

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE MEDICINA – CIÊNCIAS MÉDICAS

SAULO QUEIROZ BORGES

**PREVALÊNCIA E FATORES RELACIONADOS AO
COMPORTAMENTO SEXUAL INAPROPRIADO EM
PACIENTES COM DEMÊNCIA: UM ESTUDO
NATURALÍSTICO.**

BRASÍLIA – DF

SAULO QUEIROZ BORGES

**PREVALÊNCIA E FATORES RELACIONADOS AO
COMPORTAMENTO SEXUAL INAPROPRIADO EM
PACIENTES COM DEMÊNCIA: UM ESTUDO
NATURALÍSTICO.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Universidade de Brasília como requisito parcial à obtenção ao grau de Mestre em Ciências Médicas sob orientação do Prof. Dr. Einstein Francisco Camargos.

BRASÍLIA

Lista de Abreviaturas e Siglas

% Percentual

ABVD Atividades Básicas de Vida Diária

AIVD Atividades Instrumentais de Vida Diária

APP Afasias Progressivas Primárias

APP-L Afasias Progressivas Primárias - variante logopêica

APP-NF/A Afasias Progressivas Primárias - variante não fluente/agramática

APP-S Afasias Progressivas Primárias - variante Semântica

CDR *Clinical Dementia Rating*

CEP/FS-UnB Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

CID-11 Código Internacional de Doenças versão 11

CMI Centro de Medicina do Idoso

CSI Comportamento Sexual Inapropriado

DA Demência de Alzheimer

vc-DFT Variante comportamental da Demência Fronto-temporal

DCL Demência por Corpos de Lewy

DSM-5 Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais versão 5

EUA Estados Unidos da América

FAST Functional Assessment Staging

IC Intervalo de confiança

HHA Hipotálamo-Hipófise-Adrenal

HUB Hospital Universitário de Brasília

ILPI Instituição de Longa Permanência para Idosos

ISRS Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina

MEEM Mini Exame do Estado Mental

mg miligramas

N Número (amostra)

NINDS-AIREN *Nacional Institute of Neurological Disorders and Stroke and Association
Internationale pour la Recherché et l'Enseignement em Neurosciences*

OR *Odds Ratio* (razão de chance)

SIQ-A Questionário de Comportamento Sexual e Intimidade parte A

SIQ-B Questionário de Comportamento Sexual e Intimidade parte B

SPCD Sintoma Psicológico e Comportamental da Demência

TCSC Transtorno do Comportamento Sexual Compulsivo

TH Transtorno Hipersexual

TUS – Transtorno por Uso de Substâncias

RESUMO

Introdução: O comportamento sexual inapropriado (CSI) na demência é um sintoma psicológico e comportamental da demência (SPCD) pouco estudado, apesar de seu elevado impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes e estresse ao cuidador. Sua prevalência e fatores de risco associados têm achados inconsistentes na literatura. **Objetivos:** Determinar a prevalência do CSI em pacientes com demência; descrever os fatores associados; e qualitativamente descrever os tipos de apresentações mais comuns, tratamento adotado e evidência de resposta clínica à abordagem do CSI. **Métodos:** Estudo analítico transversal retrospectivo no qual foram coletados dados de registros médicos semiestruturados de pacientes portadores de síndrome demencial acompanhados em um centro de referência de atenção secundária entre 2015 e 2019. **Resultados:** De um total de 552 pacientes, 52 indivíduos (9,3%) apresentaram CSI, estando associada ao sexo masculino ($p < 0,000$; OR 2,95, IC95% 1,73-5,01), Demência Frontotemporal ($p < 0,007$), histórico de etilismo ($p < 0,015$; OR 2,35, IC95% 1,16-4,73) e tabagismo ($p < 0,000$; OR 2,88, IC95% 1,61-5,13) e semi-dependência/independência para ABVDs ($p = 0,041$). **Conclusões:** Embora os achados sejam concordantes em grande parte ao observado na literatura, a grande variabilidade destes refletem uma limitada e baixa qualidade de evidência disponível, ausência de padronização quanto a terminologia, definição e critérios diagnósticos do CSI. Mais estudos em diferentes cenários com instrumentos específicos validados para o CSI podem contribuir para a melhor caracterização desta condição desafiadora.

Palavras-chave: Comportamento sexual; Demência; Sintomas comportamentais.

ABSTRACT

Introduction: Inappropriate sexual behavior (ISH), a psychological and behavioral symptom of dementia, remains understudied despite its high negative impact on patient quality of life and caregiver burden. The findings in the literature are inconsistent regarding its prevalence and associated factors. **Objectives:** To determine the prevalence of ISH in patients with dementia, describe associated factors, and qualitatively report the most common presentations, treatments, and evidence of clinical response. **Methods:** This retrospective cross-sectional study collected data from semi-structured charts of dementia patients who were followed up at a secondary care reference center between 2015 and 2019. **Results:** Of 552 total patients, 52 (9.3%) were hypersexual, which was associated with male sex ($p < 0.000$; OR 2.95, 95% CI 1.73-5.01), frontotemporal dementia ($p < 0.007$), alcohol use ($p < 0.015$; OR 2.35, 95% CI 1.16-4.73) tobacco use ($p < 0.000$; OR 2.88, 95% CI 1.61-5.13), and semi-dependence/independence in basic activities of daily living ($n = 0.041$). **Conclusions:** Although our findings were, to a great extent, similar to the literature, their significant variability reflects the limited and low quality of the available evidence and a lack of standardization regarding terminology, definitions, and diagnostic criteria for ISH. Further studies in different settings with specific instruments validated for ISH could contribute to a better characterization of this challenging behavior.

Keywords: Behavioral Symptoms; Dementia; Sexual Behavior.

MANUSCRITO

Artigo submetido à *Psychogeriatrics*

(Artigo original “**Previous use of alcohol and tobacco are associated with hypersexuality in patients with dementia**”)



Editorial Office, Psychogeriatrics -onbehalfof@manuscriptcentral.com>
para mim, sauloqb ▾

ter., 4 de jul., 00:36 ☆ ↶ ⋮

🌐 inglês ▾ > português ▾ Traduzir mensagem

Desativar para: inglês x

03-Jul-2023

Dear Dr. Camargos:

Your manuscript entitled "Previous use of alcohol and tobacco are associated with hypersexuality in patients with dementia." by Camargos, Einstein, Borges, Saulo, has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in Psychogeriatrics.

Co-authors: Please contact the Editorial Office as soon as possible if you disagree with being listed as a co-author for this manuscript.

Your manuscript ID is PSY-2023-0194.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. Our journal is currently transitioning to Wiley's Research Exchange submission portal. If you submitted this manuscript through our Research Exchange site, you can view the status of your manuscript by logging into the submission site at wiley.athyponex.com/journal/PSYG. If you submitted this manuscript through ScholarOne, you can view the status of your manuscript by checking your Author Center after logging in to <https://mc.manuscriptcentral.com/psy>.

Thank you for submitting your manuscript to Psychogeriatrics.

Sincerely,

Psychogeriatrics Editorial Office

↶ Responder ↶ Responder a todos ↷ Encaminhar

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	08
2.	MÉTODOS	14
3.	RESULTADOS	16
4.	DISCUSSÃO	19
5.	CONCLUSÕES	29
6.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30

1. INTRODUÇÃO

A demência é um problema de saúde pública crescente que afeta cerca de 50 milhões de pessoas ao redor do mundo, com quase 10 milhões de casos novos a cada ano, e com perspectiva de triplicar sua prevalência em 2050 (WHO, 2022). Só na América Latina é estimado que 4,5 milhões de pessoas vivam com demência em 2019, com expectativa de um aumento (América Latina e Caribe) para 13,7 milhões de casos em 2050, um aumento de 205% e o dobro do aumento projetado para a América do Norte (OPAS, 2023).

Para além dos sintomas cognitivos, o clínico se depara na prática cotidiana com outros problemas até mesmo mais desafiadores, os chamados sintomas psicológicos e comportamentais da demência (SPCD) (ou sintomas neuropsiquiátricos), definidos como sinais e sintomas de distúrbios na percepção, conteúdo do pensamento, humor e comportamento (Finkel, Costa e Silva, Cohen, Miller, & Sartorius, 1996). Extremamente comum, 3 em cada 4 pacientes com demência apresentam ao menos um SPCD como a agitação, apatia, ansiedade, questionamentos repetitivos, psicose, agressão, problemas de sono, perambulação e uma variedade de outros comportamentos socialmente inapropriados (Cummings, 1997; Lyketsos et al., 2002).

Os SPCD estão frequentemente associados à pior qualidade de vida, maior dependência funcional e declínio cognitivo mais acelerado, causando um maior risco de institucionalização e aumentando o risco de morte (Hurt et al., 2008; Peters et al., 2015; Stern et al., 1997). Os cuidadores desses pacientes também relatam pior qualidade de vida quando comparados àqueles de pacientes sem SPCD (González-Salvador, Arango, Lyketsos, & Barba, 1999).

Dentre os diversos SPCD citados acima, os ligados à sexualidade são frequentemente observados em pacientes com demência. A sexualidade é uma das necessidades básicas da experiência humana, e o comportamento sexual é complexo e depende de muitos fatores, incluindo os individuais e culturais. Evidências apontam para a diminuição das atividades sexuais com o envelhecimento, ainda que o interesse sexual permaneça (Mulligan & Siddiqi, 2003) e a atividade sexual regular continue para além da sétima ou oitava década de vida (Lindau et al., 2007; Marsiglio & Donnelly, 1991).

Alguns fatores podem prejudicar a expressão sexual de indivíduos idosos, como o estado conjugal, doenças crônicas, transtornos mentais, incapacidades físicas e funcionais e declínio cognitivo (Hartmans, Comijs, & Jonker, 2015; Rheume & Mitty, 2008; Winn & Newton,

1982). O funcionamento do córtex pré-frontal está envolvido em vários aspectos da função sexual, através das funções executivas, pensamento abstrato, consciência do eu e mundo, julgamento; além da memória e fatores emocionais, igualmente importantes para a integridade do comportamento sexual (Hartmans, Comijs, & Jonker, 2014).

Declínio cognitivo pode afetar a frequência e satisfação com a atividade sexual. Menos de 25% dos indivíduos casados com declínio cognitivo leve a moderado mantêm atividades sexuais (Ballard et al., 1997). Há uma tendência geral de diminuição do comportamento sexual com declínio cognitivo (Hartmans et al., 2014). Escores menores em testes de funcionamento cognitivo geral e inteligência fluida estão associados à percepção da sexualidade como sendo não importante, à atividade sexual como desagradável, e ao não reconhecimento da necessidade de intimidade com o envelhecimento (Hartmans et al., 2015). Nesta mesma direção, 70% dos cuidadores conjugues de pacientes com demência de Alzheimer referem indiferença para atividades sexuais de seus parceiros (Derouesné, Guigot, Chermat, Winchester, & Lacomblez, 1996). Em contraste, um recente estudo populacional dos EUA sobre sexualidade em idosos de comunidade com declínio cognitivo e demência demonstrou que cerca de metade dos homens e mulheres com declínio cognitivo que tinham parceiros, incluindo 40% daqueles com 80 a 91 anos, eram sexualmente ativos (Lindau et al., 2018). Em suma, o interesse sexual permanece para muitos idosos com prejuízo cognitivo, e profissionais de saúde devem estar alertas para as potenciais barreiras da expressão sexual saudável (Srinivasan, Glover, Tampi, Tampi, & Sewell, 2019).

