

Medicalização da vida e análise alínica do comportamento

(Medicalization of life and clinical behavior analysis)

**Tiago Alfredo da Silva Ferreira¹, João Pedro Alves Matos,
Mateus Mattos Souza y Sidarta da Silva Rodrigues**

Universidade Federal da Bahia

(Brasil)

RESUMO

Enquanto prática cultural, a Medicalização da Vida é um fenômeno amplo, significativo para as ciências da saúde e do comportamento, e pródigo em suscitar acirrados debates. A argumentação desenvolvida no presente artigo discute esta prática cultural no contexto da análise clínica do comportamento, tendo como norte a seguinte questão: é possível pensar em uma Medicalização da Vida virtuosa? Para tanto, este trabalho (1) faz um levantamento do desenvolvimento atual do conceito de Medicalização da Vida; (2) apresenta uma perspectiva analítico-comportamental da Medicalização e (3) apresenta uma reflexão crítica sobre os motivos pelos quais o analista do comportamento pode, ou não, considerar a Medicalização da Vida como um problema a ser enfrentado. Argumenta-se que a discussão normativa acerca da prática cultural da Medicalização da Vida no âmbito da análise clínica do comportamento depende, necessariamente, de uma clarificação acerca dos objetivos da prática clínica em questão.

Palavras-chave: medicalização da vida, análise clínica do comportamento, ética, cultura, valores.

ABSTRACT

Medicalization of Life is a sociocultural phenomenon that is defined by turning inherently human experiences, into subjects of biomedical intervention. This investigation emerges from discussions regarding the nature of mental disorders, which, mostly in the 1960s, involved a critical view of reducing psychological suffering to its organic components, whether they are genetic, neuronal, etc., disregarding

1) Endereço para correspondência: Tiago Alfredo da Silva Ferreira, Instituto de Psicologia - UFBA. Rua Aristides Novis, 197, Estrada de São Lázaro. CEP 40210-730. Salvador, Bahia. E-mail: tiagothr@gmail.com

factors such as personal history and cultural variables. This critical stance regarding Medicalization has had a profound impact in the literature and the subject is currently discussed in various disciplines, such as pedagogy, philosophy and sociology. An idea that derived from this discussion is that the practice of medicalization is inherently bad. In the field of psychology, this debate brings up various positions, such as wanting to legitimate Medicalization for its utility or, in a different perspective, fight it for its alleged damaging effects. This paper discusses Medicalization of Life when it comes to the clinical behavior analysis and is guided by the following question: is it possible to consider a virtuous Medicalization of Life? Working with this idea, the present paper (1) presents a conceptual review of the concept of Medicalization of Life; (2) discusses a behavior-analytic perspective of Medicalization and (3) presents a critical reflection on the conditions under which behavior analysts might consider Medicalization of Life as a problem to be solved in psychotherapy. In the first section, we present a concept of Medicalization that describes contingencies beyond the normative classifications of psychopathological phenomena. The creation and validation of Medicalization demands in a context where technological interventions for the body are available is a central aspect of this concept. In the second section, we present the idea of bringing the body up to date, discussed by Skinner (1969), which offers a description of this central matter in behavior-analytic terms. In the third section, we give an example and a counterexample of the consequences of Medicalization in a clinical decision-making situation. We argue that moral reflection depends on whether we are clear about what the goals of specific behavior-analytic interventions are. Thus, the identification of such goals is a necessary condition for critical views of medicalizing practices to be justified and conclusions such as “virtuous” or “vicious” to make sense. The Medicalization phenomenon is pervasive to daily life and, among the different effects it has over contemporary subjectivity, the emergence of new clinical phenomena is one of particular interest to behavior analysts. Our conclusion is that, whether Medicalization is seen as virtuous or vicious as a comprehensive cultural practice, it will only be virtuous for behavior analysts when it leads to achieving goals in psychotherapy, which here are assumed to be a combination of psychological flexibility and self-knowledge.

Keywords: medicalization of life, clinical behavior analysis, ethics, culture, values.

O tema da Medicalização da Vida emerge de discussões que, sobretudo desde a década de 1960, têm articulado diferentes áreas do conhecimento no debate sobre transtornos mentais. A concepção de que doenças mentais seriam, em parte, resolvidas a problemas de ordem sociocultural resulta do curso deste debate e a Medicalização da Vida é um de seus tópicos mais recentes (Conrad, 2007; Zorzanelli, Ortega, & Bezerra Júnior, 2014).

