



Fatores socioeconômicos, hábitos de vida e saúde de mulheres idosas com e sem vivência sexual em um município no interior de Minas Gerais

Socioeconomic factors, lifestyle habits, and the health of older women with and without sexual experience in a municipality in the interior of Minas Gerais

Caroline Rodrigues Osawa¹

Gabriel Felipe Arantes Bertochi²

Maycon Sousa Pegorari¹

Isabel Aparecida Porcatti de Walsh¹

Lislei Jorge Patrizzi Martins¹

Resumo

Objetivo: avaliar e comparar fatores socioeconômicos, hábitos de vida e saúde de mulheres idosas com e sem vivência sexual. **Método:** Pesquisa quantitativa, analítica, observacional e transversal de base populacional. As participantes foram divididas em dois grupos: grupo CVS - com vivência sexual e grupo SVS - sem vivência sexual, por meio da pergunta: “Você tem vida sexual ativa?”. Foram analisadas variáveis socioeconômicas, sono, comorbidades e nível de atividade física através de uma questão do SRQ-20, uma lista baseada no Índice de Capacidade para o Trabalho e o IPAQ versão longa, respectivamente. A análise descritiva foi realizada com uso de frequências absolutas e percentuais. O teste U de Mann Whitney, teste qui-quadrado e regressão linear múltipla consideraram nível de significância de $p < 0,05$. **Resultados:** a amostra totalizou 494 idosas, 100 delas do grupo CVS. Ter um companheiro fixo ($p < 0,0001$), idade menos avançada ($p < 0,0001$), renda familiar mais alta ($p < 0,0001$), tempo de atividade física vigorosa ($p = 0,005$) e caminhada ($p < 0,0001$) foram fatores significativos e positivos quanto a continuidade da vivência sexual na amostra analisada. **Conclusão:** O estudo identificou diferenças significativas quando comparados os grupos demonstrando a influência dos fatores socioeconômicos e de saúde na expressão da sexualidade de mulheres idosas, destacando os desafios enfrentados. Políticas públicas e ações de educação em saúde são necessárias para garantir direitos, dignidade e promover mudanças positivas na vida dessa população.

Palavras-chave: Sexualidade. Saúde Feminina. Pessoas Idosas.

¹ Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia UFTM/UFU. Uberaba, MG, Brasil.

² Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Programa de Pós-Graduação em Reabilitação e Desempenho Funcional. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Financiamento da pesquisa: FAPEMIG - APQ 01825-12

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Lislei Jorge Patrizzi Martins
lislei.patrizzi@uftm.edu.br

Recebido: 21/04/2023

Aprovado: 02/10/2023

Abstract

Objective: To assess and compare socioeconomic factors, lifestyle habits, and the health of older women with and without sexual experience. **Method:** A quantitative, analytical, observational, and cross-sectional population-based study was conducted. Participants were divided into two groups: the CVS group (with sexual experience) and the SVS group (without sexual experience), based on the question: "Do you have an active sexual life?". Socioeconomic variables, sleep patterns, comorbidities, and the level of physical activity were analyzed using a question from the SRQ-20, a list based on the Work Ability Index, and the long version of the IPAQ, respectively. Descriptive analysis was performed using absolute frequencies and percentages. Mann-Whitney U test, chi-square test, and multiple linear regression were used with a significance level set at $p < 0.05$. **Results:** The total sample consisted of 494 older women, with 100 of them in the CVS group. Having a stable partner ($p < 0.0001$), a younger age ($p < 0.0001$), higher family income ($p < 0.0001$), duration of vigorous physical activity ($p = 0.005$), and walking ($p < 0.0001$) were significant and positive factors for continued sexual experience in the analyzed sample. **Conclusion:** The study identified significant differences when comparing the groups, highlighting the influence of socioeconomic and health factors on the expression of sexuality in older women, thus emphasizing the challenges they face. Public policies and health education initiatives are necessary to safeguard rights, dignity, and promote positive changes in the lives of this population.

Keywords: Sexuality. Female Health. Aged.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde define a sexualidade como um conceito amplo que abrange muito mais do que apenas o ato sexual. Esse fenômeno que é parte da identidade do ser humano é manifestado através de valores, crenças, pensamentos e fantasias. A sexualidade se mostra como uma energia que impulsiona a busca por intimidade, contato e sentimentos e, dessa forma, influencia também no bem-estar físico e psicológico¹. Com o avanço da idade, a diminuição da expressão da sexualidade é vista por muitos como uma mudança fisiológica, o que é uma análise muito generalista, visto que o processo de envelhecimento é permeado por diversos fatores complexos e individuais que influenciam nessa diminuição, envolvendo também as mudanças psicológicas e socioambientais².

Ainda que seja um fenômeno que ocorre mundialmente, os efeitos sociais e econômicos do processo de envelhecimento são distintos em países como o Brasil, que são considerados em desenvolvimento^{3,4}. Estudos trazem a perspectiva dos fatores demográficos e de saúde que influenciam na sexualidade⁵, porém os fatores socioeconômicos nessa população específica, principalmente renda,

ainda são pouco explorados quando relacionados a esse fenômeno. Os hábitos de vida são avaliados quanto a influência na sexualidade de idosos em estudos nacionais⁶ e internacionais^{7,8}. Os resultados da literatura apontam relação entre estilo de vida e continuidade da vivência sexual, sendo que hábitos de vida menos saudáveis estão relacionados à maiores chances de disfunções sexuais em idosos⁶.

