

A PERCEÇÃO E O ENVELHECIMENTO DA MULHER IDOSA RELACIONADO À SEXUALIDADE, E ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO PROPORCIONANDO MELHOR QUALIDADE DE VIDA

RAMOS, Paola de Oliveira¹
TROMBETA, Silvana Ribeiro da Silva²
REIS, Veronice T³

RESUMO

Algumas mudanças físicas e psicológicas ocorrerem na terceira idade. A principal delas é com relação à sexualidade feminina. Fatores fisiológicos e psicológicos comprometem a sexualidade da mulher idosa. Fisiologicamente, o envelhecimento tem início relativamente precoce, logo após o término da fase de desenvolvimento e estabilização, perdurando longo período pouco perceptível, até que as alterações estruturais e/ou funcionais tornam-se grosseiramente evidentes. Diante desse problema, as autoras têm como objetivo destacar as principais alterações e como elas podem ser enfrentadas, para que, mesmo na terceira idade, a mulher possa ter uma sexualidade ativa e prazerosa, enfatizando a importância da relação enfermeiro X cliente como modo de interação de confiança, levando em consideração as suas limitações, mudanças orgânicas e a própria ansiedade.

PALAVRA-CHAVE: sexualidade, mulher, terceira idade.

PERCEPTION AND AGING OF ELDERLY WOMEN RELATED TO SEXUALITY, AND NURSE'S PERFORMANCE PROVIDING BETTER QUALITY OF LIFE

ABSTRACT

Some physical and psychological changes occur in old age. The main one is related to female sexuality. Physiological and psychological factors compromise the sexuality of elderly women. Physiologically, aging begins relatively early, just after the end of the development and stabilization phase, lasting for a long period that is barely noticeable, until structural and / or functional changes become grossly evident. Faced with this problem, the authors aim to highlight the main changes and how they can be dealt with, so that, even in old age, women can have an active and pleasurable sexuality, emphasizing the importance of the nurse X client relationship as a way of interaction confidence, taking into account their limitations, organic changes and anxiety itself.

KEYWORDS: Sexuality, Woman, Old Age.

1. INTRODUÇÃO

A política Nacional do idoso tem como objetivo assegurar ao idoso seus direitos sociais, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade para fins de atendimento. Considera-se o idoso a pessoa de mais de 60 anos ou mais (FREITAS, 2002).

Essa política visa proporcionar ao idoso maior segurança, proteção e dignidade, esta vem seguida de várias leis beneficiando – o na sociedade. A lei nº 8842/94, artigo 3 inciso I esclarece: A família, a sociedade e o estado tem o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e direito à vida (FREITAS, 2002).

A sociedade se encontra ainda preconceituosa e imatura para compreender que o idoso pode ser capaz de realizar tarefas, mas é diante disto que a lei vem reforçar os direitos dos idosos e a responsabilidade da sociedade para com eles.

Respeitando as limitações assinaladas e dentro de uma visão prioritariamente biogerontológica o envelhecimento é conceituado como processo dinâmico e progressivo onde há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e fisiológicas que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de progressos patológicos que terminam por levá-lo à morte (PAPALEO, 1996).

E diante dessas modificações o idoso deve ter consciência de suas limitações para conseguir assim manter uma vida saudável e principalmente agradável.

Na terceira idade vão ocorrer alterações hormonais, emocionais e sócio-culturais onde estas vão interferir na sexualidade que é uma função vital desde a infância à velhice e esta no idoso é abolida e colocada em segundo plano (POTTER, 1999).

Pensa-se ser errado um idoso comentar que ainda mantém relação com seu parceiro por isto não ser mais possível na terceira idade ou porque a sociedade ridiculariza a existência dessa situação favorecendo com que este idoso se sinta reprimido quanto a sua sexualidade.

Algumas mudanças físicas e psicológicas vão ocorrer nesta faixa etária. A principal mudança na resposta sexual masculina se dá na velocidade com que a ereção ocorre, pois acostumado a ter uma ereção rápida a ideia de ter uma ereção surgindo lentamente é assustadora e frustrante. As mudanças sexuais na mulher são mais lentas e progressivas pela diminuição na produção de hormônios femininos, sofrendo também algumas alterações tanto no desejo quanto na excitação (POTTER, 1999).

