



Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Curso de Bacharelado de Psicologia

**Trabalho de Conclusão de Curso**

**MEDICALIZAÇÃO: CONSOLIDAÇÃO E POSSÍVEIS ALTERNATIVAS EM FACE  
DOS AGRAVOS À SAÚDE PSICOLÓGICA**

**ANNE KARINE ALVES**

Paranaíba - Mato Grosso do Sul

2024



Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Campus de Paranaíba

Curso de Bacharelado de Psicologia

**Trabalho de Conclusão de Curso**

**MEDICALIZAÇÃO: CONSOLIDAÇÃO E POSSÍVEIS ALTERNATIVAS EM FACE  
DOS AGRAVOS À SAÚDE PSICOLÓGICA.**

**ANNE KARINE ALVES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Psicologia, pelo Curso de Psicologia – bacharelado do Campus de Paranaíba da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul.

Orientação: Prof. Dr. Juliano Setsuo Violin Kanamota.

Paranaíba - Mato Grosso do Sul

2024



Serviço Público Federal  
Ministério da Educação  
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul



## ATA DE AVALIAÇÃO DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

### CURSO: PSICOLOGIA – BACHARELADO - CPAR/UFMS

A acadêmica **ANNE KARINE ALVES**, RGA: 2020.0903.035-1, apresentou trabalho avaliativo da disciplina **Trabalho de Conclusão de Curso**, com o título *“Medicalização: consolidação e possíveis alternativas em face dos agravos à saúde psicológica”* sob a orientação do Prof. Dr. Juliano Setsuo Violin Kanamota, SIAPE: 16772746, como exigência para a conclusão do Curso de Psicologia - Bacharelado.

Conceito obtido: APR

Professor Orientador: Dr. Juliano Setsuo Violin Kanamota

Paranaíba, MS, 22 de novembro de 2024.

---

Dr. Juliano Setsuo Violin Kanamota/UFMS/CPAR

Orientador

---

Dra. Ana Alice Reis Pieretti/Psicóloga

Membro

---

Dr. Vinicius Santos Ferreira/UFMS/CPAR

Membro

#### Observação:

#### Conceito de Avaliação:

**APR** – Aprovado

**COND** – Aprovação condicionada à reformulação

REP – Reprovado

NOTA  
MÁXIMA  
NO MECUFMS  
É 10!!!

Documento assinado eletronicamente por **Juliano Setsuo Violin Kanamota, Professor do Magisterio Superior**, em 22/11/2024, às 10:13, conforme horário oficial de Mato Grosso do Sul, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

NOTA  
MÁXIMA  
NO MECUFMS  
É 10!!!

Documento assinado eletronicamente por **Vinicius Santos Ferreira, Professor do Magisterio Superior**, em 22/11/2024, às 10:14, conforme horário oficial de Mato Grosso do Sul, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

NOTA  
MÁXIMA  
NO MECUFMS  
É 10!!!

Documento assinado eletronicamente por **Ana Alice Reis Pieretti, Usuário Externo**, em 22/11/2024, às 10:19, conforme horário oficial de Mato Grosso do Sul, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufms.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufms.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **5250837** e o código CRC **3681AAE5**.

**CÂMPUS DE PARANAÍBA**

Av. Pedro Pedrossian, 725 - Bairro Universitário

Fone: (67)3669-0105

CEP 79500-000 - Paranaíba - MS

Referência: Processo nº 23456.000461/2021-62

SEI nº 5250837

*Às mulheres que me antecederam, em especial Solange da Conceição, Joana Rodrigues, Maria Augusta e Cascimira Maria. A inspiração e o acolhimento de vocês me permitiram caminhar meus pequenos passos.*

## **Agradecimentos**

Aos meus pais, Solange da Conceição e Lázaro Alves, pelo imensurável amor e dedicação de todos estes anos. Agradeço por terem me fornecido suporte financeiro e emocional nesta jornada tão longa e exaustiva. Chegar até aqui, em uma Universidade pública, foi muito além dos meus sonhos, e só foi possível com vocês.

À Beatriz Zacarias, por todo o suporte e trocas. Nossas conversas me inspiram, e possibilitaram o enriquecimento do meu repertório para as discussões deste trabalho.

Às minhas avós e meus avôs, pois as conversas e as trocas com vocês me são muito preciosas!

Ao Juliano Kanamota, pelas conversas e orientações. E principalmente por ter me incentivado e apoiado nas mudanças durante o processo de escrita.

Por fim, agradeço a todos que, de maneira direta ou indireta, colaboraram com a minha trajetória até aqui.

## **Resumo**

O presente trabalho se propõe a apresentar e discutir o fenômeno da Medicalização e a influência dos modelos classificatórios dos agravos à saúde psicológica. Para tal, será apresentada a definição de Medicalização, sua crescente validação e atual consolidação social. Destarte, pretende-se expor o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), enquanto ferramenta essencial à manutenção do Modelo Médico e conseqüentemente às estruturas da Medicalização. Propõe-se ainda a apresentação e discussão dos Critérios de Domínio de Pesquisa (RDoC), enquanto proposta substitutiva ao DSM. Por fim, ao discorrer sobre a Análise do Comportamento, pretende-se demonstrar seu diálogo e distanciamento dos apresentados anteriormente. Além de evidenciar as apreensões da psicologia sobre o campo até então reconhecido como de domínio médico. Com isto, foram ilustradas as convergências e distanciamentos entre cada um dos modelos apresentados, em especial suas compreensões da saúde e do adoecer, propondo-se a demonstrar suas contribuições e/ou críticas à medicalização.

Palavras-chave: Medicalização; DSM-5; RDoC; Análise do Comportamento.