Considerando a feminização do envelhecimento, a importância da sexualidade para um envelhecimento saudável e as recentes mudanças previdenciárias que modificaram a realidade econômica dos idosos no país, principalmente dos estratos sociais mais vulneráveis^{3,4}, este estudo se justifica por avaliar e comparar fatores socioeconômicos, hábitos de vida e saúde de mulheres idosas com e sem vivência sexual. Pretende-se discutir e compreender melhor a complexidade desses fatores no envelhecimento feminino e, assim, identificar as principais vulnerabilidades para que se possa planejar ações, promovendo melhor qualidade de vida para essas mulheres. Como hipótese, pressupõe-se que mulheres idosas com vivência sexual tenham melhores condições socioeconômicas e hábitos de vida mais saudáveis quando comparadas às sem vivência sexual.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de caráter transversal, com abordagem quantitativa e base populacional como parte do “Inquérito de Saúde da Mulher” (ISA MULHER), que foi realizado em Uberaba (MG), Brasil, nos anos de 2014 e 2015 e representou a população feminina do município. A amostragem foi realizada utilizando um método probabilístico em múltiplos estágios. No primeiro estágio, foram selecionados aleatoriamente 24 dos 36 bairros, levando em consideração a proporção de cada distrito em relação à quantidade de bairros. No segundo estágio, em cada bairro, foram escolhidos aleatoriamente 25% dos setores censitários, respeitando a proporção populacional de cada bairro em relação à quantidade de setores censitários. Através do setor censitário selecionado anteriormente, os domicílios foram escolhidos sistematicamente com base em um intervalo amostral, dividindo a quantidade de domicílios nos setores censitários pelo número de mulheres. Dentro de cada bairro, o setor censitário foi selecionado aleatoriamente no primeiro domicílio visitado. O restante dos domicílios foi selecionado com um intervalo de amostragem de 32 domicílios.

Para o cálculo amostral, considerou-se a falta de conhecimento prévio sobre as estimativas das prevalências dos eventos de interesse (todos foram considerados iguais a 50%), um nível de confiança de 95%, uma margem de erro de no máximo 2,5% e uma perda de 20%, resultando em uma amostra de 1.530. Na composição da amostra, foram respeitados os estratos de idade, renda, escolaridade e cor da pele, de acordo com os dados do Censo do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística)⁷. A amostra total do ISA MULHER foi de 1.556 mulheres que residiam em Uberaba (MG), maiores de idade, entrevistadas após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e que entenderam toda a finalidade da pesquisa. Dessa amostra, para este estudo, foram incluídas as participantes idosas (60 anos ou mais), sendo excluídas idosas com déficit cognitivo que impedisse responder aos instrumentos de avaliação e idosas institucionalizadas, totalizando 494 mulheres.

A coleta foi realizada na casa das voluntárias com aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP)

da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), sob protocolo nº6.220.923 e está de acordo com as Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016. Os instrumentos utilizados foram preenchidos por 22 entrevistadoras, alunas de graduação de diversos cursos da UFTM, que foram treinadas previamente para realizar o protocolo de forma ética e padronizada.

As participantes foram divididas em dois grupos: grupo CVS (com vivência sexual) e grupo SVS (sem vivência sexual), por meio da pergunta: “Você tem vida sexual ativa?”. Perguntas referentes a qualidade do sono, prática de exercícios físicos e hábitos alimentares foram utilizados para coletar informações sobre hábitos de vida. Por meio de um questionário elaborado pelo grupo ISA MULHER foram coletadas as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, renda, escolaridade, estado civil e cor da pele autorreferida) e para avaliação da variável sono, foi utilizada a questão “Dorme mal?” do instrumento para rastreamento de Transtornos Mentais Comuns (TMC) *Self-Report Questionnaire - SRQ-20*⁹. O nível de atividade física foi avaliado pelo Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ)¹⁰ versão longa, que permite estimar o tempo semanal gasto em atividades físicas de intensidade moderada e vigorosa, em diferentes contextos do cotidiano, como: trabalho, transporte, tarefas domésticas e lazer, e ainda o tempo despendido em atividades de comportamento sedentário, realizadas na posição sentada. Foi utilizado o índice de massa corporal (IMC) para o cálculo da composição corporal da amostra, através da fórmula: peso (kg)/altura² (m).

As comorbidades foram avaliadas a partir de uma lista baseada no questionário Índice de Capacidade para o Trabalho¹¹ que apresenta morbidades nos diferentes grupos, como se segue: Endócrinas/Metabólicas; Musculoesqueléticas; Cardiovasculares/Circulatórias; Neurológicas; Emocionais; Geniturinárias; Respiratório; Digestivo; Dermatológicas; Tumoriais e Sanguíneas. Vale ressaltar que para cada grupo havia opções e doenças relacionadas. Para este estudo foi realizada a média das doenças por bloco.

