

ARTIGO ORIGINAL

Atividade sexual, satisfação e qualidade de vida em pessoas idosas

Sexual activity, satisfaction and quality of life in older adults

Carolina Freitas do Carmo Rodrigues¹, Yeda Aparecida de Oliveira Duarte²,
Fabiane Aparecida Canaan Rezende¹, Tábatta Renata Pereira de Brito³, Daniella Pires Nunes¹

RESUMO

Objetivou-se analisar a relação entre satisfação sexual e variáveis demográficas, sociais, clínicas e qualidade de vida em idosos. Estudo transversal de base populacional parte do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento, realizado no município de São Paulo em 2010, com uma amostra de 1.129 idosos. Avaliou-se a satisfação sexual pelo relato da atividade sexual e sua satisfação e a qualidade de vida pelo SF-12. Quanto à satisfação sexual, 45,1% afirmaram estar inativos satisfeitos, 6,2% ativos insatisfeitos, 37,0% ativos satisfeitos e 11,7% inativos insatisfeitos. O componente físico da qualidade de vida foi associado à satisfação sexual e as maiores médias deste componente foram encontradas entre os idosos ativos satisfeitos. Concluiu-se que a prática sexual é de extrema importância para a qualidade de vida do idoso, reforçando a necessidade de implantar ações de educação e proteção em relação à vulnerabilidade da sexualidade dos idosos.

Descritores: Envelhecimento; Sexualidade; Qualidade de Vida.

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze the relationship between sexual satisfaction and demographic, social, and clinical variables as well as quality of life in older adults. This is a cross-sectional population-based study conducted as part of the Health, Well-Being, and Aging Study, in the city of São Paulo in 2010, with a sample of 1,129 older adults. Sexual satisfaction was measured by reporting sexual activity, satisfaction and quality of life using the SF-12 survey. Regarding sexual satisfaction, 45.1% reported being inactive and satisfied, 6.2% active and dissatisfied, 37.0% active and satisfied and 11.7% inactive and dissatisfied. The physical component of quality of life was associated with sexual satisfaction and the highest means of this component were found among the older adults who were active and satisfied. It was concluded that sexual practice is extremely important for quality of life in older adults, which reinforces the need to implement education and protection actions in relation to the vulnerability of sexuality in older adults.

Descriptors: Aging; Sexuality; Quality of Life.

¹Universidade Federal do Tocantins – Palmas (TO), Brasil. E-mail: carolina551@ig.com.br, facrezende@uft.edu.br, daniellanunes@uft.edu.br

²Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: yedaenf@usp.br

³Universidade Federal de Alfenas – Alfenas (MG), Brasil. E-mail: tabatta.brito@unifal-mg.edu.br

Como citar este artigo: Rodrigues CFC, Duarte YAO, Rezende FAC, Brito TRP, Nunes DP. Atividade sexual, satisfação e qualidade de vida em pessoas idosas. Rev. Eletr. Enferm. [Internet]. 2019 [acesso em: _____];21:57337. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v21.57337>.

Recebido em: 10/02/19. Aprovado em: 29/11/19. Publicado em: 31/12/2019.

INTRODUÇÃO

Apesar do crescimento mundial da população idosa, a sociedade ainda simplifica o processo de envelhecimento com estereótipos negativos, dentre eles a interdição da sexualidade, assunto ainda considerado um grande tabu na nossa cultura e no âmbito dos serviços de saúde⁽¹⁻³⁾. No envelhecimento, a sexualidade varia tanto quanto os demais comportamentos e precisa ser compreendida de forma sistêmica como intrínseca a todo o indivíduo, em qualquer momento de sua vida e considerada singular a cada pessoa, já que a sexualidade é a fusão de sentimentos simbólicos e físicos, como ternura, respeito, aceitação e prazer e é construída progressivamente, não estando, assim, exclusivamente relacionada ao aparelho genital^(2,4).

As dificuldades na aceitação da sexualidade no próprio processo de envelhecimento podem advir tanto pela ausência de educação sexual adequada, repressões sofridas na fase de descobrimento e vergonha do próprio corpo, quanto pela noção de que a sexualidade esteja restrita à genitalidade e à procriação. Isso faz com que o indivíduo vivencie a sexualidade de forma constrangedora, pois ficam presos a incontáveis tabus, mitos e preconceitos, produzindo uma atitude pessimista nessa esfera^(2,5-7).

A sexualidade é um elemento presente e pode contribuir para a boa qualidade de vida dos idosos⁽³⁾. Os inter-relacionamentos pessoais, em idosos, desempenham um papel fundamental na qualidade de vida, sendo que para eles o ato sexual em si não é o mais importante nessa etapa da vida, mas o companheirismo, a cumplicidade e as demonstrações de afeto e carinho são atitudes que os tornam mais satisfeitos com a vida⁽³⁾.

