

Mestrado
Cuidados Paliativos

**A demência: uma avaliação sobre a
multidimensionalidade da
construção do desejo sexual**

M
2020



Magda
Brandão

A demência:
uma
avaliação
sobre a
multidimensi
onalidade da
construção
do desejo
sexual

A demência:
uma
avaliação
sobre a
multidimensi
onalidade da
construção
do desejo
sexual

Magda
Brandão



M.FMUP 2020



**A demência: uma avaliação sobre a
multidimensionalidade da construção do desejo
sexual**

Magda Filipa Colaço Brandão

*Dissertação de mestrado apresentada para a obtenção do grau de Mestre
em Cuidados Paliativos, sob a orientação da Doutora Francisca Rêgo.*

Porto, 2020

Há ocasiões que é mil vezes preferível fazer de menos que fazer de mais, entrega-se o assunto ao governmentamento da sensibilidade, ela, melhor que a inteligência racional, saberá proceder segundo o que mais convenha à perfeição dos instantes seguintes.

José Saramago

Agradecimentos

À Doutora Francisca Rêgo pelo auxílio, orientação e pertinentes observações.

À Santa Casa de Albergaria-a-Velha pela esplêndida receção e interesse na investigação, demonstrada através da autorização da aplicação dos instrumentos para a recolha de dados.

Aos participantes que me ensinaram o significado de empatia e solidariedade através do seu contributo, sem o qual não poderia realizar a investigação.

À minha família, pelo apoio incondicional, incentivo e compreensão nas fases mais difíceis.

A todos aqueles que contribuíram para o meu sucesso académico, um muito obrigado.

Siglas

OMS - Organização Mundial de saúde

AAP – Associação Portuguesa de Alzheimer

WHO – World Health Organization

DA - Doença de Alzheimer

RM – Ressonância Magnética

EEG - Eletroencefalografia

LCR – Líquido Cefalorraquidiano

IDS-2 – Inventário do Desejo Sexual -2

NES – Nova Escala Sexual

WHOQOL-BREF – World Health Organization Quality of Life Instruments

Resumo

Na atualidade existem diversos estudos, com avanços diferenciais, que marcam a evolução do conhecimento acerca da demência. A prática desta aprendizagem permite aos profissionais que estão em contacto com portadores desta patologia fornecer respostas adequadas às necessidades que os utentes apresentam.

A investigação realizada tenciona aprofundar o conhecimento que existe pela patologia da demência, de forma a reconhecer outros aspetos que não se encontram ainda explorados, tais como: a abordagem pessoal do indivíduo (a construção do desejo sexual) e a multidimensionalidade que este abrange. Estes dois aspetos, considerados significativos para o comportamento humano, fazem parte da evolução da origem do ser humano como seres individuais.

Utilizou-se o tipo de estudo exploratório no processo da dissertação, no qual, foi abrangido um grupo de indivíduos que foi abordado pela investigadora que, de seguida, recolheu dados com diversos instrumentos: a Nova Escala de Satisfação Sexual, o DSI-2 (Inventário de desejo sexual) e o WHOQOL-BREF (Versão portuguesa).

O estudo foi realizado em duas unidades diferentes na Santa Casa da Misericórdia de Albergaria-a-Velha -no centro de dia e na residência- no

período de 19 de fevereiro a 12 de março de 2020 sendo realizadas entrevistas aos utentes desta instituição.

Os valores do instrumento da “Nova Escala Sexual” demonstraram ser pontuações muito individuais, não se aproximando da média da amostra.

Existe uma variável social, na questão da formação académica dos participantes, nos quais os resultados demonstraram que há uma significância estatística, onde os participantes com a escolaridade mais alta detinham uma pontuação mais baixa a nível da satisfação sexual do que os participantes com a escolaridade inferior.

Verificou-se também que uma satisfação sexual plena não assegura um desejo sexual ativo.

Em suma, observa-se que o comportamento humano e o seu meio, especialmente as suas experiências pessoais e as suas crenças, influenciam bastante o modo de interpretação do indivíduo em relação à sexualidade, especialmente na terceira idade onde ainda hoje, é uma área bastante reprimida.

Palavras-Chave: Demência, Sexualidade, Nova Escala de Satisfação Sexual, DSI-2, WHOQOL-BREF.

Abstract

Currently there are several studies, with differential advances, that mark the evolution of knowledge about dementia. The practice of this learning allows professionals who are in contact with carriers of this pathology to provide adequate responses to the needs that users present.

The research carried out intends to deepen the knowledge that exists from the pathology of dementia, in order to recognize other aspects that are not yet explored, such as: the personal approach of the individual (the construction of sexual desire) and the multidimensionality that it covers. These two aspects, considered significant for human behavior, are part of the evolution of the origin of the human being as individual beings.

The type of exploratory study was used in the dissertation process, in which a group of individuals was covered by the researcher, who then collected data with several instruments: the New Sexual Satisfaction Scale, the DSI-2 (Sexual Desire Inventory) and the WHOQOL-BREF (Portuguese Version).

The study was conducted in two different units at Santa Casa da Misericórdia de Albergaria-a-Velha - at the day care center and at the residence - from February 19 to March 12, 2020 and interviews were conducted with users of this institution.

The values of the "New Sexual Scale" instrument proved to be very individual scores, not approaching the sample average.

There is a social variable, in the question of the academic background of the participants, in which the results showed that there is statistical significance, where the participants with the highest education had a lower score in terms of sexual satisfaction than the participants with the lowest education. It was also found that full sexual satisfaction does not ensure active sexual desire.

In short, it was observed that human behavior and its environment, especially personal experiences and beliefs, greatly influence the individual's way of interpreting sexuality, especially in the elderly, where it is still a very repressed area.

Keywords: Dementia, Sexuality, New Scale of Sexual Satisfaction, DSI-2, WHOQOL-BREF.

Índice Geral

<i>Capítulo I – A demência</i>	29
<i>2. Definição de demência e caracterização clínica</i>	29
<i>2.1. Etiologia da demência</i>	34
<i>2.2.1. Demência de Alzheimer</i>	47
<i>2.2.2. Demência Vascular</i>	49
<i>2.2.3. Demência de Corpos de Lewy</i>	50
<i>2.2.4. Demência Frontotemporal</i>	51
<i>2.2.5. Demência de Huntington</i>	55
<i>2.2.6. Síndrome de Wernicke-Korsakoff</i>	55
<i>2.2.7. Doença de Creutzfeldt-Jakob</i>	57
<i>2.3. A importância dos cuidados paliativos no diagnóstico de demência</i>	58
<i>2.4. Tratamento</i>	61
<i>2.4.1. Tratamento psicossocial</i>	61
<i>2.4.2. Tratamento somático</i>	62
<i>2.5. Intervenções na demência</i>	62
<i>2.5.1. Intervenção Psicossocial</i>	64

<i>2.6. A epidemiologia da demência a nível global</i>	<i>67</i>
<i>Capítulo II – A terceira idade.....</i>	<i>69</i>
<i>3. Conceito de Envelhecimento.....</i>	<i>69</i>
<i>3.1. Teorias do envelhecimento.....</i>	<i>72</i>
<i>3.1.1. Teorias biológicas do Envelhecimento.....</i>	<i>73</i>
<i>3.1.3. Envelhecimento e a sexualidade.....</i>	<i>86</i>
<i>Capítulo III: A multidimensionalidade da construção do desejo sexual</i>	<i>89</i>
<i>3. O desejo sexual</i>	<i>89</i>
<i>3.1. Alterações no conceito de desejo de pulsão.....</i>	<i>92</i>
<i>Capítulo IV – A sexualidade e o envelhecimento</i>	<i>95</i>
<i>4.2. Fatores Psico-afetivos</i>	<i>102</i>
<i>4.4. Disfunções sexuais femininas e na terceira idade.....</i>	<i>105</i>
<i>4.5. Disfunções sexuais masculinas.....</i>	<i>109</i>
<i>4.6. Disfunções sexuais e o consumo de fármacos.....</i>	<i>117</i>
<i>4.7. A importância da religião na perspetiva sexual.....</i>	<i>123</i>
<i>Capítulo V - A demência e a sexualidade.....</i>	<i>128</i>
<i>Capítulo VI - Os cuidados paliativos e a sexualidade.....</i>	<i>132</i>
<i>7. Metodologia</i>	<i>137</i>
<i>7.1. Natureza do estudo</i>	<i>137</i>

<i>7.2. Instrumentos de inquérito.....</i>	<i>139</i>
<i>7.3. Procedimento.....</i>	<i>141</i>
<i>8. Resultados.....</i>	<i>143</i>
<i>9. Discussão.....</i>	<i>166</i>
<i>10. Resumo e perspetivas.....</i>	<i>173</i>
<i>11. Conclusão.....</i>	<i>175</i>
<i>12. Bibliografia.....</i>	<i>179</i>
<i>Anexos.....</i>	<i>203</i>
<i>Informação ao participante.....</i>	<i>203</i>
<i>Questionário Sociodemográfico.....</i>	<i>205</i>
<i>WHOQOL-BREF.....</i>	<i>214</i>

Índice de Tabelas

<i>Tabela 1 - Sintomas comuns a portadores do síndrome demencial.....</i>	<i>36</i>
<i>Tabela 2 – Evolução da patologia demencial.....</i>	<i>38</i>
<i>Tabela 3 – Tipos de disfunções.....</i>	<i>110</i>
<i>Tabela 4 - Caraterização sociodemocrática da amostra</i>	<i>144</i>
<i>Tabela 5 - Scores ponderados por pontuação total e subescala da “Nova Escala Sexual”.....</i>	<i>146</i>
<i>Tabela 6 - Scores ponderados por modalidades do instrumento (IDS-2).....</i>	<i>151</i>
<i>Tabela 7- Scores ponderados por domínios do instrumento “WHOQOL – BREF”.....</i>	<i>154</i>

Índice de gráficos

Gráfico 1 - Resultados do instrumento “Nova Escala Sexual” 145

Gráfico 2 - Resultados do “Inventário de desejo sexual (IDS-2)” 149

Gráfico 3 – Resultados do questionário sobre a “Qualidade de vida” 153

1. Enquadramento teórico

1.1. Perspetiva histórica da demência

O século XXI representa, num todo, o insaciável desejo e compromisso de conhecimento da evolução humana. Este imutável acontecimento persiste desde a origem da espécie criando diversas áreas do entendimento da mesma, dando ênfase ao domínio medicinal.

Desde 1930 até 1950, o número de psiquiatras americanos dirigidos por David Rothchild, respondeu ao desafio crescente e ameaçador da demência nos Estados- Unidos, começando por enquadrar esta patologia como um problema psicossocial, em vez de uma doença cerebral. Rothchild e os seus discípulos discutiram a observação de correlações inconsistentes entre as manifestações clínicas e as descobertas patológicas, atribuindo a resposta às diferentes capacidades que os doentes têm de compensar um dano cerebral. Visto desta forma, existe mais do que a associação de idade à demência e a inevitável deterioração devido à idade ou patologia, era a interação entre o cérebro e o contexto psicossocial no qual o indivíduo estava situado. (Ballenger, 2017)

Esta abordagem era uma teoria mais satisfatória porque explicava a variabilidade encontrada, diversas vezes, entre o grau de patologia numa autópsia, e o grau clinicamente observado. (Ballenger, 2017)

A demência surgiu como um problema público no final dos anos 70 através dos esforços da coligação entre os cuidadores e membros de família dos indivíduos, no qual lutavam para encontrar uma forma de lidar com a demência. (Ballenger, 2017)

Com um problema público, os neurocientistas foram influenciados pela revolução biológica na psiquiatria, e os oficiais do governo tentaram ganhar fundos para investigar doenças associadas com a idade, fornecendo esperança para os doentes e para a família dos mesmos. (Ballenger, 2017)

O neurologista Robert Katzman, em 1976, escreveu um artigo com bastante influência que abolia a distinção entre o que era designada de "Demência de Alzheimer" e a "Demência senil", passando a unificar a entidade e a aclamá-la somente de "Doença de Alzheimer". (Ballenger, 2017)

O envelhecimento da população constitui um dos fenómenos demográficos mais alarmantes das sociedades modernas no século XXI.

Na segunda metade do século XXI, a história da demografia europeia ficará extremamente ligada ao constante crescimento da população idosa, e que tal aspeto não decorrerá unicamente no território europeu, mas alargar-se-á por todo mundo. (Fonseca, 2014)

Contudo, será verdade que este século ficará marcado pela existência de profundas transformações neste grupo populacional, dadas as necessidades que passará a ter no decorrer do processo de envelhecimento. (Fonseca, 2014)

1.2. O envelhecimento em Portugal

Atualmente, em Portugal, a taxa de mortalidade por doença de Alzheimer é de 15,2% por cada 100.000 habitantes no período de referência do ano 2017. (INE, 2019)

De acordo com as projeções do INE, Portugal irá registar uma diminuição do número de jovens de 1,5 para 0,9 milhões, mesmo admitindo aumentos no índice sintético e fecundidade, resulta, ainda assim, uma diminuição do número de nascimentos. Face ao decréscimo da população jovem, a par do aumento da população idosa, o índice de envelhecimento duplicará, passando de 147 para 317 idosos, por cada 100 jovens, em 2080. (INE, 2017)

O índice só poderá estabilizar na proximidade de 2060, quando as gerações já se encontrarem no grupo etário 65 e mais; São dados preocupantes, face ao risco que esta população em desenvolver qualquer tipo de demência. (INE, 2017)

O processo de envelhecimento traz consigo significativas alterações, designadamente o enfraquecimento dos músculos e perda de inúmeras funções corporais e intelectuais.

Não obstante, nem todas as funções biológicas declinam em simultâneo, e nem todos os indivíduos apresentam declínio das funções cognitivas que possam fazer parte do processo da doença. Desta forma, o grau de dependência, o estado cognitivo e o estado emocional são considerados como indicadores importantes na qualidade de vida dos idosos.

O declínio da capacidade cognitiva decorre dos processos fisiológicos do envelhecimento ou de um estágio de transição para as demências.

O envelhecimento acarreta modificações na velocidade de processamento das informações, assegurando um tempo maior para o tratamento ou a organização de “dados”, especificamente, ao nível da leitura, compreensão e memorização. (Fonseca, 2014)

1.3. A demência

A demência é o termo utilizado para caracterizar os sintomas de um grupo alargado de doenças que causam um declínio progressivo no funcionamento de um indivíduo. Esta patologia abrange a perda de memória, capacidade intelectual, raciocínio, competências sociais e alterações das reações emocionais equilibradas. (Portugal, n.d.)

Os indivíduos portadores de demência possuem diversas áreas da sua vida afetadas por esta patologia, não sendo só a área social, a psicológica, a cognitiva, mas também a área emocional.

É de senso comum que a sexualidade, na sua maioria, é incluída nos relacionamentos tendo um papel importante ou não (dependendo do valor que cada indivíduo lhe atribui).

Nos portadores de demência, a capacidade de possuir intimidade e proximidade física com o outro fica afetada. (Portugal, 2020)

Algumas pessoas podem tornar-se exigentes, ou insensíveis às necessidades dos outros e menos capazes de dar apoio à sua família e amigos.

A despeito da maioria dos indivíduos com demência se encontrarem na faixa etária da terceira idade, é importante salientar que nem todas as pessoas idosas desenvolvem esta patologia e que esta não faz parte do processo de envelhecimento natural.

A demência pode surgir em qualquer indivíduo, contudo, é mais frequente a partir dos 65 anos. Em certas situações pode ocorrer em pessoas com idades compreendidas entre os 40 e os 60 anos. (Portugal, n.d.)

1.4. A demência na sexualidade

A expressão da sexualidade também pode ser afetada, podendo continuar a desejar o contato sexual ou perder completamente o interesse na atividade sexual. Existe ainda outra circunstância neste tipo de situações, onde o indivíduo pode ainda exibir comportamentos sexuais inapropriados, provocando reações negativas nos outros ou sentimentos (como por exemplo vergonha) em si próprio. (Portugal, 2020)

Para quem detém de um relacionamento, os parceiros podem experienciar diversos sentimentos acerca da manutenção do relacionamento sexual com alguém que possui demência.

É comum existir manifestações de sentimentos de rejeição, aversão e culpa, principalmente de o doente apresenta um aumento do desejo da atividade sexual, o que resulta em solicitações exageradas e exaustivas frequentemente em lugares ou momentos inapropriados. (Portugal, n.d.)

Em contrário, pode existir uma diminuição do interesse sexual, onde os indivíduos perdem o interesse na relação física e podem tornar-se retraídos. Podem aceitar o contato físico de outrem, contudo, não têm iniciativa para o afeto. (Portugal, 2020)

Outro comportamento observado neste tipo de patologia é a desinibição, que faz com que os indivíduos se dispam ou se acariciem em público. As

investidas sexuais são, por vezes, realizadas devido ao facto de que a pessoa com demência pode confundir outro indivíduo com o seu próprio parceiro. Por vezes, um comportamento de conotação aparentemente sexual, tal como uma senhora levantar a saia, pode ser um indicador de uma necessidade, como por exemplo “ir à casa de banho”. (Portugal, 2020)

1.5. O objetivo do estudo

O objetivo geral desta dissertação é estudar o impacto que a demência tem na vida dos seus portadores, e por esta e outras razões, considera-se pertinente que o presente estudo piloto seja realizado e analisado. Os resultados obtidos devem ser avaliados e interpretados, e podem ser indicadores do impacto total que a patologia tem na área sexual do indivíduo.

Neste estudo de natureza qualitativa percorreremos a uma amostra que foi realizada, em forma de entrevista, a utentes na Santa Casa da Misericórdia de Albergaria-a-Velha.

A dissertação é constituída por cinco capítulos. Os três capítulos procuram contextualizar o objetivo do estudo piloto, como também, efetuar a revisão de literatura sobre o tema da investigação.

O último capítulo compreende o estudo piloto, demonstrando a metodologia utilizada e a discussão dos resultados, seguindo-se subsequentemente as principais conclusões.

No primeiro capítulo – A demência – Analisa-se a caracterização da demência, tal como a sua classificação, as causas, o método de diagnóstico e as diversas intervenções.

No segundo capítulo – A terceira idade – observa-se o envelhecimento como conceito, realizando posteriormente, uma análise em Portugal e os efeitos colaterais na sociedade.

No terceiro capítulo – A multidimensionalidade da construção do desejo sexual- apresenta-se o processo de construção do desejo sexual e o que envolve; A sexualidade na terceira idade, tal como as disfunções sexuais nos idosos e o consumo de fármacos. Envolve-se também, a demência e a sexualidade abrangendo os cuidados paliativos e a importância destes no fornecimento de respostas a este tipo de necessidades.

No quarto capítulo – A sexualidade e o envelhecimento – Observa-se a sexualidade no contexto do envelhecimento e as consequências do mesmo.

No quinto capítulo - A Demência e a sexualidade- Apresenta-se o impacto da patologia relativamente à sexualidade e quais os principais obstáculos.

No sexto capítulo – Os cuidados paliativos e a sexualidade – Analisa-se as principais necessidades sexuais que os utentes que usufruem do serviço de cuidados paliativos possuem.

O sétimo capítulo – Metodologia – Exibe-se o tipo de estudo, a amostra, os procedimentos formais e os instrumentos aplicados para a recolha de dados.

O oitavo, nono, décimo e décimo primeiro capítulo – Discussão; Resumo e perspectivas; Conclusão – Conclui-se o estudo piloto, referindo deste modo o resumo e as perspectivas, tal como as limitações que existiram.

Capítulo I – A demência

2. Definição de demência e caracterização clínica

De acordo com Sampson (2010) demência é uma síndrome de natureza irreversível causada pela neurodegeneração progressiva, afetando a memória, a execução de atividades do quotidiano, a compreensão linguística e a linguagem.

O registo sensorial (memória imediata), a memória a curto prazo (memória de trabalho) e a memória a longo prazo constituem os três principais tipos de memória. (Pinho, 2008)

A memória a curto prazo possui a função de armazenar uma pequena quantidade de informação, e para realizar outras funções cognitivas tais como: a repetição do material, a aprendizagem ou a compreensão da linguagem, pelo que se refere a uma memória operativa ou de trabalho. Em relação à memória de longo prazo, diferencia-se uma memória executiva (saber como) e uma memória declarativa (saber que) na qual permite recordar acontecimentos recentes ou antigos, subdividindo-se em memória episódica (refere-se a eventos relacionados com a vida do indivíduo e organizados e em memória semântica (Inclui fatos e conceitos, conhecimento do mundo e da linguagem); uma memória executiva (saber como). (Pinho, 2008)

Pode existir uma perturbação na capacidade de aprender novas informações ou recordar as previamente adquiridas.

As perturbações de linguagem podem desenvolver-se de forma diferente, estando dependentes, da etiologia subjacente e da fase de evolução da patologia. Pode ocorrer afasias de compreensão (comprometimento da compreensão da linguagem), afasia nominal (dificuldades em encontrar a palavra adequada para nomear pessoas e objetos), afasia de expressão (comprometimento da produção de linguagem). Em fase avançada, o doente pode demonstrar um padrão deteriorado de linguagem, designado por ecolalia que consiste na repetição automática, em eco, de palavras ou de sons ouvidos e/ou palilalia (repetição involuntária e irrefreável dos próprios sons ou palavras; pode chegar a um estado de mutismo, onde o doente deixa de comunicar verbalmente. (Pinho, 2008)

Existe um comprometimento da capacidade para idealizar e realizar movimentos coordenador e efetuar atos voluntário. Num estado inicial são afetadas as atividades mais complexas, ocorrendo, posteriormente, a deterioração do desempenho de atividades quotidianas elementares tais como preparar uma refeição, usar o telefone, vestir, andar entre outras. (Pinho, 2008)

Numa fase avançada, o doente pode iniciar um estado de acinesia acabando por acamar. (Pinho, 2008)

A perturbação do funcionamento visuo-espacial dá origem à desorientação espacial e dificuldades na realização de tarefas espaciais. Caracteriza-se por agnosia, a dificuldade em interpretar uma informação

sensorial que conseqüentemente leva à incapacidade de reconhecer objetos e lugares através da área visual, bem como identificar cheiros, sons, sensações tácteis. (Pinho, 2008)

O funcionamento executivo (capacidade para idealizar, organizar e realizar ações para atingir um fim) depende de funções cognitivas como o planeamento, sequenciação, abstração, julgamento e organização que podem ser afetadas dependendo da evolução da patologia. (Pinho, 2008)

Esta patologia não inclui somente a perda progressiva das capacidades cognitivas, mas também do autocuidado e de adaptação. É comum existirem quadros clínicos que apresentam alterações psicológicas, de personalidade e no comportamento (como por exemplo depressão, agitação, deambulação, atividades repetitivas, e sintomas psicóticos) que acabam por desenvolver alguma agressividade perante outrem. (Pereira, 2013)

As alterações psico-comportamentais formam uma fonte de sobrecarga emocional para os cuidadores, que originam crises no seio das famílias, acabando por ser este um dos motivos principais que leva à institucionalização. (Pereira, 2011)

A depressão é a mais frequente nas fases iniciais porque o indivíduo está consciente das suas perdas e das incapacidades que se vão desenvolvendo. (Pereira, 2011)

À medida da evolução da doença, o humor depressivo pode transformar-se numa situação de indiferença e apatia. Episódios de agitação, verbal ou motora podem acontecer por diversos fatores, tais como receio, dor, presença de estranhos, alterações da rotina ou ambientes ruidosos. A deambulação é uma forma particular de agitação em que o doente se desloca permanentemente e sem objetivo aparente. (Pinho, 2008)

Os distúrbios de sono são frequentes, nomeadamente a nível da sua arquitetura e ritmo do sono-vigília. O sono noturno é curto e pouco profundo, e por isso, o doente pode-se sentir mais cansado por ser menos repousante. Contudo, também pode existir uma inversão do ritmo do sono-vigília onde o indivíduo pode permanecer acordado durante longas horas durante a noite e adormecer, superficialmente, por curtos períodos durante o dia. (Pinho, 2008)

É relevante referir que as alterações neurológicas, tais como, reflexos primitivos de libertação frontal (sucção, palmomentoniano, glabellar), problemas de coordenação motora, tremor, rigidez muscular, incontinência e alterações da marcha podem formar um quadro clínico em fases avançadas, contudo, também se verifica em tipos específicos de demência mas de forma precoce. (Pinho, 2008)

Tratando-se de uma situação adquirida e permanente na questão de défice global das faculdades mentais, a síndrome demencial diferencia-se dos estados deficientes não adquiridos. Todavia, embora a maior parte das

demências se caracterizem por um início produtório e um desenvolvimento implacável e progressivo, outras podem-se exibir de forma súbita ou desenvolverem-se mais rapidamente, havendo, ainda, diversas que estabilizam ou que são passíveis de resolução com o tratamento apropriado e atempado. (Pinho, 2008)

Recuando à definição anteriormente citada, a particularidade essencial da demência consiste na evolução de múltiplos défices cognitivos suficientemente severos para se envolverem no funcionamento ocupacional e/ou social de um indivíduo. A estes défices ao nível da cognição pode, no entanto, associarem-se alterações psiquiátricas e do comportamento, particularmente, perturbações do estado anímico, da percepção e da personalidade. (Pinho, 2008)

A alzheimer é forma de demência mais comum e pode contribuir para 60-70% dos casos. (World Health Organization, 2020)

O envelhecimento é um fator que contribui para este aumento de casos pela razão de que a maioria dos indivíduos diagnosticados com demência, possuem mais de 60 anos. De acordo com diferentes estimativas, cerca de 2% a 10% de todos os casos de demência desenvolvem-se antes dos 65 anos. (World Health Organization, 2019)

Existe falta de conhecimento no seio familiar em relação à demência, o que cria pouca resiliência na dinâmica e aumenta a vulnerabilidade financeira. A situação económica cria, na maioria das vezes, tensão entre os membros

familiares pela razão de que o custo para assistir todas as necessidades que o doente possui, são demasiado elevadas para a sua capacidade financeira. Estima-se que, a nível global, no ano de 2010, a demência teve um custo de 604 bilhões de dólares. A despesa de cuidados médicos diretos contribui apenas 16% no custo total. (World Health Organization, 2019)

Em países com o rendimento familiar baixo, as despesas são consequentes de cuidados informais. (World Health Organization, 2019)

Enquanto os números aumentam, o impacto sobre os portadores de demência, os cuidadores informais e a suas famílias é extremo; tanto a nível medicamentoso, como psicologicamente e emocionalmente.

Os sintomas comportamentais e psicológicos afetam profundamente o quotidiano dos doentes e dos seus cuidadores.

2.1. Etiologia da demência

O termo demência refere-se a uma síndrome que pode ter várias etiologias, na qual compromete as funções cognitivas, sendo descrita por Sadock&Sadock (2017) como *"um processo de doença marcado pelo declínio cognitivo, mas com clareza de consciência"* por um determinado período de tempo e de forma persistente.

Deve-se referir que a demência pode afetar cada indivíduo de forma diferente, dependendo do impacto da doença e da personalidade pré-

mórbida. Os problemas associados à demência podem ser interpretados de três formas: (World Health Organization, 2019)

- Estádio Precoce;
- Estádio Médio;
- Estádio Avançado.

Estes períodos são dados somente como orientações, podendo variar de indivíduo para indivíduo, tal como os sintomas:

Tabela 1- Sintomas comuns a portadores do Síndrome Demencial (Esquema traduzido e adaptado de World Health Organization, 2019)

Primeiro Estádio	Segundo Estádio	Terceiro Estádio
<p>O primeiro estágio, normalmente, é desvalorizado porque os sintomas são considerados como características da terceira idade.</p> <ul style="list-style-type: none"> • O indivíduo esquece-se de diversas coisas, especialmente de situações que são recentes. • Pode ter dificuldade com a comunicação, tal como encontrar palavras difíceis. • Perde-se em lugares familiares. • Perde rasto do tempo, incluindo do dia, mês, ano e estação. • Tem dificuldade em realizar decisões e lidar com assuntos financeiros. • Tem dificuldade em desempenhar tarefas domésticas. • Humor e comportamento: <ul style="list-style-type: none"> - Pode ficar menos ativo, desmotivado e perder interesse em atividades e hobbies. - Pode demonstrar mudanças de humor, incluindo depressão ou ansiedade. - Pode reagir de forma exageradamente agressiva (ou ficar chateado/a) a uma situação. 	<p>De forma progressiva, as limitações começam a ficar visíveis e mais restritivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Torna-se fácil de esquecer, especialmente eventos recentes e nomes de pessoas. • Tem dificuldade em compreender o tempo, as datas, sítios e eventos; Os indivíduos podem-se perder na própria casa, como em lugares comunitários. • Tem mais dificuldades na comunicação (discurso e compreensão). • Necessita de auxílio para cuidados pessoais (por exemplo ir à casa-de-banho, lavarem-se e vestirem-se). • É incapaz de cozinhar, preparar comida, limpar ou comprar algo. • É incapaz de viver sozinho/a, em segurança, sem apoio. • O comportamento muda e pode incluir perguntas repetitivas, chamar ou agarrar-se repetitivamente, pode surgir um distúrbio de sono. Alucinações (ver ou ouvir coisas que não estão presentes). • Pode desenvolver um comportamento inapropriado em casa ou na comunidade (desinibição, agressividade). 	<p>O último estágio caracteriza-se quando o indivíduo fica totalmente dependente e inativo. A memória deteriora-se mais, ficando com lesões graves. O lado físico da patologia fica mais óbvio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não está situado no tempo e espaço. • Tem dificuldade em compreender o que se está a passar à sua volta. • Não consegue reconhecer parentes, amigos e objetivos familiares. • É incapaz se alimentar sem assistência e pode ter dificuldades em deglutir. • A necessidade de assistência para o cuidado pessoal aumenta (tomar banho e ir à casa-de- banho). • Pode possuir incontinência. • A mobilidade pode-se alterar, ficando incapaz de caminhar ou fica confinado à cama ou a uma cadeira de rodas. • O comportamento altera-se, e pode escalar incluindo agressão perante o cuidador e agitação não verbal (pontapear, bater, gritar ou gemer). • É inapto em explorar a própria casa.

A patologia pode ser dividida em dois grupos: primária e secundária, sendo que quando surge sem estar associada a nenhuma outra doença e é o primeiro alerta de patologia cerebral intitula-se de demência primária.

Segundo Townsend (2011) se por acaso a doença, se associa a outra causa ou condição não se tornando uma condição primária, designa-se de demência secundária.