Atualmente não existe definição consensual do que seria um comportamento sexual normal ou patológico (Bogousslavsky, 2018). No indivíduo idoso estabelecer o que é inapropriado ou patológico ainda merece mais cuidado, uma vez que esse julgamento frequentemente é influenciado por questões religiosas ou estereótipos sociais, em geral considerando os idosos como seres assexuados (Joller et al., 2013). Para os idosos com distúrbios cognitivos as questões da sexualidade são especialmente complexas, já que o diagnóstico de demência não determina sobre quais domínios uma pessoa é capaz de tomar decisões. Em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) este cenário ainda é mais desafiador, diante das inúmeras barreiras impostas para a expressão sexual (Lester, Kohen, Stefanacci, & Feuerman, 2016). Dentre estas, destacam-se os vieses, atitudes negativas e paternalistas dos profissionais de saúde sobre a sexualidade destes indivíduos (Doll, 2013; Makimoto, Kang, Yamakawa, & Konno, 2015).

A hipersexualidade pode ser sintoma de outra condição ou pode ser um transtorno primário (Dalgalarondo, 2018). Ela tem sido utilizada para descrever alterações agudas no comportamento sexual, induzido comumente por um transtorno neuropsiquiátrico (Krueger & Kaplan, 2000; Tosto, Talarico, Lenzi, & Bruno, 2008), lesões cerebrais (Miller, Cummings, McIntyre, Ebers, & Grode, 1986; Zencius, Wesolowski, Burke, & Hough, 1990) ou por efeito de medicamento tipicamente induzido por agonistas dopaminérgicos (Bilgiç, Gürkan, & Türkoğlu, 2007; Uitti et al., 1989).

Kafka MP (Kafka, 2010) definiu hipersexualidade ou transtorno hipersexual como uma síndrome caracterizada por fantasias sexuais intensas e recorrentes, fissuras sexuais, ou comportamentos sexuais associados a tempo dispendido, estados de humor disfóricos ou eventos estressores da vida, tentativas repetidas e frustradas de controlar, e negligência quanto ao risco de dano físico ou emocional para si e terceiros. Seus critérios propostos buscaram integrar várias perspectivas fisiopatológicas empíricas, como desregulação da excitação e desejo sexual (não-parafílico), impulsividade sexual, dependência sexual e compulsão sexual. Nos pacientes com transtornos neuropsiquiátricos, não é raro que o comportamento sexual desinibido tenha características mistas de comportamentos sexuais parafílicos e não-parafílicos (Kafka, 2010). Entretanto, as evidências científicas para a validação do transtorno hipersexual (TH) como síndrome clínica distinta foram consideradas insuficientes (Kafka, 2014), e este constructo emergente não foi incluído no DSM-5 (APA, 2014). Apesar da controvérsia, o comportamento hipersexual clinicamente relevante foi classificado no CID-11 (2022) como Transtorno do Comportamento Sexual Compulsivo (TCSC), caracterizado por “padrão persistente de falha no controle de desejos ou impulsos sexuais repetitivos e intensos, resultando em comportamento sexual repetitivo” (Oliveira & Trentini, 2023). Entretanto esta condição excluiu condições médicas como causas do transtorno sexual, incluindo demência.

Os termos usados para nomear o comportamento sexual inapropriado (CSI) são numerosos, e não existe um consenso definido quanto a terminologia, definição e classificação para esta condição. O uso do termo “Hipersexualidade” também é considerado um termo impreciso, sem conseguir distinguir indivíduos verdadeiramente hipersexuais – com impulso biológico aumentado que buscam uma satisfação sexual percebida como fora de controle do indivíduo - com indivíduos com desinibição e impulsividade, mas que na verdade apresentam redução no impulso sexual (hiposexuais) (Lawrie & Jillings, 2004). A literatura mais recente tem preferido nomear este comportamento em pacientes com transtornos neurocognitivos como

desinibição sexual (Sarangi, Jones, Bangash, & Gude, 2021), embora termos intercambiáveis tenham sido utilizados, como expressão sexual inapropriada, comportamento sexual inadequado, comportamento desinibido sexual, comportamento hipersexual, comportamento sexual aberrante ou hipersexualidade (Bartelet, Waterink, & van Hooren, 2014; Chapman, Tremont, Malloy, & Spitznagel, 2019; Johnson, Knight, & Alderman, 2006).

Alagiakrishnan K e colaboradores (Alagiakrishnan et al., 2005) definiram CSI como sujeitos tendo comportamento sexual aberrante, seja verbal (linguagem embaraçosa, ofensiva, constrangedora ou comentários sexuais) ou físico (abordagens indesejáveis como tocar ou apalpar; ou comportamento sexual anormal como masturbação pública, ficar nu(a) ou hipersexualidade e tentativas atuais de intercurso sexual). Foi utilizado condição genérica de “apresentar hipersexualidade” ou comportamentos comuns em demência, mas que não denotam necessariamente uma intenção sexual, como despir-se em público. Outros estudos não definiram claramente os termos, porém descreveram exemplos de comportamentos sexuais inapropriados (Chapman et al., 2019), de comportamentos ou interesses sexuais pouco usuais ou aberrantes (Ahmed, 2018)(Ahmed et al., 2018) ou de desinibição sexual (Burns et al., 1990). Mendez et al (2013)(Mendez & Shapira, 2013) utilizou o termo “Transtorno Hipersexual”, e, embora não tenha definido claramente a condição, descreveu os 3 critérios obrigatórios para a condição e 5 características que apontariam para um mecanismo de desinibição ou desejo sexual aumentado, comentados adiante.

Johnson et al. (Johnson et al., 2006) destacaram que o elemento chave para uma boa definição é a subjetividade na interpretação da adequação e da intenção sexual por trás do ato, e definiu o CSI como atividades relacionadas ao sexo ou impulso sexual aumentado que interfere com a função e se desenvolve em momentos inapropriados ou com pessoas sem consentimento, tendo como exemplos observações verbais, abordagens sexuais ou toques indesejáveis, ato de despir, masturbação pública, ou agressão sexual. Medeiros e colaboradores (Medeiros, Rosenberg, Baker, & Onyike, 2008) sugeriram que o CSI é um comportamento sexual específico marcado por aparente perda de controle ou busca de intimidade desviada do contexto social ou direcionada para um alvo errado; e o comportamento pode não ser sexual na sua forma, mas na sua sugestão.

Prakash e colaboradores categorizaram CSI em conversas sexuais, atos sexuais e atos sexuais implícitos (Prakash, Pathak, Munda, & Bagati, 2009). Atos sexuais incluem toque, agarrar, se expor ou se masturbar em áreas públicas ou privadas; os atos implícitos incluem ler

material pornográfico ou pedir cuidados genitais incomuns. Outra classificação encontrada é baseada no objeto da gratificação sexual, sendo convencional (interesses cultural e socialmente aceitos) e não convencional ou parafilico (crianças, animais ou pessoas sem consentimento) (Kafka & Prentky, 1992).

A ocorrência do CSI em pacientes com demência é bastante variável nos estudos (de 2 a 30%). Estas estimativas devem ser interpretadas com cautela, diante da diversidade de definições e métodos de aferição utilizados (Johnson et al., 2006). Apesar de SPCD menos comum, seu impacto na qualidade de vida dos pacientes e na sobrecarga dos cuidadores é significativa, sendo considerado um dos mais estressantes para os cuidadores (Bogousslavsky, 2018; Onishi et al., 2006; Torrisi et al., 2017).

Infelizmente nenhum dos instrumentos de avaliação sexual citados na literatura foca o CSI na população idosa com distúrbio cognitivo, sendo a avaliação do CSI em pacientes com demência baseados na observação clínica e em entrevistas com cuidadores (Bogousslavsky, 2018).

O surgimento da hipersexualidade pode ser manifestação de uma variedade de distúrbios neurológicos, como lesões do lobo frontal, síndrome de Levin-Kleine ou kløver-Bucy, epilepsia do lobo temporal, doença de Parkinson e/ou seu tratamento, e síndromes demenciais (Bogousslavsky, 2018); ou transtornos psiquiátricos como transtorno afetivo bipolar, esquizofrenia, transtorno obsessivo-compulsivo, delirium, transtorno de uso de substâncias psicoativas ou transtornos de personalidade (Goodman, 2017). Demência per se é causa comum de transtorno do comportamento sexual (Black et al., 2005; Lindau et al., 2007), sendo a ve-DFT com maiores chances de surgimento de CSI (Mendez & Shapira, 2013).

Em geral, o CSI na demência é classificado como uma manifestação do sintoma neuropsiquiátrico desinibição, relacionado a um prejuízo no funcionamento do mecanismo de controle de impulso cerebral associado aos lobos frontais e estruturas cerebrais relacionadas (Kaplan & Krueger, 2010; Robinson, 2003).

Fatores neurobiológicos - circuitos cerebrais, fatores neuroendócrinos e neurotransmissores - e psicossociais podem contribuir para o surgimento e manutenção do comportamento sexual inapropriado (De Giorgi & Series, 2016). Quatro sistemas cerebrais estão envolvidos em sua neurobiologia: lobos frontais, circuitos têmporo-límbico e córtico-estriatais, e o hipotálamo (Black, Muralee, & Tampi, 2005). O mais estudado e classicamente

envolvido nas desinibições é a disfunção do lobo frontal, que pode se manifestar como CSI (Bardell, Lau, & Fedoroff, 2011). Lesões temporais bilaterais resultam na síndrome Kluver-Bucy, que inclui comportamento auto-erótico e hiperoralidade (Lilly, Cummings, Benson, & Frankel, 1983), e a disfunção do lobo temporal pode prejudicar a interpretação intelectual e emocional da excitação sexual (Wallace & Safer, 2009). Alguns autores conceitualizam o CSI como de natureza obsessivo-compulsiva, envolvendo disfunções no circuito córtico-estriatal, como na doença de Huntington (Janati, 1985). Por fim, lesões no hipotálamo direito e área periventricular pode desencadear sintomas maníacos, incluindo hipersexualidade (MacLean, 1973).

Sistemas neuro-endócrinos e neuroquímicos modulam as respostas à estimulação sexual e estão potencialmente envolvidos no CSI, como andrógenos, estrógenos, progesterona, prolactina, ocitocina, cortisol e feromônios. Quanto aos neurotransmissores, o óxido nítrico, serotonina, dopamina, epinefrina, norepinefrina, opioides, acetilcolina, histamina e ácido γ -aminobutírico são relacionados a função sexual e suas alterações (Meston & Frohlich, 2000).

Fatores psicossociais também estão frequentemente envolvidos no surgimento do CSI. Entre eles, os que se destacam são o agravamento dos padrões pré-mórbidos de interesse e atividade sexual ou instabilidade de humor na demência influenciando o interesse sexual; bem como a falta do parceiro usual ou de privacidade, ambiente de subestimulação, mal interpretação de sinais em TV ou de cuidadores do sexo oposto, ambientes não familiares, entre outros (Series & Dégano, 2005).

Apesar de comumente associados à desinibição, outros autores sugerem que estes comportamentos sexuais típicos podem estar relacionados a um aumento do desejo sexual e, portanto, deveriam ser considerados como tipo específico de SPCD (Harris & Wier, 1998; Mendez & Shapira, 2013).

