

Sexualidade e Envelhecimento

Jorge Cardoso [Psicólogo Clínico no Hospital Júlio de Matos e Professor Associado no Instituto Superior de Ciências da Saúde – Sul]

INTRODUÇÃO

Neste início de milénio a população mundial ronda os 6,3 biliões de pessoas (ONU, 2003). Paralelamente, verifica-se que nas últimas cinco décadas a expectativa de vida aumentou, a nível mundial, cerca de 20 anos – de 46,5 anos em 1950-1955, para 66 anos em 2000-2005 (ONU, 2002). Os dados oficiais referentes à Europa do Sul mostram-nos que os indivíduos nascidos em 2005 podem esperar viver aproximadamente 80 anos, se pertencentes ao sexo feminino, e 74 anos, se pertencentes ao sexo masculino (ONU, 2002). Evidenciando a continuidade desta tendência, as projecções referentes aos nados entre 2025-2030 apontam para uma esperança média de vida de 83 e 77 anos, respectivamente nas mulheres e nos homens (ONU, 2002). Centrando-nos na realidade nacional, constatamos que no ano de 2000 a expectativa de vida encontrava-se muito perto dos 80 anos no feminino e aproximava-se dos 73 anos no masculino (ONU, 2001). Todos estes números substanciam aquilo que já todos sabíamos – tem-se verificado um aumento extremamente significativo da população idosa.

Para além dos avanços científicos, que possibilitaram uma transformação das ‘ciências da doença’ em ‘ciências da saúde’, também a melhoria das macro e micro condições de vida teve um papel preponderante no crescente adiamento da morte. Segundo Sontag (1988), ao nascer, todos nós somos investidos de uma dupla cidadania – a do reino da saúde e a do reino da doença. Actualmente, sendo questionável se somos mais saudáveis que no passado, é inquestionável que podemos viver durante muitos anos no reino da doença. A multiplicidade de doenças crónicas comprova-o.

Sinal dos tempos, onde antes predominava a preocupação com a finitude da vida, agora ganha protagonismo a preocupação com a qualidade da mesma. Sinteticamente podemos dizer que a qualidade de vida reflecte uma percepção individual subjectiva acerca dos vários domínios da vida, dependendo de inúmeros factores. A sexualidade representa uma das valências com impacto significativo sobre a qualidade de vida, independentemente da idade da pessoa.

O padrão de resposta sexual tende a manifestar sucessivas alterações ao longo da vida, facto que também é verdadeiro em relação à senescência. Todavia, a focalização no inevitável envelhecimento das estruturas nervosas e vasculares parece claramente reducionista, tanto mais se ilustrar uma concepção fatalista baseada numa hipotética perda de funcionalidades genitais. Segundo os clássicos Masters e Johnson (1986), a resposta sexual humana pode ir ficando mais lentificada ao longo do processo de envelhecimento, mas certamente não deixa de existir.

Os primeiros trabalhos a demonstrar inequivocamente que as pessoas idosas continuavam a ter pensamentos e desejos sexuais (Christenson & Gagno, 1965; Pfeiffer, Verwoerd & Wang, 1968, 1969) confrontaram-se com uma resistência colectiva à assimilação deste facto. Desde então, têm-se verificado algumas mudanças, mas a importância conferida à sexualidade no envelhecimento ainda continua demasiado marginal.

ENVELHECIMENTO

Qualquer tentativa de delimitação etária do momento em que se inicia o envelhecimento está condenada ao