A análise descritiva foi realizada com uso de frequências e porcentagens para variáveis categóricas e médias e desvios-padrão para as contínuas. A

normalidade dos dados foi verificada por meio do teste Kolmogorov Smirnov. Para comparar participantes CVS e SVS, o teste qui-quadrado foi usado para variáveis categóricas e o teste de Mann Whitney foi usado para variáveis contínuas. A associação entre o estilo de vida, doenças, IMC e fatores socioeconômicos na atividade sexual, foi realizada por meio de um modelo de regressão linear em três blocos. Modelo 1: estilo de vida; modelo 2: doenças/IMC; modelo 3: fatores socioeconômicos. O nível de significância adotado foi de 5% e intervalos de confiança (IC) de 95%.

RESULTADOS

A amostra final totalizou 494 mulheres idosas e destas, 100 com relato de vivência sexual (CVS). De acordo com a Tabela 1, a média de idade das mulheres

do grupo CVC foi de 65,22 (± 5) anos e a do grupo sem vivência sexual (SVS), de 70,3 ($\pm 7,3$) anos. No que se refere ao estado civil, 15,8% do grupo CVS está em união com companheiro fixo enquanto no grupo SVS, 57,3% estão sem companheiro fixo. Quanto à escolaridade, as mulheres do CVS apresentaram média mais alta (7,06 $\pm 5,6$ anos), sendo também identificado nesse grupo, maior renda (R\$2.981,34 $\pm 3097,9$). Quando observamos as variáveis de cor da pele, religião, pessoas contribuintes e quantidade de pessoas que residem na casa, não houve diferença observável entre os grupos (Tabela 1).

Com relação às questões de saúde descritas na Tabela 2, foi identificado sobrepeso em ambos os grupos. A média de doenças por bloco foi mais alta (7,93 ($\pm 5,26$)) no SVS. As porcentagens de ex tabagistas foram semelhantes nos dois grupos.

Tabela 1. Caracterização das variáveis sociodemográficas de mulheres idosas sem vivência sexual (SVS) e com vivência sexual (CVS) (N=494). Uberaba, MG, Brasil, 2014.

Variáveis socioeconômicas	SVS n (%)	CVS n (%)	<i>p</i>
Estado civil			<0,0001*
sem companheiro fixo	283(57,3%)	22(4,4%)	
em união com companheiro fixo	111(22,5%)	78(15,8%)	
Cor da pele			0,417
Branca	263(53,2%)	60(12,2%)	
Preta	30(6,1%)	15(3,0%)	
Parda	86(17,4%)	23(4,7%)	
Outra	15(3,0%)	2(0,4%)	
Religião			0,729
Católica	252(51,0%)	62(12,8%)	
Espírita	62(12,5%)	19(3,8%)	
Evangélica	66(13,3%)	14(2,8%)	
Outra	7(1,4%)	4(0,8%)	
Ateu	5(1,0%)	1(0,2%)	
Não respondeu	0	2(0,4%)	
	Média (DP)	Média(DP)	
Idade	70,3 ($\pm 7,3$)	65,22 ($\pm 5,0$)	<0,0001**
Escolaridade (Anos)*	5,7 ($\pm 4,9$)	7,06 ($\pm 5,6$)	0,006
Renda familiar (R\$)*	1722,9 (± 1572)	2981,34 ($\pm 3097,9$)	<0,0001**
Nº pessoas que residem na casa	2,5 ($\pm 1,2$)	2,8 ($\pm 1,2$)	0,032**

*Teste qui quadrado; **Teste de Mann Whitney ($p < 0,05$).

Tabela 2. Caracterização das variáveis de hábitos de vida e saúde de mulheres idosas com vivência sexual (CVS) e sem vivência sexual (SVS) (N=494). Uberaba, MG, 2014.

Hábitos de vida	SVS n (%)	CVS n (%)	<i>p</i>
Tabagista			0,123
Sim	59 (12,0%)	7 (1,4%)	
Não	265 (53,6%)	75 (15,2%)	
Ex tabagista	67 (13,6%)	18 (3,6%)	
Não respondeu	3 (0,6%)	0	
Qualidade do sono			0,171
Dorme bem	245 (49,6%)	70 (14,2%)	
Dorme mal	148 (30,0%)	30 (6,0%)	
Não respondeu	1 (0,2%)	0	
Comportamento alimentar			
Café da manhã			0,064
todos os dias	355 (71,9%)	96 (19,5%)	
3 a 6 vezes por semana	18 (3,6%)	2 (0,4%)	
1 a 2 vezes por semana	9 (1,8%)	2 (0,4%)	
nunca ou quase nunca	12 (2,4%)	0	
Almoço comida			0,113
todos os dias	365(73,9%)	97(19,7%)	
3 a 6 vezes por semana	18(3,6%)	2(0,4%)	
1 a 2 vezes por semana	8(1,6%)	1(0,2%)	
nunca ou quase nunca	3(0,6%)	0	
Almoço lanche			0,218
todos os dias	3 (0,6%)	0	
3 a 6 vezes por semana	10 (2,0%)	1 (0,2%)	
1 a 2 vezes por semana	14 (2,8%)	3 (0,6%)	
nunca ou quase nunca	365 (73,9%)	96 (19,5%)	
Não respondeu	2 (0,4%)	0	
Jantar comida			0,640
todos os dias	175 (35,5%)	48 (9,7%)	
3 a 6 vezes por semana	69 (14,0%)	6 (1,2%)	
1 a 2 vezes por semana	48 (9,7%)	13 (2,6%)	
nunca ou quase nunca	102 (20,6%)	33 (6,7%)	
Jantar lanche			0,772
todos os dias	175 (35,4%)	29 (5,9%)	
3 a 6 vezes por semana	69 (14,0%)	12 (2,4%)	
1 a 2 vezes por semana	48 (9,7%)	8 (1,6%)	
nunca ou quase nunca	102 (20,7%)	51 (10,3%)	
Saúde	Mediana (25-75)	Mediana (25-75)	
Doenças por bloco	7 (4-11)	6 (3,0-9,0)	
IMC	26,5 (23,1-30,6)	26,8 (24,3-31)	
IPAQ (minutos)			

