



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

**Comportamento Sexual Inapropriado na demência:
Revisão literária e síntese narrativa**

Flávia Toledo Simões

Brasília – DF

2022

Flávia Toledo Simões

COMPORTAMENTO SEXUAL INAPROPRIADO NA DEMÊNCIA:
REVISÃO LITERÁRIA E SÍNTESE NARRATIVA

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

Contexto: A demência é uma condição altamente prevalente, estimando-se que o número de pessoas com essa patologia em todo o mundo triplique de 44 milhões em 2013 para 135 milhões em 2050 (PRINCE et al., 2013). Os sintomas comportamentais são muito prevalentes, ocorrem em 90% dos pacientes com demência em algum momento ao longo do curso da doença. Entre eles, temos o comportamento sexual inapropriado (CSI). Sua ocorrência é bastante variável nos estudos, de 2 a 25% (DOMINGUEZ and BARBAGALLO, 2016). Entretanto, causam sofrimento ao paciente, sobrecarga aos cuidadores, além de elevar o custo do cuidado e aumentar o risco de Institucionalização (CHAPMAN et al., 2020). As abordagens existentes apresentam resultados conflitantes e carecem de evidência científica.

Objetivos: Identificar os fatores que possam contribuir para o aparecimento desse comportamento, revisar sua definição e sintetizar evidências sobre a melhor abordagem terapêutica.

Desenho: Revisão literária e síntese narrativa.

Fonte de dados (Search methods): Foi utilizada a metodologia PRISMA, utilizando as bases de dados NCBI (National Center for Biotechnology Information) e Embase, por meio da plataforma MeSH, com os seguintes descritores: “inappropriate sexual behavior in dementia” e “sexual disinhibition and dementia”. A pesquisa foi realizada em dezembro de 2021 e janeiro 2022.

A elegibilidade dos artigos foi definida com base nos seguintes critérios: 1- língua inglesa; 2- utilização dos filtros “Clinical Study”, “Clinical Trial”, “Meta-Analysis”, “Observational Study”, “Randomized Controlled Trial”, “Review” e “Systematic Reviews”; 3 - estudos que incluía adultos com diagnóstico de demência e relato da presença de comportamento sexual inapropriado.

Resultados: 160 estudos foram encontrados utilizando-se a metodologia PRISMA. Após retirar registros repetidos e que não preenchiam os critérios de elegibilidade, foram usados 38 artigos para esta revisão de literatura.

Conclusão: São necessários mais estudos sobre CSI, ainda há poucas publicações com bom nível de evidência sobre o tema e falta consenso para o tratamento específico do comportamento sexual inadequado na demência. As publicações atuais se mostraram limitadas, sendo necessários mais estudos para uma melhor abordagem desta condição, uma vez que ela é uma importante causa de problemas para os pacientes, familiares e cuidadores.

Palavras-chave: “Dementia”, “inappropriate sexual behavior in dementia”, “sexual disinhibition and dementia”, “systematic review”

INTRODUÇÃO

A sexualidade humana é um conceito complexo, que compreende crenças, atitudes, noções, fantasias, valores, comunicação, autoimagem, personalidade, socialização e experiências passadas, compreendendo não só os aspectos físicos, mas também sociais, mentais e dimensões culturais.

As necessidades sexuais na velhice são semelhantes às da juventude, com algumas variações, principalmente em modo de expressão. No entanto, a sexualidade no idoso é condicionada por preconceitos e por uma visão estereotipada, sendo comum considerar que os idosos não se interessam pela sexualidade.

O assunto fica mais complexo quando abordamos o tema da sexualidade em pacientes com demência, que podem desenvolver sintomas neuropsiquiátricos, entre eles o chamado comportamento sexual inapropriado (CSI). O CSI pode surgir devido a desinibição comportamental, o que não é incomum e tem sido usado em muitos trabalhos como sinônimos. Relatórios de estudos observacionais e pesquisas apontam uma prevalência de 2-25% de pacientes com síndrome demencial e CSI (Dominguez & Barbagallo, 2016). Isto provavelmente é uma subestimativa, pois os cuidadores podem ficar constrangidos em falar sobre esse comportamento com o profissional de saúde ou serem erroneamente interpretados. As manifestações do CSI podem ser muito angustiantes para os membros da família e outros cuidadores e pode apresentar desafios substanciais para a equipe e prestadores de cuidados de saúde em ILP (Instituição de Longa Permanência).

