

SEXUALIDADE NA VELHICE SOB A PERSPECTIVA DOS TABUS SOCIAIS: LIMITES E ENFRENTAMENTOS

**SEXUALITY IN OLD AGE FROM THE PERSPECTIVE OF SOCIAL TABOOS:
LIMITS AND COPING STRATEGIES**

Ciências Humanas, Ciências da Saúde • 01/10/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/790722827](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/790722827)

Jessika Alves das Neves
Maria Regiane Barbosa Maia

RESUMO

O envelhecimento populacional amplia a necessidade de compreender a sexualidade como dimensão integrante da saúde, da identidade, da afetividade e da qualidade de vida das pessoas idosas. Este estudo teve como objetivo compreender de que maneira o estigma social e os fatores psicológicos relacionados à sexualidade na velhice influenciam a vulnerabilidade de pessoas idosas às infecções sexualmente transmissíveis. Trata-se de uma revisão bibliográfica de abordagem qualitativa, estruturada por meio de buscas em bases de dados e seleção de estudos conforme critérios de inclusão e exclusão, com organização do processo de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão. A seleção iniciou-se com 1.143 registros; após aplicação dos critérios metodológicos, remoção de duplicados e leitura de títulos, resumos e textos completos, 10 estudos compuseram o corpus final. Os achados evidenciaram que o estigma social, o idadismo e a invisibilização da sexualidade podem favorecer vergonha, insegurança, repressão do desejo, isolamento afetivo e dificuldades de comunicação sobre saúde sexual. Também foram identificadas barreiras de acesso à informação preventiva e lacunas na abordagem da sexualidade por serviços e profissionais de saúde, aspectos que podem ampliar a vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis. Conclui-se que a sexualidade permanece relevante ao longo do envelhecimento e que seu reconhecimento exige enfrentamento dos preconceitos, qualificação das práticas de cuidado, educação em saúde e fortalecimento de políticas públicas voltadas à atenção integral da pessoa idosa.

Palavras-chave: Envelhecimento; Estigma social; Infecções sexualmente transmissíveis; Sexualidade.

ABSTRACT

Population aging increases the need to understand sexuality as an integral dimension of health, identity, affection, and quality of life among older adults. This study aimed to understand how social stigma and psychological factors related to sexuality in old age influence older adults' vulnerability to sexually transmitted infections. This is a qualitative literature review, structured through database searches and the selection of studies according to inclusion and exclusion criteria, with the process organized into identification, screening, eligibility, and inclusion stages. The selection began with 1,143 records; after applying the methodological criteria, removing duplicates, and reading titles, abstracts, and full texts, 10 studies comprised the final corpus. The findings showed that social stigma, ageism, and the invisibility of sexuality may foster shame, insecurity, repression of desire, affective isolation, and difficulties in communicating about sexual health. Barriers to accessing preventive information and gaps in the way sexuality is addressed by health services and professionals were also identified, factors that may increase vulnerability to sexually transmitted infections. It is concluded that sexuality remains relevant throughout aging and that recognizing it requires confronting prejudice, improving care practices, health education, and strengthening public policies aimed at comprehensive care for older adults.

Keywords: Aging; Sexuality; Sexually transmitted infections; Social stigma.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade cada vez mais presente na sociedade contemporânea. Com o aumento da

expectativa de vida, observa-se um crescimento significativo do número de pessoas idosas, o que torna necessário ampliar as discussões sobre diferentes aspectos relacionados à qualidade de vida na velhice (Veras, 2022). Entre esses aspectos, destaca-se a sexualidade, que permanece sendo uma dimensão importante da vida humana em todas as fases do desenvolvimento (WHO, 2022). Entretanto, ainda existem muitos tabus e preconceitos sociais que dificultam a compreensão e a vivência saudável da sexualidade entre pessoas idosas (Silva; Costa, 2023).

Historicamente, a sociedade construiu a ideia de que a sexualidade está associada apenas à juventude, o que contribui para a invisibilização das necessidades afetivas e sexuais na velhice (Almeida, 2022). Esse estigma social pode gerar impactos psicológicos significativos, como vergonha, insegurança, medo de julgamento e dificuldade de diálogo sobre o tema (Souza; Lima, 2023). Como consequência, muitas pessoas idosas acabam tendo pouco acesso a informações adequadas sobre saúde sexual, prevenção e cuidados relacionados às infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), o que pode aumentar sua vulnerabilidade (BRASIL, 2022).

Nos últimos anos, estudos têm demonstrado um aumento dos casos de infecções sexualmente transmissíveis entre pessoas idosas, evidenciando a necessidade de ampliar o debate sobre sexualidade nessa fase da vida. Dados do Ministério da Saúde indicam crescimento significativo das taxas de HIV e sífilis em indivíduos com mais de 60 anos, especialmente entre 2012 e 2022. Nesse período, os casos de HIV apresentaram aumento expressivo, enquanto a taxa de detecção da sífilis adquirida no Brasil saltou de 14,1 para 78,5 casos

por 100 mil habitantes, representando crescimento aproximado de 456% (BRASIL, 2023).

De acordo com o Boletim Epidemiológico de HIV/Aids, houve aumento progressivo na detecção de casos nessa faixa etária, o que reforça a vulnerabilidade desse grupo. Como complemento, pesquisas realizadas por Silva et al. (2022) apontam que a baixa adesão ao uso de preservativos entre idosos está associada à falta de informação e à percepção reduzida de risco. Assim, a falta de informação, aliada aos preconceitos sociais e às barreiras psicológicas, pode contribuir para a baixa adesão ao uso de métodos de prevenção, tornando essa população mais vulnerável a essas infecções.

1.1. Problema de Pesquisa

Diante desse contexto, surge o seguinte problema de pesquisa: como o estigma social e os aspectos psicológicos associados à sexualidade na velhice contribuem para a vulnerabilidade de pessoas idosas às infecções sexualmente transmissíveis (ISTs).

1.2. Objetivos

Objetivo geral: Compreender de que maneira o estigma social e os fatores psicológicos relacionados à sexualidade na velhice influenciam a vulnerabilidade de pessoas idosas às infecções sexualmente transmissíveis.

Objetivos específicos:

- Descrever como o estigma social relacionado à sexualidade na velhice influencia a vivência das pessoas idosas.

- Identificar os principais fatores psicológicos que interferem na sexualidade entre pessoas idosas.
- Analisar de que forma o estigma social pode contribuir para a falta de prevenção e informação sobre as infecções sexualmente transmissíveis entre idosos, considerando o papel das políticas públicas de saúde e das ações desenvolvidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) na promoção da educação, prevenção e cuidado dessa população.

1.3. Justificativa

A realização deste estudo justifica-se pela necessidade de ampliar a compreensão sobre a sexualidade na velhice, especialmente no que se refere aos fatores sociais e psicológicos que podem influenciar o comportamento sexual e a saúde dessa população. Ainda existe pouca discussão aberta sobre o tema, tanto na sociedade quanto em alguns espaços de atenção à saúde, o que contribui para a manutenção de estigmas e para a falta de orientação adequada às pessoas idosas.

Ainda mais, compreender como o estigma social e os aspectos psicológicos interferem na vivência da sexualidade pode contribuir para o desenvolvimento de estratégias de educação em saúde mais eficazes. Dessa forma, o estudo pode auxiliar profissionais da área da saúde, pesquisadores e a sociedade em geral a promover ações de prevenção, informação e cuidado voltadas à saúde sexual da população idosa, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e para a redução da vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. História da Sexualidade

A sexualidade constitui uma dimensão fundamental da experiência humana, sendo compreendida, na contemporaneidade, como um fenômeno historicamente construído e socialmente regulado. Dessa forma, não pode ser reduzida apenas ao aspecto biológico, pois envolve elementos culturais, simbólicos e políticos que influenciam significativamente sua vivência (Diniz et al., 2024). Nesse sentido, sua análise exige uma abordagem histórica que permita compreender as transformações nas formas de pensar o corpo, o desejo e as relações sociais.

Ao longo da história, a sexualidade foi interpretada de diferentes maneiras, variando conforme os contextos sociais e culturais. Na Antiguidade, especialmente em sociedades como a Grécia e Roma Antiga, a sexualidade estava associada à expressão corporal e ao prazer. Entretanto, essa relativa liberdade não representava igualdade entre todos os indivíduos, uma vez que as práticas sexuais eram influenciadas pela posição social, sendo mais permissivas para homens livres e mais restritivas para outros grupos sociais (Santos; Ribeiro, 2022). Isso demonstra que, desde esse período, a sexualidade já se encontrava vinculada às relações de poder.

Durante a Idade Média, observa-se uma mudança significativa na compreensão da sexualidade, principalmente pela forte influência das instituições religiosas. Nesse período, o corpo passou a ser associado ao pecado, enquanto a sexualidade foi fortemente relacionada à reprodução. Carvalho (2023) destaca que a moral cristã instituiu mecanismos de controle que restringiram a sexualidade ao âmbito conjugal e reprodutivo. Esse processo contribuiu para o

fortalecimento de normas rígidas que limitaram a expressão do desejo e do prazer.

Com o advento da modernidade, a sexualidade passou a ser objeto de interesse científico, dando origem ao processo de medicalização. Nesse contexto, discursos médicos passaram a classificar comportamentos, estabelecendo categorias que diferenciavam o considerado normal do patológico. Ferreira e Lima (2024) apontam que a medicalização da sexualidade representou uma nova forma de controle social, fundamentada na produção de saberes científicos.

A literatura contemporânea demonstra que esse processo não significou necessariamente uma liberação sexual, mas sim uma reorganização dos mecanismos de controle e regulação. Almeida (2022) ressalta que os discursos científicos passaram a legitimar determinadas práticas sexuais e marginalizar outras, contribuindo para a institucionalização da sexualidade como objeto de intervenção social.

Na contemporaneidade, a sexualidade é compreendida como um fenômeno multidimensional, envolvendo aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Estudos evidenciam que sua vivência está diretamente relacionada à qualidade de vida e ao bem-estar subjetivo (Souza Júnior et al., 2023). Essa perspectiva amplia a compreensão da sexualidade, reconhecendo sua relevância ao longo de todo o ciclo vital.

Entretanto, apesar dos avanços teóricos, ainda persistem estigmas relacionados à sexualidade, especialmente no que se refere ao envelhecimento. Oliveira e Martins (2025) destacam que a

sexualidade na velhice ainda permanece cercada por tabus e frequentemente é negligenciada nos discursos sociais. Essa invisibilização reflete construções históricas que associam a sexualidade apenas à juventude.

Além disso, a sexualidade está diretamente relacionada às normas de gênero. Estudos recentes demonstram que homens e mulheres vivenciam a sexualidade de formas distintas, influenciados por expectativas sociais que atribuem papéis específicos a cada grupo. Pereira (2023) evidencia que essas normas continuam exercendo influência significativa na forma como a sexualidade é percebida e expressa.

Outro aspecto importante refere-se ao papel das instituições sociais na regulação da sexualidade. Família, religião, medicina e Estado desempenham funções essenciais na definição de normas e comportamentos. Costa (2024) ressalta que essas instituições atuam como agentes reguladores, estabelecendo limites para a expressão da sexualidade.

Dessa forma, observa-se o surgimento de movimentos sociais que questionam essas normas e reivindicam maior liberdade na vivência da sexualidade. Esses movimentos contribuíram para ampliar o debate social, promovendo o reconhecimento da diversidade e a valorização dos direitos individuais (Foucault, 1988; Giddens, 1993).

A relação entre sexualidade e identidade também ocupa papel central nas análises contemporâneas. A forma como os indivíduos vivenciam desejos, afetos e relações está diretamente relacionada à construção de suas identidades. Barbosa e Nunes (2022) destacam

que a sexualidade exerce papel importante na constituição do sujeito e nas relações sociais.

Estudos recente também enfatizam que a sexualidade deve ser compreendida como uma construção histórica e social. Isso significa reconhecer que normas e práticas sexuais não são naturais ou imutáveis, mas socialmente produzidas. Rodrigues (2023) aponta que os padrões de sexualidade variam ao longo do tempo, refletindo transformações culturais e sociais.

Outro ponto relevante refere-se à relação entre sexualidade e poder. Estudos indicam que o controle da sexualidade esteve historicamente associado à regulação dos corpos e comportamentos, tornando-se um campo estratégico para a manutenção de estruturas sociais e relações de poder (Foucault, 1988).

As análises contemporâneas também demonstram a influência das transformações tecnológicas na vivência da sexualidade. O avanço das tecnologias digitais ampliou as formas de interação e expressão, embora também tenha trazido desafios relacionados à privacidade e à exposição social (Giddens, 1993; Bauman, 2001).

No campo da saúde, a sexualidade é reconhecida como componente essencial do bem-estar e da qualidade de vida. A ausência de discussões sobre essa temática contribui para a manutenção de estigmas e para a invisibilidade das necessidades de diferentes grupos sociais (WORLD Health Organization, 2002; Minayo, 2012).

Dessa forma, a história da sexualidade evidencia que o corpo sempre foi um espaço de regulação social. Normas, discursos e

práticas moldaram, ao longo do tempo, as formas de vivenciar o desejo, estabelecendo limites e possibilidades. Compreender a sexualidade como fenômeno dinâmico, histórico e social permite superar visões reducionistas e promover análises mais críticas e atualizadas sobre o tema (Foucault, 1988; Giddens, 1993; Geertz, 2008; Rodrigues, 2023).