¹ Graduanda do Curso de Enfermagem - Faculdade Assis Gurgacz

² Graduanda de Enfermagem faculdade Assis Gurgacz

³ Enfermeira, Mestre, Docente orientadora - Faculdade Assis Gurgacz

A adaptação é fundamental neste momento de vida. Diante do que foi abordado, as autoras visam compreender como a sexualidade se apresenta no processo normal do envelhecimento e como essas alterações interferem na relação terapêutica do idoso com o enfermeiro.

Diante desse problema, as autoras têm como objetivo enfatizar a importância da relação enfermeiro X cliente como modo de interação de confiança, levando em consideração as suas limitações, mudanças orgânicas e apropriada ansiedade. O enfermeiro precisa valorizar e tornar evidente para este idoso que alterações existem, e este terá que se adaptar a tal situação em prol a sua satisfação sexual.

Trata-se de um estudo do descritivo documental. Para Vanzin e Nery (1998) estudos descritivos pretendem descrever com exatidão nos fatos e fenômenos de determinada realidade.

O estudo documental é onde são investigados documentos a fim de poder descrever e comparar usos e costumes, tendências, diferenças e outras características. Estuda a realidade presente e não o passado, como ocorre com a pesquisa histórica (CERVO, 1983).

As autoras com o presente interesse sobre a arte do envelhecimento procuraram estudar sobre as alterações ocorridas na terceira idade, dando uma ênfase na sexualidade da mulher idosa.

2. O ENVELHECER

Gerontologia, segundo Aurélio define-se como qualquer ramo do conhecimento científico e histórico, sendo assim a gerontologia como uma disciplina científica, multi e interdisciplinar, cujas finalidades são o estudo das pessoas idosas, suas características enquanto fase final do ciclo de vida, o processo de envelhecimento e seus determinantes biopsicossociais.

De acordo com Freitas (2002), ele ramifica a gerontologia como social, que aborda aspectos não orgânicos, compreendendo os aspectos antropológicos, psicológicos, legais, sociais, ambientais, econômicos, éticos e políticos de saúde; divide-se também em geriatria que está voltada aos aspectos curativos e preventivos da atenção à saúde e por isso tem estreita relação com disciplinas da área médica, como neurologia, cardiologia, psiquiatria, pneumologia, entre outras, que deram origem as subespecialidades como neurogeriatria, psicogeriatria, cardiogeriatria, neuropsicogeriatria, etc. Além da sua relação com outras disciplinas como nutrição, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, fonoaudiologia, odontologia e assistência social; e por fim Freitas também subdivide a gerontologia em biomédica, onde estuda o fenômeno do envelhecimento do ponto de vista molecular e celular, seguindo pelos caminhos e estudos populacionais e de prevenção de doenças associadas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), define a população idosa como aquela a partir de sessenta anos de idade. Esse limite é válido para os países em desenvolvimento, mas admite-se um ponto de corte de sessenta e cinco anos de idade para os países desenvolvidos, pela tradição destes em utilizarem esses índices a várias décadas.

Do ponto de vista demográfico, segundo Carvalho e Andrade (2000), envelhecer significa aumentar o número de anos vividos, paralelamente à evolução cronológica, coexistem fenômenos de natureza biológica e social, importantes para a percepção da idade e do envelhecimento. Nas sociedades ocidentais é comum associar o envelhecimento com a saúde da vida produtiva pela via da aposentadoria. Nas Nações Unidas, a idade de sessenta anos também é usada como o ponto de corte que define a velhice. De 1991 para 2002, observa-se no Brasil um crescimento em todos os grupos de idade, com um aumento maior nos grupos etários mais avançados de setenta e quatro anos, que passaria de 1,3% para 1,7% da população total de idosos. Esses percentuais são ainda maiores no Estado do Rio de Janeiro, 3,5% em 2002 para a mesma faixa de idade. Portanto, ocorre não somente o aumento da população idosa, mas também um envelhecimento dessa população, com número maior de idosos nas faixas etárias mais elevadas. A maioria dos idosos brasileiros é do gênero feminino. Era de 5,7 milhões em 1991 passando para 8 milhões em 2000, estimando-se um total de 8,5 milhões em 2002, contra um total de 4,9 milhões em 1991, 6,5 milhões em 2000 e 6,9 milhões em 2002 para o gênero masculino (ARAÚJO, 2000).