Ainda há dificuldade para definir CSI, alguns exemplos incluem linguagem sexual explícita, toque inapropriado em outra pessoa, solicitar cuidados genitais desnecessários, ver pornografia em público, despir-se em público, manusear genitais ou masturbar-se em público. O CSI pode ser associados a outros sintomas comportamentais, como agitação, agressão e/ou depressão. Além disso, pode ocorrer em qualquer tipo de demência, é muito relatado em estágios moderados a graves da doença de Alzheimer e em estágios iniciais da demência frontotemporal. Vale ressaltar que delírios e alucinações podem ser erroneamente interpretados como CSI (por exemplo: o paciente pode confundir a cuidadora com sua esposa) e algumas drogas podem aumentar o risco do aparecimento desses comportamentos, como o uso de agonistas de dopamina para a doença de Parkinson ou testosterona.

Na avaliação do paciente com CSI devemos abranger detalhes para entender o possível gatilho, como potenciais precipitantes e consequências (ou seja, gatilhos

emocionais ou medicamentoso, má interpretação de atos não sexuais, como cuidados de enfermagem de rotina). Motivação do que é interpretado como CSI pode ter causas não sexuais surpreendentes. Por exemplo, pacientes com demência podem ficar com as calças abaixadas simplesmente porque não se lembram de como se vestir sozinhos ou erram o lugar do banheiro e vão para um quarto, ou ainda podem tocar involuntariamente em uma cuidadora apenas em busca de ajuda ou atenção. Uma avaliação da região genital também pode ajudar a elucidar fatores que contribuem para o CSI, como uma impactação fecal ou infecção do trato urinário.

Atualmente, não há evidências definitivas sobre as abordagens para gerenciar CSI em pacientes com demência. Existe um número limitado de estudos, geralmente relatos de casos ou pequenas séries de casos. Esses estudos relatam alguma eficácia com o as mais variadas formas de abordagem não farmacológica e farmacológica.

META E OBJETIVOS:

Esta revisão sistemática teve como objetivo investigar como os estudos definem comportamento sexual inapropriado em indivíduos com demência, identificar os fatores que possam contribuir para o aparecimento desse comportamento e sintetizar evidências sobre a melhor abordagem terapêutica.

METODOLOGIA

1- Estratégia de busca

Foi utilizada a metodologia PRISMA (Galvão et cols, 2015), utilizando as bases de dados NCBI (National Center for Biotechnology Information) e Embase, por meio da plataforma MeSH, utilizando os descritores “inappropriate sexual behavior in dementia” e “sexual disinhibition and dementia”. A elegibilidade dos artigos foi definida com base nos seguintes critérios: 1- língua inglesa; 2- utilização dos filtros “Clinical Study”, "Clinical Trial", "Meta-Analysis", "Observational Study", "Randomized Controlled Trial", “Review” e “Systematic Reviews. A pesquisa foi realizada em dezembro de 2021 e janeiro 2022. Estudos elegíveis incluíam adultos com diagnóstico de qualquer tipo de demência e relato da presença de comportamento sexual inapropriado.

2- Critérios de elegibilidade:

a) **CrITÉrios de inclusÃO:** Os estudos foram incluídos se atendessem aos seguintes critérios:

(1) Adultos de qualquer idade, com diagnóstico de demência e relato da presença de CSI.

(2) Incluiu uma definição de comportamento sexual inapropriado.

(3) Estudos de coorte, ensaios clínicos randomizados, estudos qualitativos, revisões e revisões sistemáticas que se referiam a avaliações ou definições para CSI, fatores de risco ou sua abordagem.

(4) Língua inglesa.

b) **CrITÉrio de exclusÃO:** Os estudos foram excluídos se:

(1) Não especificassem demência com CSI.

(2) Fossem resumos de conferências, estudos de caso ou editoriais.

(3) Outra língua que não inglesa.

3- Análise dos Dados:

Detalhes do estudo, incluindo o tipo de estudo, objetivo, características da amostra, critérios de elegibilidade, definição de CSI foram avaliados. Uma síntese narrativa foi realizada por meio de tabulação e análise temática para sintetizar estudos identificando as principais abordagens de tratamento.

RESULTADOS:

A estratégia de busca rendeu 160 resultados, os seguintes registros foram identificados nos bancos de base NCBI e Embase com as respectivas palavras chaves:

Palavras-chave: *inappropriate sexual behavior in dementia*

NCBI (n=23) + Embase (n=13)

Palavras-chave: *sexual disinhibition and dementia*

NCBI (n=18) + Embase (n=106)

Dos 160 resultados, 134 estudos permaneceram após a retirada dos duplicados. 87 registros foram excluídos, sendo que 59 fugiam do escopo deste estudo, 7 eram publicação em congressos, 3 não foram escritos na língua inglesa e 18 eram relatos de caso.