Diante do desconhecimento e desvalorização das reais necessidades de saúde e bem-estar dos idosos⁽²⁻⁶⁾, vinculada ao despreparo dos profissionais para lidarem com as questões sexuais desse público ainda infantilizado e/ou inutilizados e às frágeis e escassas políticas de atenção à ignorada vida sexual ativa dessa população e o impacto na qualidade de vida da pessoa idosa, justifica-se essa pesquisa que tem o objetivo de analisar a relação entre satisfação sexual e variáveis demográficas, sociais, clínicas e qualidade de vida em idosos.

MÉTODO

Estudo transversal de base domiciliar que utilizou a base de dados do Estudo Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (SABE), no ano de 2010. O Estudo SABE iniciou-se em 2000 a partir de um inquérito multicêntrico realizado em sete centros urbanos da América Latina e Caribe. No Brasil foi realizado em São Paulo e somente nesta cidade, a partir de 2006, tornou-se longitudinal e de múltiplas coortes. No ano de 2010, os idosos entrevistados em 2006 foram localizados e reentrevistados e, houve inclusão de uma nova coorte de indivíduos com 60 e 64 anos, totalizando 1.345 idosos.

Para este estudo, foram excluídos os indivíduos que tinham as questões sobre sexualidade incompletas e aqueles que necessitaram de alguém para responder o questionário. Dentre os avaliados, 136 não informaram os dados da vida sexual ou o fizeram de forma incompleta e 80 possuíam respondentes substitutos ou auxiliares, pois a presença de uma terceira pessoa poderia interferir na resposta do idoso. Dessa forma, a amostra final desta pesquisa foi composta por 1.129 idosos.

A variável dependente deste estudo foi a satisfação sexual. Considerou-se satisfação sexual o relato da prática de atividade sexual segundo sua satisfação. Assim cada idoso foi classificado da seguinte forma:

- ativo satisfeito;
- ativo insatisfeito;
- inativo satisfeito;
- inativo insatisfeito.

A prática sexual foi avaliada quanto a sua frequência: duas a três vezes por semana, uma vez por semana, duas a três vezes por mês, uma vez por mês.

As variáveis independentes analisadas foram:

- Demográficas: sexo (feminino e masculino); idade (60 a 69 anos, 70 a 79 anos, 80 ou mais; média); raça (branca, parda, preta, amarela, indígena); religião [católico, evangélico, outras (kardecista, judaica e budismo), nenhuma];
- Socioeconômicas: renda (autorrelato de suficiência); escolaridade (analfabeto, um a três anos, quatro a sete anos, oito anos e mais de estudo); estado civil (casado, divorciado, viúvo, solteiro); engajamento social.

A variável “engajamento social” foi construída considerando as seguintes atividades:

- mantém contato com outras pessoas por meio de cartas, telefone ou e-mail;
- realiza visitas a familiares e amigos; convida pessoas para ir à sua casa;
- sai com outras pessoas para lugares públicos;
- participa de atividades organizadas.

As respostas para as questões eram: 1 = sempre; 2 = frequentemente; 3 = ocasionalmente; 4 = raramente; 5 = nunca. Idosos que responderam “1”, “2” e “3” em pelo menos uma das perguntas pontuavam positivamente para o engajamento social.

- Condições clínicas: autopercepção de saúde (muito boa ou boa; regular, ruim ou muito ruim); qualidade de vida, doenças crônicas referidas (hipertensão arterial, diabetes, doença pulmonar crônica, doenças cardiovasculares, doenças articulares, osteoporose e, infecção sexualmente transmissível), multimorbidade (presença de duas ou

mais doenças crônicas); polifarmácia (uso de cinco ou mais medicamentos), sintomas depressivos (avaliado pela Escala de Depressão Geriátrica, versão breve com 15 itens, cujo ponto de corte adotado foi superior a cinco pontos) e realização de consulta médica nos 12 meses anteriores à entrevista.

A qualidade de vida foi avaliada através do instrumento *Short-Form Health Survey* (SF-12), derivado do SF-36, instrumento genérico de avaliação de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde, de fácil administração e compreensão. O SF-12 possui 12 perguntas cujo escores abarcam cerca de 90% da variância dos componentes físico e mental do instrumento original, englobando as dimensões do estado geral de saúde, capacidade funcional, aspectos físicos, dor, vitalidade, saúde mental, aspectos emocionais e aspectos sociais da vida. Sua pontuação varia de zero a 100, sendo que escores mais elevados representam melhor qualidade de vida. As questões que avaliam função física, aspecto físico, dor, saúde geral possuem maiores correlações com componente físico, enquanto vitalidade, função social, aspecto emocional e saúde mental estariam mais correlacionados ao componente mental.