Devido à dificuldade de definir a idade biológica discute-se ainda hoje se o envelhecimento tem início logo após a concepção no final da terceira década de vida ou próximo do final da existência do indivíduo. Embora as manifestações da velhice sejam bem claras, existe uma grande dificuldade de definir a idade biológica, porque essas manifestações não dependem exclusivamente do envelhecimento primário ou se são resultantes de outros fatores de personalidades, a história passada e o contexto socioeconômico são importantes elementos que se mesclam com a idade cronológica para determinar as diferenças entre idosos de sessenta anos ou de cem anos (FREITAS, 2000).

Freitas (2000) também define a idade psicológica que refere a relação que existe entre a idade e as capacidades, tais como percepção, aprendizagem e memória, as quais pronunciam o potencial de funcionamento futuro do indivíduo, ele fala ainda da idade social onde se observa a relação com a avaliação da capacidade de adequação de um indivíduo ao desempenho de papéis e comportamentos esperados para as pessoas de sua idade, com isso as experiências de envelhecimento e a velhice podem variar no tempo histórico de uma sociedade, dependendo das circunstâncias econômicas.

A menarca é um marco do início da puberdade na mulher, no envelhecimento não possuem um marcador biofisiológico de seu início, a demonstração entre a maturidade e o envelhecimento é arbitrariamente fixado, mas por

fatores socioeconômicos e legais do que biológicos. A incapacidade de mensurar o fenômeno do envelhecimento está vinculada à dificuldade de definir a idade biológica (FREITAS, 2000).

Respeitando as limitações assinaladas e dentro de uma visão prioritariamente biogerontológica, o envelhecimento é conceituado como um processo dinâmico e progressivo onde há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas

que determinam perda de capacidade de adaptações do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo a morte (PAPALÉO NETTO, 1996).

Segundo Néri (2001), alguns parecem velhos aos quarenta e cinco anos de idade e outros jovens aos setenta, se o início exato da velhice é rigorosamente indefinido, mais ainda é como a sociedade ver o fenômeno e o idoso: Preconceituosa com aqueles que tem origem em classes sociais mais baixas, benevolente para os que ocupam classes sociais mais elevadas. Portanto, dentro da terceira idade há pelo menos dois subgrupos que reclamam cuidados e atenção, o grupo dos jovens-velhos que vivem em impasse, e dos velhos-velho que por razões especialmente biológicas não podem mais exercer o papel de membros produtivos da sociedade (FRAIMAN, 1996).

Segundo Fraiman (1996) o negro tem sempre a pele negra, em qualquer situação, mas ele só será escravo sob determinadas condições sócio-econômicas; da mesma forma podemos dizer que uma pessoa tem sessenta anos em qualquer situação, mas ela só será considerada velha sob determinadas condições sócio-econômicas (FRAIMAN, 1996).

Por se tratar de um processo comum a praticamente todos os seres vivos, o envelhecimento deveria ter suas bases fisiológicas melhor conhecidas, à semelhança dos outros fenômenos que caracterizam a concepção o desenvolvimento e a evolução dos habitantes deste planeta, em especial do ser humano (ZIMERMAN, 2000).

As peculiaridades anatômicas e funcionais do envelhecimento, seus efeitos naturais, as alterações produzidas pelas inúmeras afecções podem acometer o idoso. Alguns autores preferem denominar eu geria às alterações puramente fisiológicas e patologia aquelas provocadas pelas doenças (ZIMERMAN, 2000).

Fisiologicamente, o envelhecimento tem início relativamente precoce, logo após o término da fase de desenvolvimento e estabilização, perdurando longo período pouco perceptível, até que as alterações estruturais e/ou funcionais tornam-se grosseiramente evidentes. As primeiras alterações atribuídas ao envelhecimento são detectadas ao fim da terceira década de vida. Geralmente discretas e progressivas estas modificações não causam insuficiência absoluta do órgão ou aparelho mesmo em indivíduos muito longevos, a excreção de pelo menos dois órgãos cujas funções endócrinas citomodificadas declinam e/ou desaparecem em período relativamente precoce: os ovários e o timo. No sistema reprodutor com o envelhecimento os órgãos diminuem em peso e se atrofiam. Amenopausa ocorre entre quarenta e cinquenta anos, a vagina diminui de comprimento e largura, seu revestimento interno normalmente torna-se menos umidificado, a trófica, podendo favorecer a ocorrência de infecções. O tecido fibroso torna-se mais abundante, os cistos ovarianos são comuns e os vasos ficam endurecidos. O útero, aos cinquenta anos, pesa a metade do que pesava aos trinta anos e sua elasticidade é perdida à medida que o tecido elástico é substituído por feixes de tecido colágeno fibroso. Ligamentos que mantêm útero, bexiga e reto em posição podem tornar-se fracos na mulher idosa, permitindo queda destes órgãos. As glândulas mamárias são substituídas por tecido fibroso, enquanto ocorre a perda de tecido gorduroso (ZIMERMAN, 2000).

