



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM CLÍNICA MÉDICA**

**Comportamento Sexual Inapropriado na demência:
Relato de caso**

Mariana Maria Ouriques Oliveira

Brasília – DF

2022

Mariana Maria Ouriques Oliveira

COMPORTAMENTO SEXUAL INAPROPRIADO NA DEMÊNCIA:
RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso – Programa de
Residência Médica em Clínica Médica
Hospital Universitário de Brasília – HUB
Orientadora: Dra Maria Alice de Vilhena Toledo.

Brasília

2022

Resumo:

O comportamento sexual inadequado (CSI) é um dos distúrbios de comportamento presentes na demência. É uma importante causa de sofrimento tanto para o paciente quanto para seus cuidadores. Apesar disso, ainda é um tema pouco estudado e pouco compreendido. O objetivo deste estudo é relatar um caso de paciente do sexo masculino, com diagnóstico prévio de demência vascular (fase moderada) e CSI que foi tratado com quetiapina, com melhora comportamental. Conclusão: o CSI na demência é multifatorial e ainda pouco estudo, ainda não há consenso sobre o manejo medicamentoso a ser usado para controle desta sintomatologia. A quetiapina pode ser uma alternativa em alguns casos, principalmente quando o CSI está associado a agressividade física.

Palavras-chave: “Comportamento sexual inapropriado”; “Hipersexualidade”; “Demência”; “Tratamento”; “Quetiapine”.

INTRODUÇÃO

As demências são comumente associadas a distúrbios comportamentais, incluindo agitação, agressão, psicose, depressão, ansiedade, apatia, desinibição, pensamentos e comportamentos repetitivos. Comportamentos sexuais inapropriados (CSI) têm sido menos comumente documentados, embora sua frequência possa chegar a 15%. Apesar da prevalência de CSI e da angústia que podem causar para a família e cuidadores, poucos estudos abordam o tratamento farmacológico de CSI na demência. Este caso documenta um estudo de farmacoterapia de um homem idoso com demência vascular e CSI, que teve boa resposta com a quetiapina.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 71 anos, aposentado, casado, com história prévia de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus não insulino dependente de longa data e diagnóstico de demência vascular desde 2017. Sem histórico de doença psiquiátrica prévia. No momento da avaliação estava em fase moderada da demência, (CDR 2), totalmente dependente para atividades instrumentais e parcialmente dependente para atividades básicas de vida diária.

Em agosto de 2019 sofreu uma queda em retropulsão, com consequente lesão contusa no crânio. Alguns dias após o acidente, apresentou convulsão tônico-clônica generalizada. Após a convulsão, passou a apresentar episódios de heteroagressividade, agredia fisicamente esposa e cuidadores. Além disso, evoluiu com inversão do ciclo sono-vigília, perambulação, compulsão alimentar (principalmente no período noturno) e comportamentos sexuais inadequados (CSI), caracterizados por falar palavras de cunho sexual e xingamentos, masturbação em ambientes públicos e toques impróprios em terceiros. Iniciou ácido valproico 1000mg/dia, e paroxetina 25 mg/dia, prescritos pelo neurologista, com melhora parcial da agressividade, porém com persistência dos CSI, fato que levou a institucionalização do paciente em 2020.

Na instituição de longa permanência (ILP), o paciente voltou a ficar agressivo física e verbalmente, manteve a inversão do ciclo-sono vigília e os CSI se intensificaram, com piora ao final do dia e a noite. Paciente andava nu pela ILP, se masturbava na sala de TV (até se ferir) e a noite saía de seu quarto e se deitava na cama de outras idosas da instituição. Nessa ocasião foi orientado o uso de um macacão com zíper nas costas, para dificultar que o paciente retirasse as próprias roupas e se machucasse e iniciada uso da quetiapina com progressão de dose. Além disso, foi suspensa a paroxetina e mantido ácido

valproico. O paciente apresentou melhora da agressividade e CSI com a dose de quetiapina de 450 mg/dia.