Os dados foram analisados no Programa Stata versão 14.0. Para verificar a associação entre as variáveis categóricas, utilizou-se teste Qui Quadrado com correção de Rao & Scott, e as médias foram testadas por meio do Teste de Wald, com nível de significância de 5%.

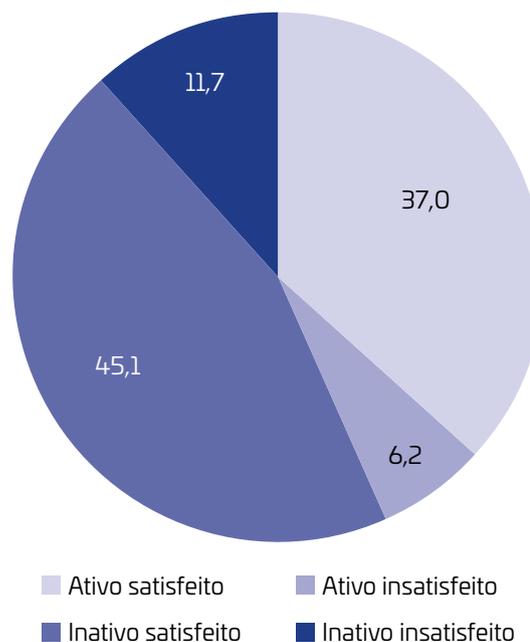
O Estudo SABE foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, sob o parecer nº 23/10 para o ano de 2010. Os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e tiveram assegurados o sigilo das informações, anonimato e o direito da desistência da participação do estudo a qualquer momento.

RESULTADOS

A maioria dos idosos avaliados era do sexo feminino (59,7%), com idade entre 60 e 69 anos (57,5%), casada (55,7%), com quatro a sete anos de estudo (38,4%), apresentou renda suficiente (57,2%), engajamento social (95,0%), autodeclarou branco (59,8%) e católico (62,7%). Quanto às condições de saúde, 50,4% dos idosos relataram percepção de saúde muito boa e boa, 57,2% apresentaram multimorbidade, sendo as doenças mais prevalentes: hipertensão arterial (66,6%), doenças articulares (33,3%) e diabetes (24,9%). Ainda, 51,4% faziam uso da polifarmácia e 60,2% realizaram três ou mais consultas médicas.

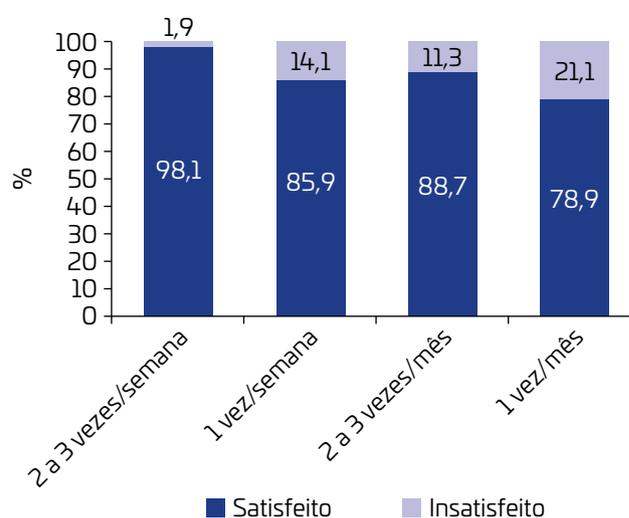
No que se refere à satisfação sexual, 45,1% dos idosos afirmaram estar inativos satisfeitos com a situação, 6,2% referiram ativos insatisfeitos, 37,0% relataram estar ativos satisfeitos e 11,7% inativo insatisfeito (Gráfico 1).

Entre os idosos que tinham uma prática sexual ativa, 37,4% relataram uma frequência mensal da atividade, 27,5% referiram a prática uma vez por semana, 20,6% duas a três vezes no mês e 14,5% de duas a três vezes por semana. No Gráfico 2, observa-se que a insatisfação sexual apresentou maior proporção naqueles que relataram a prática apenas uma vez por mês (21,1%).



Fonte: Estudo SABE, 2010.

Gráfico 1. Distribuição (%) dos idosos segundo satisfação sexual (n=1.129). São Paulo, SP, 2010.



Fonte: Estudo SABE, 2010.

Gráfico 2. Distribuição dos idosos com prática sexual segundo frequência e satisfação (n=410). São Paulo, SP, 2010.

As maiores proporções de idosos ativos satisfeitos foram encontradas em homens (58,5%), idosos jovens (48,2%), sem religião (55,9%), casados (57,3%), mais escolarizados (47,8%), com engajamento social (32,8%), enquanto que entre os inativos satisfeitos foram as mulheres (64,5%), longevos (78,3%), católicos (46,0%), viúvos (78,3%), analfabetos (59,4%) e sem engajamento social (63,1%) (Tabela 1).