O tratamento do CSI é majoritariamente empírico em virtude da paucidade de evidências robustas, primariamente baseado em estudos retrospectivos de relatos e séries de casos (Cipriani, Ulivi, Danti, Lucetti, & Nuti, 2016; Levitsky & Owens, 1999). As opções terapêuticas para pacientes com CSI incluem tratamentos não farmacológicos e farmacológicos. Dentre as opções não farmacológicas, as mais úteis são modificações comportamentais, psicoterapia de apoio aos cônjuges de pacientes com demência, modificações nas atitudes de

familiares, cuidadores e equipe através de programas de educação sexual em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) (Torrise et al., 2017).

A literatura recomenda que medicamentos podem ser utilizados como adjuvantes apenas em casos de falência à abordagem não farmacológica ou em situações de risco ao paciente ou terceiros, sempre após uma adequada avaliação do risco versus benefício, devido ao baixo perfil de segurança e eficácia duvidosa nesta população (Torrise et al., 2017; Wallace & Safer, 2009). Dentre os fármacos, as opções mais descritas na literatura são os antidepressivos (principalmente inibidores seletivos da recaptção da serotonina, antidepressivos tricíclicos e trazodona), antipsicóticos, inibidores da acetilcolinesterase e antiandrogênicos, com destaque para acetato de medroxiprogesterona e acetato de ciproterona (Eshmaewy, 2021). Estrógenos, assim como os medicamentos antiandrogênicos, podem ser uma alternativa para controle do comportamento sexual inapropriado na ausência de resposta aos antidepressivos (Lothstein, Fogg-Waberski, & Reynolds, 1997; Ozkan, Wilkins, Muralee, & Tampi, 2008).

Embora seja um problema de importância crescente, também considerando a carga social e econômica da demência, a maioria dos estudos de CSI na demência é baseada em estudos com baixo nível de evidência, sendo considerado ainda um tema negligenciado (Torrise et al., 2017). Neste contexto, a literatura existente fornece poucas e frágeis evidências acerca dos diversos tipos de tratamentos farmacológicos e não farmacológicos, majoritariamente estudos de casos em contraposição aos ensaios clínicos randomizados (Joller et al., 2013).

Não há evidências de estudos no Brasil que examinem primariamente o tema do CSI em pacientes com demência. Estudos naturalísticos podem contribuir para reduzir a lacuna no conhecimento do CSI, auxiliando o clínico no reconhecimento e abordagem deste tipo específico de transtorno do comportamento inapropriado relacionado à demência, melhorando assim a qualidade de vida dos pacientes e cuidadores.

O presente estudo objetivou estimar a prevalência do CSI em pacientes com demência acompanhados em um centro de referência por um período de 5 anos, e avaliar os fatores associados. Como análise qualitativa, também descreveremos os tipos de apresentações do CSI, bem como os tratamentos adotados para o transtorno e as evidências de resposta clínica.

2. MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal analítico com obtenção de dados secundários oriundos de registros médicos semiestruturados de pacientes atendidos no Centro de Medicina do Idoso (CMI) do Hospital Universitário de Brasília (UnB). O CMI é centro de referência em atendimento às pessoas idosas no DF e acreditado pelo Ministério da Saúde como centro de referência ao atendimento de pacientes com doença de Alzheimer no Distrito Federal. Recebe e acompanha pacientes de toda a região administrativa do Distrito Federal e Entorno.

Foram incluídos todos os pacientes com diagnóstico estabelecido de Transtorno Neurocognitivo Maior pelos critérios do DSM 5 acompanhados no CMI entre 1º de janeiro de 2015 e 31 de dezembro de 2019, que tiveram ao menos duas consultas anuais registradas em prontuário e registro da avaliação clínica comportamental nessas consultas.

Em virtude da ausência de instrumentos de mensuração padronizados (Johnson et al., 2006), o CSI foi definida mediante avaliação clínica e impressão do entrevistador após relato de acompanhantes (Bogousslavsky, 2018; Ilik, Büyükööl, Kayhan, Ertem, & Ekiz, 2020) pela ocorrência de atividades relacionadas ao sexo ou impulso sexual aumentado pelo paciente que interferem com a função e se desenvolvem em momentos inapropriados ou com pessoas sem consentimento (Alkhalil, Tanvir, Alkhalil, & Lowenthal, 2004; Bardell et al., 2011). Os tipos de CSI foram categorizados em: 1) comentários sexuais explícitos; 2) tocar alguém que não seja um parceiro na região da mama ou genitais; 3) tocar um parceiro na mama ou genitais em público; 4) expor seios ou genitais em público; 5) outros comportamentos sexuais inapropriados.

Os dados sociodemográficos (idade, sexo, estado conjugal) foram considerados no momento do registro do CSI; ou a média no período de acompanhamento (idade) e estado conjugal presente por maior período, nos casos dos controles. A escolaridade foi categorizada em analfabetos, < 4 anos e \geq 4 anos.

As intervenções foram classificadas em não-farmacológicas (orientações e mudanças de comportamentos) e farmacológicas (antidepressivos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, terapias hormonais ou terapias anti-demência), registrando as doses utilizadas no momento da consulta. Definimos “evidência de eficácia clínica” considerando avaliação médica e relato do acompanhante/cuidador na consulta posterior (8 semanas entre intervenção e reavaliação) com os seguintes critérios: 1) Falta de resposta clínica: piora do CSI, pouca ou nenhuma melhoria; 2) Evidência de melhora clínica: melhora que justificou manutenção do tratamento na ocasião da consulta). O transtorno mental prévio foi considerado quando havia registro de doença mental de início precoce (Depressão maior, Transtorno de humor bipolar, Esquizofrenia,

Transtorno esquizoafetivo, Transtorno de estresse pós-traumático, Transtorno obsessivo-compulsivo, Retardo Mental). Transtorno de uso de álcool foi considerado quando existia relato de abuso ou dependência (atual ou passado), segundo os critérios do DSM 5. Tabagismo foi considerado por meio de história de carga tabágica de 20 maços/ano ou mais. Apenas o uso atual de levodopa ou benzodiazepínico foi considerado, contínuo ou frequente (> 3x por semana), no momento do CSI ou por pelo menos 2 meses nos controles.

As medidas das avaliações cognitivas e funcionais foram determinadas no momento da ocorrência do CSI (nos casos), ou o registro de período maior ao longo do acompanhamento (controles); O estado cognitivo foi mensurado pela pontuação no Mini-Exame do Estado Mental (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975) e a funcionalidade foi classificada usando as escalas de atividades básicas (Katz & Akpom, 1976) de vida diária (ABVD) categorizando os pacientes em: 1) dependente, 2) parcialmente dependente ou independente. A escala FAST (*Functional Assessment Staging*) (Reisberg, 1988) foi usada para classificar o status, sendo agrupada em: 1) 3 a 5, 2) 6A a 6E, e 3) 7A a 7E. A etiologia da demência foi classificada seguindo os critérios do *Nacional Institute of Neurological Disorders and Stroke and Association Internationale pour la Recherche et l'Enseignement en Neurosciences* (NINDS-AIREN) (McKhann et al., 1984) para Demência de Alzheimer provável e possível; os critérios do Consórcio Internacional para a variante comportamental da Demência Fronto-temporal (vc-DFT) (Rascovsky et al., 2011); o consenso de Gorno-tempini et al. (2011) (Gorno-Tempini et al., 2011) para o diagnóstico clínico das afasias progressivas primárias (APP) e suas variantes Semântica (APP-S); não fluente/agramática (APP-NF/A) e logopênica (APP-L); o consenso da classificação do comprometimento cognitivo vascular – VICCCS em Comprometimento cognitivo vascular maior (demência vascular) possível e provável, discriminando a demência mista (Demência de Alzheimer + demência vascular) como constructo isolado (Skrobot et al., 2018); e os critérios clínicos para demência com corpos de Lewy (DCL) de McKeith et al. (2017) (McKeith et al., 2017) em DCL provável e possível. O estágio da demência foi classificado conforme o *Clinical Dementia Rating* (CDR) (Hughes, Berg, Danziger, Coben, & Martin, 1982).

Estatísticas descritivas foram utilizadas para descrever a amostra, por meio de frequências observadas (absoluta e relativa) e valores médios com desvio padrão. A normalidade dos dados foi testada utilizando o teste de Kolmogorov-Smirnov. Análise de covariância (ANCOVA) foi utilizada para avaliar diferenças entre variáveis com distribuição próxima à normal com ajustamento para a idade. Suposições de linearidade, normalidade e homogeneidade de variância para a ANCOVA foram verificadas utilizando gráficos de

probabilidade normal e dispersão residual. Para múltiplas comparações, valores significativos foram ajustados utilizando o método de Bonferroni. Utilizou-se o teste de Qui-quadrado para uma variável com o objetivo de determinar se existem diferenças significativas entre a distribuição de frequência das categorias de uma variável qualitativa. Portanto, a determinação do valor de P é baseado na relação entre a frequência observada e a esperada. Utilizou-se o teste de Qui-quadrado de independência ($r \times 2$) para investigar a associação entre duas variáveis (dois ou mais níveis) ou quando oportuno, o teste de Qui-quadrado de uma única variável (teste de aderência) quando há uma única variável. Em todos os testes, fixaremos em 0,05 ou 5% o nível de significância. Foi utilizado para análise estatística o pacote estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences IBM, SPSS) versão 26. JASP Team (2023). JASP (Version 0.17.1).

3. RESULTADOS

Dos 557 pacientes acompanhados no período de 5 anos, a prevalência de CSI foi de 9,3%, sendo significativamente mais frequente entre homens ($p < 0,000$; OR 2,95, IC95% 1,73-5,01), entre pacientes com o diagnóstico de Demência Frontotemporal ($p < 0,007$), entre pacientes com histórico de etilismo ($p < 0,015$; OR 2,35, IC95% 1,16-4,73) e tabagismo ($p < 0,000$; OR 2,88, IC95% 1,61-5,13). Em sua maioria, os pacientes com CSI eram dependentes para as AIVDs (86,5%) e semi-dependentes/independentes para ABVDs (75%). O CSI foi mais frequente nos pacientes com semi-dependência/independência para ABVDs ($p = 0,041$) (Tabela 1)

Dos tipos de transtornos mentais prévios, foi encontrado no grupo com CSI 5 pacientes com transtornos mentais, entre eles 3 transtornos do humor bipolar, 1 esquizoafetivo e 1 retardo mental.

Tabela 1 - Variáveis sócio-demográficas e clínicas dos pacientes acompanhados (N = 557)*.