## Sumário

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. Introdução</b>  | <b>8</b>  |
| <b>2. Medicalização</b>   | <b>8</b>  |
| <b>3. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais (DSM)</b> | <b>11</b> |
| <b>4. RDoC - Critérios de Domínio de Pesquisa</b>                       | <b>13</b> |
| <b>5. Análise do Comportamento e Modelo Funcional</b>                   | <b>15</b> |
| <b>4.1 Discussão e Uso do Modelo Funcional</b>                          | <b>17</b> |
| <b>5. Considerações Finais</b>  | <b>20</b> |
| <b>Referências</b>  | <b>22</b> |



## 1. Introdução

A partir do método dedutivo, o presente trabalho de conclusão de curso, pretende explorar o fenômeno da Medicalização e sua manutenção a níveis institucionais, interacionais e conceituais. Com enfoque maior neste último nível, pois orientará a discussão sobre a compreensão e/ou classificação dos agravos à saúde psicológica.

Apoiando-se nas perspectivas de Conrad (1975; 1992) e Foucault (1984) este trabalho se propõe a apresentar e discutir a intersecção entre a Medicalização e modelos de classificação dos agravos, além de seus reflexos sociais. Desta feita, a Medicalização será apresentada enquanto fenômeno político-médico (Foucault, 1984), cultural (Conrad, 1975) e social (Conrad, 1992).

Outrossim, serão apresentados os Critérios de Domínio de Pesquisa (RDoC), enquanto estrutura que visa fomentar e estruturar pesquisas. Com ele, pretende-se identificar construtos que conectem aspectos biológicos aos comportamentos relevantes para a psicopatologia. O RDoC representa para o presente trabalho, a apresentação de uma possível alternativa substitutiva ao DSM, e sua possível vinculação ao Modelo Médico, e por conseguinte com a Medicalização.

A seguir, será apresentada a Análise do Comportamento cujos pressupostos empíricos e teóricos rompem com os princípios do Modelo Médico. Nesta ocasião, é apresentada enquanto alternativa para a investigação do adoecer, assim como sua contribuição para diluir a Medicalização.

Por fim, em sua discussão, o trabalho expõe as contribuições da Análise do Comportamento para compreensão dos comportamentos tidos como desviantes e/ou prejudiciais aos indivíduos, e a interação destes com sua comunidade (sociedade).

## 2. Medicalização

Pesquisadores de diversas áreas têm-se debruçado, desde a década de 1950, sobre as influências dos saberes médico-científicos na organização social e na compreensão de problemas psicológicos. Para se referir a estas influências utiliza-se o termo “medicalização” (Silva & Canavêz, 2017).

Sobre este processo, Foucault (1984) o descreve desenvolvendo-se junto ao processo de sanitização dos corpos e dos centros urbanos. Desta forma, a medicalização é identificada nas ações de controle de vacinação, registro de epidemias, localização e destruição de lugares insalubres, ou ainda em medidas interventivas específicas de acordo com as estratificações sociais (Zorzanelli & Cruz, 2018).

Complementarmente, é possível identificar que a estrutura essencial para a medicalização se dá na possibilidade de licenciar apenas profissionais médicos para o tratamento de comportamentos ou outros. Conrad (1975) exemplifica:

Nos últimos anos, o alcoolismo, a violência e o vício em drogas, bem como o comportamento hiperativo em crianças, foram todos definidos como problemas médicos, tanto na etiologia ou explicação do comportamento, quanto nos meios de controle social ou tratamento. (Conrad, 1975, p.17)

Assim, é possível compreender como este fenômeno mostra-se um processo de domínio e controle dos comportamentos desviantes. Conrad (1975) detalha a medicalização em diferentes aspectos, que serão apresentados a seguir.

Entre as principais manifestações características, está a individualização dos problemas sociais. Conrad (1975) expõe que ocorre a busca de causas e soluções no indivíduo considerado desviante, na prática, esta forma de controle se dá na responsabilização do indivíduo pela causa e resolução de seu sofrimento. O autor esclarece, que este fator conduz à despolitização da causação comportamento desviante. Desta forma, compreende que por meio da perspectiva médica, os comportamentos deixam de ser compreendidos enquanto sintomas dos problemas sociais, já que o diagnóstico e tratamento individual geralmente não se atentam às condições sociais, o que resulta na despolitização do comportamento desviante (Conrad, 1975).

Em suma, a experiência prática se dá na alienação do sujeito em relação às contingências sociais e marcadores culturais, desconsiderando a possibilidade do comportamento tido como desviante, ser na verdade adaptativo e mantido pelas relações e reforços de seu ambiente. Por conseguinte, as causas e a superação do adoecimento serão alcançadas a partir do diagnóstico médico, portanto, com a individualização há a responsabilização do sujeito pela sua causa e cura (Conrad, 1975).

Outro aspecto deste fenômeno é observado no problema do controle especializado. Neste caso, Conrad (1975), refere-se ao domínio médico, e a organização da sociedade e da profissão médica, a fim de que seja designado a estes profissionais a responsabilidade e domínio do conhecimento sobre a saúde, doenças e desvios comportamentais. Este aspecto se caracteriza na valorização do diagnóstico e da concepção médica, enquanto há a desvalorização das queixas e das experiências individuais do paciente.

Como resultado destes aspectos, ocorre o controle social médico, o que significa que por meio das alternativas e intervenções disponíveis, o poder médico é agora direcionado ao controle social. Sob outra perspectiva, “definir comportamento desviante como um problema

médico permite que certas coisas sejam feitas (...) por exemplo, o corpo pode ser aberto ou medicamentos psicoativos podem ser administrados. Esse tratamento pode ser uma forma de controle social.” (Conrad, 1975, pp.18-19). Neste caso, o controle especializado permite a constância de uma atuação autocrática, ou seja, a contínua inviabilização da individualidade.

A partir desses aspectos de controle, o autor propõe compreender como o fenômeno cultural tem se enraizado e assim se naturalizado como única possibilidade científica de estruturação da saúde (Conrad, 1975). No entanto, é possível elucidar o caráter social da medicalização, isto é, o papel dos pacientes na manutenção deste fenômeno.