As principais demências classificadas como primárias são, nomeadamente: a demência de Alzheimer, a demência vascular, a demência com corpos de Lewy e a demência frontotemporal. Os exemplos mais comuns de demências secundária são o vírus da imunodeficiência humana (HIV) ou um trauma cerebral. (Vieira, 2016)

Nas demências subcorticais encontram-se lesões nas estruturas cerebrais mais profundas, nas quais irão influenciar o córtex. A dificuldade na linguagem com limitação na velocidade da comunicação e na capacidade de encontrar palavras, tal como a repetição lenta são comuns, como já referido. (Vieira, 2016)

Para Townsend (2011) a evolução da patologia demencial inclui 7 estádios diferentes:

Tabela 2- Evolução da patologia demencial

1. Nenhum sintoma evidente.	2. Esquecimento	3. Declínio cognitivo ligeiro.	4. Declínio cognitivo ligeiro a moderado: confusão.	5. Declínio cognitivo moderado: demência inicial.	6. Declínio cognitivo moderado a grave: demência média.	7. Declínio cognitivo grave: demência avançada.
Não existe comprometimento a nível da memória do paciente.	Problemas comuns de esquecimento, começar a perder objetos e esquecer o nome das pessoas. As perturbações da memória a curto prazo. Pode desenvolver estado depressivos e ansiosos.	Os lapsos de memória são mais graves e começam a afetar o desempenho o no trabalho e a condução, podendo levar o indivíduo a perder-se. Ocorre um declínio marcado da capacidade de planear e organizar, tal como da capacidade de concentração.	As alterações do estágio anterior agravam, perdendo mesmo a capacidade gerir as suas financeiras e realizar tarefas simples do dia-a-dia. É comum a confabulação para justificar os lapsos de memória, a depressão e o afastamento o social.	Iniciam as dificuldades para executar as atividades da vida diária, necessitando o de algum apoio. Verifica-se a desorientação espacial e temporal.	O indivíduo já não realiza nenhuma tarefa individualmente e é comum a incontinência fecal e urinária. O agravamento do défice de memória agrava, avançando para a memória de longo prazo. A gestão do sono inicia os seus problemas, tornando-se difícil adormecer devido ao fenómeno sundowning, agravando-se os sintomas de agressividade, agitação e obsessão ao final da tarde e início da noite.	Identifica-se a afasia ou vocalizações escassas, o não reconhecimento das pessoas e a dependência total nas atividades de vida diária, estando confinado à cama ou cadeirão. É comum neste estágio o surgimento de problemas associados à imobilidade e à diminuição das defesas imunitárias, como as úlceras de pressão, as contraturas, as pneumonias, as infeções urinárias, entre outras. Neste período é comum o aparecimento de infeções que acabam por levar à morte.

De forma generalizada, é comum encontrar um portador de demência com os seguintes sintomas: (Vieira, 2016).

- Perturbações de humor (depressão, ansiedade e elação do humor).
- Agitação psicomotora (estados moderados a graves associados a confusão ou frustração).
- Perturbação do sono incluindo insónia, hipersónia e alterações do ritmo circadiano.
- Apatia caracterizada por diminuição da motivação e da reatividade emocional.
- Vaguear.
- Desinibição.
- Hiperfagia.
- Acumulação.

Um dos principais fatores de risco para o aparecimento da demência é a idade, sendo o sexo feminino que está associado a um maior risco de ocorrência desta patologia que segundo o DSM-5 (2014) poderá ser do facto de que as mulheres têm uma maior esperança de vida. Para Gabbard (2009) as causas mais frequentes de demência após os 65 anos de idade (demência senil) são a doença de Alzheimer, a demência vascular e a demência com corpos de Lewy.

No entanto existem outras causas médicas e neurológicas que podem, conseqüentemente, levar à demência, como por exemplo o caso da degeneração do lobo frontotemporal, o consumo de substâncias, traumatismos crânio-encefálicos, doença de Huntington entre outras. (Vieira, 2016).

❖ Doença de Alzheimer

Constituindo a forma mais comum de demência, tendo uma prevalência de 50% a 70% de todos os casos, caracteriza-se por ser uma doença progressiva, degenerativa e que afeta a atividade cerebral. (Portugal, n.d)

A idade tem sido apontada como um dos principais fatores de riscos para o aparecimento deste tipo de demência. Contudo, também existe a possibilidade desta doença surgir em idades mais jovens, designando-se Alzheimer de início precoce que pode ser encontrado comumente em doentes portadores de Síndrome de Down. (Vieira, 2016)

Segundo o DSM-5 (2014) e Pereira (2011) a demência de Alzheimer pode-se manifestar pela diminuição da capacidade de memória e uma ou mais perturbações cognitivas como por exemplo: afasia, apraxia, agnosia e perturbação na capacidade de execução.

A despeito de ainda não ter sido descrita a causa exata, consta-se que sejam as alterações da acetilcolina, as placas conseqüência da proteína amilóide beta e os emaranhados, os traumatismos crânio-encefálicos e os

fatores genéticos que condicionam o aparecimento desta patologia.
(Vieira, 2016)

❖ Demência Vascular

Este termo é utilizado para caracterizar o tipo de demência associado aos problemas da circulação do sangue para o cérebro. (Portugal, n.d)

Existem várias classes, contudo, as duas formas mais comuns são a demência por multienfartes cerebrais e a doença de Binswanger. A primeira é causada por diversos pequenos enfartes cerebrais, também designados de acidentes isquémicos transitórios; A segunda é denominada, também, de Demência vascular subcortical, na qual também, está associada às alterações cerebrais referentes aos enfartes e é causada por hipertensão arterial, estreitamento das artérias e por uma circulação sanguínea deficitária. (Portugal, n.d)

A demência vascular tem início abrupto e fácil de datar, sendo a sua evolução em escada, uma vez que apresenta períodos intermédios de estabilização da sintomatologia e posteriormente novo declínio. (Pinho, 2012)

Os fatores de risco relevantes para esta doença são, nomeadamente: hipertensão dislipidemia, diabetes, cirurgia cardiovascular, AIT (Acidente Isquémico Transitório), excesso de tabaco, entre outros. (DSM-5, 2014)

Os sinais e sintomas são variáveis estando dependente da localização das lesões cerebrais sendo comum a perda das funções executivas e só depois a memória de reconhecimento. As alterações a nível físico são habituais, graves e estão presentes desde o início da doença. (Towsend, 2011)

❖ Doença de Parkinson

Esta patologia é uma perturbação progressiva do sistema nervoso central, que se descreve por tumores, rigidez nos membros e articulações, problemas no discurso e dificuldade na iniciação dos movimentos. Numa fase mais progressiva, pode surgir e desenvolver demência. (Portugal, n.d)

❖ Demência de Corpos de Lewy

Esta doença tem origem na degeneração e morte das células cerebrais, na qual existe a presença de estruturas esféricas designadas de corpos de Lewy. (Portugal, n.d)

A demência de Corpos de Lewy tem um início rápido e determina um estado demencial grave, sendo caracterizado por diversos autores como um tipo de demência mista e por outros uma sobreposição de demência de Alzheimer e do Parkinson, visto que existem semelhanças a nível da sintomatologia.

A sintomatologia pode incluir alucinações visuais, rigidez e tremores (parkinsonismo), défice de atenção e das funções executivas associadas a alterações da memória, tal como flutuações do nível de consciência e do desempenho cognitivo e das perturbações do sono. Esta condição tende a oscilar rapidamente. (Vieira, 2016)

❖ Demência Frontotemporal;

A DFT é o nome dado a um grupo de demências onde existe a degeneração de um ou ambos os lobos cerebrais, frontal ou temporal. Neste grupo insere-se a Demência fronto-temporal, Afasia Progressiva não-fluente, Demência semântica e Doença de Pick. (Portugal, n.d)

Esta patologia ocorre em indivíduos mais jovens do que as outras demências, afetando indivíduos com idades entre os 40 e os 60 anos, na maioria do sexo feminino. Apresenta uma elevada componente hereditária, e a sua prevalência torna-se difícil de se precisar devido ao facto de que a sua apresentação histopatológica e sintomatologia têm pontos em comum com a demência de Alzheimer e a demência vascular. (Vieira, 2016)

Segundo Pinho (2012, p.30) a doença de Pick, a gliose subcortical progressiva e a esclerose lateral amiotrófica formam os principais contribuintes para este tipo de demência.

Ressalta-se que neste tipo de demência existem dois tipos de variantes que envolvem a área comportamental e a de linguagem. Segundo o DSM-5 (2014, p. 734) na componente comportamental é necessário estarem presentes três ou mais características como tais "Desinibição Comportamental", "Apatia ou Inércia", "Falta de simpatia ou empatia", "Comportamento perseverante, estereotipado ou compulsivo/ritualizado", "Hiperoralidade e alterações na dieta", acrescentando que também terá de estar presente o decréscimo das capacidades sociais e/ou executivas.

Na componente da linguagem, analisa-se uma diminuição da capacidade linguística associada à formação do discurso, que na escolha correta das palavras, quer no uso da gramática ou na compreensão do que é transmitido. Pode ser dividida em três áreas, das quais incluem: semântica, a não fluente/agramática e logopénica. (DSM-5, 2014)

Esta demência apresenta um início insidioso e uma evolução gradual correlacionada a comportamentos sociais desajustados e desinibidos, embotamento emocional, afasia semântica ou não-fluente numa etapa inicial, tal como alterações na personalidade. (Vieira, 2016)

Segundo Pinho (2012) o declínio nos cuidados de higiene, a rigidez mental e a inflexibilidade, a falta de atenção e persistência, a hiperoralidade, as alterações no comportamento alimentar e a presença de tiques e rituais constituem as principais características que designam este tipo de patologia.

❖ Doença de Huntington;

Caracteriza-se por ser uma doença degenerativa e hereditária, que afeta o cérebro e o corpo, tendo os primeiros sintomas, habitualmente, no período entre os 30 e os 50 anos. As suas singularidades são o declínio intelectual e os movimentos irregulares involuntários dos membros ou músculos faciais. As alterações de personalidade, memória, fala, capacidade de discernimento e problemas psiquiátricos são também observáveis nesta patologia. (Portugal, n.d)

❖ Síndrome de Korsakoff;

O consumo excessivo de álcool, principalmente se estiver associado a uma dieta pobre em vitamina B1 (tiamina) pode conduzir a danos cerebrais irreversíveis. As partes cerebrais mais vulneráveis compreendem-se na memória, planeamento, organização e discernimento, competências sociais e equilíbrio. Este tipo de demência pode ser prevenido. (Portugal, n.d)

❖ Doença de Creutzfeldt-Jacob.

A patologia de Creutzfeldt-Jacob é uma perturbação cerebral fatal e extremamente rara, sendo provocada por uma partícula de proteína

designada por “prião”. Os primeiros sintomas englobam falhas de memória, alterações do comportamento e falta de coordenação. Numa fase mais desenvolvida a deterioração mental torna-se óbvia, surgindo movimentos involuntários, causando a cegueira e desenvolver fraqueza nos membros até entrar em coma. (Portugal, n.d)

Todavia, é importante ressaltar que diversas vezes, existem situações que produzem sintomas semelhantes à demência, como por exemplo, certas carências vitamínicas e hormonais, depressão, sobredosagem ou incompatibilidade medicamentosas, infeções e tumores cerebrais. Nestes casos, quando existe e se é possível tratar, os sintomas terminam. (Portugal, n.d)

2.2. Diagnóstico Clínico da demência

É conhecido o facto de que o diagnóstico definitivo das síndromes demenciais depende do exame neuropatológico que é realizado. Neste ínterim, uma avaliação clínica rigorosa formada pelo uma anamnese detalhada, exame físico e neurológico, relativo a determinações bioquímicas e de neuroimagem podem tornar possível uma exatidão no diagnóstico diferencial. (Gallucci Neto, Tamelini, & Forlenza, 2005)

As inovações tecnológicas detêm um papel importante nesta área, servindo-se de métodos de neuroimagem estrutural e funcional, tal como de técnicas de biologia e genética molecular, que neste sentido, têm

demonstrado perspectivas para o diagnóstico precoce das demências, em especial na doença de Alzheimer. (Gallucci Neto, Tamelini, & Forlenza, 2005)

2.2.1. Demência de Alzheimer

O diagnóstico definitivo de DA só é possível ser realizado mediante a análise histopatológica do tecido cerebral post-mortem. Estas alterações incluem *“perda neuronal nas camadas piramidais do córtex cerebral e degenerações sinápticas intensas, tanto a nível hipocampal quanto neocortical”*. (Braak & Braak, 1991)

Contudo a doença de Alzheimer, a nível histopatológico, tem determinadas características que se definem como as duas lesões principais: as placas senis que contém a proteína amilóide e os emaranhados neurofibrilares. (Gallucci Neto, Tamelini, & Forlenza, 2005)

Segundo o NINCDS-ADRDA (National Institute for Communicative Disorders Association) de McKhann et al (1984) os principais critérios diagnósticos para a doença de Alzheimer são nomeadamente o comprometimento de memória pelo menos dois domínios, suficientes para alterar e prejudicar as atividades de vida diária e a deterioração da função intelectual, que tem de ser o suficiente para lesar as atividades corriqueiras do quotidiano do indivíduo, que não é isolada numa só

categoria da performance intelectual e totalmente independente do nível de consciência. (McKhann et al., 1984)

Os critérios para o diagnóstico clínico de doença de Alzheimer, segundo o NINCDS-ADRDA são (Diagnóstico provável, visto que não se pode confirmar na totalidade): (McKhann et al., 1984)

- Demência determinada por exame clínico e documentada pelo Mini-Exame do Estado Mental, escala de demência de Blessed, ou qualquer outra avaliação similar e corroborada por testes neuropsicológicos;
- Déficits em duas ou mais áreas da cognição;
- Complicação progressiva da memória e de outras funções cognitivas;
- Carência de distúrbio da consciência;
- Início entre os 40 e 90 anos, contudo o mais frequente é após os 65 anos;
- Inexistência de doenças sistémicas ou outras patologias cerebrais que podem, por si só, provocar um declínio progressivo de memória e cognição.

Alguns parâmetros de neuroimagem ligados a novas tecnologias também podem, em futuro próximo, auxiliar para um diagnóstico precoce de demência de Alzheimer. (Gallucci Neto, Tamelini, & Forlenza, 2005)

2.2.2. Demência Vascular

A demência vascular apresenta taxas mais elevadas de depressão e comprometimento funcional, além de menor comprometimento cognitivo. As duas classificações que têm sido utilizadas para o diagnóstico de demência vascular incluem critério criado pelo NINDS-AIREN (National Institute of Neurologic Disorders and Stroke and the Association Internationale pour la Recherche et l'Enseignement en Neurosciences) e o critério do CAD-DTC (California Alzheimer's Disease Diagnostic and Treatment Centers). (Gallucci Neto, Tamelini, & Forlenza, 2005)

Para ambos os critérios, existem três elementos que se consideram ser necessários: síndrome demencial, doença cerebrovascular e relação temporal plausível entre ambas. Os critérios citados anteriormente e de forma clarificada para a DA, de acordo com a NINDS-AIREN: (Román et al., 1993)

- Demência, designada por declínio cognitivo a partir de um funcionamento prévio superior ao nível atual e emitido por prejuízo de memória e de dois ou mais domínios cognitivos (orientação,

atenção, linguagem, funções visoespaciais, funções executivas, controle motor e praxia), priorizando a avaliação clínica e documentada por teses neuropsicológicas; os déficits devem ser graves o suficiente para provocar prejuízos nas atividades do dia-a-dia, e não devido à consequência física de um acidente vascular cerebral (AVC) isolado.

“Critérios de exclusão: rebaixamento do nível de consciência, delirium, psicose, afasia ou prejuízo sensório-motor importantes. Também excluem o diagnóstico a presença de doenças sistêmicas outras que não-cerebrais, que por si só podem ser responsáveis pelo declínio cognitivo e memória”.

(Román et al., 1993)

Na prática clínica também se pode recorrer ao *score* isquémico de Hachinski que pode fornecer elementos adicionais para o diagnóstico de demência vascular. (Gallucci Neto, Tamelini, & Forlenza, 2005)

2.2.3. Demência de Corpos de Lewy

A demência de Corpos de Lewy possui um diagnóstico clínico que só é realizado quando o declínio cognitivo é flutuante, acompanhado por alucinações visuais e sintomas extrapiramidais. O quadro clínico apresenta-se com rápido início e declínio progressivo com déficits protuberantes na função executiva, resolução de problemas, fluência

verbal e performance audiovisual. As alucinações visuais são os únicos sintomas psicóticos que diferenciam a demência de Corpos de Lewy da demência de Alzheimer ou da demência Vascular. (Gallucci Neto, Tamelini, & Forlenza, 2005)

A demência provável por Corpos de Lewy possui as seguintes características clínicas: (McKeith et al., 2017)

- Característica central: Declínio cognitivo progressivo de seriedade suficiente para prejudicar a função social ou ocupacional. O prejuízo é relevante ou persistente de memória e pode não ocorrer necessariamente nos estágios iniciais, mas é frequentemente óbvio com a progressão do quadro. Déficits atencionais e de habilidades fronto-subcorticais e visoespaciais pode ser as mais relevantes.
- Duas características essenciais para um provável diagnóstico de demência de Corpos Lewy: Cognição flutuantes com manifestações na atenção e no estado de alerta; alucinações visuais frequentes que são, na maioria, bem formadas e detalhadas; características motoras espontâneas de parkinsonismo.

2.2.4. Demência Frontotemporal

Esta patologia envolve déficits característicos da demência de Alzheimer nos quais abrangem a memória episódica, causando prejuízo funcional nas

áreas cerebrais mais suscetíveis à patologia da DA (lobo temporal médio). Com a progressão e desenvolvimento da doença pode avançar para outras regiões cerebrais e os sintomas passam a incluir outros déficits cognitivo, sociais e comportamentais. (Gallucci Neto, Tamelini, & Forlenza, 2005)

De acordo com Lund e Manchester (1994) as características diagnósticas centrais desta demência são as seguintes: (Lund & Manchester, 1994)

- Distúrbios de comportamento:
 - Início pérfido e de progressão e evolução lenta;
 - Perda precoce da consciência pessoal (inadvertência com a higiene pessoal);
 - Perda antecipada da consciência social (ausência de tato social, desvios da conduta social);
 - Alertas prematuros de desinibição (hipersexualidade, comportamento violento, jocosidade);
 - Rigidez mental e inflexibilidade;
 - Hiperoralidade (alterações na dieta, excessos alimentares, consumo excessivo de tabaco e álcool, exploração oral dos objetos) preocupação ritualística como o colecionismo, hábitos de higiene íntima e vestuário);

- Comportamento estereotipado e perseverativo (comportamento itinerante, maneirismos como bater palmas, dançar, cantar;
 - Comportamento de utilização (exploração integral de objetos no ambiente);
 - Distratibilidade, impulsividade e falta de perseverança;
 - Perda prematura do insight e da crítica (são alterações secundárias a uma mudança no estado mental).
-
- Sintomas afetivos:
 - Ansiedade, depressão, sentimentalismo excessivo, delírios e ideação suicida;
 - Preocupação somática anormal e hipocondria;
 - Apatia emocional (inexistência de empatia e simpatia e apatia)
 - Perda da mímica (estagnação e falta de espontaneidade);

 - Distúrbio da fala:
 - Redução progressiva da fala (diminuição das manifestações verbais e espontâneas);
 - Discurso estereotipado (repetição de um conjunto limitado de palavras, temas e frases);

- Ecolalia e perseveração;
- Mutismo tardio;

- Orientação especial e praxia intactas (habilidades para interagir com o ambiente);

- Sintomas físicos:
 - Reflexos primitivos antecipados;
 - Incontinência prematura;
 - Acinesia, rigidez, tremor;
 - Pressão sanguínea baixa e transitória;

- Investigações complementares:
 - EEG normal a despeito de demência clinicamente óbvia;
 - Exame de imagem (estrutural ou funcional, ou ambos) demonstrando anormalidade especificamente frontal ou temporal anterior ou frontotemporal;
 - Exame neuropsicológico modificado (prejuízos nos testes dos lobos frontais, carência de amnésia relevante, afasia, ou distúrbio espacial).

2.2.5. Demência de Huntington

A doença de Huntington é uma patologia autossómica imperante heredodegenerativa descrita por distúrbio do movimento, sintomas psiquiátricos e demência. (Gonçalves, 2013)

A demência torna-se usualmente evidente após os primeiros sinais de sintomas coréicos e psiquiátricos. Por vezes, o exame físico, associado com uma avaliação psicológica pode definir se a manifestação da patologia já se iniciou. (Gonçalves, 2013)

O recurso à imagiologia, designadamente a Tomografia Computorizada (TC) e Ressonância Magnética (RM) podem exibir uma atrofia precoce do núcleo caudado, apesar de que não sejam específicas da demência de Huntington. A atrofia cerebral pode ser detetada em estádios precoces da demência. As técnicas de neuro-imagem funcional como por exemplo a RM funcional e a Tomografia de emissão de Positrões podem exibir mudanças na atividade cerebral antes do surgimento dos sintomas, porém, do ponto de vista clínico, são ferramentas pouco úteis. (Gonçalves, 2013)

2.6. Síndrome de Wernicke-Korsakoff

É um transtorno neurológico agudo associado ao uso crónico de álcool e caracteriza-se pela ataxia, disfunção vestibular, delírio e pelo uma

diversidade de anormalidades da motricidade ocular (nistagmo, paralisia dos retos laterais e paralisia da fixação). (Gallucci Neto et al., 2005)

Se esta patologia não tiver um tratamento adequado, pode ser possível evoluir para uma síndrome amnésica crónica conhecida como síndrome de Korsakoff, onde os aspetos essenciais são, principalmente, o dano grave de memória recente e de aprendizagem (amnésia anterógrada) e confabulações, com fraca resposta ao tratamento. (Gallucci Neto et al., 2005)

O subdiagnóstico desta doença pode ser parcialmente explicado tanto pela variabilidade de exibições clínicas, como também pelo fator da baixa especificidade dos sinais neurológicos. (Zuccoli & Pipitone, 2009)

O diagnóstico é essencialmente clínico, visto que não existem exames de rotina específicos que possa, de facto, corroborar a sua despistagem. (Sechi&Serra, 2007; Thomson&Marshall, 2006)

A ressonância magnética cerebral pode ser vantajosa para confirmar a suspeita clínica, devido à sua elevada sensibilidade à presença de água no espaço intersticial, o que obviamente, tornou uma visualização mais nítida dos sinais radiológicos da neuropatologia subjacente. Apesar da importância da RM no diagnóstico, os locais das lesões e as particularidades do alerta de Wernicke, são conseqüentemente, outras causas de encefalopatia aguda e que têm necessariamente de ser considerada. (Silva & Enes, 2013)

As outras patologias que devem ser consideradas para um diagnóstico diferencial devido à sobreposição neuroanatômica das lesões consequentes com as da encefalopatia de Wernicke, são nomeadamente, as seguintes: (Yoneoka et al., 2004)

- Enfarte talâmico bilateral;
- Lesão hipocampal após paragem cardiopulmonar;
- Tumores do terceiro ventrículo;

2.2.7. Doença de Creutzfeldt-Jakob

Esta patologia caracteriza-se por ser uma doença infecciosa e invariavelmente fatal que prejudica o sistema nervoso central. É rapidamente progressiva e envolve o córtex cerebral e medula espinhal. O agente infeccioso encontra-se presente no cérebro, olhos, medula espinhal, pulmões, rins, baço, linfonodos, fígado, líquido cefalorraqueano, contudo não está presente noutros fluidos corporais. (Gallucci Neto et al., 2005)

Os critérios necessários para diagnosticar a doença de Creutzfeldt-Jakob são detalhadamente os seguintes: (Mesquita, 2010)

- Demência progressiva;
- Inexistência de evidência de um diagnóstico alternativo;
- Têm de constar pelo menos dois dos seguintes sintomas:

- Mioclonias;
- Distúrbio visual ou cerebeloso;
- Mutismo acinético;
- Atingimento extrapiramidal/piramidal;

Não excluindo os sintomas descritos acima, é necessário estarem associados em combinação um ou mais dos seguintes achados neuropatológicos: *Gliose, perda neuronal, degeneração, espongiforme, ou placas positivas para PrPS³ no tecido cerebral; PrPSc⁴ positivo após tratamento do tecido cerebral com proteinase⁵ que destrói a reatividade PRPC⁶; transmissão da doença neurodegenerativa experimentalmente a animais; e demonstração de mutações do gene PRNP⁷*. (Mesquita, 2010)

2.3. A importância dos cuidados paliativos no diagnóstico de demência

A importância da introdução dos Cuidados Paliativos no momento do diagnóstico do indivíduo com demência assume uma importância acrescida, devido ao facto de que, é referido em vários estudos que o

¹ Prião Patológico: é um agente infeccioso que parece ser constituído exclusivamente por proteína. (ASAE, n.d.)

⁵ Proteinase: Designação genérica das enzimas que decompõem as proteínas. (Priberam, 2020)

⁶ Prião normal. (Mesquita, 2010)

⁷ Proteína priônica normal em humanos. (Araújo, 2013)

diagnóstico da demência é normalmente tardio, o que traz consequências e diminui a opção do doente exprimir a sua vontade e desejo em relação a que tipo de cuidados prefere/pretende numa fase avançada da patologia.

Esta importância em relação aos Cuidados Paliativos torna-se necessária devido aos objetivos que Lopez-Tourres e colaboradores (2009) propõem:

- Terapêutica orientada para o controlo de sintomas, considerando o respeito pela dignidade humana, visando a maximização do conforto; (Lopez-Tourres, Lefebvre-Chapiro, Fétéanu, & Trivalle, 2008)

Priorizar pela atitude terapêutica mais adequada diante de cada uma das patologias, tendo em conta o avanço da demência; (Lopez-Tourres et al., 2008)

O cuidador e a família possuem um auxílio permitindo a prevenção da sobrecarga. (Lopez-Tourres et al., 2008)

A comunicação de um diagnóstico incurável ou de um prognóstico negativo forma sempre uma situação complexa, tanto para quem a dá como para quem recebe.

No caso da demência é de senso comum que a maioria dos indivíduos com este diagnóstico em estádios precoces tem consciência das suas perdas cognitivas, e como tal, privar os doentes desta análise é potencialmente prejudicial. (Pereira, 2013)

Segundo Steele (2010) afirma que a discussão sobre os cuidados a proporcionar em fim de vida devem ser debatidos entre o indivíduo com demência, a sua família e os profissionais de saúde desde o momento em que o diagnóstico é realizado. (Steele, 2011)

Este momento, não só possibilita a inclusão e a participação da pessoa com demência na medida em que se esta se encontra capaz no devido momento, mas também evita decisões de forma diligente por parte da família nas situações de crise. (Pereira, 2013)

As diretivas antecipadas de vontade designam-se por ser um documento unilateral e livremente definitivo a qualquer momento pelo próprio indivíduo, no qual é necessário ser maior de idade e capaz, e não possuir nenhuma anomalia psíquica que interdite ou inabilite o mesmo. Este documento concerne os cuidados de saúde que a pessoa deseje receber ou não, no caso, por qualquer razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e de forma autónoma. (Diário da República, 2012)

A abordagem aos indivíduos portadores de demência deverá ser planeada tendo em conta o carácter comunitário, incluindo uma prestação de cuidados integrados e colaborativos. (Pereira, 2013)

A equipa de Cuidados Paliativos é imprescindível desde o momento do diagnóstico para que se possa prestar cuidados antecipatórios e apropriados a este tipo de população. (Pereira, 2013)

2.4. Tratamento

Não obstante às investigações que têm sido realizadas e aos esforços que têm sido feitos para descobrir uma cura para a demência, não existe, atualmente um tratamento que torne a patologia reversível. (Costa, 2012)

Deste modo, os esforços da investigação, têm-se focado em retardar a evolução dos sintomas, assim, podem ser considerados dois tipos de tratamento para o indivíduo com demência: psicossocial e somático. (American Psychological Association, 2007)

2.4.1. Tratamento psicossocial

Este recurso terapêutico inclui as intervenções não farmacológicas e divide-se em quatro grupos diferentes: (American Psychological Association, 2007)

- Abordagens focadas para a área comportamental (têm o objetivo de reduzir a frequência dos comportamentos disruptivos, orientando alterações que modificam os seus antecedentes e consequências);
- Abordagens orientadas para a área emocional (como por exemplo psicoterapia de apoio);
- Abordagens dirigidas para a cognição (orientação para a realidade, treino de competências);

- Abordagens orientadas para a estimulação (como por exemplo atividades recreativas).

2.4.2. Tratamento somático

Este tipo de tratamento contém terapias farmacológicas, designadamente as seguintes: (American Psychological Association, 2007)

- Terapêutica para as perdas funcionais e cognitivas (como por exemplo os inibidores de colinesterase);
- Terapêutica indicada para a psicose e agitação (como por exemplo antipsicóticos; benzodiazepinas);
- Terapêutica apontada para a depressão e sintomas colaterais (antidepressivos ou outros);
- Terapêutica para os distúrbios de sono;

2.5. Intervenções na demência

As intervenções mais atuais em contexto demencial, são precisamente, dirigidas ao indivíduo idoso com demência ou à sua família, interpretando a pessoa com a patologia e a dinâmica familiar como entidades individualizadas. (Silva, 2015)

O principal objetivo dos modelos de intervenção com os familiares do doente é auxiliá-los para poderem enfrentar desafios que lhes são forçosos pela condição demencial. Estas intervenções facilitam a adaptação da família à doença e retarda a institucionalização, podendo formar-se em dois grupos: (Sorensen, Pinquart, & Duberstein, 2002)

- Intervenções que pretendem reduzir a sobrecarga ou a quantidade de cuidados prestados;
- Intervenções que buscam melhorar o bem-estar dos cuidados e aperfeiçoar as competências e estratégias de *coping*.

