



XVI Encontro Nacional de Pesquisa em Ciência da Informação (XVI ENANCIB)  
ISSN 2177-3688

**GT 11 – Informação & Saúde**  
Comunicação Oral

**TIPOLOGIAS E CLASSIFICAÇÕES: UM ESTUDO SOBRE AS  
TEMÁTICAS DE GÊNERO E SEXUALIDADE NO MANUAL  
DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS  
(DSM)<sup>1</sup>**

***TYPES AND RATINGS: A STUDY ABOUT THE THEME OF GENDER  
AND SEXUALITY IN DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF  
MENTAL DISORDERS (DSM)***

**Francisco Arrais Nascimento, UFPE**  
junior.arraes@gmail.com

**Francisco Francinete Leite Junior, UNIFOR**  
freud.g@bol.com.br

**Fabio Assis Pinho, UFPE**  
fabiopinho@ufpe.br

**Resumo:** A pesquisa em questão objetiva discutir tipologias e classificações a partir de um estudo terminológico sobre a temática de gênero e sexualidade no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, analisando as questões informacionais sobre gênero e sexualidade. Os pressupostos teórico-metodológicos da investigação proposta situam-se em consonância com a Organização da Informação sob uma perspectiva interdisciplinar. Os procedimentos adotados na composição do campo privilegiaram a pesquisa Documental, neste caso as cinco edições do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Logo o mapeamento buscou elementos característicos da sexualidade e do Gênero, reconhecendo o contexto de criação de tais manuais. O tratamento dos dados foi organizado a partir de um quadro sistemático-analítico, tomando as seguintes informações de acesso no campo: Título, Ano de Publicação, número de páginas, conceito de Gênero e Sexualidade. Diante disso, conclui-se que no que se refere às questões de Gênero e Sexualidade é perceptível a ideia de patologização, enquadrando e normatizando as práticas sexuais, os prazeres e os desejos sob um discurso médico-científico. A inclusão e exclusão de categorias e classificações ultrapassam questões linguísticas e conceituais, apresentando-nos o poder do discurso biomédico sobre os sujeitos, mostrando a imbricada relação entre o saber e o poder, tal como os movimentos de lutas e resistências no mundo contemporâneo.

---

<sup>1</sup> O conteúdo textual deste artigo, os nomes e e-mails foram extraídos dos metadados informados e são de total responsabilidade dos autores do trabalho.

**Palavras-chave:** Informação e saúde. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Gênero. Sexualidade. Organização da informação.

**Abstract:** The research objective issue discuss types and classifications from a terminological study on gender and sexuality theme in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, analyzing the informational questions about gender and sexuality. The theoretical and methodological assumptions of the proposed research are set in line with the Information Organization under an interdisciplinary perspective. The procedures adopted in the field of composition favored Documentary research, in this case the five editions of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Soon the mapping sought characteristic elements of sexuality and gender, recognizing the context of creation of such manuals. The data analysis was organized from a systematic-analytical framework, taking the following access information in the field: Title, Publication Year, number of pages, the concept of Gender and Sexuality. Therefore, it is concluded that in relation to gender and sexuality issues is noticeable the idea of pathological, framing and normalizing the sexual practices, pleasures and desires under a medico-scientific discourse. The inclusion and exclusion of categories and classifications beyond linguistic and conceptual issues, showing us the power of the biomedical discourse on the subject, showing the intertwined relationship between knowledge and power, as the movement of struggles and resistance in the contemporary world.

**Keywords:** Information and health. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Gender. Sexuality. Information organization.

## 1 INTRODUÇÃO

Partindo de uma concepção generalista da Ciência da Informação (CI), enquanto campo científico de natureza interdisciplinar (PINHEIRO, 1999), favorecendo o diálogo acerca da materialidade da informação e com outros campos do conhecimento. Logo podemos compreender que a terminologia apresenta-se como campo fecundo para o desenvolvimento de estudos que possibilitem o acesso e a recuperação da informação além da compreensão da evolução e constituição dos termos. Prontamente a terminologia como prática nasce a partir da necessidade de se organizar o conhecimento científico e técnico que alçou de forma considerável sua produção no século XVIII.

Sobre a Perspectiva do Tratamento Temático da Informação (TTI), sob o ponto de vista da Organização da Informação e do Conhecimento (OIC), Guimarães (2008), explica:

[...] o TTI integra aquilo que esse convencionou denominar ciclo de operações documentais, uma vez que ocupa posição intermediária entre a coleta e a difusão de documentos e, destarte, caracteriza-se por atividade de processamento, tanto sob a ótica do suporte material – tratamento descritivo – quanto do conteúdo – tratamento temático (GUIMARÃES, 2008, p. 79).

Utilizando como instrumento a terminologia, conceitos como “normal” e “patológico”<sup>2</sup>, no decorrer da história receberam definições das mais variadas possíveis, ora

---

<sup>2</sup> Ver CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

originando-se da noção de saúde, ora criando médias em relação à população e estabelecendo normas e padrões, como foi o caso da eugenia<sup>3</sup>, que faz uso de medidas, modelos, normas e padrões para definir aquele compreendido como “normal”, que para a mesma seria aquele que apresenta-se de acordo com a norma e o “patológico” todo o desvio ou aquele que se relaciona com ele.

Assim, o ajustamento do indivíduo na sociedade em que vive, muitas vezes estabelecem conceitos próprios de sua cultura, logo, se voltarmos para a Idade Média quando surgem os primeiros hospitais<sup>4</sup>, originados das instituições religiosas, nas ordens monásticas, onde em seus primórdios, os hospitais estavam destinados a acolher os pobres e doentes, não como o conceito humano moderno, mas como o espaço do “não-lugar” para onde se encaminhavam aqueles que eram indesejados ou que não eram passíveis de serem alocados junto a sociedade.

Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. Instituição de assistência, como também de separação e exclusão. O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por estas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna. O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. É alguém que deve ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento. [...] E o pessoal hospitalar não era fundamentalmente destinado a realizar a cura do doente, mas a conseguir sua própria salvação (FOUCAULT, 1982, p. 99-100).

Como assinala Foucault (1982) os hospitais eram Instituições de assistência, como também espaços destinados a separação e exclusão, o mesmo configurava-se como o lugar da patologia, do desajuste, daqueles que desviaram da norma. Assim, os conceitos de normal e patológico são vistos como polos opostos que regem a sociedade definindo e muitas vezes nomeando indivíduos como forma da taxonomização do ser. Daí a importância da compreensão destes termos nas questões referentes ao sofrimento psíquico.

No que diz respeito ao normal e o patológico nas psicopatologias, Dalgalarondo (2008), nos apresenta critérios de ordem quantitativa e qualitativa. Os critérios quantitativos tem um caráter estatístico, quantificando os dados a partir da média e da frequência; enquanto que os critérios qualitativos apresentam um caráter subjetivo, considerando a liberdade de expressão e o critério da funcionalidade como ligados a normalidade, onde o que é

---

<sup>3</sup> Ciência que estuda as condições favoráveis à manutenção e preservação da qualidade da espécie humana. O termo criado em 1883 por Francis Galton (1822-1911), significando "bem nascido".

<sup>4</sup> Para a discussão sobre o surgimento do hospital, ver Lima, “Bases histórico-conceituais para a compreensão do trabalho em saúde”, no livro O Processo Histórico do Trabalho em Saúde.

disfuncional produz sofrimento. Comenta, ainda, que nenhum destes critérios consegue abarcar a totalidade do sofrimento psíquico, sendo necessário a junção de vários deles para uma melhor compreensão. Tal escolha dos critérios envolvidos dependerá do profissional.

No entanto, Martins (1999), sugere que a etimologia da palavra “*pathos*”<sup>5</sup> sofreu consideráveis transformações ao longo do tempo. Devendo-se inicialmente compreendê-la como sendo algo inerente à própria natureza humana, o que é construído e reconstruído constantemente. Assim, partindo da ideia de *pathos* temos a compreensão que o sofrimento é algo que faz do sujeito, este um ser único, trazendo assim a condição do sofrer como algo inerente ao ser humano. Levando o sujeito a manifestar seu potencial de construção, ou seja, o *Devir*.

Porém, a perspectiva biomédica contribuiu de forma profunda com a elaboração de Manuais Diagnósticos. Logo, no ano de 1952, a Associação Americana de Psiquiatria (APA), que publicou a primeira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), as edições seguintes foram publicadas respectivamente em 1968 (DSM-II), 1980 (DSM-III), 1987 (DSM-III-R), 1994 (DSM-IV), 2000 (DSM-IV-TR), 2013 (DSM - 5) foram revistas, modificadas e ampliadas. Organizado de maneira a agrupar-se e receberem códigos numéricos específicos.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), publicado pela Associação Psiquiátrica Americana, oferece uma linguagem comum e critérios padronizados para a classificação dos transtornos mentais. Ele é usado, ou invocado, por médicos, pesquisadores, agências de regulação de medicamentos psiquiátricos, companhias de seguros de saúde, empresas farmacêuticas, o sistema legal, e os decisores políticos, juntamente com alternativas como a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), produzido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), já na sua 10ª edição. O DSM está agora em sua quinta edição, DSM - 5, publicado em 18 de maio de 2013.

O DSM evoluiu de sistemas de coleta do censo e estatísticas hospitalares psiquiátricas, e de um manual do Exército dos Estados Unidos. O mesmo sofreu revisões desde a sua primeira publicação em 1952, de forma a registrar o número total de transtornos mentais,

---

<sup>5</sup> *Pathos* ou *path*: palavra grega que significa paixão, excesso, catástrofe, passagem, passividade, sofrimento, assujeitamento, sentimento e doença. O conceito filosófico foi criado por Descartes para designar tudo o que se faz ou acontece de novo é geralmente chamado (pelos filósofos) de *pathos*. E se o conceito está ligado a padecer, pois o que é passivo de um acontecimento, padece deste mesmo. Portanto, não existe *pathos* senão na mobilidade, na imperfeição. Tal termo grego pode transliterado como *patia*, *pata* e *pato* para as línguas neolatinas e anglo-saxãs, sendo eles utilizados como prefixos e/ou sufixos na composição muitas terminologias.

embora segundo o período histórico o mesmo se ajusta removendo aqueles não considerados mais transtornos mentais.

A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), produzido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), é o outro manual comumente utilizado para tratar distúrbios mentais. Distingue-se a partir de DSM pois o mesmo engloba a saúde como um todo. É, de fato, o sistema de diagnóstico oficial para transtornos mentais nos Estados Unidos da América (EUA), no entanto é usado mais amplamente na Europa e outras partes do mundo. O sistema de codificação usado no DSM é projetado para corresponder com os códigos utilizados no CID, embora existam lacunas e divergências em alguns momentos com relação a termos específicos, uma vez que as publicações não são revisadas de forma sincrônica.