Os textos completos de 47 artigos foram avaliados quanto a elegibilidade. 2 artigos foram excluídos, pois não apresentavam texto completo disponível e outros 7

foram retirados deste estudo, pois abordavam superficialmente CSI na demência. Ao final, 38 estudos foram incluídos. (Fig 1).

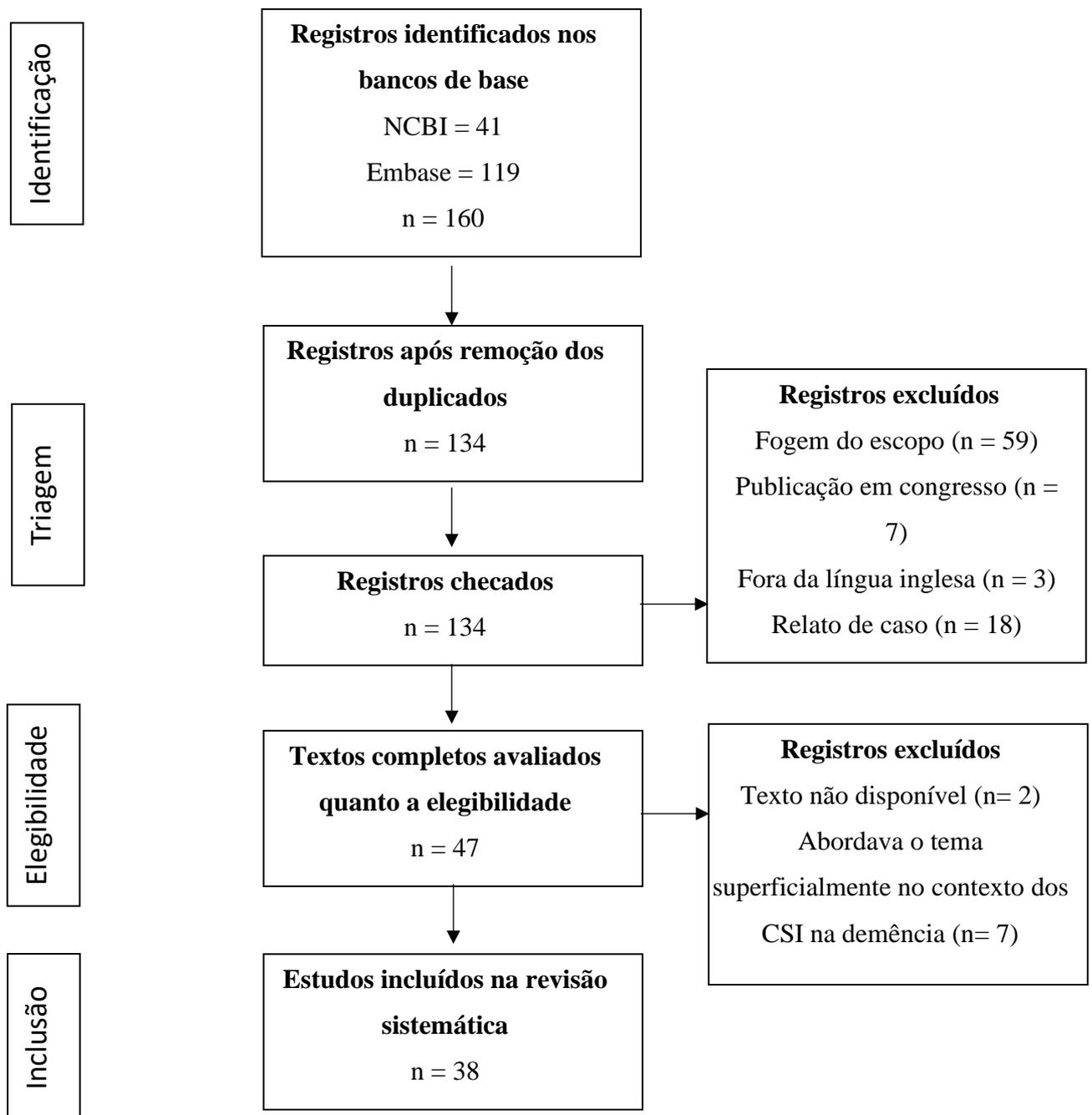


Figura 1. Fluxograma PRISMA de resultados de pesquisa sistemática.

DISCUSSÃO:

Definição de comportamento sexual inapropriado

A desinibição sexual é reconhecida como um dos sintomas comportamentais e psicológicos da demência. Apesar de ser um comportamento difícil e embaraçoso para cuidadores, familiares e profissional da saúde, ainda carece de métodos padronizados para sua definição e avaliação.