DISCUSSÃO

A Demência vascular (DV) causada por doença cerebrovascular é a segunda causa mais comum de demência, após a Doença de Alzheimer, comprometendo as funções cognitivas. O diagnóstico da DV enquadra as características clínicas e de imagem, sendo capaz de identificar alterações cerebrovasculares ainda em idosos assintomáticos. No entanto, mesmo tendo alta sensibilidade, somente a presença de alteração no exame, ainda não é suficiente para o diagnóstico e, portanto, além dos sintomas clínicos, a gravidade e a localização das lesões devem ser consideradas para afirmar a patologia como o principal diagnóstico.

Os pacientes que desenvolvem DV após acidente vascular encefálico (AVE), apresentam-se com prejuízo nas funções executivas, muitas vezes com preservação da memória, no entanto em alguns casos o infarto de áreas do tálamo pode causar quadro clínico semelhante a DA, com perda da memória isoladamente. Portanto, a variação do acometimento cognitivo vai depender do tamanho e da localização das lesões. Em pacientes que não apresentaram AVE documentado, alterações ateroscleróticas de pequenos vasos cerebrais podem desenvolver também prejuízos principalmente em funções executivas, evoluindo com progressão gradual e não sendo tão comum o acometimento de memória episódica, como vemos na DA.

Em relação ao quadro neuropsiquiátrico são observados sintomas de depressão, apatia, abulia e psicose com alucinações. Geralmente esses sintomas se apresentam ao final da tarde, estando relacionada ao ritmo circadiano do idoso e fatores de risco como a qualidade do sono e exposição a luz solar. As alterações comportamentais podem derivar também de infecções e toxicidade de medicações, assim como a presença de dor e sensações de medo. Em relação a medicamentos, os efeitos colaterais dos anticolinérgicos e os benzodiazepínicos devem ser observados e evitados. Em até 25% dos idosos com demência são observados também o comportamento sexual inapropriado (CSI), com conversas sobre sexo explícito e atos inadequados, como masturba-se em público e acariciar ou agarrar outra pessoa sem consentimento. Geralmente esses sintomas estão associados à agressividade, irritabilidade e depressão, podendo ser subestimado devido o constrangimento causado, principalmente em relação ao cuidador, fazendo com que este deixe de abordar sobre isso em consultas médicas. Outro ponto a ser discutido é sobre a

falta de conhecimento por parte dos familiares e cuidadores sobre o que seria um comportamento sexual normal e adequado para o idoso, tendo em vista que esse assunto ainda é considerado um tabu.

Em Black et al., 2005, os comportamentos sexuais inadequados são definidos como “inapropriados, perturbadores e angustiantes e que prejudicam o cuidado do paciente em um determinado ambiente”. Podendo ser classificados em falas explícitas, atos sexuais explícitos e atos sexuais implícitos. Alguns estudos, como Alagiakrishnan et al., 2005, descobriram que a demência vascular é mais comumente associada a comportamentos sexuais inadequados. Já em outro estudo de Lothstein et al., 1997 não mostrou relação do tipo de demência com determinados comportamentos. A prevalência de desinibição foi mais observada em pacientes internados em instituições de longa permanência (ILP). No entanto a perspectiva de que os idosos em ILP terem menos privacidade e serem mais observados, os comportamentos sexuais são mais propensos a serem identificados, levando a uma superestimação nesse grupo quando comparado ao grupo de idosos que vivem com familiares ou cuidadores.

A fisiopatologia da hipersexualidade parte da compreensão de disfunções biológicas e psicológicas. Lesões em cortex frontotemporal e amígdalas são observadas como uma das causas anatômicas, no entanto as alterações em neurotransmissores como serotonina, dopamina e transmissores neuropeptídicos do hipotálamo, andrógenos circulantes, receptores de diidrotestosterona e testosterona também estão incluídos nas causas.