2.2. Sexualidade na Velhice

A sexualidade é uma dimensão intrínseca à experiência humana ao longo de toda a vida, envolvendo aspectos afetivos, cognitivos e corporais, não se extinguindo com o envelhecimento (OMS, 2022). No entanto, a sociedade contemporânea constrói narrativas estigmatizadas sobre a vida sexual na terceira idade, frequentemente associando a velhice à perda de desejo ou à incapacidade sexual. Calasanti e King (2007) destacam que a cultura hegemônica costuma vincular a juventude à ideia de vigor, enquanto o envelhecimento é visto como um processo de decadência, o que acaba por marginalizar ou ridicularizar a vida sexual das pessoas idosas. Esse processo sociocultural de estigmatização possui origens históricas profundas, influenciado por valores moralizantes e pela medicalização das práticas corporais.

Historicamente, tradições éticas e religiosas influenciaram concepções sobre o corpo e o envelhecimento, estabelecendo normas que vinculavam valor social à produtividade e à juventude. Nessa lógica, o corpo envelhecido passou a ser desvalorizado e, conseqüentemente, a expressão da sexualidade foi considerada inadequada ou irrelevante para pessoas idosas (Lehmann, 2022). A medicalização do envelhecimento, ao intensificar a atenção às disfunções sexuais como problemas clínicos, reforçou a percepção

de que o sexo na velhice estaria associado à patologia e não à integralidade humana (Davis, 2023).

Nesse contexto, a Organização Mundial da Saúde reforça que a saúde sexual constitui parte fundamental do bem-estar em todas as fases da vida, incluindo a velhice. De acordo com a OMS (2022), a sexualidade envolve não apenas o ato sexual, mas também intimidade, afeto, identidade e qualidade de vida. Dessa forma, reduzir a sexualidade na velhice apenas à função biológica representa uma limitação conceitual.

Simone de Beauvoir (1970), em sua obra sobre o envelhecimento, afirma que o corpo social tende a marginalizar as pessoas idosas, tratando-as como se fizessem parte de um grupo isolado da humanidade. Essa perspectiva evidencia a exclusão simbólica das pessoas idosas, que também atinge a dimensão sexual, invisibilizando desejos e afetos.

No campo das análises sobre poder e corpo, Michel Foucault (1988) destaca que os discursos sociais desempenham papel fundamental na regulação da vida dos indivíduos. Para o autor, as estruturas políticas exercem controle e interferência direta sobre os corpos humanos. Assim, compreende-se que a sexualidade na velhice também é regulada por normas sociais que determinam o que é considerado aceitável.

Anthony Giddens (1993) aponta que, na modernidade, a sexualidade passa a relacionar-se mais diretamente com a intimidade e com a construção da identidade individual. Nesse contexto, o autor afirma que a busca pela intimidade se consolida como um processo de autoexame e construção contínua da própria identidade. Isso sugere

que a sexualidade na velhice pode assumir novas formas, baseadas mais no afeto e na cumplicidade do que na performance física.

A discussão sobre discriminação etária ganha destaque a partir das contribuições de Robert N. Butler (1975), que introduz o conceito de idadismo como forma de preconceito estruturado socialmente. Segundo ele, a discriminação direcionada à população idosa está fortemente consolidada nas estruturas sociais. Tal condição interfere diretamente na maneira como a sexualidade na velhice é percebida e tratada.

No que se refere ao envelhecimento, Evelyn Duvall (1985) argumenta que o desejo sexual permanece ao longo da vida, embora apresente transformações em sua manifestação. Conforme a autora, as formas de manifestação sexual passam por modificações com o tempo, porém não deixam de existir. Esse entendimento contribui para desconstruir a ideia de que envelhecer significa necessariamente perder a sexualidade.

Sob essa perspectiva, John DeLamater (2012) evidencia que a idade, por si só, não determina a vivência da sexualidade, sendo esta fortemente influenciada pelas condições de saúde e pela qualidade das relações sociais. Dessa forma, o comportamento sexual na terceira idade é moldado principalmente pelo estado geral de saúde e pelas interações interpessoais, sobrepondo-se ao fator da idade cronológica. Assim, entende-se que a sexualidade integra um contexto mais amplo da vida humana, podendo ser vivenciada de forma mais afetiva e menos centrada no desempenho.

Durante o processo de envelhecimento, a construção de vínculos afetivos adquire novos significados, como aponta David Weeks

(2002). A intimidade passa a relacionar-se mais à troca emocional e ao companheirismo, evidenciando mudanças nas formas de relacionamento. Nesse sentido, o compartilhamento de emoções ganha maior relevância à medida que o indivíduo envelhece.

Laura Carstensen (1999) afirma que, à medida que envelhecem, os indivíduos tendem a valorizar relações que proporcionam bem-estar emocional. Essa mudança está associada à percepção do tempo como mais limitado. Segundo a ela, a consciência de que o tempo de vida é finito reorganiza as escolhas e prioridades afetivas dos indivíduos. Tal percepção influencia diretamente a maneira como a sexualidade é vivenciada na velhice.

No Brasil, a sexualidade na velhice ainda enfrenta diversas barreiras, como destaca Maria Cecília de Souza Minayo (2012). A dificuldade em discutir o tema demonstra a permanência de preconceitos sociais. Por isso, a autora afirma que a ausência de debates públicos sobre o comportamento sexual dos idosos serve como indicativo de discriminações sociais que ainda persistem, evidenciando a necessidade de ampliação desse debate.

Guita Grin Debert (1999) também contribui ao afirmar que a velhice e o envelhecer são fenômenos modelados pelos parâmetros de cada sociedade. Dessa maneira, compreende-se que as limitações atribuídas à sexualidade na velhice não são naturais, mas construídas culturalmente.

A partir dessas contribuições, observa-se que a sexualidade na velhice permanece marcada por preconceitos e invisibilidade, apesar dos avanços acadêmicos sobre o tema (Goffman, 1988; Fileborn, 2016). A sociedade frequentemente associa o

envelhecimento à perda de desejo, reforçando estereótipos negativos relacionados à pessoa idosa (Beauvoir, 1970; Butler, 1975).

Percebe-se que essa realidade está relacionada à valorização excessiva da juventude e do corpo jovem como padrões de beleza e desejo (Bauman, 2001; Giddens, 1993). Consequentemente, tudo aquilo que se distancia desse modelo tende a ser desvalorizado, incluindo a sexualidade na terceira idade. Um aspecto relevante é que a sexualidade na velhice não deve ser analisada exclusivamente sob o ponto de vista biológico. Elementos emocionais, sociais e culturais exercem influência significativa sobre a maneira como essa experiência é vivenciada (Delamater, 2012; Hinchliff, 2011).

Além disso, torna-se essencial promover educação sexual voltada também às pessoas idosas, garantindo acesso à informação, prevenção de doenças e qualidade de vida. Muitas vezes, essa população permanece negligenciada pelas políticas públicas (WORLD Health Organization, 2015; Fileborn, 2016).

A superação de tabus constitui etapa fundamental para que pessoas idosas possam vivenciar sua sexualidade de forma plena e sem constrangimentos. Isso exige não apenas mudanças individuais, mas também transformações sociais mais amplas (Freire, 2022; Goffman, 1988).

Barry McCarthy (2009) destaca que a sexualidade na velhice deve ser compreendida de maneira ampla, envolvendo intimidade, toque e vínculo emocional. Segundo o autor, na maturidade, uma vida sexual plena e saudável está prioritariamente associada à proximidade afetiva, distanciando-se da exigência por desempenho

físico. Assim, entende-se que o foco da sexualidade se transforma ao longo da vida.

Peggy Kleinplatz (2001) ressalta que experiências sexuais significativas na velhice estão associadas à qualidade do vínculo afetivo. Segundo a mesma, a relevância subjetiva e o valor atribuído ao ato sexual superam a relevância da regularidade com que ele ocorre, reforçando que a sexualidade não desaparece, mas passa por processos de resignificação.

Stuart-Hamilton (2002) aponta que o envelhecimento pode trazer mudanças fisiológicas, porém não elimina a capacidade de prazer, afirmando que as modificações biológicas decorrentes da idade não anulam a possibilidade de vivências sexuais e prazerosas. Da mesma forma, Jamieson (1998) destaca que os laços de intimidade são produtos de construções sociais que se transformam dinamicamente ao longo das épocas, evidenciando que a sexualidade acompanha transformações sociais e culturais. Complementando essa perspectiva, Ryan (2010) afirma que as cobranças e convenções da sociedade possuem maior peso na determinação da conduta sexual do que os fatores puramente biológicos, reforçando que muitas limitações atribuídas à sexualidade na velhice estão mais relacionadas a construções sociais do que a fatores biológicos.

Esther Perel (2006) afirma que o desejo está relacionado à novidade, à conexão emocional e à liberdade. Segundo a autora, o impulso do desejo requer autonomia, mistério e distanciamento para se manifestar. Essa perspectiva pode ser aplicada à velhice, indicando que contextos sociais mais abertos favorecem a expressão da sexualidade.

No campo da saúde, Lindau et al. (2007) demonstram que muitos idosos permanecem sexualmente ativos. Segundo o estudo, uma parcela expressiva da população idosa com mais de 65 anos mantém práticas sexuais frequentes. Esse dado contribui para desconstruir o mito da assexualidade na velhice.

DeLamater (2012), aprofundando sua análise, afirma que o amadurecimento e a melhora na comunicação interpessoal adquiridos com o tempo podem, inclusive, elevar os níveis de contentamento sexual na velhice. Dessa forma, compreende-se que o envelhecimento também pode trazer benefícios para a vida sexual.

Outra perspectiva relevante é apresentada por Fileborn (2016), ao afirmar que as diretrizes e ações governamentais costumam omitir e ignorar as demandas sexuais da população idosa. Isso evidencia a necessidade de maior inclusão do tema nas agendas sociais. Nessa mesma linha, Hinchliff (2011) aponta que a falta de diálogo e o ocultamento da vida sexual na terceira idade atuam como propulsores para a manutenção de preconceitos. Assim, discutir o tema torna-se essencial para promover sua normalização social.

Ao ampliar essa discussão, sobre a sexualidade na velhice exige não apenas compreensão teórica, mas também sensibilidade social (Goffman, 1988; Minayo, 2012). Ainda existe dificuldade em reconhecer a pessoa idosa como sujeito de desejo, o que reforça sua invisibilidade. Essa realidade relaciona-se aos padrões culturais que valorizam a juventude e marginalizam o envelhecimento (Bauman, 2001; Beauvoir, 1970). Tal lógica influencia não apenas a forma como os idosos são percebidos socialmente, mas também como percebem a própria sexualidade.

Outro ponto importante refere-se à necessidade de políticas públicas direcionadas a esse público. A ausência de programas de educação sexual voltados às pessoas idosas contribui para a desinformação e para a manutenção de preconceitos (WORLD Health Organization, 2021; BRASIL, 2024).

Além disso, torna-se necessário que profissionais da saúde estejam mais preparados para abordar a sexualidade na velhice de maneira natural e livre de julgamentos. Em muitos casos, o próprio sistema de saúde reforça o silêncio em torno dessa temática (Hinchliff, 2011; Fileborn, 2016). A família também exerce papel importante nesse processo. Em diversas situações, existe resistência em aceitar que pessoas idosas mantenham vida sexual ativa, o que pode gerar constrangimento e repressão (Jamieson, 1998; Giddens, 1993).

A valorização da sexualidade na velhice é fundamental para a promoção da qualidade de vida. O afeto, o toque e a intimidade constituem elementos essenciais para o bem-estar em qualquer etapa da existência (Carstensen, 1999; McCarthy, 2009).

Portanto, ampliar o debate sobre sexualidade na terceira idade representa um passo importante para desconstruir estigmas e promover uma sociedade mais inclusiva, que reconheça o direito de todos à vivência plena da sexualidade (Freire, 2022; WORLD Health Organization, 2021).

2.3. Estigma Social e Discriminação da Sexualidade na Velhice

O estigma social pode ser compreendido como um atributo ou marca socialmente construída que desvaloriza o indivíduo, associando-o a características consideradas negativas ou indesejáveis (Goffman, 1988). A discriminação, por sua vez, refere-se

às práticas e comportamentos concretos de exclusão, rejeição ou tratamento desigual direcionados a determinados indivíduos ou grupos sociais, manifestando-se por meio de atitudes como preconceito, invisibilização e desigualdade de tratamento (Link; Phelan, 2001).

Dessa forma, enquanto o estigma está relacionado à construção social de significados negativos atribuídos a um grupo, a discriminação corresponde às ações práticas decorrentes desse processo, sendo ambos fenômenos interligados. Esse estigma social manifesta-se de múltiplas maneiras, como por meio de piadas, ausência de abordagem nas políticas públicas de saúde, pouca representatividade positiva na mídia e até mesmo pela linguagem utilizada em ambientes acadêmicos e clínicos (Gomes; Silva, 2024).

A ridicularização e o silêncio social reforçam uma imagem distorcida de que a pessoa idosa não deve sentir desejo sexual, contribuindo para a internalização de discursos que desvalorizam seu direito à intimidade. Santos e Pereira (2022) destacam que, ao excluir a sexualidade da pessoa idosa do discurso público, a sociedade favorece a internalização de crenças que limitam ou negam o direito desses indivíduos à expressão da própria sexualidade.

Além das abordagens conceituais, dados estatísticos reforçam a dimensão concreta do estigma e da discriminação relacionados à sexualidade na velhice. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, o idadismo, entendido como preconceito baseado na idade, afeta uma em cada duas pessoas no mundo, influenciando diretamente a forma como os idosos são tratados em diferentes esferas sociais (OMS, 2021). Esse dado evidencia a magnitude do

problema e demonstra que o estigma não é um fenômeno isolado, mas amplamente disseminado.

