

O Último Tabu

Sexualidade e Intimidade na Demência

Autor: Dr. Nițu Cezar

Introdução

A sexualidade dos idosos é tratada como um tabu, um tema muito difícil de abordar. Temos tendência a partir do princípio de que, à medida que as pessoas envelhecem, a forma «correta» de viver é que a sexualidade diminua ou — melhor ainda — desapareça por completo.

Os médicos perguntam rotineiramente sobre problemas sexuais no contexto de doenças cardiovasculares, diabetes ou depressão — no entanto, a demência é quase invariavelmente deixada de fora desta avaliação, continuando a ser um dos temas mais consistentemente evitados na prática médica quotidiana.

Esta omissão pode parecer neutra, mas revela uma interseção tóxica entre o envelhecimento, o estigma da demência e o nosso desconforto cultural em relação à sexualidade dos idosos — uma combinação que, em última análise, deixa os doentes sem apoio, os seus parceiros sem orientação e os cuidadores sem quaisquer ferramentas para intervir.

O leque de expressões sexuais na demência

É importante salientar, desde o início, que, embora a demência seja, por si só, uma tragédia, os seus efeitos na sexualidade nem sempre têm de ser negativos. Para muitas pessoas nesta situação, a proximidade física continua a ser uma fonte de conforto e apoio mútuo muito depois de outras formas de comunicação se terem reduzido.

A perceção popular associa a demência à desinibição sexual — comportamentos inadequados, avanços indesejados, linguagem grosseira. A realidade é consideravelmente mais matizada: estudos demonstram que as alterações sexuais observadas na demência abrangem um vasto espectro, no qual a diminuição do desejo (hipossexualidade) constitui o quadro predominante.

Ahmed e colegas (2018) demonstraram que, independentemente do tipo de demência, a manifestação mais comum é uma diminuição do desejo, da intimidade e do afeto físico. Os comportamentos sexuais desinibidos estão presentes numa minoria — estimada em até 17% dos doentes — e dependem do tipo de demência e da região do cérebro afetada.



Do ponto de vista médico, a distinção mais relevante é entre a demência frontotemporal e a doença de Alzheimer. Na demência frontotemporal, os lobos frontais do cérebro são afetados — as áreas que regulam o comportamento social e o controlo dos impulsos; é por isso que podem surgir comportamentos contextualmente inadequados, tais como gestos ou comentários de natureza sexual. Mendez e Shapira (2013) relataram tais comportamentos em 13% dos doentes com demência frontotemporal, em comparação com nenhum no grupo com doença de Alzheimer. Na doença de Alzheimer, o quadro inverte-se: a perda gradual da memória e do reconhecimento do parceiro conduz frequentemente ao isolamento emocional e ao desinteresse e, por vezes, a que o afeto seja direcionado para outras pessoas que não o parceiro de vida — uma situação dolorosa para os mais próximos.

Esta distinção não é meramente teórica: o comportamento desinibido numa pessoa com demência frontotemporal não é uma escolha, mas sim um sintoma da doença, que exige uma abordagem diferente da que se aplica ao afastamento emocional de uma pessoa que vive com Alzheimer.

A maioria das situações, no entanto, não surge em lares de idosos ou em novas relações, mas sim no seio de um casal com uma relação já consolidada. Os estudos mostram consistentemente que a maioria dos parceiros — cerca de 80% — nota uma mudança na sua vida íntima após o início da doença, à medida que a pessoa com demência se torna indiferente à vida sexual. Um estudo observacional (Wright, 1998) constatou que, cinco anos após o início da doença, apenas 27% dos casais afetados continuavam sexualmente ativos, em comparação com 82% dos casais saudáveis da mesma idade.

Por trás destas percentagens está o próprio calvário dos parceiros: viver ao lado de alguém que, embora fisicamente presente, se vai transformando gradualmente noutra pessoa, com a sua personalidade a desvanecer-se lentamente devido a uma doença que não se limita a diminuir o desejo, mas que, por vezes, apaga o próprio reconhecimento do outro.

A isto acresce uma mudança de papéis: de parceiro, marido ou esposa, passa-se gradualmente a cuidador. E o papel de cuidador, com a sua rotina de higiene, medicação e supervisão, muitas vezes corrói a dimensão romântica e erótica da relação. Vale a pena destacar um pormenor de um estudo de cinco anos: o afeto do parceiro saudável diminuiu de forma constante ao longo da doença — mas recuperou significativamente assim que a pessoa com demência foi internada numa instituição de cuidados.