O fenômeno sociocultural da Medicalização pode ser caracterizado, em um sentido amplo, pela transformação de experiências humanas comuns (e.g., sofrimento, luto, desatenção e inquietação) em problemas de ordem médica (e.g., Depressão, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade) (Brzozowski & Caponi, 2013;

Figueira & Caliman, 2014; Matos & Ferreira, 2016). Em outros termos, comportamentos outrora distantes da jurisdição médica, mas considerados desviantes às normas vigentes, passaram a ser alvo de intervenções disciplinares no campo da saúde. Enquanto conjunto de práticas culturais, a Medicalização apresenta implicações diretas para a transformação da subjetividade dos indivíduos. Neste sentido, Wyatt (2009) afirma que o fenômeno da Medicalização não pode ser ignorado por aqueles que possuem o campo do comportamento humano como seu domínio de expertise, tais como profissionais e acadêmicos de psicologia, sociologia, medicina, psiquiatria e educação.

No campo da Psicologia, o fenômeno tem incitado algumas discussões – sobretudo acerca de quais os impactos da Medicalização na educação e no desenvolvimento de crianças e adolescentes (Signor, Berberian & Santana, 2017). Estas discussões surgem, em parte, como uma resposta ao crescimento do número de diagnósticos de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e Dislexia no Brasil. Por exemplo, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) brasileiro posicionou-se lançando uma cartilha no ano de 2012, defendendo a prática em questão como prioritariamente negativa. Como argumento desta cartilha, defende-se que (1) a Medicalização tem um viés econômico, influenciado pela indústria farmacêutica: na data de publicação, o Brasil era o segundo maior consumidor de metilfenidato do mundo; (2) que os transtornos (e.g. TDAH e Dislexia), têm origem cultural e social – e não biológica; (3) que os estudos que sustentam a existência de muitos transtornos não têm o rigor científico necessário e (4) que os transtornos estigmatizam os sujeitos, causando-lhes sofrimento subjetivo (Conselho Federal de Psicologia, 2012).

Em contrapartida, outros autores (e.g., Frias & Júlio-Costa, 2013) mantêm argumentos contrários a esta posição, sustentando que (1) os transtornos não responderiam somente a uma demanda econômica, mas também a uma busca legítima por diagnóstico e tratamento adequado, resultando que o aumento no consumo de medicamentos pode se dar por um maior acesso à informação e tratamento; (2) que os transtornos não devem ter os aspectos biológicos ignorados, incluindo-se dados sobre marcadores genéticos de outros problemas humanos; (3) visto que muito se produz no campo da saúde sobre eles e (4) que o estigma não necessariamente ocorreria, visto que muitos indivíduos portadores do diagnóstico não teriam suas limitações atreladas a falta de esforço ou baixa força de vontade: o diagnóstico mostraria, nessa direção, que é um problema que não é “culpa” do sujeito (Frias & Júlio-Costa, 2013). A Medicalização da Vida é um tema controverso.

Não obstante a relevância do tema, a Medicalização da Vida não tem sido alvo de investigação suficiente por parte da Análise do Comportamento (AC). Salvo uma quantidade pequena de textos que versam sobre uma perspectiva analítico-comportamental (Matos & Ferreira, 2016; Pérez-Álvarez, 2004; Godard, 2014; Godard, 2017; Wyatt, 2006; Wyatt, 2009; Flora, 2007), pouco tem sido discutido na literatura da AC. Isto se configura em um déficit importante porque as práticas de Medicalização têm implicações diretas tanto na formação acadêmica (Ferreira, Souza, Moura & Santos, 2018) quanto na prática cotidiana de analistas do comportamento que trabalham na saúde e na educação. O presente artigo apresenta uma

perspectiva analítico comportamental sobre a Medicalização da Vida, ao passo em que problematiza se tal fenômeno cultural pode ser considerado pernicioso para os sujeitos que participam dele. Em suma, consideremos como questão norteadora: é possível pensar em uma Medicalização da Vida virtuosa? Para responder a essa questão, o artigo (1) faz um levantamento do desenvolvimento atual do conceito de Medicalização da Vida; (2) apresenta uma perspectiva analítico-comportamental da Medicalização e (3) apresenta uma reflexão crítica sobre os motivos pelos quais o analista do comportamento pode, ou não, considerar uma Medicalização da Vida virtuosa.

CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Como já explicitado, a Medicalização é um fenômeno sociocultural e, como tal, apresenta desdobramentos que interessam desde a psicologia do desenvolvimento, psicologia da educação, até as práticas clínicas com adultos (Matos, 2018; Matos & Ferreira, 2016; Meira, 2012; Soares & Caponi, 2011). Essa amplitude pode dificultar a construção de uma reflexão relevante e aprofundada no espaço de um artigo. Neste sentido, para a concretização do item (3), será considerado apenas um subconjunto específico destas práticas, qual seja, a Análise do Comportamento Clínica (i.e., a aplicação da AC em contextos psicoterápicos) destinada ao cuidado de jovens e adultos. Consideramos que os aspectos discutidos no item (3) poderão ser generalizados para outros subconjuntos ou campos da psicologia envolvidos na Medicalização, no entanto, não é objetivo deste artigo descrever de maneira pormenorizada tal generalização dos argumentos aqui discutidos.

O que é “Medicalizar”?

Medicalização é um termo que ganhou espaço na literatura nas últimas décadas, servindo como tema para a discussão de diversos fenômenos (Zorzanelli et al., 2014). O conceito amplamente utilizado na atualidade foi definido por Conrad (2007) e ganhou notoriedade devido a sua capacidade de apreender e descrever fenômenos diversos a despeito de uma conotação moral negativa.

Segundo a definição, “(...) ‘Medicalização’ descreve um processo pelo qual problemas não médicos passam a ser definidos e tratados como problemas médicos, usualmente em termos de doenças ou transtornos” (Conrad, 2007, p. 4). Enquanto conceito fenomênico-descritivo, depreende-se da definição de Conrad (2007) que Medicalização seria o rótulo que descreve práticas culturais caracterizadas pela transformação de fenômenos ou características eminentemente humanas em objeto de intervenção biomédica.

No que diz respeito às práticas medicalizantes, não apenas a existência de uma intervenção médica caracteriza a Medicalização, mas o próprio contexto evocado por novas tecnologias de intervenção frequentemente constrói ou legitima demandas pela intervenção médica. Por exemplo, práticas de intervenções estéticas (e.g. cirurgias plásticas) em características corporais como método de resolução de “im-

perfeições corporais” podem ter criado ou mesmo validado concepções acerca de imperfeições estéticas (cf. Poli Neto & Caponi, 2007). Segundo esta mesma ótica, são analisados outros fenômenos, tais como Medicalização na educação, na saúde mental, etc. (cf. Matos & Ferreira, 2016; Meira, 2012; Soares & Caponi, 2011).

Em paralelo, a conceitualização proposta por Conrad (2007) implica uma visão que se afasta de perspectivas morais reducionistas da Medicalização como essencialmente ruim. Um conjunto de fenômenos não-médicos apresentados por uma dada população e interpretado como um problema médico pode levar ao sucesso na identificação e tratamento de uma doença. Como exemplo, apenas a partir da década de 80 foram desenvolvidos os estudos que colocaram no mapa da medicina o diagnóstico da AIDS, quando sinais e sintomas pouco usuais foram relatados por grupos de homens homossexuais previamente saudáveis sem causas claras. A identificação e classificação médica de tais sinais e sintomas implicou na identificação de etiologia, prognóstico e tratamento, prolongando a expectativa e melhorando a qualidade das vidas da população infectada (Camargo Jr., 2013).

O conceito de Medicalização ainda comporta subfenômenos como, por exemplo, a medicamentação ou farmacêuticalização. Segundo Williams, Martin e Gabe (2011), ultrapassando as barreiras do que seria considerado “doença” em um contexto de Medicalização da Vida, haveria a transformação da condição e capacidade humanas em oportunidade para intervenções farmacêuticas. Nesse sentido, mais do que oferecer fármacos a pacientes quando notória a manifestação de uma doença, é constituída a demanda por fármacos mesmo na ausência de patologias, ou mesmo com a finalidade da superação idealizada da própria capacidade individual. A Farmacêuticalização torna-se evidente com a criação e legitimação de demandas pelo uso de suplementos ou drogas voltadas ao aumento de performance física (e.g. utilização de suplementos vitamínicos e alimentares) e cognitiva (e.g. o uso de medicamentos psiquiátricos).