continua

Continuação da Tabela 2

Hábitos de vida	SVS n (%)	CVS n (%)	<i>p</i>
Atividade física no trabalho			
Tempo/dia que anda por pelo menos 10 min*	0(0-0)	0(0-0)	
Tempo/dia de atividade moderada por pelo menos 10 min	0(0-0)	0(0-0)	
Tempo/dia de atividade vigorosa por pelo menos 10 min*	0(0-0)	0(0-0)	
Atividade física como meio de transporte			
Tempo/dia que andou de bicicleta por pelo menos 10 min	0(0-0)	0(0-0)	
Tempo/dia que andou por pelo menos 10 min	0(0-0)	0(0-0)	
Atividade física em casa			
Tempo/dia de atividade moderada por pelo menos 10 min no jardim ou quintal	0(0-60)	0(0-240)	
Tempo/dia de atividade moderada por pelo menos 10 min dentro de casa	0(0-420)	120 (0-465)	
Tempo/dia de atividade vigorosa por pelo menos 10 min no jardim ou quintal*	0(0-0)	0(0-0)	
Atividade física de recreação, esporte, exercício e lazer			
Tempo/dia de caminhada por pelo menos 10 min no tempo livre	0(0-0)	0(0-0)	
Tempo/dia de atividade moderada por pelo menos 10 min no tempo livre	0(0-0)	0(0-0)	
Tempo/dia de atividade vigorosa por pelo menos 10 min no tempo livre	0(0-0)	0(0-0)	
Tempo gasto sentado	1080 (360-2100)	960 (360-1500)	

*Teste de Mann Whitney ($p < 0,05$).

No comportamento alimentar a frequência de refeições principais todos os dias foi maior entre as mulheres do grupo CVS. Nas atividades físicas, o grupo CVS teve média muito superior nas atividades relacionadas ao trabalho, principalmente nas vigorosas (90,6 minutos \pm 639,11). Utilizando a atividade física como meio de transporte, as SVS obtiveram média mais alta. No que tange às atividades físicas em casa, as mulheres com maior média de tempo em todos os tipos de atividades foram as do grupo CVS. A maior média obtida nas atividades leves de recreação e lazer foi entre as mulheres do grupo SVS, já nas atividades moderadas e vigorosas, as do grupo CVS. Quanto ao tempo que passam sentadas, as mulheres sem vivência sexual apresentaram maior média.

De acordo com os resultados da análise multivariada, dentre as variáveis de estilo de vida, o tempo/dia caminha pelo menos 10 minutos no trabalho, atividades vigorosas e tempo gasto sentado tiveram influência numa maior vivência sexual (modelo 1). Após a inclusão do domínio Doenças/IMC (modelo 2), o tempo/dia caminha pelo menos 10 minutos no trabalho, atividades vigorosas se mantiveram, relações que foram mantidas no modelo 3, quando variáveis do domínio socioeconômico foram incluídas e permaneceram significativos juntamente com as variáveis idade, presença de companheiro fixo e renda familiar relacionados à vivência sexual em mulheres idosas (Tabela 3).

Tabela 3. Regressão linear usando o método de inserção (N=494). Uberaba, MG, Brasil, 2014.