QUADRO 1 - FACTORES ASSOCIADOS AO ENVELHECIMENTO

- Diminuição do vigor físico e psíquico
- Menor capacidade de trabalho
- Aumento da incidência dos problemas de saúde, designadamente doenças de evolução para a cronicidade
- Potencialização dos efeitos negativos de determinados estilos de vida, como o stresse, excessos alimentares, alcoolismo, tabagismo e sedentarismo
- Polimedicação e respectivos efeitos iatrogénicos
- Alterações endócrinas, formatadas em torno daquilo que se convencionou designar como menopausa e andropausa

fracasso. Numa perspectiva dicotómica, tal equivaleria a definir a altura em que deixamos de ser novos e passamos a ser velhos. Tendencialmente, observa-se uma imposição subtil do critério funcional-profissional, constituindo a reforma o principal marcador da transição. Contudo, quer do ponto de vista orgânico, quer, sobretudo, do psicológico, este sujeito – agora reformado, o que desde logo implica alguma penalização social, porque já não se inclui nas ‘forças produtivas’ – pode continuar a assumir e a vivenciar uma identidade dissonante com a formatação do que representa ser idoso.

Propondo como balizas as proximidades dos 50 anos, enquanto altura do início da involução corporal, e o período entre os 65 e os 80 anos, como a fase correspondente à 3ª idade, ou seja, à velhice propriamente dita, temos definido o período onde podemos inscrever as características do envelhecimento.

Relativamente aos quadros clínicos de base orgânica, que consoante o grau de severidade morfológica, fisiológica e funcional podem implicar diferentes níveis de perturbação sexual, destacamos os seguintes:

- Diabetes
- Hipertensão arterial
- Arteriosclerose
- Acidente vascular cerebral
- Cancro da próstata
- Cancro da mama
- Cancro colo-rectal
- Insuficiência cardíaca
- Doenças da tiróide
- Doença de Parkinson
- Esclerose múltipla
- Doenças reumáticas

A qualidade de vida durante a 3ª idade está directamente relacionada com as atitudes e comportamentos individuais, o envolvimento familiar e o suporte social. A procura de um envelhecimento activo, que pode passar pela participação comunitária ou centrar-se preferencialmente na família, promove um sentimento de utilidade com reflexos sobre a auto-estima. Do ponto de vista social, seria desejável encontrar mecanismos de aproveitamento da experiência e disponibilidade dos mais velhos, de modo a constituírem uma mais-valia no desenvolvimento afectivo e cognitivo das crianças.

Sinteticamente, o importante é que o envelhecimento não represente uma mera espera passiva por algo que, paradoxalmente, se deseja que chegue o mais tarde possível.

ENVELHECIMENTO SEXUAL FEMININO

A menopausa (*meno*=menstruação, *pausis*=cessação) é um processo natural, caracterizado pela paragem definitiva das menstruações, resultante da perda de actividade do ovário. A falência ovárica, com a respectiva ausência de produção de progesterona e estrogénios, ocorre habitualmente entre os 45 e os 50 anos, sendo clinicamente diagnosticada após 12 meses de amenorreia. O climatério é o período que se inicia com o aparecimento das primeiras manifestações sinalizadoras do aproximar da menopausa – irregularidades menstruais, afrontamentos, alterações do humor –, terminando cerca de um ano após a data da última menstruação.

Factores como a proveniência da Bacia Mediterrânica, celibato, nuliparidade, malnutrição e hábitos tabágicos estão associados a um aparecimento mais precoce

da menopausa. Contudo, o factor hereditário parece ser aquele com maior valor predictor – a menopausa aparece em idades semelhantes nas mães e nas filhas.

A passagem de uma fase reprodutiva para uma fase pós-reprodutiva exige um ajustamento físico e psicológico, no qual hormonas e emoções balanceiam a caminho de um novo equilíbrio, por vezes difícil de alcançar.

Os afrontamentos, vulgarmente descritos como ondas de calor que percorrem o corpo em sentido ascendente, produzindo rubor da face, pescoço e peito, representam o sintoma mais referenciado na menopausa. Esta manifestação, que frequentemente se faz acompanhar de sudação, palpitações e sensação de angústia, afecta a maioria das mulheres menopáusicas, persistindo muitas vezes durante mais de cinco anos (Ouzounian & Christin-Maitre, 2005).