Verificou-se uma associação entre situação de saúde e satisfação sexual, sendo que as maiores proporções de idosos inativos e satisfeitos foram encontradas naqueles com sintomas depressivos (50,7%), que relataram AVE (60,0%), doenças articulares (55,7%) e osteoporose (67,4%), multimorbidade (52,0%) e polifarmácia (53,4%). Os idosos que possuíam alguma IST foram os mais representativos dentre os ativos

Tabela 1. Distribuição dos idosos segundo características demográficas, socioeconômicas e satisfação sexual (n=1.129). São Paulo, SP, 2010.

Variáveis	Satisfação				p
	Ativo Satisfeito (%)	Ativo Insatisfeito (%)	Inativo Satisfeito (%)	Inativo Insatisfeito (%)	
Sexo					
Masculino	58,5	11,0	16,4	14,1	<0,001
Feminino	22,5	2,9	64,6	10,0	
Idade					
60 a 69	48,2	7,6	33,7	10,5	<0,001
70 a 79	27,1	5,4	54,1	13,4	
80 ou mais	7,6	1,0	78,3	13,1	
Raça					
Branca	34,3	6,8	45,9	12,9	0,357
Parda	39,7	6,4	43,4	10,5	
Preta	40,7	2,2	47,9	9,1	
Amarela	56,0	2,2	40,0	1,8	
Indígena	44,0	5,0	38,6	12,4	
Religião					
Católicos	37,2	5,8	47,0	10,0	0,041
Evangélico	32,5	4,7	45,5	17,3	
Outras	40,7	10,7	39,7	8,9	
Nenhuma	55,9	8,1	21,3	14,7	
Estado marital					
Casado	57,3	9,4	23,5	9,8	<0,001
Divorciado	22,0	7,6	52,0	18,4	
Viúvo	8,9	0,4	78,3	12,4	
Solteiro	11,9	3,1	73,8	11,2	
Anos de estudo					
Analfabeto	23,7	4,3	59,4	12,6	<0,001
1 a 3 anos	32,5	4,0	53,4	10,1	
4 a 7 anos	34,9	4,5	46,9	13,7	
8 anos ou mais	47,8	10,1	32,1	10,0	
Suficiência de renda	39,5	5,3	44,7	10,9	0,206
Engajamento social	38,5	5,7	44,4	11,4	<0,001
Total	37,0	6,2	45,1	11,7	

Fonte: Estudo SABE, 2010.

insatisfeitos (19,7%) e inativos insatisfeitos (22,4%), apesar de terem sido os mais ativos satisfeitos (35,4%) (Tabela 2).

Entre os idosos houve associação entre a satisfação sexual e qualidade de vida, tanto para o componente físico ($p < 0,001$) quanto para o mental ($p < 0,001$). Em ambos os componentes, os idosos ativos satisfeitos sexualmente apresentaram maiores médias de pontuação na qualidade de vida. Em relação aos homens, somente foi associado à satisfação sexual o

componente físico ($p < 0,001$). Enquanto que nas mulheres, ambos os componentes foram estatisticamente associados à satisfação sexual (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Quase metade dos idosos avaliados referiu atividade sexual e mais de 30% relataram uma prática mensal. Estudo realizado

Tabela 2. Distribuição dos idosos segundo condições clínicas e satisfação sexual (n=1.129). São Paulo, SP, 2010.

Variáveis	Satisfação sexual				P
	Ativo Satisfeito (%)	Ativo Insatisfeito (%)	Inativo Satisfeito (%)	Inativo Insatisfeito (%)	
Sintomas depressivos	18,1	9,9	50,7	21,3	<0,001
Doenças					
Hipertensão	35,7	6,4	46,4	11,6	0,657
Diabetes	32,3	7,2	48,6	12,1	0,380
Câncer	31,1	2,1	49,5	17,4	0,135
DPOC	27,5	9,4	47,8	15,2	0,132
Cardiovasculares	32,7	6,8	46,0	14,5	0,296
AVE	18,5	0,0	60,0	21,5	0,001
Articular	30,0	4,3	55,7	10,0	<0,001
Osteoporose	20,8	1,9	67,4	9,9	<0,001
IST	35,4	19,7	22,5	22,4	<0,001
Multimorbidade	22,0	7,6	52,0	18,4	<0,001
Polifarmácia	32,5	4,0	53,4	10,1	0,007
Total	37,0	6,2	45,1	11,7	

DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica; AVE: acidente vascular encefálico; IST: infecções sexualmente transmissíveis.

Fonte: Estudo SABE, 2010.

Tabela 3. Média da qualidade de vida dos idosos segundo satisfação sexual (n=1.129). São Paulo, SP, 2010.