Inicialmente os comportamentos sexuais inapropriados foram definidos como comportamentos que são “inapropriados, perturbadores e angustiantes e que prejudicam o cuidado do paciente em um determinado ambiente” (Black et al., 2005).

Outros estudos dividem os CSI em três tipos: 1. Conversa sobre sexo: usando linguagem chula que não está de acordo com a personalidade pré-mórbida de um paciente; 2. Atos sexuais: tocar, agarrar, expor ou masturbando-se em locais públicos ou privados; 3. Atos sexuais implícitos: ler abertamente pornografia material ou solicitar cuidados genitais desnecessários.

Chapman & Spitznagel, 2019 publicaram uma revisão sistemática e identificaram cinco domínios de conteúdo comuns na literatura:

- 1- Hipersexualidade: caracterizado como tempo recorrente e excessivo em fantasias e impulsos sexuais, planejando e/ou envolvendo-se no comportamento sexual repetitivamente. A ênfase é colocada na compulsividade do comportamento combinada com a incapacidade de controlar e reduzir o CSI. Algumas medidas se concentram no excesso do comportamento e outras na falta do controle.
- 2- Comportamento sexual lascivo/aberrante:
Caracterizado como comportamento sexual impróprio, representam uma mudança em relação ao comportamento anterior ou preexistentes, que se apresentam em contextos inadequados, como por exemplo masturbação pública ou despir-se em público.
- 3- Avanços sexuais inapropriados:
Melhor caracterizado como atos sexuais inapropriados e/ou indesejados ou intenção expressa de ato direcionado a outro indivíduo, avanços sexuais inapropriados, podendo ser não violento ou violento. Avaliação de avanços sexuais inapropriados varia de vago (por exemplo, “avanços sexuais físicos”) a exemplos específicos (por exemplo, “tocar [não genital]” e “tocar [genital]”).
- 4- Comentários sexuais impróprios:
Comentários sexuais impróprios que se manifestam como flerte excessivo, discussão inapropriada de fantasias e/ou narrativas que envolvem encontros

sexuais passados entre outros comentários impróprios. Podem ser objetivamente obsceno ou refletir insinuações sexuais mais sutis.

5- Comportamento sexual perturbador/socialmente disruptivo:

Nesse item, o comportamento socialmente disruptivo é caracterizado pela influência negativa que tem no funcionamento social do destinatário do cuidado e/ou do cuidador. É avaliado perguntando sobre interrupção do funcionamento pessoal e familiar (por exemplo, “o comportamento já criou problemas para o paciente e/ou sua família?”), às vezes estendendo-se para incluir tensão ocupacional e financeira (por exemplo, “o desejo sexual interfere no relacionamento, na vida familiar ou na situação financeira?”).

Chapman et cols, 2021 publicaram outro estudo para avaliar estatisticamente a estrutura fatorial do CSI, resultando em uma nova medida que pode ajudar a melhor caracterizar e identificar a desinibição nas demências. Os 5 domínios comportamentais podem servir de base para o desenvolvimento de uma nova medida de relato do cuidador, e para ajudar em intervenções de apoio.

Os autores não identificaram nenhuma medida ou escala que abordasse todos esses domínios. São necessários mais estudos para padronizações e desenvolvimento de um instrumento que avalie a frequência e gravidade do CSI e o sofrimento do paciente e do cuidador causado por esse sintoma neuropsiquiátrico, pois pode ter importante implicação no tratamento. Também é importante que as medidas que avaliam os CSI sejam apropriadas para uma variedade de ambientes, especialmente pesquisas e ambientes clínicos.

Informações relativas aos comportamentos pré-diagnóstico e pós-diagnóstico, frequência e gravidade dos sintomas também são importantes, pois foram associados a desfechos negativos. Além disso, é importante determinar em que contexto o CSI ocorre, pois permite uma melhor diferenciação do comportamento sexual normativo do patológico (Torrise et al., 2017).

Fatores contribuintes para o aparecimento de comportamentos sexuais inadequados

Teorias biológicas e psicossociais tentam explicar a etiologia do CSI na demência, fato é que se trata de um tema amplo e multifatorial. (Thom et al., 2017). Os principais fatores descritos foram perda neuronal que ocorrem na demência, efeitos adversos de medicamentos ou interações medicamentosas e doença psiquiátrica.

De uma perspectiva biológica, pode-se considerar o comportamento sexual alterado como resultado da disfunção das estruturas cerebrais, como o córtex frontal inferior, amígdala ou lobo temporal. (Thom et al., 2017). Há possibilidade de alterações em relação a neurotransmissores como monoaminas, serotonina, dopamina e transmissores neuropeptídicos do hipotálamo, bem como andrógenos circulantes, receptores de diidrotestosterona e testosterona (Ozkan et al. 2008).