Em síntese, mais do que apenas a intervenção sobre fenômenos humanos descritos em termos de doenças, emergem e fortalecem-se faces da Medicalização que são descritas por Conrad (2007) com finalidade de aprimoramento, através da normalização, reparo ou superação dos limites de performance. Intervenções estéticas que visam a aproximação ao que é socialmente convencionalizado como normal (normalização), são exemplificados pela busca por aumento ou redução dos seios por mulheres; intervenções que visam a reaproximação a um estado passado do corpo (reparo) como, por exemplo, intervenções cosméticas com o objetivo do rejuvenescimento estético; e intervenções que visam a simples superação da condição atual imposta pelo próprio organismo (superação dos limites de performance), por exemplo, com o uso de medicações psiquiátricas. A investigação dos aspectos culturais que dizem respeito à Medicalização da Vida, e das faces que tal fenômeno assume, dialoga com a transformação das experiências do sujeito contemporâneo e parece também dialogar com a emergência de fenômenos clínicos apresentados por clientes que procuram o analista clínico do comportamento.

Medicalização e Análise do Comportamento

A discussão sobre Medicalização a partir de um ponto de vista analítico-comportamental, ainda que incipiente, tem problematizado os limites e consequências do uso exclusivo de um vocabulário neurobiológico na definição e explicação das “doenças mentais”, apresentando uma posição crítica ao modelo biomédico de causalção (Godard, 2014; Matos & Ferreira, 2016; Pérez-Álvarez, 2004; Wyatt, 2009). Quanto a esta posição, uma perspectiva analítico-comportamental sobre a Medicalização tem convergido com o debate mais amplo acerca do tema visto que a crítica à explicação do comportamento a partir da suposição de causas internas ao organismo está no próprio cerne da filosofia skinneriana (Dittrich, 2004; Skinner, 1953).

A influência exercida por contingências sociais nos diagnósticos e prescrições de tratamentos para experiências identificadas como patológicas também têm sido enfatizadas na literatura. A primazia da intervenção com fármacos, definida como um corolário da lógica que sustenta o modelo biomédico, é um segundo alvo para crítica analítico-comportamental sobre medicalização, neste caso, sobre um de seus tópicos específicos, a farmacologicalização (Flora, 2007; Godard, 2017; Wyatt, 2006). A descrição de práticas medicalizantes nos termos de uma análise de contingências fundamentaria o “conhecimento das táticas” empregadas pela indústria farmacêutica, aumentando assim as possibilidades de contracontrole (Wyatt, 2009, p. 53).

Frequentemente, a interpretação de um fenômeno em termos médicos implica a noção de que a sua causa deve ser identificada por fatores essencialmente neurobiológicos enquanto seus demais aspectos configuram-se como consequências ou expressões desta ordem subjacente (Haslam, 2011). Se considerarmos um sujeito diagnosticado com ansiedade generalizada, por exemplo, as causas atribuídas aos seus comportamentos públicos e privados seriam localizadas em algum tipo de instância interna (e.g. sistema nervoso central, desequilíbrio hormonal, genes mutados, etc.). Assim, o fenômeno clínico é compreendido como evento originado “dentro” do indivíduo em detrimento das relações de dependência que este mantém com o ambiente. Este modelo explicativo é o próprio fundamento da Medicalização (Conrad, 2007; Matos, 2018).

Uma vez que aspectos contextuais aos fenômenos clínicos (e.g. a história de vida do indivíduo) adquirem status secundário na interpretação internalista assumida na Medicalização, fenômenos comuns à condição humana são reduzidos às suas dimensões neurobiológicas e, com isto, tratados como questões de ordem médica. Tendo em vista o exemplo anterior, a suposição de que ansiedade é sintoma de uma doença subjacente legitima intervenções individuais através de fármacos como o melhor caminho para o tratamento clínico (Williams, Martin, & Gabe, 2011). O discurso biomédico, que legitima práticas que envolvem o controle ético do comportamento medicalizado, sustenta o status da indústria biomédica enquanto agência controladora (cf. Skinner, 1953). Esta lógica, no entanto, tem sido alvo de críticas contundentes que apontam para as controvérsias nas investigações sobre o grau de determinação das variáveis biológicas nos fenômenos clínicos (Pérez-Álvarez, 2004; Wyatt, 2009); questionam a própria efetividade dos tratamentos farmacológicos (Godard, 2014; Godard, 2017; Flora, 2007); e defendem a primazia do plane-

jamento de práticas culturais no enfrentamento dos problemas humanos (Godard, 2014; Godard, 2017; Pérez-Álvarez, 2004).