Nesta ocasião, Conrad (1992) aponta que a profissão médica, entre outras profissões da área da saúde, podem ou não estar diretamente ligadas à medicalização, bem como à sua manutenção. O autor expõe que o fenômeno conta com sua manutenção a níveis institucionais, interacionais e conceituais.

A manutenção da medicalização a nível institucional ocorre quando organizações adotam atuações e/ou Modelo Médico para tratar problemas. Neste nível, o trabalho é executado por não médicos, enquanto o modelo e o profissional médico atuam como certificadores da validade (Conrad, 1992). Tal como ocorre no Brasil, em seu sistema previdenciário, onde a partir do diagnóstico de patologias, poder-se-á ser assegurado o afastamento temporário de funções laborais, ou aposentadoria por incapacidade permanente (Presidência da República, 1999).

Em nível interacional, ocorre na relação direta entre médico-paciente. Conrad (1992) esclarece que a medicalização neste nível se dá a partir do diagnóstico e da intervenção de forma individual, de um problema social. Como a prescrição indiscriminada de ansiolíticos e antidepressivos sem a compreensão dos marcadores sociais que influenciam a rotina deste indivíduo, ou ainda a investigação de causas ontogenéticas e culturais (Conrad, 1992).

Portanto, é preciso ressaltar o caráter político-médico deste fenômeno, que se evidencia nas relações de poder que controlam a sociedade. Assim como para Foucault (1984), a medicalização ocorre principalmente por duas razões: econômicas e políticas. A primeira delas, pois as cidades passam a ser fonte de produção e comercialização, assim a regulação faz-se necessária para a organização social. Já a segunda razão, se relaciona diretamente com a estratificação social.

Isso, pois diante da ausência de interferências, estatais e médicas, somadas a presença de desigualdades econômicas, os indivíduos e grupos menos favorecidos são explorados exorbitantemente em diversos setores, desfavorecendo o exercício do poder político - como a cobrança de taxas, controle de doenças e controle da violência urbana (Foucault, 1984). Uma

das estratégias de controle social frente a estas desigualdades é a classificação nosológica de problemas psicológicos.

Já a manutenção da medicalização a nível conceitual, é compreendida por meio dos vocábulos e do Modelo Médico, onde a visão hierárquica médica é viabilizada e normalizada. O que traz luz ao impacto das definições conceituais, pois elas direcionam o que será visto enquanto problema e quais ações são recomendadas após a nomeação/ diagnóstico do problema (Conrad, 1992).

Diante o exposto, faz-se necessária a discussão das estruturas que consolidam a medicalização, em especial, as bases conceituais do modelo médico, demonstradas em alguns dos atuais modelos classificatórios dos agravos à saúde psicológica. Assim como, compreender as alternativas para o distanciamento de tal fenômeno, abarcando a proposta pela psicologia.

### **3. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais (DSM)**

Atualmente, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais encontra-se em sua 5ª edição. Esta última versão foi publicada em 2013, com sua tradução em português-BR disponibilizada em 2014. Compreende-se que este foi apresentado enquanto facilitador na formulação de casos, fornecendo suporte aos clínicos na avaliação e planejamento de atuação (DSM-V, 2014).

Em sua introdução, esclarece que ‘Manual Diagnóstico’ refere-se à proposta de catalogar e descrever diagnósticos clínicos, tendo como intuito, promover o diálogo entre profissionais e pesquisadores. Seu caráter ‘Estatístico’ se dá em suas pesquisas, onde por meio da concordância entre avaliadores são verificados os diagnósticos. Ele também é apresentado na quantificação e apresentação das taxas de prevalência dos transtornos (DSM-V, 2014).

Destarte, os ‘Transtornos Mentais’ são apresentados enquanto perturbações significativas em nível cognitivo, emocional ou comportamental do indivíduo. Assim, são associados às inadequações sociais e causam sofrimento, afetando as relações, desempenho profissional ou outras atividades. O manual relaciona a natureza destes transtornos às disfunções de ordem psicológica, biológica ou relacionados aos processos “de desenvolvimento subjacente ao funcionamento mental” (DSM-V, 2014, p.20).

Segundo Henriques (2015), os critérios adotados para a identificação de patologias são os responsáveis pelo exorbitante aumento em 250% (em cerca de quatro décadas) nos números de transtornos mentais listados. Tem-se que o DSM em sua segunda edição (1968) listava 180 transtornos mentais, enquanto na quinta (2013) registrou 450 (Henriques, 2015).

Contudo, os critérios admitidos têm resultado em crescentes críticas ao Manual (Henriques, 2015). Dentre elas, sobre a categorização de patologias a partir do modelo estatístico, de modo que comportamentos possam receber um lugar no manual sendo nomeados como transtornos, ainda que não se identifiquem marcadores biológicos ou causas para seus desenvolvimentos. Henriques (2015) explica que com a ascensão da “medicina baseada em evidências” a promessa seguida da ausência dos marcadores biológicos tornou-se o problema, tornando necessária a adoção da evidência *a posteriori*.

Com a consideração da evidência *a posteriori*, ocorre a completa inversão da busca pela cura. Ao identificar comportamentos que dêem indícios da correspondência a determinado transtorno, quando não há a possibilidade da identificação de marcadores biológicos, inicia-se a administração dos fármacos ou terapias adequadas para o quadro suposto (Henriques, 2015). Caso haja melhora do quadro, considera-se a confirmação da hipótese diagnóstica. Como exemplificado por Henriques (2015):

Assim, por exemplo, diante da ausência de “marcadores biológicos” para a determinação precisa do diagnóstico de transtorno afetivo bipolar (TAB), estabeleceu-se que é a resposta positiva frente os estabilizadores do humor (tratamento empírico farmacológico) que confirma a hipótese diagnóstica de TAB. (...) É como identificar uma tuberculose pulmonar a despeito da constatação da infecção do paciente pelo bacilo de Koch (...) e confirmar esse diagnóstico somente pela resposta positiva aos antibióticos. (p. 5)

Desta feita, torna-se provável a concepção da existência de impactos prejudiciais com a atuação baseada no Modelo Médico (Conrad, 1992). Autores apresentam como principais críticas e consequência desta prática: a diminuição da validade diagnóstica, correspondente ao aumento de ‘falsos positivos’, e a expansão desta profissão além de suas competências profissionais; o estabelecimento da relação entre a psiquiatria e a indústria farmacêutica; e a normalização da prescrição e consumo de medicamentos em excesso (Henriques, 2015).