O quadro clínico neuropsicológico não se atém somente a DV, mas também está presente nos demais tipos de demência e as abordagens dos sintomas neuropsiquiátricos devem incluir medidas não farmacológicas como exercícios físicos, com meta de trinta minutos por dia, com evidência de redução de sintomas ansiosos e depressivos. Além disso, o estabelecimento de rotina, com horários consistentes de sono e vigília, expondo o idoso a luz solar no primeiro turno do dia, manejo e resolução da dor e condições que desencadeiem os gatilhos para o transtorno neuropsicológico. Assim como os demais sintomas neuropsicológicos, os comportamentos sexuais inadequados devem seguir também um manejo com psicoterapia e medidas que evitem gatilhos para estes comportamentos.

A abordagem com terapia medicamentosa deve ser iniciada em caso de falha das medidas não medicamentosas, ou em casos graves. Várias medicações podem ser utilizadas, observando as comorbidades associadas, os efeitos colaterais e a possibilidade

de aumento dos sintomas. Ainda não se tem estudos controlados que determinem a eficácia de determinadas medicações. No entanto, o uso de anticonvulsivantes, antidepressivos, antipsicóticos, estabilizadores de humor e o tratamento hormonal com anti-andrógenos e estrógenos mostraram benefícios em alguns relatos de casos.

Em relação aos antipsicóticos, como foi o caso do paciente relatado, o embasamento biológico de que ao diminuir a dopamina e elevar a prolactina poderia teoricamente diminuir os comportamentos sexuais inapropriados, associado à boa tolerância dos antipsicóticos atípicos no idoso, seria, portanto, uma excelente opção, como no caso o uso da quetiapina, que está correlacionada a melhora da agressividade, do sono e também da hipersexualidade. No entanto, podem aumentar a mortalidade e não são aprovados para o tratamento de distúrbios comportamentais em pacientes com demência pelo FDA, tendo que se pesar risco e benefícios, e se ao introduzir a medicação o benefício for mantido, a recomendação é manutenção da droga com avaliação de diminuição posterior e gradativa da dose. A quetiapina é uma opção iniciada com a dose de 25mg ao dia para o controle de agitação ou agressividade, podendo ser titulada.

A abordagem tanto do idoso como do cuidador ou familiar para se encontrar a melhor forma de tratamento ainda é o caminho a ser seguido até que mais estudos com ensaios clínicos randomizados sejam feitos para garantir quais as abordagens seriam primeira linha, com instrumentos diagnósticos mais consistentes.