O impulso inicial para o desenvolvimento de uma classificação dos transtornos mentais nos EUA foi a necessidade de recolher informações estatísticas de natureza censitária. A primeira tentativa oficial foi o censo de 1840, que usou uma única categoria, "idiotia/insanidade". Três anos depois, a *American Statistical Association* fez um protesto oficial à Câmara dos Representantes dos EUA afirmando que os erros mais gritantes e notáveis são encontrados nas demonstrações a respeito da nosologia, onde a prevalência de classificações, tais como: demência, cegueira, surdez, mudez e, ressalta-se que em muitas cidades os afro-americanos foram todos enquadrados na categoria de loucos, e as estatísticas eram essencialmente inúteis.

Neste estudo deu-se ênfase aos aspectos relacionados a categorização de gênero e sexualidade nestes manuais DSM. Sabe-se que houve nos últimos anos a proliferação dos estudos sobre sexualidade e gênero, tornando os conceitos úteis, por oferecer possibilidades de nomear e conceituar os elementos a serem investigados. Ainda que os/as pesquisadores/as reconheçam a conexão entre sexo e aquilo que os/as sociólogos/as da família chamaram de "papéis sexuais", esses/as pesquisadores/as não postulam um vínculo simples ou direto entre os dois. O uso de "gênero" enfatiza todo um sistema de relações que pode incluir o sexo, mas não é diretamente determinado pelo sexo, nem determina diretamente a sexualidade (SCOTT, 1995).

Ainda conforme Scott (1995), o termo Gênero se ajusta à terminologia científica das ciências sociais, dissociando-se assim, da política (supostamente ruidosa) do feminismo. Isso não implica necessariamente uma tomada de posição sobre a desigualdade ou o poder, nem tampouco designa a parte lesada. O termo "gênero", além de um substituto para o termo mulheres, é também utilizado para sugerir que qualquer informação sobre as mulheres é

necessariamente informação sobre os homens, que um implica o estudo do outro. Esse uso rejeita a validade interpretativa da ideia de esferas separadas e sustenta que estudar as mulheres de maneira isolada perpetua o mito de que uma esfera, a experiência de um sexo, tenha muito pouco ou nada a ver com o outro sexo. Além disso, o termo "gênero" também é utilizado para designar as relações sociais entre os sexos.

Implicado as vivências dos sujeitos, a sexualidade, o sexo e a noção de gênero convoca-nos a pensar tais concepções teóricas e conceituais. A sexualidade traz também implicitamente uma relação íntima com o poder, ou seja, com os “jogos de poder” e saber, cabendo a reiteração da compreensão de que as pessoas não tem discursos, ela é permeada por discursos advindos de instituições e reproduzidas pelos sujeitos, provocando atravessamentos e a compreensão da relação com os micropoderes.

As influências da cultura são percebidas em um movimento de generificar o corpo. Thomas Laqueur (2001), enfatiza o quanto o papel da ciência foi importante enquanto marcador que influencie as questões de gênero corroborando para a definição das posições e subjetividades assumidas. Os saberes da ciência acabam por produzir verdades nos corpos em uma tentativa de torna-los inteligíveis.

Assim, com base em Foucault apud Jeffrey Weeks (2010) argumenta-se que a própria ideia de “sexualidade” advém de um domínio unificado que é essencialmente uma ideia burguesa, desenvolvida como parte da autoafirmação de uma classe ansiosa para diferenciar a si mesma da imoralidade da aristocracia e da promiscuidade supostamente irrestrita das classes inferiores.

Diante disso, problematiza-se: Como são tipificadas e classificadas as temáticas de gênero e sexualidade no manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM)? Logo, o objetivo do trabalho é discutir tipologias e classificações a partir de um estudo terminológico sobre as temáticas de gênero e sexualidade no DSM, analisando as questões informacionais da evolução do conceito de transtorno de identidade de gênero para disforia de identidade de gênero.

## **2 ASPECTOS METODOLÓGICOS**

Os pressupostos teórico-metodológicos da investigação proposta situam-se em consonância com a organização da informação sob uma perspectiva interdisciplinar. No âmbito da Ciência da Informação (CI) o debate acerca do conceito de informação, ao qual a pesquisa em questão focará na concepção de informação como coisa, proposta por Buckland

(1991) e discutida por Capurro e Hjørland (2007). Os procedimentos que foram adotados na composição do campo privilegiaram a pesquisa em Documentos, neste caso o DSM.

Segundo Pádua (1997):

Pesquisa documental é aquela realizada a partir de documentos, contemporâneos ou retrospectivos considerados cientificamente autênticos (não fraudados); tem sido largamente utilizada nas ciências sociais, na investigação histórica, a fim de descrever/comparar fatos sociais, estabelecendo suas características ou tendências (PÁDUA, 1997, p. 62).

Para além de uma pesquisa documental a análise documental segundo Guimarães (2008) é definido como:

[...] análise documental, enquanto operação de decomposição (análise) e representação do conteúdo informacional dos documentos, pressupõe um conjunto sistemático e sequencial de procedimentos que possam ser explicitados com respaldo em aportes interdisciplinares (notadamente linguística, da lógica e da terminologia) e necessita de ferramentas, denominadas linguagens documentárias (GUIMARÃES, 2008, p. 81).

Assim, ao tomarmos os DSM como um “objeto” profícuo para a investigação das perspectivas de articulação entre as temáticas que se propõe estudar, apoiando-nos no sentido antropológico do termo, conforme as contribuições de Nádia Meinerz (2010). Do ponto de vista metodológico, a leitura antropológica dos artigos publicados em um periódico pode oferecer a possibilidade de uma apropriação etnográfica, como ferramenta útil para a descrição e a análise de outros objetos que não pessoas em seus valores e práticas cotidianas. Adriana Vianna (2006) sugere a etnografia de documentos como prática investigativa-interpretativa onde se persegue a trilha das condições da produção de “verdades”, “informações”, “práticas”, “dados” e “recomendações”.