De outro modo, ao reconhecer as concepções do modelo médico, torna-se inegável o consentimento com controle exercido por esta profissão e consequente medicalização (Conrad, 1975; 1992)., a implementação do DSM, nas mais diversas áreas sociais, torna legítimo o modelo médico e a medicalização dos comportamentos e/ou problemas.

Em contrapartida, contemporaneamente têm surgido investigações e alternativas que pretendem substituir o Modelo Médico atual. Uma delas proposta por Insel (2013), o denominado Critérios de Domínio de Pesquisa (RDoC), o qual aponta a necessidade da

identificação de “inscrição biológica” dos chamados distúrbios e transtornos (Zorzanelli, Dagalarrondo & Banzato, 2014).

#### 4. RDoC - Critérios de Domínio de Pesquisa

Como apresentado por Zorzanelli, Dagalarrondo e Banzato (2014), Thomas Insel foi diretor do National Institute of Mental Health (NIMH), principal agência de fomento científico dos EUA na área de psiquiatria. O instituto tem investido, há mais de 10 anos, na iniciativa RDoC e em difundir pesquisas que investiguem a neurociência comportamental, cognitiva e afetiva, ao passo em que sustenta o distanciamento dos critérios diagnósticos existentes (Vaidyanathan et al., 2020).

Desta feita, o RDoC, enquanto estrutura de pesquisa, fundamenta-se na noção de construtos que conectem biologia aos comportamentos relevantes para a psicopatologia. Um ponto bastante significativo é que, a partir do RDoC, o olhar desloca-se das distinções/ transtornos comportamentais para o funcionamento humano. Assim, pretende-se observar também as variações entre o bem-estar e o completo <sup>1</sup>“prejuízo comportamental” (Vaidyanathan et al., 2020).

Segundo Vaidyanathan et al. (2020) a estrutura RDoC busca a expansão do conhecimento sobre a etiologia das patologias a partir de dois aspectos principais: dos processos do desenvolvimento e dos efeitos das circunstâncias ambientais. O primeiro aspecto, passou a ser privilegiado, principalmente, pela convergência entre as ciências biológicas e psicológicas, em reconhecer a importância do desenvolvimento para os comportamentos, sejam eles saudáveis ou transtornos (Casey et al., 2013, citado em Vaidyanathan et al., 2020). Enquanto o segundo, refere-se às complexas interações ambientais que podem favorecer ou diminuir a probabilidade de transtornos.

Seus construtos, atualmente, são agrupados em seis domínios do comportamento humano - Sistemas de Valência Positiva, Sistemas de Valência Negativa, Sistemas Cognitivos, Processos Sociais, Sistemas de Excitação e Regulação, e Sistemas Sensorio-motores (Vaidyanathan et al., 2020). Deste modo, os domínios são utilizados enquanto facilitadores para a compreensão geral, já que entende-se que na produção do comportamento ocorre a interação entre estes Sistemas (Vaidyanathan et al., 2020).

É possível compreender resumidamente cada um dos domínios a partir da síntese de Pondé (2018):

---

<sup>1</sup> O termo “prejuízo comportamental” foi utilizado para referir-se aos comportamentos tidos como adoecidos/ adoecedores, ou ainda “desadaptativos”, para o modelo médico.

Os sistemas de valência negativa são responsáveis por respostas a situações ou contextos aversivos, sendo representados por medo, ansiedade e perda (NIMH, 2017). Os sistemas de valência positiva são responsáveis por respostas a contextos ou situações motivacionais positivas, tais como busca de recompensa, comportamento consumatório e aprendizado da recompensa. O sistema cognitivo envolve atenção, percepção, memória declarativa, linguagem, controle cognitivo e memória de trabalho. O sistema de processos sociais é o sistema que faz a mediação da resposta a configurações interpessoais, incluindo percepção e interpretação das ações do outro. O sistema excitação/regulação é um continuum que vai da vigília a estados de baixa excitação como sono, anestesia e coma. (p.156)

Acrescenta-se que os Sistemas Sensório-motores referem-se aos principais responsáveis pelo controle e execução dos comportamentos motores, e seu refinamento durante o aprendizado e desenvolvimento. Isto, de acordo com o Instituto Nacional de Saúde Mental (NIMH) (2023), com o RDoC em sua 4ª e última versão. Este domínio deixou de ser apresentado por Pondé (2018), pois em seu trabalho foi utilizada a 3ª versão do RDoC (2017).

Além destes, o RDoC sugere classes de medidas onde os domínios poderão ser investigados, são as chamadas Unidades de Análise. Estas, incluem genes, moléculas, células, circuitos, fisiologia, comportamentos e autorrelatos (Vaidyanathan et al., 2020). Segundo os autores, com as Unidades de Análise pretende-se exemplificar as possibilidades e encorajar pesquisas que baseiam-se na neurociência comportamental (Vaidyanathan et al., 2020).

Destarte, Vaidyanathan et al. (2020) acrescenta que, ainda que o projeto proponha a consideração dos aspectos ambientais - físico, social e psicológico - esses atributos não são representados diretamente em sua matriz. Segundo os autores, os construtos listados se direcionam ao indivíduo para manter salientado as prioridades de análise, não desencorajando a investigação de aspectos ambientais importantes (Vaidyanathan et al., 2020).

Na prática, as pesquisas a partir do RDoC iniciam-se com a identificação do que será clinicamente relevante. Em seguida, o pesquisador concentra-se em compreender o que se tem na literatura, e quais as possíveis relações neurocomportamentais. Após essas considerações, constrói-se as suposições sobre o *continuum* da transição entre saudável e patológico, e das interações entre construtos - como por exemplo entre emoção e cognição (Vaidyanathan et al., 2020).