As intervenções que têm como objetivo reduzir a sobrecarga, autorizam uma retirada temporária do cuidador principal através de grupos de cuidados diários ou a nível de institucional. (Sorensen, Pinquart, & Duberstein, 2002; Gottlieb & Jonhson, 2000)

As intervenções psicossociais destinam-se a apoiar a família do indivíduo com demência, especialmente o cuidador principal, através do mecanismo a serviços comunitários para formar uma rede de apoio. Esta intervenção é o que possui mais semelhanças e incorpora os pressupostos do paradigma biopsicossocial. (Costa, 2012)

2.5.1. Intervenção Psicossocial

Uma intervenção psicossocial pode ser definida como um conjunto de técnicas para empregar mecanismos de ação cognitiva, social ou comportamental que se concentram em melhorar o bem-estar psicológico ou social, para auxiliar as famílias de indivíduos com demência a lidar com os desafios consequentes do desenvolvimento da patologia. (Signe & Elmstahl, 2008)

A maioria das intervenções entende diversas áreas como tais: aconselhamento, informação, educação e suporte emocional ao cuidador. (Signe&Elmstahl, 2008; Gelmini, Morabito, & Braidí, 2009)

Existem diversos tipos de intervenções psicossociais que têm vindo a ser desenvolvidas na área da demência, como por exemplo: grupos de suporte; aconselhamento; intervenções psicoterapêuticas e intervenções psicoeducativas. (Nichols & Schwartz, 2000)

Os grupos de suporte podem ser não estruturados, conduzidos por profissionais ou orientados por pares, destacando o desenvolvimento de relações entre participantes, criando um lugar de discussão de problemáticas, sucesso e sentimentos derivados da prestação de cuidados. (Nichols&Schwartz, 2000; Gonyea, O'Connor& Boyle, 2006)

Estes grupos auxiliam a reconhecer que existem indivíduos com problemas em comum, fornecendo oportunidades para partilhar emoções,

sentimentos e estratégias para lidar com as dificuldades. (Breest et al., 1994)

Um estudo de meta-análise realizado por Chien et al. (2011) demonstram que os grupos de suporte têm um resultado positivo no bem-estar psicológico dos cuidadores, observando uma diminuição da sintomatologia depressiva. (Chien et al., 2011)

O aconselhamento fornece informações relevantes às famílias, e também, podem incluir um treino de competências, técnicas de gestão de stresse, resolução de problemas, informação sobre a doença e o planeamento do quotidiano. (Brannstrom, Tibblin, & Lowenborg, 2000; Gallagher-Thompson & Coon, 2007; Mittelman, 2000; Selwood, Johnston, Katona, Lyketsos, & Livingston, 2007)

O aconselhamento aos cuidadores demonstra efeitos positivos, tais como a diminuição da sobrecarga e dos sintomas psiquiátricos, melhoria no apoio social e na relação com o portador de demência. (Dupuis, Epp, & Smale, 2004)

As intervenções psicoterapêuticas podem ser formadas em grupo, individuais ou com a família do doente, utilizando (Akkerman & Ostwald, 2004; Gonyea, O'Connor, & Boyle, 2006; Márquez-González et al., 2007)

- Modelos de capacitação para lidar com o stresse; (Mariott, Donaldson, Tarrier, & Burns, 2000)

- Intervenções direcionadas no luto familiar face às perdas nas quais o doente possui ao longo do agravamento da doença; (Kwak, Salmon, Acquaviva, Brandt, & Egan, 2007)
- A terapia cognitivo-comportamental que tem como objetivo, capacitar as famílias na construção de competências cognitivas. (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979)

Este tipo de terapia é utilizado para detetar e alterar crenças e pensamentos que sejam utilizados como barreiras para enfrentar desafios associados à prestação de cuidados. (Márquez-González et al., 2007)

As intervenções psicoeducativas junta o modelo biomédico e a intervenção familiar sistémica, apresentando objetivos comuns ao paradigma biopsicossocial: (Andersen, 1986)

- Melhorar o sentido de eficácia das famílias e dos indivíduos doentes para encarar a doença e outros aspetos da vida;
- Atender às necessidades comunicacionais e emocionais apresentadas pela patologia;
- Colocar terapeutas familiares, famílias, profissionais de saúde e indivíduos com a doença a cooperarem em conjunto.

A componente educativa tem como objetivo dar informação sobre a doença em geral, o que possibilita aos indivíduos com doença e às famílias prematurar disrupções e alterações no estilo de vida solicitado pela

patologia, aumentando as suas capacidades de lidar com as diversas transições. O esclarecimento acerca dos cuidados a ter em casa, receber informação sobre recursos comunitários auxiliando a reenquadrar a doença está incluído nesta componente. (Costa, 2012)

A componente psicológica serve para proporcionar orientações para reduzir o stresse; otimizar as estratégias de *coping*; auxiliar a gestão de emoções e a usar estratégias para a resolução de problemas; melhorar a comunicação na família e com os serviços de apoio existentes; evitar o isolamento social e manter redes de apoio. (Boise, Congleton, & Shannon, 2005; Schultz, Smyrnios, Schultz & Grbich, 1994; Ostwald, Hepburn, Caron, Burns, & Mantell, 1999)

Na demência, a continuidade deste tipo de intervenção é importante, devido ao curso da patologia e da trajetória da prestação de cuidados. A dificuldade das famílias em explorarem a complexa rede de respostas e sistemas de suporte comunitário constitui um dos parâmetros que pode ser auxiliado por esta intervenção. (Costa, 2012)

2.6. A epidemiologia da demência a nível global

A nível mundial, estima-se que existam, aproximadamente, 50 milhões de indivíduos com o diagnóstico de demência, nos quais, 60% provêm de países que possuem um rendimento baixo a médio. Ressalta-se desta

forma, que todos os anos são diagnosticados quase 10 milhões de novos casos. (World Health Organization, 2019)

A proporção estimada da população em geral acima dos 60 anos, é na atualidade, entre 5-8%. (World Health Organization, 2019)

Um estudo epidemiológico indica que este número irá aumentar de forma rápida, quase alarmante e que o número de casos irá dobrar a cada 20 anos, passando de 65.7 milhões em 2030 a 115.4 milhões em 2050. (World Health Organization, 2019)

Esta evolução atribui-se ao facto do aumento de pessoas com demência que estão a viver em países com baixo a médio rendimento. (World Health Organization, 2019)

Em termos de custo para a sociedade, a nível de cuidados de saúde, globalmente, ronda os 818 bilhões de dólares (em 2015) e prevê-se que atinja o exorbitante valor de 2 trilhões de dólares em 2030. (World Health Organization, 2019)

Capítulo II – A terceira idade

3. Conceito de Envelhecimento

O modo de envelhecer é complexo e pode ser entendido sob diversas perspetivas, no entanto, é um processo gradativo, universal, natural e irreversível de alterações que ocorrem com a passagem do tempo. (Costa, 2012)

Associado a este termo, está o fenómeno dos processos de diferenciação e evolução, onde ocorre a interação de fatores internos como o património genético, e fatores externos como por exemplo a educação ou o contexto em que o indivíduo se encontra inserido. (Figueiredo, 2007)

Por conseguinte, a variabilidade inter e intra-individual são as principais características do envelhecimento, ou seja, possuem padrões de envelhecimento distintos, tantos em indivíduos com a mesma idade cronológica como nas diferentes funções de uma pessoa. (Figueiredo, 2007)

Deste modo, o envelhecimento caracteriza-se por ser um processo complexo, que dá seguimento à interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais.

Segundo Birren (1995) o envelhecimento indica um processo ecológico, resultando de uma interação entre organismos com um património genético específico e diversos meios físicos e sociais.

Ainda que não exista uma base psicológica, fisiológica ou social, o envelhecimento particulariza a diminuição das capacidades de adaptação ao meio ambientes e às hostilidades da vida. (Costa, 2002)

Deverá ser encarado numa perspetiva biopsicossocial porque é caracterizado pela existência de alterações adaptativas e influenciado pela exposição a contextos históricos e sociais. (Fonseca, 2005 apud Costa, 2012)

O envelhecimento pode ser dividido em dois tipos: o primário e o secundário, porém Birren e Schroots (1996, p.10) adicionam ainda o terciário.

O envelhecimento primário condiz com o envelhecimento natural com características físicas essenciais desta etapa (como por exemplo os cabelos brancos ou as rugas) nas quais são alterações intrínsecas e irreversíveis. (Vaz, 2012)

O envelhecimento secundário menciona as transformações que têm origem das patologias que estão associadas com a idade, contudo, podem ser reversíveis ou prevenidas. Devido à variabilidade do ser humano, torna-se complexo diferenciar o envelhecimento primário (não patológico) do envelhecimento secundário (patológico). (Vaz, 2012)

No envelhecimento terciário inclui-se as mudanças que ocorrem de forma prematura na velhice, e que antecedem imediatamente a morte, no qual se

pode concluir, que existe a possibilidade de um envelhecimento acelerado, nesta etapa em específico. (Vaz, 2012)

Para compreender o conceito de envelhecimento, é necessário implicar o envelhecimento biológico e social que cada indivíduo configura a nível psicológico. (Paúl, 2005)

O envelhecimento físico não implica o envelhecimento psicológico, ou seja, independentemente da idade cronológica do indivíduo não é obrigatório este possuir um pensamento retrógrado (o que implica uma questão religiosa e social) estando obviamente interligado com crenças e valores individuais. Por este meio vem a questão da “mente jovem” onde o idoso pode ter uma idade avançada e realizar desportos radicais, ou até atividades conjugais nas quais a sociedade mantém a crença de que o idoso não as pratica, tal como a atividade sexual.

A atividade sexual estimula a relação conjugal do casal, mantém a intimidade e interfere positivamente na qualidade de vida do indivíduo (quando saudável).

Igualmente é necessário, entender o fenómeno não só a nível social, mas também individual, no qual implica diversas áreas de conhecimento, como por exemplo a economia, a antropologia, a psicologia, a geografia e a ética. (Vaz, 2012)

3.1. Teorias do envelhecimento

Nos últimos anos, os investigadores têm unido esforços com o objetivo de encontrar respostas para as razões ou causas do processo de envelhecimento. (Vaz, 2012)

Segundo Berger e Mailloux-Poirier (1995), a abordagem do envelhecimento pode ser entendida por quatro aspetos distintos, mas em simultâneo, encontram-se interligados:

- Envelhecimento físico: Existe a perda gradual das capacidades corporais e orgânicas, tendo por vezes consequências a nível sexual, como por exemplo a disfunção erétil.
- Envelhecimento psicológico: inclui todas as modificações dos mecanismos afetivos, cognitivos, perceptuais e sensoriais;
- Envelhecimento comportamental: para além dos aspetos anteriormente citados, num meio ambiente específico, reagrupa as aptidões, as expectativas, as motivações, os papéis sociais, a personalidade, a autoimagem e a adaptação;
- Envelhecimento social: caracteriza-se pelas influências que o indivíduo efetua na sociedade, e a sociedade no indivíduo nas inúmeras áreas.

Deste modo, o envelhecimento não deve ser encarado numa perspetiva redutora e uni disciplinar, mas sim de uma forma abrangente que envolve diversas componentes da vida do ser humano. (Vaz, 2012)

Existem inúmeras teorias acerca do envelhecimento que nos auxiliam a compreender o processo complexo que esta etapa é, como as teorias biológicas e biomédicas (i.e., teorias neuro psicológicas, stress e outras), teorias psicológicas (i.e., psicossociais, emotivas, cognitivas) teorias sociais (i.e., construtivas, antropológicas, político-económicas). (Vaz, 2012)

Nesta multiplicidade, não é seguro afirmar quais as mais corretas ou importantes, uma vez que após uma análise, verifica-se que se complementam umas às outras. (Vaz, 2012)

Deste modo, é possível estruturar as teorias explicativas do envelhecimento em dois grupos: as teorias biológicas e as teorias psicossociais. (Vaz, 2012)

3.1.1. Teorias biológicas do Envelhecimento

A teoria biológica abrange três etapas essenciais que fazem parte do organismo individual: a maturação, o declive e a morte. As etapas ocorrem em ordem, umas a seguir às outras, com a exceção de casos onde existam erros biológicos ou morte provocada por um acidente do organismo, conseqüente de uma alteração plástica e/ou funcional que

gere a morte do indivíduo. (Fernández-Ballesteros, 2000)

Segundo Bromley (1969) as alterações físicas degenerativas que acontecem ao longo do tempo, são a primeira causa para o envelhecimento humano.

Os autores Nazareth (2009) e Berger & Poirier (1995) mencionaram diversas teorias, com o objetivo de explorar as alterações do organismo a nível biológico. Destas teorias, inclui-se: (Nazareth, 2009; Berger & Mailloux-Poirier, 1995))

- Teoria genética;
 - Consoante esta teoria, o envelhecimento abrange o código genético dos indivíduos, programando biologicamente de acordo com um contínuo, desde o nascimento até à morte. A última etapa de um processo genético definido e orientado é exatamente o envelhecimento no ser humano.

- Teoria do erro de síntese proteica;
 - Esta teoria salvaguarda a possibilidade de alterações na molécula de ADN (Ácido Desoxirribonucleico) que transforma a informação genética carregando à síntese de proteínas incapazes de executar a sua função, o que resulta no envelhecimento devido à morte celular.

- Teoria imunitária;
 - Segundo esta teoria, a atividade é realizada através de dois sistemas: o humoral e o celular. Entre estes dois, encontra-se um mecanismo de equilíbrio, sendo que as modificações da imunidade celular se consideram mais relevantes do que as da humoral, resultando de ambas, a vigilância imunológica de um indivíduo, em que a reconhecimento de uma substância estranha ao organismo deve ser realizado através das células que devem reconhecer o que é específico de um organismo, e reconhecer os invasores, atuando para o eliminar.
- Teoria do desgaste;
 - Resguarda que existem diversos sistemas do organismo humano que se deterioram à medida que executam as suas funções. Com o passar do tempo, esta degradação provoca anomalias e posteriormente, a paragem do sistema.
- Teoria neuro-endócrina.
 - Defende que a falência progressiva do sistema endrónico e as suas funções provém do envelhecimento. A evolução da idade provoca a diminuição das funções neuro-endrónicas; a regulação do envelhecimento celular e fisiológico está associado às alterações neuro-endrónicas.

A transformação da produção ou libertação de hormonas específicas pode ocorrer durante estas mudanças, e teria repercussões diretas sobre o envelhecimento no decurso de um ciclo de retroação negativa.

Segundo Sequeira (2010), o envelhecimento biológico caracteriza-se pela redução da taxa metabólica, analisando-se uma acentuada diminuição da capacidade de regeneração da célula que conseqüentemente leva ao envelhecimento dos tecidos.

A perda gradual das capacidades orgânicas e corporais que se examina no envelhecimento físico, expande a sua velocidade de declínio à medida que a idade evolui, acabando por ser relevante o estilo de vida que o indivíduo adotou desde infância que dita a forma como este envelhece. (Vaz, 2012)

O organismo envelhece integralmente, enquanto que os órgãos, tecidos, células e estruturas subcelulares possuem envelhecimentos distintos, razão na qual, parece ser determinado pela hereditariedade. As alterações estruturais ocorrem a nível metabólico e celular, no qual, o funcionamento do organismo e a aparência do indivíduo podem ser alterados. (Vaz, 2012)

Conforme Spar e La Rue (2005) referido por Sequeira (2010) as principais alterações anatómicas e funcionais são designadamente as seguintes:

- A nível do sistema cardiovascular, o coração possui menor eficácia e as artérias sofrem um estreitamento que, por consequência, origina menor rendimento cardíaco;
- O sistema respiratório padece uma atrofia e rigidez, no qual provoca, uma perda na elasticidade, diminuindo a capacidade respiratória;
- No sistema renal, existe uma diminuição do peso e do tamanho dos rins, no qual resulta, numa baixa eficiência da eliminação de toxinas, e a capacidade de esvaziamento da bexiga diminui;
- No sistema gastrointestinal observa-se uma perda na absorção dos nutrientes, prejudicando a eficiência da eliminação, onde simultaneamente, se verifica uma atrofia da mucosa gástrica;
- Existe uma degenerescência neurofibrilar de neurónios no sistema nervoso, uma acumulação de placas senis, um decréscimo dos neuro transmissores, entre outros.

As transformações do processo de envelhecimento não afetam em simultâneo, nem da mesma forma todos os indivíduos, assim como a degeneração dos sistemas orgânicos não é simultânea devido ao facto de que existem células que estão em renovação permanente, e outras que não se renovam nem envelhecem. (Vaz, 2012)

A senescência possui um início com alterações graduais no aspeto exterior, com o aparecimento de cabelos brancos, perda de elasticidade da pele, modificações da mobilidade, rugas, diminuição da velocidade de reação, alterações da acuidade sensorial visual e auditiva. (Vaz, 2012)

Um dos estereótipos mais comuns na sociedade moderna, é existir a crença de que, no envelhecimento é frequente ocorrer alterações visíveis a nível corporal, mas nem tanto a nível psicológico.

As alterações físicas podem ter repercussões psicológicas, que se traduzem na mudança de atitudes e comportamentos. Estas atitudes e comportamentos afetam a auto-estima do indivíduo, trazendo consequências para as suas relações sociais ou pessoais. O indivíduo pode ficar comprometido a nível da sexualidade devido às alterações físicas a que foi sujeito pelo processo de envelhecimento, surgindo a insegurança do seu aspeto físico e do receio do companheiro não o apreciar como quando era mais jovem.

O indivíduo idoso passa por diversas adaptações ao longo o percurso da terceira idade, contudo, a adaptação mais complexa é a perda da função, onde, para maioria dos idosos, é a primeira experiência referente ao impacto de envelhecer. (Ribeiro, 2010)

Segundo Sequeira (2010, p.23) o envelhecimento psicológico necessita de fatores genéticos, ambientais e patológico do contexto sociocultural no

qual o indivíduo se encontra inserido, e o modo como cada um vivencia e organiza a sua vida.

A ocorrência do envelhecimento psicológico depende de diversos fatores, entre os quais ganham relevância os seguintes: (Vaz, 2012)

- Dependência;
- Falta de autonomia;
- Necessidade de atenção;
- Assistência por terceiros;
- Cultura e vivência social do indivíduo.

O desempenho cognitivo pode manter-se imutável, na maioria dos indivíduos idosos, a funcionalidade intelectual, independentemente da idade, é persuadível por situações de stress ou doença. (Vaz, 2012)

De acordo com Fonseca (2005) existe uma grande diversidade de fenómenos na área psicológica do indivíduo, como tais: reações emocionais, personalidade, controlo, estilos de relação interpessoal, aprendizagem, mecanismos preceivos, memória e cognição, entre outros.

Estes fenómenos na área psicológica, tais como os estilos de relação interpessoal afetam o indivíduo não só individualmente mas também socialmente. O seu círculo de amizade pode-se alterar, o relacionamento pessoal pode sofrer uma modificação, principalmente se o indivíduo

padecer de alguma patologia sexual ou se algo interferir na vida sexual do casal, o relacionamento necessita de uma adaptação para a atividade sexual funcionar.

Associada à cognição está a memória, na qual pode desenvolver-se um declínio, podendo estar dependentes diversos fatores como a motivação, interferência de dados, estado depressivo, sentimento de impotência, perda de interesse pelos acontecimentos, lentidão e alterações na percepção do indivíduo. (Vaz, 2012)

No entanto, é seguro afirmar que, devido ao envelhecimento, pode existir realmente uma diminuição da capacidade de resposta, porém, em termos de velocidade do que de conteúdos, os idosos são capazes demorando apenas mais tempo a resolver tarefas. A diminuição das capacidades cognitivas, não se encontra correlacionada somente com a idade cronológica, mas também poderá estar associada ao comportamento e saúde de cada indivíduo ou à educação ou posição social que estes ocuparam/ocupam. (Fonseca, 2004)

O envelhecimento e a velhice possuem um significado complexo, e independentemente do desenvolvimento das sociedades atuais, é possível encontrar uma série de preconceitos ou estereótipos sociais que atribuem uma definição a este processo, e especialmente ao idoso. (Vaz, 2012)

O envelhecimento é comumente associado à diminuição de autoestima, juntamente com as seguintes características: (Vaz, 2012)

- Falta de motivação para planear o futuro;
- Atitudes infantis ou infantilizadas;
- Diminuição de faculdades mentais;
- Problemas a nível cognitivo;
- Problemas a nível motivacional;
- Problemas a nível afetivo.

Para além das características citadas acima, existem ainda nomes pejorativos associados a esta etapa como: "estorvo", "peso", "sobrecarga familiar", "monte de doenças" entre outros. (Neto, 1992)

Adiciona-se também problemas a nível da sexualidade, como a perda de interesse sexual no parceiro ou na própria atividade, patologias sexuais ou incapacidade física (e.g: dores físicas) para as poder realizar.

Ainda que, o idoso e a velhice façam parte da vida sociocultural, muitas das vezes, não possuem espaço ou lugar nela e são reprimidos do contexto social, sem ter forma de expressão. (Vaz, 2012)

3.1.2. Estereótipos sobre o envelhecimento

Como já referido, as atitudes da sociedade em relação aos idosos são sobretudo negativas, e em parte assumem responsabilidade perante a

imagem que os idosos possuem de si próprios bem como as condições e circunstâncias que se associam ao envelhecimento. (Ribeiro, 2010)

Devido a este tipo de comportamentos, a sociedade contribui para que os idosos possuam sentimentos de desvalorização, pelos acontecimentos que marcam o início da terceira idade: aposentam-se do trabalho, da sua função, aposentam-se da vida. Esta conceção que acaba por se tornar num preconceito diante dos idosos, acaba por privar estes de diversas coisas, isolando-os, chegando mesmo a contribuir para acelerar o seu processo de envelhecimento. (Ribeiro, 2010)

Os idosos são suscetíveis e vulneráveis a opiniões de outrem e à atenção que estes dão aos seus feitos e gestos. Consentem e identificam-se com a imagem negativa que a sociedade lhes contrasta, fundamentando a discriminação de que são sujeitos. Os preconceitos que estão associados à sexualidade demonstram esse facto, menosprezam as necessidades sexuais, nas quais os idosos acabam por não reconhecer nem aceitar a expressão da sua sexualidade. (Ribeiro, 2010)

Segundo Ebersole (1985 cit. In Berger 1995) os sete mitos principais e persistentes acerca dos idosos são nomeadamente os seguintes:

- A maioria dos idosos é doente ou senil;
 - O termo senil, no qual se considera pejorativo, no qual não possui ligação específica ao processo de envelhecimento,

descreve os sintomas característicos de uma patologia degenerativa do sistema nervoso.

- A maior parte dos idosos é infeliz;
 - Existem estudos que apresentam resultados que contrariam este mito, afirmando que o nível de satisfação de vida dos idosos é elevado e compara-se ao dos adultos. Estes demonstram um alto nível de auto-estima e encontram-se satisfeitos com o papel familiar e social que desempenham.
- Os idosos não são tão produtivos como os jovens;
 - Diversos estudos demonstram que os trabalhadores idosos possuem uma taxa de absentismo menos elevada, têm menos acidentes e um rendimento mais estável.
- A maior parte dos idosos tem necessidade de auxílio para realizar as suas atividades quotidianas;
 - A taxa de 80% representa os idosos que são suficientemente saudáveis e autónomos para realizar as suas atividades quotidianas sem auxílio.
- Os idosos mantêm insistentemente os seus estilos de vida, são conservadores e incapazes de mudar;

- Apesar do envelhecimento acompanhar a estabilidade, os idosos não recusam totalmente a mudança. No caso de surgir uma situação nova, estes são capazes de se adaptar a elas.

- Todos os idosos se assemelham;
 - O ser humano envelhece de forma distinta uns dos outros sob vários aspetos (e.g., humor, personalidade, modo de vida, etc.)

- A maioria dos idosos está isolado e sofre de solidão.
 - Existe um grande número de idosos que mantém elos de amizade, permanecendo em contacto estreito com a família e participa frequentemente em atividades sociais.

O termo estereotipar designa-se com uma tendência a rotular ou etiquetar alguém ou um grupo, de forma rígida. O estereótipo é um padrão de comportamento previsível e característico em relação a determinado indivíduo ou a todos os membros de um grupo social, profissional, cultural ou etário. (Ribeiro, 2010)

A origem dos estereótipos provém na assunção e prática da interação cultural, sendo organizados e sendo frequentemente, a primeira estrutura de conhecimento que facilita a interpretação de nova informação sobre as pessoas. (Ribeiro, 2010)

Ao categorizarmos os indivíduos pela idade, como acontece na velhice, estamos a atribuir-lhe um grupo de pertença e a provocar a representação do estereótipo do grupo de idade. (Ribeiro, 2010)
Conforme Hagelin et al (2003) existem quatro efeitos típicos dos estereótipos no julgamento e ideias das pessoas:

- I. O comportamento dúbio do indivíduo pode ser entendido como uma confirmação do estereótipo. Por exemplo, as visitas frequentes de um indivíduo da terceira idade ao médico são interpretadas como a validação da degeneração da saúde, ao passo que, para um jovem pode ser entendido como uma simples consulta de rotina.
- II. O papel dos estereótipos são seguramente atribuídos às características persistentes do indivíduo, ao passo que, aqueles que são inconsistentes com os estereótipos variáveis ou situações peculiares.
- III. O estereótipo pode ser utilizado para deduzir o domínio de características na ausência ou evidência delas. O julgamento comum de que o idoso é impotente sexualmente ou diminuído no seu desempenho sexual, é um dos exemplos.
- IV. Sempre que nos referimos aos atributos do indivíduo, as observações aos estereótipos firmes são certamente lembradas e elaboradas, enquanto que as impressões infundadas são obliteradas.

Todavia, existem estereótipos positivos acerca do envelhecimento, como por exemplo a sabedoria, a amabilidade, a generosidade, a bondade, etc. (Ribeiro, 2010)

Este tipo de estereótipos também devem revelar a sua importância devido ao papel que possuem na edificação da imagem nos idosos que é construído na sociedade atual através da visão de “inutilidade” tanto a nível de papéis sociais, profissionais ou relativamente à sua própria sexualidade.

3.1.3. Envelhecimento e a sexualidade

De acordo com Taylor e Gosney (2011) uma das recomendações para os profissionais de saúde em relação ao idoso e à sua sexualidade, é essencialmente desconstruírem os estereótipos acerca da terceira idade e considerarem as preferências dos pacientes, de modo a evitar preconceitos ou sentimentos individuais que possam causar julgamentos em relação ao utente.

Num estudo comparativo de 106 culturas, no domínio da sexualidade da população sénior, concluiu-se que a preservação de uma vida sexualmente ativa em diversos tipos de sociedades, incluindo as suas limitações, indicam que fatores biológicos como culturais, podem formar os principais determinantes no comportamento sexual no idoso. (Winn et al., 1982)

Neste sentido, para uma avaliação mais sensata e específica, é importante

incluir outro fator: o socio-económico. Segundo Matthias et al. (1997) os idosos com redes sociais mais pobres (segundo o modelo de *Lubben Social Network Scale*) eram os mais predispostos a serem sexualmente inativos e os menos satisfeitos.

Conforme um estudo realizado num lar de 3^o idade, o bem-estar mental e a boa saúde física têm ligações positivas com a atividade sexual, nas quais possuem um significado estatístico, onde se observou entre as atividades sexuais, a prática de atividades físicas e sociais, juntamente com a abstenção tabágica e com a redução da toma da medicação, o que equivale a uma melhor qualidade de vida, a um bem-estar psicológico e um melhor apoio social. (Pimenta, 2014)

As alterações fisiológicas do envelhecimento contêm efeitos cumulativos, onde surgem de forma progressiva e irreversível. Estas modificações desenvolvem-se a um ritmo diferente, de indivíduo para indivíduo, e associa-se a fatores externos como as atividades e ambiente, estilo de vida, e fatores internos como o estado de saúde e a bagagem genética. (Ribeiro, 2010)

O processo de envelhecimento fisiológico carrega uma série de modificações que, influenciadas por hábitos de vida pouco saudáveis, acabam por interferir na resposta dos órgãos que são relevantes para a participação da atividade sexual. Entre estas modificações encontram-se: (Ribeiro, 2002)

- Diminuição das fibras elásticas que são recolocadas por tecido de cicatrização não-elástico;
- Redução da gordura e alterações na sua distribuição;
- Redução do tônus e trofismo muscular;
- Modificações do aparelho locomotor;
- Alterações respiratórias e circulatórias.

Entre estas alterações fisiológicas, surgem dificuldades na atividade sexual, quer seja distúrbios de ejaculação, impotência, dispareunia, disfunções orgásmicas entre outros. (Ribeiro, 2002)

Neste sentido, torna-se imprescindível explorar a área da sexualidade na terceira idade, visto que os idosos, na sua maioria, tendem a ser infantilizados pelas próprias famílias como pelos profissionais de saúde gerando um sentimento de frustração.

Estes tópicos irão ser explorados minuciosamente no próximo capítulo, revelando o processo de construção do desejo sexual, as disfunções existentes na terceira idade, a importância da religião na perspetiva sexual entre outras matérias necessárias para compreender a importância deste estudo, tal como a sua profundidade.

Capítulo III: A multidimensionalidade da construção do desejo sexual

4. O desejo sexual

Quando se refere um tópico como o “Desejo Sexual”, é impraticável não se mencionar Sigmund Freud, o apelidado “pai da psicanálise”. Em 1905 escreveu o seu segundo livro (procedente do primeiro intitulado de “A interpretação dos sonhos”) designado de “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”. Ambos constituem a contribuição mais importante para o conhecimento do ser humano, especialmente para a fundação da base da psicanálise: No primeiro livro, Freud introduz o conceito de inconsciente, ao passo que nos Três Ensaio, refere-se ao conceito da pulsão. (Jorge, 2007)

Desta forma, o inconsciente e a pulsão formam os conceitos fundamentais da teoria psicanalítica, sem eles, a articulação entre a linguagem e a sexualidade não estaria completa. (Jorge, 2007)

O único entrave que se encontra no segundo livro de Freud, é nomeadamente a oposição entre o que é considerado “normal” e o que é considerado “patológico” no que diz respeito à sexualidade do indivíduo.

Esta questão foi referida pelos trabalhos dos sexólogos pré-freudianos sobre a apelidada “inversão sexual”, que era o alvo das reflexões da sexologia da época, baseadas inclusive por sujeitos declaradamente homossexuais. (Jorge, 2007)

Contudo, introduz-se um novo conceito de sexualidade, no qual, Freud se refere como “Teoria da sexualidade”, no qual os autores só expunham longamente os seus casos clínicos sem qualquer teorização ou contextualização acerca deles. Antes de Freud, não existia um conceito clínico sólido acerca da sexualidade; A deturpação de Krafft-Ebing e a psicologia associativa de Binet, opunham-se claramente à sexualidade inserida neste contexto, onde ambas são concepções extremamente simples, que aplicam somente a dicotomia médica hereditário/adquirido aos problemas levantados pela sexualidade. (Jorge, 2007)

Todavia, nenhum conceito emana das discussões que os sexólogos freudianos empreenderam. O mérito destes autores foi, precisamente, a capacidade de ter aberto um diálogo sobre a sexualidade para o campo da ciência, e de o ter tornado evidente, com os seus estudos, com a enorme frequência das aclamadas “aberrações sexuais”. (Jorge, 2007)

A ampliação do conceito de sexualidade baseou-se na concepção freudiana de sexualidade infantil, no qual foi objeto de investigação. Foi situada como perverso-polimorfa, e formou a ponte entre a sexualidade considerada normal e a patológica ou perversa. É com este conceito, que Freud poderá recusar as teorias que abordam os aspetos congénitos, inatos, como a da degenerescência, e aquelas que abordam aspetos adquiridos como a do trauma sexual. (Jorge, 2007)

É necessário recordar a afirmação de Foucault, onde declarou que o grande escândalo promovido pela psicanálise foi a iniciação do diálogo aberto acerca do sexo, e a sua inserção dentro de uma certa lógica, um aparato conceitual consistente. Este aparato é o alvo que os detratores da psicanálise pretendem demolir. (Jorge, 2007)

A fundação da psicanálise consolida-se, aparentemente, com o advento da pulsão e a sua articulação com o inconsciente. Deste modo, pode-se afirmar, inclusive, que o conceito de pulsão torna o inconsciente uma conquista freudiana definitiva. O primeiro ensaio de Freud, onde sugere as aberrações sexuais, termina com a introdução deste conceito, no qual parece ser um resultado do que o autor traz nesse primeiro ensaio sobre a perversão. (Jorge, 2007)

A classificação freudiana das aberrações sexuais abordada no primeiro ensaio, já é ela própria tributária da conceituação da pulsão aqui introduzida. Freud apresenta quatro elementos: fonte, força, objeto, alvo ou objetivo. A estrutura da pulsão comporta uma relação com o alvo, sendo a satisfação inerente à própria pulsão e independentemente do objeto, este é considerado variável. (Jorge, 2007)

De acordo com Sigmund Freud, a conclusão a que este chega ao encerrar a sua abordagem sobre os desvios em relação ao objeto, diz respeito à variabilidade do objeto sexual. A natureza e a importância do objeto sexual

recuam para segundo plano, de acordo com as inúmeras condições que o influenciam. (Freud, 1905)

3.1. Alterações no conceito de desejo de pulsão

A formulação de Sigmund Freud, em 1914, descreve uma nova perspectiva, o processo de desenvolvimento do eu, não no sentido de explorar as pulsões do eu como instância psíquica, mas como um processo de construção de um eu fendido do mundo ou ambiente à volta do indivíduo. Este processo inicia-se a partir de uma fase autoerótica indefinida (eu-mundo) seguida de um período onde o eu, recém-conquistado, é tomado como objeto de desejo e fonte de satisfação. Resumindo, trata-se de um período em que o desejo inicia um movimento reflexivo e a satisfação tem tendência a manter-se essencialmente alucinatória, visto que na condição onde o indivíduo se encontra, nomeada de "narcisismo primário", o sujeito permanece retido em si mesmo, "apaixonado" pela imagem de uma individualidade que foi conquistada recentemente. (Sanches, 2010)

Segundo Coelho Jr. e Figueiredo (2004), o problema acerca da intersubjetividade na constituição subjetiva do sujeito é relevante para a alteridade do modelo filosófico-científico que impunha uma distância segura entre eu e o não-eu, ou seja, entre sujeito e objeto, que se encontra ultrapassado nos tempos modernos.