No que se refere especificamente à sexualidade, estudos internacionais indicam que a invisibilização da sexualidade na velhice permanece significativa. Pesquisa conduzida pelo National Social Life, Health and Aging Project demonstrou que aproximadamente 73% dos indivíduos entre 57 e 64 anos continuam sexualmente ativos, percentual que ainda permanece relevante em faixas etárias mais avançadas, embora com redução gradual (Lindau et al., 2007). Observa-se, portanto, um descompasso entre esses dados e a percepção social predominante, que frequentemente invalida a sexualidade na velhice.

No contexto brasileiro, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística aponta que a população idosa cresce de forma acelerada, representando mais de 15% da população total (IBGE, 2022). Esse crescimento torna ainda mais urgente o debate sobre qualidade de vida, incluindo a sexualidade (WORLD Health Organization, 2002; Kalache, 2013). No entanto, pesquisas indicam que esse tema ainda é pouco abordado nas políticas públicas e nos serviços de saúde (Delamater, 2012; Gott, 2004).

Um levantamento realizado pelo Ministério da Saúde do Brasil indica que o número de casos de infecções sexualmente transmissíveis entre pessoas com mais de 60 anos tem aumentado nas últimas décadas, o que pode estar relacionado à falta de informação e à ausência de campanhas direcionadas a esse público (BRASIL, 2021). Esse dado revela uma contradição importante: embora a atividade sexual exista, ela nem sempre é acompanhada por políticas adequadas de educação sexual voltadas à população idosa.

Além disso, estudos apontam que uma parcela significativa de idosos relata constrangimento ao abordar questões sexuais com profissionais da saúde. Segundo pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz, cerca de 60% dos idosos afirmam nunca ter conversado sobre sexualidade com profissionais da área da saúde, evidenciando o silêncio institucional que reforça o estigma (FIOCRUZ, 2019).

No âmbito social, dados indicam que o preconceito também se manifesta nas relações familiares. Estudos demonstram que muitos idosos evitam expressar sua sexualidade por medo do julgamento de familiares ou cuidadores, o que contribui para o isolamento emocional e para a repressão do desejo. Como consequência, esse processo reforça a internalização do estigma (Santos; Pereira, 2022).

Outro dado relevante aponta que mulheres idosas são ainda mais afetadas por esse processo. Pesquisas indicam que elas enfrentam uma dupla discriminação, relacionada tanto à idade quanto ao gênero, sendo frequentemente vistas como assexuadas ou socialmente invisíveis (Debert, 1999). Isso demonstra que o estigma não afeta todos de forma igual, sendo atravessado por outras desigualdades sociais.

Dessa forma, os dados estatísticos confirmam que o estigma e a discriminação na sexualidade na velhice não são apenas construções teóricas, mas realidades concretas que impactam diretamente a vida dos indivíduos. Eles evidenciam a necessidade de maior visibilidade, inclusão em políticas públicas e ampliação do debate social sobre o tema (BRASIL, 2023; Dias, 2023).

2.4. Impactos Psicológicos do Estigma na Pessoa Idosa

Estudos na área da psicologia apontam que o estigma social produz efeitos significativos na saúde mental da pessoa idosa. A internalização de estereótipos negativos, compreendida por Goffman (1959) como estigma internalizado, pode desencadear sentimentos de vergonha, inadequação, culpa e baixa autoestima.

Silva e Almeida (2023) identificaram correlações estatisticamente significativas entre a percepção de estigma e índices elevados de ansiedade e depressão em idosos com idade entre 65 e 85 anos. Os autores observaram que participantes que relataram forte percepção de rejeição social relacionada à vida afetivo-sexual apresentaram maiores níveis de tristeza e isolamento social.

Sob a perspectiva psicológica, a repressão da sexualidade na velhice pode comprometer importantes aspectos da saúde emocional, uma vez que o afeto, a intimidade e a expressão do desejo estão diretamente relacionados à construção da identidade e ao sentimento de pertencimento social. Quando o idoso percebe sua sexualidade como inadequada ou socialmente rejeitada, podem surgir sentimentos de inutilidade, solidão e isolamento emocional, fatores associados ao aumento do sofrimento psíquico e à diminuição da qualidade de vida (Erikson, 1982; Delamater, 2012; Carstensen, 1999).

A invalidação social da sexualidade na velhice pode afetar negativamente a autoestima e a autoimagem do idoso, favorecendo processos de insegurança emocional, retraimento social e sofrimento psicológico (Goffman, 1988; Minayo, 2012; Hinchliff, 2011).

Do ponto de vista do desenvolvimento humano, a marginalização da sexualidade na velhice pode interferir nos estágios finais da vida

propostos por Erikson. Na fase de integridade versus desespero, o indivíduo revisita sua história de vida e constrói significado a partir de suas experiências. Nesse contexto, a negação ou a desvalorização de aspectos importantes, como a sexualidade, pode contribuir para sentimentos de arrependimento, frustração e desvalorização pessoal. Estudos longitudinais sugerem que idosos que percebem forte estigma social apresentam menor satisfação com a vida e maior risco de transtornos afetivos (Oliveira et al., 2025).

Nesse cenário, é importante compreender que a sexualidade, ao longo do ciclo vital, não se restringe à atividade sexual, mas envolve dimensões amplas, como identidade, intimidade, vínculos afetivos, autoestima e expressão emocional (Erikson, 1950/1998). Dessa forma, sua marginalização na velhice não representa apenas a negação de práticas sexuais, mas também a invisibilização de uma dimensão constitutiva do self.

Essa exclusão pode impactar diretamente o processo de integração proposto por Erikson, uma vez que limita a possibilidade de o indivíduo reconhecer e validar experiências significativas relacionadas ao afeto, ao prazer e às relações interpessoais construídas ao longo da vida.

Diante dessa realidade, a influência de fatores socioculturais torna-se central nesse processo. Normas sociais que associam a sexualidade exclusivamente à juventude contribuem para a construção de estereótipos que deslegitimam o desejo e a expressão afetiva na velhice (Calasanti; King, 2007). Sob essa perspectiva, discursos sociais e culturais podem ser internalizados pelas próprias pessoas idosas, reforçando sentimentos de inadequação, vergonha e repressão relacionados à sexualidade (Goffman, 1988; Butler, 1975). Tal condição

compromete não apenas a vivência afetiva e sexual no presente, mas também influencia a maneira como experiências passadas são reinterpretadas durante o processo de revisão de vida e construção da identidade no envelhecimento (Beauvoir, 1970; Giddens, 1993).

Sob a ótica da Psicologia do Desenvolvimento, entende-se que o desenvolvimento humano é contínuo e multidimensional, sendo a sexualidade um elemento persistente, ainda que ressignificado ao longo do tempo (Baltes, 1987). Já na Gerontologia, destaca-se que a manutenção de vínculos íntimos e da expressão afetivo-sexual está associada a melhores indicadores de saúde mental, qualidade de vida e bem-estar subjetivo na velhice (Delamater, 2012).

Diante disso, a marginalização da sexualidade não apenas afeta a experiência atual da pessoa idosa, mas também interfere na construção de uma narrativa de vida integrada e satisfatória (Beauvoir, 1970; Goffman, 1988). A restrição dessa dimensão da existência pode intensificar sentimentos de isolamento, inadequação e sofrimento emocional, comprometendo o bem-estar psicológico no envelhecimento (Minayo, 2012; Hinchliff, 2011). Sob essa perspectiva, aumentam-se as possibilidades de que o indivíduo vivencie a etapa final do desenvolvimento com maior propensão ao desespero e à insatisfação pessoal, em vez de alcançar um sentimento de completude, aceitação e integração da própria trajetória de vida (Erikson, 1982; Carstensen, 1999).

2.5. Sexualidade, Vínculos Afetivos e Qualidade de Vida

A sexualidade desempenha um papel central na manutenção de vínculos afetivos e emocionais na velhice. Relações íntimas, mesmo quando não envolvem atividade sexual física, abrangem

proximidade, toque, afeto e sensação de pertencimento, elementos fundamentais para a saúde psíquica e emocional (Costa, 2023). Estudos apontam que a intimidade e a expressão afetiva contribuem significativamente para a elevação da autoestima e da qualidade de vida de pessoas idosas, além de atuarem como fatores protetores contra a solidão e o isolamento social (Carvalho et al., 2024).

Quando idosos internalizam estereótipos negativos sobre sua própria sexualidade, observa-se impacto direto na forma como vivenciam seus relacionamentos interpessoais. Nesse sentido, o medo do julgamento social e a percepção de inadequação podem levar muitos idosos a evitarem situações de intimidade, mesmo quando desejadas, comprometendo a saúde emocional e relacional (Hsu; O'Connor, 2023). Dessa forma, o estigma social atua como uma barreira comportamental, limitando a expressão autêntica da sexualidade e favorecendo o isolamento afetivo.

A sexualidade na velhice constitui uma dimensão importante da experiência humana, estando diretamente relacionada ao bem-estar emocional, à construção de vínculos afetivos e à qualidade de vida. Diferentemente da concepção restrita que associa sexualidade apenas ao ato sexual, estudos contemporâneos demonstram que essa experiência também envolve carinho, intimidade, comunicação emocional, companheirismo e sensação de pertencimento social (Maltz, 2012). Durante o envelhecimento, essas formas de conexão tornam-se ainda mais relevantes diante das transformações físicas, emocionais e sociais que acompanham essa fase da vida.

Kaplan (2006) destaca que a sexualidade representa uma necessidade humana relacionada não apenas ao prazer físico, mas

também à autoestima, ao reconhecimento emocional e à manutenção da identidade pessoal. Relações afetivas satisfatórias favorecem sentimentos de valorização, segurança emocional e estabilidade psicológica, contribuindo positivamente para a saúde mental na velhice. Sob essa perspectiva, o vínculo afetivo ultrapassa a dimensão biológica e torna-se um importante mecanismo de suporte emocional.

No processo de envelhecimento, a intimidade frequentemente assume novas formas de expressão. Neri (2014) argumenta que pessoas idosas tendem a valorizar relações baseadas na confiança, no apoio emocional e na reciprocidade afetiva. Em muitos casos, o toque, a convivência e o diálogo tornam-se mais significativos do que a própria atividade sexual. Isso reforça que a sexualidade permanece presente ao longo da vida, embora possa ser ressignificada conforme experiências e necessidades individuais.

Papalia e Feldman (2013) apontam que vínculos afetivos estáveis exercem influência positiva sobre a qualidade de vida na velhice, contribuindo para a redução de sentimentos de solidão, ansiedade e sofrimento emocional. Relações interpessoais satisfatórias favorecem o equilíbrio psicológico e fortalecem estratégias de enfrentamento diante das mudanças associadas ao envelhecimento.

No campo das relações humanas, Baumeister e Leary (1995) defendem que o sentimento de pertencimento constitui uma necessidade fundamental do ser humano. Indivíduos que mantêm vínculos emocionais significativos tendem a apresentar melhores indicadores de saúde emocional e maior satisfação com a vida. Durante a velhice, essa necessidade torna-se ainda mais evidente,

considerando as perdas familiares, mudanças sociais e possíveis processos de isolamento.

Apesar da importância dos vínculos afetivos, a sexualidade na velhice ainda é marcada por preconceitos e estigmas sociais. Goldenberg (2011) aponta que a cultura contemporânea valoriza excessivamente a juventude, a produtividade e padrões estéticos associados ao corpo jovem, contribuindo para a invisibilização da afetividade e do desejo na velhice. Como consequência, muitos idosos passam a sentir vergonha de expressar emoções, desejos e relacionamentos amorosos.

Lopes (2018) ressalta que discursos sociais negativos sobre o envelhecimento podem gerar sentimentos de inadequação, insegurança e baixa autoestima. Essas representações, quando internalizadas, dificultam a vivência espontânea da intimidade e do afeto.

Além do impacto emocional, a repressão da sexualidade pode favorecer processos de isolamento social. Vieira e Coutinho (2016) destacam que idosos que vivenciam restrições afetivas e emocionais apresentam maior tendência ao afastamento social, tristeza e redução da qualidade de vida. Isso demonstra que a sexualidade deve ser compreendida não apenas como questão individual, mas também como fenômeno social relacionado ao bem-estar e à dignidade humana.

Frankl (2008) argumenta que relações afetivas e experiências de amor possuem papel essencial na construção do sentido existencial. Durante o envelhecimento, vínculos afetivos positivos podem

contribuir significativamente para sentimentos de continuidade, pertencimento e valorização pessoal.

Bowlby (1984), ao desenvolver a teoria do apego, destaca que vínculos afetivos permanecem fundamentais em todas as etapas da vida, influenciando diretamente a segurança emocional e o equilíbrio psicológico. Dessa forma, a manutenção de relações íntimas e afetivas na velhice funciona como importante fator de proteção emocional.

No ambiente familiar, entretanto, a sexualidade da pessoa idosa ainda costuma ser tratada como tema desconfortável ou proibido. Araújo e Carlos (2020) mostram que muitos idosos evitam demonstrar afeto ou iniciar novos relacionamentos devido ao receio de julgamentos familiares e sociais. Essa repressão fortalece o silêncio em torno da sexualidade na velhice e dificulta experiências afetivas saudáveis.

A ausência de diálogo sobre o tema também interfere na formulação de políticas públicas e práticas de cuidado. Ribeiro e Paiva (2019) ressaltam que profissionais de saúde frequentemente apresentam dificuldades para abordar sexualidade com pacientes idosos, reproduzindo estigmas relacionados ao envelhecimento e negligenciando necessidades emocionais e afetivas.

Pesquisas de Træen, Štulhofer e Janssen (2019) indicam que idosos que mantêm relações afetivas satisfatórias apresentam maiores níveis de felicidade, autoestima e satisfação com a vida. Além disso, a intimidade emocional apresenta forte relação com indicadores positivos de saúde mental e bem-estar subjetivo.