Entretanto, ao compreender o intuito opositor do RDoC, e compará-lo com as incoerências apresentadas pelo DSM, encontram-se grandes semelhanças. Pois, ao buscar

marcadores biológicos desconsiderando os <sup>2</sup>“procedimentos de normalização” social, torna nula a experiência do sujeito, reduzindo sua subjetividade e determinantes psicossociais a marcadores físicos/ biológicos. Nesta ocasião, a identificação do marcador não necessariamente corresponde ao sintoma/ sofrimento, assim como o sintoma/ sofrimento não necessariamente tem como causa o marcador biológico (Henriques, 2015).

Ao considerar as ponderações apresentadas sobre os Critérios de Domínio de Pesquisa, e ante o exposto sobre o DSM, e a Medicalização (Conrad, 1975; 1992), poder-se-á compreender os avanços e proximidades entre as duas propostas. Além das semelhanças citadas anteriormente, os avanços, são compreendidos na estrutura de pesquisa RDoC, pois não se faz necessária a nomeação e a consequente patologização dos comportamentos. O que distancia o RDoC da complementaridade em relação ao Modelo Médico atual (Vaidyanathan et al., 2020).

Por conseguinte, como apresentado por Zorzaneli, Dalgalarondo e Banzato (2014) o RDoC propõe a “utilização da noção de comportamentos observáveis ou mensuráveis” (p.334) como objeto de investigação. Ainda que haja esta consideração em convergência, não se encontram semelhanças filosóficas ou estruturais com a compreensão Behaviorista Radical dos indivíduos e comportamentos, conforme os fatos expostos no capítulo a seguir.

### **5. Análise do Comportamento e Modelo Funcional**

De outro modo, distante das compreensões apresentadas até então, encontra-se a visão Analítico Comportamental. Ilustrada por Skinner (1974/2006), esta ciência estrutura-se a partir de raízes filosóficas, metodologia experimental e aplicação.

Segundo Moreira e Medeiros (2019), nesta ciência o ser humano é visto como organismo, semelhante a qualquer outro animal, compartilhando características genéticas, fisiológicas e psicológicas, com outras espécies. O que os distancia é a habilidade do ser humano de “descrever o seu ambiente e a si mesmo (i.e., o comportamento verbal)” (p.214). Esta concepção dos humanos enquanto organismos, torna possível a investigação de seus comportamentos a partir das ciências naturais (Moreira & Medeiros, 2019).

Outrossim, esta ciência adota em sua filosofia o modelo de causalidade proposto por Darwin, portanto, um modelo selecionista na análise dos comportamentos (Moreira & Medeiros, 2019). Isto é, há a compreensão de que enquanto houver a interação entre o

---

<sup>2</sup> Henriques (2015), refere-se à ideia e práticas que nomeiam comportamentos e existências como ‘normais’, enquanto outras enquanto adoçadas ou patológicas, a partir dos interesses institucionais, políticos e/ou médicos.



organismo e as variáveis ambientais<sup>3</sup>, haverá também o contato com as consequências de sua interação. E é a partir destas interações, que variações comportamentais passam a ser reforçadas (selecionadas), ou então, punidas/ não reforçadas (entrar em extinção). Deste modo, o repertório comportamental do organismo passa a ser construído (Moreira & Medeiros, 2019).

Portanto, para um analista do comportamento, os comportamentos podem ser observados enquanto estranhos, mas jamais patológicos ou disfuncionais, pois, sua permanência indica que há uma função, há um valor de sobrevivência (Matos, 1999). Assim, é por meio da análise funcional que se torna possível a compreensão da existência de determinado comportamento. Pois, serão investigadas as contingências (eventos verbais e não verbais que alteram a probabilidade de uma resposta) do comportamento (resposta) em questão.

Destarte, na psicoterapia, o analista do comportamento constrói suas análises funcionais apoiando-se no relato verbal de acontecimentos da vida do cliente, no relato de comportamentos privados, e nos comportamentos públicos observados durante as sessões. Assim, o profissional pode optar por análises funcionais moleculares, ou então, análise funcionais molares dos comportamentos (Nery & Fonseca, 2018).

Como apresentado por Nery e Fonseca (2018), as análises funcionais moleculares buscam compreender as contingências dos comportamentos adotados como alvo. O essencial para essa análise é a identificação dos antecedentes (ocasião em que o comportamento ocorre), das respostas (os comportamentos apresentados pelo indivíduo) e suas consequências (mudanças provocadas pelo comportamento analisado). É possível ainda, que o analista do comportamento se atente a frequência desta resposta e aos efeitos emocionais após a consequência (Nery & Fonseca, 2018).

Fundamentando-se nas análises moleculares, são estruturadas as análises funcionais molares. O objetivo destas análises é obter uma compreensão mais ampla sobre o caso clínico, por meio da identificação de padrões de respostas (Nery & Fonseca, 2018). Além das informações obtidas pelas análises moleculares, para as análises molares o analista deve se atentar às classes de respostas, histórias de aquisição, contextos atuais mantenedores, consequências que fortalecem o padrão (aumentam a probabilidade de sua recorrência) e

---

<sup>3</sup> Para o behaviorista radical, “ambiente” é o conjunto de condições e/ou circunstâncias que afetam os comportamentos, sejam públicos ou privados. Sendo importante ressaltar que, para a Análise do Comportamento, o ambiente é externo à ação, não ao organismo (Matos, 1994).

consequências que enfraquecem o padrão (diminuem a probabilidade de sua recorrência) (Nery & Fonseca, 2018).

Tendo em vista a perspectiva externalista e selecionista, isto é, o reconhecimento das interações ambientais e culturais, bem como a luz sob a função dos comportamentos, torna-se evidente a independência da Análise do Comportamento em face das classificações dos agravos à saúde psicológica (Banaco, Zamignani & Meyer, 2010).

