

# Avaliação da sexualidade e da fragilidade em idosos residentes no Nordeste do Brasil\*

\* O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, Brasil, código de financiamento 001.

---

✉ **Edison Vitório de Souza-Júnior**

<https://orcid.org/0000-0003-0457-0513>.  
Universidade de São Paulo, Brasil.  
edison.vitorio@usp.br

**Gabriele da Silva Santos**

<https://orcid.org/0000-0001-6969-0271>.  
Universidade Federal da Bahia, Brasil.  
novaes.gabrielle@ufba.br

**Suziane de Aguiar Brito**

<https://orcid.org/0000-0003-3004-5843>.  
Universidade de São Paulo, Brasil.  
suzianeaguiar6@usp.br

**Sterline Therrier**

<https://orcid.org/0000-0002-7713-3288>.  
Universidade Federal de Alfenas, Brasil.  
ppgenf@unifal-mg.edu.br

**Lais Reis Siqueira**

<https://orcid.org/0000-0002-6720-7642>.  
Universidade Federal de Alfenas, Brasil.  
ppgenf@unifal-mg.edu.br

**Namie Okino Sawada**

<https://orcid.org/0000-0002-1874-3481>.  
Universidade Federal de Alfenas, Brasil.  
namie.sawada@unifal-mg.edu.br

Recebido: 25/10/2020

Submetido a pares: 01/12/2020

Aceito por pares: 22/07/2021

Aprovado: 27/09/2021

**DOI: 10.5294/aqui.2022.22.1.8**

**Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo**

Souza-Júnior EV, Santos GS, Brito SA, Therrier S, Siqueira LR, Sawada NO. Assessment of Sexuality and Frailty in Older Adults Living in Northeast Brazil. *Aquichan*. 2022;22(1):e2218. DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2022.22.1.8>

**Temática:** promoção e prevenção.

**Contribuições para a disciplina:** este estudo contribui como uma instigação para a possibilidade de identificar novas abordagens não farmacológicas para a promoção e a proteção da saúde dos idosos. Nesse caso, as vivências saudáveis da sexualidade podem se constituir como uma dessas abordagens e, de alguma forma, contribuir para a manutenção da saúde, já que o presente estudo encontrou correlações positivas e negativas entre as vivências da sexualidade e a fragilidade em idosos.

## Resumo

**Objetivo:** avaliar as vivências da sexualidade e sua correlação com a fragilidade entre idosos. **Materiais e métodos:** estudo seccional realizado com 250 idosos residentes no Nordeste do Brasil. Os idosos responderam a três instrumentos para a obtenção dos dados biossociodemográfico, da sexualidade e da fragilidade. A análise foi realizada com a correlação de Spearman, teste de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis com intervalo de confiança de 95 %. **Resultados:** o ato sexual se correlacionou negativamente à redução da força ( $\rho = -0,263$ ;  $p < 0,001$ ) e da velocidade de caminhada ( $\rho = -0,201$ ;  $p = 0,001$ ) e positivamente à fadiga relatada ( $\rho = 0,149$ ;  $p = 0,018$ ). As relações afetivas se correlacionaram negativamente à redução da força ( $\rho = -0,254$ ;  $p < 0,001$ ) e da velocidade de caminhada ( $\rho = -0,207$ ;  $p = 0,001$ ) e positivamente à fadiga relatada ( $\rho = 0,207$ ;  $p = 0,001$ ). Por fim, as adversidades física e social se correlacionaram positivamente à redução da força ( $\rho = 0,279$ ;  $p < 0,001$ ), à redução da velocidade de caminhada ( $\rho = 0,261$ ;  $p < 0,001$ ) e à baixa atividade física ( $\rho = 0,140$ ;  $p = 0,034$ ), além de se correlacionar negativamente com a fadiga relatada ( $\rho = -0,171$ ;  $p = 0,009$ ). **Conclusões:** constatou-se que a sexualidade dos idosos é vivenciada de melhor forma nas relações afetivas e correlações positivas e negativas de fraca magnitude entre a sexualidade e a fragilidade.

### Palavras-chave (Fonte: DeCS)

Saúde pública; saúde do idoso; sexualidade; fragilidade; assistência integral à saúde.

## 4 Evaluación de la sexualidad y la fragilidad en ancianos habitantes del noreste de Brasil

\* El trabajo se realizó con el apoyo de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, Brasil, código de financiación 001.

### Resumen

**Objetivo:** evaluar las vivencias de la sexualidad y su correlación con la fragilidad entre ancianos. **Materiales y métodos:** estudio seccional realizado con 250 ancianos habitantes en el noreste de Brasil. Los ancianos contestaron tres instrumentos para obtener datos biosociodemográfico, la sexualidad y la fragilidad. Se realizó el análisis con base en la correlación de Spearman, prueba de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis con intervalo de confianza del 95 %. **Resultados:** el acto sexual se correlacionó negativamente con la reducción de la fuerza ( $\rho = -0,263$ ;  $p < 0,001$ ) y de la velocidad de marcha ( $\rho = -0,201$ ;  $p = 0,001$ ) y positivamente a la fadiga relatada ( $\rho = 0,149$ ;  $p = 0,018$ ). Las relaciones afectivas se correlacionaron negativamente a la reducción de la fuerza ( $\rho = -0,254$ ;  $p < 0,001$ ) y de la velocidad de marcha ( $\rho = -0,207$ ;  $p = 0,001$ ) y positivamente a la fadiga relatada ( $\rho = 0,207$ ;  $p = 0,001$ ). Por fin, las adversidades física y social se correlacionaron positivamente a la reducción de la fuerza ( $\rho = 0,279$ ;  $p < 0,001$ ), a la reducción de la velocidad de marcha ( $\rho = 0,261$ ;  $p < 0,001$ ) y a la baja actividad física ( $\rho = 0,140$ ;  $p = 0,034$ ), además de correlacionar negativamente con la fadiga relatada ( $\rho = -0,171$ ;  $p = 0,009$ ). **Conclusiones:** se encontró que la sexualidad de los ancianos se vivencia de mejor manera en las relaciones afectivas y correlaciones positivas y negativas de magnitud débil entre la sexualidad y la fragilidad.

#### Palabras clave (Fuente: DeCS)

Salud pública; salud del anciano; sexualidad; fragilidad; atención integral de salud.

# Assessment of Sexuality and Frailty in Older Adults Living in Northeast Brazil\*

\* This study was carried out with the support of the Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel, Brazil, funding code 001.