Assim, compreende-se que sexualidade, vínculos afetivos e qualidade de vida constituem dimensões profundamente interligadas. Relações afetivas saudáveis favorecem a autonomia emocional, fortalecem o sentimento de pertencimento social e contribuem para o equilíbrio psicológico durante o envelhecimento (Delamater, 2012; Carstensen, 1999; Minayo, 2012).

Diante dessa realidade, torna-se fundamental ampliar debates sociais sobre afetividade e sexualidade na velhice, combatendo preconceitos e promovendo maior inclusão social das pessoas idosas. Também se faz necessária a construção de políticas públicas voltadas ao acolhimento emocional, à educação sexual e ao reconhecimento da sexualidade como direito humano em todas as fases da vida (United Nations, 2021).

Sendo assim, reconhecer a importância dos vínculos afetivos na velhice representa um passo essencial para a valorização da dignidade humana e da qualidade de vida. A afetividade, a intimidade e o companheirismo permanecem necessidades fundamentais ao longo da existência, contribuindo para o fortalecimento emocional, para a construção da identidade e para o desenvolvimento de relações humanas mais saudáveis e inclusivas (ERIKSON, 1982; ROGERS, 1961; DELAMATER, 2012).

2.6. Políticas Públicas e Intervenções em Saúde

Em termos de políticas públicas, a invisibilidade social da sexualidade na velhice contribui para lacunas na atenção à saúde integral da pessoa idosa. A Organização Mundial da Saúde recomenda que políticas e programas de saúde incluam explicitamente a dimensão afetivo-sexual, reconhecendo essa área

como componente legítimo da saúde integral em todas as fases da vida. No entanto, a ausência de diretrizes claras em muitos países perpetua práticas que negligenciam essas necessidades, reforçando silenciosamente o estigma (OMS, 2022).

Estudos recentes destacam a importância de intervenções educativas e ações em saúde voltadas à abordagem da sexualidade na velhice, promovendo um discurso que valorize a dignidade humana e o direito de cada indivíduo à expressão afetivo-sexual. Nesse contexto, a literatura aponta que o reconhecimento da sexualidade como parte da saúde integral contribui para práticas de cuidado mais humanizadas e inclusivas (WORLD Health Organization, 2002; Delamater, 2012; Gott, 2004).

Lima e Torres (2025) ressaltam que programas de educação em saúde que normalizam a sexualidade na idade avançada exercem impacto positivo tanto na autoestima quanto na redução de sintomas psíquicos desadaptativos em pessoas idosas. Dessa forma, iniciativas educativas podem contribuir significativamente para o fortalecimento emocional e para a promoção da qualidade de vida.

Freire (2022) destaca que práticas dialógicas que valorizam a experiência subjetiva dos indivíduos são fundamentais para a desconstrução de preconceitos internalizados. Segundo o autor, o diálogo baseado no respeito à experiência e ao saber do outro favorece a construção de sentido, o fortalecimento da autoestima e o desenvolvimento da autonomia. Assim, a criação de espaços de escuta, acolhimento e reflexão para pessoas idosas sobre questões de intimidade e afetividade constitui uma estratégia relevante para o empoderamento cultural e psicológico.

A marginalização da sexualidade na velhice também se manifesta nos serviços de saúde, onde muitos profissionais ainda não recebem formação adequada para abordar esse tema durante o cuidado à pessoa idosa (Debert, 2012; Neri, 2014). Essa lacuna na formação contribui para a manutenção de uma cultura de silenciamento em torno da sexualidade, fazendo com que práticas assistenciais deixem de contemplar uma dimensão essencial da vida humana.

No cenário brasileiro, destaca-se o Estatuto da Pessoa Idosa, instituído pela Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que assegura à população idosa o direito à saúde, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. O documento estabelece que o envelhecimento é um direito personalíssimo e sua proteção um direito social, cabendo ao Estado garantir condições que promovam qualidade de vida e bem-estar. Embora o Estatuto não trate especificamente da sexualidade, seus princípios reforçam o reconhecimento da pessoa idosa como sujeito de direitos, incluindo o direito à autonomia, à intimidade e ao cuidado integral em saúde.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), instituída pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 2.528/2006. Essa política orienta as ações do Sistema Único de Saúde (SUS) voltadas ao envelhecimento saudável, à manutenção da capacidade funcional e à atenção integral à saúde da pessoa idosa. Entre suas diretrizes, destaca-se a necessidade de qualificação dos profissionais de saúde para atender às demandas dessa população de forma humanizada, considerando aspectos físicos, psicológicos e sociais. Nesse sentido, a sexualidade deve ser compreendida como parte integrante da saúde e da qualidade de vida, exigindo ações educativas, preventivas e assistenciais que contribuam para a redução de

estigmas e para a promoção da saúde sexual na velhice (BRASIL, 2006).

3. METODOLOGIA

3.1. Tipo de Pesquisa

O presente estudo caracterizou-se como uma pesquisa de abordagem qualitativa, desenvolvida por meio de uma revisão sistemática da literatura. Esse tipo de revisão tem como objetivo identificar, analisar e sintetizar produções científicas já publicadas sobre determinado tema, permitindo uma compreensão aprofundada dos aspectos psicológicos e sociais relacionados à sexualidade na velhice e sua relação com a vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis (Minayo, 2012; Gil, 2019). Segundo Gil (2022), a pesquisa qualitativa busca compreender fenômenos sociais a partir da interpretação dos significados atribuídos pelos indivíduos, sendo amplamente utilizada em estudos que envolvem aspectos subjetivos. Além disso, conforme destacam Souza et al. (2022), a revisão sistemática da literatura possibilita a organização e a análise crítica do conhecimento existente, contribuindo para a construção de uma visão abrangente sobre o tema investigado.

A revisão sistemática qualitativa segue etapas organizadas que incluem a definição do tema e da questão de pesquisa, a busca sistemática de estudos na literatura científica, a aplicação de critérios de inclusão e exclusão, a análise dos estudos selecionados e a síntese dos resultados encontrados. Esse processo permite reunir evidências científicas relevantes, contribuindo para uma análise

mais crítica e estruturada sobre o tema investigado. (Gil, 2019; Sampaio; Mancini, 2007).

De acordo com Page et al. (2022), revisões sistemáticas devem seguir protocolos rigorosos para garantir transparência, reprodutibilidade e confiabilidade dos resultados. Em adição, conforme afirmam Pereira e Galvão (2022), a sistematização das etapas metodológicas é essencial para assegurar a qualidade da síntese das evidências e a validade das conclusões obtidas.

3.2. Procedimentos de Coleta de Dados

A coleta de dados foi conduzida por meio de busca sistemática em bases de dados eletrônicas reconhecidas, como a Scientific Electronic Library Online (SciELO) e a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Para a identificação dos estudos, foram utilizados descritores previamente definidos e combinados por meio de operadores booleanos, tais como: “idoso e sexualidade”, “Etiquetamento social e sexualidade”, “envelhecimento e aspectos psicológicos” e “idosos e infecções sexualmente transmissíveis e vulnerabilidade”.

A utilização dessas combinações teve como objetivo ampliar e, ao mesmo tempo, refinar os resultados da busca, tornando-os mais específicos em relação à temática investigada.

Foram estabelecidos critérios de inclusão, considerando artigos publicados no período de 2021 a 2026, disponíveis na íntegra, em língua portuguesa e que abordassem diretamente a temática da sexualidade na velhice e sua relação com aspectos psicológicos e vulnerabilidade às ISTs. Como critérios de exclusão, foram

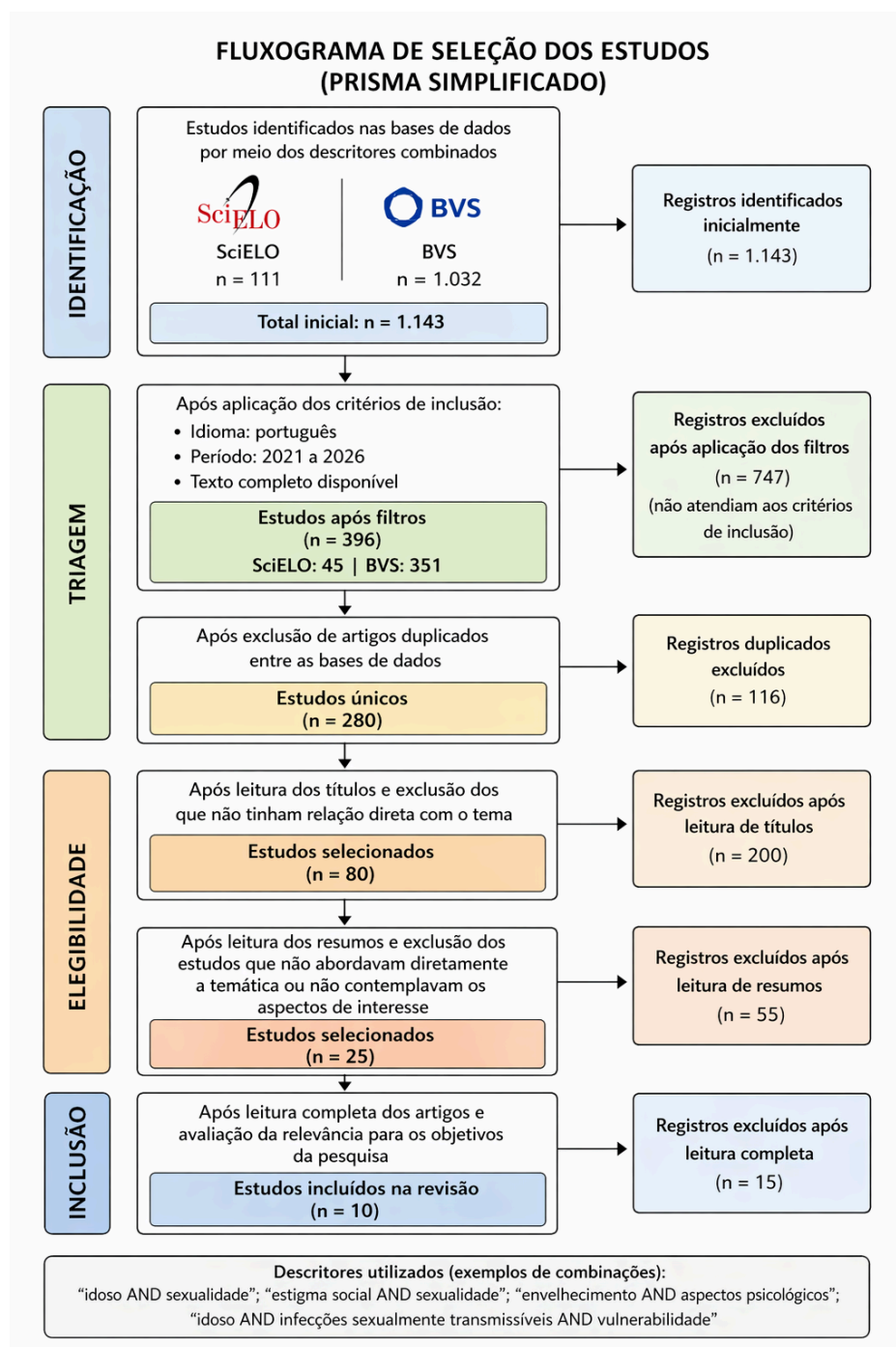
desconsiderados estudos duplicados, resumos, trabalhos incompletos e aqueles que não apresentaram relação direta com o tema proposto.

Para a organização dos dados, foi utilizada uma planilha eletrônica, na qual foram registrados os títulos dos artigos, os autores, o ano de publicação e as principais contribuições, facilitando a análise e a sistematização das informações.

O processo de seleção dos estudos seguiu um fluxo sistemático baseado no modelo PRISMA, garantindo transparência, organização e rigor científico em todas as etapas da pesquisa (Page et al., 2022; Sampaio; Mancini, 2007).

Dessa forma, esse diagrama foi utilizado na revisão para demonstrar, de forma transparente, o processo de identificação, triagem e inclusão dos estudos analisados, permitindo visualizar todas as etapas percorridas na busca e na filtragem dos artigos, conforme ilustrado na Figura 1 – Fluxograma de seleção dos estudos adaptado do modelo PRISMA

Figura 1. Fluxograma de seleção dos estudos adaptado do modelo PRISMA



Fonte: Elaborado pelas autoras (2026)

O processo de seleção dos estudos seguiu um fluxo sistemático baseado no modelo PRISMA, garantindo transparência, organização e rigor científico em todas as etapas da pesquisa (Page et al., 2022; Sampaio; Mancini, 2007). Desse modo, a trajetória percorrida e a distribuição quantitativa dos artigos em cada etapa encontram-se sintetizadas na Figura 1

3.2.1. Identificação

Na etapa de identificação, foram realizadas as buscas nas bases de dados definidas pelas pesquisadoras. Nessa fase, foram utilizados descritores e combinações de palavras-chave para localizar estudos potencialmente relevantes sobre o tema.

3.2.2. Triagem

Após a identificação, foi realizada a filtragem dos estudos com base em critérios previamente estabelecidos, como idioma, período de publicação e disponibilidade do texto completo. Também ocorreu a remoção de registros duplicados. Essa etapa reduziu o número de estudos, mantendo apenas aqueles que atenderam aos critérios básicos.

3.2.3. Elegibilidade

Os estudos restantes passaram por uma análise mais aprofundada, realizada por meio da leitura dos títulos, dos resumos e, posteriormente, dos textos completos. Nessa fase, foram excluídos os trabalhos que não se relacionaram diretamente com o tema ou que não atenderam aos objetivos da pesquisa.

3.2.4. Inclusão

Por fim, foram selecionados os estudos que atenderam a todos os critérios e que foram efetivamente incluídos na revisão. Esses trabalhos compuseram a base final para a análise e a discussão dos resultados.