No corpo envelhecido há um encolhimento, ressecamento e com a mudança dos atributos físicos, os velhos estão cada vez mais em desvantagem frente aos modelos estéticos dos jovens. Com isso, correm o risco de rebaixamento da auto-estima, do sentimento de tornarem-se cada vez mais desinteressante e de negarem o desejo e a sexualidade (ZIMERMAN, 2000).

Segundo Zimerman (2000), conclui-se que não é mais possível ignorar a necessidade de darmos atenção à velhice no âmbito institucional, político, econômico e saúde. Os velhos têm necessidades próprias, características e peculiaridades que devem ser atendidas.

3. SEXUALIDADE

A partir da metade deste século, surge o que poderíamos chamar de sexologia moderna. A satisfação sexual é o seu objetivo central de estudo. Obviamente ela se contrapõe à insatisfação sexual que é referida, pelos pacientes, aos clínicos gerais, urologistas, ginecologistas, enfermeiros, conselheiros conjugais, psicólogos, autoridades religiosas, enfim a todos que se fazem competentes profissionalmente para ouvi-las (RUBINSTEIN, 2000).

Rubinstein Apud Benjim (1985), a palavra sexologia teria sido usada pela 1ª vez em 1867 no título da obra de Elizabeth Goodrich Willard, *Sexology as the philosophy of life*. Chicago, J.R. Walsh, 1867. A sexualidade é o modo como vivenciamos nosso instinto sexual na busca do encontro afetivo, do acasalamento e do prazer. Ela permeia os corpos da psique, com gestos, entonações, adereços, perfumes; permeia tudo o que nos faz sentir mais homem/macho e mulher/fêmea no inexorável jogo da sedução e da conquista. A sexualidade articula-se a fatores hormonais, emocionais e sócio – culturais, de um modo pessoal e singular que se estende da função do prazer à da procriação. É uma função que permeia a vida, da infância à velhice e instala-se junto a uma série de tabus (FREITAS, 2002).

A libido sexual insere-se na realidade psicossomática, insistindo na organicidade hormonal. A eclosão bioquímica do desejo liga-se as condições emocionais e circunstanciais; os estímulos do desejo são incontáveis e peculiares a cada sujeito. Dentre eles estão os estímulos táteis (toque de todo o corpo e especialmente das partes erógenas), os visuais (nudez, roupas e enfeites), os auditivos (perfumes), e os cognitivos (fantasias, lembranças) (FREITAS, 2002).

A sexualidade está sendo cada vez mais reconhecida como importante no cuidado dos idosos. Todos os idosos, tanto saudáveis quanto fracos, precisam expressar sentimentos sexuais (a sexualidade envolve amor, partilha, calor, toque e não somente o ato do intercuro) (POTTER, 1999).

Com o passar dos anos, os espaços e o ritmo do prazer com relação à sexualidade mudam, há uma diminuição da potência sexual, mas ela segue sendo uma necessidade básica também na velhice. A vida sexual é intrinsecamente ligada à vida imaginativa e a fantasia sexual pula os muros da convenção. Os homens embora mais livres na busca de seus desejos também evidenciam uma grande redução de potência sexual com diminuição hormonal de testosterona. Há alteração na capacidade erétil devido a problemas vasculares à incompetência dos corpos cavernosos e a problemas emocionais com o abaixamento da libido. À medida que os poderes físicos declinam, a imaginação se solta ao lado da impotência e do isolamento, crescem as fantasias libertinas. A fisiologia antiga explica que as fantasias afetam os genitais devido o ato sexual está ligado a geração do ar; pensamentos e imagens eróticas inflam os órgãos. A ereção no homem e a lubrificação na mulher exigem imaginação (HILLMAN, 2001).