---

## Abstract

**Objective:** to evaluate the experiences of sexuality and its correlation with frailty among older adults. **Materials and methods:** cross-sectional study carried out with a total of 250 older adults living in the Northeast of Brazil. They answered three instruments to obtain biosociodemographic, sexuality and frailty data. The analysis was performed using Spearman correlation, Mann-Whitney and Kruskal-Wallis test with 95% confidence interval. **Results:** sexual intercourse was negatively correlated with reduced strength ( $\rho = -0.263$ ;  $p < 0.001$ ) and walking speed ( $\rho = -0.201$ ;  $p = 0.001$ ) and positively correlated with reported fatigue ( $\rho = 0.149$ ;  $p = 0.018$ ). Affective relationships were negatively correlated with reduced strength ( $\rho = -0.254$ ;  $p < 0.001$ ) and walking speed ( $\rho = -0.207$ ;  $p = 0.001$ ) and positively correlated with reported fatigue ( $\rho = 0.207$ ;  $p = 0.001$ ). Finally, physical and social adversities were positively correlated with reduced strength ( $\rho = 0.279$ ;  $p < 0.001$ ), reduced walking speed ( $\rho = 0.261$ ;  $p < 0.001$ ) and low physical activity ( $\rho = 0.140$ ;  $p = 0.034$ ), in addition to being negatively correlated with reported fatigue ( $\rho = -0.171$ ;  $p = 0.009$ ). **Conclusion:** it was found that the sexuality of older adults is better experienced in affective relationships and weak positive and negative correlations between sexuality and frailty.

### Keywords (Source: DeCS)

Public health; older adults health; sexuality; Frailty; comprehensive health care.

## Introdução

A sexualidade se estabelece como um componente essencial para a identidade do indivíduo e influencia tanto as expressões sexuais quanto a completude do funcionamento humano. Pode-se afirmar que a sexualidade apresenta dois aspectos: procriativo e recreativo ou prazeroso. O aspecto procriativo está associado à ideia de reprodução e representa uma parte muito pequena da sexualidade, enquanto o aspecto recreativo ou prazeroso (prazer e hedonismo) é componente de maior complexidade e envolve a intimidade e o ato sexual como conexão social (1).

Desse modo, incluem-se, na expressão da sexualidade, pensamentos, crenças, valores, atitudes, erotismo, fantasias, desejos, práticas, papéis (1), parceria, funções, motivação (2), inclusive os comportamentos sexuais (1). Deve-se lembrar que a sexualidade está presente em todo o ciclo vital, independentemente de faixa etária, gênero, orientações sexuais ou quaisquer outras estratificações clínicas e sociais. Trata-se de uma área complexa que é fortemente influenciada pelo contexto cultural em que o indivíduo está inserido (3).

Estima-se que cerca de 8,5 % da população mundial tem idade igual ou superior a 65 anos, com perspectiva de aumento para 16,7 % em 2050 (4). O processo de envelhecimento, muitas vezes, é acompanhado de doenças crônicas e alterações cognitivas que evoluem com desfechos insatisfatórios no decorrer dos anos (5). Além disso, estima-se que cerca de 10 a 25 % da população idosa apresenta certas condições clínicas que a predispõem a maior risco de fragilidade com consequentes impactos financeiros para o sistema governamental e familiar (6).

A fragilidade pode ser definida como uma síndrome biológica que reduz a reserva e a resistência a estressores (5) e apresenta alta prevalência na velhice, caracterizando-se por ser uma das responsáveis pelas altas taxas de resultados adversos à saúde, como morbimortalidade, quedas e institucionalização (7). Nessa perspectiva, a fragilidade pode ser relevante para a previsão de riscos e a tomada de decisão nos serviços de saúde (5).

Todavia, apesar de a prevalência de fragilidade aumentar de forma substancial no decorrer da idade, especialmente nas pessoas com mais de 80 anos, deve-se lembrar que a precisão das taxas de prevalência depende da definição adotada, pois há diferentes abordagens referentes aos aspectos específicos da fragilidade (8).

Desse modo, o presente estudo adotará o referencial de fragilidade proposto por Fried (7), que a definiu como uma síndrome clínica com presença de pelo menos três ou mais dos seguintes critérios: perda de peso não intencional, exaustão autorreferida, fraqueza, redução da velocidade de caminhada e baixa atividade física (7).

Assim, a relevância deste estudo envolve a possibilidade de identificar novas abordagens não farmacológicas para a promoção e a

proteção da saúde dos idosos. Nesse caso, as vivências saudáveis da sexualidade podem se constituir como uma dessas abordagens e, de alguma forma, contribuir para a manutenção da saúde, que pode ser explorada em pesquisa futuras, especialmente, com base no modelo da salutogênese (9).

Esse modelo foi idealizado pelo sociólogo israelense Aaron Antonovsky com o propósito de compreender o desenvolvimento da saúde, considerando um estado contínuo de saúde e doença, aprofundando-se na sua manutenção e utilização de recursos disponíveis para que todo o processo se torne efetivo. Nesse modelo, presume-se que, se os indivíduos se tornassem seres ativos na tomada de decisões que culminam em comportamentos promotores da saúde, os riscos e o sofrimento seriam atenuados (9, 10).

Nessa perspectiva, neste estudo, levanta-se a hipótese de que a sexualidade está correlacionada negativamente à fragilidade entre os idosos. Deve-se lembrar que a sua expressão continua se constituindo como elemento integrante da qualidade de vida na velhice e a sua valorização no âmbito assistencial é imprescindível para a prestação de cuidados em saúde e o planejamento dos serviços institucionais. Desse modo, uma compreensão ampliada e holística da sexualidade entre os idosos pode fornecer subsídios que aumentem a qualidade da pesquisa, da educação, das políticas e, especialmente, do cuidado a essa população (2).

Não obstante, destaca-se que a maioria das investigações que abordam a sexualidade na velhice se concentra no modelo médico da sexualidade e no impacto fisiológico do envelhecimento na resposta sexual de homens e mulheres (2), contribuindo com poucas reflexões sobre a relação entre a sexualidade propriamente dita com as condições de saúde na velhice. Desse modo, objetivou-se avaliar as vivências da sexualidade e sua correlação com a fragilidade entre idosos.

## Materiais e métodos

Trata-se de um estudo seccional com abordagem descritiva e analítica, realizado com 250 idosos residentes no Nordeste do Brasil. Os idosos foram recrutados pela técnica consecutiva não probabilística por meio da divulgação da pesquisa na rede social Facebook. Os autores criaram uma página destinada exclusivamente ao desenvolvimento da pesquisa, na qual houve a publicação de um convite personalizado com a indicação da instituição de vínculo, os pesquisadores responsáveis, os critérios de inclusão dos participantes e o número de contato para o esclarecimento de dúvidas e/ou sugestões. Além disso, junto com o convite, foi publicado um hiperlink, elaborado com a ferramenta Google Forms, que dava acesso direto ao questionário da pesquisa.

Para a construção do questionário, foram utilizados instrumentos validados e padronizados para a população brasileira. O questio-

nário foi estruturado em três inquéritos: biossociodemográfico, sexualidade e fragilidade. Ressalta-se que, antes dos idosos acessarem, de fato, o conteúdo do questionário, foi solicitado de forma obrigatória a inclusão de seus respectivos e-mails válidos, a fim de garantir a qualidade dos dados por meio da identificação de possíveis respostas múltiplas pelo mesmo participante. Além disso, o e-mail serviu como estratégia para enviar a segunda cópia do termo de consentimento livre e esclarecido e como espaço para a troca de informações a respeito da relevância da pesquisa para a sociedade.