Este calvário levanta um problema que poucos se atrevem a nomear: a culpa. Alguns parceiros perdem gradualmente a atração; outros procuram proximidade noutra lugar; muitos sentem-se culpados simplesmente por ainda desejarem intimidade, como se desejar alguém que está doente fosse uma traição. Nenhuma destas reações constitui uma falha moral. São respostas humanas a uma situação difícil.

Consentimento — o dilema ético

A questão é a seguinte: pode uma pessoa com demência dar o seu consentimento válido para uma relação íntima?

A resposta simplista — «não pode» — é incorreta e potencialmente prejudicial. A capacidade de consentir não é uma questão de «tudo ou nada», nem se perde de forma uniforme após o diagnóstico. É variável e depende da situação e da fase da doença. Wilkins (2023) defende que muitas pessoas com demência ligeira ou moderada são perfeitamente capazes de dar o seu consentimento para uma relação íntima com um parceiro de longa data, especialmente quando a relação é anterior à doença e o vínculo emocional se mantém. Nenhum diagnóstico — nem mesmo a demência — exclui automaticamente a capacidade de uma pessoa de tomar decisões numa determinada área da sua vida.

No entanto, o quadro jurídico em muitos países não reflete esta nuance. Sorinmade, Ruck Keene e Peisah (2024) demonstram que a legislação na Inglaterra e no País de Gales, por exemplo, exige que o consentimento seja expresso no próprio momento do ato — o que, na prática, exclui qualquer pessoa com demência avançada, independentemente do historial da relação.

O problema torna-se verdadeiramente complexo em novas relações, particularmente em lares de idosos, onde uma pessoa com demência pode procurar proximidade com outra pessoa. Neste contexto, a avaliação da capacidade de consentimento deve ser individualizada e ter em conta vários fatores: se a pessoa compreende a natureza da relação, se é capaz de se proteger contra a exploração, se está ciente dos riscos, bem como o seu estado emocional e quaisquer sinais de prazer ou desconforto. Peisah e colegas (2021) propõem um modelo graduado para avaliar a capacidade, sensível ao contexto da relação, como alternativa à abordagem rígida do «sim/não».

Implicações práticas

Temos de compreender que a pessoa que vive ao lado de um parceiro com demência carrega um fardo que a sociedade raramente percebe. Qualquer abordagem a este tema deve começar por reconhecer essa provação, e não com uma lista de comportamentos a corrigir.

O apoio mais valioso que esse parceiro pode receber não é, muitas vezes, de natureza médica, mas sim uma questão de compreensão. Ouvir uma explicação sobre o motivo pelo qual o comportamento de um ente querido mudou — que se deve à doença e não a uma rejeição pessoal — pode trazer uma sensação de alívio. Igualmente importante é saber que a ausência de uma vida sexual não significa o fim da intimidade: um abraço, dar as mãos, a proximidade física continuam a ser formas valiosas de ligação e não conduzem a comportamentos problemáticos. Os parceiros de pessoas com demência

têm direito à sua própria vida emocional, e as suas necessidades não desaparecem só porque o outro adoeceu.

Existe também uma dimensão institucional do problema. Grigorovich e Kontos (2022) identificam as principais barreiras nos lares de idosos: atitudes negativas do pessoal, a falta de políticas claras sobre a intimidade e a ausência de espaços privados. A sexualidade não se resume apenas ao ato sexual, mas abrange uma vasta gama de gestos — o toque, a ternura, a proximidade — e muitas instituições, através de regras restritivas, negam aos residentes até mesmo estas formas delicadas de ligação. Reconhecer a necessidade de intimidade e criar condições dignas para a mesma é também uma questão de respeito pela dignidade da pessoa.

Alguns princípios orientadores podem ajudar as famílias e os cuidadores:

- **Reconheça; não ignore.** A vida emocional e íntima de uma pessoa deve fazer parte da conversa sobre a demência, tanto no momento do diagnóstico como ao longo da doença.
- **O comportamento é, na maioria das vezes, um sintoma, não uma escolha.** As alterações — quer se trate de um declínio do desejo ou de desinibição — são consequências da doença, não falhas morais. Compreender isto reduz a culpa e orienta a resposta da família.
- **Distinguir a doença da normalidade.** Uma pessoa com demência frontotemporal que faz avanços inapropriados encontra-se numa situação diferente daquela com Alzheimer que anseia pela proximidade com um parceiro de toda a vida. A resposta deve refletir essa diferença.