O que mais gera controvérsia em relação às pulsões, é precisamente, quais seriam as pulsões básicas essenciais da vida psíquica. Freud afirma que existem duas pulsões: as pulsões do eu e as pulsões sexuais, sendo as primeiras as agentes pelas ações de autoconservação do indivíduo, possuindo um desenvolvimento mais rápido do que as pulsões sexuais, sendo interligadas ao princípio de realidade e às funções do eu e dos sistemas consciente/pré-consciente (percepção, memória, teste de realidade entre outros. (Sanches, 2010)

As pulsões sexuais desenvolvem-se de forma mais lenta, e são articuladas e ligadas às funções reprodutivas, contudo, existe a possibilidade de sublimação e de fixação da pulsão em estádios anteriores do seu desenvolvimento até à sexualidade genital. (Sanches, 2010)

O mais interessante na presença da pulsão, contextualizada na metapsicologia freudiana, é o facto de que é principalmente esta que serve de base e argumento para o radicalismo do descentramento freudiano do indivíduo e a impossibilidade de a psicanálise se tornar num racionalismo renovado e/ou uma área da produção de identidade. (Sanches, 2010)

De acordo com Jurandir Freire Costa (2005, p.25-52) na crítica que realizou ao conceito de pulsão, ele carrega de reafirmação de uma suposta primazia do sexual sobre todos os aspetos da experiência humana, na qual caracteriza como um limite entre o psíquico e o somático.

Citando Sanches (2010, p.105) na qual expressa a sua opinião acerca do aspeto alteritário do conceito de pulsão *“No entanto, e ainda que os autores pós-freudianos tenham encontrado outras maneiras de figurar fora do conceito de pulsão esse aspecto alteritário que estou pretendendo destacar aqui, em é este o conceito que passa a garantir a tematização de uma alteridade radical dentro do próprio sujeito, mas que excede a trama representacional e a repetição de imagens recalçadas ou de desejos que se referem a experiências já completamente vividas e às quais se busca retornar”*.

No entanto, salienta-se o risco a que podem estar reféns as teorizações psicanalíticas, tanto as que ressaltam o intrapsíquico quanto as que ressaltam o intersubjetivo, devido ao facto de que estão ligadas à ideia de que a alteridade surge sempre comumente de um conservadorismo psíquico, não a corroborando como constitutiva de qualquer possibilidade de um psiquismo fixado no corpo e no mundo. (Sanches, 2010)

Capítulo IV

5. A sexualidade e o envelhecimento

Existe uma enorme dificuldade na sociedade moderna em reconhecer e aceitar as alterações na conceção da sexualidade, acabando por originar diversos preconceitos na área, apesar do liberalismo e da difusão de informação neste tipo de tópico. (Dias, 2009)

O utópico do ser humano, independentemente do género, é repleto de valores que definem e distinguem o que é certo ou errado, o normal ou o anormal quando se refere o sexo. Este tipo de condicionante tem origem nos diversos padrões que a sociedade possui, nos quais estão presentes diferentes fatores, como o cultural, religioso ou familiar. (Dias, 2009)

O sexo e a sexualidade são considerados áreas muito delicadas devido ao estigma que têm sofrido ao longo do tempo, em função dos mitos e preconceitos que intervêm nas relações sociais. (Dias, 2009)

Durante muito tempo, a sexualidade ficou reduzida somente aos órgãos genitais, contudo, só após os estudos de Freud é que surgiu uma compreensão mais liberal e abrangente deste tema, onde se pôde verificar uma definição consensual, e que motivou esta dissertação: a sexualidade não inclui apenas o genital mas também as atividades afetivas, as formas de sentir e amar, englobando todo o comportamento humano. (Dias, 2009)

Desta forma torna-se quase uma interpretação de cada indivíduo em relação aos seus próprios sentimentos e emoções para com os outros. A razão da motivação encontra-se explícita, sendo a curiosidade de estudar a interpretação e a visão de cada indivíduo em relação à sexualidade e as diversas variáveis que possam interferir, tais como as experiências pessoais. Deste modo, encontra-se pontos em comum nas diversas interpretações dando origem a uma resposta consensual entre todos: é a expressão de sentimentos que um indivíduo nutre pelo o outro, contendo sempre uma individualidade dependendo de quem a está a expressar e da forma como se expressa.

Existem diversos fatores que contribuem para a definição da sexualidade em diversas sociedades, como os grupos sociais, a religião, condições de vida, redes de sociabilidades, padrões de relações entre os géneros e a utilização do corpo, além de experiências vivenciadas ao longo da vida. (Souza et al; 2018)

Num estudo qualitativo descritivo realizado para observar e analisar a percepção da mulher idosa sobre a sexualidade, constatou-se os problemas que mais interferem na qualidade da sexualidade das idosas são, nomeadamente, a falta de informação, a vergonha e o preconceito delas mesmas em relação à sua idade, o que prejudica a receptividade para dialogar sobre o tema com os profissionais de saúde, como por exemplo,

os enfermeiros/as. O desrespeito em relação à expressão e à vivência da sexualidade é receado pelas idosas. (Souza et al; 2018)

A educação sexual para os indivíduos que se encontram na terceira idade é uma mais-valia e uma necessidade para desmistificar atitudes conservadoras face à sexualidade em geral, formadas pela sociedade em que os idosos estão inseridos.

O processo de envelhecimento acarreta modificações a diferentes níveis, contudo os mais determinantes para a expressão comportamental da sexualidade são nomeadamente o biológico, sócio-cultural e o psicológico. (Dias, 2009)

Estas modificações irão ser exploradas nos seguintes tópicos de forma individual para uma melhor interpretação do processo de envelhecimento sexual, e das consequências do mesmo.

4.1.Fatores Físicos

Compreende-se que os fatores biológicos mais relevantes para a vivência da sexualidade na terceira idade são: os fatores genéticos, hormonais, neurológicos, anatómicos e fisiológicos. Contudo, dos que se referiram, considera-se importante clarificar as modificações que ocorrem a nível fisiológico, distinguindo-as na questão do género do indivíduo. (Dias, 2009)

De acordo com Sánchez e Ulacia (1998) o processo de envelhecimento sexual começa entre os 30 e os 35 anos, onde se apresenta um desenvolvimento lento que pode variar de indivíduo para indivíduo. No sexo feminino, este processo possui uma marca biológica evidente, designada de “menopausa”. Não obstante, os homens não dispõem de nenhuma marca identificável, contudo, observa-se alterações lentas e fundamentalmente regulares.

A menopausa é considerada um processo natural nas mulheres, onde se apresenta como a paragem definitiva das menstruações, resultantes da diminuição gradual do ritmo de ovulação. A falência ovária ocorre, normalmente, entre os 45 e os 50 anos. (Dias, 2009)

López e Fuertes (1999; p. 136) caracterizam as principais alterações biofisiológicas na mulher, da seguinte forma:

- A vagina diminui de tamanho, ficando mais estreita e perdendo a elasticidade;
- A lubrificação pode demorar mais a aparecer e é menos intensa;
- Menor vasocongestão dos órgãos genitais;
- Diminuição das contrações, a nível da intensidade e frequência;
- Os seios perdem a firmeza e o tamanho;

As alterações que ocorrem no sexo feminino, nomeadamente a passagem de uma fase reprodutiva para uma fase pós reprodutiva, requer um ajustamento físico e psicológico. A perda de capacidade procriativa pode criar um sentimento de inferioridade à mulher. (Dias, 2009)

O termo utilizado para fazer a analogia com a menopausa (sexo feminino) foi designadamente a andropausa (sexo masculino), contudo não existe consenso quanto ao termo, uma vez que este possui o significado etimológico de “acabou como homem”, resultando de interpretações erradas no que respeita à vivência da sexualidade e papel de género. (Dias, 2009)

O envelhecimento masculino pode levar ao surgimento de alterações sexuais, nas quais não devem ser generalizadas. (Cardoso, 2004)

López e Fuertes (1999 p. 135) apresentam as principais alterações biofisiológicas no homem:

- Diminuição da produção de esperma e testosterona, a partir dos 40 anos e 55;
- Ereção mais lenta e menos firme;
- Menor elevação e mais lenta dos testículos;
- Diminuição da quantidade de sémen expedido;
- Menor tensão muscular;

- Alargamento do período refratário.

Existem diversas mudanças na resposta sexual humana, tanto no sexo masculino como no sexo feminino.

A nível do sexo feminino, podem ocorrer as seguintes mudanças: (Sánchez & Ulacia, 1998)

- Pode ocorrer uma redução no desejo sexual, por razões psicossociais e hormonais;
- A nível da excitação, é mais lento e necessita de mais estímulo. Pode ocorrer dor no coito;
- Existe uma diminuição de intensidade e frequência das contrações no orgasmo, mas mantém a capacidade multiorgásmica;
- A nível da resolução, a resposta clitoridiana não se altera.

No sexo masculino pode-se encontrar outras alterações nos mesmos aspetos: (Sánchez & Ulacia, 1998)

- Pode ocorrer uma redução no desejo, por razões psicossociais e hormonais;
- A nível da excitação, o homem pode necessitar de mais estímulo, para além de ser mais lenta ou pode ocorrer dificuldades na ereção;

- No orgasmo, pode existir um menor volume de ejaculação, uma diminuição da intensidade e frequência das contrações ou sensações orgásmicas menos intensas;
- Na resolução, pode ocorrer um alargamento do período entre ereções.

As mulheres têm tendência a aceitar melhor as alterações existentes do que os homens, porém, têm dificuldades a aceitar o processo geral de envelhecimento, mais concretamente no que diz respeito à sua imagem corporal. O sexo feminino também tem mais tendência a possuir uma redução no interesse e frequência sexual. (Dias, 2009)

No sexo masculino, estas alterações podem ser recusadas ou aceites, sobretudo se o indivíduo assimilou o modelo de sexualidade juvenil que consiste na redução da relação sexual ao ato coital, no qual é encarado como perdido. (Dias, 2009)

Na terceira idade, o homem, consegue atingir e manter uma ereção apropriada, contudo, possui as condicionantes que: pode exigir mais tempo para conseguir, e requer uma estimulação mais eficaz e localizada no genital. (Dias, 2009)

Como já referido, o estado físico geral e os problemas de saúde concretos podem favorecer ou limitar o interesse na atividade sexual durante a terceira idade. (Dias, 2009)

Apesar das características sexuais de ambos os géneros, estes podem desfrutar de relações sexuais, apesar de serem mais lentas e mais centradas nas carícias mútuas, e na comunicação. (Sánchez & Ulacia, 1998)

Quando o coito não é possível de ser concretizado ou desejado, existe a possibilidade da sexualidade e o erotismo continuarem a fornecer diversas formas de obter o prazer e/ou satisfação sexual. (Cardoso, 2004)

4.2. Fatores Psico-afetivos

As alterações psico-afetivas do processo de envelhecimento estão dependentes das mudanças corporais que afetam a auto imagem. Estas produzem uma diminuição das capacidades sensoriais e limitações em certas atividades, que outrora eram satisfatórias. Outros exemplos onde estas alterações se encontram são designadamente: (Martín, 2002)

- Modificações na situação social relacionadas com a reforma;
- Perda de status económico;

- Diminuição ou abandono das atividades sexuais, no qual podem ter como consequência um sentimento doloroso de insuficiência ou de incapacidade.

A personalidade do idoso também sofre alterações com as mudanças psico-afetivas que ocorrem, afetando a personalidade, ou processos dentro dela que influenciam a forma de envelhecer. (Dias, 2009)

Deste modo, a noção de auto-conceito também possui um impacto pela perda de diversas capacidades, e pela alteração de personalidade do indivíduo.

A noção de auto-conceito possui três dimensões: (Martín, 2002)

- A auto-estima (aspeto avaliativo da auto-imagem);
- A imagem corporal;
- Avaliação social.

Esta noção está interligada com a questão da identidade e das ideias de auto-conhecimento e auto-realização. (Dias, 2009)

As alterações físicas que surgem no processo de envelhecimento dominam na aparência do indivíduo e exigem uma modificação da imagem corporal. Esta mudança pode ser experienciada como uma importante perda, que pode originar sentimentos tais como a insegurança, e a perda da auto-estima. (Dias, 2009)

Estas consequências formam fatores que contribuem para o surgimento de sentimentos como a incapacidade e insegurança no idoso, afetando negativamente a auto-imagem do próprio. (Dias, 2009)

4.3. Fatores Psicossociais

A maior alteração que o processo de envelhecimento inclui a nível psicossocial traduz-se numa alteração de papéis, e na mudança de estilo de vida. Nesta fase desenvolvimental, os relacionamentos são revelantes principalmente para combater o isolamento social nos quais os idosos são as principais vítimas, contudo na maioria das situações existe um declínio do contato social. (Ribeiro, 2010)

As modificações a que os indivíduos da terceira idade estão sujeitos iniciam-se quando estes perdem algum tipo de função, na qual costumavam, ter a capacidade de realizar. Para evitar dificuldades na adaptação de novo papéis sociais, os indivíduos devem possuir uma boa preparação para estas alterações como por exemplo, intervenções positivas, de forma a maximizar o potencial para a saúde e bem-estar, aumentando também a sua qualidade de vida. (Ribeiro, 2010)

De acordo com Santos (1990) num estudo acerca da influência reforma sobre a identidade do indivíduo, verificou-se que nas sociedades modernas, é dado uma ênfase à juventude e à capacidade de produção, no

qual indiretamente, indica que os idosos já não têm capacidade para contribuir e que deve de ser afastado do mundo social.

4.4. Disfunções sexuais femininas e na terceira idade

No processo de envelhecimento surgem diversas patologias associadas à faixa etária em questão o que pode interferir negativamente com a vida sexual do indivíduo, bem como a sua qualidade.

Combatendo o mito de que a atividade sexual é pouco frequente na terceira idade, é importante que a sociedade desmistifique este tema e aceite com normalidade a sexualidade para evitar constrangimentos, tal como as modificações próprias do envelhecimento relativamente aos órgãos sexuais.

As disfunções sexuais podem ter origem orgânicas, que podem ser agravadas pelas suas consequências emocionais. (Associação para o planeamento da família, n.d.)

Estas disfunções podem ser primárias, secundárias, generalizadas ou situacional. Se coincidir com o início da atividade sexual, denomina-se disfunção sexual primária, e se for obtida ao longo do tempo, secundária.

Se está presente numa circunstância inespecífica designa-se generalizada, se é exibida em determinadas circunstâncias é situacional. (Associação para o planeamento da família, n.d.)

A disfunção erétil, a incapacidade de atingir ou manter a ereção com rigidez ou duração suficiente para comportar o desempenho sexual satisfatório são as formas mais comuns de disfunção sexual nos homens idosos. (Ribeiro, 2010)

Nas mulheres idosas, as queixas diferenciam-se pelo ressecamento vaginal e dispareunia, orgasmo pouco frequente e libido diminuída. A menopausa possui uma relação com estes sintomas devido à instabilidade vasomotora (como por exemplo as ondas de calor) e as insónias. (Ribeiro, 2010)

A educação e informação acerca da resposta sexual humana é extremamente importante no objetivo da resolução ou redução do impacto que certas dificuldades sexuais possuem no indivíduo. (Associação para o planeamento da família, n.d.)

As disfunções femininas mais frequentes são as seguintes:

- Desejo sexual hipoativo

Esta disfunção representa a redução ou ausência de desejo sexual. Não existe qualquer interesse por atividades sexuais ou eróticas preliminares e não possui desejo de encetar a atividade sexual. (Associação para o planeamento da família, n.d.)

- Aversão sexual

Consiste na repulsa do contato sexual com o decorrente evitamento de todo ou quase todo o contato sexual genital, demonstrando um comportamento negativo em relação ao sexo. A origem pode estar numa educação sexual repressiva, historial de violência ou de abuso, ou dispareunia. (Associação para o planeamento da família, n.d.)

- Perturbação da excitação sexual

Consiste no obstáculo em obter ou manter um estado de excitação sexual adequada até ao período da consumação da atividade sexual, expressada diversas vezes, através da ausência ou diminuição da lubrificação vaginal.

Entre as principais causas desta disfunção estão: doenças crónicas, doenças da tiróide, toma de determinados medicamentos, tabagismo ou alterações endocrinológicas, como por exemplo a menopausa, podem levar à diminuição da lubrificação vaginal.

Outro fator que pode contribuir para o surgimento desta disfunção é a nível psicológico, como por exemplo a ansiedade, stress e depressão.

Fatores de ordem relacional como a falta de estimulação apropriada do parceiro, ou uma comunicação medíocre podem contribuir para esta adversidade. (Associação para o planeamento da família, n.d.)

- Perturbação do orgasmo

Define-se pelo impedimento ou dificuldade persistente (ou periodicamente) em atingir o orgasmo, após uma fase normal de excitação sexual.

Certas patologias neurológicas, consumo de alguns fármacos, alterações hormonais, uso de drogas, idade, e atitudes negativas face à atividade sexual são alguns dos responsáveis que podem influenciar negativamente o período orgástico. (Associação para o planeamento da família, n.d.)

- Dispareunia

Designa-se dispareunia quando existe uma dor perseverante na zona genital durante as relações sexuais. Este desconforto é experienciado com maior frequência durante o coito, contudo, também pode acontecer previamente ou após a relação sexual. Existem diversos problemas orgânicos como as inflamações ginecológicas, divergências psicosexuais, fatores relacionais que podem ser a causa para que a mulher experiencie dor na relação sexual. (Associação para o planeamento da família, n.d.)

- Vaginismo

Esta disfunção provoca dificuldade em tolerar a penetração, devido à contração involuntária, periodicamente ou permanente, dos músculos do períneo adjacente ao terço inferior da vagina.

Os fatores orgânicos ou psicológicos (e emocionais) podem ser as causas do vaginismo, o que engloba: (Associação para o planeamento da família, n.d.)

- Inexperiência que pode levar a medos ou bloqueios e a uma resposta condicionada;
- Traumas;
- Experiências anteriores com dor;

Carência de informação e crenças erradas ou negativas acerca da sexualidade (educação retrógrada ou culpa).

4.5. Disfunções sexuais masculinas

A disfunção sexual masculina torna-se um tema tabu para os próprios portadores devido ao facto de que estes, muitas das vezes, se sentem retraídos na procura de ajuda médica no que se refere a problemas de carácter sexual e reprodutivo. Contudo aconselha-se ao apoio médico com antecedência, para pelo menos, obter uma boa qualidade de vida, juntando o facto de que diversas disfunções sexuais são facilmente tratáveis. (Associação para o planeamento da família, n.d.)

As disfunções sexuais masculinas mais comuns são nomeadamente: (Associação para o planeamento da família, n.d.)

Tabela 3- Tipos de disfunções

Tipo de disfunção	
<i>Desejo</i>	Perturbação de desejo sexual hipoativo
<i>Excitação</i>	Disfunção erétil
<i>Orgasmo</i>	Disfunções ejaculatórias Inibição do orgasmo
<i>Dor</i>	Dispareunia

- Perturbação de desejo sexual hipoativo

Segundo o DSM IV esta disfunção caracteriza-se pela carência ou déficit persistente ou recorrente de fantasias e desejo de atividade sexual. (apud Associação para o planeamento da família, n.d.)

As causas para esta perturbação podem ser de ordem psicológica: (Associação para o planeamento da família, n.d.)

- Patologias psiquiátricas (perturbações de ansiedade e depressão);
- Experiências de vida, luto e outras perdas;

- Foram associados a esta disfunção o desapego emocional e os conflitos no casal, contudo, é pouco perceptível de compreender se é a causa ou a consequência desta perturbação;
- Pode estar interligado a outras disfunções sexuais no homem ou na companheira.

E podem ser de ordem orgânica: (Associação para o planeamento da família, n.d.)

- Iatrogenia (efeitos adversos de certos medicamentos como por exemplo antihipertensores, antidepressivos, antipsicóticos, anticonvulsionantes);
- Patologias físicas específicas: Tumores pituitários secretores de prolactina, doença hepática, deficiência de testosterona (rara, apesar de que seja comum na prática clínica os utentes associarem a sua diminuição de desejo à redução de testosterona, sendo deste modo, mais difícil reconhecer causas mais praticáveis como a perda de atração pela parceira);
- Efeitos de uma patologia física.
- Disfunção erétil

Nesta área, a idade é um fator que se deve levar em conta com o aparecimento de perturbações sexuais como por exemplo a "Disfunção erétil". Ao mesmo tempo que os jovens possuem mais probabilidades de

desenvolver disfunção erétil por causas de ordem psicológica, os indivíduos mais velhos desenrolam comumente esta perturbação por causa orgânica, devido a uma maior comorbilidade com vários fatores de risco. (Associação para o planeamento da família, n.d.)

A impotência sexual (outro nome pelo qual se pode designar esta perturbação) é a incapacidade persistente ou recorrente para alcançar ou manter uma ereção adequada até finalizar a atividade sexual, provocando um acentuado mal-estar ou um problema interpessoal. (Associação para o planeamento da família, n.d.)

A disfunção erétil pode ter origem em diversas causas: psicológicas, orgânicas ou mistas. Um dos conselhos mais importantes é a ida a um especialista para obter um diagnóstico adequado, como o diálogo aberto com a(o) parceira(o). (Associação para o planeamento da família, n.d.)

Abaixo estão presentes alguns exemplos de causas da disfunção erétil: (Associação para o planeamento da família, n.d.)

- Déficit de informação/mitos sobre a sexualidade;
- Insatisfação/conflito conjugal;
- Receio do fracasso;
- Baixa auto-estima;
- Stress;

- Depressão;
- Ansiedade de execução;
- Consumo de determinados medicamentos;
- Perturbações psicológicas;
- Problemas hormonais (diminuição na produção de hormonas);
- Diabetes;
- Problemas neurológicos (e.g. esclerose múltipla);
- Patologias vasculares (e.g. problemas cardíacos).

O aconselhamento sexual, uma terapêutica medicamentosa ou a cirurgia pode ser o tratamento adequado para esta perturbação dependendo da causa que está na origem da mesma, podendo ser complexa devido à sua natureza diversa. (Associação para o planeamento da família, n.d.)

- Disfunções ejaculatórias
- I. Ejaculação prematura, precoce ou rápida: Dificuldade em conter a ejaculação, onde em diversos casos pode acontecer antes, no momento da penetração ou logo após a penetração, confinando a satisfação sexual. As causas na sua maioria são psicológicas, associadas a patologias como a ansiedade e stress mas também podem estar interligadas a causas biológicas. O uso de drogas ou álcool também pode contribuir para o aparecimento desta

disfunção. O tratamento para esta perturbação pode incluir a terapia sexual, medicação e psicoterapia. (Associação para o planeamento da família, n.d.)

- II. Anejaculação: Escassez completa de ejaculação estando simultaneamente conservada a sensação e orgasmo. A fase de emissão não existe, restando somente a fase de expulsão. (Associação para o planeamento da família, n.d.)

As principais causas psicológicas são as seguintes: ejaculações fora do coito sob a forma de poluções noturnas, ao acordar ou no processo da masturbação; Medo de causar uma gravidez. De origem orgânica designam-se: latrogenia medicamentosa e cirúrgica; Lesões vertebro-medulares; Mielite transversa; Esclerose múltipla. (Associação para o planeamento da família, n.d.)

- III. Ejaculação retrógada: Carência total ou parcial de expedição de ejaculado, devido ao escasso encerramento do esfíncter uretral interno. O esperma desloca-se da uretra posterior para o interior da bexiga, conservando a sensação de orgasmo. As causas variam entre motivo medicamentoso, neurológico ou psicológico. (Associação para o planeamento da família, n.d.)
- IV. Ejaculação asténica: Consiste na redução ou escassez de contrações musculares que projetam o esperma (ejaculação sem força). Pode ser apelidado de "Ejaculação babante" ou "Incompetência parcial

ejaculatória". Pode ocorrer em indivíduos que possuem lesões medulares abaixo da L1 como por exemplo os paraplégicos, e para os parésicos em que só se conserva ativo o centro superior secretor medular. O motivo desta perturbação é a "Causa urológica obstrutiva" (e.g. hipotonias do esfíncter externo). (Associação para o planeamento da família, n.d.)

V. Ejaculação retardada: Define-se como atraso ou repressão específica dos mecanismos de ejaculação. É uma ejaculação tardia de forma involuntária. Esta disfunção é relativamente pouco frequente, tendo uma prevalência que não ultrapassa os 5%. (Associação para o planeamento da família, n.d.)

- Inibição do orgasmo masculino

Atribuição persistente ou incapacidade de alcançar o orgasmo apesar da existência de desejo, de excitação e estimulação. O homem não é capacitado para ejacular com a sua companheira, sendo capaz de ejacular na masturbação ou durante o sono. Diferencia-se da "Anejaculação" pelo fato de que nesta disfunção o indivíduo consegue atingir o orgasmo. (Associação para o planeamento da família, n.d.)

É a disfunção menos frequente na prática clínica. A sua etiologia pode variar entre causas orgânicas relacionadas com iatrogenia farmacológica: (Associação para o planeamento da família, n.d.)

- Anticolinérgicos;
- Antihipertensores;
- Antidrenérgicos;
- Psicofármacos.

Ou causas psicológicas: (Associação para o planeamento da família, n.d.)

- Homossexualidade latente;
- Trauma sexual;
- Hostilidade da companheira e obstáculos

na relação conjugal;

- Medo relativamente a uma possível gravidez ou compromisso;
- Estimulação desadequada.

- Dispareunia

Consiste numa dor genital antes, durante ou após o coito, ocorrendo apenas em cerca de 1% nas amostras clínicas. As suas causas podem ser orgânicas: Fimose, prostatite, infeção genital; ou podem ser psicológicas, não existindo de momento resultados de estudos acerca de um tratamento psicológico desta condição em específico. (Associação para o planeamento da família, n.d.)

É sempre recomendado um especialista para disfunções sexuais, de preferência de forma prévia, evitando agravamentos destas condições. Para esta recomendação ser seguida, o indivíduo tem de dialogar com as entidades competentes e procurar ajuda de modo a aumentar a qualidade de vida do mesmo, tal como a sua vida pessoal.

4.6. Disfunções sexuais e o consumo de fármacos

A qualidade de vida na terceira idade engloba não só os aspetos físicos e ambientais tais como o estado de saúde ou as condições de vida do indivíduo, mas também a área psicológica e outros fatores que possam influenciar esta condição, tal como a sexualidade. Para que se possa atribuir uma resposta adequada às necessidades do idoso é necessário que os profissionais de saúde compreendam melhor a sexualidade do idoso, e aprendam quais os problemas principais que a podem afetar, com o objetivo de os poderem abordar da melhor forma. (Mota, 2015)

Como já citado, os fatores socioculturais podem influenciar a perceção das necessidades dos idosos, o que pode vir a interferir negativamente com a sua sexualidade; no entanto os medicamentos prejudicam de igual forma a função sexual do indivíduo. (Mota, 2015)

Apesar de este tema ter sido referido no tópico anterior, é de interesse que se explore aprofundadamente para se poder distinguir uma patologia de um efeito colateral de um medicamento.

Em suma segue os principais fármacos que prejudicam ou podem interferir negativamente com a função sexual:

- Quimioterapia

O tratamento de quimioterapia pode ter como consequência um declínio no interesse sexual, algumas vezes provocado pelo stress emocional e físico inerente a patologia e ao tratamento, outras vezes provocado pela fadiga e alterações hormonais. (IPOFG-CROC, 2005)

As alterações na aparência do utente também podem contribuir para este efeito, pois afeta a autoestima, e promove alterações psicológicas no qual é comum comprometer a sexualidade. (IPOFG-CROC, 2005)

- Narcóticos utilizados para o tratamento da dor

Durante o consumo de narcóticos para o tratamento de dor ou opióides, pode correr uma associação a nível da função sexual devido a sua atuação diretamente nos ovários reduzindo a produção de hormonas sexuais provocando a alteração do fluxo menstrual, e a provável redução da fertilidade, ou nos testículos diminuindo a produção de esperma, do

fluido intersticial testicular² e da testosterona intratesticular³. (Brennan, 2013)

- Diuréticos

O mecanismo de ação anti-hipertensiva dos diuréticos associa-se aos seus efeitos diuréticos e natriuréticos⁴. As suas consequências são as mesmas causadas pelo betabloqueadores, alfabloqueadores, antagonistas dos canais de cálcio devido ao facto de que são eficazes no tratamento da hipertensão arterial. (Kohlmann, 2010)

- Medicação para a próstata

A prostatite e a hiperplasia benigna da próstata são estados frequentes nos homens após os 50 anos de idade e as principais causadoras de sintomas do trato urinário baixo. Este quadro afeta a qualidade de vida dos doentes e a sua função sexual. (Mota, 2015)

O tratamento da hiperplasia benigna da próstata é realizada através de bloqueadores alfa-1 adrenérgicos⁵ pois estes moderam os sintomas do trato urinário baixo, afetando consequentemente a função sexual.

² Este fluido possui uma aparência aquosa clara e transparente que está presente entre as células de organismos multicelulares. A composição do fluido depende das trocas entre as células do tecido biológico e do sangue. (InfoEscola, 2020)

³ Os testículos detêm duas funções: secretam testosterona e a produção espermatozoides. (Nabel, 2012)

⁴ Define-se como uma hormona presente no coração (principalmente no ventrículo direito) que age eficazmente no controle de diversos parâmetros como a vasodilatação, e também aumenta o débito cardíaco. (Filho, Péricles, Barros, & Aurélio, 1988)

⁵ Estes bloqueiam as ligações da norepinefrina, o que faz com que as células musculares lisas relaxem, alargando o vaso sanguíneo e diminuindo a pressão sanguínea. (Blausen, 2016)

Esta medicação tem a hipótese de influenciar o tónus muscular na próstata, porém influencia também o tónus muscular de outros órgãos (tais como a bexiga, causando ejaculação retrógrada). (Wylie, Wood, & McManus, 2013).