O inquérito biossociodemográfico teve o objetivo de descrever o perfil dos idosos por meio de informações como faixa etária (a partir de 60 anos), sexo biológico (masculino e feminino), escolaridade, crença religiosa, etnia, estado civil, tempo de convivência com o parceiro, orientação sexual e se já tiveram alguma orientação sobre sexualidade pelos profissionais da saúde.

O inquérito “sexualidade” foi avaliado por meio da Escala de Vivências Afetivas e Sexuais do Idoso (11). Trata-se de uma escala psicométrica composta por constructos que avaliam a sexualidade em sua compreensão ampliada, considerando os aspectos sexuais (dimensão “ato sexual”), afetivos (domínio “relações afetivas”) e físico-sociais (domínio “adversidades física e social”). É composta de 38 itens com cinco possibilidades de respostas objetivas e organizadas em escala tipo Likert, em que: 1 = nunca; 2 = raramente; 3 = às vezes; 4 = frequentemente e 5 = sempre. Esse instrumento não conta com ponto de corte, sendo que os menores/maiores escores correspondem, respectivamente, a pior/melhor vivência da sexualidade para as dimensões “ato sexual” e “relações afetivas”. A dimensão “adversidades física e social” têm questões negativas e, portanto, sua interpretação é oposta às outras duas dimensões, sendo que, quanto menor/maior o escore, respectivamente melhor/pior é o enfrentamento dos idosos às adversidades que atrapalham suas vivências em sexualidade (11).

Por fim, o inquérito “fragilidade” foi construído com o Instrumento Autorreferido de Fragilidade (12). É composto de seis questões que avaliam os cinco componentes do fenótipo de fragilidade proposto por Fried (7): perda de peso não intencional, redução da força, redução da velocidade de caminhada, baixa atividade física e fadiga relatada. O componente “perda de peso” foi pontuado nos idosos que referiram perda superior a três quilogramas nos últimos 12 meses; os componentes “redução da força”, “da velocidade de caminhada” e “a baixa atividade física” foram pontuados nas respostas positivas com relação aos últimos 12 meses nas opções dicotômicas (sim ou não); por fim, o componente “fadiga relatada” foi pontuado nos idosos que referiram a opção “algumas vezes” ou “a maior parte do tempo” em pelos menos uma das perguntas em relação à última semana. A classificação final foi: não frágeis (idosos que não pontuaram nenhum item), pré-frágeis (idosos que pontuaram positivamente entre um e dois itens) e frágeis (aqueles que pontuaram a partir de três itens) (12).



Para participarem do estudo, os idosos atenderam os seguintes critérios de inclusão: conta ativa no Facebook e acesso à internet; idade igual ou superior a 60 anos; residência na região Nordeste, de ambos os sexos e que estivessem casados, em união estável ou com parceiro(a) fixo(a). Foram excluídos os idosos residentes em instituições de longa permanência e os hospitalizados. Devido à necessidade de habilidades no manuseio de aparelhos eletrônicos que fornecessem acesso à internet, além da interação ativa em redes sociais, não foi aplicado instrumento para avaliar a cognição dos idosos.

Para a delimitação do cenário de estudo, os autores utilizaram a ferramenta de geolocalização disponível na página criada, que permitiu apenas a inclusão de idosos residentes no Nordeste do Brasil. Não obstante, os autores recorreram à ferramenta de impulsionamento de postagem, com a qual o Facebook ampliou a divulgação dos questionários para o máximo de pessoas possíveis até o alcance da amostra pretendida dentro do cenário preestabelecido.

O tamanho amostral foi definido *a priori* considerando população infinita, prevalência de fragilidade em idosos de 16,6 %,  $\alpha = 0,05$  (5 %) e intervalo de confiança (IC) = 95 % ( $z_{\alpha/2} = 1,96$ ), o que resultou em uma amostra mínima de 213 idosos (13). Todavia, adicionaram-se mais de 15 % ao cálculo para compensar possíveis perdas por duplicação e/ou incompletude das respostas, resultando em 250 participantes na amostra final.

Os dados foram armazenados e analisados no *software* estatístico IBM SPSS®. Realizou-se, inicialmente, a verificação da distribuição dos dados pelo teste de Kolmogorov-Smirnov, sendo evidenciadas distribuições não normais ( $p < 0,05$ ). Desse modo, recorreu-se à estatística não paramétrica para as análises, por meio do teste de Mann-Whitney para as variáveis com até duas categorias e Kruskal-Wallis para as variáveis com três ou mais categorias, com posterior aplicação do *post-hoc* de Bonferroni quando necessário. A análise da variável independente (sexualidade) e a dependente (fragilidade) foi realizada com a correlação de Spearman ( $\rho$ ). Os coeficientes de correlação foram interpretados da seguinte forma: fraca magnitude ( $\rho < 0,4$ ); moderada magnitude (de  $\rho \geq 0,4$  a  $< 0,5$ ) e forte magnitude ( $\rho \geq 0,5$ ) (14). Adotou-se IC de 95 % ( $p < 0,05$ ) para todas as análises estatísticas.

As variáveis categóricas foram apresentadas por meio de frequências absolutas e relativas. Já as variáveis quantitativas, por meio de mediana ( $M_d$ ), intervalo interquartilico (IQ) e postos médios (PM).

Este estudo cumpriu as exigências éticas para o desenvolvimento da pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Além do mais, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sob o Parecer 4.319.644 e o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 32004820.0.0000.5393.

A Tabela 1 demonstra a distribuição das respostas dos participantes na escala de sexualidade e suas três dimensões.