Gestão de comportamentos sexuais inadequados

Quando surgem comportamentos sexuais inadequados, existem duas vias principais de abordagem: intervenções psicológicas e ambientais, por um lado, e medicação, por outro. A regra geral é que a medicação só deve ser considerada depois de as outras medidas terem sido tentadas sem sucesso. A escolha depende da urgência da situação, do tipo de comportamento e das outras condições da pessoa.

A primeira linha de intervenção é, portanto, comportamental e ambiental, sem efeitos secundários. Algumas estratégias que se revelaram úteis:

- **Não reforce involuntariamente o comportamento.** Reações fortes — quer sejam de irritação ou de diversão — podem, paradoxalmente, incentivar a sua repetição. Em vez disso, a atenção e a aprovação podem ser direcionadas para comportamentos adequados.
- **Proporcione uma distração.** Para muitas pessoas, basta redirecionar suavemente a atenção para outra atividade.
- **Reduza os estímulos.** Programas de televisão ou de rádio com forte conteúdo sexual podem desencadear esses comportamentos; afastá-los ajuda.

- **Adapte o vestuário.** Quando existe uma tendência para se despir ou masturbar em público, o uso de roupa mais difícil de retirar pode reduzir esse comportamento.
- **Explique de forma simples e repetida.** Por vezes, uma explicação calma e repetida sobre o motivo pelo qual um comportamento é inadequado pode ser útil.
- **Ofereça privacidade.** Em instituições, o acesso a um quarto privado ou visitas a casa podem reduzir a frequência de comportamentos inadequados, satisfazendo uma necessidade natural.

Estas intervenções exigem tempo e paciência, mas não apresentam os efeitos secundários, por vezes graves, da medicação. Atualmente, não existe nenhum medicamento aprovado especificamente para estes comportamentos, nem quaisquer diretrizes oficiais de tratamento. Os dados disponíveis, provenientes de estudos não controlados e relatos de casos, sugerem uma eficácia variável para alguns antidepressivos, antipsicóticos e tratamentos hormonais — todos utilizados fora das indicações aprovadas, com precaução e sob supervisão médica, dado o risco acrescido nos idosos.

Conclusões

A sexualidade não desaparece com o diagnóstico de demência. Ela transforma-se e coloca os parceiros, as famílias e os profissionais de saúde perante dilemas genuínos — éticos, legais e relacionais. Ignorar esta dimensão não protege ninguém; deixa os doentes sem dignidade, os parceiros sem apoio e os cuidadores sem orientação.

Uma abordagem madura requer critérios claros para avaliar o consentimento, apoio para quem presta cuidados e legislação suficientemente matizada para distinguir a proteção do paternalismo. Até lá, a responsabilidade recai sobre cada um de nós — e, acima de tudo, temos de ousar fazer a pergunta: será que a vida sexual chega realmente ao fim com a idade?



Referências

- Sorinmade O, Ruck Keene A, Peisah C. The Law, Dementia, and Sexuality. *The Gerontologist*. 2024;64(11).
- Peisah C, et al. Sexuality and the Human Rights of Persons With Dementia. *Int Psychogeriatr*. 2021.
- Mendez MF, Shapira JS. Hypersexual Behavior in Frontotemporal Dementia. *Arch Sex Behav*. 2013;42:501–509.
- Ahmed RM, et al. Neural Correlates of Changes in Sexual Function in Dementia. *J Neurol*. 2018;265:2562–2572.
- Wilkins JM. Dementia and Concurrent Consent to Sexual Relations. *J Med Ethics*. 2023.
- Grigorovich A, Kontos P, et al. Dementia and Sexuality in Long-Term Care. *Dementia*. 2022;21(4):1077–1097.
- Bouman WP. Sexuality in Later Life. In: *Oxford Textbook of Old Age Psychiatry*. Oxford University Press.
- Wright LK. Affection and Sexuality in the Presence of Alzheimer's Disease: A Longitudinal Study. *Sexuality and Disability*. 1998.
- NIA. Sexuality and Intimacy in Older Adults. National Institute on Aging. 2026.