Variáveis	β (IC)	β (IC)	β (IC)
Estilo de vida			
almoço comida	0,039 (-0,073/0,151)	-0,019(-0,099/0,061)	-0,024(-0,1/0,053)
almoço lanche	-0,032 (-0,119/0,066)	-0,031(-0,092/0,039)	-0,02(-0,079/0,046)
jantar comida	-0,09 (-0,089/0,032)	-0,008(-0,046/0,041)	0,004 (-0,04/0,042)
jantar lanche	-0,058 (-0,08/0,043)	-0,002(-0,044/0,043)	0,013(-0,038/0,046)
tabagismo	-0,05 (-0,098/0,028)	-0,044(0,043/0,015)	-0,041(-0,073/0,015)
sono	0,052(-0,031/0,117)	0,028(-0,031/0,078)	0,025(-0,032/0,072)
tempo/dia caminha pelo menos 10 min trabalho	-0,128 (-0,001/0)*	-0,063(-0,001/0)*	-0,065 (-0,001/0)*
atividade moderada	0,034(0/0)	0,011(0/0)	0,012(0/0)
atividade vigorosa	-0,084(0/0)*	-0,114(0/0)*	-0,099 (0/0)*
tempo/dia caminha pelo menos 10 min transporte	0,04 (0/0)	0,014 (0/0)	0,018 (0/0)
Tempo/dia de atividade moderada por pelo menos 10 min no jardim ou quintal	-0,039(0/0)	-0,014 (0/0)	-0,04 (0/0)
Tempo/dia de atividade moderada por pelo menos 10 min dentro de casa	-0,038(0/0)	-0,062 (0/0)	-0,029(0/0)
Tempo/dia de atividade vigorosa por pelo menos 10 min no jardim ou quintal	-0,052 (-0,001/0)	0,008 (0/0)	0,011(0/0)
Tempo/dia de caminhada por pelo menos 10 min no tempo livre	0,043(0,001)	0,048 (0/0)	0,036(0/0)
Tempo/dia de atividade moderada por pelo menos 10 min no tempo livre	0,013 (0//0,001)	0,038 (0/0)	0,022(0/0)
Tempo/dia de atividade vigorosa por pelo menos 10 min no tempo livre	-0,05(-0,003/0,001)	-0,058 (-0,002/0)	-0,034(-0,002/0,001)
tempo gasto sentado	0,069(-0/0,129)*	0,028 (0/0)	0,024(0/0)
Doenças/IMC			
doenças		0,059(-0,001/0,01)	0,061(0/0,01)
IMC		-0,031 (-0,006/0,002)	-0,02(-0,005/0,003)
Socioeconômicas			
idade			0,108(0,002/0,01)*
companheiro fixo			-0,165(-0,192/-0,081)*
escolaridade			0,043(-0,002/0,009)
cor da pele			-0,032(-0,041/0,014)
religião			-0,013 (-0,033/0,022)
pessoas que residem na casa			0,029 (-0,014/0,032)
pessoas contribuintes			0,031(-0,02/0,049)
renda familiar			-0,129(0/0)*

* $p < 0,05$; IMC=Índice de massa corporal; β =coeficiente padrão; IC=intervalo de confiança.

As variáveis categóricas foram incluídas considerando a categoria de maior valor como referência. Assim, para o almoço comida, almoço lanche, jantar comida e jantar lanche foi considerada a opção “nunca ou quase nunca”, para o tabagismo foi considerado o “ex tabagista”, para o sono foi considerado “dorme mal” e para o estado civil foi considerado “em união com companheiro fixo”.

DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa apontam diferenças significativas entre os perfis de idosas com e sem vivência sexual em relação a alguns fatores socioeconômicos, hábitos de vida e saúde.

Quanto às características socioeconômicas identificou-se que a idade mais avançada se mostrou como aspecto negativo na continuidade de vivências sexuais. Outro estudo¹², afirma que mulheres idosas são consideradas menos atraentes e desejadas e isso é visto nas representações midiáticas norte-americanas e também na falta delas. Além disso, o idadismo praticado pela sociedade faz com que pessoas mais velhas acreditem que sexo está diretamente vinculado à juventude, o que faz com que deixem de expressar sua sexualidade por acreditarem que na idade que têm, esse comportamento não é aceitável. Somado a isso, o machismo faz com que as mulheres idosas sofram mais julgamentos quando expressam sua sexualidade¹³ aliado ao machismo estrutural a que a geração dessas mulheres foi submetida onde muitas vezes o ato sexual era tido como obrigação no casamento e não como algo prazeroso¹⁴. Portanto, os resultados deste estudo refletem também a posição de que, com o avanço da idade, podem deixar de ter a vida sexual ativa enxergando isso como libertação de uma atividade que nunca lhes foi prazerosa.

No presente estudo, a maioria das mulheres que relatou vivência sexual, tinha um companheiro fixo. Estudos mostram que mulheres com mais idade estão mais propensas a ficarem sozinhas por viuvez ou pelo fato de que os homens da mesma faixa etária geralmente procuram companheiras mais jovens, o que é um aspecto negativo para a continuidade das relações sexuais para as mulheres idosas^{12,15}. Outra justificativa para esse achado é que a sexualidade

é ressignificada por muitos idosos e a relevância atribuída à penetração é substituída por outros atos de intimidade como carinho, parceria e até conversas¹⁶. Desta forma, um companheiro fixo facilita essa relação mais íntima de companheirismo, sendo fator importante para a expressão da sexualidade feminina no envelhecimento¹⁶.

Outro importante fator diz respeito à renda familiar. No presente estudo, o grupo CVS apresentou renda significativamente maior que a do SVS. A renda baixa se apresenta como fator contribuinte para declínio do interesse sexual e, considerando os determinantes sociais de saúde e o relacionamento entre o bem estar financeiro e a saúde física e mental, mulheres que não se preocupam com as questões financeiras têm melhor interação com o fator sexualidade¹⁷. Dados demonstram que maiores níveis de escolaridade refletem em maior renda por mais oportunidades no mercado de trabalho¹⁸, o que corrobora com o maior nível de escolaridade e renda identificado entre as mulheres sexualmente ativas, no presente estudo.