**Tabela 1.** Frequências absolutas e relativas da Escala de Vivências Afetivas e Sexuais do Idoso

	Nunca		Raramente		Às vezes		Frequentemente		Sempre	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Dimensão I – Ato sexual</b>										
1. Tenho atitude favorável ante a sexualidade na velhice.	16	6,4	20	8,0	55	22,0	67	26,8	92	36,8
4. Sinto desejo por meu/minha parceiro(a).	6	2,4	13	5,2	46	18,4	76	30,4	109	43,6
5. Meu(minha) parceiro(a) e eu temos relações sexuais.	13	5,2	30	12,0	55	22,0	94	37,6	58	23,2
9. As vivências sexuais fazem bem para a minha autoestima.	3	1,2	11	4,4	23	9,2	30	12,0	183	73,2
10. Desfrutar da minha sexualidade significa estar vivo(a).	6	2,4	9	3,6	19	7,6	26	10,4	190	76,0
11. Sinto-me desejado(a) por meu(minha) parceiro(a).	12	4,8	21	8,4	59	23,6	58	23,2	100	40,0
14. Percebo que o fato de fazermos sexo melhora nossa relação.	10	4,0	8	3,2	43	17,2	49	19,6	140	56,0
20. As vivências sexuais me fazem me sentir mais vivo(a).	6	2,4	7	2,8	26	10,4	29	11,6	182	72,8
22. Percebo a existência do desejo em nossa relação.	14	5,6	24	9,6	45	18,0	53	21,2	114	45,6
24. Acredito que, na velhice, continuo sendo uma pessoa bonita.	8	3,2	15	6,0	65	26,0	52	20,8	110	44,0
26. Sinto-me bem quando temos relações sexuais.	8	3,2	10	4,0	35	14,0	34	13,6	163	65,2
28. Nossas vivências sexuais são prazerosas.	12	4,8	20	8,0	47	18,8	49	19,6	122	48,8
29. Preciso das vivências da sexualidade para viver.	21	8,4	17	6,8	49	19,6	56	22,4	107	42,8
31. A prática da sexualidade me proporciona bem-estar.	6	2,4	6	2,4	32	12,8	41	16,4	165	66,0
34. Expresso minha sexualidade sem me importar com o que os outros vão pensar de mim.	26	10,4	20	8,0	43	17,2	43	17,2	118	47,2
35. Meu(minha) parceiro(a) e eu costumamos namorar.	15	6,0	25	10,0	73	29,2	75	30,0	62	24,8
36. Com o avanço da idade, sinto que perdi o interesse por sexo.	110	44,0	46	18,4	76	30,4	8	3,2	10	4,0
38. As trocas de beijos e carícias fazem parte do dia a dia do nosso relacionamento.	18	7,2	31	12,4	65	26,0	51	20,4	85	34,0
<b>Dimensão II – Relações afetivas</b>										
2. Sinto prazer em estar com meu(minha) parceiro(a).	6	2,4	14	5,6	28	11,2	62	24,8	140	56,0
3. Meu(minha) parceiro(a) e eu desfrutamos de privacidade.	5	2,0	12	4,8	34	13,6	60	24,0	139	55,6
6. Sinto que meu(minha) parceiro(a) tem carinho por mim.	9	3,6	14	5,6	46	18,4	70	28,0	111	44,4
7. Meu(minha) parceiro(a) e eu somos amigos.	4	1,6	4	1,6	19	7,6	43	17,2	180	72,0
8. Amo meu(minha) parceiro(a).	4	1,6	6	2,4	23	9,2	27	10,8	190	76,0
12. Nossa relação é recheada de muito carinho.	13	5,2	23	9,2	58	23,2	57	22,8	99	39,6
13. Aceito as mudanças causadas pelo envelhecimento.	16	6,4	8	3,2	70	28,0	37	14,8	119	47,6
15. Não tenho vergonha ou medo de expressar ao(à) meu(minha) parceiro(a) o que sinto.	29	11,6	11	4,4	48	19,2	41	16,4	121	48,4
16. Penso que a sexualidade na velhice é normal.	-	0,0	9	3,6	46	18,4	34	13,6	159	63,6
17. Sinto que meu(minha) parceiro(a) sente prazer em estar comigo.	8	3,2	18	7,2	38	15,2	44	17,6	142	56,8
18. Nossa relação é baseada em companheirismo.	5	2,0	10	4,0	28	11,2	52	20,8	155	62,0
19. Percebo a existência de amor em nossa relação.	11	4,4	11	4,4	32	12,8	47	18,8	149	59,6
21. Percebo cumplicidade em nossa relação.	12	4,8	17	6,8	36	14,4	44	17,6	141	56,4
23. Sinto carinho pelo(a) meu(minha) parceiro(a).	5	2,0	12	4,8	30	12,0	43	17,2	160	64,0
25. Sinto-me amado(a) por meu(minha) parceiro(a).	8	3,2	15	6,0	40	16,0	46	18,4	141	56,4
27. Sei que posso contar com meu/minha parceiro(a).	9	3,6	11	4,4	35	14,0	34	13,6	161	64,4
33. As vivências sexuais são importantes para a qualidade de vida da pessoa idosa.	3	1,2	8	3,2	39	15,6	50	20,0	150	60,0
<b>Dimensão III – Adversidades física e social</b>										
32. Alguns problemas de saúde atrapalham minhas vivências sexuais.	62	24,8	35	14,0	110	44,0	24	9,6	-	0,0
30. Sinto-me incomodado(a) por mudanças em minha sexualidade ocasionadas pelo envelhecimento.	52	20,8	34	13,6	100	40,0	38	15,2	26	10,4
37. Tenho receio de ser vítima de preconceito por causa das minhas atitudes com relação à sexualidade.	151	60,4	26	10,4	58	23,2	6	2,4	9	3,6

Fonte: elaboração própria a partir de Vieira (11).

Na Tabela 2, observam-se as frequências absolutas e relativas das questões do instrumento autorreferido de fragilidade, conforme seus cinco componentes.

**Tabela 2.** Detalhamento do instrumento autorreferido de fragilidade

Componentes	Perguntas	n	%
<b>Perda de peso</b>	Nos últimos 12 meses, o(a) sr.(sra.) perdeu peso sem fazer nenhuma dieta?		
	Não	179	71,6
	Sim, entre 1kg e 3kg	36	14,4
	Sim, mais de 3kg	35	14,0
<b>Redução da força</b>	Nos últimos 12 meses (último ano), o(a) sr.(sra.) sente mais enfraquecido, acha que sua força diminuiu?		
	Não	122	48,8
	Sim	128	51,2
<b>Redução da velocidade de caminhada</b>	O(a) sr.(sra.) acha que hoje está caminhando mais devagar do que caminhava há 12 meses (há um ano)?		
	Não	132	52,8
	Sim	118	47,2
<b>Baixa atividade física</b>	O(a) sr.(sra.) acha que faz menos atividades físicas do que fazia há 12 meses (há um ano)?		
	Não	91	36,4
	Sim	159	63,6
<b>Fadiga relatada</b>	Com que frequência, na última semana, o(a) sr.(sra.) sentiu que não conseguiria levar adiante suas coisas (iniciava alguma coisa mas não conseguia terminar)?		
	Nunca ou raramente (menos de 1 dia)	135	54,0
	Poucas vezes (1-2 dias)	72	28,8
	Algumas vezes (3-4 dias)	36	14,4
	A maior parte do tempo	7	2,8
	Com que frequência, na última semana, a realização de suas atividades rotineiras exigiu do(a) sr.(sra.) um grande esforço		
	Nunca ou raramente (menos de 1 dia)	108	43,2
	Poucas vezes (1-2 dias)	94	37,6
	Algumas vezes (3-4 dias)	39	15,6
	A maior parte do tempo	9	3,6

Fonte: elaboração própria a partir de Nunes et al. (12).

Observa-se, na Tabela 3, que os idosos não frágeis e em pré-fragilidade não apresentaram grande discrepância entre suas vivências da sexualidade nas três dimensões. Todavia, os idosos classificados como frágeis apresentaram as piores vivências em todas as dimensões da sexualidade. As menores medianas observadas entre os

idosos frágeis no ato sexual e nas relações afetivas indicam que eles vivenciam essas duas dimensões com pior qualidade, quando comparados com os idosos não frágeis e pré-frágeis. Já a maior mediana nas adversidades física e social indica que os idosos frágeis enfrentam de pior forma tais adversidades com relação à sua sexualidade.