Para além do impacto directo das manifestações menopáusicas (Quadro 2), existe um negativismo, socialmente construído e individualmente incorporado, que tende a desvalorizar a mulher nesta fase da vida. Numa sociedade em que a feminilidade ainda se encontra fortemente conotada com a maternidade, a perda da capacidade procriativa pode ter um significado, simbólico ou não, gerador de um sentimento de inferioridade. Na mesma linha, poderá existir uma auto-percepção de menor atractividade pessoal, aliada a uma aparência corporal difícil de compatibilizar com aquela que é mitificada socialmente (Buss, 1994). Estes aspectos tendem ainda a ser reforçados por previsíveis alterações ao nível da esfera sexual.

A síndrome associada ao défice hormonal é verdadeiramente actualizada na vivência diária. Quanto mais as circunstâncias psico-sociais contribuírem para fragilizar a mulher, mais complicada será a aceitação da menopausa. A conjuntura relacional, designadamente os vínculos afectivos, a comunicação, a divisão do(s) poder(es) e a postura do casal face ao erotismo e à sexualidade representam alguns dos principais aspectos a ter em conta no confronto adaptativo com a nova realidade.

O Quadro 3 mostra-nos as principais possíveis alterações sexuais pós-menopausa (Bachmann, 1995; Dennerstein et al., 1994; Meston, 1997; Nappi et al., 2001; Oldenhave et al., 1993). Importa, contudo, esclarecer que estas não são universais.

Paralelamente, consideramos que no campo das perturbações sexuais, independentemente da fase de vida, reina um apreciável confusionismo entre dificuldades e disfunções sexuais. Esquece-se que o diagnóstico de disfunção sexual deve pressupor sempre persistência ou recorrência do(s) sintoma(s), surgindo categorizações precipitadas e indutoras de problematização, quando muitas vezes a intervenção terapêutica indicada passa precisamente pela desdramatização.

Mesmo face à efectiva existência de dificuldades ou disfunções sexuais, a informação/aconselhamento sexual ou a terapia sexual poderão reverter ou atenuar os problemas. Intervenções de cariz pedagógico – e.g. explicar ao par sexual que a menor apetência sexual pode ser contrariada pela qualidade da tomada de iniciativa do parceiro – ou sugestões específicas – e.g.

QUADRO 2 - MANIFESTAÇÕES MENOPÁUSICAS

- Afrontamentos
- Secura vaginal
- Dispareunia
- Alterações mnésicas
- Insónia
- Irritabilidade
- Humor deprimido
- Fadiga
- Cefaleias

- Alterações do peso
- Osteoporose
- Hipertensão arterial
- Arteriosclerose
- Atrofia vulvo-vaginal
- Incontinência urinária
- Insegurança
- Dores articulares
- Alterações no cabelo e pele

QUADRO 3 - ALTERAÇÕES SEXUAIS NA MULHER IDOSA

- Alterações morfológicas vaginais
 - O útero regride ao tamanho pré-pubere
 - Atrofia do endométrio e da mucosa do colo uterino
 - Vagina mais curta e menos flexível
- Diminuição do desejo sexual
- Diminuição da frequência da actividade sexual
- Dificuldades de excitação
 - Lubrificação vaginal deficitária
 - Menor tensão psicológica
- Desconforto face ao envolvimento sexual / Dispareunia
- Resposta orgásmica mais tardia
- Orgasmo menos intenso e com menor número de contracções
- Eventual perda de capacidade multi-orgásmica

propor a utilização de um lubrificante vaginal que compense o défice de lubrificação resultante da diminuição de estrogénios; sugerir posições sexuais compatíveis com limitações físicas – constituem armas terapêuticas a ter em conta, quer como complemento da terapia hormonal de substituição, quer como opção preferencial.