Existem outros efeitos confirmados nas bulas do Infarmed contendo: Redução da libido, impotência, priapismo⁶ (raro e apenas com tansulosina⁷, outras perturbações na ejaculação e afeções mamárias).

- Antipsicóticos

Os antipsicóticos estão associados a uma diminuição no desejo sexual, sendo o risperidona o medicamento mais propenso a provocar uma elevação dos níveis de prolactina⁸ e sintomas, como por exemplo a disfunção erétil e a diminuição da libido. (Wylie et al., 2013)

A olanzapina e a clozapina são menos propensos a provocar tais efeitos, e com menos tendência para causar este tipo de resultados são a quetiapina ou clozapina. (Wylie et al., 2013)

As benzodiazepinas têm sido ligadas a uma diminuição da libido e ejaculação retardada.

⁶ Esta condição define-se por uma ereção dolorosa, anormal e persistente, onde não existe desejo sexual ou excitação por parte do indivíduo. (Shah, 2017)

⁷ A tansulosina é um antagonista seletivo dos recetores adrenérgicos $\alpha 1A/1D$, que diminui a tensão dos músculos lisos da próstata e da uretra, dando a possibilidade que a urina passe de forma mais fluída através da uretra. (“Índice: Toda a saúde,” 2019)

⁸ A prolactina é uma hormona hipofisária que detém como principal função desencadear a produção de leite pelas glândulas mamárias durante o processo de lactação. (Soares, n.d.)

- Antidepressivos

Segundo Segraves 1998, num estudo realizado acerca dos efeitos da medicação no funcionamento sexual, foi registada uma prevalência entre 20 e os 75 de perturbações do orgasmo numa amostra de indivíduos medicados com fármacos antidepressivos (inibidores seletivos de recaptção de serotonina). Este estudo também refere que medicamentos como neurolépticos e sedativos e medicação anti-convulsiva possuem um efeito consistentemente negativo. (Delamater & Sill, 2005; Finger, Lund, & Slagle, 1997; Segraves, 1998)

Os antidepressivos tricíclicos, os IMAO, sedativos, e os antipsicóticos estão ligados a uma diminuição no desejo sexual. (Schiavi, 2001; Segraves, 1998)

Os ISRS parecem ser os mais associados a efeitos adversos na sexualidade, provocando sintomas tais como: disfunção erétil, diminuição da libido, atraso no orgasmo (ou anorgasmia) e diminuição da lubrificação vaginal. (Delamater & Sill, 2005)

Estes surgem particularmente com citalopram e paroxetina. (Montejo, Llorca, Izquierdo, & Rico-Villademoros, 2001)

- Anti hipertensores

Classifica/se como uma classe de medicamentos que possui muitos dos efeitos negativos na função sexual. Os que tem demonstrado ser os mais seguros são os IECA⁹, os ARA¹⁰ e os diuréticos da ansa¹¹. (Wylie et al., 2013)

Os últimos referidos estão menos relacionados a disfunção erétil e são eficazes no controle da tensão arterial. (Spatz, Canavan, Desai, Krumholz, & Lindau, 2013)

Em contrapartida, as tiazidas¹² e os beta/bloqueantes tem indicado um elevado risco de causar disfunção erétil. (Wylie et al., 2013)

Apesar de não possuírem uma alta incidência de disfunção erétil, os antagonistas dos canais de cálcio¹³ podem interferir com a função sexual através do aumento dos níveis de prolactina. (Wylie et al., 2013)

O desejo sexual não se perde com o avançar da idade e afeta a qualidade de vida dos indivíduos, como já referido. A saúde sexual está dependente

⁹ Inibidor da enzima de conversão da angiotensina. Esta classe de medicamentos é comumente utilizada para o tratamento de indivíduos que sofrem de pressão arterial. (Heran, Wong, IK, & Wright, 2008)

¹⁰ Antagonistas dos recetores da angiotensina. Interferem no sistema fisiológico, bloqueando os recetores AT₁, tendo como consequência a vasodilatação e a excreção de sódio. (Ramos & Casali, 2012)

¹¹ Os diuréticos são medicamentos que aumentam a eliminação do sódio (sal) e água através da urina. (Pires, 2010)

¹² Os diuréticos tiazídicos são os mais utilizados na prática clínica em monoterapia ou em associação com outros fármacos anti-hipertensivos. Reduzem de forma satisfatória a pressão arterial. (Moreira, Cipullo, & Vilela-Martin, 2013)

¹³ Estes antagonistas são potentes vasodilatadores que provocam um aumento no reflexo da frequência cardíaca. É possível o seu uso em associação com outros hipertensivos. (Saúde, 2010)

do contato com as alterações fisiológicas, psicológicas e socioculturais do indivíduo, do companheiro, ou de ambos. (Mota, 2015)

As restrições que mais afetam a sexualidade podem ter origem numa patologia, onde é mais prevalente na terceira idade, do próprio tratamento do utente, da influência de fatores psicológicos ou da falta de comunicação perante os profissionais de saúde. (Mota, 2015)

O tratamento da patologia sexual é um ponto extremamente importante, no entanto, é necessário calcular o tratamento a empregar uma vez que diversos medicamentos acabam por prejudicar a atividade. (Mota, 2015)

4.7. A importância da religião na perspectiva sexual

Como já foi anteriormente mencionado, a sexualidade é influenciada por diversas áreas, pelas quais já foram referidas e exploradas, mas também pela espiritualidade do indivíduo.

A sociedade onde o indivíduo se encontra inserido, possui os seus próprios juízos de valores e princípios muitas vezes baseados na religião influente daquela mesma área. Desta forma, as convicções nas quais os indivíduos lidam e experienciam modela a forma como estes pensam em relação a diversos temas como a sexualidade, o aborto, ou até mesmo a homossexualidade.

A religião continua a desenvolver um papel crucial nas sociedades contemporâneas, em contextos geográficos e em meios diversos. (Toldy & Santos, 2016)

Existem debates onde colocam o tema da "Bioética" em primeiro plano, as relações de género, direitos sexuais e reprodutivos entre outros, contudo, posicionam a religião como fulcro central colocando-a em oposições a questões de direitos humanos e cidadania sexual. (Toldy & Santos, 2016)

Em áreas do foro íntimo, estas tornam-se palco da intervenção política e pública por parte da religião que de várias formas, procura influenciar mentalidades e condicionar comportamentos privados.

São vários os exemplos de temas que já foram e continuam a ser controversos, como o feminismo, no qual se trata do controlo sobre o corpo do género feminino, ou até da regulação do trabalho sexual; estes entre outros, têm vindo a produzir discussões e manifestações tanto na área pública, como na área privada. (Toldy & Santos, 2016)

Esta turbulência integra um dos focos introduzida pela noção de cidadania, onde a religião compreende que existe um plano inquestionável para os géneros que foi produzido pelo transcendente. A ideia de que o género é uma construção sociocultural e política é compreendida como uma forma de alterar o plano original estabelecido para os géneros, o qual é entendido como natural, e logo, o verdadeiro. (Toldy & Santos, 2016)

O caráter ímpar desse plano não admite oposição nem questionamento, adquirindo um caráter de autoridade intemporal. (Toldy & Santos, 2016)

Em Portugal, em temas que são relacionados com sexualidade, o papel da religião tem sido caracterizado como uma plataforma de vigilância, condicionamento e punição, levando para normatividades que condicionam o desejo sexual a uma questão formal de reconhecimento público de um casal heterossexual, monogâmico e reprodutor.

Esta crença conservadora acerca da religião alimenta-se do papel de elementos do clero católico, céleres na condenação pública do uso do preservativo ou do casamento entre indivíduos do mesmo género. (Toldy & Santos, 2016)

A conciliação da sexualidade com a fé religiosa caracteriza o quotidiano de diversos crentes, católicos ou de outros. (Toldy & Santos, 2016)

Desta forma é necessário integrar a sexualidade na religião e na espiritualidade, e por este facto, a igreja deve considerar que a sexualidade na idade avançada é recente. À vista disso os critérios religiosos e éticos de outrora devem ser adaptados a uma realidade diferente, onde não se pode restringir um conceito integral do ato sexual que nos proporciona, na modernidade, o âmbito científico. (Carreira, 2011)

O facto de consentir e defender o direito da pessoa idosa à sexualidade constitui um dos diversos dilemas que a igreja católica enfrenta na

atualidade. Este tema é de especial importância por envolver uma comunidade que está em constante crescimento onde é alvo de uma enorme marginalização em sentido repressivo do passado, mas que ainda influencia a sua sexualidade. (Carreira, 2011)

Se a sexualidade faz parte da totalidade do indivíduo, a religião deve ensinar a experienciá-la e a colocá-la ao serviço do desenvolvimento interior, do mundo relacionar, da comunicação e da afetividade para prevenir a solidão dos indivíduos. É indispensável constituir e desenvolver o aspeto religioso em equilíbrio com o conjunto de fatores que compõem a personalidade. (Carreira, 2011)

O alvo e o objetivo da educação sexual da pessoa idosa são formados pelo desenvolvimento de uma sexualidade madura, no sentido ético e religioso, sendo uma fonte lucidez e consistência para estes indivíduos, interditando que se culpem e que possam experienciá-la como um meio de satisfação. (Carreira, 2011)

A religião deve elucidar os indivíduos que estão no processo de envelhecimento, onde este produz alterações no desempenho sexual, porém, são mudanças funcionais mínimas, que na inexistência de invalidez, de uma patologia concreta e da crença que os idosos são ou deveriam ser assexuados, não deve influenciar negativamente na necessidade e na capacidade sexual, na qual perdura até ao fim da vida. (Carreira, 2011)

Na eventualidade de o coito não poder ocorrer, outras necessidades sexuais perduram, incluindo a proximidade, a sensualidade e a questão de ser valorizado/a como indivíduos que são. (Carreira, 2011)

A igreja consciente do direito sexual das pessoas idosas deve empenhar-se para que não proíba esse direito, tendo as suas residências que facilitar as relações sexuais. Alterar as situações que não são apropriadas para preservar e adaptar para que os idosos a possam experienciar. (Carreira, 2011)

As demonstrações de condutas sexuais no interior das residências devem ser autorizadas e aceites, evitando julgamentos, mas sim serem respeitadas e toleradas pelos outros. (Carreira, 2011)

É necessário que os profissionais de saúde sejam informados deste direito para poderem compreender os idosos. Também é imprescindível que a igreja informe a população e crie uma conduta sexual apropriada à faixa etária de cada um.

Não obstante, é importante assumir um comportamento positivo por parte desta instituição para com a sexualidade de cada indivíduo, o que irá beneficiar o crescimento das diversas possibilidades de cada pessoa.

Deve-se criar e auxiliar os vínculos afetivos estáveis e seguros de forma a criar estabilidade, e não instituir um modelo desacertado da sexualidade. (Carreira, 2011)

Capítulo V

5. A demência e a sexualidade

A demência tornou-se uma das patologias mais prevalentes na etapa da terceira idade, que mantém uma forte associação com uma das variáveis mais importantes com a atividade sexual, na qual é o estado de saúde mental dos indivíduos. (Devesa, Cruz, & Simões, 2013)

Os indivíduos diagnosticados com demência sentem a necessidade de exprimir a sua sexualidade, e com isto traz dilemas associados com a gestão do seu comportamento sexual em situações como, por exemplo, numa instituição. Estas circunstâncias levam à necessidade da tomada de decisões dentro dos padrões de ordem ético moral, por parte dos profissionais que mantêm contato com estes utentes diariamente. (Devesa, Cruz, & Simões, 2013)

Temas como a intimidade, a sexualidade e os comportamentos sexuais são difíceis de abordar em diversas instituições prestadoras de cuidados ao idoso com défice cognitivo. Estes tipos de idosos não experienciam somente alterações na cognição, memória e julgamento, mas também na sua expressão da sexualidade; esta pode sofrer modificações e ter consequências de difícil gestão, tanto em contexto comunitário como do casal em si. (Ferros, 2005)

Ao contrário da crença de que os indivíduos demenciados são seres assexuados, existem evidências em estudos que confirmam, que a apatia sexual é verificada em apenas 23% dos casos estudados, e que 53% dos portadores de Alzheimer padecem de disfunção erétil. (Miller et al, 1995; Davies et al, 1998)

A demência é caracterizada na literatura como uma condição que pode adotar alguma bizarria no comportamento sexual dos utentes, devendo ficar presente que estes indivíduos possuem uma patologia cerebral que tem consequência a nível cognitivo e comportamental. (Devesa, Cruz, & Simões, 2013)

Contudo, são analisadas oscilações a nível do desempenho cognitivo que têm origem na dúvida por parte dos cuidados em relação ao rótulo de “demenciados” e na decorrente responsabilização de certos doentes, pelos seus comportamentos. (Archibald, 2002)

A questão torna-se simples neste instante: Será que por existir um diagnóstico de demência, existe também um indivíduo assexuado? A resposta continua a ser um “não”. É necessário ser lembrado que a maioria destes indivíduos são também adultos, o que é normal exprimir sentimentos e comportamentos sexuais comuns desta faixa etária. (Devesa, Cruz, & Simões, 2013)

Deste modo, não é possível, de forma alguma estes indivíduos serem rotulados como seres assexuados, ou, que qualquer comportamento de

natureza sexual que demonstrem seja interpretado como uma demonstração de hipersexualidade, mesmo que seja adequado. (Hillman, 2000)

Diversos autores descreveram que 78% dos técnicos que concordaram em ser entrevistados, confirmaram que comportamentos como abraçar, dar as mãos ou beijar, eram constantes entre os utentes demenciados, existindo em 60% dos casos o cenário de um comportamento sexual explícito, abrangendo toque ou tentativa de toque dos órgãos genitais entre residentes. (Holmes, Reingold, & Teresi, 1997)

Em confronto com estes comportamentos, os profissionais reagiam com algum desconforto quando a relação excedia a expressão de carinho, e tomava caminhos eróticos. Porém todas as manifestações entre doentes despoletaram, nos restantes utentes, de acordo com o seu grau de lucidez e compreensão, diversas reações que foram desde a indiferença até à exigência de expulsão do indivíduo/os que teve/tiveram este tipo de comportamento. (Devesa, Cruz, & Simões, 2013)

Os distúrbios sexuais não associados à existência de um companheiro, abrangem comportamentos inapropriados como despir-se ou masturbar-se em público e o assédio a conhecidos e desconhecidos, incluindo desinibição na área da linguagem. (Feros, 2005)

A atividade sexual em casais de idosos nos quais um dos parceiros é diagnosticados com demência é pouco estudada, contudo, de acordo com

Nogueira et al (2013) e o seu estudo realizado para determinar a satisfação sexual na demência, esta causa declínio na intimidade sexual.

As justificativas para este acontecimento são diversas, variando entre problemas físicas associados à patologia, e psicológicos referindo à sobrecarga de cuidados, acabando por perder a intimidade. (Nogueira, Brasil, de Sousa, Santos, & Dourado, 2013)

Capítulo VI

6. Os cuidados paliativos e a sexualidade

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) os cuidados paliativos definem-se como uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos utentes, e de familiares que se deparem com problemas associados a patologias que ameaçam a vida. O principal objetivo é prevenir e aliviar o sofrimento através da identificação precoce e da gestão da dor e de outros problemas, sejam estes de origem física, psicossocial ou espiritual. (citado por Coradazzi, Santana, & Caponero, 2019)

Os valores essenciais assentes no princípio da prática dos cuidados paliativos são os seguintes: (Coradazzi, Santana, & Caponero, 2019)

- Considerar a morte como um processo natural;
- Promover o alívio da dor e de outros sintomas que causem aflição;
- O objetivo essencial não é apressar o processo de morrer;
- Incluir os aspetos psicossociais e espirituais do cuidado do indivíduo;
- Fornecer um sistema de apoio que ajude o utente a viver de forma ativa;
- Amparar a família a lidar com a doença e o luto;
- Ter como essencial a qualidade de vida;

- o Ter em mente que os cuidados paliativos podem ser empregados em fases precoces da patologia, simultaneamente com outras terapias.

Este serviço pode ser disponibilizado em diversos níveis de complexidade diferentes, dependendo das necessidades do utente e da família, da capacitação da equipa de saúde e da disponibilidade de equipas especializadas. (Coradazzi, Santana, & Caponero, 2019)

Dentro das necessidades dos pacientes nos cuidados paliativos, está incluída a sexualidade, tema tabu para os profissionais de saúde que tentam evitar uma abordagem significativa neste âmbito. Com isto surge a formação nos seus currículos, tendo como eixo formativo a sexualidade e a intimidade dos indivíduos em palição, no qual, se foca o objetivo de os profissionais adquirirem competências para abordar questões, atuarem e incorporarem nas suas avaliações este tema sem pudor de explorar. (Lima, Reis, & Demétrio, 2018)

Desta forma, é necessário compreender que a sexualidade é intrínseca ao indivíduo, sendo uma forma íntima de comunicação que auxilia a aliviar o sofrimento e reduzir as ameaças à personalidade de cada ser que se encontra numa condição de experienciar uma doença que limita a sua vida. (Lima, Reis, & Demétrio, 2018)

A sexualidade não se refere somente ao aspeto físico, abrangendo a identidade do indivíduo, papéis de género, orientações sexuais, erotismo, prazer e intimidade; é experienciada e expressada através de pensamentos e sentimentos adicionando o comportamento da pessoa. (World Health Organization, n.d.)

Apesar da literatura ser limitada parece existir uma alta prevalência de disfunções sexuais nos cuidados paliativos, onde a frequência e o tipo de patologia sexual entre pacientes aparece de forma subjacente ao processo da doença. (Bober, 2020)

Realizou-se um estudo entre 97 pacientes nos cuidados paliativos acerca do impacto da doença na sua intimidade, nos quais, 91.7% afirmou que nunca tinham sido questionados previamente sobre este tópico; 48.4% reportou que a doença teve um impacto negativo na sua intimidade. (Kelemen, Cagle, Chung, & Groninger, 2019)

Noutro estudo realizado com 65 pacientes dos cuidados paliativos, nos quais possuíam dor aguda, 86% considerou que a sexualidade é um tema importante o suficiente para discutir com um profissional de saúde. (Vitranò, Catania, & Mercadante, 2011)

Os profissionais de saúde deviam reconhecer que durante o fim de vida, a intimidade física e o desejo de o indivíduo de expressar sexualmente não é interrompido pelo processo de doença ou pelo tratamento. (Bober, 2020)

A comunicação sobre a saúde sexual não devia de ser estendida somente aos cuidados paliativos, mas também a outros cuidados de saúde tal como os profissionais oncológicos. (Bober, 2020)

Contudo, é inegável que o processo medicamentoso que é utilizado para o decurso da doença ameaçadora de vida coloca a sexualidade e os seus aspetos íntimos na vida do paciente. (Bober, 2020)

Uma forma de solucionar este problema é através do treinamento, facilitando aos profissionais de saúde uma revisão acerca da sua própria sexualidade e conseqüentemente da dos seus pacientes. (Bober, 2020)

Faz parte do papel do profissional facilitar a discussão entre casais de forma a diminuir as preocupações relacionadas com a saúde sexual após a doença avançada. (Bober, 2020)

Por conseguinte, a introdução da sexualidade no início entre o paciente e o profissional de saúde demonstra abertura para futuramente poder discutir este tema em qualquer ponto da trajetória do doente. (Bober, 2020)

A inclusão do histórico sexual na revisão dos sintomas pode ser uma estratégia de sucesso para auxiliar e normalizar os sentimentos do paciente. É importante prestar atenção aos detalhes da preocupação do utente e no impacto que estes possam ter nos sintomas físicos e psicológicos da sua saúde sexual. (Bober, 2020)

Considera-se relevante não só a intimidade e a sexualidade, mas também é essencial respeitar a privacidade dos doentes fornecendo as condições apropriadas para tal. Mesmo quando tal se realiza, o aspeto físico da intimidade muitas das vezes se sobrepõe aos aspetos psicossociais, como por exemplo o afeto, o cuidar ou a solidão, nos quais possuem mais impacto no paciente. (Bober, 2020)

Os profissionais de saúde devem de prover aos pacientes dos cuidados paliativos a oportunidade de aproximação dos seus parceiros e criar as condições físicas e psicológicas de forma a impulsionar a sua qualidade de vida. (Bober, 2020)

7. Metodologia

7.1. Natureza do estudo

Pretende-se com este estudo, realizar um aprofundamento do conhecimento já existente pela patologia da demência de forma a reconhecer outros aspetos que não estão explorados ainda, como tais: a abordagem pessoal do indivíduo (a construção do desejo sexual) e a multidimensionalidade que este abrange. Utilizou-se o tipo de estudo exploratório no processo da dissertação, no qual, foi abrangido um grupo de indivíduos que foi abordado pela investigadora que, de seguida, recolheu dados com diversos instrumentos: a Nova Escala de Satisfação Sexual, o DSI-2 (Inventário de desejo sexual) e o WHOQOL-BREF (Versão portuguesa).

Este projeto é considerado um estudo-piloto que se caracteriza por ser uma etapa fundamental para o sucesso da pesquisa, embora seja um tema com literatura escassa. Tem como objetivo testar os questionários e os entrevistados no método de recolha de dados, e nas técnicas de abordagem mais adequadas à população de estudo.

Por consequência, todos os dados obtidos através do questionário da Nova Escala de Satisfação Sexual, do IDS-2 e do WHOQOL-BREF que faz referência à identidade física, fisiológica, psíquica, cultural ou social. Estes dados serão protegidos, mantendo o anonimato e a privacidade de cada indivíduo que participou nesta investigação. (Ibrahim et al., 2018)

O direito à proteção de dados pessoais resulta de um dos direitos fundamentais do ser humano, consagrado na Declaração Universal dos Direitos do Homem, o direito à proteção da vida privada. Desta forma, os dados pessoais constituem informações da vida privada do indivíduo, o que de facto, devem ser protegidos.

Entende-se como vida privada, tudo aquilo que esteja associado com a vida pessoal de cada ser humano, não se referindo somente aos dados mais íntimos, mas também a dados da vida profissional e social. (Ibrahim et al., 2018)

Na recolha de dados também se incluiu o fornecimento de dados clínicos (Tipos de patologias e comorbilidades associadas a cada participante; Crenças; Regimes de pacientes) à investigadora, acerca dos participantes que assinaram devidamente o “Consentimento informado” e leram a “Informação ao participante”. Estes dados foram fornecidos pelo elo de ligação, tal como a triagem que se realizou de acordo com os critérios do estudo.

A investigação incluiu uma recolha de dados, registo, organização e conservação dos dados puramente obtidos para estudar e obter uma associação estatística do âmbito “A demência: uma avaliação sobre a multidimensionalidade da construção do desejo sexual”. A participação consistiu no preenchimento de três questionários: “Nova escala de satisfação sexual”, ISD-2 (Inventário sobre o desejo sexual) e do WHOQOL-

BREF, no qual foram administrados pela entrevistadora consoante as dificuldades apresentadas pelo participante.

Foi de âmbito obrigatório e necessário, que o participante que aceitasse, por sua livre vontade, participar nesta investigação e detivesse de uma demência (Ligeira a Moderada) que permitisse ter consciência das suas respostas, compreender as questões que lhe foram propostas, e que possuísse capacidade cognitiva e de pensamento para processar e dar o seu consentimento de participante neste estudo.

7.2. Instrumentos de inquérito

Os dados foram recolhidos através dos questionários referidos acima aos participantes da Santa Casa de Albergaria-a-Velha.

Irá ser explorado a constituição de cada escala utilizada, tal como o seu objetivo:

Após o preenchimentos e conclusão das sessões, procedeu-se à análise dos dados. O tratamento de dados pretende codificar, categorizar e agrupar os dados numa base de dados específica, neste caso no Excel, com sentido e adequado aos objetivos do projeto.

Foi realizada uma análise dos dados quantitativos recolhidos através de estatística descritiva, determinando os aspetos fulcrais e correlacionando aspetos entre os questionários.

- Nova Escala Sexual

O NES é uma escala constituída por 20 itens com uma estrutura fatorial bidimensional que abrange duas subescalas: Centração no Eu (Subescala A: itens 1-10) e uma subescala de Centração no Parceiro e na Atividade Sexual (Subescala B: itens 11-20). Os itens que constituem o NSSS são ordinais de 5 pontos (de 1=Nada Satisfeito a 5=Totalmente Satisfeito).

A pontuação geral da satisfação sexual é alcançada pela soma das pontuações de todos os itens. (Stulhofer, Busko & Brouillard, 2010; Pechorro et al., 2014)

- IDS-2 (Inventário de Desejo Sexual)

Este instrumento é dividido em duas subescalas pelas quais se designam: Sexo diádico e Sexo individual; estas, avalia-se a frequência e o desejo sexual por cada uma das modalidades. Os itens de 1-8 são somados para obter a pontuação do desejo do sexo diádico, enquanto que, os itens de 9-11 são somados para obter o desejo de sexo individual. Ao somar todos os itens, obtém-se o total para o desejo sexual com um total de 109 pontos. (Spector et al., 1996)

- WHOQOL-BREF

O WHOQOL-BREF tem como objetivo avaliar a perceção da qualidade de vida. Deste modo permite uma avaliação por domínios designados por: Físico, Psicológico, Relações Sociais, Ambiente e através de uma faceta geral/facetas específicas. O resultado final obtido deverá ser transformado

numa escala de 0 a 100, correspondendo a uma pontuação final mais elevada, igual a uma melhor perceção de qualidade de vida. Contudo, é necessário inverter os itens 3,4, e 26 (recodificar: 1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1) devido ao conteúdo da questão. (Serra et al., 2016)

Desta forma, reuniu-se os dados e colocou-se em tabelas para organizar com o objetivo de analisar e utilizar métodos de investigação para verificar se existe associações entre os dados.

7.3. Procedimento

O estudo foi realizado em duas unidades diferentes na Santa Casa da Misericórdia de Albergaria-a-Velha -no centro de dia e na residência- no período de 19 de fevereiro a 12 de março de 2020 sendo realizadas entrevistas aos utentes desta instituição. Participaram também duas supervisoras da instituição com o objetivo de auxiliar no primeiro contato.

Existiu diversos critérios para a seleção da amostra, nos quais consistiam em: Doentes com o diagnóstico de demência; maiores de 18 anos; conscientes; com capacidade cognitiva e de compreensão, e que aceitassem participar no presente

estudo; é imprescindível que os indivíduos fossem capazes de compreender o estudo e dar o seu consentimento. Os selecionados

tiveram que dispor o diagnóstico de demência, devidamente assinado pelo um profissional de saúde.

No total foram entrevistados 11 utentes, tendo somente 4 entrevistas com os questionários completos.

O procedimento para a interpretação da recolha de dados dos questionários depende da forma de como a análise é realizada em cada um destes instrumentos.

No início de cada questionário era explicado o procedimento de cada um deles, tal como o seu objetivo; de seguida, era esclarecido que qualquer situação de fadiga ou cansaço do participante era razão para interromper a sessão sem prejudicar o rendimento da mesma.

Após o preenchimentos e conclusão das sessões, procedeu-se à análise dos dados. O tratamento de dados pretende codificar, categorizar e agrupar os dados numa base de dados específica, neste caso no Excel, com sentido e adequado aos objetivos do projeto.

Foi realizada uma análise dos dados quantitativos recolhidos através de estatística descritiva, determinando os aspetos fulcrais e correlacionando aspetos entre os questionários.

8. Resultados

O total de participantes foram 11 indivíduos, tendo somente 4 questionários completos, sendo a duração média de entrevista de 1 hora.

A idade média foi de 85 anos; em relação à etnia dos participantes eram todos caucasianos. Quanto à escolaridade 50% (n=2) dos utentes terminaram o ensino primário, e os outros 50% (n=2) terminaram o ensino básico (Tabela 4).

A maioria dos participantes eram do sexo feminino, sendo 25% (n=1) do sexo masculino (Tabela 4).

Todos os participantes eram católicos, porém somente 50% (n=2) é praticante desta religião (Tabela 4).

Duas participantes estão, neste momento, viúvas 50% (n=2) e os outros dois encontram-se casados 50% (n=2) (Tabela 4).

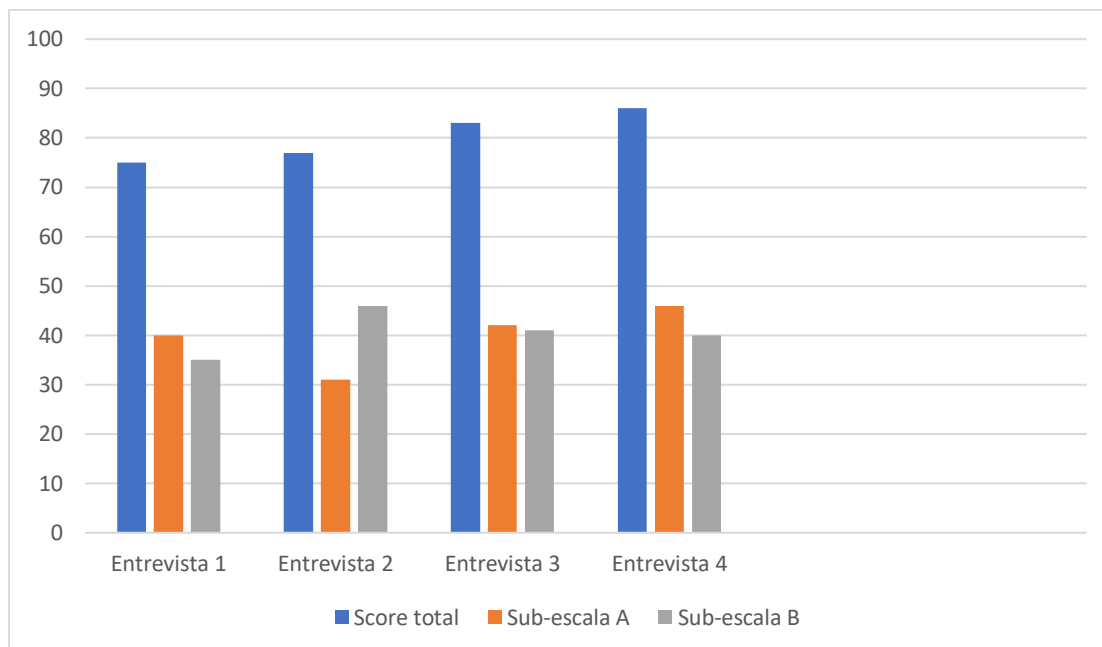
Somente uma participante (n=1) se encontra com uma patologia a nível biológico que provoca certas limitações, tendo sido diagnosticada com Parkinson.