Em relação a questões psicossociais, vários fatores podem contribuir para o aparecimento de CSI, como alterações psiquiátricas, padrões pré-mórbidos de atividade sexual e interesse, falta de parceiro sexual habitual ou identificação errônea de outra pessoa como parceiro habitual, falta de privacidade, ambiente pouco conhecido ou não familiar. O aumento da agitação e da desinibição sexual podem estar associados ao uso de medicamentos e outras drogas.

Além disso, a questão da hipersexualidade na demência é complicada pelo preconceito de que os idosos não estão mais interessados na sexualidade. Isso pode levar a uma interpretação errônea de algum comportamento sexual normal como patológico, especialmente pacientes com demência institucionalizados (Torrissi et al., 2017).

Burns et al., 1990, mostrou que a frequência de aparecimento do CSI é semelhante entre mulheres e homens, 7% e 8% respectivamente. Porém, os homens são mais propensos a mostrar comportamento hipersexual relacionado a contato físico e as mulheres, principalmente comportamentos sexuais verbais (Wick e Zanni, 2005).

Tratamento do comportamento sexual inadequado

O Manejo do CSI é complexo e ainda não há um consenso na literatura sobre isso. A maioria dos dados disponíveis para o tratamento de CSI vem de relatos de casos e séries de casos. Revisões sistemáticas sobre o tratamento desses comportamentos são escassas. A escolha do tratamento depende da urgência da situação, dos tipos de comportamento e das condições médicas subjacentes do paciente. O tratamento pode ser dividido em não farmacológico e farmacológico. Ambos se mostraram eficazes (De Giorgi e Series, 2016).

1. Tratamento não farmacológico

Os tratamentos não farmacológicos mais citados incluem:

1.1 Abordagem comportamental:

Explicação ao paciente da natureza inaceitável de comportamentos é aconselhável (Marshall e Briken, 2010). Recomenda-se uma variedade de técnicas de distração para

controlar o CSI, dentre elas temos o incentivo a atividades manuais como o artesanato, cuja função central é ocupar as mãos impedindo o toque inadequado ou a masturbação pública por esses pacientes. Da mesma forma que atividades sociais como lanches, bebidas, conversas, exercícios e caminhadas podem reduzir o tédio, aumentar a distração e conseqüentemente reduzir o CSI (De Giorgi e Series, 2016).

1.2 Abordagem psicoeducativa:

Esta modalidade de tratamento é mais importante para os cuidadores de pacientes com demência, que muitas vezes precisam de garantias sobre a natureza desses comportamentos, que são principalmente devido à doença e não um reflexo de seu relacionamento (Marshall e Briken, 2010).

1.3 Abordagem ambiental:

Fazer ajustes no ambiente em que o paciente está inserido é uma intervenção simples e eficaz. A superestimulação por programas de televisão ou outros tipos de mídia podem contribuir como gatilhos do CSI, ou seja, evitar o consumo de mídias que abordam de forma sexual alguns assuntos podem ajudar no tratamento. Roupas adaptadas, com botões especiais ou local de fechamento em pontos de difícil acesso, também são recomendados nos casos em que a vulnerabilidade se manifesta por nudez ou masturbações públicas (De Giorgi e Series, 2016).

1. Tratamento farmacológico

Embora abordagens comportamentais, psicológicas ou ambientais sejam consideradas como primeira opção, o tratamento farmacológico do CSI é frequentemente a primeira escolha, devido à facilidade de administração, eficácia e gravidade do caso. As classes de medicamentos que podem ser úteis no tratamento desses comportamentos incluem antidepressivos, antipsicóticos, antiepiléticos e, em alguns casos, agentes hormonais. Tendo que considerar os efeitos colaterais, as comorbidades e a possibilidade de piora do comportamento sexual após o início da medicação. Embora ainda não existam estudos controlados, a utilização de determinados medicamentos em algumas séries e relatos de casos documentam a melhora dos sintomas de hipersexualidade, mas podem apresentar como viés a escassez de dados para o não benefício de tais medicações.

Antidepressivos:

Muitos estudos consideram como primeira escolha do tratamento farmacológico, pois são seguros, eficazes e geralmente bem tolerados. Os antidepressivos inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS) são usados pensando-se nos efeitos de diminuição da libido e controle de sintomas relacionados a comportamentos obsessivos-compulsivos, que poderiam estar relacionados a hipersexualidade (Ozkan et al. 2008).