Com tais considerações, Banaco, Zamignani e Meyer (2010) acrescentam alguns pontos sobre a atuação profissional diante a necessidade de interação entre a Análise do Comportamento com o DSM e o Modelo Médico. Um deles, é que atualmente tem havido maior interesse da Análise do Comportamento, especialmente da Análise do Comportamento Aplicada (ABA), em dedicar-se a compreender as regularidades funcionais em comportamentos compreendidos enquanto psicopatologias. Isso, a partir da operacionalização de comportamentos, seguida pela compreensão das funções destes (Carr et al., 1999 como citado em Banaco, Zamignani & Meyer, 2010).

Outro fator, é que a operacionalização das topografias, sobretudo de comportamentos operantes, é uma das fases essenciais para a compreensão das variáveis e estruturação das Análises Funcionais (Banaco, Zamignani & Meyer, 2010). Assim, é possível salientar que uma intervenção orientada por modelos classificatórios, como o DSM, prenderia o profissional às topografias (como os comportamentos são apresentados) e não a suas funções, desvalidando a utilidade prática para a realização das análises ou intervenções (Hayes & Follette, 1992, como citado em Cavalcante & Tourinho, 1998).

Desta feita, conclui-se que no contexto atual as distinções entre os modelos não impossibilita o diálogo entre eles. Contudo, os Analistas do Comportamento devem reconhecer a independência da Análise Funcional, e ao utilizarem da linguagem médica para dialogar com outros profissionais, não devem representar a compatibilidade ou contentamento com os Manuais atuais (Banaco, Zamignani & Meyer, 2010).

#### **4.1 Discussão e Uso do Modelo Funcional**

Como apresentado por Skinner (1974/ 2006) é por meio das perguntas e afirmações nas interações sociais, que serão construídos os comportamentos auto-descritivos do indivíduo. Assim, “diferentes comunidades geram diferentes tipos e quantidades diferentes de autoconhecimento e diferentes maneiras de uma pessoa explicar-se a si mesma e aos outros.”(p.146).

Por isso, a redução de comportamentos à diagnósticos pode ser observada como causa de danos imensuráveis. Nesta ocasião, indivíduos percebem, descrevem e sofrem punições ao responder com determinados comportamentos não por algo relacionado ao comportamento em si, mas pelas regras de sua comunidade verbal.

Um exemplo desta ocorrência, se dá na classificação da transexualidade. Um comportamento relacionado à identidade e expressão do sujeito, que agora passa a ser considerado um problema, sendo nomeado como “disforia de gênero” (302.6; F64.2). Em parênteses está o código utilizado para se referir à classificação do transtorno no DSM, em seguida sua correspondência no CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde). O comportamento agora é apresentado enquanto transtorno a partir da seguinte descrição:

Disforia de gênero, como termo descritivo geral, refere-se ao descontentamento afetivo/cognitivo de um indivíduo com o gênero designado, embora seja definida mais especificamente quando utilizada como categoria diagnóstica. Transgênero refere-se ao amplo espectro de indivíduos que, de forma transitória ou persistente, se identificam com um gênero diferente do de nascimento. (DSM-5, p.451)

Outro exemplo de tal medicalização se dá no “Transtorno Travéstico” (302.3; F65.1). Onde, um dos critérios de inclusão é: “B. As fantasias, os impulsos sexuais ou os comportamentos causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.” (DSM-5, p.703)

Com as demonstrações apresentadas, torna-se lúcido o caráter cultural e social destes critérios. Isso, pois em países como o Brasil, estas são sentenças dissociadas da realidade. Tendo em vista, que desde 2008 esse é o país com o maior índice de assassinatos de pessoas transexuais e travestis no mundo. No ano de 2023, por exemplo, o Brasil registrou o aumento de 10,7% nos casos de assassinatos de pessoas trans. Houveram registros de 131 assassinatos em 2022, enquanto em 2023 foram registrados 145 (ANTRA, 2024). Em contrapartida, este mesmo país, apresentou a redução de 4,09% nas mortes provocadas por Crimes Violentos Letais Intencionais (CVLI), alcançando seu menor registro desde 2010 (MJSP, 2024).

Estas informações podem ser investigadas a partir de Análises Funcionais, onde se é possível compreender as contingências no entorno das interações de indivíduos transgêneros e/ou travestis ao agir sobre o ambiente a partir de sua identidade, *versus* estes mesmos indivíduos performando comportamentos esperados pela comunidade heteronormativa. Do mesmo modo, é possível observar as contingências das respostas de indivíduos cisgênero e heterossexual ao agir sobre o ambiente, diante esta mesma comunidade verbal

heteronormativa. E assim, ao considerar as perspectivas gerais das experiências culturais, trazem resultados como:

Tabela 1

**Análise funcional das classes de respostas de indivíduos transgêneros e/ou travestis em uma comunidade heteronormativa.**

| Antecedentes                         | Respostas   | Consequências  | Processos      | Efeitos   |
|--------------------------------------|---|--|----------------|---|
| interações com sua comunidade verbal | agir sob o ambiente <u>a partir de sua identidade</u><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• trejeitos do gênero oposto às expectativas sociais, apresentados em suas: roupas, cabelos, e comportamentos verbais;</li> <li>+ Baixa auto-vigilância e auto-controle; (interações com poucas edições de fala)</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• recebe críticas e xingamentos;</li> </ul>   | P+             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Culpa, tristeza e raiva;</li> </ul>  |
|                                      |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• é afastado/ evitado por sua comunidade;</li> </ul>                                  | P-<br>Extinção | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não entra em contato com R+ naturais;</li> <li>• Inadequação; frustração e insegurança;</li> </ul>     |
|                                      |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• recebe ‘orientações’ corretivas de como se portar;</li> </ul>                       | P+             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Raiva, tristeza, inadequação;</li> </ul>   |
|                                      |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• recebe elogios e é aproximado de indivíduos semelhantes a si.</li> </ul>            | R-<br><br>R+   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alívio, acolhimento;</li> <li>• Felicidade, e aumento de seu repertório e autoconhecimento.</li> </ul> |
| interações com sua comunidade verbal | agir sob o ambiente <u>a partir das estereotípias de gênero</u><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• performando trejeitos esperados pela sociedade, em suas roupas, cabelos, e comportamentos verbais;</li> <li>+ Constante estado de atenção = aumento da auto-vigilância e auto-controle (interações editadas e planejadas);</li> <li>+ percepção deturpada de seu ‘eu’/ self, baixo repertório de autoconhecimento.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• evita críticas, xingamentos e agressões;</li> </ul>                                 | R-             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alívio;</li> </ul>   |
|                                      |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• interações com sua comunidade (possibilidades, elogios, entre outros);</li> </ul>   | R-<br>R+       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alívio;</li> <li>• Felicidade - contato com reforços das interações sociais;</li> </ul>                |
|                                      |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• vínculos com baixa identificação;</li> <li>• vítima de transfobia velada</li> </ul> | Extinção       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tristeza, raiva, culpa, frustração e inadequação.</li> </ul>   |