Total	Média	Erro Padrão	IC95%	
Componente Físico				
Ativo satisfeito	50,7	0,50	49,6 – 51,6	<0,001
Ativo insatisfeito	47,7	1,49	44,7 – 50,6	
Inativo satisfeito	45,8	0,49	44,9 – 46,8	
Inativo insatisfeito	46,6	0,78	45,0 – 48,0	
Componente Mental				
Ativo satisfeito	59,6	0,27	59,0 – 60,0	<0,001
Ativo insatisfeito	56,8	1,03	54,7 – 58,9	
Inativo satisfeito	58,0	0,36	57,3 – 58,8	
Inativo insatisfeito	57,0	0,82	55,5 – 58,8	

Continua...

Tabela 3. Continuação.

Total	Média	Erro Padrão	IC95%	
Homens				
Componente Físico				
Ativo satisfeito	51,5	0,56	50,0 – 52,7	<0,001
Ativo insatisfeito	47,5	1,87	43,8 – 51,0	
Inativo satisfeito	47,0	1,10	45,0 – 49,6	
Inativo insatisfeito	46,9	1,24	44,5 – 49,5	
Componente Mental				
Ativo satisfeito	59,9	0,27	59,0 – 60,0	0,125
Ativo insatisfeito	57,5	1,21	55,0 – 60,0	
Inativo satisfeito	58,8	0,64	57,6 – 60,0	
Inativo insatisfeito	58,6	1,05	56,5 – 60,6	
Mulheres				
Componente Físico				
Ativo satisfeito	48,9	0,87	47,0 - 50,6	0,009
Ativo insatisfeito	48,0	2,08	44,0 – 52,0	
Inativo satisfeito	45,5	0,51	44,5 – 46,5	
Inativo insatisfeito	46,0	1,23	44,0 – 48,7	
Componente Mental				
Ativo satisfeito	59,0	0,60	58,0 – 60,0	0,044
Ativo insatisfeito	55,0	2,02	51,0 – 59,0	
Inativo satisfeito	58,0	0,38	57,0 – 58,7	
Inativo insatisfeito	55,7	1,17	53,4 – 58,0	

Fonte: Estudo SABE, 2010.

com idosos ingleses encontrou que a prevalência de atividade sexual (definida como relação sexual, masturbação, carícias ou beijos) no último ano foi maior entre os homens (76,9%) quando comparado às mulheres (57,8%)⁽⁸⁾.

Ainda entre os idosos ativos observou-se que a proporção de insatisfação sexual foi maior naqueles que referiram frequência de atividade sexual mensal (21,1%). Essa relação deu-se pelo fato de que quando há prática sexual de qualidade, há estimulação do desejo por uma nova relação, que ao ocorrer aumenta a satisfação, a qualidade de vida e das funções sexuais e o bem-estar, reativando o ciclo^(9,10). Apesar disso, os mais satisfeitos foram aqueles que possuíam a prática de duas a três vezes por semana (98,1%), pode-se supor que esses idosos possuíam uma vida sexual adulta mais intensa e, assim permaneceram idosos sexualmente ativos^(5,11).

As mulheres foram as mais prevalentes nesta amostra, dado que é reflexo da feminização da população idosa^(4,8). Em relação ao estado marital, as mulheres, após a viuvez permanecem sem companheiro e tendem a não se recasarem,

dado oposto ao encontrado entre os homens. Tal fato pode justificar o motivo que as mulheres estudadas relataram ser inativas e satisfeitas, enquanto que os homens eram ativos satisfeitos. Também é o reflexo de uma cultura machista, no qual a sexualidade da mulher está relacionada a capacidade biológica, procriativa e familiar, enquanto que para o homem há associação com sua colocação social como provedor das famílias⁽¹²⁾.

A maior parte dos idosos que mencionaram ser casados eram mais ativos e satisfeitos. Ter um cônjuge possibilita a vivência da sexualidade e, conseqüentemente, a interação com o parceiro, fortalecimento do carinho, do apego, da comunicação, do companheirismo e do cuidado mútuo^(3,13). Ainda, a satisfação entre os casados pode ser conseqüência do conhecimento prévio dos gostos do parceiro, do sentimento envolvido na relação e na facilidade da prática sexual quando se tem uma parceira fixa⁽¹⁴⁾.

As mudanças fisiológicas, os aspectos socioculturais e a condição de saúde são fatores associados à sexualidade,

permitindo que os profissionais de saúde sejam capazes de identificar esses fatores durante a anamnese, a fim de contribuir, por meio de atividades educativas para desmistificar o preconceito que permeia a sexualidade na velhice⁽⁴⁾.