Para um analista do comportamento, a avaliação negativa dos limites impostos pela condição humana, sejam eles físicos, cognitivos ou subjetivos, denotam a transformação de função dos estímulos (cf. Barnes-Holmes, O’Hora, Roche, Hayes, Bissett & Lyddy, 2001; Ferreira & Tourinho, 2011; Matos, 2018; Matos & Ferreira, 2016). Como exemplo, a utilização de medicamentos para o aumento de performance cognitiva por um acadêmico pode ser considerada a estereotipização do modo como os próprios limites e estados subjetivos a estes relacionados passam a exercer função aversiva. A superação de tais limites através do uso de intervenções cirúrgicas ou farmacoterápicas é reforçada pela própria retirada ou redução dos limites impostos pela condição humana - o que Conrad (2007) chamou de busca por superação dos limites de performance, ultrapassando uma noção de reparo ou normalização do organismo. Esta tentativa de superação é condição para o que Skinner (1969) conceitua como “atualização do corpo”.

Skinner (1969) considera “atualizar o corpo” o conjunto de práticas que modificam o organismo, tornando-o mais ou menos sensível aos reforçadores disponíveis. Com as novas tecnologias, este fenômeno torna-se prática comum na cultura contemporânea. Novas substâncias são desenvolvidas a cada dia e através de sua utilização atualizamos nossos organismos e os tornamos capazes de passar por lutos menos dolorosos, angústias menos mobilizantes, estudos mais motivadores e prazeres mais extasiantes. Naturalmente sensíveis à dor e seu poder aversivo, atualizam-se corpos através de analgésicos; sensíveis ao sono e cansaço, atualizam-se corpos através de energéticos; sensíveis ao sofrimento, atualizam-se corpos através de antidepressivos e ansiolíticos. A utilização de tecnologias para a modificação do corpo como forma de insensibilizar-se aos limites condicionados pela cultura produz sujeitos mais “funcionais”, quando os parâmetros morais culturalmente disseminados que servem para avaliar tal funcionalidade são definidos propriamente pelo pouco ou ausente limite físico e subjetivo imposto pela experiência vivida.

Medicalização da Vida: Vícios e Virtudes na Prática Clínica

É possível incorrer, no âmbito da discussão acerca da medicalização, em certa confusão entre a descrição de fenômenos clínicos e a prescrição acerca de como o sujeito que chega à clínica deve viver a sua vida. A exemplo da medicamentação, é certo que parte significativa das pessoas que transitam no dia-a-dia se utilizam de medicamentos para estados de corpo que não necessariamente são inclusos em uma classificação patológica. O uso de analgésicos, de indutores do sono, de antidepressivos, bem como de outros tipos de medicações é pervasivo ao cotidiano habitual de uma parcela significativa da população, que desenvolve um estilo de vida que só é sustentável com uma atualização do corpo.

É possível, então, afirmar que há uma Medicalização da vida cotidiana, considerando que tais contingências não são anômalas, mas participes do que há de mais corriqueiro. O rótulo de Medicalização, neste caso, versa sobre a descrição de uma prática cultural. Mas não há, em necessidade, uma transposição de tal descrição

para uma obrigação em mudar as contingências que geram a Medicalização. No que se refere a adultos que possuem responsabilidade sobre suas vidas, por que alguém não poderia escolher continuar com a vida que só se sustenta com a medicação? Em outros termos, por que deveria o analista do comportamento assumir o papel de paladino por uma vida não-medicalizada? A resposta mais acertada, a priori, é: não deveria¹.