Tabela 2

**Análise funcional das classes de respostas de indivíduos cisgênero e heterossexual em uma comunidade verbal heteronormativa.**

| Antecedentes                         | Respostas   | Consequências  | Processos | Efeitos   |
|--------------------------------------|---|--|-----------|---|
| interações com sua comunidade verbal | responder às interações a partir de estereotípias de gênero<br><ul style="list-style-type: none"> <li>● trejeitos semelhantes às expectativas sociais - em suas roupas, cabelos, comportamentos verbais.</li> </ul> + Baixa auto-vigilância e auto-controle;<br>(interações com poucas edições de fala) | <ul style="list-style-type: none"> <li>● interações com sua comunidade (possibilidades, elogios, entre outros);</li> </ul> | R+        | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Felicidade, e identificação;</li> <li>● Pertencimento - contato com reforços das interações sociais;</li> <li>● Aumento de seu repertório e autoconhecimento.</li> </ul> |

Estes cenários ilustram, não somente, o potencial da comunidade verbal sobre a experiência do indivíduo, como também a distinção entre os ‘ambientes’. Como proposto pelo Behaviorismo Radical, os indivíduos podem experimentar o mesmo contexto, mas não o mesmo ambiente (Matos, 1994). Apesar de estarem no mesmo país (contexto), não vivenciam as mesmas contingências (rótulos/ violências/ estigmas).

Cabe ainda ressaltar, que nos exemplos mencionados anteriormente, o indivíduo identificar-se com um gênero diferente do imposto socialmente, não lhe geraria prejuízos em suas relações sociais ou profissionais, mas as regras desta comunidade sim. Portanto, ao observar as contingências apresentadas, pode-se compreender que os comportamentos e vivências nomeadas enquanto transtorno, só tornaram-se adocedores pelas práticas culturais de sua comunidade verbal, e não por consequências adversas produzidas por sua existência. Visto que, é esta relação com sua comunidade que controla suas possibilidades e contingências, mas também são estas interações que contribuem para seu repertório e consequente percepção do ‘eu’ (Kohlenberg, Tsai, Kanter & Parker, 2011).

Em outras palavras, o transtorno presente nas vidas de pessoas trans existe a nível cultural, e não a nível ontogenético como o rótulo sugere. Sendo ainda importante ressaltar, que esta não é uma exclusividade deste diagnóstico, visto a grande frequência em que a nomenclatura ‘transtorno’ permite esta responsabilização do indivíduo por problemas de ordem social, sendo esta uma das ferramentas da medicalização de ordem conceitual, como apresentado por Conrad (1975; 1992).

Tais reflexões elucidam o valor da perspectiva externalista e seletorista. Pois, compreende-se que tornar um comportamento enquanto problema não o solucionará, como também não alterará sua possibilidade de ocorrência. Por outro lado, ao compreender as causas e contextos por trás dos rótulos, é possibilitada a compreensão de quais contingências devem ser modificadas para a promoção da saúde em seu conceito ampliado.

### **5. Considerações Finais**

Tendo em vista as discussões apresentadas, buscou-se com o presente trabalho elucidar o desenvolvimento e a consolidação da Medicalização dos comportamentos humanos. Isso, a partir da exposição das relações de poder e suas consequências sociais. Neste cenário, compreende-se que o saber médico tem sido utilizado como ferramenta de controle nas relações políticas, sociais e individuais.

Como apresentado por Foucault (1984), a Medicalização excede à sanitização dos corpos e ambientes. As intervenções médicas passaram a ser usadas em benefício do lucro estatal, profissional e das indústrias farmacêuticas em detrimento dos indivíduos (Conrad, 1992). Nesta ocasião, é possibilitado que esta profissão torne-se autoridade certificadora de validade, seja da atuação de outros profissionais, ou da necessidade de intervenções.

Houve ainda, o intuito de apresentar o vínculo e as contribuições do DSM para a Medicalização. Como expresso anteriormente, o Manual Diagnóstico tem sido um facilitador da comunicação entre profissionais. Entretanto, tem possibilitado que comportamentos sejam classificados enquanto transtornos, ainda que não sejam apontadas suas causas ou marcadores biológicos que justifiquem tal classificação (Henriques, 2015).

Diante deste contexto, ao expor o RDoC, pretende-se discutir a valorização do processo de aquisição/ desenvolvimento do comportamento, considerando as variações e interações ambientais. Isso, pois este modelo de pesquisa propõem a investigação das variações entre bem-estar e o completo prejuízo comportamental (Vaidyanathan et al., 2020).

Outrossim, o RDoC tem fomentado o avanço nos estudos do adoecer, e suas variações, ao privilegiar investigações da conexão entre os comportamentos e seus aspectos biológicos (Vaidyanathan et al., 2020). Desta feita, o RDoC pode ser reconhecido como uma alternativa substitutiva na compreensão da saúde e do adoecer. Sendo possível que a partir dos conhecimentos identificados seja estruturada uma nova forma de categorização de patologias, uma vez que possui critérios distintos dos apresentados até então.

