

TRANSTORNO DO INTERESSE E EXCITAÇÃO SEXUAL FEMININO NO DSM-V*Jorge José Serapião¹*

DISORDER OF FEMALE SEXUAL AROUSAL AND INTEREST IN DSM-V

Resumo: O autor apresenta as modificações propostas pelo DSM-V em relação ao desejo sexual hipoativo feminino, criticando a retirada da palavra *desejo* de um dos mais frequentes diagnósticos de disfunção sexual feminina.

Palavras-chave: desejo sexual hipoativo feminino; DSM-V; desejo

Abstract: The author presents the modifications proposed by DSM-V in relation to female hypoactive sexual desire criticizing the removal of the word desire to one of the most frequent diagnoses of female sexual dysfunction.

Keywords: female hypoactive sexual desire; DSM-V; desire

¹ Médico e psicólogo. Professor responsável pela disciplina de sexualidade humana da Faculdade de Medicina da UFRJ.
E-mail: jjserapiao@gmail.com

O Diagnostic and Statistical Manual (DSM) é um manual usado por clínicos e pesquisadores para diagnóstico e classificação de doenças mentais. Ele é publicado pela Associação de Psiquiatria Americana (APA) que, em 2013, após 14 anos de revisão, publicou sua última edição, DSM-V, em substituição DSM-IV/R, publicada em 1999. Observa-se que o DSM-V teve por objetivo compensar algumas inconsistências de suas edições anteriores.

Indiscutivelmente, uma das principais mudanças que o DSM-V apresenta, no capítulo das disfunções sexuais, é a fusão dos tópicos Transtornos sexuais do desejo e Transtorno da excitação em mulheres, que apareciam no DSM-IV/R, substituindo-os por um só termo denominado: Transtorno do interesse e excitação sexual feminino.

Assim, o recém-lançado *Manual de diagnóstico estatístico de transtornos mentais* (DSM-V) (APA, 2013) reúne os termos “interesse” e “excitação” e remove a palavra “desejo” da nomenclatura de uma das mais frequentes queixas entre as disfunções sexuais do sexo feminino — o desejo sexual hipoativo. E não se deva argumentar que o desaparecimento do termo “desejo” feminino seja um mero jogo de palavras porque, para os homens, o DSM-V manteve o verbete Transtorno do desejo sexual masculino hipoativo.

Também não é de estranhar a imprecisão dos novos termos na medida em que qualificativos como “complexo”, “flexível”, “sensível” e “receptivo” têm sido muito popularmente associado com a feminilidade. Por outro lado, a troca de DSHF — desejo sexual hipoativo feminino (em inglês HSDD) para TI/ESF — transtorno do interesse / excitação sexual feminino (em inglês SI/AD) faz suspeitar da possibilidade da erradicação do desejo como um componente constitutivo da sexualidade feminina.

Logo após a divulgação do DSM-V, a APA (2013) apresentou um detalhamento das modificações propostas em relação ao DSM-IV/R. No que se refere às Disfunções Sexuais Femininas chamou inicialmente a atenção para os numerosos trabalhos, sem citação específica, alertando para o fato de que, nelas, a resposta sexual nem sempre é um processo linear, uniforme e que a distinção entre certas fases (por exemplo, desejo e excitação), é imprecisa.

Antecedendo ao DSM-V alguns autores (SEGRAVES; SEGRAVES, 1991) e (BASSON et al., 2003) já chamavam a atenção uma alta co-

morbidade de distúrbios de interesse e de excitação, tanto em homens quanto em mulheres. Outros como Graham et al. (2004) e (ANSSEN et al. (2008) sinalizavam para o aumento da rejeição de um modelo linear de excitação sexual. Graham (2010) já defendia essa fusão baseado no fato de que existe um grande número de pesquisas sugerindo que a separação pode ter sido artificial.

Assim, o DSM-V, com relação às disfunções sexuais femininas e no que se refere ao Transtorno de interesse e excitação sexual passou a exigir para seu diagnóstico os seguintes critérios:

A. Ausência ou redução significativa do interesse ou da excitação sexual manifestada por pelo menos 3 dos seguintes:

1. Ausência ou redução do interesse pela atividade sexual.

2. Ausência ou redução dos pensamentos ou fantasias sexuais/eróticas.

3. Nenhuma iniciativa ou iniciativa reduzida de atividade sexual e, geralmente, ausência de receptividade às tentativas feitas pelo parceiro.

4. Ausência ou redução na excitação/prazer sexual durante a atividade sexual em que quase todos ou em todos (aprox. 75 a 100%) os encontros sexuais em contextos situacionais identificados ou, se generalizado, em todos os contextos.

5. Ausência ou redução do interesse/excitação sexual em resposta a quaisquer indicações sexuais ou eróticas, internas ou externas (por exemplo: escritas, verbais, visuais).