Guimarães (2008), partindo da concepção social, materializada e cíclica do conhecimento, o foco recai sobre a busca pela compreensão, organização e representação desse conhecimento para torná-lo acessível. Assim, em função dos objetivos desta pesquisa, a metodologia mais apropriada para ser utilizada é a que propicia uma abordagem discursiva, trazendo contribuições de Albrechtsen (2003), Hjørland (1995, 1997, 1999, 2002), Tennis (2012), Kobashi (1996) e Guimarães (2008).

O mapeamento buscou nas cinco edições dos Manuais Diagnósticos e Estatísticos de Transtornos Mentais (DSM), elementos característicos da sexualidade e do Gênero, reconhecendo o contexto de criação de tais manuais.

O tratamento dos dados foi organizado a partir de um quadro analítico, tomando como ponto de acesso os seguintes elementos descritivos: Título, Ano de Publicação, número de páginas, conceito de Gênero e Sexualidade. Posteriormente, foram efetuados agrupamentos e

articulações, onde foi possível perceber as continuidades e descontinuidades das categorias analisadas.

### 3 RESULTADOS: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO

**QUADRO 01:** Evolução da tipificação e classificação das temáticas de gênero e sexualidade no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM)

Versão	Ano	Nº de categorias diagnosticas	Nº de paginas	Tipologias e Classificações
DSM - I	1952	106	130	Homossexualismo, o travestismo, pedofilia, fetichismo e sadismo sexual (incluindo estupro, agressão sexual, mutilação)
DSM - II	1968	182	134	Perturbação da orientação sexual. Desvio sexual
DSM - III	1980	265	494	Transtornos psicosexuais, subdivididos em quatro categorias: <i>Gender Identity Disorders</i> , <i>Paraphilias</i> , <i>Psychosexual Dysfunctions</i> e <i>Other Psychosexual Disorders</i> .
DSM-III-R	1987	292	567	“Transtornos de identidade de gênero” com as especificações: “em crianças” e “em adolescentes ou adultos” ao invés de travestismo.
DSM - IV	1994	297	886	“ <i>Sexual and Gender Identity Disorders</i> ”, sendo composto por 27 transtornos, alguns apresentando mais de uma subdivisão, agrupados em <i>Sexual Dysfunctions</i> , <i>Paraphilias</i> e <i>Gender Identity Disorders</i>
DSM - 5	2013	303	970	Disfunções Sexuais, Disforia de Gênero e Transtornos Parafílicos

**Fonte:** Elaborado pelos autores, 2015.

O DSM - I, fora publicado em 1952, período precedente da II Guerra Mundial. O período é marcado pelo envolvimento em grande escala de psiquiatras norte-americanos na seleção, processamento, avaliação e tratamento de soldados. Isso reconfigura o foco de instituições para os sujeitos acometidos por transtornos mentais e perspectivas clínicas tradicionais. O prefácio do DSM - I afirma que os EUA em si, tinha feito revisões em seu texto, no entanto o Exército Americano estabeleceu uma revisão mais abrangente e aprofundada, abdicando da estrutura básica do Padrão e tentando expressar conceitos de distúrbios mentais atuais. Esta nomenclatura eventualmente, foi adotada pelas Forças Armadas, sendo posteriormente introduzidas nos serviços de saúde por psiquiatras que vieram do serviço militar.

O DSM - I traz ainda em seu prefácio que este "categoriza os transtornos mentais em rubricas semelhantes aos da nomenclatura das Forças Armadas". O Comitê APA de

Nomenclatura e Estatística tinha competência para desenvolver uma versão especificamente para uso nos Estados Unidos, para padronizar os diferentes documentos. Em 1950, a APA realizou revisões de consulta e nomenclaturas, onde o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais foi aprovado em 1951 e publicado em 1952.

O manual contava com 130 páginas onde eram enumerados 106 transtornos mentais, estes eram taxonomizados em várias categorias de "distúrbio de personalidade", geralmente distintos de "neurose". Em 1952, a APA lista como um dos transtornos a homossexualidade no DSM como um distúrbio de personalidade antissocial. A pesquisa intitulada **Homossexualidade**: um estudo psicanalítico de homossexuais masculinos, traz em 1962 o conceito de homossexualismo, que foi usado para justificar a inclusão da doença no DSM como um suposto medo escondido e patológico do sexo oposto causada por traumáticas relações pai-filho. Este ponto de vista foi amplamente difundido sob a óptica biomédica. Em 1956, no entanto, a psicóloga Evelyn Hooker surpreendeu a comunidade médica ao realizar um estudo que comparou a felicidade e natureza bem ajustada de homens homossexuais que se identificam com os homens heterossexuais com homens heterossexuais e não encontrou nenhuma diferença.

No DSM - I encontramos a seguinte especificação: "O diagnóstico vai especificar os tipos de comportamentos patológicos, como o homossexualismo, o travestismo, a pedofilia, o fetichismo e o sadismo sexual (incluindo estupro, agressão sexual, mutilação)" (APA,1952, p. 39).

Na década de 1960, mais precisamente em 1968 publicou-se o DSM - II. Este por sua vez traz muitos desafios para o conceito de doença mental em si. Estes desafios vieram de psiquiatras como Thomas Szasz, que argumentava que a doença mental era um mito usado para disfarçar conflitos morais; de sociólogos como Erving Goffman, afirma que a doença mental era apenas mais um exemplo de como os rótulos de controles da interferem na sociedade; de psicólogos comportamentais que desafiaram a dependência fundamental de psiquiatria em fenômenos não observáveis; e de ativistas dos direitos dos homossexuais que criticaram a admissão na APA da homossexualidade como um distúrbio mental.