Variáveis	CSI (n = 52)	Controles (n = 505)	p value
Idade (anos)	77,6 ± 8,7	79,6 ± 7,8	,090**
Sexo			,000***
Feminino	20 (38,4)	341 (67,5)	
Masculino	32 (61,6)	164 (32,5)	
Estado marital			,801***
Casado	27 (51,9)	228 (45,1)	
Viúvo	16 (30,8)	187 (37)	
Divorciado	5 (9,6)	52 (10,3)	
Solteiro	4 (7,7)	38 (7,5)	

Escolaridade				,498***
Sem escolaridade	11 (21,2)	75 (14,9)		
< 4 anos	8 (15,4)	86 (17,1)		
≥ 4 anos	33 (63,5)	341 (67,9)		
CDR				,180***
1	21 (40,4)	142 (28,2)		
2	17 (32,7)	191 (37,9)		
3	14 (26,9)	171 (33,9)		
Etiologia				
Alzheimer	20 (39,2)	215 (43,7)		
Vascular	10 (19,6)	146 (29,7)		
Mista	10 (19,6)	78 (15,9)		
Lewy	0 (0)	8 (16,3)		
Frontotemporal	4 (7,8)	6 (1,2)		,007***
Outras	7 (13,7)	39 (7,9)		
Etilismo				
Sim	12 (23,1)	57 (11,3)		,015***
Tabagismo				
Sim	27 (51,9)	137 (27,3)		,000***
Transtorno mental prévio				
Sim	7 (13,5)	62 (12,3)		,809***
Benzodiazepínicos				
Sim	6 (11,5)	49 (9,7)		,676***
Levodopaterapia				
Sim	1 (1,9)	29 (5,6)		,244***
MEEM	13,62	14,22		,560****
ABVD				
Semi-dependente ou				
Independente	39	304		,041***
Dependente				
FAST	13	198		
3-5				,208***
6A-6E	15 (29,4)	150 (31)		
7A-7E	33 (64,7)	266 (55)		
	3 (5,9)	68 (14)		

* Alguns dados não constavam no registro; ** Teste ANOVA; *** teste de Qui-quadrado; **** ANCOVA

Dos 52 pacientes com CSI, a maioria n=38 (73%) usou ao menos um fármaco para controle comportamental, sendo os antipsicóticos (n=20; 53%) a classe de droga mais comumente usada, seguidos dos antidepressivos (n=16; 42%) e drogas para demência (n=7; 18%). Em apenas 12 pacientes (23%) foi evidenciado registro de orientação específica para CSI, sendo que em um foi utilizada isoladamente, sem medicação associada.

A evidência de melhora clínica na consulta subsequente segundo registros do prontuário foi de 30% para os antipsicóticos, 25% para os antidepressivos, 14% para fármacos anti-demência, 25% para os estrógenos. (Tabela 2)

Tabela 2 - Evidência de melhora clínica com as medicações usadas para controle do CSI na demência.

Drogas (n)*	Evidência de melhora (%)	Dose utilizada (mg)
Antipsicóticos (n = 20)		
Quetiapina (n=10)	30% (n=3)	25mg-175mg
Risperidona (n = 8)	37% (n=3)	1mg-3mg
Olanzapina (n = 3)	67% (n=2)	5mg-10mg
Clozapina (n = 1)	SE	87,5mg-100mg
Levomepromazina (n=1)	SE	12mg
Antidepressivos (n=16)		
Sertralina (n= 6)	33% (n=2)	50-100mg
Citalopram (n=6)	17% (n=1)	20-40mg
Mirtazapina (n=4)	25% (n=1)	15-45mg
Trazodona (n=1)	SE	450mg
Paroxetina (n=1)	SE	20mg
Anti-demência (n=7)		
Donepezila (n=3)	33%(n=1)	5-10mg
Memantina (n=5)	SE	20mg
Estrógenos (n=4)		
	25%(n=1)	0,625mg
Anti-convulsivantes (n=3)		
Ácido Valproico (n=2)	50%(n=1)	250-800mg
Oxacarbazepina (n=1)	100% (n=1)	600mg
Finasterida (n=1)		
	SE	5mg

* Alguns pacientes utilizaram mais de uma medicação. Anti-Ach = Anticolinesterásico; SE: Sem especificação de resposta.

Dos pacientes que exibiram CSI, a forma mais comum de manifestação foi o relato de comentários sexuais explícitos (52,3%). A presença de duas ou mais formas em um único sujeito foi comum (n=16; 38,1%). (Tabela 3)

Tabela 3. Tipos de CSI*.

Tipos	n (%)
Comentários sexuais explícitos	22 (52,3)
Tocar não parceiro em mama ou genitais	12 (28,6)
Expor seios ou genitais em público	11 (26,2)
Outros	11 (26,2)
Tocar parceiro em mama ou genitais	2 (4,8)

* Alguns pacientes apresentaram mais de uma forma.

4. DISCUSSÃO

Essa pesquisa avaliou dados de 557 pacientes com demência acompanhados durante cinco anos em um centro de referência ambulatorial para atendimento a idosos com demência e revelou uma prevalência de CSI de 9,3%, significativamente associada ao sexo masculino, à demência frontotemporal, ao histórico de uso abusivo de álcool e tabaco, e a semi-dependência/independência para ABVDs.

Poucos estudos têm se dedicado a investigar a prevalência de CSI em portadores de demência. Nesse estudo a prevalência situa-se num valor intermediário dentro do intervalo relatado na literatura, que foi entre 1,8% e 25,9% (Ahmed et al., 2018; Alagiakrishnan et al., 2005; Burns, Jacoby, & Levy, 1990; Chapman et al., 2019). Algumas características amostrais específicas podem justificar essa variação. Um estudo transversal retrospectivo canadense avaliou 2278 idosos da comunidade e institucionalizados com demência e observou uma prevalência de apenas 1,8% de CSI. Aspectos da amostra podem justificar a baixa prevalência de CSI nesse estudo, como melhor status cognitivo (MEEM médio de 18), menor prevalência de etilismo (14,6%) quando comparado com nosso estudo (23,1%) e 53,6% de pacientes com demência vascular. Em outro estudo com 779 idosos com demência recrutados por meio de mídia social, a prevalência de desinibição sexual foi de 25,9% (Chapman et al., 2019). Entretanto, o método de recrutamento através da busca de cuidadores em grupos de mídia social voltados para apoio ao cuidador e compartilhamento de informações sobre demência, além da estratégia de detecção do comportamento, podem ter superestimado a prevalência, possivelmente selecionando uma população de cuidadores de pacientes com maior prevalência de transtornos comportamentais de base, incluindo a desinibição sexual.

É possível que as diferentes etiologias das demências presentes nas amostras estudadas interfiram na maior ou menor prevalência de CSI. Por exemplo, Ahmed RM e colaboradores (2018) (Ahmed et al., 2018) avaliaram 62 sujeitos com demência na Austrália com o objetivo primário de examinar comportamentos hipo, hipersexuais e comportamentos sexuais inapropriados através de entrevistas com cuidadores de pacientes portadores de vc-DFT (n=30), Demência semântica (n=12) e DA (n=20). A alta prevalência de hipersexualidade (17,9%) e comportamento sexual inapropriado (21%), possivelmente foi decorrente da maior proporção de pacientes portadores da vc-DFT. Em outro estudo, pesquisadores investigaram transtornos comportamentais em uma amostra de 178 pacientes da comunidade (n=74), hospitalizados (n=78) e institucionalizados (n=26) com DA, e a desinibição sexual não foi um achado

frequente, apresentando uma prevalência de apenas 6,9%, mais próxima do nosso estudo (Burns et al., 1990).

Além dos comentados acima, vários outros fatores podem justificar a grande variabilidade na prevalência do CSI na literatura. A ausência de uma definição clara, de uma ferramenta diagnóstica padronizada para os comportamentos sexuais inapropriados na demência, o local da população de estudo (ILPI versus comunidade), e o constrangimento dos cuidadores e dos profissionais de saúde na sua abordagem contribuem para aumentar a inconsistência e subestimativa da prevalência deste comportamento na literatura (Johnson et al., 2006; Ozkan et al., 2008).

Algumas ferramentas diagnósticas genéricas incluem alguns elementos do comportamento sexual inapropriado, como a Escala de Agressividade de Ryden (Ryden, 1988) ou o Inventário de Agitação de Cohen-Mansfield (Cohen-Mansfield, Marx, & Rosenthal, 1989), entretanto sem abranger todos os aspectos do CSI (Johnson et al., 2006). A aplicação de ferramentas voltadas para desinibição em geral pode subestimar a frequência do CSI, assim como a escolha dos vocábulos usados para detecção do comportamento e a natureza da relação do cuidador, possivelmente mais relatado por esposas (Chapman et al., 2019). Neste último estudo, de modo a ampliar a sensibilidade na detecção da desinibição sexual, 3 métodos de rastreio foram utilizados: a presença de pelo menos um de dois itens do Inventário de Agitação de Cohen-Mansfield que buscam identificar a presença de abordagens sexuais físicas e sexuais; positividade em uma das duas perguntas quanto a presença de comportamento indecente e/ou ofensivo ou comentários indecentes e/ou ofensivos; ou o relato espontâneo escrito de qualquer comportamento que os cuidadores acharam “socialmente inapropriado ou constrangedor”. Exemplos de desinibição consideradas neste relato foram masturbação pública, flerte excessivo, nudez pública. Ahmed et al (2018)(Ahmed et al., 2018) utilizou uma versão modificada do questionário de comportamento sexual e intimidade parte A (SIQ-A) para detecção do comportamento hipersexual, que contempla mudanças na iniciação e resposta a afetos gerais e intimidade sexual e na frequência de atividades sexuais; e para a presença de CSI a parte B do questionário de comportamento sexual e intimidade (SIQ-B), que registra o surgimento de comportamentos ou interesses sexuais pouco usuais ou aberrantes, incluindo mudança no engajamento de atividades sexuais, interesse sexual em outro parceiro, comportamento infantil ou desinibido relativo ao sexo, novo interesse em pornografia, voyeurismo ou participação em bate-papos com o tema sexual, ou envolvimento com prostitutas. Burn A et al (1990)(Burns et

al., 1990) considerou desinibição sexual presente quando na Escala de Avaliação Geriátrica de Stockton havia relato dos cuidadores de algumas vezes ou frequentemente situações de comportamento sexual inapropriado, como propostas sexuais, linguagem sexual obscena, auto exposição e masturbação. Já Mendez e colaboradores (Mendez & Shapira, 2013) modificaram e operacionalizaram os critérios propostos de transtorno hipersexual para pacientes com demência, com a presença obrigatória de: (1) presença de seis ou mais meses de aumento do comportamento sexual comparado a níveis premórbidos e suficiente para causar preocupação significativa para os cuidadores e outros; (2) o comportamento sexual ocorreu >30min por dia ou houve 2 ou mais relatos por semana de manifestações públicas, observadas ou reconhecidas de comportamento sexual, seja masturbação ou relacionada ao parceiro; (3) o comportamento sexual ocorreu em detrimento ao potencial risco para o mesmo ou para terceiros.

A associação encontrada entre CSI e sexo masculino, embora frequentemente encontrada, não é unânime entre os estudos. Estudos mais antigos, predominantemente relatos e series de casos, abordavam o CSI majoritariamente em sujeitos do sexo masculino, sendo este comportamento considerado raro em mulheres (Levitsky & Owens, 1999). Alagiakrishnan e colaboradores (Alagiakrishnan et al., 2005) identificaram em sua amostra maior prevalência de comportamento sexual inapropriado em homens (93%), assim como Ahmed et al. (2018) ($p=0.04$) (Ahmed et al., 2018). Entretanto, Tsai e colegas (Tsai, Hwang, Yang, Liu, & Lirng, 1999), num estudo que acompanhou 133 pacientes consecutivos admitidos em uma unidade de internação psicogeriatrica, identificaram uma prevalência de comportamento sexual inapropriado de 15%, sem associação entre gêneros, possivelmente pelo número baixo de casos ($n=20$). Também Burn e colaboradores encontraram frequência semelhante de desinibição sexual entre homens (8%) e mulheres (7%), em uma amostra reduzida ($n=12$) (Burns et al., 1990). Para alguns autores, o gênero possivelmente pode influenciar mais o tipo do que a prevalência do CSI (Alkhalil et al., 2004; Tsai et al., 1999), sendo a agressividade sexual mais comum em homens (Ryden, 1988) e a expressão verbal de comportamentos inapropriados em mulheres (Onishi et al., 2006; Wick & Zanni, 2005). Este resultado ainda carece de melhor investigação, visto que o relato de que o CSI seja mais comum em homens em tese pode ser considerada a expressão sexual de certos sentimentos, uma manifestação cultural dos homens (Szasz, 1983), em oposição a repressão e/ou subnotificação no gênero feminino, influenciada pela moral e costumes relativos a um dado local e época.