3.3. Análise de Dados

A análise dos dados foi realizada por meio da técnica de análise de conteúdo, conforme proposta por Laurence Bardin (2016), sendo esta uma abordagem amplamente utilizada em pesquisas qualitativas por possibilitar a interpretação sistemática, objetiva e aprofundada dos conteúdos presentes nos materiais analisados. Essa técnica permitiu identificar significados, padrões, regularidades e relações entre os dados, contribuindo para a compreensão de fenômenos sociais complexos.

A escolha da análise de conteúdo justificou-se pela natureza qualitativa deste estudo, que buscou compreender aspectos subjetivos, sociais e psicológicos relacionados à sexualidade na velhice, ao estigma social e à vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis. Segundo Maria Cecília de Souza Minayo (2012), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, valores, crenças e atitudes, sendo fundamental para a análise de fenômenos que envolvem dimensões simbólicas e subjetivas da experiência humana.

O processo de análise foi desenvolvido em três etapas principais: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação, conforme sistematizado por Bardin (2016). Essas etapas permitiram organizar e estruturar a análise de forma rigorosa, garantindo maior confiabilidade e validade aos resultados obtidos.

Na fase de pré-análise, foi realizada a organização do corpus da pesquisa, composto pelos artigos selecionados na etapa de coleta de dados. Inicialmente, foi feita uma leitura flutuante dos materiais, com o objetivo de promover uma aproximação geral com o conteúdo, permitindo a identificação de ideias centrais, conceitos

recorrentes e possíveis direções analíticas. De acordo com Antônio Carlos Gil (2019), essa etapa é fundamental para a familiarização do pesquisador com os dados e para a construção de um olhar analítico mais sensível e direcionado.

Ainda na pré-análise, foram definidos os critérios de análise, as unidades de registro e as unidades de contexto, bem como foi elaborado um plano de codificação orientado pelos objetivos da pesquisa. Também foram estabelecidos eixos temáticos iniciais, baseados no problema de pesquisa e nos objetivos propostos, tais como: deslegitimação social na velhice, fatores psicológicos associados à sexualidade, percepção de vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis, acesso à informação e papel das políticas públicas de saúde. Esses eixos orientaram a análise e possibilitaram a incorporação de elementos emergentes ao longo do processo.

Na etapa de exploração do material, foi realizada a codificação dos dados, processo no qual os conteúdos relevantes dos textos foram identificados, selecionados e organizados em categorias temáticas. Essa fase consistiu na decomposição do material em unidades significativas, permitindo a classificação e o agrupamento das informações de acordo com suas semelhanças e relações. Conforme destaca Bardin (2016), a categorização é uma etapa essencial da análise de conteúdo, pois permite transformar dados brutos em informações organizadas e interpretáveis.

As categorias analíticas foram construídas predominantemente de forma indutiva, ou seja, a partir dos dados coletados, respeitando a emergência dos significados presentes nos estudos analisados. No entanto, também foram consideradas categorias teóricas

previamente definidas, estabelecendo um diálogo entre teoria e empiria. Nesse sentido, Minayo (2012) ressalta que a articulação entre dados empíricos e referencial teórico é fundamental para a produção de conhecimento científico consistente.

As categorias de análise contemplaram: internalização do estigma, impactos psicológicos na vivência da sexualidade, barreiras na comunicação entre profissionais de saúde e pessoas idosas, invisibilidade da sexualidade na velhice, práticas de risco relacionadas às ISTs e lacunas nas políticas públicas de saúde. Essas categorias permitiram uma análise aprofundada dos fatores que contribuíram para a vulnerabilidade dessa população.

Durante essa fase, foi realizada a leitura analítica detalhada dos estudos, com destaque para trechos relevantes que dialogaram com os objetivos da pesquisa. Esses dados foram organizados em quadros e esquemas analíticos, facilitando a comparação entre os estudos e a identificação de convergências e divergências na literatura. Segundo Gil (2019), a sistematização dos dados é essencial para garantir clareza e coerência na análise.

Na fase de tratamento dos resultados, inferência e interpretação, os dados categorizados foram analisados de forma integrada, buscando compreender os significados subjacentes e as relações entre as categorias construídas. Essa etapa envolveu a interpretação crítica dos achados, articulando-os com o referencial teórico e com o contexto social mais amplo. Conforme Minayo (2012), a interpretação dos dados em pesquisas qualitativas exige um movimento constante entre teoria e empiria, permitindo a construção de inferências significativas.

A partir dessa análise, foi possível compreender como a visão social influenciou a vivência da sexualidade na velhice, de que maneira os fatores psicológicos interferiram nesse processo e como esses elementos contribuíram para a vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis. Além disso, foram discutidas as implicações dos resultados para a prática em saúde, especialmente no que se refere à atuação de profissionais e ao desenvolvimento de políticas públicas mais inclusivas e eficazes.

A interpretação também buscou identificar lacunas, contradições e limitações presentes na literatura analisada, contribuindo para a ampliação do conhecimento sobre o tema e para o direcionamento de futuras pesquisas. Nesse sentido, Minayo (2012) destaca que a análise qualitativa não se limita à descrição dos dados, mas envolve a produção de sentidos e a construção de novas compreensões sobre a realidade estudada.

Por fim, ressalta-se que a utilização da análise de conteúdo conferiu rigor metodológico ao estudo, uma vez que seguiu procedimentos sistemáticos, organizados e transparentes. De acordo com Bardin (2016), essa técnica possibilita a replicabilidade da pesquisa e a validação dos resultados, sendo amplamente reconhecida na produção científica. Assim, a análise realizada contribuiu para a construção de um estudo consistente, crítico e fundamentado, capaz de responder aos objetivos da pesquisa e oferecer subsídios relevantes para a área da saúde e das ciências humanas.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A síntese qualitativa da literatura reunida neste estudo evidenciou que a sexualidade permanece presente na velhice, embora sua

expressão seja frequentemente condicionada por normas sociais que associam desejo, atratividade e atividade sexual à juventude. Considerando o caráter qualitativo da investigação, os achados foram organizados por eixos temáticos, priorizando as convergências de conteúdo relacionadas aos objetivos da pesquisa: estigma social, repercussões psicológicas, vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis e atuação das políticas e dos serviços de saúde.

O processo de seleção, conforme o fluxograma PRISMA apresentado na metodologia, iniciou-se com 1.143 registros, sendo 111 localizados na SciELO e 1.032 na BVS. Após a aplicação dos critérios de idioma, período de publicação e disponibilidade do texto completo, permaneceram 396 registros, com exclusão de 747. Em seguida, foram removidos 116 registros duplicados, resultando em 280 estudos únicos. A leitura dos títulos levou à exclusão de 200 registros, mantendo 80 estudos; posteriormente, a leitura dos resumos excluiu 55 trabalhos, restando 25 para avaliação em texto completo. Após essa etapa, 15 estudos foram excluídos por não atenderem plenamente aos objetivos da pesquisa, resultando em 10 estudos incluídos na revisão.

4.1. Estigma Social e Invisibilização da Sexualidade na Velhice

Os achados apontaram que um dos elementos mais recorrentes na literatura é a persistência da representação da pessoa idosa como assexuada. Essa construção social aparece associada à valorização do corpo jovem e à crença de que o envelhecimento implica perda inevitável do desejo, do interesse afetivo e da capacidade de estabelecer novos vínculos. Estudos apresentados no referencial indicam que esse processo favorece a invisibilização da sexualidade na velhice e legitima atitudes de julgamento, ridicularização e

silenciamento (Silva; Costa, 2023; Gomes; Silva, 2024; Oliveira; Martins, 2025).

Também se observou que o estigma não se limita à percepção externa. Quando as mensagens sociais negativas são incorporadas pela própria pessoa idosa, podem surgir mecanismos de autocensura, vergonha e receio de expressar desejos ou iniciar relacionamentos. Assim, o idadismo relacionado à sexualidade interfere na autonomia e na liberdade de escolha, fazendo com que comportamentos afetivos plenamente compatíveis com o envelhecimento sejam interpretados como inadequados. Esse resultado se relaciona ao entendimento de que a sexualidade é socialmente construída e regulada por expectativas culturais, e não determinada apenas por mudanças biológicas (Diniz et al., 2024; Rodrigues, 2023).

4.2. Repercussões Psicológicas e Afetivas

A análise evidenciou que o silenciamento da sexualidade pode repercutir de forma negativa na autoestima, na autoimagem e no sentimento de pertencimento social da pessoa idosa. A literatura reunida no estudo relaciona a percepção de rejeição ou inadequação a sentimentos de vergonha, insegurança, tristeza, retraimento e isolamento. Esses aspectos ganham relevância porque a sexualidade, na perspectiva adotada no trabalho, compreende também intimidade, afeto, identidade, contato corporal e vínculo emocional, não se restringindo ao ato sexual (Souza; Lima, 2023; Carvalho et al., 2024).

Em sentido complementar, os estudos apontam que a possibilidade de manter vínculos afetivos satisfatórios, intimidade e expressão do

desejo pode contribuir para maior bem-estar subjetivo. A valorização do companheirismo, do toque, da comunicação e do apoio emocional demonstra que a sexualidade pode ser ressignificada ao longo do envelhecimento sem perder sua relevância para a qualidade de vida. Desse modo, a repressão social dessa dimensão pode privar a pessoa idosa de experiências associadas à autonomia, à autoestima e à manutenção de relações interpessoais significativas.

4.3. Vulnerabilidade Às Infecções Sexualmente Transmissíveis e Acesso à Informação

Outro resultado importante refere-se à relação entre invisibilidade social e vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis. Ao pressupor que pessoas idosas não mantêm vida sexual ativa, familiares, campanhas educativas e até profissionais de saúde podem deixar de abordar prevenção, uso de preservativos, testagem e reconhecimento de sinais e sintomas. No conjunto da literatura apresentado no trabalho, a baixa percepção de risco e a insuficiência de informação aparecem como fatores que dificultam práticas preventivas nessa faixa etária (Silva et al., 2022).

Os dados epidemiológicos discutidos na introdução reforçam a relevância desse achado ao demonstrarem aumento de infecções sexualmente transmissíveis entre pessoas idosas. Embora a ocorrência de ISTs seja multifatorial, a associação entre atividade sexual invisibilizada, baixa adesão a medidas preventivas e reduzida abordagem educativa indica que o preconceito etário pode produzir efeitos concretos sobre a saúde. Nessa perspectiva, o estigma atua não apenas no campo simbólico e psicológico, mas também como

barreira para a circulação de informações e para o acesso oportuno à prevenção e ao cuidado (BRASIL, 2023).

4.4. Políticas Públicas, Educação em Saúde e Práticas de Cuidado

No eixo relacionado às políticas públicas e à assistência, a literatura analisada evidenciou a necessidade de reconhecer a saúde sexual como parte da atenção integral à pessoa idosa. Apesar da existência de dispositivos legais e políticas voltadas à dignidade, à autonomia e ao envelhecimento saudável, a abordagem explícita da sexualidade ainda aparece como insuficiente em muitos contextos de cuidado. A ausência de diálogo favorece a manutenção do tabu e reduz oportunidades de orientação, prevenção e acolhimento.

Os achados também destacaram a importância da qualificação dos profissionais de saúde para abordar sexualidade sem pressupostos moralizantes ou etários. A escuta ativa, a utilização de linguagem respeitosa, a inclusão da história sexual na avaliação quando pertinente e a oferta de informações sobre prevenção podem reduzir constrangimentos e ampliar a autonomia do usuário. Assim, ações educativas dirigidas à população idosa e aos profissionais constituem estratégias relevantes para enfrentar o estigma e promover cuidado integral, coerente com a compreensão da sexualidade como dimensão do bem-estar e da qualidade de vida (WORLD Health Organization, 2021; WORLD Health Organization, 2022).

4.5. Síntese Quantitativa do Processo de Seleção dos Estudos

A organização dos dados do fluxograma PRISMA permite visualizar de forma objetiva a redução progressiva do universo inicialmente identificado até a composição final da revisão. A maior redução

ocorreu na etapa de aplicação dos filtros iniciais e, posteriormente, na leitura dos títulos, indicando que parte expressiva dos registros recuperados nas bases não apresentava aderência suficiente ao recorte temático proposto. A apresentação desses números em tabela complementa o fluxograma e facilita a compreensão do percurso metodológico adotado.

Tabela 1. Síntese das etapas de seleção dos estudos segundo o fluxo PRISMA

Etapas	Procedimento	Registros mantidos	Resultado/Exclusões
Identificação	Registros localizados na SciELO e BVS	1.143	111 na SciELO e 1.032 na BVS
Filtros iniciais	Idioma, período e disponibilidade do texto completo	396	747 registros excluídos
Duplicidades	Remoção de registros repetidos	280	116 registros duplicados removidos
Triagem por título	Leitura dos títulos	80	200 registros excluídos
Triagem por resumo	Leitura dos resumos	25	55 registros excluídos
Elegibilidade	Leitura do texto completo	10	15 estudos excluídos
Inclusão	Estudos que atenderam aos critérios definidos	10	Corpus final informado no fluxograma

Fonte: Elaborado pelas autoras (2026), com base no fluxograma PRISMA apresentado no estudo.

O resultado final de dez estudos demonstra um processo seletivo restritivo, coerente com a necessidade de aproximar o corpus dos objetivos definidos. Ao mesmo tempo, a redução de 1.143 registros para dez trabalhos reforça que a sexualidade na velhice, quando articulada simultaneamente a estigma, aspectos psicológicos e vulnerabilidade às ISTs, constitui um recorte específico dentro de um campo mais amplo de pesquisas sobre envelhecimento e saúde. Essa característica exige uma leitura qualitativa cuidadosa, valorizando os sentidos, convergências e lacunas presentes nos materiais selecionados, em vez de apenas quantificar ocorrências.