O julgamento acerca de quais práticas deveriam ser encorajadas ou tornadas anátema pela Análise do Comportamento Clínica (ACC) depende do objetivo da prática clínica em questão. Em que pese a ausência de consenso em relação aos objetivos últimos da ACC, Ferreira, Santos, Moura e Rodrigues (2017) indicam que uma complementaridade entre a noção de Flexibilidade Psicológica e de Autoconhecimento via análise funcional pode ser um objetivo legítimo para a ACC. Tomemos, então, este par de objetivos como norteadores da práxis clínica do analista do comportamento e analisemos como a Medicalização da Vida, neste circunspecto domínio descrito (i.e. a psicoterapia de jovens e adultos), se relaciona com tal normatividade. Este será um exercício importante mesmo para aquele analista do comportamento que discorda da proposta de Ferreira et al. (2017) quanto aos objetivos da psicoterapia analítico comportamental, uma vez que o método teórico aqui utilizado pode ser replicado também em relação a outros objetivos clínicos (e.g. regulação emocional, intimidade, etc.).

Flexibilidade Psicológica é uma disposição a seguir uma vida valorosa estando aberto aos eventos privados, quer sejam dolorosos ou não, que fazem parte desta condição vital (cf. Törneke, Luciano, Barnes-Holmes, & Bond, 2016). Neste espectro de campo vital valoroso, a noção de valores pode ser conceituada como propriedade do comportar-se estável e abrangente que é considerado significativo pelo sujeito que se comporta (Ferreira, Simões, Ferreira & Oliveira, 2019). A alguém que, por exemplo, possui como valor o relacionar-se intimamente, tipicamente importa vulnerabilizar-se frente ao outro, interessar-se pelo outro empaticamente e engajar-se em projetos que potencializem estar com o outro e para o outro. Tal modo de relacionar-se, quando estável e abrangendo diversos âmbitos da vida (e.g. família, amigos, trabalho), contém a dor de estar sensível aos aversivos que provém, inequivocamente, do relacionar-se de maneira íntima com os outros (Kohlenberg, Kohlenberg, & Tsai, 2011). Trata-se, não obstante, de uma “dor com sentido”, que não se opõe aos valores, mas os integra como sinal inequívoco de que quando duas pessoas, com diferentes histórias de vida, entram em relação contingencial, reforçadores positivos e negativos se apresentam, mantendo ou enfraquecendo diversos repertórios cujo fortalecimento ou supressão são característicos de relações íntimas.

Seguindo esta reflexão sobre uma pessoa engajada valorosamente em relações de intimidade, e sujeita aos aversivos que advém destas relações, temos um contexto reforçador positivo para qualquer comportamento que remova estes aversivos,

1) Para uma análise pormenorizada da tensão entre uma ética descritiva e uma ética prescritiva, ver Dittrich (2004). Embora esta tensão esteja presente na maior parte dos temas éticos da Análise do Comportamento, o presente artigo restringir-se-á apenas a suas implicações na lógica da medicalização da vida.

mesmo sendo eles resultantes de uma ação comprometida com valores. A tendência estável de afastamento de pensamentos e sentimentos avaliados negativamente pelo sujeito (i.e. esquiva experiencial) não é, em si, um problema. Por exemplo, sentir dor de cabeça e tomar um analgésico não é necessariamente antagonista da flexibilidade psicológica. A evitação torna-se um problema quando tem como alvo os eventos privados que são típicos de um modo de viver considerado valoroso pelo sujeito (e.g. a evitação da ansiedade resultante de conflitos relacionais significativos, para alguém que possui a intimidade como valor; bem como a evitação dos pensamentos auto depreciativos que emergem quando o sujeito se propõe a dar uma palestra, para alguém que possui a influência interpessoal como valor).

Medicar tais dores se constitui em um problema? Desde que a noção central aí é a flexibilidade psicológica, a resposta tecnicamente apropriada seria: a Medicalização de tais dores só é um problema quando, de alguma forma, impede que o sujeito consciente e reflexivo acerca de seus pensamentos e sentimentos se dirija em direção aos seus valores. Disto se segue que, por oposição, é possível pensar em uma “medicalização virtuosa” quando ocorre que tal prática aproxima o sujeito de uma vida valorosa. Entendemos que medicalização virtuosa seria qualquer prática no contexto da medicalização que resulte em um maior compromisso de um sujeito com seus valores, uma vez que o compromisso com os valores seria o resultado último de uma prática clínica que tenha como objetivos o Autoconhecimento e a Flexibilidade psicológica.