Em outro estudo¹⁹ apenas 31 pessoas, da amostra de 200 idosos consideraram a religião como fator inibitório para a sexualidade. Neste estudo, a religião também não foi fator significativo, porém, outros autores²⁰⁻²² relatam que as crenças relacionadas à espiritualidade têm relevância em como as pessoas mais velhas experienciam a sexualidade. Muitas religiões colocam o sexo como algo com finalidade exclusiva de procriação dentro do matrimônio e condenam o sexo por prazer como algo pecaminoso, o que gera restrições na expressão da sexualidade, principalmente feminina²².

Em contraste com os achados deste estudo, a cor da pele se mostra como um fator importante na expressão da sexualidade feminina devido inclusive à falta de representação de mulheres pretas e não brancas idosas em estudos sobre sexualidade e a dificuldade em ser parte desse recorte em uma sociedade que glorifica a juventude, os homens e os brancos²³.

O tabagismo estava presente em um número expressivo de mulheres sem vivência sexual, porém não foi fator significativo. E, apesar do efeito do tabagismo na função sexual feminina ainda ser

inconclusivo na literatura²⁴, estudos comprovam o impacto da nicotina nos hormônios sexuais e no fluxo sanguíneo do clitóris o que pode ocasionar em menor lubrificação e impactos na função sexual feminina²⁴.

Um estilo de vida saudável tem sido considerado nos estudos como necessários para uma melhor qualidade de vida²⁵. Na literatura não há uma relação direta entre qualidade do sono e sexualidade, entretanto, estudos comprovam que idosas, em decorrência de hormônios e comportamentos danosos para um sono reparador, estão mais propensas a transtornos do sono, como insônia²⁶. Esses transtornos do sono podem ser responsáveis pela diminuição da qualidade de vida dessas mulheres causando repercussões físicas e emocionais, prejudicando seu bem-estar e socialização, podendo impactar na expressão da sexualidade¹⁴.

Com relação ao comportamento alimentar, considerando as refeições diárias, o Ministério da Saúde recomenda para pessoas idosas o hábito de realizar pelo menos três refeições por dia, sendo café da manhã, almoço, jantar e dois lanches saudáveis por dia. Recomenda também que não se transponha refeições importantes²⁷. De acordo com os achados do presente estudo, as idosas sem vivência sexual apresentaram frequência inferior nas refeições mais importantes e maior frequência na substituição da comida por lanche, caracterizando um hábito prejudicial à saúde ou de necessidade, considerando também a menor renda desse grupo. Entretanto, a variável alimentação não apresentou significância em relação à continuidade das vivências sexuais, apenas uma tendência a ser mais comum em idosas que praticavam o jejum.

Algumas condições de saúde podem afetar diretamente na função sexual, porém, o processo de outras doenças pode ter uma ação indireta. Os resultados deste estudo demonstram que mulheres idosas com mais doenças correspondem ao grupo das que não têm vivência sexual, resultado que se assemelha ao que se encontra na literatura²⁸⁻³⁰, onde mulheres idosas com diabetes e infarto agudo do miocárdio relataram que sexualidade não era mais um fator significativo em suas vidas, não unicamente devido à condição de saúde, mas também devido à idade, o que remete novamente ao idadismo relacionado à expressão da sexualidade da pessoa idosa.

Foi observado que a média do IMC das idosas entrevistadas foi muito próxima e, em ambos os grupos, configurou sobrepeso, e mesmo que neste estudo não tenha sido significativo, isso pode ocorrer devido a fatores que implicam na saúde física e também fatores psicológicos devido a uma baixa autoestima causada pela autopercepção negativa pelo sobrepeso². Visto que, em mulheres idosas a autoimagem pode ser afetada negativamente por mudanças próprias do envelhecimento e pressão social³¹, somadas ao sobrepeso pode ser um fator limitante da continuidade da vida sexual.

No que se refere ao impacto do exercício físico, encontramos maior nível de atividade física vigorosa nas mulheres com vivência sexual. A literatura reforça a importância da atividade física na autoestima e autoconfiança da pessoa idosa. Para mulheres que praticam atividades de intensidade moderada, a chance de serem sexualmente ativas é duas vezes maior do que nas mulheres que não as praticam³², o que corrobora com os achados deste estudo. Além disso, idosos que se mantêm ativos, previnem o surgimento das doenças crônicas, promovem a manutenção das funções neurológicas e da funcionalidade que resultam na melhora dos fatores contribuintes para a vivência sexual³³⁻³⁵.

As limitações deste estudo incluem o tempo decorrido da coleta e as limitações decorrentes da pergunta “Você tem vida sexual ativa?” que não foi explicada na entrevista quanto a todos os aspectos da sexualidade a que se refere, podendo ter sido interpretada por muitas mulheres como apenas o ato da penetração em si, além de não incluir relações sexuais homoafetivas e mulheres transgênero. As informações coletadas são todas autorreferidas e, por se tratar de um tópico sensível e considerado tabu por muitas pessoas, algumas informações podem ter sido omitidas por constrangimento. Porém, considerando os dois anos de pandemia e os números robustos, a pesquisa traz resultados pertinentes ao que se propõe, além de demonstrar a percepção que essas mulheres têm quanto ao que é ter vida sexual ativa, sem influência de uma definição prévia dos pesquisadores. Estudos em diferentes regiões e no período pós-pandemia são necessários.