Tabela 4 - Caracterização sociodemográfica da amostra

<i>Características</i>		<i>Total (%)</i>
Sexo	Feminino	3 (75%)
	Masculino	1 (25%)
Idade	80-90	4 (100%)
Escolaridade	1-4º	2 (50%)
	7-9º	2 (50%)
Estado Civil	Casado(a)	2 (50%)
	Viúvo(a)	2 (50%)
Agregado familiar	3	2 (50%)
	Não se Aplica	2 (50%)
Religião	Católica	4 (100%)
	Praticante	2 (50%)
	Não praticante	2 (50%)
Atualmente doente	Sim	1 (25%)
	Não	3 (75%)
Forma de administração do questionário	Pelo entrevistador	4 (100%)

O primeiro instrumento a ser utilizado foi nomeadamente o da “Nova Escala Sexual” no qual obtive os seguintes resultados:

Gráfico 1 - Resultados do instrumento "Nova Escala Sexual"



Neste caso em concreto, como estão incluídos dois/duas participantes que se encontram viúvos/as, as questões foram relativamente às suas relações anteriores. (Tabela 4)

Tabela 5- Scores ponderados por pontuação total e subescala da "Nova Escala Sexual"

Score total	Subescala		Subescala		
	A		B		
Média	80.25	Média	39.75	Média	40.50
Erro-padrão	2.56	Erro-padrão	3.17	Erro-padrão	2.25
Mediana	80	Mediana	41	Mediana	40.50
Desvio-padrão	5.12	Desvio-padrão	6.34	Desvio-padrão	4.51
Variância da amostra	26.25	Variância da amostra	40.25	Variância da amostra	20.33
Mínimo	75	Mínimo	31	Mínimo	35
Máximo	86	Máximo	46	Máximo	46

Soma	321	Soma	159	Soma	162
Maior (1)	86	Maior (1)	46	Maior (1)	46
Menor (1)	75	Menor(1)	31	Menor (1)	35
Nível de confiança (95,0%)	8.15	Nível de confiança (95,0%)	10.10	Nível de confiança (95,0%)	7.18

O que se torna interessante nesta observação é principalmente às entrevistas 1 e 2 que representam um casal de idosos, no qual se pode verificar uma discrepância entre a subescala B (Centração no parceiro e na atividade sexual) em ambas. (Gráfico 1)

A entrevista 1 (sexo masculino) apresenta uma insatisfação em cerca de aproximadamente 35 pontos em relação à entrevista 2 (sexo feminino) que possui uma cotação de 46 pontos, no qual também não se encontra totalmente satisfeita, contudo, observa-se uma diferença de 9 pontos. (Gráfico 1)

Em relação ao *score* total, a entrevista 1 e 2 encontram-se semelhantes em termos de satisfação sexual, tendo a primeira com 75 pontos e a segunda entrevista com 77 pontos. (Gráfico 1)

A terceira e a quarta entrevista foram realizadas a participantes que se encontravam viúvas, tendo uma delas a melhor pontuação de todos a nível de *score* total (86 pontos). (Tabela 5)

A pontuação mais baixa encontra-se na subescala A (Centração no Eu) com 31 pontos pertencendo à entrevista 2. (Tabela 5)

O casal inserido na amostra encontra-se mais insatisfeito a nível sexual do que as participantes que se encontram viúvas devido aos obstáculos a nível sexual no processo da terceira idade, referidos nesta dissertação (não tendo diagnóstico de nenhuma disfunção sexual) e à falta de comunicação acerca da sexualidade entre si.

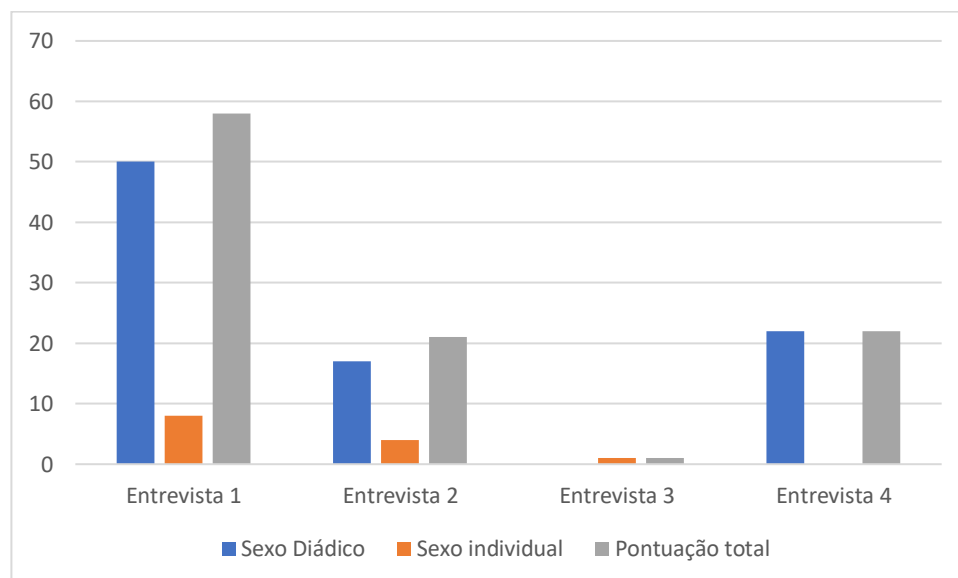
Procedeu-se a uma correlação entre os participantes com baixa escolaridade (1^o- 4^oano) e os com uma escolaridade mais alta (7^o - 9^o ano) em relação ao *score* total do instrumento "Nova Escala Sexual" o que determinou o seguinte: $r=1$; isto significa que existe uma correlação perfeita entre as duas variáveis (escolaridade e *score* total) tendo os participantes com a escolaridade mais baixa possuindo a maior pontuação de *score* total comparativamente ao resultado do NES (Nova Escala Sexual) dos participantes com a escolaridade mais alta. O *score* mais alto, significa que existe uma maior satisfação sexual entre os participantes com a

escolaridade mais baixa do que os participantes com a escolaridade mais alta. (Tabela 4 e Gráfico 1)

Realizou-se uma correlação entre o *score* total da “Nova Escala Sexual” e a pontuação total do “IDS-2” o que resultou em $r=0,14$ o que demonstra uma correlação fraca. (Gráfico 1 e Gráfico 2)

Contudo, correlacionou-se a subescala A com a cotação do “Sexo individual” e resultou em $r=-0,99$, ou seja, o *score* de uma variável pode ser determinado ao se saber o *score* da outra. O mesmo realizou-se com a subescala B e “Sexo diádico” obtendo $r=-0,14$ o que não demonstra correlação significativa. (Gráfico 1 e Gráfico 2)

Gráfico 2 - Resultados do "Inventário de desejo sexual" (IDS-2)



No gráfico pode-se verificar que a entrevista que obteve maior pontuação entre todas foi nomeadamente a entrevista 1 com 58 pontos de cotação.

(Gráfico 2)

Verifica-se uma discrepância entre a pontuação da entrevista 1 (58 pontos) e a entrevista 2 (21 pontos). Neste caso, como os participantes são casados, tal diferença significativa interessa, pois desta forma, demonstra a diferente satisfação tanto pelo sexo diádico (a sua frequência) como pelo sexo individual. (Gráfico 2)

Na modalidade do sexo diádico observou-se uma significância relevante entre a entrevista 1 e 2 com 50 pontos na primeira, e 17 pontos na segunda.

(Gráfico 2 e Tabela 6)

A pontuação mais baixa de todos os participantes foi a entrevista 3 com um total de 1 ponto. Nesta entrevista poderá existir alguma patologia subjacente que origine estes resultados. (Gráfico 2)

Tabela 6 - Scores ponderados por modalidades do instrumento "IDS-2"

Sexo Diádico		Sexo Individual	
Média	22.25	Média	3.25
Erro-padrão	10.38	Erro-padrão	1.80
Mediana	19.50	Mediana	2.50
Desvio-padrão	20.76	Desvio-padrão	3.59
Variância da amostra	430.92	Variância da amostra	12.92
Mínimo	0	Mínimo	0
Máximo	50	Máximo	8
Soma	89	Soma	13

Maior(1) 50 Maior(1) 8

Menor(1) 0 Menor(1) 0

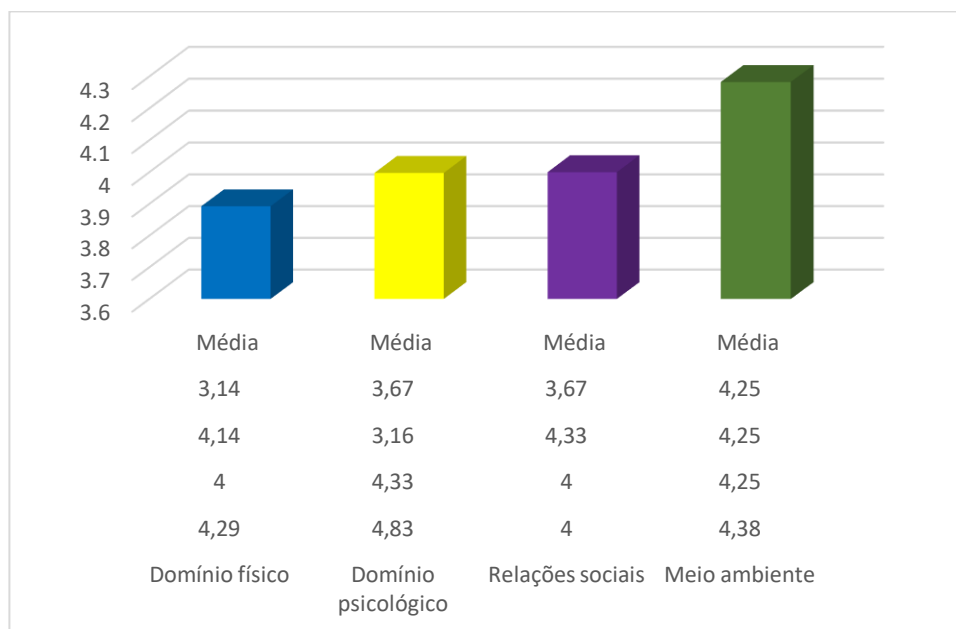
Nível de confiança 33.03 Nível de confiança 5.72
 (95,0%) (95,0%)

Após a análise dos dados de ambos os questionários, prosseguiu-se com a correlação entre o *score* total da “Nova escala sexual” com a pontuação total do IDS-2.

Concluiu-se que $r = -0,66$ sendo considerada uma correlação forte negativa entre ambos os instrumentos.

Também se regista a observação de que os valores mais baixos no questionário do IDS-2 nas entrevistas (entrevistas 3 e 4) pertencem a participantes que apresentavam sinais de demência mais acentuados do que os restantes, contudo a limitação de dados não permitiu que se recolhessem mais participantes para se verificar se existia uma associação ou não.

Gráfico 3 - Resultados do questionário sobre a "Qualidade de vida"



No questionário WHOQOL-BREF, que avalia a qualidade de vida, as pontuações foram relativamente positivas, principalmente no domínio do "Meio ambiente" (com um total de média de 85.65%) e o de "Relações sociais" (com um total de média de 80%). (Gráfico 3)

O domínio físico e o domínio psicológico tiveram médias mais baixas, porém ainda bastante positivas com um total de 77.85% no primeiro e 79.95% no segundo domínio. (Gráfico 3)

Tabela 7 - Scores ponderados por domínios do instrumento "WHOQOL-BREF"

<i>Domínio Físico</i>		<i>Domínio Psicológico</i>		<i>Relações Sociais</i>		<i>Meio Ambiente</i>	
Média	3.89	Média	4.00	Média	4	Média	4.28
Erro-padrão	0.26	Erro-padrão	0.37	Erro-padrão	0.13	Erro-padrão	0.03
Mediana	4.07	Mediana	4	Mediana	4	Mediana	4.25
Desvio-padrão	0.52	Desvio-padrão	0.73	Desvio-padrão	0.27	Desvio-padrão	0.06
Variância da amostra	0.27	Variância da amostra	0.54	Variância da amostra	0.07	Variância da amostra	0.00
Mínimo	3.14	Mínimo	3.16	Mínimo	3.67	Mínimo	4.25
Máximo	4.29	Máximo	4.83	Máximo	4.33	Máximo	4.38
Soma	15.57	Soma	15.99	Soma	16	Soma	17.13
Contagem	4	Contagem	4	Contagem	4	Contagem	4
Maior(1)	4.29	Maior(1)	4.83	Maior(1)	4.33	Maior(1)	4.38

Menor(1)	3.14	Menor(1)	3.16	Menor(1)	3.67	Menor(1)	4.25
Nível de confiança (95,0%)	0.82	Nível de confiança (95,0%)	1.17	Nível de confiança (95,0%)	0.43	Nível de confiança (95,0%)	0.10
Percentagem média do domínio físico	77.85 %	Percentagem média do domínio físico	79.95%	Percentage m média do domínio físico	80%	Percentage m média do domínio físico	85.65%

O desvio-padrão nos domínios do instrumento "WHOQOL-BREF" (Domínio físico ± 0.52 ; Domínio psicológico ± 0.73 ; Domínio relações sociais ± 0.27 ; Domínio meio ambiente ± 0.06) não dispersaram em relação à média das cotações. (Tabela 7)

De seguinte correlacionou-se o *score* total do instrumento "Nova escala sexual" com cada domínio do instrumento "Qualidade de vida" ao qual houve forte correlação entre:

- *Score* total – Domínio físico: $r = -0.76$ (correlação negativa);
- *Score* total- Domínio psicológico: $r = -0.85$ (correlação negativa);
- *Score* total – Domínio meio ambiente: $r = -0.68$ (correlação negativa).
- *Score* total – Domínio das relações sociais: $r = -0.23$ (correlação pequena).

Com isto significa que o valor do *Score* total aumenta ou diminui em relação ao valor do domínio físico, psicológico ou do meio ambiente (ou vice-versa). Deste modo, a pontuação do NES não entra em concordância

com nenhuma pontuação dos domínios apresentados acima, ou vice-versa, quando se obtém uma boa pontuação no domínio psicológico (por exemplo) a pontuação do score total da satisfação sexual diminui. Ambas as pontuações (domínio psicológico e score total) não ficam em equilíbrio, o que significa que se o indivíduo obter uma boa pontuação no domínio psicológico (o que é positivo, porque significa que o participante se sente bem psicologicamente) não significa que irá ter uma boa pontuação na satisfação sexual.

No domínio físico e do meio ambiente serve o mesmo; uma boa pontuação a nível físico (o que significa que o indivíduo não possui grandes desconfortos físicos) não garante uma satisfação sexual plena, apesar de a nível físico ter condições para realizar a atividade sexual.

Surpreendentemente um bom meio ambiente não iguala a uma boa satisfação sexual do indivíduo, mesmo que tenha as condições para tal.

A correlação do score total com o domínio das relações sociais foi pequena, sem significância estatística.

Por seguinte, iniciou-se a correlação entre todos os domínios do questionário da "Qualidade de vida" com as modalidades do questionário do "Inventário de desejo sexual-2".

Nisto, observou-se os seguintes resultados:

- Domínio "Físico" – "Sexo diádico": $r=0.16$;
- Domínio "Físico" – "Sexo individual": $r=0.69$
- Domínio "Psicológico" – "Sexo diádico": $r=0.87$;
- Domínio "Psicológico" – "Sexo individual": $r=0.90$;
- Domínio "Relações sociais" – "Sexo diádico": $r=0.43$;
- Domínio "Relações sociais" – "Sexo individual": $r=0,11$;
- Domínio "Meio ambiente" – "Sexo diádico": $r=0.89$;
- Domínio "Meio ambiente" – "Sexo individual": $r= 0.88$.

Curiosamente, existe mais influência no domínio físico em relação ao sexo individual do que ao sexo diádico, o que significa que, o indivíduo tem de ter condições físicas que o permitam possuir o desejo sexual, pensamentos sexuais. Em relação ao sexo diádico, o domínio físico não possui significância estatística.

Como pode ser observado através dos resultados, há uma correlação positiva entre o domínio psicológico e o sexo individual (dado que é a correlação mais forte de todos os resultados), portanto são as duas dependentes uma da outra, ou seja o estado psicológico do indivíduo influencia a forma como este interpreta o sexo individual e como o pratica (e.g: masturbação).

O domínio psicológico influencia a o sexo diádico, o que seria de esperar, devido à parte psicológica que o ato sexual exige ao indivíduo, nomeadamente o processamento de emoções do mesmo.

O domínio das relações sociais possui uma influência em relação ao sexo diádico, contudo não possui tanta como por exemplo o domínio psicológico em relação ao sexo diádico. No entanto, a relação entre o domínio das relações sociais e o sexo diádico dá-se devido ao convívio com outras pessoas, e o relacionamento com outros que pode dar margem ao próprio indivíduo para ganhar uma perspetiva em relação ao ato sexual. O domínio das relações sociais com o sexo individual não possui dependência um do outro.

O mesmo serve para o domínio do “Meio Ambiente” que demonstra ser influente no sexo diádico, ou seja, as condições do meio influenciam o indivíduo na atividade sexual com o companheiro/a. Se este não possuir um bom meio ambiente e as condições favoráveis para realizar o ato sexual, o ato não se realiza ou não obtêm a mesma satisfação.

- **Parte observacional da entrevista**

Durante a recolha de dados dos questionários foi possível observar a linguagem corporal dos participantes tal como outras informações acerca das experiências pessoas de cada indivíduo.

O “quebra-gelo” no início da entrevista foi necessário e verificou-se um estado de nervosismo e ansiedade em todos os participantes pelo tema da sexualidade. Só foi possível avançar com a entrevista após explicar aos participantes em que é que os questionários consistiam e iniciar uma pequena introdução acerca do mestrado e da dissertação.

Todos os participantes começaram por partilhar os seus sentimentos em relação ao próprio casamento, as experiências positivas e negativas pelas quais já passaram, a dinâmica entre o casal e a sua intimidade. Também foi questionado aos participantes qual a sua interpretação da sexualidade e o que era para estes uma vida sexual saudável. Nesta lógica, as participantes do sexo feminino responderam numa interpretação de submissão ao marido, e na qual a sexualidade existia somente para proporcionar prazer ao parceiro e para manter o casamento ativo. A troca de carícias e afetos dá sempre início à atividade sexual, contudo não é algo que esteja presente no quotidiano do casal. Uma vida sexual saudável é poder corresponder às necessidades do parceiro, de acordo com as participantes.

Os participantes de sexo masculino possuem outra visão, no qual sugerem que a sua interpretação consiste na expressão de sentimentos e de uma necessidade de prazer e de impulso sexual que estes detêm. Uma vida sexual saudável, para o sexo masculino, é poder realizar as atividades sexuais sempre que possível e quando existe um impulso sexual por parte do homem.

Também se observou que as participantes do sexo feminino tiveram mais facilidade em partilhar as experiências, tal se verifica também na adesão ao próprio estudo, do que os participantes masculinos; contudo, os participantes do sexo masculino expressaram mais facilidade em responder aos questionários do que as participantes do sexo feminino, principalmente no questionário da “Nova Escala Sexual” na subescala de “Centração no parceiro e na atividade sexual” revelando uma certa insegurança na expectativas do parceiro em relação à atividade sexual com as mesmas.

No que respeita às questões de investigação inicialmente formuladas, é possível recolher as seguintes conclusões:

1. O paciente sabe-se identificar como ser individual? Nome? Idade?
 - Todos os participantes souberam-se identificar como ser individual e afirmar o seu nome, contudo existiram dificuldades na idade devido a grau de demência (moderada). A idade de cada participante foi verificada com a instituição.

2. O paciente define o seu género? E a sua orientação sexual?
 - Todos os utentes foram capazes de definir o seu género e a sua orientação sexual.

3. Qual a perceção que o indivíduo tem de si? Como se define?
- Um dos factos que se observou nas quatro entrevistas foi exatamente a dificuldade de se definir, principalmente quando uma questão como “Tem/tinha uma vida sexual ativa?”. Verificou-se uma dificuldade de afirmação individual, ou até mesmo uma interpretação própria, acerca da sexualidade sem referir o companheiro em exemplos como “Não sei o é que o meu esposo/esposa acha, se a nossa vida sexual é boa ou não”.
 - Parece existir uma dependência cognitiva do companheiro, principalmente da interpretação sexual do mesmo, ou da sua opinião.
4. Quais os obstáculos/dificuldades que o paciente possui no quotidiano?
- Os principais obstáculos que os utentes possuem no quotidiano é nomeadamente a nível físico, como por exemplo subir as escadas, ser independente a nível de higiene e pessoal. Também se verificou dificuldades na memória, como lembrar-se de tarefas ou situações importantes e marcantes na vida do indivíduo.

- A nível sexual a principal dificuldade consiste em encontrar disponibilidade no companheiro/a ou relacionado com a libido/ereção. O alcance e a qualidade de um orgasmo também constituem um obstáculo.

5. Qual o grau de satisfação com a vida?

- No geral todos os participantes tiveram uma pontuação razoável a boa no WHOQOL-BREF. No entanto três participantes afirmaram ter pensamentos ou sentimentos negativos tais como desespero, ansiedade ou depressão.

6. O paciente tem dificuldade em estabelecer e manter relações sociais com outros indivíduos?

- Das quatro entrevistas somente um participante possui dificuldade em se relacionar ou manter relações sociais com outros indivíduos, por desequilíbrio de formação académica ou a nível cognitivo.

7. O paciente tem dificuldade em iniciar ou manter uma interação social?

- Um dos participantes detém dificuldades em iniciar e manter uma interação social; neste verifica-se indícios de depressão (confirmados pela instituição).

8. Como é que o paciente define a sexualidade?

- Um dos participantes define a sexualidade como um meio para atingir o prazer, mas também como forma de expressão do sentimento que possui pelo companheiro/a. Os restantes participantes tiveram definições semelhantes, no qual definiam como um meio para a procriação e para satisfazer os companheiros/as.

9. Como é que o paciente interpreta a sexualidade?

- Todos os participantes possuem a variável da religião em relação à interpretação da sexualidade. Esta verifica-se especificamente no sexo individual (masturbação) onde todos os participantes demonstraram este ato como impensável, considerando-o pecado.

- Todos os participantes interpretam a sexualidade de forma básica sem considerar certos aspetos como os preliminares, e a maioria só realiza de forma a proporcionar prazer ao parceiro/a. Os pensamentos sexuais com outras pessoas sem ser o parceiro/a forma negadas, sendo interpretadas como uma forma de traição no casamento.

10. O paciente tem algum desvio sexual?

- Os três participantes com cotações baixas no IDS-2 revelam alguma hiposexualidade, contudo não se pode afirmar devido a outros parâmetros que devem de ser avaliados como um conjunto.

11. O paciente tem dificuldade em se envolver emocionalmente ou sexualmente com alguém?

- Todos os participantes tiveram respostas bastante positivas na questão do NES "O meu à-vontade emocional durante o sexo?", onde se pode assegurar de que, de modo geral, se sentem confortáveis em se envolverem emocional com o parceiro/a.

- A nível sexual todos tinham facilidade em se envolver sexualmente com o parceiro/a.

9. Discussão

Este estudo é a primeira etapa da investigação acerca da sexualidade na demência, tendo como objetivo principal a aplicação de instrumentos tal como verificar a abertura dos participantes para dialogar de um tema tabu na sociedade, como se verifica hoje em dia.

Os *scores* ponderados no *score* total e nas subescalas da “Nova Escala Sexual” não se mantiveram dentro da variação da média, possuindo um desvio-padrão muito inferior à média, tanto no *score* (± 5.12) como na subescala A (± 6.3) e na subescala B (± 4.50) revelando uma grande dispersão dos valores, ou seja, existe uma grande variabilidade em relação à média amostral. Nenhuma das pontuações (*score* total, subescala A e subescala B) se aproximou da média da amostra, revelando valores muito individuais no questionário.

A correlação entre os participantes com baixa escolaridade e a alta pontuação do instrumento “Nova Escala Sexual” demonstraram uma significância estatística em relação aos que possuíam uma escolaridade mais alta, contudo com uma pontuação mais baixa. Esta correlação significa que as duas variáveis se movem em perfeita proporção na mesma direção. Existe uma interdependência das duas variáveis, uma analogia entre as mesmas, tendo os participantes com baixa escolaridade tendo uma pontuação mais alta do NES comparativamente aos participantes com a escolaridade mais alta.

Diversos fatores como a idade, o estado civil, a parentalidade e a escolaridade podem ter um impacto sobre o desejo sexual do indivíduo. escolaridade (Ammar & Widmer, 2013; Beutel et al., 2008; Carvalheira, Træen & Štulhofer, 2014; Levine, 2002; 2003; Peña et al., 2016; Quinta Gomes & Nobre, 2014).

Outro fator a ter em conta nesta análise foi relativamente à pontuação da entrevista 4 onde obtive a melhor pontuação do NES. Neste caso, trata-se de uma viuvez, onde se corre o risco de poder “romantizar” a relação passada, ou até poder “bloquear” aspetos negativos desta. É natural quando o passado é relembrado, especialmente por indivíduos em luto, reavaliar as perceções e interpretações de eventos e decisões que foram realizadas quando o companheiro estava vivo. Principalmente os indivíduos com sintomas de depressão ou ansiedade, como se verificava neste caso, possuem uma visão distorcida da realidade. (Migueis, 2013)

De acordo com a teoria cognitiva de Gauthier e Marshall, o luto pode ficar distorcido se existirem tentativas para o inibirem. Por exemplo, o enlutado pode acreditar que é negativo pensar no falecido devido à dor que as memórias possuem, ficando intolerável. (Gauthier & Marshall; 1977)

Este caso em específico, o participante estava a processar um luto bastante doloroso para o mesmo, o que pode influenciar a forma como este se lembra das memórias passadas.

Foi um fator surpresa para a análise o facto de que o *score* total do NES não demonstrar simultaneamente uma ideia de cotação em relação à pontuação do IDS-2, ou seja, não existe garantias que uma boa pontuação no NES seja uma boa pontuação no IDS-2. A satisfação sexual não assegura uma boa pontuação no desejo sexual.

O desejo sexual é caracterizado como um dos fatores que possui maior influência para a satisfação sexual e relacional, contudo, depende dos níveis de desejo no casal que podem estar mais, ou menos equilibrados, ou é possível acontecer uma situação de discrepância como foi possível observar na entrevista 1 e 2.

As mulheres sexualmente satisfeitas e sem patologia sexual podem não apresentar desejo sexual espontâneo ou experienciá-lo através de pensamentos ou sonhos eróticos. (Basson, 2000)

Relativamente ao IDS-2 as pontuações da modalidade "Sexo diádico" (± 20.75) e do "Sexo individual" (± 3.59) mantiveram-se dentro da variação da média da amostra, não existindo grande dispersão dos dados. Desta forma, os valores da pontuação de ambas as modalidades não se afastaram significativamente da média dos resultados, não existindo uma pontuação que se afaste bastante dos restantes valores. Considera-se que os valores foram equilibrados em relação uns aos outros, não obtendo grande diferenças entre as pontuações.

A correlação da subescala A com a cotação do “Sexo individual” resultou numa correlação em sintonia, movendo-se as duas variáveis na mesma direção, aumentando simultaneamente. A pontuação da subescala A aumenta de acordo com a pontuação da cotação do “Sexo individual”, o que demonstra um grande impacto em ambas. De acordo com os resultados dos participantes, a pontuação da subescala A estava coerente com a cotação do “Sexo individual” o que faz o total sentido, visto que a subescala A no questionário NES avalia a “Centração no Eu”, logo analisa a atividade sexual do próprio, e a sua consistência em ambos os questionários (IDS-2 e o NES).

Após a análise da correlação nos questionários “Nova Escala Sexual” e o “IDS-2” verificou-se que existia uma correlação forte negativa entre ambos os instrumentos, ou seja, as variáveis de ambos diminuem ao mesmo tempo (o *score* total do NES e o *score* total do IDS-2). Com isto, a pontuação total da “Nova Escala Sexual” não é linear com a pontuação geral do IDS-2, logo a satisfação sexual não submete à frequência e ao desejo sexual de cada indivíduo, quando uma das pontuações aumenta, a outra tende a diminuir, nunca estando em coerência. A quantidade de vezes que a atividade sexual é realizada não garante o desejo sexual, principalmente nas participantes de sexo feminino, pois só realizavam a atividade sexual para proporcionar prazer ao parceiro e não pelo o próprio desejo sexual em relação ao outro.

A dimensão biológica da sexualidade é importante na questão dos desejos e comportamento sexuais, principalmente porque, estes estão intimamente

ligados às hormonas sexuais, à idade e à figura corporal. (López & Fuertes, 1999)

No modelo de Basson pode-se verificar as diversas diferenças do ciclo de resposta sexual masculino e feminino, caracterizando-se como essenciais à resposta sexual feminina elementos como o bem-estar, a aceitação do parceiro, o amor, o compromisso, a intimidade, a afeição e o romance. Este modelo afirma que a resposta sexual masculina é fortemente influenciada pela componente hormonal, enquanto que as mulheres possuem um desejo sexual mais instável. Esta instabilidade tem razão devido a diversos fatores que dependem de vários contextos como por exemplo a manifestação de vasoconstrição, excitação e da estimulação. (Peralta, 2010).

A diferença entre o desejo e a própria frequência sexual que o indivíduo possui é designado por “discrepância de desejo sexual”, este termo, está normalmente associado com uma baixa satisfação a nível da relação do casal. (Velten & Margraf; 2017)

Lau et al. afirma que a crença e que o marido deve iniciar sempre as interações sexuais, está associado a uma baixa satisfação conjugal entre esposas.

A correlação entre o *score* total do instrumento NES com os domínios do WHOQOL-BREF demonstrou existir uma correlação forte negativa entre o *score* total e os domínios físico, psicológico e meio ambiente.

Esta situação é semelhante à correlação acima, ou seja, quando o *score* total do NES aumenta, os domínios físicos, psicológico e do meio ambiente diminui ou vice-versa. Esta disposição pode dar-se devido às dores físicas presentes no domínio físico, às emoções negativas presentes no domínio psicológico, ou ao meio ambiente, ou seja, as condições que o indivíduo vive pode não permitir desfrutar de uma boa satisfação sexual. O domínio físico e o domínio psicológico são os que mais interferem na satisfação sexual devido ao seu impacto na própria atividade sexual; não se pode esperar que um indivíduo com dores físicas ou com uma depressão possa obter uma plena satisfação sexual.

A presença de uma patologia, estados emocionais como a tristeza, redução da autoestima e o mal-estar psicológico parecem estar associados ao decréscimo de desejo sexual. (Brezsnyak & Whisman, 2004; Carvalheira et al., 2014; Murray & Milhausen, 2012; Peña et al., 2016)

No IDS-2 pôde-se verificar que existia uma correlação entre as diferentes modalidades com os domínios do WHOQOL-BREF; O domínio psicológico correlacionou-se fortemente com o sexo diádico, ou seja, possui influência sobre este. Também se verificou correlação entre este domínio com o sexo individual, no qual não é surpreendente porque o estado psicológico do indivíduo e as suas crenças ou valores influenciam fortemente a perceção que este tem sobre o sexo individual, principalmente em questões como a masturbação.