Embora a APA, estivesse envolvida na próxima revisão da seção de transtorno mental da CID (versão 8), a mesma permanece com uma revisão do DSM que foi publicada em 1968 contando com 182 doenças e 134 páginas. Em sua estrutura geral o DSM - II é muito próximo ao DSM - I, no entanto como peculiaridades podemos apontar o termo "reação" que fora abandonado, porém o termo "neurose" foi mantido. Tanto no DSM - I quanto no DSM - II se pode observar uma forte influência da psiquiatria psicodinâmica que era predominante na

época, embora já se possa perceber perspectivas biológicas e conceitos dos sistemas de classificação.

Os sintomas não foram descritos de maneira aprofundada para distúrbios específicos. Os mesmos eram vistos como reflexos de conflitos subjacentes amplos ou reações mal adaptativas para os problemas da vida, arraigadas em uma distinção entre neurose e psicose. O conhecimento sociológico e biológico foi incorporado, em um modelo que não enfatizava um claro limite entre normalidade e anormalidade. A ideia de que os transtornos de personalidade não envolvem sofrimento emocional foi descartada na versão de 1968.

O DSM - II é revisto em 1974, impulsionado por ações desenvolvidas pelos ativistas dos direitos dos homossexuais contra a APA que dá início a revisão no ano de 1970, quando a organização realizou a sua convenção em São Francisco - EUA. Os ativistas interromperam a conferência gritando e ridicularizando os psiquiatras que ainda apresentavam postura conservadora, na qual a homossexualidade era classificada como um transtorno mental. Em 1971, o ativista Frank Kameny trabalhou com o coletivo Frente de Libertação Gay com o objetivo de se colocar contra a convenção do APA. Na conferência de 1971, Kameny pegou o microfone e gritou: "A psiquiatria é a encarnação do inimigo. Psiquiatria tem travado uma guerra implacável de extermínio contra nós. Você pode tomar isto como uma declaração de guerra contra ti".

O fato ocorreu no contexto do movimento anti-psiquiatria mais amplo, que emerge no contexto social na década de 1960 e estava desafiando a legitimidade do diagnóstico psiquiátrico. Ativistas anti-psiquiatria protestaram contra as mesmas convenções da APA. Apresentado com dados de pesquisadores como Alfred Kinsey e Evelyn Hooker, a sétima impressão do DSM - II, em 1974, já não tinha listado em suas páginas a homossexualidade como uma categoria de desordem. Depois de uma votação pelos administradores da APA, em 1973, e confirmada pela adesão APA mais ampla, em 1974, o diagnóstico foi substituído com a categoria de "perturbação orientação sexual". E são listados os seguintes desvios: "homossexualidade", "fetichismo", "pedofilia", "travestismo", "exibicionismo", "voyeurismo", "sadismo", "masoquismo", "outros desvios sexuais".

No DSM - II, a definição se transforma, sendo utilizada esta categoria para os indivíduos que possuem interesses dirigidos sexualmente para algo/alguém que não sejam pessoas do sexo oposto e em suas relações sexuais não agem associados diretamente ao coito mas são realizados em circunstâncias como necrofilia, pedofilia, sadismo sexual e fetichismo (APA, 1968, p. 44).

O DSM - III começa a ser pensado em 1974, sendo escolhido Robert Spitzer como presidente. A ideia inicial era fazer a nomenclatura DSM consistente com a CID, publicado pela OMS. A revisão foi feita durante um período mais amplo sob a influência e controle do Spitzer e os membros do comitê deliberativo. Um dos objetivos foi o de melhorar a uniformidade e a validade do diagnóstico psiquiátrico, na esteira de uma série de críticas. Houve também a necessidade de padronizar as práticas de diagnóstico nos EUA e em outros países depois de uma pesquisa que revelara uma diferença significativa entre os diagnósticos psiquiátricos na Europa e nos EUA. O estabelecimento desses critérios foi uma tentativa de facilitar o processo de regulamentação farmacêutica.

O ponto de vista psicodinâmico/fisiológico foi abandonado, em favor de um modelo regulatório/legislativo. Um novo sistema "multiaxial" surge em uma tentativa de produzir uma imagem mais favorável ao censo da população estatística, ao invés de apenas um diagnóstico simples. Spitzer argumentou que "os transtornos mentais são um subconjunto de problemas de saúde". Cada transtorno mental é conceituado como uma síndrome comportamental ou psicológica clinicamente significativa". Os transtornos de personalidade foram alocados no eixo II, juntamente com retardo mental.

O primeiro esboço do DSM - III foi preparado em um ano. Novas categorias de desordem foram inseridas, enquanto algumas caíram em desuso ou foram alteradas. Uma série de documentos inéditos discutindo e justificando as alterações recentes vieram à luz. Assim, surge a controvérsia sobre a eliminação do conceito de neurose, um conceito da teoria psicanalítica e terapia, mas visto como vago e não-científico pela força-tarefa do DSM. Confrontado com enorme oposição política, o DSM - III apresentava sério risco de não ser aprovado pelo Conselho de Curadores, a menos que o termo "neurose" fosse inserido entre parênteses após a palavra "desordem" em alguns casos. Além disso, o diagnóstico de homossexualidade ego-distônica substituiu a categoria de "distúrbio de orientação sexual" do DSM - II.