6. Ausência ou redução de sensações genitais ou não genitais durante a atividade sexual em quase todos ou em todos (75 a 100%) os encontros sexuais (em contextos situacionais identificados ou, se generalizado, em todos os contextos).

B. Os sintomas do critério A persistem por um período de aproximadamente seis meses.

C. Os sintomas do critério A causam sofrimento clinicamente significativo para a mulher.

D. A disfunção sexual não é mais bem explicada por um transtorno mental não sexual ou como consequência de uma perturbação grave do relacionamento (por exemplo: violência do parceiro) ou de outros estressores importantes e não é atribuível aos efeitos de alguma substância/medicamento ou outra condição médica.

Chama a atenção o fato de que a nova edição introduziu os requisitos duração e frequência de distúrbios sexuais. Todos os diagnósticos, exceto a disfunção sexual induzida por medicação/substância, agora requerem um período

mínimo de duração de aproximadamente seis meses, bem como a presença de sintomas em 75% a 100% do tempo. Essas exigências corrigem o que foi visto como uma falha em critérios de diagnóstico de disfunção sexual anteriores, especialmente quando comparados com outros diagnósticos do DSM-IV/R, que tinham requisitos de duração. O DSM-V considera os seguintes subtipos de diagnóstico:

Ao longo da vida x Adquirido
Generalizado x Situacional
Moderado x Grave

Destaque-se o fato de que a falta de capacidade de resposta aos avanços de um parceiro é incluída como critério para o diagnóstico de disfunção sexual nas mulheres. Ishak e Tobia (2013), resumizando as modificações das disfunções sexuais apresentadas pelo DSM-V, referiu o fato de não estar havendo uma aceitação unânime dessas propostas pela comunidade dos psiquiatras.

Segundo Balon e Clayton (2014), embora o Transtorno do interesse/excitação sexual feminino TI/ESF (em inglês *interest/arousal sexual disorder SI/AD*), como um novo diagnóstico, possa parecer uma simples 'combinação' de dois diagnósticos descritos anteriormente pelo DSM-IV/R (Transtorno do desejo sexual hipoativo em mulheres e o de Transtorno da Excitação Feminino) isto, definitivamente, não é verdadeiro. Segundo eles, a proposta desse diagnóstico, na verdade, cria o caos em toda a área de disfunções sexuais, e enumeram as razões dessa contundente afirmação:

1. Ausência de artigos científicos que justifiquem a separação dos sexos no que diz respeito ao desejo e excitação;
2. Não haver nenhuma pesquisa de campo ou outros ensaios testando esse diagnóstico;
3. É o fato de que desejo e excitação são processos similares em homens e mulheres.

Ainda segundo esses autores, a principal razão para a criação desse diagnóstico foi desmantelar o conceito de longa data de ciclo linear da resposta sexual (desejo, excitação, platô, orgasmo e resolução) e substituí-lo, nas mulheres, por outro conceito de modelo circular da resposta sexual. Comprova essa estratégia o fato de que, na listagem de diagnósticos relacionados às disfunções sexuais, a ordem é alfabética, e não, lógica, quando obedecia às fases do ciclo da resposta sexual humana, como era no DSM IV-R/R.

Além disso, Balon e Clayton (2014) qualificam o TI/ESF como um equívoco, isso porque esse diagnóstico poderá ser feito sem qualquer comprometimento da excitação. Para tanto, explicam: o Critério A requer que a falta ou a redução significativa do interesse sexual / excitação seja manifestada por, pelo menos, três dos seis critérios listados. Ora, os três primeiros descrevem claramente o interesse sexual reduzido ou ausente e não têm nada a ver com a excitação: (1) Ausente / reduzido interesse na atividade sexual; (2) Ausência ou redução de pensamentos sexuais / eróticos ou fantasias; (3) Nenhuma iniciativa ou iniciativa reduzida de atividade sexual e, geralmente, ausência de receptividade às tentativas feitas pelo parceiro. Assim, uma mulher poderia ser diagnosticada como sofrendo de TI/ESF sem qualquer comprometimento da excitação.

Finalmente chamam a atenção para a imprecisão dos termos genital e extragenital. O DSM-V fala em "sensação genital ou não genital", mas não indica se estas devem ser de natureza sexual (por exemplo, urgência urinária, é uma sensação genital, e sensações não genitais podem ser qualquer coisa: fome, frio etc.). Nessa linha de crítica, Sarin, Amsel e Binik (2013) denunciaram que os novos critérios excluiriam um número excessivamente elevado de pacientes com pouco desejo e excitação sexual.