Observou-se que o domínio do meio ambiente tem forte correlação com o sexo diádico e individual, ou seja, depende das condições do meio do indivíduo ou influencia o desejo sexual em ambas as modalidades (sexo diádico e sexo individual).

As restantes correlações são positivas, e de força moderada a forte.

10. Resumo e perspetivas

A importância deste estudo e da análise de dados realizada demonstrou diversos aspetos interessantes e que podem ser aprofundados com uma amostra e exploração adequadas.

As investigações em torno deste tema aumentaram, contudo, não é suficiente para compreender certos aspetos desta área, especialmente na terceira idade.

Apesar destas observações é necessário ter em conta que o comportamento humano, especialmente em área como a psicologia, é difícil de prever.

Não existem estudos que facultem informações e conhecimentos acerca da sexualidade na demência, e por isso, é necessário que se inicie um aprofundamento acerca do tema, especialmente para se desmitificar a sexualidade na demência, na terceira idade e nos cuidados paliativos.

Como se pôde observar, o meio ambiente possui correlação com o coito, portanto é preciso possuir as condições adequadas para se poder concretizar, tal como a sua total privacidade.

No presente estudo-piloto foi realizado, através de instrumentos, a recolha de questões acerca da satisfação sexual e a construção multidimensional do desejo sexual.

Um dos instrumentos utilizados, nomeadamente o IDS-2 (Inventário de desejo sexual) foi traduzido para efeitos do presente estudo-piloto, o que

salienta a necessidade de validação desta escala para a população portuguesa.

O objetivo do estudo-piloto foi analisar o impacto que a demência possui na vida dos seus portadores, nomeadamente na satisfação sexual e no desejo sexual. Seria de uma mais valia que, futuramente, se aprofundasse a relação entre a frequência da atividade sexual com o desejo sexual, e como o papel social e de género que existe, influencia neste aspeto.

Deve ser ressaltado que ainda existe uma considerável necessidade de investigação em relação à sexualidade na demência. Os resultados obtidos do presente estudo-piloto deverão ser averiguados nos próximos estudos devido à amostra pequena em que são baseados, para futuramente, poder formar uma boa base estatística totalmente fiável.

Os resultados do estudo piloto revelaram-se um projeto interessante com probabilidades elevadas de sucesso, de modo a que outros investigadores que se possam propor a avançar com outros estudos possam consultar o mesmo. A metodologia e os instrumentos de avaliação e recolha de dados utilizados nesta dissertação poderão vir a ser úteis para investigadores que procurem explorar este tema com uma amostra mais abrangente.

11. Conclusão

A investigação empírica depara-se com diversos desafios, nomeadamente explorar num outro contexto social, com uma amostra maior, e com outras possíveis variáveis que possam surgir durante o processo.

Além do que, ficam por investigar outras características específicas da área de conhecimento e como se relacionam com as diferentes crenças ou até mesmo com o comportamento humano, no qual se sabe o quão imprevisível pode ser.

Com este estudo, concluiu-se de que a interpretação da sexualidade é grandemente influenciada pelo papel social do indivíduo e pelas suas crenças, principalmente no sexo feminino. Esta observação foi confirmada no aspeto observacional da entrevista, quando as participantes do sexo feminino afirmaram que a sexualidade existia somente para proporcionar prazer ao parceiro e para manter o casamento ativo.

Os resultados também serviram para demonstrar que apesar de um casal da terceira idade possuir uma vida sexual ativa, a discrepância existe na satisfação do sexo diádico e no sexo individual, principalmente pela sua frequência.

Observou-se que os participantes com sinais de demência mais acentuados, foram os que obtiveram os valores mais baixos no questionário IDS-2, ou

seja, o seu desejo sexual é bastante inferior à média. No entanto, a limitação da amostra não permitiu uma recolha de dados maior para verificar se um desejo sexual hipoativo está associado à demência.

O estado psicológico do indivíduo também demonstrou ter um impacto em como este interpreta o sexo individual e como o pratica.

Serviu para alertar, mais uma vez, de que os idosos possuem um papel sexual ativo e que não podem de forma alguma ser-lhes negligenciado este direito, desta forma, a sociedade necessita de uma modificação de comportamento para com esta faixa etária em específico.

Este estudo teve origem de uma curiosidade pelo tema da sexualidade e quais os fatores que podiam influenciar, as consequências de certas patologias de foro psicológico neste âmbito, e como um todo, uma paixão pelos cuidados paliativos.

Por esta mesma razão, procurei as lacunas existentes nesta unidade de cuidados de saúde para poder contribuir, de forma a poder proporcionar uma boa qualidade de vida (em todos os aspetos, até mesmo os que por vezes são esquecidos) a quem merece, até ao fim da sua vida.

É um direito destes pacientes manter todas as áreas da sua vida, e obter a felicidade e o prazer nas mesmas atividades que um indivíduo que não se encontra nos cuidados paliativos.

Apesar das limitações encontradas neste estudo piloto, entre elas a pandemia pelo COVID-19, a pouca aderência a questionários acerca deste tema, e o escasso tempo para recolher uma amostra maior e explorar as entrevistas de um outro modo, foi um prazer realizar esta dissertação.

Neste sentido, sugiro que em propostas futuras se aprofunde a sexualidade e o impacto desta em diversas áreas do ser humano, tais como em várias patologias do foro psiquiátrico que ainda não foram totalmente exploradas, principalmente nos transtornos dissociativos; O impacto do isolamento social na percepção da sexualidade e dos relacionamentos íntimos; O burnout e a sexualidade, no qual poderia ser interessante verificar se existe uma tendência para prestar grande significância à sexualidade no burnout (utilizado como "escape") ou pouca importância. Outra proposta de grande interesse seria observar se os utentes em cuidados paliativos teriam diminuição de dor ou uma melhor qualidade de sono tendo uma vida sexual ativa ou se não possui impacto positivo nestas áreas do doente.

Para concluir, as experiências que esta dissertação me proporcionou foram inigualáveis em termos de conhecimento e pesquisa. Foram diversas as áreas que explorei para poder formar a minha dissertação com a melhor qualidade que posso, e dar tudo como estudante académica neste âmbito.

O COVID-19 pode ter sido prejudicial em várias maneiras para a população em geral, no entanto, não foi capaz de destruir sonhos nem objetivos académicos.

Agradeço pela oportunidade que pude ter, tal como todo o apoio que me foi proporcionado.

Magda Brandão

12. Bibliografia

1. Akkerman, R. L., & Ostwald, S. K. (2004). Reducing anxiety in Alzheimer's disease family caregivers: The effectiveness of a nine-week cognitive-behavioral intervention. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 19(2), 117–123. <https://doi.org/10.1177/153331750401900202>;
2. Ammar, N., & Widmer, E. D. (2013). Sexual desire and the style of conjugal interactions. *Sexologies*, 22, 81-87. doi:10.1016/j.sexol.2013.05.001;
3. Andersen B. L. (1989). Health psychology's contribution to addressing the cancer problem: update on accomplishments. *Health psychology :official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 683–703;
4. Araújo, A. Q. C. (2013). Prionic diseases. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 71(9B), 731-737. <https://doi.org/10.1590/0004-282X201301461>;
5. Archibald, C. (2002). Sexuality and dementia in residential care-whose responsibility? *Sexual and Relationship Therapy*, 17(3), 301–309. <https://doi.org/10.1080/14681990220149103>;
6. Autoridade de Segurança Alimentar e Económica. (2020). O Prião. *República Portuguesa*. Retirado de: <https://www.asae.gov.pt/seguranca-alimentar/riscos-biologicos/priao.aspx>;

7. Associação para o planeamento da família. (n.d.). Dificuldades e disfunções sexuais nos homens e mulheres. *Sexualidade*. Retirado de: <http://www.apf.pt/sexualidade/dificuldades-e-disfuncoes-sexuais-homens-e-mulheres>;
8. Association, A. P. (2007) 2007 Annual Report. *American Psychologist*, 63(5), 293–333. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.63.5.293>;
9. Ballenger, J. F. (2017). Framing Confusion: Dementia, Society, and History. *AMA Journal of Ethics*, 19(7), 713–719. <https://doi.org/10.1001/journalofethics.2017.19.7.mhst1-1707>;
10. Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression* (Guilford Publications, Ed);
11. Beutel, M. E., Stöbel-Richter, Y., & Brähler, E. (2008). Sexual desire and sexual activity of men and women across their lifespans: results from a representative German community survey. *BJU international*, 101, 76–82;
12. Berger, L., & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas: Uma abordagem global* (Lusodidacta, Ed.). Lisboa;
13. Birren, J. E. (1995). Editorial: New Models of Aging: Comment on Need and Creative Efforts. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne Du Vieillissement*, 14(1), 1–3. <https://doi.org/10.1017/S0714980800010424>;

14. Blausen. (2016). Blausen. Bloqueadores Alfa-Adrenérgicos.
[https://blausen.com/pt-br/video/bloqueadores-alfa-adrenergicos/;](https://blausen.com/pt-br/video/bloqueadores-alfa-adrenergicos/)
15. Bober, S. (2020). UptoDate. Retirado de: Sexuality in palliative care:
<https://www.uptodate.com/contents/sexuality-in-palliative-care;>
16. Boise, L., Congleton, L., & Shannon, K. (2005). Empowering Family Caregivers: The Powerful Tools for Caregiving Program. *Educational Gerontology*, 31(7), 573–586.
[https://doi.org/10.1080/03601270590962523;](https://doi.org/10.1080/03601270590962523)
17. Hagelin, J., Carlsson, H.-E., & Hau, J. (2003). An overview of surveys on how people view animal experimentation: some factors that may influence the outcome. *Public Understanding of Science*, 12(1), 67–81.
[https://doi.org/10.1177/0963662503012001247;](https://doi.org/10.1177/0963662503012001247)
18. Basson, R. (2000). The Female Sexual Response: A Different Model. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26, 51–65.
doi:10.1080/009262300278641;
19. Braak, H., & Braak, E. (1991). Neuropathological staging of Alzheimer-related changes. *Acta Neuropathologica*, 82(4), 239–259.
[https://doi.org/10.1007/BF00308809;](https://doi.org/10.1007/BF00308809)
20. Brannstrom, B., Tibblin, A., & Lowenborg, C. (2000). Counselling groups for spouses of elderly demented patients: A qualitative evaluation study. *International Journal of Nursing Practice*, 6(4), 183–191. <https://doi.org/10.1046/j.1440-172x.2000.00209.x>

21. Brennan, M. J. (2013). The Effect of Opioid Therapy on Endocrine Function. *The American Journal of Medicine*, 126(3), S12–S18. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2012.12.001>;
22. Brezsnyak, M., & Whisman, M. A. (2004). Sexual desire and relationship functioning: The effects of marital satisfaction and power. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 30, 199–217. doi:10.1111/j.1464-410X.2007.07204.x;
23. Bromley, D. B. (1969). *Psicologia do Envelhecimento Humano*. Lisboa: Ed. Ulisseia. 419;
24. Cardoso, J. (2004). Sexualidade e Envelhecimento. *Sexualidade e Planeamento Familiar*, 38/39, 13;
25. Chien, L.-Y., Chu, H., Guo, J.-L., Liao, Y.-M., Chang, L.-I., Chen, C.-H., & Chou, K.-R. (2011). Caregiver support groups in patients with dementia: a meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(10), 1089–1098. <https://doi.org/10.1002/gps.2660>;
26. Coelho, Nelson Ernesto, & Figueiredo, Luís Cláudio (2004). Figuras da intersubjetividade na constituição subjetiva: dimensões da alteridade. *Interações*, IX(17),9-28. ISSN: 1413-2907. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=354/35401702> Coelho, J., N, E., & Figueiredo, L. C. (2004). *Interações*;
27. Coradazzi, A. L., Santana, M., & Caponero, R. (2019). *Cuidados Paliativos: Diretrizes para melhores práticas* (MG Editores (ed.));

28. Costa, J. F. (2005). O vestígio e a aura: corpo e consumismo na moral do espetáculo (Garamond (ed.));
29. Costa, M. A. M. (2002). Cuidar idosos: formação, práticas e competências dos enfermeiros (Formasau (ed.));
30. Carvalheira, A., Træen, B., & Štulhofer, A. (2014). Correlates of Men's Sexual Interest: A Cross-Cultural Study. *The journal of sexual medicine*, 11, 154-164. doi: 10.1111/jsm.12345;
31. Costa, S. (2012). Demência e intervenção familiar: visão guerra sistémica e desenvolvimental. Universidade de Aveiro;
32. Ibrahim, M. A., Li, L., & Wang, P. (2018). The Design of 220kV Substation Grounding Grid with Difference Soil Resistivity Using Wenner and Schlumberger Methods. 2018 China International Conference on Electricity Distribution (CICED), 1, 2525–2530. <https://doi.org/10.1109/CICED.2018.8592188>;
33. Davies, H. et al. (1998). Sexuality and Disability. In Stanley H. Ducharme (Ed.), *Sexuality and Disability*;
34. DeLamater, J. D., & Sill, M. (2005). Sexual desire in later life. *The Journal of Sex Research*, 42(2), 138–149. <https://doi.org/10.1080/00224490509552267>;
35. Devesa, D., Cruz, H., & Simões, J. A. (2013). A Velha Sexualidade nos Idosos de Hoje: Quando Surge a Demência. *Revista ADSO*, 1(2), 29–34. <https://doi.org/10.35323/revadso.12201315>;

36. Dias, J. (2009). *A Satisfação Conjugal, a Depressão e a Sexualidade na terceira idade*. Universidade do Porto;
37. DSM-5. (2014). *Manual de diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (5^o Edição) (American Psychiatric Association (Ed.));
38. Dupuis, S. L., Epp, T., & Smale, B. (2004). *Caregivers of Persons with Dementia: Roles, Experiences, Supports and Coping*. University of Waterloo;
39. Fernández-Ballesteros, R. (2000). *Gerontologia Social. Una introducción* (E. Pirámide., (Ed.));
40. Ferros, L. C. (2005). *A Demência de Alzheimer e Outras Demências em Portugal* (Lidel; (Ed.));
41. Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente* (C. Editores, (Ed.)).
42. Filho, S., Péricles, V., Barros, & Aurélio, M. (1988). Pesquisa em bases de dados. Retirado de Fator Natriurético Atrial: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?!sisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=116450&indexSearch=ID>

43. Finger, W., Lund, M., & Slagle, M. (1997). The Journal of Family Practice. Medications That May Contribute to Sexual Disorders. A Guide to Assessment and Treatment in Family Practice, 33–43.
44. Fonseca, A. (2004). O Envelhecimento: uma abordagem psicológica [Universidade Católica Portuguesa].
<https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/11728>;
45. Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento* (Climepsi Editores, (Ed.)). Lisboa;
46. Fonseca, I. (2014). Retrato social das pessoas com demência no concelho de Vizela Mestrado em Gerontologia Social [Instituto Superior de Serviço Social do Porto].
[https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/7450/1/DISSERTAÇÃO ILDA FONSECA](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/7450/1/DISSERTAÇÃO_ILDA_FONSECA);
47. Gabbard, G. (2009). Tratamento dos transtornos psiquiátricos (Artimed (ed.); 4^o edição);
48. Gallagher-Thompson, D., & Coon, D. W. (2007). Evidence-based psychological treatments for distress in family caregivers of older adults. *Psychology and Aging*, 22(1), 37–51.
<https://doi.org/10.1037/0882-7974.22.1.37>;
49. Gallucci Neto, J., Tamelini, M. G., & Forlenza, O. V. (2005). Revista de Psiquiatria Clínica. *Diagnóstico Diferencial Das Demências*, 119–130;
50. Gauthier, Y., and Marshall, W. Grief: a cognitive behavioral analysis.

- Cognitive Therapy and Research 1: 39-44, 1977;
51. Gelmini, G., Morabito, B., & Braidì, G. (2009). Educational and formative training reduce stress in the caregivers of demented patients. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49(4), 119–124.
<https://doi.org/10.1016/j.archger.2009.09.020>;
52. Gonçalves, N. (2013). *Doença de Huntington: uma revisão*. Universidade da Beira Interior;
53. Gonyea, JG, O'Connor, M. K., & Boyle, P. A. (2006). *Project CARE: a randomized controlled trial of a behavioral intervention group for Alzheimer's disease caregivers*.
54. Gonyea, J. G., López, L. M., & Velásquez, E. H. (2006). The Effectiveness of a Culturally Sensitive Cognitive Behavioral Group Intervention for Latino Alzheimer's Caregivers. *The Gerontologist*, 56(2), 292–302.
<https://doi.org/10.1093/geront/gnu045>
55. Gottlieb, B. H., & Johnson, J. (2000). Respite programs for caregivers of persons with dementia: A review with practice implications. *Aging & Mental Health*, 4(2), 119–129.
<https://doi.org/10.1080/13607860050008637>;
56. Heran, B., Wong, M., IK, H., & Wright, M. (2008). Cochrane. Retirado de "Inibidores da enzima conversora da angiotensina (ECA) para o tratamento da pressão alta":
https://www.cochrane.org/pt/CD003823/HTN_inibidores-da-

- enzima-conversora-da-angiotensina-eca-para-o-tratamento-da-
pressao-alta;
57. Hillman, J. L. (2000). *Clinical perspectives on elderly sexuality*;
58. Holmes, D., Reingold, J., & Teresi, J. (1997). Sexual expression and dementia: views of caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(7), 695–701;
[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1166\(199707\)12:7<695::AID-GPS546>3.0.CO;2-C](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1166(199707)12:7<695::AID-GPS546>3.0.CO;2-C);
59. Índice: Toda a saúde. (2019). Retirado de:
<https://www.indice.eu/pt/medicamentos/DCI/tansulosina/informacao-geral>;
60. INE. (2017). Projeções de População Residente em Portugal. Retirado de Instituto Nacional de Estatística :
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
;
61. INE. (2019). Taxa de mortalidade por doença de Alzheimer. Retirado de Instituto Nacional de Estatística :
https://ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0005020&contexto=pgi&selTab=tab10&xlang=pt;
62. InfoEscola. (2020). Flúido Intersticial . Retirado de Infoescola :

- <https://www.infoescola.com/anatomia-humana/fluido-intersticial/>
63. IPOFG-CROC. (2005). A quimioterapia: Guia prático (IPO-Porto). Serviço de Oncologia Médica;
64. Jorge, M. A. C. (2007). A teoria freudiana da sexualidade 100 anos depois (1905-2005). *Psyche (Sao Paulo)*, 11(20), 1905–2005;
65. Kelemen, A., Cagle, J., Chung, J., & Groninger, H. (2019). Assessing the Impact of Serious Illness on Patient Intimacy and Sexuality in Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 58(2), 282–288. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.04.015>;
66. Kwak, J., Salmon, J. R., Acquaviva, K. D., Brandt, K., & Egan, K. A. (2007). Benefits of Training Family Caregivers on Experiences of Closure During End-of-Life Care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33(4), 434–445. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2006.11.006>;
67. Breest, A., Ochmann, P., Pulm, F., Gödderz, K. H., Carnell, M., & Hormes, J. (1994). Experimental circular dichroism and VUV spectra of substituted oxiranes and thiiranes. *Molecular Physics*, 82(3), 539–551. <https://doi.org/10.1080/00268979400100404>;
68. Lau JTF, Yang X, Wang Q, Cheng Y, Tsui HY, Mui LWH, et al. Gender power and marital relationship as predictors of sexual dysfunction and sexual satisfaction among young married couples in rural China: A population-based study. *Urology*. 2006;67: 579–585. [10.1016/j.urology.2005.09.039](https://doi.org/10.1016/j.urology.2005.09.039);

69. Levine, S. B. (2002). Reexploring the concept of sexual desire. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28, 39-51.
doi:10.1080/009262302317251007;
70. Levine, S. B. (2003). The nature of sexual desire: A clinician's perspective. *Archives of sexual behavior*, 32, 279-285.
doi:10.1023/A:1023421819465;
71. Lima, C., Reis, A., & Demétrio, F. (2018). *Sexualidade e Saúde: Perspetivas para um cuidado ampliado*. Retirado de:
<https://books.google.pt/books?id=NBNmDwAAQBAJ&pg=PA477&lpg=PA477&dq=cuidados+paliativos+e+a+sexualidade&source=bl&ots=axOrZQS1UC&sig=ACfU3U15stE1nABKJmfeBFAMBILst8qq4Q&hl=en&sa=X&ved=2ahUKEwiLnfiB8-DoAhUNnhQKHWCQA0cQ6AEwCnoECAsQAQ#v=onepage&q&f=false>;
72. Lopez-Tourres, F., Lefebvre-Chapiro, S., Fétéanu, D., & Trivalle, C. (2009). Soins palliatifs et maladie d'Alzheimer. *La Revue de Médecine Interne*, 30(6), 501-507.
<https://doi.org/10.1016/j.revmed.2008.09.010>;
73. López, F., & Fuertes, A. (1999). *Para compreender a sexualidade* (1^o Edição);
74. Lund, & Manchester. (1994). Clinical and neuropathological criteria for frontotemporal dementia. The Lund and Manchester Groups. *Journal*

- of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry, 57(4), 416–418.
<https://doi.org/10.1136/jnnp.57.4.416> Mariott, A., Donaldson, C.,
Tarrier, N., & Burns, A. (2000). Effectiveness of cognitive behavioural
family intervention in reducing the burden of care in carers of patients
with Alzheimer's disease. *British Journal of Psychiatry*, 557–562;
75. Márquez-González, M., Losada, A., Izal, M., Pérez-Rojo, Montorio, I., &
G. (2007). *Modification of dysfunctional thoughts about caregiving in
dementia family caregivers: description and outcomes of an
intervention programme* (pp. 616–625). pp. 616–625;
76. Martín, M. D. (2002). Psiquiatria geriátrica. *Revista Brasileira de
Psiquiatria*, 24(suppl 2), 112–116. [https://doi.org/10.1590/S1516-
44462002000600012](https://doi.org/10.1590/S1516-44462002000600012);
77. Mark, K. P., & Murray, S. H. (2012). Gender Differences in Desire
Discrepancy as a Predictor of Sexual and Relationship Satisfaction in a
College Sample of Heterosexual Romantic Relationships. *Journal of
Sex & Marital Therapy*, 38, 198–215.
doi:10.1080/0092623X.2011.606877;
78. Matthias, R. E., Lubben, J. E., Atchison, K. A., & Schweitzer, S. O. (1997).
Sexual Activity and Satisfaction Among Very Old Adults: Results From
a Community-Dwelling Medicare Population Survey. *The
Gerontologist*, 37(1), 6–14. <https://doi.org/10.1093/geront/37.1.6>;

79. McKeith, I. G., Boeve, B. F., Dickson, D. W., Halliday, G., Taylor, J.-P., Weintraub, D., Aarsland, D., Galvin, J., Attems, J., Ballard, C. G., Bayston, A., Beach, T. G., Blanc, F., Bohnen, N., Bonanni, L., Bras, J., Brundin, P., Burn, D., Chen-Plotkin, A., ... Kosaka, K. (2017). Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies. *Neurology*, 89(1), 88–100. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000004058>;
80. 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), 939–939. <https://doi.org/10.1212/WNL.34.7.939>
- Mesquita, A. (2010). *Doenças Priónicas*;
81. Migueis, J. (2013). GoodTherapy. Grief Mythology: Mourning Can Create Alternate Realities. <https://www.goodtherapy.org/blog/grief-mythology-0205134/>;
82. 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 and Geriatric Cognitive Disorders*, 6(4), 195–199. <https://doi.org/10.1159/000106946>;

83. Mirra, J. (2012). Qual o significado que o doente em Cuidados Plaiativos atribui à vivência da sua sexualidade? Faculdade de Medicina da Universidade do Porto;
84. Mittelman, M. S. (2000). Effect of support and counseling on caregivers of patients with Alzheimer's disease. *International Psychogeriatrics*, 12(1), 341-346;
85. Montejo, A. L., Llorca, G., Izquierdo, J. A., & Rico-Villademoros, F. (2001). Incidence of sexual dysfunction associated with antidepressant agents: a prospective multicenter study of 1022 outpatients. Spanish Working Group for the Study of Psychotropic-Related Sexual Dysfunction. *The Journal of clinical psychiatry*, 10-21;
86. Moreira, G., Cipullo, J., & Vilela-Martin, J. (2013). Existem diferenças entre os diversos diuréticos? *Revista Brasileira de Hipertensão*, 20(2), 55-62;
87. Mota, J. A. C. (2015). Sexualidade e o idoso. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.;
88. Nabel, E. (2012). Testículos e distúrbios testiculares. Retirado do websit http://www.medicinanet.com.br/conteudos/acp-medicine/4997/testiculos_e_disturbios_testiculares_-_elizabeth_g_nabel.htm;
89. Nazareth, J. M. (2009). Crescer e Envelhecer - Constrangimentos e Oportunidades do Envelhecimento Demográfico (E. Presença (ed.);

- 1o). Baracrena;
90. Neto, F. (1992). *Solidão Embarço e Amor*. Centro de Psicologia Social;
Nichols, M., & Schwartz, R. (2000). *Family Therapy: Concepts and
Methods* (Allyn & Bacon (ed.); 7o);
91. Nogueira, M. M. L., Brasil, D., de Sousa, M. F. B., Santos, R. L., &
Dourado, M. C. N. (2013). Satisfação sexual na demência. In *Revista de
Psiquiatria Clinica* (Vol. 40).

<https://doi.org/10.1590/S0101-60832013000200005>;
92. Ostwald, S. K., Hepburn, K. W., Caron, W., Burns, T., & Mantell, R. (1999).
Reducing Caregiver Burden: A Randomized Psychoeducational
Intervention for Caregivers of Persons With Dementia. *The
Gerontologist*, 39(3), 299–309.

<https://doi.org/10.1093/geront/39.3.299>;
93. Paúl, M. C. (2005). A Construção de Um Modelo de Envelhecimento
Humano. *Envelhecer Em Portugal*, 21–41;
94. Pechorro, P. S., Almeida, A. I., Figueiredo, C. S., Pascoal, P. M., Vieira, R.
X., & Jesus, S. N. (2014). Validação portuguesa da Nova Escala de
Satisfação Sexual. *Revista Internacional de Andrologia*, 13(2), 47–53.

<https://doi.org/10.1016/j.androl.2014.10.003>;
95. Peña, G. M., Rodríguez, Y. L., Llanes, L. L., Alzugaray, M. G., Carballo, G.
O., Seijas, E. À., & Torres, E. R. (2016). El deseo sexual en varones
adultos mayores, su relación con la testosterona sérica y otros

- factores. *Revista Cubana de Endocrinología*, 27;
96. Peralta, P. Tons femininos: uma visão sobre as disfunções sexuais das mulheres. *Cadernos de Sexologia*;
- Pereira, A. M. N. de A. (2013). *Cuidados Paliativos Na Demência*. Universidade do Porto;
97. Pereira, M. de F. da C. (2011). *Cuidadores Informais de Doentes de Alzheimer: Sobrecarga Física, Emocional e Social e Psicopatologia*. Universidade do Porto;
98. Pimenta, J. (2014). *Sexualidade No Idoso - Considerações Ao Profissional De Saúde*. Universidade do Porto;
99. Pinho, A. G. (2012). *Efeitos De Um Programa De Reabilitação Cognitiva Em Pessoas Com Demência Em Contexto Hospitalar*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra;
100. Pinho, L. F. De. (2008). *Demência: A marcha diagnóstica no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários*. Universidade da Beira Interior;
101. Pires, J. (2010). Diuréticos. Retirado de Infoescola : <https://www.infoescola.com/farmacologia/diureticos/>;
102. Berger, L, & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas: Uma abordagem global* (Lusodidacta (ed.); 1º);

103. Portugal, A. (n.d.). Doença de Alzheimer. Retirado de: Demência:
<http://alzheimerportugal.org/pt/text-0-9-32-18-o-que-e-a-demencia;>
104. Portugal, A. (2020). Alzheimer Portugal.
[https://alzheimerportugal.org/pt/;](https://alzheimerportugal.org/pt/)
105. Priberam dicionário. (2020).
<https://dicionario.priberam.org/proteinase;>
106. Quinta Gomes, A. L., & Nobre, P. J. (2014). Prevalence of sexual problems in Portugal: Results of a population-based study using a stratified sample of men aged 18 to 70 years. *Journal of sex research*, 51, 13-21. doi:10.1080/00224499.2012.744953;
107. Ramos, D., & Casali, A. (2012). Saúde e Desenvolvimento. Antagonistas Dos Receptores Da Angiotensina II: Uma Revisão de Classe.
<https://www.uninter.com/revistasaude/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/129;>
108. Diário da República (2012). Diretivas Antecipadas de vontade. Retirado de Diário da República Eletrónico :
<https://dre.pt/application/conteudo/179517;>
109. Ribeiro, A. (2002). Sexualidade na terceira idade. In I. Nett (Ed.), *Sexualidade na terceira idade*,

110. Ribeiro, J. (2010). *Uma abordagem sobre a sexualidade na terceira idade*. Universidade Fernando Pessoa;
111. Roman, G. C., Tatemichi, T. K., Erkinjuntti, T., Cummings, J. L., Masdeu, J. C., Garcia, J. H., Amaducci, L., Orgogozo, J., Brun, A., Hofman, A., Moody, D. M., O'Brien, M. D., Yamaguchi, T., Grafman, J., Drayer, B. P., Bennett, D. A., Fisher, M., Ogata, J., Kokmen, E., ... Scheinberg, P. (1993). Vascular dementia: Diagnostic criteria for research studies: Report of the NINDS-AIREN International Workshop. *Neurology*, 43(2), 250–250. <https://doi.org/10.1212/WNL.43.2.250>;
112. Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2017). Compêndio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. In *Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. <https://doi.org/10.1016/j.compmedimag.2008.04.001>;
113. Sampson, E. L. (2010). Palliative care for people with dementia. *British Medical Bulletin*, 96(1), 159–174. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldq024>;
114. Sanches, R. (2010). A alteridade na conceituação freudiana de desejo e pulsão. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 44(1), 97–108;
115. Sánchez, F. L., & Ulacia, J. C. (1998). *Sexualidad en la Vejez* (Ediciones Pirámide., Ed.);
116. Santos, M. F. (1990). Identidade e aposentadoria (Epu-Nacionais (ed.); 1o);

117. Ministério da Saúde (2010). *Bloqueadores de Canais de Cálcio*. Retirado de: http://www.medicinanet.com.br/conteudos/biblioteca/3266/bloqueadores_de_canais_de_calcio.html;
118. Schiavi, R. (2001). Aging and Male Sexuality. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(2), 238–238. [https://doi.org/10.1002/1099-1166\(200102\)16:2<238::AID-GPS318>3.0.CO;2-Y](https://doi.org/10.1002/1099-1166(200102)16:2<238::AID-GPS318>3.0.CO;2-Y);
119. Schultz, C. L., Smyrnios, K. X., Schultz, N. C., & Grbich, C. F. (1993). Longitudinal Outcomes of Psychoeducational Support for Family Caregivers of Dependent Elderly Persons. *Australian Psychologist*, 28(1), 21–24. <https://doi.org/10.1080/00050069308258859>;
120. Sechi, G., & Serra, A. (2007). Wernicke's encephalopathy: new clinical settings and recent advances in diagnosis and management. *The Lancet Neurology*, 6(5), 442–455. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(07\)70104-7](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(07)70104-7);
121. Segraves R. T. (1998). Antidepressant-induced sexual dysfunction. *The Journal of clinical psychiatry*, 48–54;
122. Selwood, A., Johnston, K., Katona, C., Lyketsos, C., & Livingston, G. (2007). Systematic review of the effect of psychological interventions on family caregivers of people with dementia. *Journal of affective disorders*, 101(1-3), 75–89.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.10.025>;

123. Sequeira, C. (2010). Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental (Lidel (ed.));
124. Shah, A. (2017). Priapismo. Versão para profissionais de saúde. Retirado de Manual MSD: Versão para profissionais de saúde: <https://www.msdmanuals.com/pt-pt/profissional/distúrbios-genitourinários/sintomas-de-doenças-genitourinárias/priapismo><https://www.msdmanuals.com/pt-pt/profissional/distúrbios-genitourinários/sintomas-de-doenças-genitourinárias/priapismo>;
125. Signe, A., & Elmståhl, S. (2008). Psychosocial intervention for family caregivers of people with dementia reduces caregiver's burden: development and effect after 6 and 12 months. *Scandinavian journal of caring sciences*, 22(1), 98–109. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00498.x>;
126. Silva, A., & Enes, A. (2013). Síndrome de Wernicke-Korsakoff - Revisão literária da sua base neuroanatômica. *Arquivos de Medicina*, 27(3), 121–127.
127. Silva, V. (2015). Mecanismos de intervenção existentes nas instituições relativamente a programas de estimulação para pessoas idosas com demência. Instituto Superior Bissaya Barreto;
128. Soares, N. (n.d.). InfoEscola. Retirado de:

<https://www.infoescola.com/hormonios/prolactina-prl/>;

129. Sörensen, S., Pinguart, M., & Duberstein, P. (2002). How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *The Gerontologist*, 42(3), 356–372.
<https://doi.org/10.1093/geront/42.3.356> ;
130. Souza, C., Gomes, V., Silva, R., Silva, E., Alves, J., Santos, N., ... Ferreira, S. (2018). Envelhecimento , sexualidade e cuidados de enfermagem : o olhar da mulher idosa. *72*, 78–85;
131. Spar, J. E., & La Rue, A. (2005). *Guia Prático Climepsi de Psiquiatria Geriátrica (Climepsi (ed.); 1º)*;
132. Spatz, E. S., Canavan, M. E., Desai, M. M., Krumholz, H. M., & Lindau, S. T. (2013). Sexual activity and function among middle-aged and older men and women with hypertension. *Journal of hypertension*, 31(6), 1096–1105.
<https://doi.org/10.1097/HJH.0b013e32835fdefa>;
133. Spector, Carey, & Steinberg. (1996). MIDSS. Retirado de SDI-2 Scoring: <https://www.midss.org/content/sexual-desire-inventory-2-sdi-2>;
134. Nurse to Nurse Dementia Care - Expert Interventions Steele Cynthia D Nurse to Nurse Dementia Care - Expert Interventions 200pp McGraw-Hill Medical 9780071484329 0071484329 [Formula: see text].