Publicado em 1980, o DSM - III contando com 494 páginas, listou 265 categorias diagnósticas. Ele logo passou a ser utilizado internacionalmente, sendo chamado de revolução ou transformação em psiquiatria. No entanto, Robert Spitzer depois criticou seu próprio trabalho por perceber que levou à medicalização de 20 a 30 por cento da população que não apresentaram qualquer problema mental grave. Quando DSM - III foi publicado, os idealizadores fizeram extensas alegações sobre a confiabilidade do radicalmente novo sistema de diagnóstico que eles tinham elaborado, baseando-se em dados de ensaios de campo especiais. Vinte anos após o problema sobre a confiabilidade, o debate tornou-se o foco

central do DSM – III. Ressaltando que ainda não há estudos multissituados mostrando que DSM é rotineiramente utilizado de forma confiável pelos médicos e profissionais da área de saúde mental. Não há evidência crível de que qualquer versão do manual aumentou a confiabilidade em comparação com a versão anterior. Existem problemas metodológicos importantes que limitam a generalização da maioria dos estudos de confiabilidade. Cada estudo de confiabilidade é limitado pela formação e supervisão dos entrevistadores, a sua motivação e compromisso com a precisão do diagnóstico, sua habilidade prévia, a homogeneidade do ambiente clínico em relação a gama de pacientes e o rigor metodológico alcançado pelo investigador.

Em 1987, o DSM-III-R foi publicado como uma revisão do DSM - III, as categorias foram renomeadas e reorganizadas, e mudanças significativas nos critérios foram feitas, como é o caso das seis categorias que foram eliminadas, enquanto outras foram adicionadas. Diagnósticos controversos, como transtorno disfórico pré-menstrual e transtorno de personalidade masoquista, foram analisadas e descartadas. "Perturbação da Orientação sexual" também foi removido e foi em grande parte substituída por "desordem sexual não especificada de outra forma", que pode incluir "sofrimento persistente e marcado sobre sua orientação sexual". Ao todo, o DSM-III-R continha 292 diagnósticos e 567 páginas. Outros esforços foram feitos para que os diagnósticos fossem puramente descritivos, embora o texto introdutório afirmasse que pelo menos algumas doenças, particularmente os Transtornos da Personalidade, exigissem mais inferências por parte do profissional.

Mas, afinal como foram classificados os “desvios sexuais” no DSM-III-R? Em primeiro lugar o número de transtornos cresceu bastante. Em vez dos nove transtornos do DSM - III encontramos 22 “Transtornos psicosexuais”, subdivididos em quatro categorias (*Gender Identity Disorders, Paraphilias, Psychosexual, Dysfunctions* e *Other Psychosexual Disorders*).

Em 1994, o DSM - IV foi publicado, listando 297 desordens em 886 páginas. A estruturação foi presidida por Allen Frances. Um comitê de direção composto por 27 pessoas foi introduzido, incluindo quatro psicólogos. O comitê de direção criou 13 grupos de trabalho de 5 a 16 membros. Cada grupo de trabalho teve cerca de 20 conselheiros. Os grupos de trabalho realizaram um processo em três etapas: Primeiro, cada grupo realizou uma extensa revisão da literatura sobre seus diagnósticos; então, solicitaram dados de pesquisadores para a realização de análises que determinariam os critérios que exigiam mudança, com instruções para ser conservador; finalmente, eles realizaram testes de campo multicêntricos relacionando diagnósticos à prática clínica. A mudança observada foi a inclusão de um critério de

significância clínica para quase metade das categorias, o que exigiu que os sintomas causavam "sofrimento clinicamente significativo ou deficiência nas áreas social, ocupacional ou outras áreas importantes de funcionamento". Alguns diagnósticos de transtorno de personalidade foram apagadas ou movidas para o apêndice.

A "revisão de texto" do DSM - IV, conhecido como o DSM-IV-TR, foi publicado em 2000. As categorias diagnósticas e a grande maioria dos critérios específicos para o diagnóstico não foram alteradas. A secção de texto que disponibiliza informações extras em cada diagnóstico fora atualizada, assim como alguns dos códigos de diagnóstico para manter a coerência com o CID. O DSM-IV-TR foi reorganizado em um sistema axial. Tendo com ênfase distúrbios clínicos; transtornos de personalidade e deficiência intelectual; os outros aspectos envolvem uma perspectiva médico, psicossocial, ambiental que funcionalmente foram necessários para estabelecer critérios de diagnóstico. Nesta última versão o tipo de transtorno passou a se intitular "*Sexual and Gender Identity Disorders*", dele fazendo parte 27 transtornos (vários com mais de uma subdivisão), agrupados em *Sexual Dysfunctions*, *Paraphilias* e *Gender Identity Disorders*.

Nesta última versão o tipo de transtorno passou a se intitular "*Sexual and Gender Identity Disorders*", dele fazendo parte 27 transtornos (vários com mais de uma subdivisão), agrupados em *Sexual Dysfunctions*, *Paraphilias* e *Gender Identity Disorders*.

No DSM - III o grupo "parafilias" praticamente repetia a lista publicada no DSM - II, que por sua vez nada mais fazia do que listar as antigas "perversões" delineadas por Krafft Ebing no final do século XIX. A novidade está no fato da "Homossexualidade" deixar a rubrica "parafilia", transformando-se em "Homossexualidade ego-distônica" alocado em "Outros transtornos psicosexuais". Os dois movimentos, de permanência e transformação, apontam para uma questão de suma relevância na história das classificações psiquiátricas.

De fato, é a ideia de um funcionamento ideal ou normal da sexualidade que se depreende das descrições encontradas no manual. Na página 470 do DSM - IV, por exemplo, lemos que o "Transtorno de desejo sexual hipoativo" se caracteriza por uma "deficiência ou ausência de fantasias sexuais e desejo de ter atividade sexual" e que "o baixo desejo sexual pode ser global e abranger todas as formas de expressão sexual ou pode ser situacional e limitado a um parceiro ou a uma atividade sexual específica". Ora, a ideia de "deficiência de fantasia" ou de "baixo desejo" não deixa dúvidas quanto à concepção normativa subjacente segundo a qual há um quantum ideal de fantasia ou de desejo.