4.6. Autores e Citações Relacionadas Ao Estigma e à Invisibilidade

A interpretação dos resultados foi sustentada por autores que abordam o estigma, o idadismo, a construção social da sexualidade e a invisibilização do desejo na velhice. A tabela a seguir reúne referências efetivamente citadas ao longo do trabalho e explicita de que modo cada contribuição foi mobilizada na compreensão do primeiro eixo temático.

Tabela 2. Autores e citações mobilizadas na análise do estigma social e da invisibilidade

Autor(es)/ano	Citação no texto	Contribuição sintetizada	Relação com os achados
Goffman, 1988	(Goffman, 1988)	Estigma como processo de desvalorização social do sujeito.	Sustenta a análise da marca social atribuída à sexualidade da pessoa idosa.

Butler, 1975	(Butler, 1975)	Idadismo como preconceito estruturado com base na idade.	Explica a existência de expectativas sociais restritivas dirigidas às pessoas idosas.
Calasanti; King, 2007	(Calasanti; King, 2007)	Valorização cultural da juventude e desqualificação do envelhecimento.	Ajuda a compreender a associação entre corpo jovem, desejo e legitimidade sexual.
Debert, 1999	(Debert, 1999)	A velhice é modelada por parâmetros sociais e culturais.	Mostra que limites atribuídos à sexualidade não são exclusivamente biológicos.
Santos; Pereira, 2022	(Santos; Pereira, 2022)	Silêncio social e julgamento interferem na expressão da sexualidade.	Relaciona estigma, autocensura e receio de julgamento familiar e social.
Gomes; Silva, 2024	(Gomes; Silva, 2024)	Estigma aparece em discursos, práticas e baixa representatividade social.	Reforça a persistência contemporânea da invisibilização da sexualidade na velhice.
Oliveira; Martins, 2025	(Oliveira; Martins, 2025)	Tabus permanecem mesmo diante de avanços na discussão sobre envelhecimento.	Apoia a leitura de que o tema segue socialmente negligenciado.

WHO, 2021	(WORLD Health Organization, 2021)	O idadismo é um fenômeno amplo com repercussões sociais e de saúde.	Amplia a discussão do preconceito etário para o campo da saúde e dos direitos.
-----------	-----------------------------------	---	--

Fonte: Elaborado pelas autoras (2026), a partir das referências citadas no próprio TCC.

A leitura comparativa dessas contribuições demonstra que o estigma opera em diferentes níveis. Goffman (1988) permite compreender a desvalorização simbólica; Butler (1975) direciona a análise para o preconceito etário; Debert (1999) evidencia o caráter cultural das expectativas sobre a velhice; e estudos mais recentes, como Gomes e Silva (2024) e Oliveira e Martins (2025), mostram a permanência do problema em contextos contemporâneos. A convergência entre autores clássicos e recentes fortalece a interpretação de que a assexualização da pessoa idosa não constitui apenas uma percepção individual, mas uma construção social reproduzida em relações familiares, discursos públicos e práticas de cuidado.

Essa articulação também ajuda a compreender por que o estigma pode ser internalizado. Quando a sociedade associa legitimidade sexual à juventude, a pessoa idosa pode passar a avaliar seus próprios desejos com base nesse padrão externo. O receio de parecer inadequada, ridícula ou moralmente reprovável pode reduzir a expressão afetiva e dificultar a procura por informações sobre saúde sexual. Assim, o primeiro objetivo específico é sustentado por um conjunto de autores que descrevem tanto a produção social do preconceito quanto suas consequências para a autonomia e a visibilidade da pessoa idosa.

4.7. Autores e Citações Relacionadas aos Impactos Psicológicos e Afetivos

No segundo eixo, os autores mobilizados permitem compreender a sexualidade como dimensão vinculada à identidade, à intimidade, à autoestima e à construção de vínculos. A análise não reduz o fenômeno à frequência de relações sexuais, mas considera os significados emocionais e relacionais que permanecem relevantes ao longo do ciclo vital.

Tabela 3. Autores e citações mobilizadas na análise dos impactos psicológicos e afetivos

Autor(es)/ano	Citação no texto	Contribuição sintetizada	Relação com os achados
Erikson, 1982	(Erikson, 1982)	A velhice envolve integração da trajetória de vida e construção de sentido.	A deslegitimação da sexualidade pode favorecer frustração, inadequação e sofrimento.
Carstensen, 1999	(Carstensen, 1999)	Relações emocionalmente significativas ganham centralidade com o envelhecimento.	Sustenta a importância do companheirismo, intimidade e apoio emocional.
DeLamater, 2012	(Delamater, 2012)	A idade isoladamente não determina a vivência sexual.	Reforça o papel da saúde, das relações e do contexto na sexualidade da pessoa idosa.
Minayo, 2012	(Minayo, 2012)	Aspectos subjetivos e sociais são essenciais para compreender	Fundamenta a leitura qualitativa do sofrimento, do

		experiências humanas.	silêncio e da exclusão.
Hsu; O'Connor, 2023	(Hsu; O'Connor, 2023)	Julgamento e inadequação podem limitar situações de intimidade.	Relaciona estigma a isolamento afetivo e comprometimento do bem-estar.
Carvalho et al., 2024	(Carvalho et al., 2024)	Intimidade e expressão afetiva relacionam-se à qualidade de vida.	Apoia a compreensão da sexualidade como fator de bem-estar na velhice.
Træen et al., 2019	(Træen; Štulhofer; Janssen, 2019)	Relações afetivas satisfatórias associam-se a indicadores positivos de bem-estar.	Reforça a importância da satisfação relacional e da intimidade emocional.
Souza; Lima, 2023	(Souza; Lima, 2023)	Aspectos psicológicos interferem na vivência da sexualidade.	Apoia a identificação de vergonha, insegurança e dificuldade de diálogo.

Fonte: Elaborado pelas autoras (2026), a partir das referências citadas no próprio TCC.

Os autores reunidos na Tabela 3 convergem para uma compreensão ampliada da sexualidade. Enquanto Erikson (1982) permite relacionar a experiência afetivo-sexual à integração da identidade e da história de vida, Carstensen (1999) destaca a valorização de vínculos emocionalmente significativos. DeLamater (2012), por sua vez, contribui para afastar explicações deterministas baseadas apenas na idade cronológica. Em conjunto, essas perspectivas

mostram que alterações fisiológicas do envelhecimento não anulam a necessidade de intimidade nem a possibilidade de satisfação afetiva.

No campo do sofrimento psicológico, a literatura apresentada no TCC sugere que a restrição social da sexualidade pode repercutir sobre autoestima, autoimagem e pertencimento. O medo de julgamento pode produzir retraimento e silêncio, enquanto relações afetivas reconhecidas e respeitadas podem funcionar como fonte de segurança emocional. Desse modo, os resultados referentes ao segundo objetivo específico apontam para uma relação dinâmica: o estigma pode fragilizar a experiência subjetiva, ao passo que o reconhecimento da autonomia, da intimidade e do vínculo pode favorecer bem-estar e qualidade de vida.

4.8. Autores e Citações Relacionadas Às ISTs, à Prevenção e à Atenção em Saúde

O terceiro eixo reúne autores e documentos que discutem prevenção, saúde sexual, comunicação profissional e vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis. O ponto central identificado é que a invisibilidade da vida sexual na velhice pode reduzir oportunidades de orientação, testagem, uso de métodos preventivos e diálogo nos serviços de saúde.

Tabela 4. Autores, documentos e citações mobilizadas na análise da vulnerabilidade às ISTs e do cuidado

Autor/docu mento	Citação no texto	Contribuição sintetizada	Relação com os achados
-----------------------------	-----------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------

Silva et al., 2022	(Silva et al., 2022)	Conhecimento e práticas preventivas entre pessoas idosas.	Apoia a discussão sobre baixa percepção de risco e adesão insuficiente ao preservativo.
Brasil, 2022	(BRASIL, 2022)	Diretrizes para atenção integral às pessoas com IST.	Sustenta a necessidade de prevenção, orientação, diagnóstico e cuidado sem exclusão etária.
Brasil, 2023	(BRASIL, 2023)	Dados epidemiológicos de HIV/Aids e sífilis.	Reforça a relevância de incluir pessoas idosas nas estratégias preventivas.
WHO, 2022	(WORLD Health Organization, 2022)	Saúde sexual como componente do bem-estar e do cuidado integral.	Fundamenta uma abordagem que ultrapassa doença e inclui autonomia, intimidade e direitos.
WHO, 2021	(WORLD Health Organization, 2021)	Idadismo repercute no acesso, na participação social e na saúde.	Relaciona preconceito etário às barreiras institucionais e assistenciais.
Ribeiro; Paiva, 2019	(Ribeiro; Paiva, 2019)	Dificuldades profissionais para abordar sexualidade com pessoas idosas.	Evidencia barreiras comunicacionais dentro dos serviços de saúde.
Hinchliff, 2011	(Hinchliff, 2011)	Silenciamento e saúde sexual no envelhecimento.	Mostra como a ausência de diálogo favorece manutenção de

			preconceitos e desinformação.
Fileborn, 2016	(Fileborn, 2016)	Necessidades de sexualidade e intimidade podem ser omitidas em políticas e práticas.	Reforça a necessidade de inclusão explícita da população idosa nas ações de saúde sexual.
Gott, 2004	(Gott, 2004)	Sexualidade e saúde sexual no envelhecimento.	Apoia a incorporação do tema ao cuidado integral da pessoa idosa.

Fonte: Elaborado pelas autoras (2026), a partir das referências citadas no próprio TCC.

A comparação das fontes reunidas na Tabela 4 evidencia que a vulnerabilidade não deve ser interpretada como consequência exclusiva de decisões individuais. Silva et al. (2022) contribuem para compreender as dificuldades relacionadas à prevenção, enquanto Ribeiro e Paiva (2019), Hinchliff (2011) e Fileborn (2016) ajudam a identificar barreiras produzidas pelo próprio contexto assistencial e social. Os documentos do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde ampliam essa leitura ao situar prevenção, informação, diagnóstico e cuidado como componentes de uma resposta integral.

Desse modo, a ausência de abordagem profissional pode atuar em conjunto com a baixa percepção de risco. Se a pessoa idosa raramente recebe perguntas, orientações ou materiais educativos sobre sexualidade, o silêncio institucional tende a reforçar a ideia de que prevenção não se aplica à sua faixa etária. Essa interpretação

aproxima os achados epidemiológicos da dimensão psicossocial do problema e evidencia que combater o estigma também é uma estratégia de promoção da saúde.

4.9. Síntese dos Achados em Relação aos Objetivos da Pesquisa

Tabela 5. Correspondência entre objetivos, principais achados e autores de apoio

Objetivo	Síntese do achado	Autores/docu mentos de apoio	Interpretação
Objetivo geral	Estigma e fatores psicológicos interferem na informação, na autonomia e na prevenção.	Goffman (1988); DeLamater (2012); WHO (2022)	A vulnerabilidade às ISTs é compreendida como fenômeno também social e psicológico.
Objetivo específico 1	Assexualização, julgamento, invisibilidade e autocensura aparecem como efeitos do estigma.	Butler (1975); Debert (1999); Gomes; Silva (2024)	O estigma limita a expressão da sexualidade e a legitimidade dos vínculos.
Objetivo específico 2	Vergonha, insegurança, retraimento e isolamento podem coexistir com a busca por intimidade e pertencimento.	Erikson (1982); Carstensen (1999); Souza; Lima (2023)	A sexualidade relaciona-se à identidade, autoestima e bem-estar emocional.
Objetivo específico 3	Baixa percepção de risco, pouco diálogo e insuficiência de ações direcionadas	Silva et al. (2022); Brasil (2023); WHO (2022)	Políticas e serviços devem incluir saúde sexual da pessoa idosa de

	ampliam barreiras à prevenção.		forma explícita e não estigmatizante.
--	--------------------------------	--	---------------------------------------

Fonte: Elaborado pelas autoras (2026), com base nos objetivos e na análise desenvolvida no estudo.

A correspondência apresentada na Tabela 5 mostra que os três objetivos específicos convergem para a resposta ao objetivo geral. O estigma social interfere primeiro na forma como a sexualidade é percebida e legitimada; essa pressão pode produzir repercussões psicológicas e relacionais; e, em um terceiro nível, o silêncio resultante pode limitar a prevenção e o acesso à informação. Portanto, os achados não devem ser lidos de maneira fragmentada, pois estigma, subjetividade e vulnerabilidade em saúde se articulam continuamente.

Também se observa que a atuação dos serviços de saúde aparece como elemento transversal. Uma abordagem acolhedora pode interromper o ciclo de silêncio ao reconhecer a pessoa idosa como sujeito de direitos e oferecer informação adequada; uma abordagem baseada em suposições etárias pode reforçá-lo. Essa constatação amplia a relevância da pesquisa para a Psicologia e para as demais profissões da saúde, uma vez que a redução da vulnerabilidade depende tanto de conhecimento técnico quanto de comunicação, escuta, respeito à autonomia e enfrentamento do preconceito.

4.10. Discussão Teórica dos Achados

Os resultados permitem compreender que a sexualidade na velhice é atravessada por uma contradição central: embora permaneça como dimensão constitutiva da experiência humana, continua

sendo socialmente tratada como incompatível com o envelhecimento. Essa contradição ajuda a responder ao problema de pesquisa, pois evidencia que o estigma social e os aspectos psicológicos dele decorrentes podem aumentar a vulnerabilidade das pessoas idosas às ISTs ao limitar o diálogo, a busca por informações, a negociação de práticas preventivas e a procura por serviços de saúde.