CONCLUSÃO

Os transtornos demenciais nos idosos causam prejuízos no convívio social e familiar já com os distúrbios neuropsicológicos conhecidos, o que afeta também a saúde mental do cuidador e familiares. Portanto, a compreensão de todos os aspectos neuropsicológicos que envolvem cada síndrome demencial se faz necessária, para discernir o que é patológico e identificar a piora dos sintomas, sem ideação com preconceitos e tabus inerentes a esse grupo. E quando mencionamos os comportamentos sexuais, a distinção do que é normal do patológico é de extrema importância. Nesse intuito, a padronização dos achados patológicos e o desenvolvimento de escalas diagnósticas no contexto dos comportamentos sexuais inadequados se fazem necessárias. Além de complementação de estudos farmacológicos para o melhor manejo desses sintomas de forma segura, eficaz e prática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. De Giorgi, Riccardo, e Hugh Series. "Treatment of Inappropriate Sexual Behavior in Dementia". *Current Treatment Options in Neurology*, vol. 18, nº 9, setembro de 2016, p. 41. <https://doi.org/10.1007/s11940-016-0425-2>.
2. Tucker, Inese. "Management of Inappropriate Sexual Behaviors in Dementia: A Literature Review". *International Psychogeriatrics*, vol. 22, nº 5, agosto de 2010, p. 683–92. <https://doi.org/10.1017/S1041610210000189>.
3. Ozkan, Banu, et al. "Pharmacotherapy for Inappropriate Sexual Behaviors in Dementia: A Systematic Review of Literature". *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementiasr*, vol. 23, nº 4, agosto de 2008, p. 344–54. <https://doi.org/10.1177/1533317508318369>.
4. Cipriani, Gabriele, et al. "Sexual Disinhibition and Dementia: Sexual Disinhibition and Dementia". *Psychogeriatrics*, vol. 16, nº 2, março de 2016, p. 145–53. <https://doi.org/10.1111/psyg.12143>.
5. Thom, Robyn P., et al. "Sexual Behavior Among Persons With Cognitive Impairments". *Current Psychiatry Reports*, vol. 19, nº 5, maio de 2017, p. 25. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0777-7>.
6. Abdo, Carmita H. N. "Sexuality and Couple Intimacy in Dementia". *Current Opinion in Psychiatry*, vol. 26, nº 6, novembro de 2013, p. 593–98. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328365a262>.
7. Higgins, Agnes, et al. "Hypersexuality and Dementia: Dealing with Inappropriate Sexual Expression". *British Journal of Nursing*, vol. 13, nº 22, dezembro de 2004, p. 1330–34. <https://doi.org/10.12968/bjon.2004.13.22.17271>.
8. Johnson, C., et al. "Challenges Associated with the Definition and Assessment of Inappropriate Sexual Behaviour amongst Individuals with an Acquired Neurological Impairment". *Brain Injury*, vol. 20, nº 7, janeiro de 2006, p. 687–93. <https://doi.org/10.1080/02699050600744137>.
9. Nordvig, Anna Starikovskiy, et al. "The Cognitive Aspects of Sexual Intimacy in Dementia Patients: A Neurophysiological Review". *Neurocase*, vol. 25, nº 1–2, março de 2019, p. 66–74. <https://doi.org/10.1080/13554794.2019.1603311>.
10. Sarangi, Ashish, et al. "Treatment and Management of Sexual Disinhibition in Elderly Patients With Neurocognitive Disorders". *Cureus*, outubro de 2021. <https://doi.org/10.7759/cureus.18463>.

11. Ward, Rosalind F., e Simon Manchip. “‘Inappropriate’ Sexual Behaviours in Dementia”. *Reviews in Clinical Gerontology*, vol. 23, nº 1, fevereiro de 2013, p. 75–87. <https://doi.org/10.1017/S0959259812000196>.
12. Wick, Jeannette Y., e Guido R. Zanni. “Disinhibition: Clinical Challenges in the Long-Term Care Facility”. *The Consultant Pharmacist*, vol. 20, nº 12, dezembro de 2005, p. 1006–18. <https://doi.org/10.4140/TCP.n.2005.1006>.
13. Prakash, Ravi, et al. “Quetiapine Effective in Treatment of Inappropriate Sexual Behavior of Lewy Body Disease With Predominant Frontal Lobe Signs”. *American Journal of Alzheimer’s Disease & Other Dementias*, vol. 24, nº 2, abril de 2009, p. 136–40. <https://doi.org/10.1177/1533317508329479>.
14. Lippa, Carol F. “Safety, end-of-life issues, and dealing with sexually inappropriate behavior in dementia patients.” *American journal of Alzheimer's disease and other dementias* vol. 23,4 (2008): 311-2. doi:10.1177/1533317508320995.
15. Black, Benjamin, et al. “Inappropriate Sexual Behaviors in Dementia”. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, vol. 18, nº 3, setembro de 2005, p. 155–62. <https://doi.org/10.1177/0891988705277541>.
16. Smith, Eric; Wright, Clinton B. “Etiology, clinical manifestations, and diagnosis of vascular dementia”. 2020. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/etiology-clinical-manifestations-and-diagnosis-of-vascular-dementia?search=demencia%20vascular%20&source=search_result&selectedTitle=1~61&usage_type=default&display_rank=1#H164910002.
17. Smith, Eric; Wright, Clinton B. “Treatment of vascular cognitive impairment and dementia”. 2020. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-vascular-cognitive-impairment-and-dementia?search=demencia%20vascular%20&topicRef=5085&source=see_link.
18. Press, Daniel; Alexander, Michael. “Management of neuropsychiatric symptoms of dementia”. 2021. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/management-of-neuropsychiatric-symptoms-of-dementia?search=quetiapina%20idoso&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H1560970380.