Neste estudo a vc-DFT foi mais frequentemente associada ao CSI. Sabidamente as principais características da vc-DFT são alterações comportamentais, sociais e emocionais resultantes de mudanças neuropatológicas nos lobos frontal ventromedial e temporal anterior, o que aumenta a chance de comportamentos impulsivos, desejo sexual aumentado, incontrolável, e excitação com desinibição sexual e CSI (Mendez & Shapira, 2011, 2013; Miller et al., 1995; Rascovsky et al., 2011). Embora a maioria dos pacientes portadores de vc-DFT experimentem redução nos comportamentos sexuais, incluindo afetividade, iniciativa e frequência sexual diminuídas (Ahmed et al., 2018), a literatura aponta para um comportamento hipersexual mais frequente na vc-DFT que em outras etiologias de demência, variando de 8 a 18% (Mendez, Chen, Shapira, & Miller, 2005; Mendez, Chow, Ringman, Twitchell, & Hinkin, 2000; Miller et al., 1995). Esse achado foi observado em um estudo com 47 pacientes com vc-DFT e 58 com Demência de Alzheimer de início precoce (pareados para idade, gravidade da demência e nível cognitivo), onde o CSI foi significativamente mais comum em pacientes vc-DFT que DA (respectivamente 13% e 0%) (Mendez & Shapira, 2013). Estudos de neuroimagem estrutural e funcional sugerem que este comportamento hipersexual pode ser uma característica particular que vai além da desinibição frontal, podendo estar relacionada ao envolvimento do lobo temporal/região límbica. Em contraponto, Alagiakrishnan e colaboradores (Alagiakrishnan et al., 2005) encontraram maior proporção de comportamento sexual inapropriado na demência vascular (54%), seguidos por portadores de DA (22%), resultado este limitado pelo grupo de estudo pequeno (n=41).

Em nosso estudo foi observada associação do CSI com independência/semi-dependência para ABVDs ($p=0.041$), sem associação com outra escala funcional (FAST) ou gravidade da demência. Uma vez que a prevalência dos SPCD aumenta com a gravidade da demência (Bessey & Walaszek, 2019; Steinberg et al., 2014), e com pior status funcional (Tekin, Fairbanks, O'Connor, Rosenberg, & Cummings, 2001), parece que nossos resultados vêm ao encontro dessa premissa. O avanço da patologia cerebral favorece o surgimento de transtornos comportamentais, como desinibição sexual, por influência de outros fatores que vão além do distúrbio cognitivo (Baikie, 2002; Bózzola, Gorelick, & Freels, 1992; Burns et al., 1990). A realização de AVD envolve planejamento complexo, que é dependente de estruturas frontais-subcorticais que mediam tanto a função executiva como sintomas neuropsiquiátricos, compartilhando patobiologia regional comum (I. McKeith & Cummings, 2005). No nosso conhecimento, não há outro estudo que investigou a associação entre ABVDs e CSI. Derouesné e colegas (Derouesné et al., 1996), em um estudo que revisou o prontuário de 135 pacientes

ambulatoriais com DA, e entrevistas com seus respectivos cuidadores, identificou associação entre modificações nas atividades sexuais e outros transtornos comportamentais, mas não com a gravidade da demência ou escala instrumental de AVD (adaptada de Lawton e Brody - 1969). Outros autores (Burns et al., 1990; Ilik et al., 2020) identificaram uma associação entre comportamento sexual inapropriado e gravidade da demência, mas não o relacionou com a funcionalidade dos indivíduos. Considerando que nossa amostra era composta majoritariamente de indivíduos em fase moderada a grave (70,7%), uma possível explicação para o achado é que indivíduos independentes ou semi-dependentes para ABVDs preservavam maior capacidade de manifestação do CSI que indivíduos com completa dependência para ABVD, estes em geral com demência avançada, quando transtornos comportamentais como a apatia podem levar a sub-expressão de outros TPCD, como ansiedade, euforia, depressão e psicose, além da possibilidade de melhora espontânea com a progressão da doença (Brodaty, Connors, Xu, Woodward, & Ames, 2015; Mukherjee et al., 2017). Além disso, a ausência da correlação com a gravidade pode se dever ao diagnóstico superestimado de CSI em indivíduos nas fases leves de demência (40,4% do grupo de estudo), atribuindo ao transtorno neurocognitivo desvios de comportamento sexual prévios de alguns sujeitos.

O ambiente em que estão inseridos os pacientes também pode ser um fator de influência na prevalência de CSI, uma vez que esse comportamento é considerado mais frequente em instituições de longa permanência para idosos (Ozkan et al., 2008), sendo o CSI muitas vezes o motivo de hospitalização psiquiátrica ou institucionalização (Black et al., 2005; Srinivasan et al., 2019). Em parte, esta prevalência pode ser explicada pelo efeito da observação direta da equipe de enfermagem, uma vez que familiares podem não relatar estes incidentes por falta de reconhecimento ou constrangimento do comportamento inapropriado (Cipriani et al., 2016). Mas ainda não há um consenso acerca dessa variável. Alagiakrishnan e colegas (Alagiakrishnan et al., 2005) encontraram percentuais semelhantes de CSI entre idosos de comunidade (51,2%) quando comparados com moradores de Instituições de ILPI (48,8%). Derouesné (Derouesné, 2005) também descreveu prevalências semelhantes de comportamentos sexuais inapropriados em pacientes na comunidade (2,9 a 8%) quando comparado com residentes de ILPI (3,8 a 7%).

Dentre os fatores observados nessa pesquisa o histórico de abuso de substâncias pode ter algum papel relacionado ao CSI, sobretudo o uso abusivo de álcool e tabaco que nesse estudo foram significativamente relacionados. O álcool e os benzodiazepínicos podem provocar desinibição comportamental e sexual, seja em indivíduos saudáveis ou com distúrbios

cognitivos (Series & Dégano, 2005; Stubbs, 2011). A prevalência de abuso alcoólico em portadores de transtorno cognitivo com CSI no estudo de Alagiakrishnan (Alagiakrishnan et al., 2005) foi de 14,6%, sendo a demência alcoólica responsável por 12,2% dos casos. A quase totalidade dos estudos disponíveis na literatura examina a associação entre transtorno de uso de substância (TUS) e Transtorno do comportamento sexual compulsivo (TCSC), com enfoque nos aspectos de dependência e compulsão sexual, excluindo a desinibição sexual relacionada a demência (Ballester-Arnal, Castro-Calvo, Giménez-García, Gil-Juliá, & Gil-Llario, 2020). Entretanto, uma possível explicação pode se dar através da forte associação apontada na literatura entre desinibição comportamental e TUS, incluindo etilismo e tabagismo (Mullins-Sweatt, DeShong, Lengel, Helle, & Krueger, 2019). Os estudos ainda precisam avançar no entendimento dessa relação patológica, especialmente em pacientes com demência.

Embora inúmeros fatores contribuam para a grande variedade nas manifestações de CSI entre os estudos, como a forma de categorização, características da população amostral, local de estudo e capacidade de reconhecimento do comportamento como transtorno por parte de cuidadores/equipe de saúde, os comentários sexuais são considerados a forma mais comum (Cipriani et al., 2016), sendo também a principal forma de expressão do CSI em nosso estudo. Entretanto, Szasz (Szasz, 1983) realizou enquete com 90 profissionais de enfermagem de uma ILPI e descreveu como comportamentos sexuais inapropriados mais comuns em idosos do sexo masculino: atos sexuais (n=71), como exposição de genitália, tocar ou agarrar em áreas íntimas, retirar inapropriadamente a roupa e masturbar-se publicamente; comentários sexuais (n=35), como descrição de experiências sexuais, linguagem imprópria sexual, lamento de perda de capacidades sexuais e convite para atividades sexuais; e comportamentos sexuais implícitos (n=5) como ler revistas pornográficas com satisfação, comentários sexuais sobre atores ou atrizes na TV, cortesias sugestivas ou pedidos de trocas de preservativo ou toque retal para extração de fezes sem indicação. Já Tsai e colaboradores (Tsai et al., 1999) descreveram em 20 pacientes com comportamento sexual inapropriado o contato sexual explícito (n=9) e auto-exposição (n=9) como formas mais comuns, seguidos por hipersexualidade (n=3) e masturbação em público (n=1). A realização de mais estudos em cenários diversos com enfoque nas formas de apresentação do CSI pode contribuir para o avanço na compreensão dos mecanismos etiopatológicos do fenômeno, assim como no desenvolvimento de ferramentas diagnósticas para uso clínico e em pesquisa, e adequado reconhecimento e intervenção precoce por parte de cuidadores e profissionais de saúde (Tsai et al., 1999).

A abordagem do CSI na demência requer uma ampla história clínica, atenta para a frequência, circunstâncias e consequências do comportamento, e a escolha do tratamento depende do tipo de CSI, comorbidades clínicas e psiquiátricas e gravidade da demência (Eshmawey, 2021). Uma história social e sexual colhida com o paciente e/ou cuidadores é etapa essencial para estabelecer presença de comportamento hipersexual anterior ao transtorno neurocognitivo ou então uma mudança de padrão comportamental sexual (Sarangi et al., 2021). O exame físico e avaliação laboratorial complementar devem ser voltados para a identificação de distúrbios neurológicos e/ou clínicos capazes de causar ou agravar o CSI (Srinivasan et al., 2019). Em casos de instalação abrupta, exames laboratoriais e de neuroimagem ganham relevância para descartar causas de delírium e lesões estruturais cerebrais (Black et al., 2005). Uma revisão medicamentosa com ênfase em fármacos com potencial de promover piora da desinibição ou de comportamentos impulsivos deve ser realizada (Sarangi et al., 2021). Todas as pessoas envolvidas deverão ser avaliadas numa abordagem preferencialmente multidisciplinar (Eshmawey, 2021; Rosen, Lachs, & Pillemer, 2010).

Em razão da ausência de evidências científicas robustas, não há um consenso do que seria o melhor tratamento para o CSI. Evidências limitadas, baseadas em relatos e séries de casos, apontam para eficácia tanto do tratamento farmacológico como do não farmacológico, com possível efeito sinérgico quando combinado (De Giorgi & Series, 2016; Sarangi et al., 2021; Srinivasan et al., 2019; Tucker, 2010).

Apesar disso, diretrizes recomendam extrapolar o conhecimento do manejo de outros SPCD para o CSI, como iniciar a abordagem sempre com o tratamento não farmacológico, reservando o tratamento farmacológico para casos de falência deste ou risco de causar dano para o paciente ou terceiros (Desai, Schwartz, & Grossberg, 2012; Joller et al., 2013; I. McKeith & Cummings, 2005).