A persistência do mito da assexualidade na velhice pode ser interpretada a partir da noção de estigma de Goffman (1988), segundo a qual determinados atributos passam a ser socialmente desvalorizados e interferem na forma como o sujeito é percebido e tratado. No caso da população idosa, a expressão do desejo pode ser lida como inadequada justamente porque rompe expectativas culturais construídas sobre o envelhecimento. Essa lógica também se aproxima das reflexões de Butler (1975) sobre o idadismo, uma vez que o preconceito baseado na idade atua na definição do que seria socialmente aceitável para pessoas mais velhas.

A discussão também se articula à perspectiva de Foucault (1988), para quem os discursos sociais participam da regulação dos corpos e das condutas. Quando a sociedade naturaliza a ideia de que o idoso não possui vida sexual, cria-se uma norma silenciosa que produz efeitos sobre comportamentos individuais, práticas familiares e condutas profissionais. Nesse cenário, a invisibilidade não significa ausência de sexualidade, mas ausência de reconhecimento social e institucional de uma experiência que continua existindo.

No plano psicológico, os resultados mostram que o estigma pode ser internalizado. A repetição de mensagens que associam a velhice

à perda de atratividade, desejo e capacidade relacional pode favorecer vergonha, insegurança e autocensura. Esse processo dialoga com Erikson (1982), pois a velhice envolve integração da trajetória de vida, construção de sentido e reconhecimento da própria identidade. Quando uma dimensão significativa da experiência afetiva é deslegitimada, podem ser ampliados sentimentos de inadequação e isolamento, prejudicando o bem-estar emocional.

Por outro lado, os achados referentes a vínculos afetivos e qualidade de vida reforçam que envelhecer não significa extinguir a necessidade de intimidade. Carstensen (1999) assinala que, com a percepção do tempo de vida como mais limitado, relações emocionalmente significativas tendem a ganhar centralidade. Essa perspectiva contribui para compreender por que afeto, companheirismo, toque, confiança e comunicação podem assumir grande importância na sexualidade da pessoa idosa. Assim, a mudança nas formas de expressão não deve ser confundida com desaparecimento da sexualidade.

A relação entre estigma e ISTs merece atenção especial. A literatura discutida no trabalho indica que a baixa adesão ao preservativo e a percepção reduzida de risco podem estar associadas à falta de informação e ao pouco direcionamento de ações preventivas para a população idosa (Silva et al., 2022). Quando profissionais, familiares e a própria pessoa idosa partem do pressuposto de ausência de atividade sexual, oportunidades de educação em saúde são perdidas. Consequentemente, a invisibilidade social pode funcionar como fator indireto de vulnerabilidade.

Os dados epidemiológicos utilizados na pesquisa reforçam que a prevenção não deve ser organizada com base em estereótipos etários. O aumento de casos de HIV e sífilis em faixas etárias mais avançadas, conforme discutido no trabalho a partir dos boletins do Ministério da Saúde, demonstra a necessidade de ampliar a comunicação sobre testagem, preservativos e cuidado sexual também entre pessoas idosas (BRASIL, 2023). É importante destacar, entretanto, que o aumento das notificações não pode ser explicado exclusivamente pelo estigma, pois envolve diferentes determinantes individuais, sociais, assistenciais e epidemiológicos.

Nesse sentido, o terceiro objetivo específico é atendido ao se identificar que o estigma contribui para a vulnerabilidade principalmente por meio do silenciamento, da baixa percepção de risco e da insuficiência de ações educativas direcionadas. O SUS possui papel estratégico na superação dessas barreiras, sobretudo na Atenção Primária à Saúde, onde existe maior possibilidade de vínculo, acompanhamento longitudinal e educação em saúde. Abordagens que incluam sexualidade na avaliação integral da pessoa idosa podem favorecer prevenção, diagnóstico oportuno e redução de constrangimentos.

A formação dos profissionais constitui outro ponto relevante. O receio de abordar sexualidade, a utilização de linguagem infantilizada e a suposição de que o idoso não deseja conversar sobre o tema podem reproduzir idadismo dentro dos próprios serviços. Em contrapartida, práticas baseadas em escuta qualificada, privacidade, autonomia e ausência de julgamento podem criar condições para que dúvidas e dificuldades sejam expressas com maior segurança. Essa mudança exige reconhecer a sexualidade

como componente legítimo da saúde, conforme defendido pela Organização Mundial da Saúde (WORLD Health Organization, 2022).

Os resultados ainda indicam que políticas e intervenções não devem restringir a sexualidade à prevenção de doenças. Embora a prevenção das ISTs seja essencial, uma abordagem exclusivamente biomédica pode reforçar a ideia de que a vida sexual na velhice só merece atenção quando existe disfunção ou risco. Uma perspectiva integral deve contemplar também prazer, intimidade, afetividade, identidade, consentimento, autonomia e qualidade de vida. Essa ampliação é especialmente importante para a Psicologia, pois permite compreender os significados subjetivos que a pessoa atribui ao corpo, aos vínculos e ao envelhecimento.

Dessa forma, a discussão evidencia que o enfrentamento do problema exige ações em múltiplos níveis. No plano social, é necessário combater estereótipos que associam sexualidade exclusivamente à juventude. No plano psicológico, devem ser favorecidos espaços de acolhimento capazes de trabalhar vergonha, autoestima, identidade e autonomia. No plano assistencial, profissionais precisam incorporar a saúde sexual ao cuidado integral. Por fim, no plano das políticas públicas, campanhas e ações educativas devem incluir explicitamente pessoas idosas, evitando que a prevenção seja direcionada apenas aos grupos tradicionalmente percebidos como sexualmente ativos.

4.10.1. Aprofundamento Interpretativo dos Achados

Ao relacionar os diferentes eixos de resultados, percebe-se que o estigma não atua como variável isolada, mas como um processo que atravessa o modo como a sociedade representa a velhice, como a

pessoa idosa interpreta a si mesma e como os serviços organizam suas práticas. Goffman (1988) contribui para compreender a desvalorização de atributos considerados desviantes das expectativas sociais, enquanto Butler (1975) evidencia que a idade pode constituir fundamento para discriminações naturalizadas. Aplicados ao tema deste estudo, esses referenciais ajudam a explicar por que o desejo sexual de uma pessoa idosa pode ser tratado como inesperado ou inadequado, mesmo quando a sexualidade permanece parte legítima de sua vida.

A invisibilização torna-se particularmente importante porque produz consequências mesmo quando não há proibição explícita. A ausência do tema em conversas familiares, campanhas educativas, consultas e materiais de saúde pode comunicar implicitamente que a sexualidade não pertence à velhice. Hinchliff (2011) e Fileborn (2016), mobilizados ao longo do trabalho, permitem interpretar esse silêncio como elemento que mantém tabus e limita o reconhecimento das necessidades sexuais e afetivas. Assim, a exclusão ocorre não apenas por discursos ofensivos ou atitudes discriminatórias, mas também por omissões que retiram a pessoa idosa do campo de atenção e de legitimidade.

Essa interpretação dialoga com Foucault (1988), pois os discursos que regulam os corpos não dependem apenas de regras formais. Normas sociais podem operar pela definição do que merece ser dito, perguntado ou cuidado. Quando o envelhecimento é associado a perda de desejo, a própria falta de perguntas sobre sexualidade em um atendimento de saúde pode reproduzir a norma de que esse tema não seria pertinente. A consequência é uma relação circular: o profissional não pergunta porque presume ausência de atividade sexual, a pessoa idosa não fala porque percebe constrangimento ou

irrelevância institucional, e o silêncio resultante passa a ser interpretado como confirmação da inexistência da demanda.

4.10.2. Estigma Internalizado, Identidade e Qualidade de Vida

No plano psicológico, a internalização das expectativas sociais constitui um dos pontos mais sensíveis identificados. O sujeito não permanece externo às representações que circulam socialmente; ele pode incorporá-las à própria autoimagem. Quando o envelhecimento é apresentado como incompatível com desejo, beleza, intimidade ou novos relacionamentos, a pessoa idosa pode experimentar conflito entre aquilo que sente e aquilo que acredita ser socialmente permitido. Os sentimentos de vergonha, insegurança e autocensura descritos no trabalho podem ser compreendidos como manifestações desse conflito entre experiência subjetiva e norma social.

A perspectiva de Erikson (1982) amplia essa análise ao destacar que a velhice envolve revisão da trajetória, integração de experiências e construção de sentido. A sexualidade, entendida de forma ampla, participa dessa história por meio de vínculos, memórias, identidade corporal e experiências de afeto. Negar legitimidade a essa dimensão pode dificultar o reconhecimento de partes importantes da própria trajetória. Por outro lado, a possibilidade de ressignificar intimidade e desejo de acordo com as mudanças do envelhecimento favorece uma visão menos centrada em desempenho e mais conectada à continuidade da identidade e da autonomia.

Carstensen (1999) contribui para entender a valorização crescente de relações emocionalmente significativas. Na velhice, intimidade pode

assumir formas variadas, incluindo toque, conversa, confiança, companheirismo, cuidado mútuo e proximidade emocional. Essa compreensão é coerente com os achados apresentados por Carvalho et al. (2024) e com a discussão de DeLamater (2012), que afastam a ideia de que sexualidade possa ser medida apenas pela frequência de práticas sexuais. O que se observa é uma transformação na expressão, e não necessariamente seu desaparecimento.

A partir desse conjunto de autores, a qualidade de vida aparece associada ao reconhecimento da pessoa idosa como sujeito capaz de escolher e construir vínculos. A proteção psicológica não consiste em estimular um padrão específico de vida sexual, mas em garantir liberdade para que cada indivíduo atribua seus próprios significados à intimidade, ao desejo e às relações. Isso implica respeitar tanto quem deseja manter ou iniciar relacionamentos quanto quem não possui interesse sexual, evitando substituir o estigma da assexualidade por outra expectativa normativa. O princípio central é a autonomia, acompanhada de informação e ausência de julgamento.

4.10.3. Vulnerabilidade Às ISTs e Barreiras na Comunicação em Saúde

A vulnerabilidade às ISTs precisa ser compreendida dentro desse contexto psicossocial. A literatura apresentada no TCC indica que a baixa percepção de risco e a adesão insuficiente a medidas preventivas podem estar relacionadas à ausência de informação direcionada. Silva et al. (2022) são utilizados no trabalho para discutir conhecimento e prevenção, enquanto os boletins do Ministério da Saúde demonstram a relevância epidemiológica do tema. Esses

elementos não autorizam afirmar que o estigma explica sozinho o aumento das infecções, mas sustentam a compreensão de que o silenciamento pode participar da produção de vulnerabilidades evitáveis.

O conceito de vulnerabilidade é particularmente útil porque desloca a análise de uma lógica de responsabilização individual. Uma pessoa pode conhecer parcialmente os métodos preventivos, mas encontrar dificuldades para negociar seu uso; pode desejar realizar testagem, mas não perceber abertura profissional para conversar; ou pode simplesmente não se reconhecer como destinatária das campanhas existentes. Nesses casos, o risco não deriva apenas de uma escolha pessoal, mas de condições sociais, relacionais e institucionais que interferem na capacidade de acessar e utilizar recursos de prevenção.

A comunicação profissional, portanto, ocupa posição estratégica. Ribeiro e Paiva (2019) são citados no trabalho ao apontar dificuldades de profissionais para abordar sexualidade com pacientes idosos. Quando perguntas sobre vida sexual são omitidas sistematicamente, perdem-se oportunidades de identificar dúvidas, orientar sobre preservativos, incentivar testagem e abordar situações de desconforto ou violência. Em contrapartida, uma comunicação respeitosa e contextualizada pode reduzir constrangimentos e fortalecer o vínculo terapêutico, especialmente quando o profissional explica por que determinadas perguntas são relevantes para o cuidado integral.

A Organização Mundial da Saúde (2022) oferece suporte para essa abordagem ao considerar a saúde sexual parte do bem-estar. Essa perspectiva impede que a sexualidade seja lembrada somente

quando surge doença ou disfunção. Para a população idosa, isso é particularmente importante porque uma abordagem exclusivamente centrada no risco pode reforçar constrangimentos e não contemplar questões de intimidade, satisfação, consentimento, identidade e relacionamento. A prevenção das ISTs torna-se mais efetiva quando integrada a uma conversa ampla sobre saúde, direitos e qualidade de vida.

4.10.4. Implicações para a Psicologia, para o SUS e para a Educação em Saúde

Para a Psicologia, os achados reforçam a necessidade de considerar a sexualidade como parte da história de vida e da subjetividade da pessoa idosa. Em atendimentos clínicos, institucionais ou comunitários, questões relacionadas a corpo, autoestima, luto, novos relacionamentos, medo de julgamento e mudanças na intimidade podem aparecer direta ou indiretamente. A escuta psicológica pode contribuir para diferenciar limitações efetivamente relacionadas à saúde de limitações produzidas por crenças sociais internalizadas, favorecendo autonomia e elaboração de conflitos sem impor modelos de comportamento.

Também é importante reconhecer a diversidade da população idosa. O envelhecimento não produz uma experiência única, e os sentidos atribuídos à sexualidade variam conforme história pessoal, gênero, condições de saúde, contexto familiar, valores culturais e características dos vínculos. Essa heterogeneidade reforça a inadequação de abordagens baseadas em pressupostos. A intervenção profissional precisa partir da escuta do indivíduo e de suas demandas, evitando tanto a infantilização quanto a

invisibilização. O cuidado ético pressupõe respeitar privacidade, consentimento e singularidade.

No âmbito do SUS, a Atenção Primária à Saúde possui potencial para incorporar o tema de forma longitudinal e preventiva. A relação de acompanhamento pode favorecer educação em saúde, testagem, identificação de dúvidas e encaminhamentos quando necessários. Para que isso ocorra, é importante que materiais educativos, campanhas e capacitações profissionais incluam explicitamente pessoas idosas. A simples ampliação da faixa etária representada nas ações de prevenção pode contribuir para comunicar que saúde sexual permanece relevante ao longo da vida e que o serviço está disponível para acolher essa demanda.