CONCLUSÃO

Os resultados permitem concluir que as pessoas idosas com vivência sexual avaliadas tinham menor idade, maior escolaridade, maior renda familiar, conviviam com menor número de pessoas na mesma casa e tinham companheiro. Em relação ao estilo de vida, as idosas CVS caminhavam por pelo menos 10 minutos ou praticavam atividades vigorosas também por pelo menos 10 minutos. É válido ressaltar que os fatores identificados como preditores para a permanência de uma vida sexual ativa foram menos idade, maior renda e companheiro fixo. Podemos inferir que a prática do jejum também pode ser considerado um fator importante na permanência da vivência sexual.

É fundamental que políticas públicas sejam implementadas para proteger e garantir os direitos e a dignidade dos idosos, proporcionando-lhes condições adequadas de vida na velhice. Portanto, este trabalho é relevante pois fomenta a pesquisa e discussões no campo da sexualidade no envelhecimento e também traz resultados pertinentes para que se possa planejar ações que atendam a todas as demandas dessa população.

A educação em saúde e o acolhimento pelos profissionais da saúde são fundamentais, não apenas com o intuito de prevenir doenças, mas principalmente pelo poder de modificar a percepção dessas mulheres sobre a própria sexualidade e, a longo prazo, a percepção estigmatizada da sociedade sobre o tema.

AUTORIA

- Caroline Rodrigues Osawa - redação do artigo
- Gabriel Felipe Arantes Bertochi - contribuição na análise e interpretação dos dados
- Maycon Sousa Pegorari - revisão crítica do manuscrito
- Isabel Aparecida Porcatti de Walsh - análise e interpretação dos dados e aprovação da versão a ser publicada
- Lislei Jorge Patrizzi Martins - análise e interpretação dos dados, revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão a ser publicada

Editado por: Maria Luiza Diniz de Sousa Lopes

REFERÊNCIAS

1. WHO WHO. Sexual health. World Health Organization: WHO [Internet]. 2019 Aug 27 [acesso em 2023 Jul 17]; Disponível em: https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_1
2. Dos Santos AD, Santos AL de S, Andrade LM, Boa Sorte ET, Santos EDS, Guerra SDS. Concepção de mulheres idosas sobre a sexualidade na velhice. *Revista de Enfermagem UFPE on line*. 2019 Dec 3;13.
3. Godinho MR, Ferreira AP. Aposentadoria no contexto de Reforma Previdenciária: análise descritiva em uma instituição de ensino superior. *Saúde em Debate*. 2017 Dec;41(115):1007–19.
4. Escorsim SM. O envelhecimento no Brasil: aspectos sociais, políticos e demográficos em análise. *Serviço Social & Sociedade*. 2021 Dec;(142):427–46.
5. Christensen BS, Grønbaek M, Osler M, Pedersen BV, Graugaard C, Frisch M. Sexual Dysfunctions and Difficulties in Denmark: Prevalence and Associated Sociodemographic Factors. *Archives of Sexual Behavior*. 2010 Feb 19;40(1):121–32.
6. Viana HB, Madruga VA. Sexualidade, qualidade de vida e atividade física no envelhecimento. *Conexões*. 2008 Jul 16;6:222–33.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2022, October 2). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Retrieved August 24, 2023, from <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9662-censo-demografico-2010.html?edicao=1041>
8. Christensen, B. S., Grønbaek, M., Pedersen, B.V., Graugaard, C., & Frisch, M. (2011). Associations of unhealthy lifestyle factors with sexual inactivity and sexual dysfunctions in Denmark. *The journal of sexual medicine*, 8(7), 1903–1916. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02291.x>
9. Tremayne P, Norton W. Sexuality and the older woman. *British Journal of Nursing*. 2017 Jul 27;26(14):819–24.