As alterações fisiológicas e possíveis complicações de saúde evoluem com o avançar da idade, como o surgimento ou agravamento da disfunção sexual, principalmente quando associados a hábitos de vida de risco. Os fatores que contribuem para o aceleramento da diminuição da libido, da capacidade/frequência sexual e da sensação de bem-estar geral, proporcionam a percepção de já ter passado do auge da vida, apresentando, conseqüentemente, distúrbios de ordem psicológica, somática e sexual⁽¹⁾. Diante dessas condições, notou-se que os idosos mais jovens estavam mais ativos e satisfeitos quando comparados aos mais longevos.

Uma minoria dos idosos afirmou estar insatisfeita com a ausência da prática sexual, o que pode ser resultado das dificuldades na aceitação da sexualidade no próprio processo de envelhecimento, ausência de educação sexual adequada, repressões sofridas na fase de descobrimento e vergonha do próprio corpo, quanto pela noção de que a sexualidade esteja restrita à genitalidade e à procriação^(2,5-7).

Quanto aos fatores socioculturais, a religião, a escolaridade e o engajamento social foram associados à satisfação sexual no presente estudo. A maioria dos idosos cristãos era inativos satisfeitos, evidenciando que a moral cristã ainda é um forte fator na vida da presente geração de idosos⁽²⁾. Esse comportamento sexual pode ser justificado por essa doutrina defender que o ato sexual deve ser associado ao casamento monogâmico, normas e moralidades, principalmente ao discurso de parceiros únicos e da prática sexual para procriação, articulando a sexualidade com normatização e culpa, promovendo a redução da sexualidade^(15,16). A consequência desta postura pode gerar repugnância ao prazer sexual, especialmente pelas mulheres⁽⁶⁾.

Por outro lado, idosos ateus ou adeptos ao kardecismo, budismo e judaísmo apresentaram maior proporção de atividade e satisfação sexual quando comparados aos cristãos. O judaísmo possui como maior restrição a prática sexual no período menstrual da parceira, barreira findada pela menopausa, processo natural do envelhecimento da mulher. A moral sexual kardecista é pautada na vivência do amor, do afeto, na defesa pela existência da energia sexual e pela igualdade de direitos para homens e mulheres, caracterizada, assim, por valores mantidos e, por vezes, fortalecidos nas relações entre idosos. Já os budistas acreditam que a sexualidade é uma forma de comunicação que vai além da relação corporal, não havendo restrições para sua vivência na velhice⁽¹⁵⁾.

Idosos que relataram oito anos ou mais de estudo apresentaram maior prevalência de atividade e satisfação sexual, uma vez que melhor nível de escolaridade está associado à maior pontuação nos escores de qualidade de vida,

inclusive à sexual, levando à melhor autopercepção e vivência da sexualidade⁽¹⁷⁾.

Idosos com engajamento social eram mais ativos e satisfeitos quando comparados àqueles que não tinham. O engajamento social, as oportunidades no ambiente e a personalidade são três dos fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido que influenciam os relacionamentos⁽¹⁸⁾, visto que os outros componentes do grupo são fonte de amor, de segurança, existindo um sentimento de pertença ao grupo, levando o idoso a sentir-se querido e capaz de despertar diversos sentimentos, ainda, na sexualidade⁽³⁾.

Idosos que relataram doenças articulares, acidente vascular encefálico e osteoporose tiveram maior proporção de inatividade e satisfação sexual. Segundo Kazer⁽¹⁹⁾ as doenças articulares afetam secundariamente a atividade sexual, pois causam limitações sobretudo físicas, em que existe restrição do movimento associado à dor e disfunção articular.

Entre os idosos com IST notou-se que aproximadamente 60% deles mantêm-se ativos sexualmente. Diante desse contexto, torna-se necessário atividades educativas para orientação sobre a prática sexual segura bem como a desmistificação sobre os preconceitos frente a essas doenças, principalmente pelo aumento na prevalência de IST em virtude da falta de conhecimento e tabus sobre prática do sexo seguro^(9,20).

Em estudo realizado por Pereira et al.⁽¹³⁾, indivíduos que sofreram acidente vascular apresentam diminuição da função erétil, diminuição na frequência e no desejo de estabelecer relações sexuais, seja por uma limitação propriamente dita da função sexual ou por problemas físicos e/ou emocionais. Além disso, os homens são sexualmente mais ativos e apresentam menor declínio sexual que as mulheres. A prática e satisfação sexual também pode ser influenciada pela osteoporose por essa ter como uma das causas a deficiência de hormônios sexuais, apesar da doença possuir uma característica sindrômica⁽²¹⁾.

Revisão integrativa apontou que o uso de medicamentos para doenças crônicas é um dos principais fatores que levam a distúrbios na função sexual, pois os efeitos colaterais dos medicamentos associam-se ao processo de envelhecimento e dificultam a manutenção de uma vida sexualmente ativa⁽¹⁰⁾.