Aparentemente, os antidepressivos tricíclicos, como a clomipramina, são eficazes no tratamento do comportamento sexual inadequado em pacientes com demência e exibicionismo (Marshall e Briken, 2010). Apesar de sua eficácia, seu uso está relacionado a maior risco de hipotensão postural e confusão mental.

Anticonvulsivantes estabilizadores de humor:

Com poucas evidências científicas, são usados para tratar distúrbios comportamentais associados à demência. O mecanismo pelo qual eles afetam a função sexual ainda é pouco compreendido. O principal medicamento dessa classe usado no controle do CSI é a gabapentina, relacionada a diminuição da libido e disfunção erétil (De Giorgi e Series, 2016).

O uso da gabapentina mostrou resultados promissores, com reduções parciais e completas do comportamento sexual inadequado. Além disso, pode auxiliar no controle da agressividade e do sono.

Outro anticonvulsivante com bons resultados foi a carbamazepina. De acordo com estudo de Ozkan e col., 2008, o uso de ácido valproico e lamotrigina não mostraram benefícios no CSI na demência, sendo recomendado em casos selecionados, devido aos seus efeitos de estabilizar o humor, efeitos colaterais antiandrogênicos e antiprogestágenos.

É importante considerar que os anticonvulsivantes podem causar diversos efeitos colaterais, dentre eles sedação, problemas gastrointestinais, risco de quedas, alterações da pressão arterial e alterações hepáticas.

Drogas usadas no tratamento da demência:

Medicamentos utilizados para o tratamento da Doença de Alzheimer mostraram resultados conflitantes. Alguns relatos de caso mostraram que o uso da rivastigmina, diminuíram os sintomas de hipersexualidade conforme aumentos progressivos da dose. Em 2 relatos de caso que avaliaram uso da donepezila, os sintomas de hipersexualidade

foram aumentados e amenizaram com a suspensão da droga. Tal característica aponta para a atuação central e periférica dessas drogas (Tucker, 2010).

Antipsicóticos:

As evidências sobre o uso de antipsicóticos para sintomas de hipersexualidade ainda necessita de estudos. No entanto, há relatos que mostram o uso de haloperidol, olanzapina e quetiapina com bons resultados no controle do CSI (Tucker, 2010).

O mecanismo parecer ser a diminuição do efeito da dopamina no sistema nervoso central, aumentando os níveis de prolactina, que, teoricamente, poderia diminuir CSI. A quetiapina, além de reduzir CSI, auxiliou a normalizar problemas relacionados ao sono e à agressividade. Os antipsicóticos atípicos são mais bem tolerados pelos idosos (Ozkan et al. 2008).

Deve-se ficar atento aos efeitos adversos como ganho de peso, síndrome metabólica e aumento do risco cardiovascular.

Tratamento hormonal:

Os moduladores hormonais mais citados nos estudos são estrógenos, análogos de GnRH e anti-androgênicos, como a medroxiprogesterona. O mecanismo para controle do CSI é a diminuição dos níveis séricos de testosterona, que leva a diminuição da libido e dos impulsos sexuais (Ozkan et al., 2008).

Anti-andrógenos: os mais comuns são acetato de medroxiprogesterona e acetato de ciproterona. Atuam reduzindo o nível sérico de testosterona, que pode eliminar os comportamentos inadequados, incluindo hipersexualidade e agressividade, além de prejudicar o funcionamento sexual. Podem ter como efeitos adversos sedação, aumento do apetite, ganho de peso, fadiga, perda de pelos e sintomas de depressão (Ozkan et al. 2008).

Estrógenos: Atuam inibindo o FSH e o LH, sendo o mais comum o Dietilestilbestrol e estrogênio conjugado, inclui efeitos como náuseas, vômitos, retenção de líquido e ginecomastia, além de aumentar risco cardiovascular e tromboembólico. Em um estudo o protocolo utilizado com 39 pacientes de 61 a 81 anos, apresentou resultados importantes, sem os efeitos colaterais. Os pacientes que falharam com ISRS ou que apresentavam sintomas graves, como risco de violência sexual, foram abordados com terapia oral ou com adesivo de estrogênio. Ao fim do estudo 38 pacientes apresentavam melhora dos sintomas sem efeitos adversos graves (Ozkan et al. 2008).

Análogos do GnRH: estimulam a diminuição dos níveis de LH e FSH, aumentando a produção de estrógenos e diminuindo os níveis de testosterona. Um exemplo é a leuprolida e os efeitos colaterais mais comuns são: calor, disfunção erétil e diminuição da libido (Ozkan et al. 2008).

O uso dessas medicações, no entanto, ainda é muito estigmatizado, pelo conceito de “castração química” e, portanto, deve –se deixar claro os riscos e benefícios da medicação para o cuidador e familiares.