Convém lembrar que o idoso vivenciará a vida sexual que se permitiu na juventude e na maturidade. Se ela se entregou e usufruiu, saberá encontrar formas de satisfação na velhice. Desejos tão vitais como amor e sexo permanecem por toda a vida, o que muda é a consciência de como vivê-los.

A sexualidade é também fonte de angústias e contradições: é para o homem desejar sem ter como concretizar seu desejo, e para a mulher, a quem a cultura muitas vezes interdita a própria possibilidade do desejo, chegar na velhice e não ser sequer desejada (PAPALEO, 1994).

Quais as diferenças entre a sexualidade masculina e feminina? Segundo o psiquiatra e o psicanalista Argentinio J.C Kusnetzoff, para o homem (por condicionamentos recebidos a partir da infância), o ato sexual significa a confirmação de que ele é macho, e isto é medido pela sua capacidade de ereção. Quanto melhor a ereção e quanto mais tempo durar, mais macho se sente, portanto a ereção é o centro da gravidade do seu ser; quando ela não acontece ou não corresponde ao que se espera, o homem supõe não ser homem, porque sua masculinidade e seu ser estão intimamente identificados com a ereção, daí a angústia, o medo, o pânico, quando da perda da ereção ou da possibilidade de que isso venha a acontecer futuramente. Ora, na terceira idade, com o passar dos anos, o desejo sexual e a capacidade poderão ir diminuindo e até mesmo acabar. Isso, para os homens, poderá transformar suas vidas num verdadeiro pesadelo, se não houver compreensão do processo de subida de energia e liberação dos condicionamentos culturais (PEREIRA, 1996).

Pereira Apud Kurnetzoff, 1996 a mulher, por outro lado, é um ser mais tátil, mais sensível em todo o seu corpo, tem sua sexualidade mais difusa, é mais sensual, e por isso, seu desejo é mais contínuo, permanecendo após o orgasmo. Ela não faz muita diferença entre emoção, erotismo, sinceridade e doçura. Ela é mais total, menos localizada, tende a sentir de modo mais duradouro, foge ao que é direto, tudo o que é direto pode ser sentido como agressão. Já o indireto, ela vê como cuidado e consideração com o seu ser.

Para o homem o orgasmo é um orgasmo; para a mulher, o orgasmo é avaliado em relação ao todo, isto é, ao antes e depois.

A resposta sexual humana era vista “como um evento simples que passava da consciência à excitação e atingia o clímax no orgasmo” Rubinstein apud Kaplan, (1973).

Mas a compreensão da resposta sexual e de suas disfunções teria que ocorrer com a identificação da fase do desejo que Kaplan acreditou ser um ciclo denominado conceito trifásico da resposta sexual humana composta de desejo, excitação e orgasmo. As três fases estariam fisiologicamente relacionadas, mas distintas, e as disfunções seriam explicáveis com danos ocorridos em quaisquer dessas três fases. Assim se afetada a fase do orgasmo, o resultado seria o aparecimento das síndromes clínicas de ejaculação prematura ou retardada nos homens, ou seus análogos na mulher caracterizados pelas disfunções do orgasmo feminino. A inibição da fase da excitação sexual conduziria as disfunções eréteis no homem e a disfunção sexual generalizada na mulher. Finalmente, a disfunção do desejo seria aquela que tanto no homem quanto na mulher, se relacionasse com a 3ª etapa da resposta sexual humana, isto é, a fase do desejo (RUBINSTEIN, 2000).

É nesse sentido que os profissionais de enfermagem têm como objetivo colaborar com estas mulheres da terceira idade, ou seja, na promoção de uma relação de ajuda, mantendo diálogo aberto e respeitoso sobre o assunto, sem preconceitos, sabendo escutar o problema, para assim construir juntos estratégias para trabalharem os seus desejos.

A orientação nesta fase da vida é de grande importância, pois se a mulher tem conhecimento das mudanças do seu corpo e também do corpo do seu parceiro, pode auxiliar na reconstrução da concepção sobre a relação entre envelhecimento e sexualidade. Portanto a enfermagem deve agregar cuidados específicos com estas mulheres, trabalhando com o desenvolvimento do corpo através de grupos de terceira idade, utilizando-se de técnicas de valorização e de reconhecimento do próprio corpo, e também do toque do seu corpo e do outro.