Por outro lado, segundo Basson (2014), o diagnóstico de mulheres com disfunção sexual devido à falta de desejo sexual, pensamentos sexuais e fantasias sexuais não era baseada em evidências e estavam superestimados, principalmente por não se valorizar os aspectos relacionais envolvidos. Tais afirmações tinham suporte nas excelentes revisões sobre desejo, satisfação, pensamentos e fantasias sexuais desenvolvidas por Brotto (2010) e Graham (2010).

Basson (2000) há algum tempo tem proposto um modelo alternativo da resposta sexual de mulheres (modelo circular) baseado em quatro reivindicações: (a) as mulheres não são biologicamente levadas a libertar a tensão sexual da mesma maneira que os homens, porque elas não têm tanta testosterona quanto os homens; (b) comparadas com os homens, as mulheres experimentam motivações diferentes para se envolver em relações sexuais incluindo incentivos e recompensas que não são estritamente de natureza sexual e que podem ser muito mais importantes para a sua vontade de se envolver em sexo do que quaisquer impulsos biológicos para fazê-lo (ou seja, promovendo a intimida-

de, agradando o parceiro, evitando a discórdia relacional); (c) as mulheres experimentam uma excitação mental, subjetiva, que pode ou não ser acompanhada de excitação genital (ou ainda podem não estar cientes de sua própria excitação genital); e (d) as mulheres nem sempre têm orgasmos durante o sexo ainda que, sintam prazer.

Assim, quando o DSM-V relacionou os fatores de risco para o aparecimento desse transtorno, ficou evidente a importância que deu às questões psicossociais. Foram considerados fatores de risco para os TIESF: os Temperamentais (experiências e atitudes negativas em relação à sexualidade e histórico de transtornos mentais); os Ambientais (dificuldades de relacionamento, funcionamento do parceiro, história do desenvolvimento com relacionamentos precoces com cuidadores e estressores da infância) e os Genéticos e fisiológicos (diabetes mellitus, disfunções da tireoide). O mesmo se observa quando são listados os fatores associados que apoiam o diagnóstico, quando somente um deles não se refere a questões relacionais:

1. Fatores relacionados aos parceiros (por exemplo, o problema sexual do parceiro; o estado de saúde do parceiro);
2. Fatores de relacionamento (por exemplo, má comunicação, discrepâncias no desejo de atividade sexual);
3. Fatores individuais de vulnerabilidade (por exemplo, má imagem corporal, histórico de abuso sexual ou emocional), co-morbidade psiquiátrica (por exemplo, depressão, ansiedade), ou estressores (por exemplo, perda de emprego, luto);
4. Fatores culturais ou religiosos (por exemplo, inibições relacionadas com proibições contra a atividade sexual ou prazer, atitudes em relação à sexualidade);
5. Fatores médicos relevantes para o prognóstico, evolução ou tratamento.

Finalmente fica claro na listagem daquelas questões a serem consideradas como diagnósticos diferenciais que o DSM-V quis excluir fatores que antes ampliavam a incidência de desejo sexual hipoativo em mulheres, isto é: os itens 4 e 6 dessa relação:

1. Transtornos mentais não sexuais;
2. Uso de substância/medicamento;
3. Outra condição médica;
4. Fatores interpessoais;
5. Outras disfunções sexuais;
6. Estímulos sexuais inadequados ou ausentes.

Basson (2014), em artigo publicado pouco depois da divulgação do DSM-V, congratula-se com o comitê e propõe somente dois descritores para o TI/ESF:

Thus, I suggest that the following two criteria are evidence-based criteria for (intrinsic) FSIAD: (1) Absent/reduced interest in sexual activity and (2) Absent/reduced sexual interest/arousal/excitement/pleasure in response to any internal or external sexual/erotic cues, including partnered or solo sexual activity. There may also be a lack of physical sexual sensitivity of genital and nongenital areas. When similar criteria are met in some situations but not others clearly the disorder is to do with the context rather than to do with the woman's sexual physiology: "Extrinsic FSIAD" or "Contextual FSAID". Thus, the context becomes the focus of assessment and management and the woman herself is not labeled as being "disordered". Nor would she be a candidate for pharmacological treatment". (BASSON, 2014, s/n)

TI/ESF Intrínseco – Quando se identificar: (1) Ausente / reduzido interesse na atividade sexual e (2) Ausente / reduzido interesse / despertar / excitação / prazer sexual em resposta a qualquer estímulo interno ou externo / erótico, incluindo a atividade sexual em parceria ou solo. Também quando houver uma falta de sensibilidade sexual física das zonas genitais e não genital.

TI/ESF Extrínseco – Quando os critérios forem atendidos em algumas situações, mas não em outras e, assim, ficar claro que o transtorno tem mais a ver com o contexto do que com a fisiologia sexual da mulher. Aqui, o contexto torna-se o foco da avaliação e gestão e a mulher não é rotulada como sendo "disfuncional" e nem a faria ser candidata a tratamento.