10. 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. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008 Feb;24(2):380–90.
11. Matsudo S, Araújo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira LC, et al. QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA (IPAQ): ESTUDO DE VALIDADE E REPRODUTIBILIDADE NO BRASIL. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*. 2001 Jan 1;6(2):5–18.
12. Martinez MC, Latorre M do RD de O, Fischer FM. Validade e confiabilidade da versão brasileira do Índice de Capacidade para o Trabalho. *Revista de Saúde Pública*. 2009 Jun;43(3):525–32.
13. Montemurro B, Cheung L. Unscripted: Exploring representations of older unpartnered women's sexuality. *Journal of Women & Aging*. 2017 Mar 3;30(2):127–44.
14. Sinković M, Towler L. Sexual Aging: A Systematic Review of Qualitative Research on the Sexuality and Sexual Health of Older Adults. *Qualitative Health Research*. 2018 Dec 25;29(9):1239–54.
15. Oliveira E de L, Neves ALM das, Silva IR da. SENTIDOS DE SEXUALIDADE ENTRE MULHERES IDOSAS: RELAÇÕES DE GÊNERO, IDEOLOGIAS MECANICISTAS E SUBVERSÃO. *Psicologia & Sociedade*. 2018 Dec 3;30(0).
16. Graham CA, Štulhofer A, Lange T, Hald GM, Carvalheira AA, Enzlin P, et al. Prevalence and Predictors of Sexual Difficulties and Associated Distress Among Partnered, Sexually Active Older Women in Norway, Denmark, Belgium, and Portugal. *Archives of Sexual Behavior*. 2020 Jun 12;49(8):2951–61.
17. Howard JR, O'Neill S, Travers C. Factors affecting sexuality in older Australian women: sexual interest, sexual arousal, relationships and sexual distress in older Australian women. *Climacteric*. 2006 Jan;9(5):355–67.
18. Duque AM, Peixoto MV, Lima SVMA, Goes MAO, Santos AD, Araújo KCGM, et al. Analysis of the relationship between life expectancy and social determinants in a north-eastern region of Brazil, 2010-2017. *Geospatial Health*. 2018 Nov 12;13(2).
19. Ribeiro MG. DESIGUALDADES DE RENDA: A ESCOLARIDADE EM QUESTÃO. *Educação & Sociedade*. 2016 Dec 12;38(138):169–88.
20. Uchôa Y da S, Costa DCA da, Silva Junior IAP da, Silva S de TSE de, Freitas WMT de M, Soares SC da S. Sexuality through the eyes of the elderly. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2016 Dec;19(6):939–49.
21. Souza CL de, Gomes VS, Silva RL da, Silva ES da, Alves JP, Santos NR, et al. Aging, sexuality and nursing care: the elderly woman's look. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2019;72(suppl 2):71–8.
22. Souza Júnior EV de, Rosa RS, Brito S de A, Cruz DP, Silva Filho BF da, Silva C dos S, et al. Associação entre as vivências em sexualidade e características biosociodemográficas de pessoas idosas. *Escola Anna Nery*. 2022;26.
23. Santos A, Leme D, Vasconcelos H, Costa K, Melo L, Braga R, et al. A sexualidade da mulher idosa: um olhar sociocultural fora da curva da heteronormatividade. *Lumen*. 2020;09–20.
24. Salisu MA, Dacus JD. Living in a Paradox: How Older Single and Widowed Black Women Understand Their Sexuality. *Journal of Gerontological Social Work*. 2021 Jan 5;64(3):303–33.
25. Aslan E, Beji NK, Gungor I, Kadioglu A, Dikencik BK. Prevalence and Risk Factors for Low Sexual Function in Women: A Study of 1,009 Women in an Outpatient Clinic of a University Hospital in Istanbul. *The Journal of Sexual Medicine*. 2008 Sep;5(9):2044–52.
26. Mollaioli D, Ciocca G, Limoncin E, Di Sante S, Gravina GL, Carosa E, et al. Lifestyles and sexuality in men and women: the gender perspective in sexual medicine. *Reproductive Biology and Endocrinology*. 2020 Feb 17;18(1).
27. Moreno CR de C, Santos JLF, Lebrão ML, Ulhôa MA, Duarte YA de O. Problemas de sono em idosos estão associados a sexo feminino, dor e incontinência urinária. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2018;21(suppl 2).
28. Ministério da Saúde (Brasil). Alimentação saudável para a pessoa idosa: um manual para profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Bvms. 2009 [acesso em 2023 Jul 18]. Disponível em: http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alimentacao_saudavel_idosa_profissionaisaude.pdf
29. Abramssohn EM, Decker C, Garavalia B, Garavalia L, Gosch K, Krumholz HM, et al. "I'm Not Just a Heart, I'm a Whole Person Here": A Qualitative Study to Improve Sexual Outcomes in Women With Myocardial Infarction. *Journal of the American Heart Association*. 2013 Aug 22;2(4).

30. Chapple A, Prinjha S, Salisbury H. How users of indwelling urinary catheters talk about sex and sexuality: a qualitative study. *British Journal of General Practice*. 2014 May 27;64(623):e364–71.
31. Rutte A, Welschen LMC, van Splunter MMI, Schalkwijk AAH, de Vries L, Snoek FJ, et al. Type 2 Diabetes Patients' Needs and Preferences for Care Concerning Sexual Problems: A Cross-Sectional Survey and Qualitative Interviews. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2015 Apr 7;42(4):324–37.
32. Carvalho JC, Lima M de FG, Zimmermann RD, Leal MCC, Silva SR de A, Falcão M de F de O. Sexualidade e a imagem corporal em idosas: revisão integrativa. *Revista Enfermagem Atual In Derme*. 2020 Jun 30;92(30).
33. Farias LF, Oliveira VC de CA, Campelo YDM. Percepção da sexualidade em idosas inseridas em grupos de atividade física. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2021 Feb 12;13(2):e5678.
34. Woods NF, Mitchell ES, Smith-Di Julio K. Sexual Desire During the Menopausal Transition and Early Postmenopause: Observations from the Seattle Midlife Women's Health Study. *Journal of Women's Health*. 2010 Feb;19(2):209–18.
35. Silva MT, Fecury AA, Dendasck CV, Dias CAG de M, Araújo MHM de, Fecury JRA, et al. A prática de exercícios físicos aeróbios na melhoria da saúde de mulheres na pós-menopausa. *Research, Society and Development*. 2020 Sep 17;9(10):e409107973.