As ações educativas também devem evitar mensagens moralizantes ou centradas exclusivamente no medo de infecções. Informações sobre prevenção podem ser combinadas com conteúdos sobre autonomia, consentimento, mudanças fisiológicas, uso seguro de medicamentos, importância do diálogo entre parceiros e possibilidade de procurar profissionais diante de dúvidas. Essa abordagem favorece uma compreensão positiva e responsável da sexualidade, reduzindo o contraste entre promoção da qualidade de vida e prevenção de agravos. O objetivo não é estimular comportamentos, mas assegurar que decisões sejam tomadas com informação e liberdade.

Por fim, a articulação entre Psicologia, atenção básica, enfermagem, medicina e ações comunitárias pode contribuir para romper o silêncio que sustenta o estigma. O problema identificado neste estudo é multidimensional e, por isso, requer respostas que também sejam integradas. Enquanto campanhas públicas podem ampliar

visibilidade, profissionais capacitados podem oferecer orientação individualizada, e intervenções psicológicas podem trabalhar os impactos subjetivos do preconceito. A convergência dessas estratégias fortalece a compreensão da pessoa idosa como sujeito de direitos e aproxima a prevenção das ISTs de uma perspectiva mais ampla de dignidade, bem-estar e cuidado integral.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou compreender de que maneira o estigma social e os fatores psicológicos relacionados à sexualidade na velhice influenciam a vulnerabilidade de pessoas idosas às infecções sexualmente transmissíveis. A análise da literatura permitiu concluir que a sexualidade permanece como dimensão relevante do desenvolvimento humano durante o envelhecimento, envolvendo não apenas práticas sexuais, mas também intimidade, afeto, identidade, autoestima, autonomia e vínculos interpessoais.

Em relação ao primeiro objetivo específico, verificou-se que o estigma social interfere na vivência da sexualidade ao reproduzir a ideia de que pessoas idosas seriam assexuadas ou não deveriam expressar desejo. Esse julgamento pode produzir invisibilidade, constrangimento e restrição da autonomia. Quanto ao segundo objetivo, identificou-se que a internalização dessas representações pode favorecer vergonha, insegurança, baixa autoestima, isolamento afetivo e dificuldade de comunicação, com possíveis repercussões sobre o bem-estar psicológico e a qualidade de vida.

No que se refere ao terceiro objetivo, constatou-se que o silenciamento da sexualidade pode contribuir para a vulnerabilidade às ISTs ao reduzir a percepção de risco, dificultar conversas sobre

prevenção e limitar o acesso a informações adequadas. A baixa abordagem do tema nos serviços de saúde e em campanhas educativas tende a reforçar a ideia de que a prevenção não seria necessária na velhice. Por isso, o enfrentamento dessa vulnerabilidade exige que a saúde sexual da pessoa idosa seja incorporada de forma explícita às ações de promoção, prevenção e cuidado.

Conclui-se que a superação dos tabus relacionados à sexualidade na velhice depende de mudanças sociais e institucionais. É necessário ampliar a educação em saúde, qualificar profissionais para abordagens livres de preconceito, fortalecer espaços de escuta e incluir pessoas idosas nas estratégias de prevenção das ISTs. Para a Psicologia, destaca-se a importância de intervenções que respeitem a singularidade, a autonomia e os significados atribuídos à sexualidade, contribuindo para a redução de sentimentos de inadequação e para a valorização dos vínculos afetivos.

Como limitação, destaca-se o caráter bibliográfico e qualitativo da pesquisa, que não permite generalizar os achados para todas as pessoas idosas nem estabelecer relações causais entre estigma e ocorrência de ISTs. Recomenda-se que estudos futuros ampliem a investigação com pesquisas de campo, incluindo diferentes contextos sociais, gêneros, orientações sexuais e condições de saúde, bem como avaliem a efetividade de ações educativas e intervenções profissionais. Ainda assim, a literatura analisada sustenta a necessidade de reconhecer a pessoa idosa como sujeito de direitos, desejos e afetos, assegurando uma abordagem da sexualidade baseada em dignidade, informação, prevenção e cuidado integral.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M. C. **Sexualidade e envelhecimento: desafios contemporâneos.** São Paulo: Atlas, 2022.

ARAÚJO, M. A.; CARLOS, S. M. **Sexualidade e relações familiares na velhice.** Revista Kairós-Gerontologia, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 145-160, 2020.

BALTES, P. B. **Theoretical propositions of life-span developmental psychology: on the dynamics between growth and decline.** Developmental Psychology, Washington, v. 23, n. 5, p. 611-626, 1987.

BARBOSA, R. S.; NUNES, A. L. **Sexualidade, identidade e relações sociais.** Revista Psicologia e Sociedade, Belo Horizonte, v. 34, p. 1-12, 2022.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2016.

BAUMAN, Z. **Amor líquido: sobre a fragilidade dos laços humanos.** Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

BEAUVOIR, S. **A velhice.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1970.

BOWLBY, J. **Apego e perda.** São Paulo: Martins Fontes, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2023.** Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Sífilis 2023.** Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde**. Boletim Epidemiológico HIV/Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. **Estatuto da Pessoa Idosa**. Brasília, DF: Presidência da República, 2024.

BUTLER, R. N. **Why survive? Being old in America**. New York: Harper & Row, 1975.

CALASANTI, T.; KING, N. **Taking women's work "like a man": husbands' experiences of care work**. The Gerontologist, Washington, v. 47, n. 4, p. 516-527, 2007.

CARSTENSEN, L. L. A life-span approach to social motivation. In: HECKHAUSEN, J.; DWECK, C. **Motivation and self-regulation across the life span**. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.

CARVALHO, A. C. **História da sexualidade e moral cristã**. Rio de Janeiro: Vozes, 2023.

CARVALHO, M. A. et al. **Intimidade, sexualidade e qualidade de vida na velhice**. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 1-14, 2024.

COSTA, A. P. **Instituições sociais e sexualidade contemporânea**. Revista Ciências Humanas, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 45-59, 2024.

COSTA, R. M. **Afetividade e envelhecimento humano**. São Paulo: Cortez, 2023.

DAVIS, K. **Medicalização da sexualidade e envelhecimento**. Journal of Aging Studies, Amsterdam, v. 65, p. 1-9, 2023.

DEBERT, G. G. **A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento**. São Paulo: Edusp, 1999.

DEBERT, G. G. **Velhice e o curso da vida pós-moderno**. Revista USP, São Paulo, n. 42, p. 70-83, 2012.

DELAMATER, J. **Sexual expression in later life: a review and synthesis**. Journal of Sex Research, London, v. 49, n. 2-3, p. 125-141, 2012.

DIAS, M. F. **Envelhecimento e sexualidade: desafios atuais**. Revista Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 1-13, 2023.

DINIZ, E. C. et al. **Sexualidade e construção social: perspectivas contemporâneas**. Revista Psicologia em Estudo, Maringá, v. 29, p. 1-15, 2024.

DUVALL, E. M. **Marriage and family development**. Philadelphia: Lippincott, 1985.

ERIKSON, E. H. **Childhood and society**. New York: Norton, 1950.

ERIKSON, E. H. **O ciclo de vida completo**. Porto Alegre: Artmed, 1998.

ERIKSON, E. H. **The life cycle completed**. New York: Norton, 1982.

FERREIRA, L. P.; LIMA, V. S. **Medicalização da sexualidade e controle social.** Revista Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 48, n. 140, p. 88-101, 2024.

FILEBORN, B. **Sexuality, intimacy and ageing.** London: Routledge, 2016.

FIOCRUZ. **Sexualidade e envelhecimento: desafios para a saúde pública.** Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2019.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: a vontade de saber.** Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FRANKL, V. E. **Em busca de sentido.** Petrópolis: Vozes, 2008.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia.** São Paulo: Paz e Terra, 2022.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas.** Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GIDDENS, A. **A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas.** São Paulo: UNESP, 1993.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 2022.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** São Paulo: Atlas, 2019.

GOFFMAN, E. **A representação do eu na vida cotidiana.** Petrópolis: Vozes, 1959.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

GOLDENBERG, M. **Corpo, envelhecimento e felicidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

GOMES, A. P.; **SILVA, J. R. Estigma e sexualidade na velhice**. Revista Psicologia & Sociedade, Belo Horizonte, v. 36, p. 1-16, 2024.

GOTT, M. **Sexuality, sexual health and ageing**. Maidenhead: Open University Press, 2004.

HINCHLIFF, **S. Ageing and sexual health**. London: Routledge, 2011.

HSU, C.; O'CONNOR, D. **Sexualidade, envelhecimento e bem-estar psicológico**. Journal of Aging and Health, Thousand Oaks, v. 35, n. 2, p. 215-230, 2023.

IBGE. **Projeções da população do Brasil e unidades da federação**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

JAMIESON, L. **Intimacy: personal relationships in modern societies**. Cambridge: Polity Press, 1998.

KALACHE, A. **Envelhecimento populacional e saúde pública**. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 423-424, 2013.

KAPLAN, H. S. **A nova terapia do sexo**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2006.

KLEINPLATZ, P. **New directions in sex therapy.** New York: Brunner-Routledge, 2001.

LEHMANN, M. **Corpo, envelhecimento e sexualidade.** Revista Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento, Porto Alegre, v. 27, p. 1-15, 2022.

LINDAU, S. T. et al. **A study of sexuality and health among older adults in the United States.** New England Journal of Medicine, Boston, v. 357, n. 8, p. 762-774, 2007.

LINK, B. G.; PHELAN, J. C. **Conceptualizing stigma.** Annual Review of Sociology, Palo Alto, v. 27, p. 363-385, 2001.

LOPES, R. F. **Envelhecimento, autoestima e sexualidade.** São Paulo: Cortez, 2018.

MALTZ, W. **The sexual healing journey.** New York: HarperCollins, 2012.

MCCARTHY, B. **Rekindling desire.** New York: Routledge, 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2012.

NERI, A. L. **Qualidade de vida na velhice.** Campinas: Alínea, 2014.

OLIVEIRA, J. R.; MARTINS, P. S. **Sexualidade e envelhecimento: desafios contemporâneos.** Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, Passo Fundo, v. 22, n. 1, p. 1-15, 2025.

PAGE, M. J. et al. **The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews.** BMJ, London, v. 372, n. 71, p. 1-9, 2021.

PAPALIA, D. E.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano.** Porto Alegre: AMGH, 2013.

PEREIRA, A. C. **Gênero e sexualidade: perspectivas contemporâneas.** Revista Estudos Feministas, Florianópolis, v. 31, n. 2, p. 1-14, 2023.

PEREIRA, M. G.; GALVÃO, T. F. **Revisões sistemáticas da literatura: fundamentos e aplicações.** São Paulo: Atheneu, 2022.

RIBEIRO, E. A.; PAIVA, L. M. **Sexualidade da pessoa idosa e atenção à saúde.** Revista Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 43, n. 123, p. 245-258, 2019.

RODRIGUES, C. A. **Sexualidade como construção histórica e cultural.** Revista Ciências Humanas, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 35-49, 2023.

ROGERS, C. **Tornar-se pessoa.** São Paulo: Martins Fontes, 1961.

SAMPAIO, R. F.; MANCINI, M. C. **Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica.** Revista Brasileira de Fisioterapia, São Carlos, v. 11, n. 1, p. 83-89, 2007.

SANTOS, M. R.; PEREIRA, J. F. **Estigma social e sexualidade na velhice.** Revista Kairós-Gerontologia, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 115-130, 2022.

SANTOS, R. C.; RIBEIRO, L. **A. História da sexualidade: perspectivas socioculturais.** Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, v. 37, n. 108, p. 1-15, 2022.

SILVA, A. R.; ALMEIDA, P. F. **Estigma, ansiedade e depressão em idosos.** Revista Psicologia: Teoria e Prática, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 1-14, 2023.

SILVA, J. P.; COSTA, M. L. **Sexualidade e envelhecimento: desafios para a promoção da saúde.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 76, n. 2, p. 1-10, 2023.

SILVA, R. A. et al. **Conhecimento e prevenção de ISTs entre idosos brasileiros.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 56, p. 1-12, 2022.

SOUZA JÚNIOR, J. F. et al. **Sexualidade e qualidade de vida no envelhecimento.** Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1-12, 2023.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. **Revisão integrativa: o que é e como fazer.** Einstein, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2022.

SOUZA, P. R.; LIMA, T. A. **Aspectos psicológicos da sexualidade na velhice.** Revista Psicologia em Pesquisa, Juiz de Fora, v. 17, n. 2, p. 1-13, 2023.

STUART-HAMILTON, I. **The psychology of ageing.** London: Jessica Kingsley Publishers, 2002.

TRÆEN, B.; ŠTULHOFER, A.; JANSSEN, E. **Sexual activity and sexual satisfaction among older adults.** Journal of Sex Research, London, v. 56, n. 4-5, p. 532-542, 2019.

UNITED NATIONS. **World population ageing 2021**. New York: United Nations, 2021.

VERAS, R. P. **Envelhecimento populacional contemporâneo: desafios para a saúde pública**. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 1-5, 2022.

VIEIRA, K. F. L.; COUTINHO, M. P. L. **Qualidade de vida e envelhecimento**. João Pessoa: UFPB, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Active ageing: a policy framework**. Geneva: WHO, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global report on ageism**. Geneva: WHO, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach**. Geneva: WHO, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on ageing and health**. Geneva: WHO, 2015.

Curso de Psicologia – Centro Universitário Fametro (FAMETRO),
Manaus/AM Orientadora: Prof.^a Msc. Katy Yovana Mendes Siccha