- (2011). Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987), 25(19), 31. <https://doi.org/10.7748/ns2011.01.25.19.31.b1154>;
135. Taylor, A., & Gosney, M. A. (2011). Sexuality in older age: essential considerations for healthcare professionals. *Age and ageing*, 40(5), 538–543. <https://doi.org/10.1093/ageing/afr049> Thomson, A., & Marshall, E. J. (2006). Oxford Academic;
136. Toldy, T., & Santos, A. (2016). *Revista Crítica de Ciências Sociais. Religião, Género e Cidadania Sexual: Uma Introdução*. Retirado de: <https://journals.openedition.org/rccs/6370>
137. Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica*;
138. Vaz, C. M. G. A. (2012). *Aspetos da vida sexual na terceira idade (uma abordagem qualitativa e exploratória da perceção do cuidador formal sobre a sexualidade do idoso)*. Retirado de: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/7707>;
139. Velten, J., & Margraf, J. (2017). Satisfaction guaranteed? How individual, partner, and relationship factors impact sexual satisfaction within partnerships. *PLOS ONE*, 12(2), e0172855. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0172855>;
140. Vieira, A. C. (2016). *Conhecer melhor para melhor cuidar: as intervenções do enfermeiro ao doente com demência*. Escola Superior

- de Enfermagem do Porto;
141. Vitrano, V., Catania, V., & Mercadante, S. (2011). Sexuality in patients with advanced cancer: a prospective study in a population admitted to an acute pain relief and palliative care unit. *The American journal of hospice & palliative care*, 28(3), 198–202. <https://doi.org/10.1177/1049909110386044> Winn, R. L., & Newton, N. (1982). *Archives of Sexual Behavior*;
142. World Health Organization. (n.d.). World Health Organization. Retirado de Sexual Health: <https://www.who.int/health-topics/sexual-health>;
143. World Health Organization. (2019). *Dementia*;
144. World Health Organization. (2020). *Dementia: Key Facts*;
145. Wylie, K. R., Wood, A., & McManus, R. (2013). Sexuality and old age. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 56(2), 223–230. <https://doi.org/10.1007/s00103-012-1602-4>;
146. Yoneoka, Y., Takeda, N., Inoue, A., Ibuchi, Y., Kumagai, T., Sugai, T., Takeda, K., & Ueda, K. (2004). Acute Korsakoff syndrome following mammillothalamic tract infarction. *AJNR. American journal of neuroradiology*, 25(6), 964–968.;

147. Zuccoli, G., & Pipitone, N. (2009). Neuroimaging findings in acute Wernicke's encephalopathy: review of the literature. *AJR. American journal of roentgenology*, 192(2), 501–508. <https://doi.org/10.2214/AJR.07.3959>.

Anexos

Informação ao participante

Investigadora principal: Magda Brandão

Contacto telefónico:

Contacto email: magdabrando96@gmail.com

Orientador:

Este estudo insere-se num projeto de investigação científica no âmbito da dissertação de Mestrado Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Este protocolo tem por objetivo determinar o processo que irá ser realizado ao longo da consulta e a forma como os dados irão ser recolhidos. A informação obtida tem como finalidade estudar a construção do desejo sexual e as suas diversas dimensionalidades numa patologia, mais especificamente, na demência.

A sua participação consiste no preenchimento de quatro questionários (questionário sociodemográfico, a “Nova escala de satisfação sexual”, o DSI-2 (Inventário de desejo sexual) e o WHOQOL-BREF (Questionário de avaliação da qualidade de vida) com uma duração total de 15 minutos aproximadamente.

Não implica vindas adicionais à Santa Casa da Misericórdia de Albergaria-a-Velha e será realizada num contacto único, durante a fase de consulta externa.

Todas as dúvidas e questões que possa ter em relação à sua participação neste projeto podem e devem ser colocadas diretamente ao investigador.

A sua participação é absolutamente **voluntária, anónima e confidencial**, e pode ser interrompida a qualquer momento.

Os dados obtidos poderão ser utilizados para fins clínicos, apresentações e publicações científicas.

De salientar que, os **dados pessoais serão mantidos em sigilo** e que os resultados obtidos são estritamente **confidenciais**, sendo apenas utilizados para os fins desta investigação. Declara-se que não existe nenhum conflito de interesse por parte dos profissionais que promovem o estudo, nem por parte dos participantes.

Obrigado pela sua participação.

Consentimento informado, esclarecido e livre para investigação

*Considerando a “Declaração de Helsínquia”, da Associação Médica Mundial
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996; Edimburgo 2000; Washington 2002,
Tóquio
2004 e Seoul, 2008)*

A demência: uma avaliação sobre a multidimensionalidade e a construção do desejo sexual.

Eu, abaixo assinado (nome completo da pessoa adulta ou do voluntário são)

Recebi o texto de *Informação ao Participante* relativo ao procedimento que concordei em efetuar. Compreendi a explicação que me foi fornecida pelo investigador que assina este documento. Foi-me ainda dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de anular a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada. Por isso, consinto que me seja aplicado o método, o tratamento ou o inquérito proposto pelo investigador.

Assinatura da pessoa ou voluntário são: _____ **Data:** __/__/20__

Confirmo que expliquei à pessoa acima indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos.

Nome legível do Investigador responsável: _____

Assinatura do Investigador responsável: _____ **Data:** __/__/20__

Anulação do Consentimento Informado

Declaro que recebi a *Informação ao Participante* relativo ao estudo / projeto de investigação em questão, que me foi proposto pelo investigador que assina este documento e **pretendo anular** o consentimento dado na data __/__/20__.

Assinatura da pessoa ou voluntário são: _____ **Data:** __/__/20__

Assinatura do Investigador responsável: _____ **Data:** __/__/20__

Nota: Este documento é feito em duas vias - fornecimento obrigatório de cópia ao participante

Questionário Sociodemográfico

Idade:	
---------------	--

Data de nascimento:	___/___/___
----------------------------	-------------

Sexo:	Masculino:
	Feminino:

Escolaridade:	Não sabe ler nem escrever
	Sabe ler/escrever
	1^o-4^o anos
	5^o-6^o anos
	7^o-9^o anos
	10^o-12^o anos
	Estudos universitários
	Formação Pósgraduada

Profissão:	
-------------------	--

Concelho:	
Distrito:	

Estado Civil:	Solteiro(a)
	Casado(a)
	União de facto
	Separado(a)
	Divorciado(a)
	Viúvo(a)

1. Qual o seu agregado familiar direto?

2. Possui alguma religião?

3. É praticante dessa religião?

4. Está atualmente doente? Sim: Não: Talvez:

5. Se sim, qual/quais a(s) doença(s) de acordo com a instituição?

6. Há quanto tempo?

7. Qual o regime em que se encontra: Internamento: Consulta externa:
Regime Diurno¹:

8. Forma de administração do questionário?

Auto-administrado: Assistido pelo entrevistador: Administrado pelo entrevistador:

9. Tem algum comentário a realizar acerca da investigação?

Notas:

¹ Por exemplo, se o paciente estiver inscrito num Centro de dia.

Nova Escala de Satisfação Sexual. (Pechorro et al., 2014)

Satisfação Sexual	Nada Satisfeito 1	Pouco Satisfeito 2	Moderadamente Satisfeito 3	Muito Satisfeito 4	Totalmente Satisfeito 5
1. A intensidade da minha excitação sexual.					
2. A qualidade dos meus orgasmos.					
3. A capacidade de me “soltar” e de me entregar ao prazer sexual durante as relações.					
4. A minha capacidade de me concentrar na atividade sexual.					
5. A forma como eu reajo sexualmente ao(à) meu(minha) parceiro(a).					
6. O funcionamento sexual do meu corpo.					

7. O meu à-vontade					
---------------------------	--	--	--	--	--

emocional durante o sexo.					
----------------------------------	--	--	--	--	--

8. O meu humor depois da atividade sexual.					
---	--	--	--	--	--

9. A frequência dos meus orgasmos.					
---	--	--	--	--	--

10. O prazer que eu proporciono ao meu(minha) parceiro(a) sexual.					
--	--	--	--	--	--

11. O equilíbrio entre o que eu dou e o que eu recebo durante o sexo.					
--	--	--	--	--	--

12. O à-vontade do(a) meu(minha) parceiro(a) durante o sexo.					
---	--	--	--	--	--

13. A capacidade do(a) meu(minha) parceiro(a) em iniciar a atividade sexual.					
---	--	--	--	--	--

14. A capacidade do(a) meu(minha) parceiro(a) em ter orgasmos.					
15. A capacidade do(a) meu(minha) parceiro(a) se "soltar" e entregar ao prazer sexual.					
16. A capacidade do(a) meu(minha) parceiro(a) satisfaz as minhas necessidades sexuais.					
17. A criatividade sexual do(a) meu(minha) parceiro(a).					
18. A disponibilidade sexual do meu(minha) parceiro(a).					
19. A diversidade das minhas atividades sexuais.					
20. A frequência da minha atividade sexual.					

Inventário sobre o Desejo Sexual-2 (IDS-2). (Spector et al., 1996)

Este questionário contém perguntas sobre o seu nível de desejo sexual. Por desejo, queremos dizer INTERESSE ou DESEJO por ACTIVIDADE SEXUAL. Para cada item, desenhe um círculo à volta do número que melhor mostre os seus pensamentos e sentimentos. As suas respostas serão privadas e anónimas.

1. No último mês, com que frequência gostaria de se ter envolvido em atividades sexuais com um parceiro (por exemplo, tocarem nos genitais um do outro, fazer ou receber estimulação oral, ter relações sexuais, etc.)?

- 1) Nunca 4) 2 vezes por semana
2) Uma vez por mês 5) 3 a 4 vezes por semana
3) Uma vez em cada 2 semanas 6) Uma vez por dia
4) Uma vez por semana 7) Mais do que uma vez por dia

2. No último mês, com que frequência teve pensamentos sexuais que envolvessem um parceiro?

- 1) Nunca 4) 2 vezes por semana
2) Uma vez por mês 5) 3 a 4 vezes por semana
3) Uma vez em cada 2 semanas 6) Uma vez por dia
4) Uma vez por semana 7) Mais do que uma vez por dia

3. Quando tem pensamentos sexuais, quão forte é o seu desejo de se envolver sexualmente com um parceiro?

0 1 2 3 4 5 6 7 8
Sem desejo Desejo forte

4. Quando vê pela primeira vez uma pessoa atraente, quão forte é o seu desejo sexual?

0 1 2 3 4 5 6 7 8
Sem desejo Desejo forte

5. Quando passa algum tempo com uma pessoa atraente (por exemplo, no trabalho ou na escola), quão forte é o seu desejo sexual?

0 1 2 3 4 5 6 7 8

Sem desejo

Desejo forte

6. Quando se encontra em situações românticas (tais como um jantar à luz de velas, um passeio na praia, etc.), quão forte é o seu desejo sexual?

0 1 2 3 4 5 6 7 8

Sem desejo

Desejo forte

7. Quão forte é o seu desejo de se envolver sexualmente com um parceiro?

0 1 2 3 4 5 6 7 8

Sem desejo

Desejo forte

8. Quão importante é para si satisfazer o seu desejo sexual através de atividades com um parceiro?

0 1 2 3 4 5 6 7 8

Nada Importante

Extremamente
Importante

9. Comparativamente a outras pessoas da sua idade e género, como qualificaria o seu desejo de interagir sexualmente com um parceiro?

0 1 2 3 4 5 6 7 8

Muito menos Desejo

Muito mais Desejo

10. No último mês, com que frequência gostaria de interagir sexualmente consigo próprio(a) (por exemplo, por masturbação, toque nos seus genitais, etc.)?

- 1) Nunca 4) 2 vezes por semana
2) Uma vez por mês 5) 3 a 4 vezes por semana
3) Uma vez em cada 2 semanas 6) Uma vez por dia
4) Uma vez por semana 7) Mais do que uma vez por dia

11. Quão forte é o seu desejo de se envolver sexualmente consigo próprio(a)?

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8
- Sem desejo Desejo forte

12. Quão importante é para si satisfazer o seu desejo sexual através de atividades consigo próprio(a)?

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8
- Nada Extremamente
Importante Importante

13. Comparativamente a outras pessoas da sua idade e género, como qualificaria o seu desejo de interagir sexualmente consigo próprio(a)?

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8
- Muito menos Muito mais
Desejo Desejo

14. Por quanto tempo se sentiria confortável sem ter qualquer atividade sexual?

- 0) Para sempre 5) Uma semana 1) Um ano ou
dois 6) Alguns dias
2) Vários meses 7) Um dia

3) Um mês 8) Menos de que um dia

4) Algumas semanas

WHOQOL-BREF



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenador: Prof. Doutor Adriano Vaz Serra (adrianovs@netvisao.pt)



FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenadora: Prof. Doutora Maria Cristina Canavarro (mccanavarro@fpce.uc.pt)

	Equações para calcular a pontuação dos domínios	Resultados	Resultados transformados	
			4-20	0-100
Domínio 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
Domínio 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
Domínio 3	$Q20 + Q21 + Q22$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
Domínio 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ + + + + + + +			

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas duas últimas semanas.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

WHOQOL-BREF

As seguintes perguntas são para ver até que ponto experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu bem ou satisfeito(a) em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

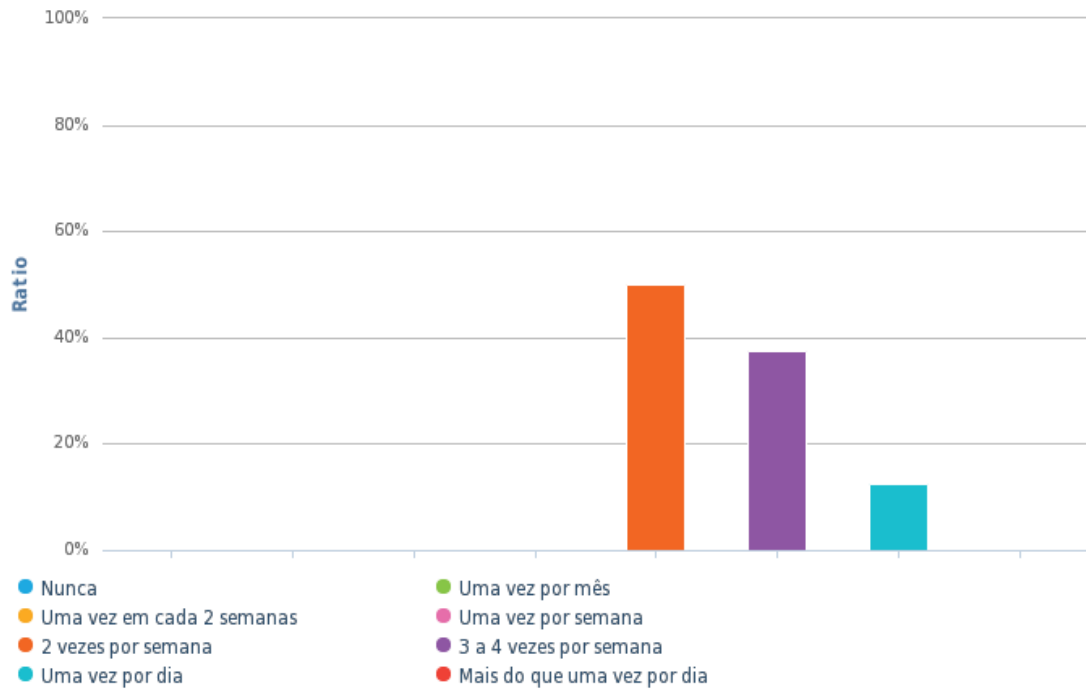
		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à frequência com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

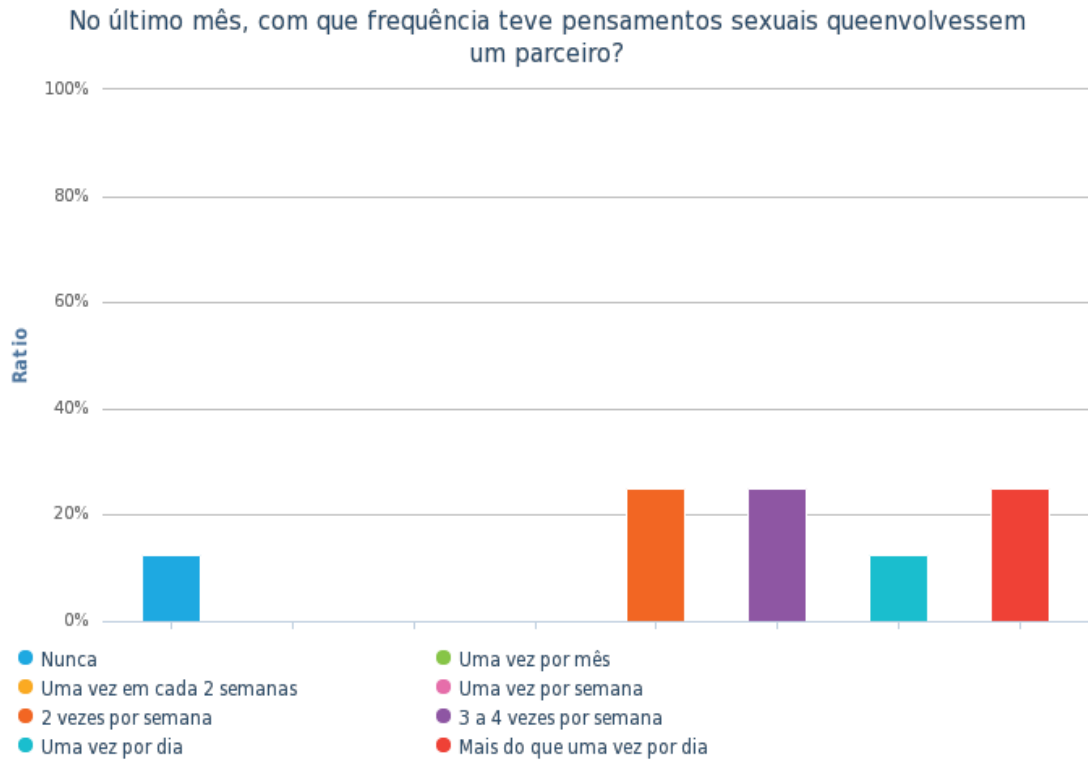
		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

Anexo A – Percentagem por questão do pré-teste relativamente ao “Inventário do desejo sexual”

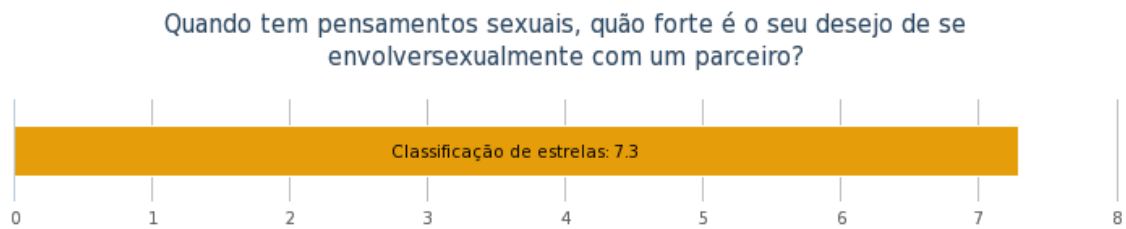
No último mês, com que frequência gostaria de se ter envolvido em atividades sexuais com um parceiro (por exemplo, tocarem nos genitais um do outro, fazer ou receber estimulação oral, ter relações sexuais, etc.)?



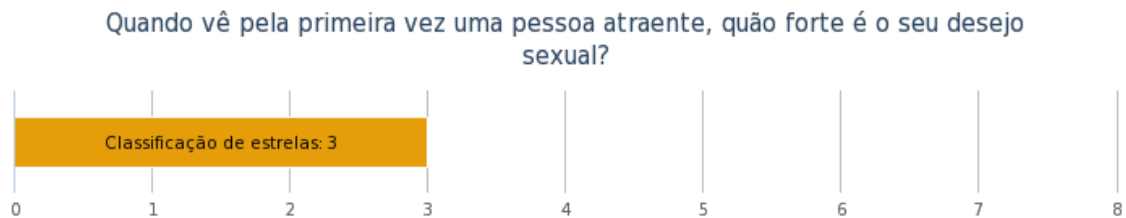
Anexo B - Percentagem por questão do pré-teste relativamente ao “Inventário do desejo sexual”



Anexo C - Percentagem por questão do pré-teste relativamente ao “Inventário do desejo sexual”



Anexo D - Média por questão do pré-teste relativamente ao “Inventário do desejo sexual”



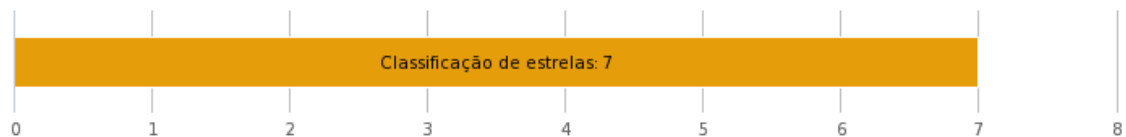
Anexo E - Média por questão do pré-teste relativamente ao “Inventário do desejo sexual”

Quando passa algum tempo com uma pessoa atraente (por exemplo, no trabalho ou na escola), quão forte é o seu desejo sexual?



Anexo F - Média por questão do pré-teste relativamente ao “Inventário do desejo sexual”

Quando se encontra em situações românticas (tais como um jantar à luz de velas, um passeio na praia, etc.), quão forte é o seu desejo sexual?



Anexo G - Média por questão do pré-teste relativamente ao “Inventário do desejo sexual”

Quão forte é o seu desejo de se envolver sexualmente com um parceiro?



Anexo H - Média por questão do pré-teste relativamente ao “Inventário do desejo sexual”

Quão importante é para si satisfazer o seu desejo sexual através de atividades com um parceiro?



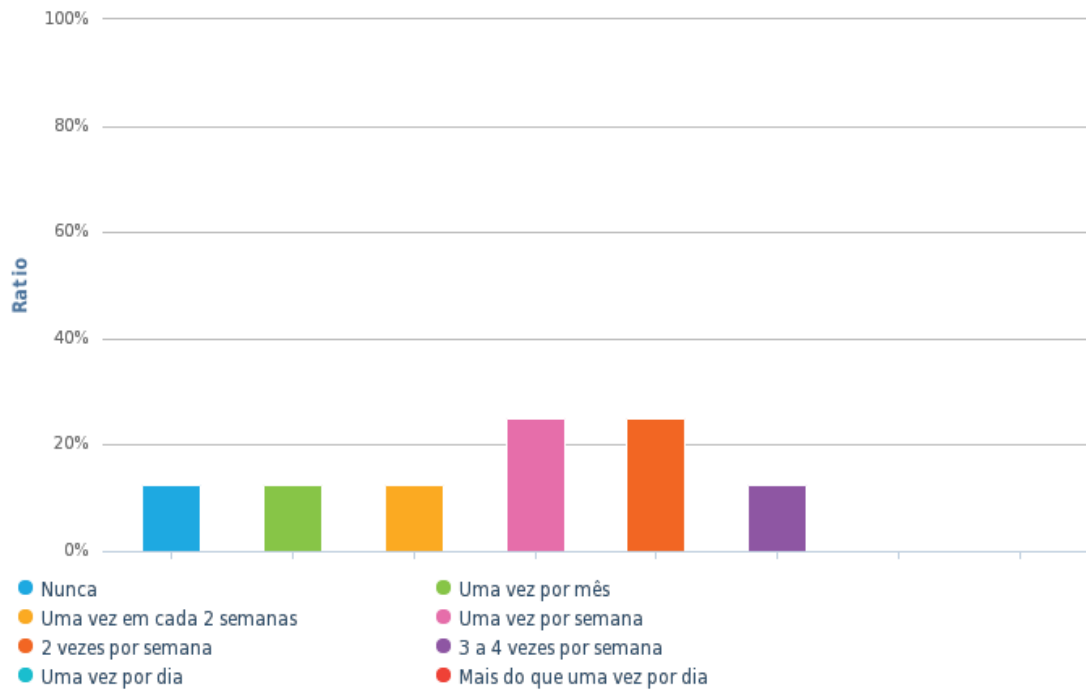
Anexo I - Média por questão do pré-teste relativamente ao “Inventário do desejo sexual”

Comparativamente a outras pessoas da sua idade e género, como qualificaria o seu desejo de interagir sexualmente com um parceiro?



Anexo J - Percentagem por questão do pré-teste relativamente ao “Inventário do desejo sexual”

No último mês, com que frequência gostaria de interagir sexualmente consigo próprio(a) (por exemplo, por masturbação, toque nos seus genitais, etc.)?



Anexo L - Média por questão do pré-teste relativamente ao “Inventário do desejo sexual”

Quão forte é o seu desejo de se envolver sexualmente consigo próprio(a)?



Anexo M - Média por questão do pré-teste relativamente ao “Inventário do desejo sexual”

Quão importante é para si satisfazer o seu desejo sexual através de atividades consigo próprio(a)?

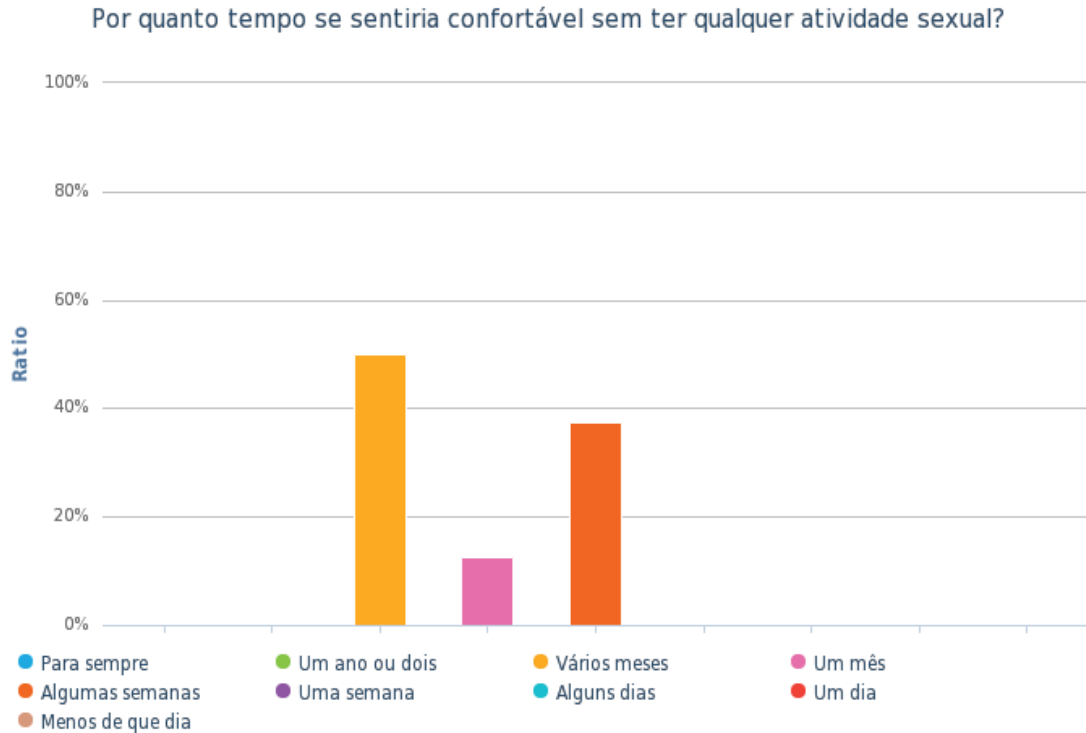


Anexo N - Média por questão do pré-teste relativamente ao “Inventário do desejo sexual”

Comparativamente a outras pessoas da sua idade e género, como qualificariao seu desejo de interagir sexualmente consigo próprio(a)?



Anexo O - Percentagem por questão do pré-teste relativamente ao “Inventário do desejo sexual”



Anexo P – Total de respostas à questão