Ainda, idosos com múltiplas doenças crônicas eram mais inativos e insatisfeitos quando comparados àqueles que não possuíam multimorbidade. Estudos defendem que a sexualidade do idoso pode encontrar caminhos inéditos nos quais o desejo, que não morre, encontra outras maneiras de inscrição, tendo o carinho e o afeto como grandes aliados^(2,5-7,12). Ademais, a literatura tem demonstrado que não existem razões fisiológicas que impeçam as pessoas idosas, em condições satisfatórias de saúde, de apresentarem uma vida sexual ativa, já que é uma prática emocional e afetivamente enriquecedora^(3,11).

Para a prática sexual satisfatória, os componentes físico e mental são essenciais⁽³⁾. Observou-se que os componentes físico e mental foram associados às mulheres, visto que

alterações do processo de envelhecimento, como a perda de lubrificação e da alteração corporal tão valorizada, além da repressão sobre sua sexualidade, são mais intensas. Para os homens houve associação apenas com o componente físico, já que estes estimam mais pela sua virilidade.

O destaque para o componente físico pode ser justificado pela cultura de valorização do corpo jovem ainda presente, principalmente, pela falta de educação sexual adequada e as repressões sofridas, passando a sexualidade a ser vivida de forma constrangedora e o idoso, com frequência, a ter uma autopercepção negativa do corpo, deixando de ver a si mesmo como atraente, acreditando que seu corpo está fora dos padrões de beleza estipulados pela sociedade⁽²²⁾.

Apesar da cultura de valorização do corpo, uma prova da possibilidade da atividade satisfatória é que a atividade sexual é possível para os idosos, uma vez que seus corpos são capazes de funcionar bem e causar prazer^(3,5,12). Além disso, a qualidade de vida está relacionada ao bem-estar subjetivo e a autoestima, devendo os idosos possuírem orientação quanto a seu corpo para melhor adaptação e vivência da sexualidade⁽⁹⁾.

Porém, ainda faz-se evidente a influência da cultura machista ao observamos que, para os homens idosos, apenas o componente físico foi associado a prática sexual satisfatória e a qualidade de vida, resultado semelhante a estudo em que a sexualidade dos homens idosos parecia permeada por um jogo complexo em que, por um lado, estimula-se/exige-se uma prática sexual intensa, associada a uma ideia de “qualidade de vida” ao mesmo tempo em que se mantém um jogo de orientações morais que restringem, controlam e normatizam práticas sexuais⁽²³⁾.

Entretanto o componente mental, apesar de relevante apenas para as mulheres, também se fez importante, como autores defendem ao afirmar que havendo um equilíbrio emocional, a sexualidade também tende a se manter com melhor qualidade, visto que, quando há uma diminuição da frequência das relações sexuais no idoso, uma das causas pode ser o surgimento de doenças que se originam com o desgaste físico, psíquico e social, com o passar dos anos⁽²⁴⁾.

Como limitações do estudo, cita-se a ausência de variáveis que explanassem a justificativa de sua satisfação sexual. Ademais, não houve controle na coleta de dados quanto ao sexo dos entrevistadores, ou seja, a entrevista era realizada por mulheres o que pode ter influenciado as respostas sobre a sexualidade dos idosos do sexo masculino por questões culturais. Entre os pontos fortes deste estudo destaca-se a representatividade da amostra para o Município de São Paulo.

CONCLUSÃO

Através desta pesquisa foi possível evidenciar que a prática sexual é de extrema importância na qualidade de vida do idoso e que o componente físico influenciou mais para a prática satisfatória quando comparado ao componente

mental, dando subsídio para os profissionais de enfermagem realizarem intervenções direcionadas. As alterações provocadas com o processo de envelhecimento, tanto por doenças, uso de múltiplos medicamentos, estado marital e engajamento social, influenciam na prática sexual e, conseqüente, na satisfação, além dos fatores imutáveis, como sexo, idade e escolaridade.

A orientação sexual quanto às modificações corporais e fisiológicas e a cultura de que o idoso é um ser sexual, interferem diretamente na sexualidade dessa população. Assim, destaca-se a importância do profissional enfermeiro implantar ações de educação e proteção em relação aos benefícios e à vulnerabilidade da sexualidade dos idosos, fortalecendo a rede de atenção à saúde do idoso.