Além do mais, vale ressaltar que, de modo geral, os idosos melhor experienciam sua sexualidade nas relações afetivas se comparado ao ato sexual, embora as pontuações observadas não sejam tão discrepantes. Destaca-se que o IQ indica os valores observados na dispersão dos dados de cada dimensão avaliada.

**Tabela 3.** Sexualidade dos idosos de acordo com a fragilidade

Dimensões da sexualidade	Fragilidade			
	Não frágil Mediana (IQ)	Pré-frágil Mediana (IQ)	Frágil Mediana (IQ)	Geral Mediana (IQ)
Ato sexual	76 (67,50-79)	76,50 (67,25-81)	73 (62-80)	74 (64-80)
Relações afetivas	77 (69-81)	76,50 (68-81,75)	75 (63-81)	75 (67-81)
Adversidades física e social	6 (5-8,50)	6 (5-8)	7 (5-9)	7 (5-9)

Fonte: elaboração própria.

Conforme a Tabela 4, nota-se que, no campo da sexualidade, o sexo masculino pior enfrenta as adversidades física e social (PM = 121,99;  $p = 0,048$ ). Além do mais, houve associação estatística entre a situação conjugal, o que indicou que os idosos com parceiro(a) fixo(a) melhor vivenciam o ato sexual (PM = 161,48;  $p < 0,001$ ) e as relações afetivas (PM = 145,03;  $p = 0,003$ ) com relação aos casados.

Outro achado relevante diz respeito à associação estatística identificada no tempo de convivência com o parceiro, no qual os idosos que convivem por tempo igual ou inferior a cinco anos melhor vivenciam o ato sexual (PM = 167,64;  $p < 0,001$ ) e as relações afetivas (PM = 152,92;  $p = 0,009$ ) se comparado com os idosos que convivem por mais de 20 anos.

Entrando no campo da fragilidade, observa-se prevalência de 98 % ( $n = 245$ ) de idosos em processo de fragilização, sendo que 33,6 % ( $n = 84$ ) foram classificados como pré-frágeis e 64,4 % ( $n = 161$ ) classificados como frágeis. Entre os idosos em processo de fragilização, houve maior prevalência do sexo masculino (64,4 %;  $n = 161$ ), com idade entre 60 e 64 anos (40,8 %,  $n = 102$ ) e que convivem com o parceiro por tempo maior que 20 anos (63,6 %,  $n = 159$ ). As demais informações estão descritas na Tabela 4.

**Tabela 4.** Associação entre os dados biossociodemográficos com a sexualidade e a fragilidade dos idosos

Variáveis	Sexualidade			Fragilidade		
	Ato sexual	Relações afetivas	Adversidades física e social	Não frágil (n = 5)	Pré-frágil (n = 84)	Frágil (n = 161)
	Postos médios			Frequências absolutas e relativas		
<b>Sexo</b>						
Masculino	121,52	120,91	121,99	5 (100 %)	57 (67,9 %)	104 (64,6 %)
Feminino	133,38	131,51	103,55	0 (0 %)	27 (32,1 %)	57 (35,4 %)
Valor p	0,220	0,270	<b>0,048*</b>	-	-	-
<b>Faixa etária</b>						
60-64 anos	131,93	131,60	109,51	3 (60 %)	34 (40,5 %)	68 (42,2 %)
65-69 anos	125,24	122,09	119,45	1 (20 %)	37 (44,0 %)	61 (37,9 %)
70-74 anos	122,59	116,56	126,02	0 (0 %)	10 (11,9 %)	25 (15,5 %)
75-79 anos	83,05	113,50	118,06	1 (20 %)	3 (3,6 %)	6 (3,7 %)
80-84 anos	3,00	11,0	-	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (0,6 %)
Valor p	0,125	0,366	0,584	-	-	-
<b>Religião</b>						
Católica	119,15	120,49	117,35	3 (60 %)	54 (64,3 %)	93 (57,8 %)
Protestante	146,45	133,29	115,30	1 (20 %)	9 (10,7 %)	18 (11,2 %)
Espírita	139,22	140,32	122,02	0 (0 %)	6 (7,1 %)	19 (11,8 %)
De origens africanas	200,75	187,32	114,75	0 (0 %)	1 (1,2 %)	3 (1,9 %)
Outras	122,48	120,95	115,63	1 (20 %)	7 (8,3 %)	12 (7,5 %)
Sem religião	116,07	114,54	102,19	0 (0 %)	7 (8,3 %)	16 (9,9 %)
Valor p	0,102	0,335	0,948	-	-	-
<b>Etnia</b>						
Branca	126,18	125,76	112,85	3 (60 %)	62 (73,8 %)	106 (65,8 %)
Amarela	108,00	92,80	171,70	0 (0 %)	1 (1,2 %)	4 (2,5 %)
Negra	91,79	86,38	136,50	1 (20 %)	1 (1,2 %)	10 (6,2 %)
Parda	132,66	131,89	117,47	1 (20 %)	20 (23,8 %)	37 (23,0 %)
Indígena	115,75	121,13	150,75	0 (0 %)	0 (0 %)	4 (2,5 %)
Valor p	0,468	0,284	0,300	-	-	-
<b>Escolaridade</b>						
Primário	130,89	119,39	131,25	0 (0 %)	6 (7,1 %)	17 (10,6 %)
Fundamental I	140,68	127,75	120,75	1 (20 %)	6 (7,1 %)	13 (8,1 %)
Fundamental II	110,03	110,60	105,15	4 (80 %)	4 (4,8 %)	11 (6,8 %)
Médio	124,84	121,16	116,34	0 (0 %)	28 (33,3 %)	50 (31,1 %)
Superior	125,24	129,85	113,00	0 (0 %)	40 (47,6 %)	69 (42,9 %)
Sem escolaridade	12,50	77,0	-	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (0,6 %)
Valor p	0,528	0,858	0,769	-	-	-