Pontos fortes e limitações

Este estudo aborda o CSI na demência, tema que gera grande sofrimento para os pacientes e seus cuidadores, porém ainda pouco estudado. É importante que este assunto seja discutido, bem como levantar a discussão sobre a importância de falar sobre a sexualidade entre os idosos.

O grande problema é o pequeno número de estudos com alta evidência sobre CSI na demência, sendo insuficiente para orientar a prática de prescrição medicamentosa, incluindo o uso criterioso de medicação.

CONCLUSÃO:

Mais estudos são necessários para uma melhor abordagem do CSI, pois tal condição é importante causa de problemas para pacientes, familiares e cuidadores. Os estudos atuais são limitados pela falta de uma definição amplamente aceita de CSI e devido à sexualidade ser um tabu na terceira idade, uma vez que existe um preconceito de que os idosos não possuem interesse sexual e, por isso, comportamentos sexuais normais podem ser falsamente julgados como patológicos. Fatores como crença, cultura e contexto social influenciam na sexualidade, logo, estudos com idosos brasileiros são importantes para entender o perfil de sexualidade dessa população. Ainda não há consenso sobre tratamento específico para CSI, sendo necessários estudos que definam tratamentos farmacológicos seguros e eficazes.

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE: A autora declara não haver potenciais conflitos de interesse em relação à pesquisa, autoria e/ou publicação deste artigo.

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. Guay, David R. P. “Inappropriate Sexual Behaviors in Cognitively Impaired Older Individuals”. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, vol. 6, nº 5, dezembro de 2008, p. 269–88. <https://doi.org/10.1016/j.amjopharm.2008.12.004>.
3. 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>.
4. Joller, Petra et al. “Approach to inappropriate sexual behaviour in people with dementia.” *Canadian family physician Medecin de famille canadien* vol. 59,3 (2013): 255-60.
5. 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>.
6. 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>.
7. 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>.
8. Torrisi, Michele, et al. “Inappropriate Behaviors and Hypersexuality in Individuals with Dementia: An Overview of a Neglected Issue: BPSD in Dementia”. *Geriatrics & Gerontology International*, vol. 17, nº 6, junho de 2017, p. 865–74. <https://doi.org/10.1111/ggi.12854>.
9. Bronner, Gila, et al. “Sexuality in Patients with Parkinson’s Disease, Alzheimer’s Disease, and Other Dementias”. *Handbook of Clinical Neurology*, vol. 130, Elsevier, 2015, p. 297–323. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-63247-0.00017-1>.
10. 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>.

11. Rosen, Tony, et al. “Sexual Aggression Between Residents in Nursing Homes: Literature Synthesis of an Underrecognized Problem: SEXUAL AGGRESSION BETWEEN NH RESIDENTS”. *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 58, n° 10, outubro de 2010, p. 1970–79. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.03064.x>.
12. Stubbs, B. “Displays of Inappropriate Sexual Behaviour by Patients with Progressive Cognitive Impairment: The Forgotten Form of Challenging Behaviour?: Displays Inappropriate Sexual Behaviour by Patients with Cognitive Impairment”. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol. 18, n° 7, setembro de 2011, p. 602–07. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01709.x>.
13. Wallace, Meredith, e Meredith Safer. “Hypersexuality among Cognitively Impaired Older Adults”. *Geriatric Nursing*, vol. 30, n° 4, julho de 2009, p. 230–37. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2008.09.001>.
14. Kamel, Hosam K., e Ramzi R. Hajjar. “Sexuality in the Nursing Home, Part 2: Managing Abnormal Behavior—Legal and Ethical Issues”. *Journal of the American Medical Directors Association*, vol. 5, n° 2, março de 2004, p. S49–52. [https://doi.org/10.1016/S1525-8610\(04\)70094-8](https://doi.org/10.1016/S1525-8610(04)70094-8).
15. Higgins, Agnes, et al. “Hypersexuality and Dementia: Dealing with Inappropriate Sexual Expression”. *British Journal of Nursing*, vol. 13, n° 22, dezembro de 2004, p. 1330–34. <https://doi.org/10.12968/bjon.2004.13.22.17271>.
16. 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, n° 7, janeiro de 2006, p. 687–93. <https://doi.org/10.1080/02699050600744137>.
17. Nordvig, Anna Starikovskiy, et al. “The Cognitive Aspects of Sexual Intimacy in Dementia Patients: A Neurophysiological Review”. *Neurocase*, vol. 25, n° 1–2, março de 2019, p. 66–74. <https://doi.org/10.1080/13554794.2019.1603311>.
18. 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>.
19. Béreau, M. “Hypersexuality in Neurological Disorders: From Disinhibition to Impulsivity”. *Frontiers of Neurology and Neuroscience*, organizado por J. Bogousslavsky, vol. 41, S. Karger AG, 2018, p. 71–76. <https://doi.org/10.1159/000475693>.