Ainda no âmbito da sexualidade feminina ao longo do envelhecimento, importa chamar a atenção para duas problemáticas, por vezes negligenciadas – a incontinência urinária e a osteoporose (Ouzounian & Chabbert-Buffet, 2005; Ribot, Trémollières & Pouillès, 2005). A primeira ultrapassa largamente a moldura higiénica, remetendo para uma ampla matriz psicossocial que inclui alterações nos hábitos de vida, isolamento social, ansiedade e depressão, evitamento de

actividades físicas e das relações sexuais, sentimentos de vergonha e inferioridade e, frequentemente, institucionalização. Actualmente, existem várias modalidades terapêuticas que, isoladamente ou em complementaridade, podem resolver as perdas involuntárias de urina – terapias comportamentais, cirúrgicas, farmacológicas e fisioterapia. Quanto à osteoporose, que não raramente cursa com outras doenças do foro reumatológico condicionando um vivido marcado pela dor crónica, importa desconstruir a crença de que o prazer sexual é incompatível com a experiência dolorosa. A prática clínica diz-nos que, por vezes, a mera explicação de que durante o envolvimento sexual ocorre uma libertação de endorfinas, que constituem uma espécie de analgésicos naturais, é suficiente para alterar comportamentos sexuais até aí caracterizados pela abstinência resignada.

ENVELHECIMENTO SEXUAL MASCULINO

Andropausa (*andros*=masculino, *pausis*=cessação) foi o termo encontrado para estabelecer uma analogia com a síndrome verificada nas mulheres, chegando mesmo a utilizar-se a expressão *menopausa masculina*. Não cremos que a escolha tenha sido particularmente feliz. Primeiro, numa perspectiva etimológica, parece que se ‘acabou como homem’, quer no que respeita à vivência sexuada quer no que concerne ao exercício do papel de género. Segundo, embora a andropausa reenvie para uma constelação de manifestações associadas ao envelhecimento (Quadro 4), a sua tradução bioquímica envolve uma deficiência androgénica, designadamente ao nível da produção de testosterona. Ora, sendo verdade que no feminino a amenorreia constitui um marcador claro, tal objectividade não se verifica no masculino. No homem, para além de não ocorrer uma inversão na

QUADRO 4 - MANIFESTAÇÕES ANDROPÁUSICAS

- Redução da força e massa muscular
- Aumento da gordura visceral
- Osteoporose
- Diminuição da pilosidade
- Ginecomastia
- Irritabilidade
- Humor deprimido
- Ansiedade
- Lentificação do pensamento
- Alterações da orientação espacial
- Alterações mnésicas
- Desmotivação
- Alterações da sexualidade

capacidade fertilizante, a diminuição dos níveis hormonais e os sintomas globais resultantes das alterações no eixo hipotálamo-hipófise-testículo, são lentos e progressivos. Por fim, embora a menopausa acompanhe a mulher em cerca de um terço da sua vida, as manifestações de andropausa revelam uma grande variabilidade individual quanto ao aparecimento e intensidade das mesmas, existindo inclusive homens em relação aos quais, independentemente da idade, não faz sentido falar de andropausa.

Clarificada a impossibilidade da andropausa constituir um decalque da menopausa, interessa apontar alguns aspectos que podem contribuir para precipitar e/ou acelerar o declínio da função gonadal masculina.

FACTORES DE RISCO NA ANDROPAUSA

- Consumo excessivo de substâncias (álcool, tabaco e outras drogas)
- Sedentarismo
- Maus hábitos alimentares
- Medicação
- Hipertensão arterial
- Problemas psíquicos
- Perturbações hormonais
- Saúde geral debilitada

Como podemos observar no Quadro 5, o envelhecimento masculino em geral e a andropausa em particular podem acarretar alterações sexuais (Bortz, Wallace & Wiley, 1999; Davidson, Chen, Crapo, Gray, Greenleaf & Catania, 1983; Metz & Miner, 1998; Rowland, Greenleaf, Dorfman & Davidson, 1993; Schiavi, 1991, 1999; Tsitouris, Martin & Harman, 1982) que, contudo, não devem ser generalizadas a todos os indivíduos (Schiavi et al., 1990).