Variáveis	Sexualidade			Fragilidade		
	Ato sexual	Relações afetivas	Adversidades física e social	Não frágil (n = 5)	Pré-frágil (n = 84)	Frágil (n = 161)
	Postos médios			Frequências absolutas e relativas		
<b>Estado civil</b>						
Casado	112,00 <sup>†</sup>	113,63 <sup>†,§</sup>	120,12	3 (60 %)	57 (67,9 %)	107 (66,5 %)
União estável	142,73	147,33 <sup>§</sup>	119,56	1 (20 %)	12 (14,3 %)	26 (16,1 %)
Com parceiro(a) fixo(a)	161,48 <sup>†</sup>	145,03 <sup>†</sup>	98,93	1 (20 %)	15 (17,9 %)	28 (17,4 %)
Valor p	<0,001 <sup>†</sup>	0,003 <sup>†</sup>	0,164	-	-	-
<b>Tempo de convivência com o(a) parceiro(a)</b>						
≤ 5 anos	167,64 <sup>†</sup>	152,92 <sup>†</sup>	102,49	0 (0 %)	16 (19,0 %)	21 (13,0 %)
Entre 6 e 10 anos	159,48 <sup>§</sup>	154,48	119,70	1 (20 %)	4 (4,8 %)	17 (10,6 %)
Entre 11 e 15 anos	118,46	107,54	116,15	0 (0 %)	3 (3,6 %)	10 (6,2 %)
Entre 16 e 20 anos	148,72	133,19	131,53	1 (20 %)	8 (9,5 %)	7 (4,3 %)
> 20 anos	109,53 <sup>†,§</sup>	114,57 <sup>†</sup>	117,15	3 (60 %)	53 (63,1 %)	106 (65,8 %)
Valor p	<0,001 <sup>†</sup>	0,009 <sup>†</sup>	0,639	-	-	-
<b>Mora com os filhos</b>						
Sim	122,61	116,43	119,77	1 (20 %)	14 (16,7 %)	46 (28,6 %)
Não	122,94	123,78	115,09	4 (80 %)	62 (73,8 %)	108 (67,1 %)
Não tem filhos	167,00	165,53	111,03	0 (0 %)	8 (9,5 %)	7 (4,3 %)
Valor p	0,072	0,058	0,860	-	-	-
<b>Já teve orientação sobre sexualidade pelos profissionais de saúde?</b>						
Sim	131,41	134,61	114,63	1 (20 %)	21 (25,0 %)	36 (22,4 %)
Não	123,71	121,48	116,42	4 (80 %)	63 (75,0 %)	125 (77,6 %)
Valor p	0,477	0,225	0,862	-	-	-
<b>Orientação sexual</b>						
Heterossexual	127,97	127,83	112,73	5 (100 %)	77 (91,7 %)	137 (85,1 %)
Homossexual	153,67	142,67	86,83	0 (0 %)	1 (1,2 %)	2 (1,2 %)
Bissexual	120,00	94,75	114,63	0 (0 %)	0 (0 %)	4 (2,5 %)
Outros	100,40	95,74	146,33	0 (0 %)	6 (7,1 %)	18 (11,2 %)
Valor p	0,304	0,168	0,101	-	-	-

\*Significância estatística pelo teste de Mann-Whitney ( $p < 0,05$ ).

<sup>†</sup>Significância estatística pelo teste de Kruskal-Wallis ( $p < 0,05$ ).

<sup>§</sup>Diferença estatisticamente significativa pelo post-hoc de Bonferroni.

Fonte: elaboração própria.

Observa-se, na Tabela 5, que as correlações encontradas entre a sexualidade e a fragilidade foram positivas e negativas de fraca magnitude, porém com associação estatística. Destaca-se que as correlações positivas indicam que as duas variáveis apresentam comportamento diretamente proporcional, enquanto as negativas, inversamente proporcional. Além disso, os estudos seccionais não permitem a identificação de causalidade.

Constata-se que todas as dimensões da sexualidade se correlacionaram estatisticamente com a redução da força, a redução da velocidade de caminhada e a fadiga relatada. Nesse sentido, nota-se que, quanto maior as vivências do ato sexual, menor será a redução da força ( $\rho = -0,263$ ;  $p < 0,001$ ) e da velocidade de caminhada ( $\rho = -0,201$ ;  $p = 0,001$ ) e maior será a fadiga relatada ( $\rho = 0,149$ ;  $p = 0,018$ ).

Além do mais, quanto maior as vivências das relações afetivas, menor será a redução da força ( $\rho = -0,254$ ;  $p < 0,001$ ) e da velocidade de caminhada ( $\rho = -0,207$ ;  $p = 0,001$ ) e maior será a fadiga relatada ( $\rho = 0,207$ ;  $p = 0,001$ ).

Por fim, quanto mais os idosos enfrentam as adversidades física e social, maior será a redução da força ( $\rho = 0,279$ ;  $p < 0,001$ ), da velocidade de caminhada ( $\rho = 0,261$ ;  $p < 0,001$ ), da baixa atividade física ( $\rho = 0,140$ ;  $p = 0,034$ ) e menor será fadiga relatada ( $\rho = -0,171$ ;  $p = 0,009$ ).

**Tabela 5.** Correlação entre sexualidade e fragilidade

Sexualidade	Fragilidade	$\rho$ de Spearman	Valor de $p$
<b>Ato sexual</b>	Perda de peso	0,072	0,259
	Redução da força	-0,263	<0,001*
	Redução da velocidade de caminhada	-0,201	0,001*
	Baixa atividade física	-0,109	0,084
	Fadiga relatada	0,149	0,018*
<b>Relações afetivas</b>	Perda de peso	0,019	0,770
	Redução da força	-0,254	<0,001*
	Redução da velocidade de caminhada	-0,207	0,001*
	Baixa atividade física	-0,087	0,172
	Fadiga relatada	0,207	0,001*
<b>Adversidades física e social</b>	Perda de peso	0,023	0,733
	Redução da força	0,279	<0,001*
	Redução da velocidade de caminhada	0,261	<0,001*
	Baixa atividade física	0,140	0,034*
	Fadiga relatada	-0,171	0,009*

\*Significância estatística ( $p < 0,05$ ).

Fonte: elaboração própria.

## Discussão

Observou-se, no presente estudo, prevalência de 98 % ( $n = 245$ ) de idosos em processo de fragilização, valor superior ao encontrado em estudos semelhantes que também utilizaram o mesmo instrumento de avaliação realizados em Tocantins (66,7 %) (15), Rio Grande do Sul (80,5 %) (16) e São Paulo (83,9 %) (17), além de ser superior até mesmo ao encontrado em estudo que utilizou abordagens diferentes para a mensuração (78,7 %) (6). Vale mencionar que as



informações referentes à prevalência e à incidência de fragilidade em pessoas idosas são insuficientes, o que pode ser reflexo da falta de consenso sobre os critérios capazes de se constituírem como parâmetros de triagem em diferentes populações (6).

Entre os idosos em processo de fragilização, houve maior prevalência do sexo masculino (64,4 %; n = 161), divergindo de outros estudos (18-20) que encontraram maior prevalência no sexo feminino. De fato, o sexo feminino é considerado um fator de risco para a fragilidade (21). Das razões que justificam essa evidência, cita-se o fato de as mulheres terem menor taxa de massa magra e força muscular, serem mais vulneráveis à sarcopenia, terem maior taxa de sobrevivência que, conseqüentemente, as expõe por mais tempo às doenças crônicas (6), às degenerações central e periférica, além do aumento de tecido adiposo e da redução da intensidade das atividades da vida diária (21).

Todavia, embora no presente estudo a maior prevalência do processo de fragilização tenha sido constatada no sexo masculino, não anula a necessidade de intervenções precoces, especialmente, nos idosos classificados como pré-frágeis, o que correspondeu a 67,9 % dos homens (n = 57) e 32,1 % das mulheres (n = 27). Tais intervenções devem ser realizadas no intuito de impedir ou retardar ao máximo possível a instalação da fragilização e, de forma conseqüente, a incapacidade funcional (21).

Os idosos classificados como frágeis apresentaram as piores vivências em todas as dimensões da sexualidade, em que as menores medianas indicaram que eles apresentam pior vivência no ato sexual e nas relações afetivas e a maior mediana indicou pior enfrentamento das adversidades física e social, quando comparados com os idosos não frágeis e pré-frágeis.