Portanto, a enfermagem é sim significativa quando se trata deste assunto, pois se faz presente nas dúvidas, medos e inseguranças sobre sexo e sexualidade, trabalhando com as reflexões sobre a problemática das mulheres idosas

que são casadas, viúvas, solteiras, mostrando a elas sobre uma vida não assexuada e sim com a masturbação, os desejos, as fantasias, carinho, atenção, sexo, palavras de amor, aceitação. Ajudando esta clientela a se adaptar aos prazeres possíveis desse novo corpo, mas com a mesma mente e alma.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mulher idosa encontra-se numa etapa existencial da vida, na qual se faz necessário seu cuidado, inclusive o cuidado com a saúde sexual, dependente de como é formulada a percepção destas mulheres quanto à atividade sexual. O resultado deste trabalho possibilitou verificar a existência de uma percepção inadequada da maioria das idosas em relação à sexualidade, do mesmo modo quanto às medidas de prevenção e fatores de risco, mostrando-as a importância de um bom relacionamento, prazer e saúde na terceira idade, contribuindo de maneira fidedigna para a melhor qualidade de vida dessas idosas. Por isso, a enfermagem deve estar preparada para realizar orientações e atividades que possam ser importantes para que a idosa se adapte ao novo estilo de vida, onde possa ter conhecimento de suas mudanças e não tenha medo, melhorando a sua convivência com o seu parceiro e aceitando essa nova etapa. Assim, falar, escrever, pesquisar e orientar sobre sexualidade no idoso trouxe a oportunidade de visualizar a importância de não subestimar as individualidades e os diferentes modos de se pensar a sexualidade, seja ela no jovem ou no idoso.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, Tereza Cristina Nascimento and Alves, Maria Isabel Coelho. **Perfil da população Idosa no Brasil**. Textos envelhecimento, Fevereiro, 2000, vol.3
- BASTOS, Álvaro da Cunha: **Noções de Ginecologia**. 9. ed. São Paulo: Atheneu, 1994.
- BRUNNER e SUDARTH: **Tratado de Enfermagem Médico- Cirúrgico**. vol.1, 9. ed. Guanabara Koogan.
- CARVALHO, Eurico Thomaz de; NETTO, Matheus Papaléo. **Geriatría: Fundamento, Clínica e Terapêutica**. Editora Atheneu, São Paulo – SP, 1994.
- CERVO, A.L.; P.A Bervian. **Metodologia Científica**. 3. Ed. 1983.
- FRAIMAN, Ana. **Coisas da Idade**. Editora Gente, São Paulo, 1999, 3ª edição.
- FREITAS, Elizabete Viana de; PY; CANÇADO; GORZONI; ROCHA: **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro – RJ, 2002.
- GUIDI, Maria Laís Mousinho; Lemos, Maria Regina. **Rejuvenescer a Velhice**. Distrito Federal - DF, 1996.
- HAYFLICK, Leonerd: **Como e porque envelhecemos**; Rio de Janeiro – RJ, 2ª edição, Editora Campus, 1997.
- MANOCCI, João Fernando et al. **Disfunções sexuais: Abordagem Clínica e Terapêutica**. São Paulo, Fundação BYK, 1998.
- PEREIRA, Ieda Lúcia. **Guia para viver com saúde e sabedoria**, 1996.
- POTTER, PERRY: **Fundamentos de Enfermagem**; 4ª edição, Ed. Guanabara Koogan, vol.1, 1999.
- RODRIGUES; NELSON; ROGER; ERIC. **Urologia, Fundamentos para o Clínico**. Editora Sarvier, São Paulo, 2001.
- RUBINSTEIN, Ireneu. **Urologia Feminina**. São Paulo, BYK, 2000.
- TANAGHO, Emil A; MC ANINCH, Jack W. **Urologia Geral**. Editora Guanabara Koogan, 13ª edição, Rio de Janeiro, 1994.
- VILLAR; CASTELLAR; MACHADO; TEIXEIRA; CAMPOS **Endocrinologia Clínica**. Editora MEDSI, Rio de Janeiro – RJ, 1999.

ZIMERMAN, Guite I. **Velhice:** Aspectos Biopsicossociais. Editora Artes Médicas Sul, Porto Alegre, 2000.