Os medicamentos utilizados para controle do CSI podem levar a um maior risco de aceleração do declínio cognitivo e funcional, além de reações adversas significativas (Desai et al., 2012; Series & Dégano, 2005). Quando indicado, o tratamento farmacológico em idosos deve ser iniciado em baixas doses, com progressão lenta até menor dose eficaz (Black et al., 2005; De Giorgi & Series, 2016). Deve-se tentar quantificar (frequência, intensidade) e documentar o comportamento adequadamente, estabelecendo o objetivo de promover o CSI para níveis apropriados, em vez de tentar erradicá-la (De Giorgi & Series, 2016; Higgins, Barker, & Begley, 2004).

Medicamentos que apresentaram evidências de benefícios para o tratamento do CSI foram os antidepressivos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, agentes hormonais, fármacos anti-demência, bloqueadores do receptor H2 e antihipertensivos (Black et al., 2005; De Giorgi & Series, 2016; Ozkan et al., 2008).

Existe uma controvérsia nas diretrizes sobre qual seria a primeira linha no tratamento farmacológico do CSI. De modo geral, a escolha do medicamento deve ser guiada pela apresentação específica do comportamento, considerando a natureza complexa da desinibição sexual e as várias origens deste comportamento em pacientes com demência (Sarangi et al., 2021). Entretanto, em geral os antidepressivos inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS) são considerados primeira linha, pelos seus efeitos anti-libidinosos e antiobsessivos, e perfil de segurança mais favorável (Guay, 2008; Ibrahim & Reynaert, 2014). A indicação para o uso de antipsicóticos no tratamento do CSI deve ser feito com cautela. Estes fármacos são associados a um aumento de complicações clínicas como doenças cerebrovasculares, pneumonias e mortalidade em pacientes portadores de demência (Maust et al., 2015). No tratamento de SPCD, os únicos fármacos atualmente aprovados na Europa e outros países foram a Risperidona para agressividade e comportamento disruptivo (Yunusa, Alsumali, Garba, Regestein, & Eguale, 2019); e mais recentemente, para agitação em portadores de demência na Doença de Alzheimer, o Brexipriprazol (Administration, 2023).

O tratamento do CSI em portadores de demência, especialmente com agentes hormonais, suscita importante questão ética. A sexualidade continua a ser um aspecto importante na qualidade de vida e bem-estar de alguns indivíduos, a despeito do transtorno neurocognitivo, e há uma tendência por parte de médicos e demais profissionais de saúde em considerar manifestações daquela pelos pacientes como transtorno comportamental e cerceá-la, principalmente em ILPIs (Eshmawey, 2021). O uso de medicamentos hormonais através da diminuição dos níveis de testosterona induz uma disfunção sexual e há evidências de redução do CSI (Black et al., 2005; Ozkan et al., 2008). Entretanto, seu uso é controverso e considerado apenas em casos específicos, em virtude dos efeitos colaterais, custo, inabilidade do paciente em consentir e estigma social associado ao uso destes medicamentos, que são vistos como “castração química (Black et al., 2005; Ibrahim & Reynaert, 2014). Em casos de falência de outras modalidades terapêuticas, pode ser indicado como última medida, após adequado registro e consentimento de responsável legal (Black et al., 2005; Sarangi et al., 2021; Srinivasan et al., 2019).

A eficiência dos medicamentos para o tratamento do CSI neste estudo não pode ser avaliada diante da não padronização do registro médico para esse fim. Vale ressaltar que, em alguns casos, a escolha da prescrição medicamentosa foi guiada pela coocorrência de outros SPCD concomitante ao CSI. Apesar disso, uso de diversas classes de medicamentos com evidência de baixo nível de melhora do CSI no presente estudo - a falha no tratamento farmacológico do CSI foi de cerca de 55% (n=21) dos pacientes - reflete a ausência de superioridade e eficácia limitada das opções terapêuticas expostas na literatura.

Embora comumente recomendada como primeira opção, o tratamento não farmacológico compartilha a baixa qualidade de evidências disponíveis, em virtude da natureza variada e da falta de padronização na aplicação das intervenções (De Giorgi & Series, 2016; Wallace & Safer, 2009). Encontramos em nosso estudo apenas 23% de orientações específicas para o sintoma, o que pode refletir uma possível subnotificação, falta de treinamento específico, percepção de eficácia ou facilidade de prescrição por parte da equipe (De Giorgi & Series, 2016; Harris & Wier, 1998). Estratégias de modificação comportamental incluem lembrar o paciente sobre a impropriedade do comportamento (evitando confrontação excessiva), distração, redirecionamento e minimizar pistas ambientais gatilhos para o CSI (Black et al., 2005; Joller et al., 2013). Psicoeducação aos familiares/cuidadores com terapia de apoio pode ser benéfico para os pacientes, ao explicar a origem patológica do comportamento e enfatizar as necessidades de intimidade e compaixão do paciente, enquanto se previne a manifestação do comportamento inapropriado (Black et al., 2005; White & Catania, 1982).

O presente estudo apresenta limitações próprias de seu desenho retrospectivo, baseado em registros clínicos de banco de dados secundários, utilizando-se de entrevista semiestruturada não desenvolvida para a análise deste tipo específico de transtorno comportamental. Também não obtivemos padronização na história do comportamento sexual prévia ao diagnóstico do transtorno neurocognitivo, possibilitando que alguns casos de CSI pudessem ser justificados por fatores individuais, não associados à demência. A falta de um critério validado para o diagnóstico do CSI prejudica a comparação com outros estudos, mas acreditamos que os critérios clínicos aplicados no nosso estudo levaram em conta a sobrecarga do cuidador, um fato importante na interpretação do transtorno. As medicações utilizadas no contexto do CSI podem ter sido indicadas para outros SPCD. O critério de evidência de melhora clínica também apresenta fragilidade por ser apenas um dado obtido pelo informante. Dentre as fortalezas do estudo podemos citar o tamanho amostral que foi bem superior à maioria dos estudos relatados

na literatura e o desenho naturalístico, que expõe a “vida real”, isto é, os pacientes não foram selecionados por idade, nível econômico, ou pelo grau de instrução que possuíam.

5. CONCLUSÃO

Os dados de nosso estudo demonstraram uma prevalência de CSI compatível com a literatura (9,3%), sendo associada ao sexo masculino, DFT, uso de álcool e tabaco, e semi-dependencia/independência para ABVD. A maioria dos pacientes recebeu tratamento farmacológico com uso de diversas classes com limitada comprovação de eficácia, sendo os mais comuns antipsicótico, antidepressivo e fármacos anti-demência. Diante da limitada e baixa qualidade de evidência disponível, é imperioso que se desenvolva ferramentas diagnósticas padronizadas e validadas para uso científico e aplicação clínica na abordagem deste transtorno comportamental desafiador.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administration, U. S. F. a. D. (2023). FDA Approves First Drug to Treat Agitation Symptoms Associated with Dementia due to Alzheimer's Disease.
- Ahmed, R. M., Goldberg, Z. L., Kaizik, C., Kiernan, M. C., Hodges, J. R., Piguet, O., & Irish, M. (2018). Neural correlates of changes in sexual function in frontotemporal dementia: implications for reward and physiological functioning. *J Neurol*, *265*(11), 2562-2572. doi:10.1007/s00415-018-9024-3
- Alagiakrishnan, K., Lim, D., Brahim, A., Wong, A., Wood, A., Senthilselvan, A., . . . Kagan, L. (2005). Sexually inappropriate behaviour in demented elderly people. *Postgrad Med J*, *81*(957), 463-466. doi:10.1136/pgmj.2004.028043
- Alkhalil, C., Tanvir, F., Alkhalil, B., & Lowenthal, D. T. (2004). Treatment of sexual disinhibition in dementia: case reports and review of the literature. *Am J Ther*, *11*(3), 231-235. doi:10.1097/00045391-200405000-00013
- APA, A. P. A. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*: Artmed Editora.
- Baikie, E. (2002). The impact of dementia on marital relationships. *Sexual and Relationship Therapy*, *17*(3), 289-299.
- Ballard, C. G., Solis, M., Gahir, M., Cullen, P., George, S., Oyebode, F., & Wilcock, G. (1997). Sexual relationships in married dementia sufferers. *Int J Geriatr Psychiatry*, *12*(4), 447-451.
- Ballester-Arnal, R., Castro-Calvo, J., Giménez-García, C., Gil-Juliá, B., & Gil-Llario, M. D. (2020). Psychiatric comorbidity in compulsive sexual behavior disorder (CSBD). *Addict Behav*, *107*, 106384. doi:10.1016/j.addbeh.2020.106384
- Bardell, A., Lau, T., & Fedoroff, J. P. (2011). Inappropriate sexual behavior in a geriatric population. *Int Psychogeriatr*, *23*(7), 1182-1188. doi:10.1017/s1041610211000676
- Bartelet, M., Waterink, W., & van Hooren, S. (2014). Extreme sexual behavior in dementia as a specific manifestation of disinhibition. *J Alzheimers Dis*, *42 Suppl 3*, S119-124. doi:10.3233/jad-132378

- Bessey, L. J., & Walaszek, A. (2019). Management of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *Curr Psychiatry Rep*, 21(8), 66. doi:10.1007/s11920-019-1049-5
- Bilgiç, A., Gürkan, K., & Türkoğlu, S. (2007). Excessive masturbation and hypersexual behavior associated with methylphenidate. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 46(7), 789-790. doi:10.1097/chi.0b013e318059360a
- Black, B., Muralee, S., & Tampi, R. R. (2005). Inappropriate sexual behaviors in dementia. *J Geriatr Psychiatry Neurol*, 18(3), 155-162. doi:10.1177/0891988705277541
- Bogousslavsky, J. (2018). *Neurologic-Psychiatric Syndromes in Focus - Part I* (Vol. 41): Karger Medical and Scientific Publishers.
- Bózzola, F. G., Gorelick, P. B., & Freels, S. (1992). Personality changes in Alzheimer's disease. *Arch Neurol*, 49(3), 297-300. doi:10.1001/archneur.1992.00530270117027
- Brodaty, H., Connors, M. H., Xu, J., Woodward, M., & Ames, D. (2015). The course of neuropsychiatric symptoms in dementia: a 3-year longitudinal study. *J Am Med Dir Assoc*, 16(5), 380-387. doi:10.1016/j.jamda.2014.12.018
- Burns, A., Jacoby, R., & Levy, R. (1990). Psychiatric phenomena in Alzheimer's disease. IV: Disorders of behaviour. *Br J Psychiatry*, 157, 86-94. doi:10.1192/bjp.157.1.86
- Chapman, K. R., Tremont, G., Malloy, P., & Spitznagel, M. B. (2019). Identification of Sexual Disinhibition in Dementia by Family Caregivers. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 33(2), 154-159. doi:10.1097/wad.0000000000000302
- Cipriani, G., Ulivi, M., Danti, S., Lucetti, C., & Nuti, A. (2016). Sexual disinhibition and dementia. *Psychogeriatrics*, 16(2), 145-153. doi:10.1111/psyg.12143
- Cohen-Mansfield, J., Marx, M. S., & Rosenthal, A. S. (1989). A description of agitation in a nursing home. *J Gerontol*, 44(3), M77-84. doi:10.1093/geronj/44.3.m77
- Cummings, J. L. (1997). The Neuropsychiatric Inventory: assessing psychopathology in dementia patients. *Neurology*, 48(5 Suppl 6), S10-16. doi:10.1212/wnl.48.5_suppl_6.10s
- Dalgalarrondo, P. (2018). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*: Artmed Editora.
- De Giorgi, R., & Series, H. (2016). Treatment of Inappropriate Sexual Behavior in Dementia. *Curr Treat Options Neurol*, 18(9), 41. doi:10.1007/s11940-016-0425-2