A quinta edição do DSM foi aprovada pela APA em 1 de dezembro de 2012. Sendo publicada em 18 de maio de 2013. O DSM - 5 contém diagnósticos extensivamente revisados

e, em alguns casos, amplia as definições de diagnóstico. O mesmo é a primeira grande revisão do manual, em vinte anos e os algarismos romanos sistema de numeração foi interrompido para permitir uma maior clareza em relação aos números de revisão. Uma mudança significativa na quinta edição é a supressão proposta dos subtipos de esquizofrenia.

O DSM - 5 é a mais nova edição e sua publicação é o resultado de um processo de doze anos de estudos, revisões e pesquisas de campo realizados por centenas de profissionais divididos em diferentes grupos de trabalho. O objetivo final foi o de garantir que a nova classificação, com a inclusão, reformulação e exclusão de diagnósticos, fornecesse uma fonte segura e cientificamente embasada para aplicação em pesquisa e na prática clínica.

Em seu aspecto estrutural o DSM - 5 rompeu com o modelo multiaxial introduzido na terceira edição do manual. Os transtornos de personalidade e o retardo mental, anteriormente apontados como transtornos do Eixo II, deixaram de ser condições subjacentes e se uniram aos demais transtornos psiquiátricos no Eixo I. Outros diagnósticos médicos, costumeiramente listados no Eixo III, também receberam o mesmo tratamento. Conceitualmente não existem diferenças fundamentais que sustentem a divisão dos diagnósticos em Eixos I, II e III.

No que se refere aos temas específicos (Gênero e sexualidade) o DSM - 5 fragmentou o antigo capítulo Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero dando origem a três novos capítulos: Disfunções Sexuais, Disforia de Gênero e Transtornos Parafilicos. No atual manual as Disfunções Sexuais são um grupo de transtornos heterogêneos tipicamente caracterizados por uma perturbação clinicamente significativa na capacidade de uma pessoa para responder sexualmente ou de sentir prazer sexual. É possível que um indivíduo apresente mais de uma disfunção sexual ao mesmo tempo, havendo ainda disfunções específicas de cada gênero. Para evitar o risco de superestimar as incidências dessas disfunções, a atual versão do manual requer uma duração mínima de seis meses, além de incluir critérios mais precisos para avaliar a severidades dos sintomas.

A Disforia de Gênero aparece no manual como um diagnóstico que descreve os indivíduos que apresentam uma diferença marcante entre o gênero experimentado/expresso e o gênero atribuído. A mudança na nomenclatura do DSM - 5 enfatiza o conceito de incongruência de gênero como algo a mais do que a simples identificação com o gênero oposto apresentada no DSM-IV-TR como Transtorno da Identidade de Gênero. O DSM - 5 trouxe maior detalhamento aos critérios diagnósticos, além de utilizar critérios específicos para identificar a Disforia de Gênero na Infância.

No que diz respeito aos subtipos, o manual aboliu uso dos especificadores que descreviam a orientação sexual destes indivíduos, especialmente porque a diferenciação não se mostrou clinicamente útil. Novos especificadores foram introduzidos ao diagnóstico: a presença de condições médicas que interferem no desenvolvimento de caracteres sexuais (ex.: síndrome de insensibilidade a andrógenos, hiperplasia adrenal) deve ser descrita como “com um Transtorno do Desenvolvimento Sexual”; a condição de indivíduos que realizaram a transição para o gênero desejado passou a ser listada como “Pós-Transição”.

O DSM - 5 incluiu um capítulo para tratar especificamente dos Transtornos Parafílicos, distinguindo-os conceitualmente das Parafilias que eram apresentadas entre os Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero no DSM-IV-TR. A atual versão do manual reconhece as Parafilias como interesses eróticos atípicos, mas evita rotular os comportamentos sexuais não-normativos como necessariamente patológicos.

Os acréscimos recebidos por esta versão trazem seis categorias:

- Transtorno de acumulação (Persistente dificuldade de se desfazer de bens, independentemente de seu valor e utilidade real);
- Transtorno da oscilação destrutiva do humor (Mudanças de humor bruscas, frequentes e prejudiciais a diversas áreas da vida);
- Transtorno da compulsão alimentar periódica (Vontade irresistível e frequente de comer excessivamente);
- Transtorno de hipersexualidade (Vontade em fazer sexo a ponto de prejudicar significativamente áreas da vida);
- Transtorno de arrancar pele (Compulsão de arrancar a própria pele até causar ferimentos);
- Adição à internet: (Usar a internet a ponto de prejudicar seriamente e frequentemente mais de uma área da vida).

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As publicações das classificações nos DSMs suscitaram polêmicas que dividiram a opinião de especialistas, recebendo críticas e elogios de profissionais renomados. Fazendo-nos perceber que cada publicação traz em si a representação da época e do contexto no qual foi produzido, mostrando-nos as limitações e avanços de cada um dos documentos. A atual versão aponta que as modificações realizadas foram baseadas na melhor evidência científica disponível para os colaboradores que a produziram. Os critérios diagnósticos pensados foram avaliados em estudos de campo buscando verificar a utilidade, validade e confiabilidade de

cada um deles e os sintomas que suscitavam dúvidas foram trabalhadas novamente de forma mais precisa.

