacidade da família em repartir decisões, responsabilidades e ações de maneira a manter seus membros protegidos e “alimentados”.</p>	Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas.			
<p>G = Growth (Desenvolvimento): Representa a satisfação do membro familiar com a liberdade disponibilizada pela família para mudanças de papéis e para alcance de maturidade ou desenvolvimento emocional. É definido como maturidade estrutural e emocional da unidade familiar bem como seu desenvolvimento obtido através do apoio, auxílio e orientações mútuas.</p>	Estou satisfeito (a) com a maneira como minha família aceita e apóia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções.			
<p>A = Affection (Afetividade): Indica a satisfação do membro familiar com a intimidade e as interações emocionais em seu contexto familiar. Por definição representa o cuidado ou a relação afetiva que existe entre os membros da família.</p>	Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor.			
<p>R = Resolve (Capacidade Resolutiva): Representa a satisfação do membro familiar com o tempo compartilhado entre eles. Em sua definição, associa-se à decisão, determinação ou resolutividade existente em uma unidade familiar. É o compromisso existente entre os membros de dedicarem-se uns aos outros, com o objetivo de fortalecimento mútuo (envolve geralmente a questão de tempo compartilhado, divisão de bens materiais, prosperidade e espaço). Embora possa compreender todos estes aspectos, o autor considerou mais relevante incluir apenas o tempo compartilhado entre os membros familiares neste domínio.</p>	Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos.			

Fonte: Brasil (2006)

ANEXO H – Instrumento Autorreferido de fragilidade

Fragilidade	Perguntas e respostas
Perda de peso (neste componente, os adultos mais velhos que relataram uma perda de > 3 kg receberam uma pontuação positiva)	<i>Nos últimos 12 meses, você emagreceu sem fazer dieta?</i> Se sim, quantos quilogramas você perdeu? Entre 1 kg e 3 kg Mais de 3 kg Não
Força diminuída	<i>Nos últimos 12 meses, você se sentiu mais fraco ou acha que sua força diminuiu?</i> sim Não
Velocidade de caminhada diminuída	<i>Você acha que está andando mais devagar do que há 12 meses?</i> sim Não
Baixa atividade física	<i>Você acha que está realizando menos atividade física do que há 12 meses?</i> sim Não
Fadiga autorrelatada (idosos que responderam "às vezes" ou "na maioria das vezes" a pelo menos uma dessas questões receberam uma pontuação positiva)	<i>Na última semana, com que frequência você sentiu que não conseguia realizar as atividades diárias (começou algo, mas não conseguiu terminar)?</i> Nunca ou raramente (menos de 1 dia) Algumas vezes (1 - 2 dias) Às vezes (3 - 4 dias) A maior parte do tempo <i>Na última semana, com que frequência o desempenho de suas atividades rotineiras exigiu um grande esforço?</i> Nunca ou raramente (menos de 1 dia) Algumas vezes (1 - 2 dias) Às vezes (3 - 4 dias) A maior parte do tempo

Fonte: (Nunes *et al.*, 2015)

ANEXO I - Whoqol-Old

*Por favor, tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações. Pedimos que pense na sua vida **nas duas últimas semanas**. As seguintes questões perguntam sobre o **quanto** você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.*

Q.1 Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.2 Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.3 Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.4 Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.5 O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.6 Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.7 O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.8 O quanto você tem medo de morrer?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.9 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

*As seguintes questões perguntam sobre **quão completamente** você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.*

Q.10 Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.11 Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.12 Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.13 O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.14 Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

*As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sentiu **satisfeito, feliz ou bem***

sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.

Q.15 Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?

Muito insatisfeito (1) Insatisfeito (2) Nem satisfeito nem insatisfeito (3) Satisfeito (4) Muito satisfeito (5)

Q.16 Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?

Muito insatisfeito (1) Insatisfeito (2) Nem satisfeito nem insatisfeito (3) Satisfeito (4) Muito satisfeito (5)

Q.17 Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?

Muito insatisfeito (1) Insatisfeito (2) Nem satisfeito nem insatisfeito (3) Satisfeito (4) Muito satisfeito (5)

Q.18 Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?

Muito insatisfeito (1) Insatisfeito (2) Nem satisfeito nem insatisfeito (3) Satisfeito (4) Muito satisfeito (5)

Q.19 Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?

Muito infeliz (1) Infeliz (2) Nem feliz nem infeliz (3) Feliz (4) Muito feliz (5)

Q.20 Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

Muito ruim (1) Ruim (2) Nem ruim nem boa (3) Boa (4) Muito boa (5)

*As seguintes questões se referem a qualquer **relacionamento íntimo** que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.*

Q. 21 Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.22 Até que ponto você sente amor em sua vida?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.23 Até que ponto você tem oportunidades para amar?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.24 Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Fonte: Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Link:
https://www.cefid.udesc.br/arquivos/id_submenu/1173/whoqol_old.pdf