A dimensão ato sexual refere-se, de fato, à prática sexual entre os cônjuges e como os idosos a percebem e a desfrutam. A dimensão “relações afetivas” envolve aspectos como carinho, amor, cumplicidade, companheirismo, afeto, amizade, confiança, prazer, apoio e demais sentimentos de ordem qualitativa. Por fim, a dimensão “adversidades física e social” refere-se aos problemas de saúde que interferem nas vivências da sexualidade, ao receio de serem vítimas de preconceitos devido às atitudes tomadas para vivenciá-la e como os idosos se comportam diante das mudanças ocorridas na sexualidade em virtude do processo de envelhecimento (11).

Além do mais, vale ressaltar que, de modo geral, os idosos melhor experienciam sua sexualidade nas relações afetivas se comparado ao ato sexual, embora as pontuações observadas no presente estudo não tenham sido tão discrepantes. Menciona-se que esses resultados estão de acordo com um estudo (22) desenvolvido com 213 idosos ingleses, brasileiros e portugueses, que identificou algumas expressões mais prevalentes na sexualidade entre os participantes, como carinho, atenção, altruísmo, erotismo, comunicação positiva



e atratividade, sendo que o componente sexual não foi relevado como uma prioridade imediata (22), apesar de também ser uma das formas de expressar a sexualidade.

Outra investigação (23) realizada com 100 idosas evidenciou que, entre as maneiras de expressar a sexualidade, as participantes relataram o envolvimento de autoerotismo, beijos e carícias. Vale ressaltar que a sexualidade ultrapassa os limites da prática sexual e abrange outras diversas manifestações qualitativas que proporcionam prazer e bem-estar (23). Não obstante, fato é que, na velhice, o ato sexual parece assumir uma posição secundária, enquanto as outras manifestações como cuidado, carinho e emoções assumem posição de destaque na sexualidade dos idosos (24).

Neste estudo, uma das dimensões da sexualidade são as adversidades física e social, no qual constatou que, por apresentar maior posto médio, o sexo masculino pior enfrenta tais adversidades que, muitas vezes, reflete no senso de masculinidade e sua construção social.

Na atualidade, o homem incapaz de envolver-se sexualmente se sente “menos homem”, o que demonstra o poder da capacidade sexual para a construção social da masculinidade (25). Essa incapacidade sexual está estritamente relacionada às disfunções, sobretudo, as relacionadas à ereção peniana, pois, fisiologicamente, as disfunções eréteis são mais frequentes nas idades mais avançadas e repercutem não só no ato sexual propriamente dito, mas também em todo o contexto de masculinidade e bem-estar desses indivíduos (26). Desse modo, os homens com problemas de ereção vivenciam com frequência estressores psicosssexuais, perda da autoconfiança e conflitos conjugais, o que acaba potencializando a referida disfunção (27).

A capacidade sexual é tão fortemente ligada ao senso de masculinidade que, por um lado, desde a adolescência, os homens são estimulados a iniciar e a aprender as práticas sexuais sempre que for desejado. Por outro lado, as mulheres sempre foram limitadas com relação à liberdade sexual antes do casamento, sendo que sua virgindade deveria estar preservada até o dia em que fosse firmado o matrimônio (24). Logo, quando o homem alcança a velhice e se percebe sem sua capacidade sexual, ocorrem conflitos internos que podem explicar ao menos uma questão correspondente à dimensão das adversidades: o incômodo pelas mudanças na sexualidade devido ao processo de envelhecimento (disfunção erétil).

Outro achado importante neste estudo diz respeito à associação estatística entre a situação conjugal, o que indica que os idosos com parceiro(a) fixo(a) melhor vivenciam o ato sexual em relação aos casados. Trata-se de um achado curioso, pois infere-se que os idosos com parceiro(a) fixo(a) são aqueles que, por alguma razão (divórcio, viuvez, entre outros) procuraram novos parceiros para manterem relações não só sexuais, mas amorosas. No entanto, esperava-se que essa melhor vivência no ato sexual fosse observada nos idosos

casados, pois o casamento é tido como um espaço de troca saudável de expressões afetivas e sexuais que contribuem para o fortalecimento da dinâmica entre os cônjuges (28).

Esse fato pode representar, de certa forma, algum grau de comodismo que ocorre entre os idosos dentro do casamento, especialmente em virtude da rotina e da monotonia que ocorrem ao longo dos anos de conjugalidade, que, por sua vez, geram impactos negativos na concepção e na expressão da sexualidade (29). Além do mais, esse contexto pode também explicar por que os idosos que convivem por tempo igual ou inferior a cinco anos com seus parceiros melhor vivenciam o ato sexual e as relações afetivas se comparado com os idosos que convivem por mais de 20 anos, conforme encontrado no presente estudo.

Observou-se que todas as dimensões da sexualidade se correlacionaram estatisticamente com a redução da força, a redução da velocidade de caminhada e a fadiga relatada. Somente a dimensão “adversidades física e social” que se correlacionou com um componente a mais da fragilidade — a baixa atividade física.

Encontrou-se, na literatura, somente dados referentes à disfunção sexual masculina e sua relação com a fragilidade. Cita-se, como exemplo, um estudo europeu desenvolvido com 1 504 homens idosos entre 60 e 79 anos que revelou que a fragilidade foi associada a um aumento das chances de disfunção erétil. Além disso, a fragilidade associou-se ao funcionamento sexual geral prejudicado, ao sofrimento relacionado à função sexual e à disfunção erétil (30). Outro estudo chinês de base comunitária realizado com 341 homens idosos entre 60 e 83 anos revelou forte associação entre disfunção erétil e fragilidade entre os participantes, evidenciando, portanto, a necessidade de considerar a disfunção erétil nas avaliações multidimensionais de fragilidade (31).

Chama-se a atenção para a inexistência de estudos que comparam a influência da sexualidade na fragilidade entre os idosos. As poucas pesquisas existentes focam na disfunção sexual masculina sem considerar a sexualidade como um componente integrante da identidade do indivíduo. Além do mais, vale citar que nem as disfunções sexuais femininas são abordadas nos poucos estudos encontrados. Desse modo, a discussão dos resultados com a literatura nacional e internacional ficou prejudicada, mas o ponto relevante que merece ser destacado é que toda essa limitação torna nossos dados inéditos e pioneiros na temática. Portanto, instigamos mais pesquisas que objetivem fornecer dados capazes de demonstrar a influência da sexualidade na fragilidade dos idosos, especialmente estudos longitudinais, para possibilitar a relação de causalidade.

## Conclusões

O presente estudo revelou alta prevalência de idosos em processo de fragilização. Os idosos melhor experienciaram sua sexualidade

nas relações afetivas e aqueles classificados como frágeis apresentaram as piores vivências em sexualidade. Além disso, todas as dimensões da sexualidade se correlacionaram estatisticamente com a redução da força, a redução da velocidade de caminhada e a fadiga relatada. Somente a dimensão “adversidades física e social” se correlacionou com um componente a mais da fragilidade — a baixa atividade física. Ressalta-se que as correlações encontradas foram positivas e negativas, ambas com fraca magnitude.