- Derouesné, C. (2005). [Sexuality and dementia]. *Psychol Neuropsychiatr Vieil*, 3(4), 281-289.
- Derouesné, C., Guigot, J., Chermat, V., Winchester, N., & Lacomblez, L. (1996). Sexual behavioral changes in Alzheimer disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 10(2), 86-92. doi:10.1097/00002093-199601020-00006
- Desai, A. K., Schwartz, L., & Grossberg, G. T. (2012). Behavioral disturbance in dementia. *Curr Psychiatry Rep*, 14(4), 298-309. doi:10.1007/s11920-012-0288-5
- Doll, G. M. (2013). Sexuality in nursing homes: practice and policy. *J Gerontol Nurs*, 39(7), 30-37; quiz 38-39. doi:10.3928/00989134-20130418-01
- Eshmawey, M. (2021). Sexuality and Neurodegenerative Disease: An Unmet Challenge for Patients, Caregivers, and Treatment. *Neurodegener Dis*, 21(3-4), 63-73. doi:10.1159/000522042
- Fairweather, D. S. (1947). Psychiatric aspects of the post-encephalitic syndrome. *J Ment Sci*, 93(391), 201-254.
- Finkel, S. I., Costa e Silva, J., Cohen, G., Miller, S., & Sartorius, N. (1996). Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: a consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. *Int Psychogeriatr*, 8 Suppl 3, 497-500. doi:10.1017/s1041610297003943
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*, 12(3), 189-198. doi:10.1016/0022-3956(75)90026-6
- Fontanesi, L., Marchetti, D., Limoncin, E., Rossi, R., Nimbi, F. M., Mollaioli, D., . . . Ciocca, G. (2021). Hypersexuality and Trauma: a mediation and moderation model from psychopathology to problematic sexual behavior. *J Affect Disord*, 281, 631-637. doi:10.1016/j.jad.2020.11.100
- González-Salvador, M. T., Arango, C., Lyketsos, C. G., & Barba, A. C. (1999). The stress and psychological morbidity of the Alzheimer patient caregiver. *Int J Geriatr Psychiatry*, 14(9), 701-710. doi:10.1002/(sici)1099-1166(199909)14:9<701::aid-gps5>3.0.co;2-#
- Goodman, A. (2017). Sexual Addiction. In *SB Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*: Wolters Kluwer Health.

- Gorman, D. G., & Cummings, J. L. (1992). Hypersexuality following septal injury. *Arch Neurol*, *49*(3), 308-310. doi:10.1001/archneur.1992.00530270128029
- Gorno-Tempini, M. L., Hillis, A. E., Weintraub, S., Kertesz, A., Mendez, M., Cappa, S. F., . . . Grossman, M. (2011). Classification of primary progressive aphasia and its variants. *Neurology*, *76*(11), 1006-1014. doi:10.1212/WNL.0b013e31821103e6
- Guay, D. R. (2008). Inappropriate sexual behaviors in cognitively impaired older individuals. *Am J Geriatr Pharmacother*, *6*(5), 269-288. doi:10.1016/j.amjopharm.2008.12.004
- Harris, L., & Wier, M. (1998). Inappropriate Sexual Behavior in Dementia: A Review of the Treatment Literature. *Sexuality & Disability*, *16*(3).
- Hartmans, C., Comijs, H., & Jonker, C. (2014). Cognitive functioning and its influence on sexual behavior in normal aging and dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*, *29*(5), 441-446. doi:10.1002/gps.4025
- Hartmans, C., Comijs, H., & Jonker, C. (2015). The perception of sexuality in older adults and its relationship with cognitive functioning. *Am J Geriatr Psychiatry*, *23*(3), 243-252. doi:10.1016/j.jagp.2013.04.003
- Higgins, A., Barker, P., & Begley, C. M. (2004). Hypersexuality and dementia: dealing with inappropriate sexual expression. *Br J Nurs*, *13*(22), 1330-1334. doi:10.12968/bjon.2004.13.22.17271
- Hughes, C. P., Berg, L., Danziger, W. L., Coben, L. A., & Martin, R. L. (1982). A new clinical scale for the staging of dementia. *Br J Psychiatry*, *140*, 566-572. doi:10.1192/bjp.140.6.566
- Hurt, C., Bhattacharyya, S., Burns, A., Camus, V., Liperoti, R., Marriott, A., . . . Byrne, E. J. (2008). Patient and caregiver perspectives of quality of life in dementia. An investigation of the relationship to behavioural and psychological symptoms in dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord*, *26*(2), 138-146. doi:10.1159/000149584
- Ibrahim, C., & Reynaert, C. (2014). Hypersexuality in neurocognitive disorders in elderly people - a comprehensive review of the literature and case study. *Psychiatr Danub*, *26 Suppl 1*, 36-40.
- Ilik, F., Büyükgöl, H., Kayhan, F., Ertem, D. H., & Ekiz, T. (2020). Effects of Inappropriate Sexual Behaviors and Neuropsychiatric Symptoms of Patients With Alzheimer Disease

- and Caregivers' Depression on Caregiver Burden. *J Geriatr Psychiatry Neurol*, 33(5), 243-249. doi:10.1177/0891988719874123
- Janati, A. (1985). Kluver-Bucy syndrome in Huntington's chorea. *J Nerv Ment Dis*, 173(10), 632-635. doi:10.1097/00005053-198510000-00010
- Johnson, C., Knight, C., & Alderman, N. (2006). Challenges associated with the definition and assessment of inappropriate sexual behaviour amongst individuals with an acquired neurological impairment. *Brain Inj*, 20(7), 687-693. doi:10.1080/02699050600744137
- Joller, P., Gupta, N., Seitz, D. P., Frank, C., Gibson, M., & Gill, S. S. (2013). Approach to inappropriate sexual behaviour in people with dementia. *Can Fam Physician*, 59(3), 255-260.
- Kafka, M. P. (2010). Hypersexual disorder: a proposed diagnosis for DSM-V. *Arch Sex Behav*, 39(2), 377-400. doi:10.1007/s10508-009-9574-7
- Kafka, M. P. (2014). What Happened to Hypersexual Disorder? *Arch Sex Behav*, 43(7), 1259-1261. doi:10.1007/s10508-014-0326-y
- Kafka, M. P., & Prentky, R. (1992). Fluoxetine treatment of nonparaphilic sexual addictions and paraphilias in men. *J Clin Psychiatry*, 53(10), 351-358.
- Kaplan, M. S., & Krueger, R. B. (2010). Diagnosis, assessment, and treatment of hypersexuality. *J Sex Res*, 47(2), 181-198. doi:10.1080/00224491003592863
- Katz, S., & Akpom, C. A. (1976). A measure of primary sociobiological functions. *Int J Health Serv*, 6(3), 493-508. doi:10.2190/uurl-2ryu-wryd-ey3k
- Krueger, R. B., & Kaplan, M. S. (2000). Disorders of sexual impulse control in neuropsychiatric conditions. *Semin Clin Neuropsychiatry*, 5(4), 266-274. doi:10.1053/scnp.2000.9555
- Lawrie, B., & Jillings, C. (2004). Assessing and addressing inappropriate sexual behavior in brain-injured clients. *Rehabil Nurs*, 29(1), 9-13. doi:10.1002/j.2048-7940.2004.tb00293.x
- Lester, P. E., Kohen, I., Stefanacci, R. G., & Feuerman, M. (2016). Sex in Nursing Homes: A Survey of Nursing Home Policies Governing Resident Sexual Activity. *J Am Med Dir Assoc*, 17(1), 71-74. doi:10.1016/j.jamda.2015.08.013

- Levitsky, A. M., & Owens, N. J. (1999). Pharmacologic treatment of hypersexuality and paraphilias in nursing home residents. *J Am Geriatr Soc*, *47*(2), 231-234. doi:10.1111/j.1532-5415.1999.tb04583.x
- Lilly, R., Cummings, J. L., Benson, D. F., & Frankel, M. (1983). The human Klüver-Bucy syndrome. *Neurology*, *33*(9), 1141-1145. doi:10.1212/wnl.33.9.1141
- Lindau, S. T., Dale, W., Feldmeth, G., Gavrilova, N., Langa, K. M., Makelarski, J. A., & Wroblewski, K. (2018). Sexuality and Cognitive Status: A U.S. Nationally Representative Study of Home-Dwelling Older Adults. *J Am Geriatr Soc*, *66*(10), 1902-1910. doi:10.1111/jgs.15511
- Lindau, S. T., Schumm, L. P., Laumann, E. O., Levinson, W., O'Muircheartaigh, C. A., & Waite, L. J. (2007). A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med*, *357*(8), 762-774. doi:10.1056/NEJMoa067423
- Lothstein, L. M., Fogg-Waberski, J., & Reynolds, P. (1997). Risk management and treatment of sexual disinhibition in geriatric patients. *Conn Med*, *61*(9), 609-618.
- Lyketsos, C. G., Lopez, O., Jones, B., Fitzpatrick, A. L., Breitner, J., & DeKosky, S. (2002). Prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia and mild cognitive impairment: results from the cardiovascular health study. *Jama*, *288*(12), 1475-1483. doi:10.1001/jama.288.12.1475
- MacLean, P. (1973). Special award lecture: new findings on brain function and sociosexual behavior. *Contemporary sexual behavior* (Eds. J. Zugin, J. Money).—Baltimore—London, 53-76.
- Makimoto, K., Kang, H. S., Yamakawa, M., & Konno, R. (2015). An integrated literature review on sexuality of elderly nursing home residents with dementia. *Int J Nurs Pract*, *21 Suppl 2*, 80-90. doi:10.1111/ijn.12317
- Marsiglio, W., & Donnelly, D. (1991). Sexual relations in later life: a national study of married persons. *J Gerontol*, *46*(6), S338-344. doi:10.1093/geronj/46.6.s338
- Maust, D. T., Kim, H. M., Seyfried, L. S., Chiang, C., Kavanagh, J., Schneider, L. S., & Kales, H. C. (2015). Antipsychotics, other psychotropics, and the risk of death in patients with dementia: number needed to harm. *JAMA Psychiatry*, *72*(5), 438-445. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.3018