Por fim, ao apresentar a Análise do Comportamento, buscou-se explorar a contribuição desta ciência para a compreensão dos comportamentos ditos desviantes, bem como dar voz à

psicologia na discussão até então de domínio médico. Para isso, evidenciou-se a possibilidade de interação entre o analista do comportamento e outros profissionais. Como também, a sua independência em relação às classificações e/ou diagnósticos.

Nesta ocasião, ao expor a relação indivíduo e ambiente, busca-se elucidar a compreensão externalista do modelo causal. Desta forma, é possível salientar também a importância da comunidade verbal no processo da identificação dos comportamentos. Pois, é a partir da interação com sua comunidade verbal que o indivíduo aprenderá a nomear e mensurar o que sente, o que percebe e o que espera em seu cotidiano.

A partir do exposto, espera-se que as discussões apresentadas contribuam para o fomento de questionamentos e alternativas em relação aos ditos transtornos. Buscou-se ter evidenciado os impactos da Medicalização. Outrossim, ter possibilitado a exposição dos questionamentos ao modelo médico e o diálogo com modelos alternativos da compreensão da saúde e do adoecer emocional.

## Referências

- American Psychiatric Association (APA). (2014). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. Artmed.
- Banaco, R.A., Zamignani, D.R., Meyer, S.B. (2010). Função do Comportamento e do DSM: Terapeutas Analítico-comportamentais discutem a Psicologia. In Tourinho, E.Z. & Luna, S.V. de. *Análise do comportamento - investigações históricas, conceituais e aplicadas*. 175-191.
- Benevides, B.G. (2023). Dossiê: assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2022. ANTRA - Associação Nacional de Travestis e Transexuais. Acesso em 2023. Disponível em:  
<https://antrabrazil.files.wordpress.com/2023/01/dossieantra2023.pdf>.
- Cavalcante S.N. & Tourinho E.Z. (1998). Classificação e Diagnóstico na Clínica: Possibilidades de um Modelo Analítico-Comportamental. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 14(2), 139-147.
- Conrad, P. (1975). The Discovery of Hyperkinesis: Notes on the Medicalization of Deviant Behavior. Source: *Social Problems*. 23(1), 12-21. <https://doi.org/10.2307/799624>.
- Conrad, P. (1992). Medicalization and Social Control. Source: *Annual Review of Sociology*. 18(1), 209-232. <https://www.jstor.org/stable/2083452>.
- Decreto-Lei nº 3.048/99 de 06 de maio da Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Diário Oficial da União: 7.5.1999, republicado em 12.5.1999; retificado em 18.6.1999 e 21.6.1999. Acesso em 2023. Disponível em:  
[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/d3048.htm#art45](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048.htm#art45).
- Fonseca F.N. & Nery, L.B. (2018). Formulação comportamental ou diagnóstico comportamental: um passo a passo. In Farias, A.K.C.R.de, Fonseca, F.N., Nery, L.B.. Teoria e formulação de casos em análise comportamental clínica [recurso eletrônico].
- Foucault, M. (1984). O nascimento da medicina social. In: Machado R., organizador. *Microfísica do poder*. Graal. 4 ed., 79-98.



- Henriques, R. P. (2015). Psicopatologia e Medicalização: políticas da cumplicidade. In: COELHO, D. M. & CUNHA, E. L. Saber & Violência. 57-67.
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., Kanter, J.W. & Parker, C.R. (2011). Self e Mindfulness. In Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Kohlenberg, B., Follete, W. C. & Callaghan, G. M.. Um guia para a psicoterapia analítica funcional (FAP): Consciência, coragem, amor e behaviorismo (F. Conte, & M. Z. Brandão, trads.). Santo André, SP: ESETEc. (Obra original publicada em 2009).
- Matos, M.A. (1994). Com o que behaviorismo radical trabalha. In Banaco, R. A. et al (orgs.) (2001). Sobre Comportamento e Cognição: aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista.
- Matos, M. A.. (1999). Análise funcional do comportamento. Estudos De Psicologia (campinas), 16(3), 8–18. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X1999000300002>
- Moreira M.B. & Medeiros C.A. (2019). Princípios Básicos de Análise do Comportamento. [recurso eletrônico] 2. ed.
- Pondé, M. P.. (2018). A crise do diagnóstico em psiquiatria e os manuais diagnósticos. Revista Latinoamericana De Psicopatologia Fundamental, 21(1), 145–166. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2018v21n1p145.10>.
- Silva, L. M., & Canavêz, F. (2017). Medicalização da vida e suas implicações para a clínica psicológica contemporânea. Subjetividades, 17(3), 117-129. <https://dx.doi.org/10.5020/23590777.rs.v17i3.5813>.
- Site National Institute of Mental Health. Research Domain Criteria (RDoC). Acesso em 2023. Disponível em: <https://www.nimh.nih.gov/research/research-funded-by-nimh/rdoc>.
- Skinner, B. F. (2006). Sobre o Behaviorismo. (M.P. Villalobos, Trad. 10th ed.). São Paulo: Cultrix. (Originalmente publicado em 1974).
- Vaidyanathan, U., Morris, S., Wagner, A., Sherril, J., Sommers, D., Garvey, M., Murphy, E. & Cuthbert, B. (2020). O projeto research domain criteria do NIMH - Uma década de integração entre comportamento e cérebro para pesquisa translacional. In Hayes, S.C. & Hofmann, S.G. (2023). *Além do DSM: em direção a uma alternativa baseada em processos para diagnóstico e tratamento em saúde mental*. Tradução, pp. 39-64.

Zorzanelli R.T. & Cruz M.G.A. (2018). The concept of medicalization in Michel Foucault in the 1970s. *Interface*. 22(66), 721-31.

Zorzanelli, R., Dalgarrondo, P., & Banzato C. E. M. (2014). O projeto Research Domain Criteria e o abandono da tradição psicopatológica. *Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 17(2), 328-341.