Parece ser consensual que a diminuição do interesse sexual e da frequência do envolvimento sexual são mais preponderantes nas mulheres (Buss, 1994; Delo et al., 1998). Estes dados tendem no entanto a encontrar-se excessivamente polarizados numa sexualidade funcional, focalizada nos genitais e no desempenho. Se abrissemos o leque dos formatos de expressão sexual, provavelmente constataríamos uma realidade diferente. Mesmo quando o coito não é possível, ou não é desejado, a sexualidade e o erotismo continuam a possibilitar inúmeras vias de acesso ao prazer e à satisfação sexual..., a não ser que a estereotipia social-

QUADRO 5 - ALTERAÇÕES SEXUAIS NO HOMEM IDOSO

- Diminuição do desejo sexual (apetência, fantasias)
- Diminuição da frequência da actividade sexual
- Dificuldades/Disfunção erétil
 - Excitação mais demorada
 - Qualidade da erecção (rigidez, duração)
 - Diminuição das erecções espontâneas
 - Diminuição das erecções nocturnas/matinais
 - Impotência
- Alterações da resposta ejaculatória
 - Diminuição da percepção do ponto de inevitabilidade ejaculatória
 - Diminuição do líquido pré-ejaculatório
 - Diminuição da força e volume do ejaculado
 - Ejaculação retardada
- Alterações do orgasmo
 - Resposta orgásmica mais demorada
 - Orgasmo menos intenso/duradouro
 - Aumento da incidência de relações sexuais sem orgasmo
- Detumescência mais rápida
- Aumento significativo do período refractário

individual exerça um papel – infelizmente frequente –, de invalidação.

A tendencial diminuição da actividade sexual nos homens idosos (Levy, 1994; McKinlay & Feldman, 1994) não resulta necessariamente da existência de disfunção sexual, nomeadamente incapacidade erétil. Excepto nas situações mais gravosas, de etiologia orgânica ou psicológica, o homem envelhecido atinge e mantém uma erecção adequada, embora leve mais tempo a consegui-lo e exija uma estimulação mais eficaz e mais localizada sobre os genitais. A negatização da sexualidade do presente por comparação com a do passado, tantas vezes traduzida pelas palavras *Dantes bastava-me...*, é facilmente desconstruída pela dupla questão: *Então, e dantes, em quanto tempo corria os 100m? E agora?*

De acordo com o Massachusetts Male Ageing Study (Feldman, Goldstein & Hatzichristou, 1994; McKinlay & Feldman, 1994), tendo por suporte uma amostra comunitária (n=1290) de homens entre os 40 e os 70

anos, cerca de 10% apresentavam disfunção eréctil completa. As patologias cardíacas, a hipertensão, a diabetes, a depressão e a iatrogenia farmacológica eram os factores que mais se correlacionavam com a ausência de resposta eréctil.

Actualmente, nos quadros de disfunção eréctil, os inibidores da fosfodiesterase tipo 5 – sildenafil, tadalafil e vardenafil – representam uma solução terapêutica de fácil utilização, apreciável eficácia, mas com algumas contra-indicações e efeitos secundários e, sobretudo, custos financeiros muitas vezes incomportáveis. Defendemos que, à semelhança destes fármacos de administração oral, claramente indicados para vários tipos de disfunção eréctil de causalidade comprovadamente orgânica, também a psicoterapia sexual deve constituir uma terapêutica de 1ª linha, quer numa perspectiva de complementaridade quer como opção exclusiva nas disfunções de etiologia psicogénica. A prática clínica mostra-nos que, frequentemente, dificuldades sexuais resolúveis – de uma forma menos ‘invasiva’ – através da psicoterapia sexual, são problematizadas excessivamente de modo a configurarem disfunções sexuais que legitimem a intervenção farmacológica.

Já Masters e Johnson (1970) defendiam que o homem idoso é potencialmente um parceiro sexual eficaz, referindo existirem mesmo algumas vantagens resultantes do envelhecimento – “A sua eficácia sexual baseia-se não só na sua experiência sexual anterior mas também no facto específico do maior controlo fisiológico sobre o processo ejaculatório” (p. 326).