20. Stella, Florindo, et al. "Medical cannabinoids for treatment of neuropsychiatric symptoms in dementia: a systematic review". *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 2021. <https://doi.org/10.47626/2237-6089-2021-0288>.
21. Manzano-Palomo, Sagrario et al. "Use of Antipsychotics in Patients with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: Results of a Spanish Delphi Consensus." *Dementia and geriatric cognitive disorders* vol. 49,6 (2020): 573-582. doi:10.1159/000510866
22. Branton, Tim, e Nick Brindle. "Antiandrogenic Treatment for Sexual Disinhibition in Male Patients with Dementia". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, organizado por The Cochrane Collaboration, John Wiley & Sons, Ltd, 2007, p. CD006444. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006444>.
23. Ward, Rosalind F., e Simon Manchip. "'Inappropriate' Sexual Behaviours in Dementia". *Reviews in Clinical Gerontology*, vol. 23, n° 1, fevereiro de 2013, p. 75–87. <https://doi.org/10.1017/S0959259812000196>.
24. Srinivasan, Shilpa, and Andrew D. Weinberg. "Pharmacologic treatment of sexual inappropriateness in long-term care residents with dementia." *Annals of Long Term Care* 14.10 (2006): 20.
25. Light, Stacy Anderson, and Suzanne Holroyd. "The use of medroxyprogesterone acetate for the treatment of sexually inappropriate behaviour in patients with dementia." *Journal of psychiatry & neuroscience: JPN* vol. 31,2 (2006): 132-4.
26. Wick, Jeannette Y., e Guido R. Zanni. "Disinhibition: Clinical Challenges in the Long-Term Care Facility". *The Consultant Pharmacist*, vol. 20, n° 12, dezembro de 2005, p. 1006–18. <https://doi.org/10.4140/TCP.n.2005.1006>.
27. Leo, R J, and K Y Kim. "Clomipramine treatment of paraphilias in elderly demented patients." *Journal of geriatric psychiatry and neurology* vol. 8,2 (1995): 123-4. doi:10.1177/089198879500800210.
28. Burns, A et al. "Psychiatric phenomena in Alzheimer's disease. IV: Disorders of behaviour." *The British journal of psychiatry: the journal of mental science* vol. 157 (1990): 86-94. doi:10.1192/bjp.157.1.86.
29. Chen, Stephen T. "Treatment of a Patient With Dementia and Inappropriate Sexual Behaviors With Citalopram". *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, vol. 24, n° 4, outubro de 2010, p. 402–03. <https://doi.org/10.1097/WAD.0b013e3181ec16ec>.

30. 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, n° 2, abril de 2009, p. 136–40. <https://doi.org/10.1177/1533317508329479>.
31. 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.
32. Black, Benjamin, et al. "Inappropriate Sexual Behaviors in Dementia". *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, vol. 18, n° 3, setembro de 2005, p. 155–62. <https://doi.org/10.1177/0891988705277541>.
33. Dominguez, L. J., e M. Barbagallo. "Ageing and Sexuality". *European Geriatric Medicine*, vol. 7, n° 6, dezembro de 2016, p. 512–18, <https://doi.org/10.1016/j.eurger.2016.05.013>.
34. Marshall, L.E. e Briken, P. "Assessment, diagnosis, and management of hypersexual disorders". *Current Opinion Psychiatry*, vol 23, n° 6, 2010, p. 570–573.
35. Prince, Martin, et al. "The Global Prevalence of Dementia: A Systematic Review and Metaanalysis". *Alzheimer's & Dementia*, vol. 9, n° 1, janeiro de 2013, p. 63. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2012.11.007>.
36. Chapman, Kimberly R et al. "Identification of Sexual Disinhibition in Dementia by Family Caregivers." *Alzheimer disease and associated disorders* vol. 33,2 (2019): 154-159. doi:10.1097/WAD.0000000000000302
37. Chapman, Kimberly R., et al. "The Role of Sexual Disinhibition to Predict Caregiver Burden and Desire to Institutionalize Among Family Dementia Caregivers". *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, vol. 33, n° 1, janeiro de 2020, p. 42–51. <https://doi.org/10.1177/0891988719856688>.
38. Chapman, Kimberly R et al. "Development of an assessment measure for sexual disinhibition in dementia." *International journal of geriatric psychiatry* vol. 36,9 (2021): 1436-1449. doi:10.1002/gps.5552