Deve-se lembrar que este estudo apresenta algumas limitações. Inicialmente, cita-se a impossibilidade de generalização dos resultados em virtude tanto da amostragem não probabilística quanto da restrição amostral de apenas idosos com acesso à internet e conta ativa unicamente na rede social Facebook. Trata-se de uma especificidade populacional que não representa a realidade da maioria das pessoas idosas, pois os participantes deste estudo apresentaram alto grau de escolaridade e, conseqüentemente, melhor habilidade de leitura e compreensão de textos, além dos benefícios socioeconômicos que a escolaridade pode proporcionar. Portanto, exige-se cautela na interpretação e na comparação de nossos resultados, especialmente com investigações desenvolvidas cujos participantes não se assemelham ao perfil sociodemográfico do presente estudo.

**Conflito de interesses:** nenhum declarado.

## Referências

- Ventriglio A, Bhugra D. Sexuality in the 21st Century: Sexual Fluidity. *East Asian Arch Psychiatry*. 2019;29(1):30-4. DOI: <https://doi.org/10.12809/eaap1736>
- Srinivasan S, Glover J, Tampi RR, Tampi DJ, Sewell DD. Sexuality and the older adult. *Curr Psychiatry Rep*. 2019;21:97. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1090-4>
- Whittle C, Butler C. Sexuality in the lives of people with intellectual disabilities: A meta-ethnographic synthesis of qualitative studies. *Res Dev Disabil*. 2018;75:68-81. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2018.02.008>
- He W, Goodkind D, Kowal P. An aging world: 2015. International population reports, P95/16-1 Bureau USC (Ed.), U.S. Government Publishing Office, Washington, DC [internet]; 2016. Available from: <https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2016/demo/p95-16-1.pdf>
- Walston J, Buta B, Xue QL. Frailty screening and interventions: Considerations for clinical practice. *Clin Geriatr Med*. 2018;34(1):25-38. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cger.2017.09.004>
- Santos PHS, Fernandes MH, Casotti CA, Coqueiro RS, Carneiro JAO. Perfil de fragilidade e fatores associados em idosos cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família. *Ciênc saúde coletiva*. 2015;20(6):1917-24. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.17232014>
- 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 Bio Sci Med Sci*. 2001;56(3):146-56. DOI: <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.M146>
- Coelho T, Paúl C, Gobbens RJJ, Fernandes L. Multidimensional Frailty and Pain in Community Dwelling Elderly. *Pain Med*. 2016;18(4):693-701. DOI: <https://doi.org/10.1111/pme.12746>
- Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promot Int*. 1996;11(1):11-8. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>
- Esquivel Garzón N, Díaz Heredia LP. Salutogenesis and cardiovascular health in adults: A scoping review. *Texto contexto-enferm*. 2020;29:e20180376. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0376>
- Vieira KFL. Sexualidade e qualidade de vida do idoso: desafios contemporâneos e repercussões psicossociais [internet]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2012. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/6908/1/arquivo-total.pdf>
- 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). DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005516>
- Freitas FFQ, Soares SM. Clinical-functional vulnerability index and the dimensions of functionality in the elderly person. *Rev Rene*. 2019;20:e39746. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20192039746>
- 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.
- Cavalcanti Júnior EO, Araújo EQX, Evangelista DR, Rezende FAC, Silva Netto LS, Osório NB et al. Relação das condições de vida e

- saúde sobre a fragilidade em idosos. *Rev Humanid Inov* [internet]. 2019;6(11):76-87. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/1574>
16. Pereira De Llano PM, Lange C, Nunes DP, Pastore CA, Pinto AH, Casagrande LP. Frailty in rural older adults: Development of a care algorithm. *Acta Paul Enferm*. 2017;30(5):520-50. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700075>
  17. Moura K, Jesus ITM, Orlandi AAS, Zazzetta MS. Fragilidade e suporte social de idosos em região vulnerável: uma abordagem em uma unidade de saúde da família. *Revista de Atenção à Saúde*. 2020;18(63):65-73. DOI: <https://doi.org/10.13037/ras.vol18n63.6342>
  18. Gross CB, Kolankiewicz ACB, Schmidt CR, Berlezi EM. Frailty levels of elderly people and their association with sociodemographic characteristics. *Acta Paul Enferm*. 2018;31(2):209-16. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800030>
  19. Fariás-Antúnez S, Fassa AG. Frailty prevalence and associated factors in the elderly in Southern Brazil, 2014. *Epidemiol Serv Saúde*. 2019;28(1):e2017405. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742019000100008>
  20. Preto LSR, Conceição MCD, Amaral SIS, Figueiredo TM, Preto PMB. Frailty and associated risk factors in independent older people living in rural areas. *Revista de Enfermagem Referência*. 2018;(16):73-84. DOI: <https://doi.org/10.12707/RIV17078>
  21. Berlezi EM, Gross CB, Pimentel JJ, Pagno AR, Fortes CK, Pillatt AP. Estudo do fenótipo de fragilidade em idosos residentes na comunidade. *Ciênc saúde colet*. 2019;24(11):4201-10. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.31072017>
  22. Humboldt VS, Ribeiro-Gonçalves J, Costa A, Leal I. How do older adults express themselves sexually? An exploratory study. *Psicol saúde doenças*. 2020;21(01):62-8. DOI: <https://doi.org/10.15309/20psd210110>
  23. 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. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180090>
  24. Barros TAF, Assunção ALA, Kabengele DC. Sexualidade na terceira idade: sentimentos vivenciados e aspectos influenciadores [internet]. 2020;6(1):47-62. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/fitsbiosauade/article/download/6560/3888#:~:text=Em%20se%20tratando%20de%20terceira,de%20vida%20para%20o%20idoso>
  25. Martins ERC, Alves FS, Oliveira KL, Medeiros AS, Fassarella LG. Perception of man on the implantation of penile prosthesis: A contribution to nursing. *Braz J Hea Rev*. 2020;3(3):6480-7. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n3-196>
  26. Quijada PDS, Fernandes PA, Ramos SB, Santos BMO. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer de próstata. *Rev Cuid*. 2017;8(3):1826-38. DOI: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v8i3.436>
  27. Chung E. Sexuality in Ageing Male: Review of Pathophysiology and Treatment Strategies for Various Male Sexual Dysfunctions. *Med Sci*. 2019;7(10):98. DOI: <https://doi.org/10.3390/medsci710098>
  28. 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. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-82712017220211>
  29. Almeida T, Lourenço ML. Envelhecimento, amor e sexualidade: utopia ou realidade? *Rev bras geriatr gerontol*. 2007;10(1):101-14. DOI: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2007.10018>
  30. 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 Bio Sci Med Sci*. 2013;68(7):837-44. DOI: <https://doi.org/10.1093/gerona/gls217>
  31. Li C, Sun J, Zhao H, Dai T. Association between frailty and erectile dysfunction among chinese elderly men. *Biomed Res Int*. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1155/2020/9247237>