12

NOTAS FINAIS

O envelhecimento não é uma doença. A menopausa e a andropausa não são doenças. Todos constituem processos naturais. Também a sexualidade representa uma dimensão natural, ao longo de toda a vida e não apenas numa parte desta. Contudo, ao ser considerada uma actividade própria, e quase monopólio, dos sujeitos jovens, saudáveis e – de preferência – fisicamente atraentes, originou-se uma atitude de esquecimento, activo e passivo, face à sexualidade das pessoas idosas.

O desconhecimento, os mitos e as falácias que povoam o tecido social conjugam-se com a negligência, a falta de tempo e as dificuldades pessoais dos profis-

sionais de saúde em abordar o tema, resultando num evitamento colectivo, que inclui os próprios interessados. Se a sociedade veicula uma sexualidade pouco inclusiva para os idosos e se os ‘especialistas’ não formulam a pergunta que estes por vezes aguardam pacientemente durante anos – *Como é que vai a sua vida sexual?* –, tende a instalar-se a resignação e o conformismo. Noutras ocasiões, a fuga ao conformismo choca com o preconceito e com a discriminação, dando lugar à vergonha e à culpa.

Convenhamos que, nos últimos anos, a sexualidade das pessoas com mais idade tem vindo a ser alvo de uma atenção crescente. No entanto, é importante existirem alguns cuidados. O ‘nosso olhar’ deve contemplar diferenças geracionais, deve ter em consideração uma eventual diminuição do potencial sexual e deve, acima de tudo, ser um olhar amplo sobre a sexualidade. Sendo estes alguns dos aspectos genéricos, existem igualmente ‘pormenores’ com tanta ou mais significância – a falta de privacidade quando as circunstâncias obrigam à mudança para casa dos filhos; a institucionalização e o menosprezo pelas relações afectivo-sexuais que lhe está associada; a ausência de companheiro/a; as dificuldades económicas e respectivas consequências; o medo das doenças e da morte, entre outros.

A terminar, tenhamos presente que a expressão da sexualidade constitui um direito e não um dever. Cada pessoa, independentemente da idade, deve ter liberdade para decidir se quer ou não envolver-se sexualmente. A simetria relacional e o respeito pela vontade do outro são essenciais. A título de exemplo, compreendamos que o acto de prescrever uma embalagem de comprimidos – que, apesar de serem tomados pelo sujeito sexualmente disfuncional, vão ter um reflexo no seio do par sexual – terá sempre de contemplar uma avaliação e preparação prévias do casal. Caso contrário, a sexualidade pode tornar-se – naquilo que tantas vezes representa um regresso ao passado – uma obrigatoriedade indesejada, ou conduzir a ‘soluções alternativas’. Sem qualquer pretensão moralista, o enorme aumento de infecções HIV na população idosa é parcialmente justificado pela banalização dos fármacos destinados à promoção da resposta eréctil, facto que se deveria fazer acompanhar de medidas informativas e formativas especificamente orientadas para esta franja populacional. A Saúde Sexual é muito mais que o restabelecimento de funcionalidades! x