No entanto temos claro que o DSM, e suas reestruturações são instrumentos desenvolvidos para serem aplicados por profissionais habilitados, com experiência clínica e conhecimentos da psicopatologia. A principal crítica acerca da versão mais atual é que o DSM-V é de que esta classificação tornou-se pouco criteriosa fazendo aumentar o número de pessoas que podem ser diagnosticadas com algum transtorno mental. No entanto, é preciso notar que o manual não deve ser usado como uma simples lista de sintomas para serem assinalados por indivíduos não habilitados, pois isso implicaria em falsos diagnósticos. Quanto à inclusão de novos transtornos mentais na classificação é importante reconhecer que eles representam problemas graves que trazem sofrimento e prejuízo a pessoas que, até então, poderiam não receber diagnóstico e tratamento adequados.

No que se refere às questões em torno de Gênero e Sexualidade é perceptível que o DSM, nos reforça a ideia de patologização do Gênero e da Sexualidade, enquadrando e normatizando as práticas sexuais, os prazeres e os desejos. A inclusão e exclusão de categorias e classificações ultrapassam questões linguísticas e conceituais, apresentando-nos o poder do discurso biomédico sobre os sujeitos, mostrando a imbricada relação entre o saber e o poder, tal como as influências no mundo contemporâneo.

## REFERÊNCIAS

ABRAHAMSEN, K. T. Indexing of musical genres an epistemological perspective. **Knowledge Organization**, v.30, n. 3/4, p. 144-169, 2003.

AMERICAN Psychiatric Association. **Manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos mentais**. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1952.

AMERICAN Psychiatric Association. **Manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos mentais**. 2. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1968.

AMERICAN Psychiatric Association. **Manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos mentais**. 3. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1980.

AMERICAN Psychiatric Association. **Manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos mentais**. 3. ed. revisada. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1987.

AMERICAN Psychiatric Association. **Manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos mentais**. 4. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.

AMERICAN Psychiatric Association. **Manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos mentais**. 4. ed., texto revisado. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.

AMERICAN Psychiatric Association. **Manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos mentais**. 5. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.

BUCKLAND, Michael K. Information as thing. **Journal of the American Society for Information Science**, v. 45, n. 5, p. 351-360, 1991.

CAPURRO, R.; HJORLAND, B. O Conceito de Informação. **Perspectivas em Ciência da Informação**, Belo Horizonte, v. 2, n. 1, p. 148-207, jan./abr. 2007.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e Semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FOUCAULT, M. O nascimento do hospital. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982

GUIMARÃES, J. A. C. A dimensão teórica do tratamento temático da informação e suas interlocuções com o universo científico da International Society for Knowledge Organization (ISKO). **Revista Ibero-americana de Ciência da Informação**, v. 1, n. 1, p. 77-99, jan./jun. 2008.

HJØRLAND, B. Domain analysis in information science: eleven approaches – traditional as well as innovative. **Journal of Documentation**, London, v. 58, n. 4, p. 422-462, 2002.

\_\_\_\_\_. Fundamentals of knowledge organization. **Knowledge Organization**, Würzburg, v. 30, n. 2, p. 87-111, 2003.

\_\_\_\_\_. **Information seeking and subject representation**: an activity theoretical approach to Information Science. London: Greenwood Press, 1997.

\_\_\_\_\_. **Subject**. 2007. Disponível em:  
<<http://www.db.dk/bh/core%20concepts%20in%20lis/articles%20a-z/subject.htm>>. Acesso em: 18 jul. 2013.

\_\_\_\_\_; ALBRECHTSEN, H. Toward a new horizon in information science: domain-analysis. **Journal of the American Society for Information Science**, Washington, v. 46, n. 6, p. 400-425, 1995.

KOBASHI, N. Y. **A elaboração de informações documentárias**: em busca de uma metodologia. 1994. 163 f. Tese (Doutorado em Ciências da Comunicação)–Escola de Comunicação e Artes, Universidade de São Paulo, 1994.

LAQUEUR, T. **Inventando o sexo**: corpo e gênero dos gregos a Freud. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2001.

MARTINS, F. O que é pathos? **Revista Latino-Americana de Psicopatologia**. Fundamental. São Paulo, Ano II, número 4, dez. 1999.

MEINERZ, N. E. Corpo e outras (de)limitações sexuais: Uma análise antropológica da revista *Sexuality and Disability* entre os anos de 1996 e 2006. **Revista Brasileira de Ciências Sociais RBCS**, v. 25, n. 72, 2010.

PÁDUA, E. M. M. **Metodologia da pesquisa**: abordagem teórico-prática. 2. ed. São Paulo: Papirus, 1997.

PINHEIRO, L.V. R. Campo interdisciplinar da ciência da informação: fronteiras remotas e recentes. In: \_\_\_\_\_. (Org.) **Ciência da informação, ciências sociais e interdisciplinaridade**. Brasília: IBICT/DDI/DEP, 1999.

VIANNA, A. Etnografando documentos. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL POÉTICOS DO INVENTÁRIO: COLEÇÕES, LISTAS, SÉRIES E ARQUIVOS NA CULTURA CONTEMPORÂNEA, 2006, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais/Universidade de Stanford, 2006.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil para a análise histórica. **Educação e Realidade**. v. 20, n. 2, 1995.

TENNIS, J. A convenient verisimilitude or oppressive internalization? Characterizing the ethical arguments surrounding hierarchical structures in knowledge organization systems. **Knowledge Organization**, Würzburg, v. 39, n. 5, p. 394-397, 2012.

WEEKS, J. O corpo e a sexualidade. In: LOURO, G. L. (Org). **O corpo educado: Pedagogias da sexualidade**. Belo Horizonte: Autêntica. 2010.