Essas mudanças atendem à forma como as mulheres, atualmente, se relacionam com seus corpos sexuais e com seus parceiros e têm consequências sociais, psicorelacionais e biológicas, não nos parecendo, entretanto, recomendáveis a retirada da palavra desejo dos referenciais de diagnóstico de uma das mais frequentes disfunções sexuais femininas. Afinal deixar de se falar de alguma coisa é torná-la invisível. É certo também que ainda se haverá de discutir muito sobre o desejo feminino cujo entendimento Freud, no passado, nos aconselhou a buscar nos poetas.

“Se desejarem saber mais a respeito da feminilidade, indaguem da própria experiência de vida dos senhores, ou consultem os poetas, ou aguardem até que a ciência possa dar-lhes informações mais profundas e mais coerentes”. (FREUD, 1934, v. 22, p. 134)

O que permitiu o atrevimento, como conclusão, falar de desejo em forma de poema:

O DESEJO FEMININO

J. J. Serapião (2015)

Eu me realizo nas coisas em que tu és indispensável.
Preciso de ti para ser fértil;
e é isso que me faz quase divina.
Porque, se me tocas, tenho um corpo pleno de milagres
donde brota a vida.

Preciso de ti para me sentir confirmada.
Confirmação da minha capacidade de amar;
do meu natural altruísmo;
da minha forma de ser difusamente inteligente.

Preciso de ti para despertar meu desejo;
às vezes a partir de um nada:
de um elogio, de uma flor, de um reconhecimento de mim.
Desejo que, às vezes, se satisfaz somente em me sentir desejada.

Preciso de teu olhar desejante, que me esculpe e seduz.

Preciso de ti para desencadear meu misterioso gozo delicioso e sereno; nem sempre necessário porque a mim... basta o prazer.

Quero-te, enfim, tanto quanto tu puderes ser homem.
Não quero pouco nem parte de ti. Quero-te inteiro!

Referências

APA (American Psychiatric Association). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed, 2013.

APA (American Psychiatric Association). *Highlights of changes from DSM-IV-R to DSM-5*. American Psychiatric Publishing,. 2013 Disponível em: <<http://www.psychiatry.org>>. Acessado em 23 out.- 2015.

BALON, R. CLAYTON, A. H., Female sexual interest/arousal disorder: a diagnosis out of thin air, *Archives of Sexual Behavior*, v. 43, p. 1227-1229, 2014.

BASSON, R. The female sexual response: A different model. *Journal of Sex & Marital Therapy*, v. 26, p. 51-65, 2000.

BASSON, R. *On the Definition of Female Sexual Interest/Arousal Disorder*. Springer Science+Business Media, Nova York, 18 jun. 2014.

BASSON, R.; LEIBLUM, S.; BROTTTO, L.; DEROGATIS, L.; FOURCROY, J. Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: advocating expansion and revision. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, v. 24, p. 221-229, 2003.

BROTTTO, L. A. The DSM diagnostic criteria for hypoactive sexual desire disorder in women. *Archives of Sexual Behavior*, v. 39, p. 221-239, 2010.

FREUD, S. *Novas Conferências Introdutórias sobre Psicanálise*. Edição Eletrônica Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1969. Conferência XXXIII – Feminilidade. (Originalmente publicado em 1933).

GRAHAM, C. A. The DSM diagnostic criteria for female sexual arousal disorder. *Archives of Sexual Behavior*, v. 39, p. 240-255, 2010.

GRAHAM, C. A.; SANDERS, S. A.; MILHAUSEN, R. R.; MCBRIDE, K. R. Turning on and turning off: a focus group study of the factors that affect women's sexual arousal. *Archives of Sexual Behavior*, v. 33, p. 527-538, 2004.

ISHAK, W. W., TOBIA, G. DSM-5 Changes in Diagnostic Criteria of Sexual Dysfunctions. *Reproductive System and Sexual Disorders*, v. 2, p. 2 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4172/2161-038X.1000122>>. Acesso em 4 out. 2015.

JANSSEN, E.; MCBRIDE, K. R.; YARBER, W.; HILL, B. J.; BUTLER, S. M. Factors that influence sexual arousal in men: a focus group study. *Archives of Sexual Behavior*, v. 37, p. 252-265, 2008.

SARIN, S.; AMSEL, R.M.; BINIK, Y. M. Disentangling desire and arousal: a classificatory conundrum. *Archives of Sexual Behavior*, v. 42, n. 6, p. 1079-100, 2013.

SEGRAVES, K. B.; SEGRAVES, R. T. Hypoactive sexual desire disorder: prevalence and comorbidity in 906 subjects. *Journal of Sex & Marital Therapy*, v. 17, p. 55-58, 1991.