BIBLIOGRAFIA

- Bachmann, G. (1995). Influence of menopause on sexuality. *International Journal of Fertility*, 40, 16-22.
- Bortz, W., Wallace, D. & Wiley, D. (1999). Sexual function in 1202 aging males: Differentiating aspects. *The Journals of Gerontology*, 54(5), 237-241.
- Buss, D. (1994). *The evolution of desire*. New York: Basic Books.
- Christenson, C. & Gagnon, J. (1965). Sexual behavior in a group of older women. *Journal of Gerontology*, 20, 351-356.
- Davidson, J. M., Chen, J., Crapo, L., Gray, G., Greenleaf, W. & Catania, J. (1983). Hormonal changes and sexual function in aging men. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 57, 71-77.
- Delo, M., et al. (1998). Sexual feelings and sexual life in an Italian sample of 335 elderly 65 to 106 year olds. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 6, 155-162.
- Dennerstein, L., Smith, A., Morse, C. & Burger, H. (1994). Sexuality and the menopause. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 15, 59-66.
- Eardley, I., Dean, J., Barnes, T., et al. (2004). The sexual habits of British men and women over 40 years old. *British Journal of Urology*, 93, 563-567.
- Feldman, H., Goldstein, I., Hatzichristou, D., et al. (1994). Impotence and its medical and psychosocial correlates: Results of the Massachusetts Male Ageing Study. *Journal of Urology*, 151, 54-61.
- Levy, J. (1994). Sex and sexuality in later life stages. In A. Rossi (Ed.), *Sexuality across the life course* (pp. 287-309). London: The University of Chicago Press.
- Masters, W. & Johnson, V. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown.
- Masters, W. & Johnson, V. (1986). *Masters and Johnson on sex and human bonding*. Boston: Little, Brown.
- McKinlay, J. & Feldman, H. (1994). Age-related variation in sexual activity and interest in normal men: Results from the Massachusetts Male Aging Study. In A. Rossi (Ed.), *Sexuality across the life course* (pp. 261-285). London: The University of Chicago Press.
- Meston, C. (1997). Aging and sexuality. *Western Journal of Medicine*, 167, 285-290.
- Metz, M. E. & Miner, M. H. (1998). Psychosexual and psychosocial aspects of male aging and sexual health. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 7(3), 231-244.
- Nappi, R., Veneroni, F., Verde, J., et al. (2001). Climacteric complaints, female identity and sexual dysfunctions. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27, 567-576.
- Oldenhave, A., Jaszmann, L., Haspels, A. & Everaerd, W. (1993). Impact of climacteric on well-being: A survey based on 5213 women 39 to 60 years old. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 168, 772-780.
- Ouzounian, S. & Chabbert-Buffet, N. (2005). Surveillance d'une femme ménopausée. *La Revue du Praticien*, 55(4), 403-409.
- Ouzounian, S. & Christin-Maitre, S. (2005). Qu'est-ce que la ménopause? *La Revue du Praticien*, 55(4), 363-368.
- Persson, G. (1980). Sexuality in a 70-year-old urban population. *Journal of Psychosomatic Research*, 24, 335-342.
- Pfeiffer, E. (1975). Sex and aging. In L. Gross (Ed.), *Sexual issues in marriage* (pp. 43-49). New York: Spectrum.
- Pfeiffer, E., Verwoerd, A. & Wang, H. (1968). Sexual behavior in aged men and women. *Archives of General Psychiatry*, 19, 753-758.
- Pfeiffer, E., Verwoerd, A. & Wang, H. (1969). The natural history of sexual behavior in a biologically advantaged group of aged individuals. *Journal of Gerontology*, 24, 193-198.
- Ribot, C., Trémollières, F. & Pouillès, J.-M. (2005). Traitement de l'ostéoporose post-ménopausique. *La Revue du Praticien*, 55(4), 393-400.
- Rowland, D. L., Greenleaf, W. J., Dorfman, L. J. & Davidson, J. M. (1993). Aging and sexual function in men. *Archives of Sexual Behavior*, 22(6), 545-557.
- Schiavi, R. (1999). *Aging and male sexuality*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Schiavi, R. C. (1991). Sexuality and aging in men. In J. Bancroft, C. M. Davis & D. Weinstein (Eds.), *Annual Review of Sex Research* (Vol. 1, pp. 227-249). Lake Mills, IA: The Society for the Study of Sex.
- Schiavi, R., Schreiner-Engel, P., Mandeli, J., et al. (1990). Healthy aging and male sexual function. *American Journal of Psychiatry*, 147, 766-771.
- Sontag, S. (1998). *A doença como metáfora e a sida e as suas metáforas*. Lisboa: Quetzal Editores.
- Tsitouris, P. D., Martin, C. E. & Harman, S. M. (1982). Relationship of serum testosterone to sexual activity in healthy elderly men. *Journal of Gerontology*, 37, 288-293.
- United Nations (2001). *Demographic yearbook*. New York.
- United Nations (2003). *World population prospects: The 2002 revision* (Vol. 1). New York.
- United Nations Population Division (2002). *World population ageing: 1950-2050*. New York.