REFERÊNCIAS

1. Corrêa LQ, Silva MC, Rombaldi AJ. Sintomas psicológicos do envelhecimento masculino e fatores associados. *Estudos Interdisciplinares Do Envelhecimento*. 2017; 22(2):77-93.
2. Da Silva Rozendo A, Alves JM. Sexualidade na terceira idade: tabus e realidade. *Kairós Gerontologia*. 2015 jun;18(3):95-107.
3. Vieira KFL, De Lima Coutinho MP, De Albuquerque Saraiva ER. Asexualidade na velhice: representações sociais de idosos frequentadores de um grupo de convivência. *Psicol Ciênc Prof*. 2016 jan/mar;36(1):196-209. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703002392013>.
4. Dominguez LJ, Barbagallo M. Ageing and sexuality. *European Geriatric Medicine*. 2016;7:512-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurger.2016.05.013>.
5. Marques ADB, Da Silva RP, Dos Santos Sousa S, Da Silva Santana R, De Deus SRM, De Amorim RF. A vivência da sexualidade de idosos em um centro de convivência. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*. 2016 set/dez;5(3):1768-83. <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v5i3.913>.
6. Souza MD, Marcon SS, Bueno SMV, Carreira L, Baldissera VDA. A vivência da sexualidade por idosas viúvas e suas percepções quanto à opinião dos familiares a respeito. *Saúde Soc São Paulo*. 2015 jul/set;24(3):936-44. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015132060>.
7. Pereira KCSA, Da Silva Santos FL, Chaves PRS, De Sá EFS, Da Rocha Arrais A. Autoconceito em idosos homossexuais: um estudo exploratório. *Kairós Gerontologia*. 2015 jan/mar;18(1):259-75. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2015v18i1p259-275>.
8. 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):11-18. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2018.11.001>.

9. Murakami E, Aranha VC, França CC, Benute GRG, Lucia MCSD, Jacob Filho W. Ser nonagenário: a percepção do envelhecimento e suas implicações. *Psicol Hosp.* 2014;12(2):65-82.
10. Flores CC, Terra NL. Conhecendo o imaginário de jovens gays com relação à velhice. *Kairós Gerontologia.* 2017;20(3):237-51. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i3p237-251>.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010.
12. Scaramuzi AA. A sexualidade na terceira idade: desejos, sensações e saúde no processo de envelhecimento. Monografia [Graduação em Serviço Social]. Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense; 2017.
13. Pereira ARR, Dantas DDS, Torres VB, Viana EDSR, Correia GN, Magalhães AG. Association among sexual function, functional independence and quality of life in patients after cerebrovascular accident. *Fisioterapia e Pesquisa.* 2017;24(1):54-61. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-2950/16270824012017>.
14. Scorsolini-Comin F, Alves-Silva JD, SANTOS MA. Permanências e descontinuidades nas concepções contemporâneas de casamento na perspectiva de casais longevos. *Psicologia: Teoria E Pesquisa.* 2018;34:e34423. <http://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e34423>.
15. Silva JA. O olhar das religiões sobre a sexualidade [Internet]. 2008 [acesso em: 27 10 fev. 2019]. Disponível em: <http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/pde/arquivos/728-4.pdf>.
16. Farris JR. Teologia prática: identidade passada e atual. *Ciências da Religião — História e Sociedade* [Internet]. 2012 [acesso em: 10 fev. 2019];10(1):84-112. Disponível em: <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/cr/article/view/4219>.
17. Flynn TJ, Gow AJ. Examining associations between sexual behaviours and quality of life in older adults. *Age and Ageing.* 2015;44(5):823-8. <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afv083>.
18. Erbolato R. Relações sociais na velhice. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. *Tratado de geriatria e gerontologia.* 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2016. p.957-64.
19. Kazer MW, Grossman S, Kerins G, Kris A, Tocchi C. Validity and reliability of the geriatric sexuality inventory. *J Gerontol Nurs.* 2013 set;39(11):38-45. <http://dx.doi.org/10.3928/00989134-20130916-03>.
20. Andrade JS, Brito MFSF, Souza LPS, Guimarães ALS, D'Angelo MFSV, Silva CSO. Qualidade de vida de idosos atendidos em um centro de referência em Minas Gerais, Brasil. *Revista de Medicina da UFC.* 2018;58(1):26-30. <https://doi.org/10.20513/2447-6595.2018v58n1p26-30>.
21. Crema IL, Tilio R, Campos MTA. Repercussões da menopausa para a sexualidade de idosas: revisão integrativa da literatura. *Psicologia: Ciência e Profissão.* 2017; 37(3):753-69. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003422016>.
22. Minkin MJ. Sexual health and relationships after age 60. *Maturitas.* 2016;83:27-32. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.10.004>.
23. Silva VXL, Marques APO, Lyra J, Medrado B, Leal MCC, Raposo MCF. Satisfação sexual entre homens idosos usuários da atenção primária. *Saúde Soc.* 2012;21(1):171-80. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000100017>.
24. Vieira KFL, Da Nóbrega RPM, Arruda MVS, de Melo Veiga PM. Representação social das relações sexuais: um estudo transgeracional entre mulheres. *Psicologia: Ciência e Profissão.* 2016;36(2):329-40. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703001752013>.