- McKeith, Boeve, B. F., Dickson, D. W., Halliday, G., Taylor, J. P., Weintraub, D., . . . Kosaka, K. (2017). Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: Fourth consensus report of the DLB Consortium. *Neurology*, 89(1), 88-100. doi:10.1212/wnl.0000000000004058
- McKeith, I., & Cummings, J. (2005). Behavioural changes and psychological symptoms in dementia disorders. *Lancet Neurol*, 4(11), 735-742. doi:10.1016/s1474-4422(05)70219-2
- McKhann, G., Drachman, D., Folstein, M., Katzman, R., Price, D., & Stadlan, E. M. (1984). Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. *Neurology*, 34(7), 939-944. doi:10.1212/wnl.34.7.939
- Medeiros, K., Rosenberg, P. B., Baker, A. S., & Onyike, C. U. (2008). Improper sexual behaviors in elders with dementia living in residential care. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 26(4), 370-377. doi:10.1159/000163219
- Mendez, M. F., Chen, A. K., Shapira, J. S., & Miller, B. L. (2005). Acquired sociopathy and frontotemporal dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 20(2-3), 99-104. doi:10.1159/000086474
- Mendez, M. F., Chow, T., Ringman, J., Twitchell, G., & Hinkin, C. H. (2000). Pedophilia and temporal lobe disturbances. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 12(1), 71-76. doi:10.1176/jnp.12.1.71
- Mendez, M. F., Lauterbach, E. C., & Sampson, S. M. (2008). An evidence-based review of the psychopathology of frontotemporal dementia: a report of the ANPA Committee on Research. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 20(2), 130-149. doi:10.1176/jnp.2008.20.2.130
- Mendez, M. F., & Shapira, J. S. (2011). Internet pornography and frontotemporal dementia. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 23(2), E3. doi:10.1176/jnp.23.2.jnpe3
- Mendez, M. F., & Shapira, J. S. (2013). Hypersexual behavior in frontotemporal dementia: a comparison with early-onset Alzheimer's disease. *Arch Sex Behav*, 42(3), 501-509. doi:10.1007/s10508-012-0042-4
- Meston, C. M., & Frohlich, P. F. (2000). The neurobiology of sexual function. *Arch Gen Psychiatry*, 57(11), 1012-1030. doi:10.1001/archpsyc.57.11.1012

- Miller, B. L., Cummings, J. L., McIntyre, H., Ebers, G., & Grode, M. (1986). Hypersexuality or altered sexual preference following brain injury. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 49(8), 867-873. doi:10.1136/jnnp.49.8.867
- Miller, B. L., Darby, A. L., Swartz, J. R., Yener, G. G., & Mena, I. (1995). Dietary changes, compulsions and sexual behavior in frontotemporal degeneration. *Dementia*, 6(4), 195-199. doi:10.1159/000106946
- Mukherjee, A., Biswas, A., Roy, A., Biswas, S., Gangopadhyay, G., & Das, S. K. (2017). Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia: Correlates and Impact on Caregiver Distress. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra*, 7(3), 354-365. doi:10.1159/000481568
- Müller, J. L. (2011). Are sadomasochism and hypersexuality in autism linked to amygdalohippocampal lesion? *J Sex Med*, 8(11), 3241-3249. doi:10.1111/j.1743-6109.2009.01485.x
- Mulligan, T., & Siddiqi, W. (2003). Changes in male sexuality. In C. K. Cassel, R. M. Leipzig, H. J. Cohen, E. B. Larson, D. E. Meier, & C. F. Capello (Eds.), *Geriatric Medicine: An Evidence-Based Approach* (pp. 719–726). New York, NY: Springer New York.
- Mullins-Sweatt, S. N., DeShong, H. L., Lengel, G. J., Helle, A. C., & Krueger, R. F. (2019). Disinhibition as a unifying construct in understanding how personality dispositions undergird psychopathology. *J Res Pers*, 80, 55-61. doi:10.1016/j.jrp.2019.04.006
- Oliveira, S. E., & Trentini, C. M. (2023). *Avanços em Psicopatologia: Avaliação e Diagnóstico Baseados na CID-11*: Artmed Editora.
- Onishi, J., Suzuki, Y., Umegaki, H., Endo, H., Kawamura, T., Imaizumi, M., & Iguchi, A. (2006). Behavioral, psychological and physical symptoms in group homes for older adults with dementia. *Int Psychogeriatr*, 18(1), 75-86. doi:10.1017/s1041610205002917
- OPAS. (2023). *A demência na América Latina e no Caribe: prevalência, incidência, impacto e tendências ao longo do tempo*. Retrieved from Washington, DC:
- Ortego, N., Miller, B. L., Itabashi, H., & Cummings, J. L. (1993). Altered sexual behavior with multiple sclerosis: A case report. *Cognitive and Behavioral Neurology*, 6(4), 260-264.

- Ozkan, B., Wilkins, K., Muralee, S., & Tampi, R. R. (2008). Pharmacotherapy for inappropriate sexual behaviors in dementia: a systematic review of literature. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*, 23(4), 344-354. doi:10.1177/1533317508318369
- Peters, M. E., Schwartz, S., Han, D., Rabins, P. V., Steinberg, M., Tschanz, J. T., & Lyketsos, C. G. (2015). Neuropsychiatric symptoms as predictors of progression to severe Alzheimer's dementia and death: the Cache County Dementia Progression Study. *Am J Psychiatry*, 172(5), 460-465. doi:10.1176/appi.ajp.2014.14040480
- Prakash, R., Pathak, A., Munda, S., & Bagati, D. (2009). Quetiapine effective in treatment of inappropriate sexual behavior of lewy body disease with predominant frontal lobe signs. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*, 24(2), 136-140. doi:10.1177/1533317508329479
- Rascovsky, K., Hodges, J. R., Knopman, D., Mendez, M. F., Kramer, J. H., Neuhaus, J., . . . Miller, B. L. (2011). Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioural variant of frontotemporal dementia. *Brain*, 134(Pt 9), 2456-2477. doi:10.1093/brain/awr179
- Reisberg, B. (1988). Functional assessment staging (FAST). *Psychopharmacol Bull*, 24(4), 653-659.
- Rheume, C., & Mitty, E. (2008). Sexuality and intimacy in older adults. *Geriatr Nurs*, 29(5), 342-349. doi:10.1016/j.gerinurse.2008.08.004
- Robinson, K. M. (2003). Understanding hypersexuality: a behavioral disorder of dementia. *Home Healthc Nurse*, 21(1), 43-47. doi:10.1097/00004045-200301000-00010
- Rosen, T., Lachs, M. S., & Pillemer, K. (2010). Sexual aggression between residents in nursing homes: literature synthesis of an underrecognized problem. *J Am Geriatr Soc*, 58(10), 1970-1979. doi:10.1111/j.1532-5415.2010.03064.x
- Ryden, M. B. (1988). Aggressive behavior in persons with dementia who live in the community. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 2(4), 342-355. doi:10.1097/00002093-198802040-00003
- Sarangi, A., Jones, H., Bangash, F., & Gude, J. (2021). Treatment and Management of Sexual Disinhibition in Elderly Patients With Neurocognitive Disorders. *Cureus*, 13(10), e18463. doi:10.7759/cureus.18463
- Series, H., & Dégano, P. (2005). Hypersexuality in dementia. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11(6), 424-431.

- Skrobot, O. A., Black, S. E., Chen, C., DeCarli, C., Erkinjuntti, T., Ford, G. A., . . . Kehoe, P. G. (2018). Progress toward standardized diagnosis of vascular cognitive impairment: Guidelines from the Vascular Impairment of Cognition Classification Consensus Study. *Alzheimers Dement*, *14*(3), 280-292. doi:10.1016/j.jalz.2017.09.007
- Srinivasan, S., Glover, J., Tampi, R. R., Tampi, D. J., & Sewell, D. D. (2019). Sexuality and the Older Adult. *Curr Psychiatry Rep*, *21*(10), 97. doi:10.1007/s11920-019-1090-4
- Stein, D. J., Hugo, F., Oosthuizen, P., Hawkrigde, S. M., & van Heerden, B. (2000). Neuropsychiatry of hypersexuality. *CNS Spectr*, *5*(1), 36-46. doi:10.1017/s1092852900012657
- Steinberg, M., Hess, K., Corcoran, C., Mielke, M. M., Norton, M., Breitner, J., . . . Tschanz, J. (2014). Vascular risk factors and neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: the Cache County Study. *Int J Geriatr Psychiatry*, *29*(2), 153-159. doi:10.1002/gps.3980
- Stern, Y., Tang, M. X., Albert, M. S., Brandt, J., Jacobs, D. M., Bell, K., . . . Tsai, W. Y. (1997). Predicting time to nursing home care and death in individuals with Alzheimer disease. *Jama*, *277*(10), 806-812.
- Stubbs, B. (2011). Displays of inappropriate sexual behaviour by patients with progressive cognitive impairment: the forgotten form of challenging behaviour? *J Psychiatr Ment Health Nurs*, *18*(7), 602-607. doi:10.1111/j.1365-2850.2011.01709.x
- Szasz, G. (1983). Sexual incidents in an extended care unit for aged men. *J Am Geriatr Soc*, *31*(7), 407-411. doi:10.1111/j.1532-5415.1983.tb03715.x
- Tekin, S., Fairbanks, L. A., O'Connor, S., Rosenberg, S., & Cummings, J. L. (2001). Activities of daily living in Alzheimer's disease: neuropsychiatric, cognitive, and medical illness influences. *Am J Geriatr Psychiatry*, *9*(1), 81-86.
- Torrise, M., Cacciola, A., Marra, A., De Luca, R., Bramanti, P., & Calabrò, R. S. (2017). Inappropriate behaviors and hypersexuality in individuals with dementia: An overview of a neglected issue. *Geriatr Gerontol Int*, *17*(6), 865-874. doi:10.1111/ggi.12854
- Tosto, G., Talarico, G., Lenzi, G. L., & Bruno, G. (2008). Effect of citalopram in treating hypersexuality in an Alzheimer's disease case. *Neurol Sci*, *29*(4), 269-270. doi:10.1007/s10072-008-0979-1

- Tsai, S. J., Hwang, J. P., Yang, C. H., Liu, K. M., & Lirng, J. F. (1999). Inappropriate sexual behaviors in dementia: a preliminary report. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, *13*(1), 60-62. doi:10.1097/00002093-199903000-00009
- Tucker, I. (2010). Management of inappropriate sexual behaviors in dementia: a literature review. *Int Psychogeriatr*, *22*(5), 683-692. doi:10.1017/s1041610210000189
- Uitti, R. J., Tanner, C. M., Rajput, A. H., Goetz, C. G., Klawans, H. L., & Thiessen, B. (1989). Hypersexuality with antiparkinsonian therapy. *Clin Neuropharmacol*, *12*(5), 375-383. doi:10.1097/00002826-198910000-00002
- Wallace, M., & Safer, M. (2009). Hypersexuality among cognitively impaired older adults. *Geriatr Nurs*, *30*(4), 230-237. doi:10.1016/j.gerinurse.2008.09.001
- White, C. B., & Catania, J. A. (1982). Psychoeducational intervention for sexuality with the aged, family members of the aged, and people who work with the aged. *Int J Aging Hum Dev*, *15*(2), 121-138. doi:10.2190/nb3k-p604-u5xe-tej0
- WHO. (2022). Icd-11 for mortality and morbidity statistics (Icd-11 mms).
- Wick, J. Y., & Zanni, G. R. (2005). Disinhibition: clinical challenges in the long-term care facility. *Consult Pharm*, *20*(12), 1006-1008, 1011-1004, 1016-1008. doi:10.4140/tcp.n.2005.1006
- Winn, R. L., & Newton, N. (1982). Sexuality in aging: a study of 106 cultures. *Arch Sex Behav*, *11*(4), 283-298. doi:10.1007/bf01541590
- Yunusa, I., Alsumali, A., Garba, A. E., Regestein, Q. R., & Eguale, T. (2019). Assessment of Reported Comparative Effectiveness and Safety of Atypical Antipsychotics in the Treatment of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Network Meta-analysis. *JAMA Netw Open*, *2*(3), e190828. doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.0828
- Zencius, A., Wesolowski, M. D., Burke, W. H., & Hough, S. (1990). Managing hypersexual disorders in brain-injured clients. *Brain Inj*, *4*(2), 175-181. doi:10.3109/02699059009026163