Importa pensar, como exemplo, em um caso paradigmático e fictício de um jovem que conta com seus vinte e poucos anos e recebeu diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar. Este jovem deseja aproximar-se afetivamente de uma garota, recebendo com isto o contexto apropriado para que pensamentos de desvalia e sentimentos de ansiedade, medo e angústia se apresentem como companheiros do caminho que o aproxima de falar com o alvo de seu afeto. Considere que, quando tais dores se apresentaram, o jovem emitiu o seguinte comportamento verbal privado: “a doença está voltando, preciso trata-la antes de dar este passo” e, regulado verbalmente, o protagonista deste excerto se desvia do caminho de encontrar a garota. Ato contínuo, volta para casa e se medica, esquivando-se dos aversivos de um caminho valoroso com o sono proveniente de um ansiolítico que lhe foi receitado para ser tomado “quando sentir que precisa”.

Tal prática de Medicalização, em relação a este sujeito específico, é viciosa, uma vez que, em ampla análise, parece afastá-lo de um caminho valoroso; além de implicar o reforçamento negativo dos padrões de esquivar-se de eventos privados dolorosos sem a deliberação adequada de seu pertencimento a um domínio de valor. Neste sentido, não é a Medicalização que é anátoma, mas esta prática de Medicalização porquanto reduziu a flexibilidade psicológica deste paciente. Anátoma é a inflexibilidade psicológica, bem como quaisquer práticas auxiliares que lhe favoreçam. Deste modo, o analista clínico do comportamento não é paladino da luta contra a Medicalização, mas contra qualquer prática, incluso a Medicalização, que favoreça a inflexibilidade psicológica no sujeito que procura a clínica.

Por outro lado, recuperando o caso paradigmático descrito, podemos ilustrar uma situação em que a medicalização seria virtuosa. É possível pensar que a uti-

lização de um ansiolítico poderia, para aquele jovem, facilitar manter-se presente com os pensamentos de desvalia e sentimentos de ansiedade, medo e angústia. Uma vez que o estado de corpo seria alterado, a redução de intensidade dos sentimentos resultantes daquela contingência poderia facilitar a adesão do sujeito à ação valorosa (e.g. falar com a garota) e, potencialmente, à exposição aos reforçadores oriundos desta ação. Caso o uso da medicação tenha facilitado, ou mesmo possibilitado, a emergência do repertório a ser reforçado pelas contingências naturais, é possível afirmar que a Medicalização foi virtuosa, em contraponto a uma prática viciosa.

Obviamente, a Medicalização não é a responsável pela flexibilidade psicológica, mas pode proporcionar operações estabelecedoras para a emergência deste repertório que é objetivo da prática clínica. Isto é, a utilização da medicação se configura como parte de eventos ambientais que alteram a efetividade dos estímulos presentes no ambiente. Considerando que a vitalidade é um produto de contingências reforçadoras (Skinner, 1987) que, na espécie humana, estão diretamente ligadas à valores (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999), é possível dizer que a Medicalização, quando potencializa a emergência de flexibilidade psicológica, está diretamente ligada à experiência de vitalidade: trata-se de uma Medicalização Virtuosa.

Ainda considerando o mesmo exemplo, é imprescindível notar que a Medicalização só pôde ser considerada virtuosa na medida em que o protagonista realizou uma deliberação acerca do pertencimento de seu repertório atual a um domínio de valor específico. A noção de deliberação envolve a capacidade reflexiva de julgamento acerca do próprio repertório. Em uma expressão: exige o autoconhecimento. É precisamente neste sentido que o amálgama entre Flexibilidade Psicológica e Autoconhecimento se torna essencial como norteador da prática clínica. É possível pensar que existem, ao menos, três tipos de autoconhecimento típicos da clínica psicoterápica analítico comportamental: 1) autoconhecimento histórico; 2) autoconhecimento com consciência de momento presente e 3) autoconhecimento acerca dos valores de vida. O conceito de flexibilidade psicológica envolve inteiramente o segundo e o terceiro tipo de autoconhecimento, embora não contemple necessariamente o primeiro tipo.

O autoconhecimento histórico, em uma perspectiva analítico comportamental, diz respeito à competência do paciente em realizar avaliações funcionais acerca da gênese do seu próprio repertório (Marçal, 2005). Alguns repertórios podem ter uma construção mais recente (e.g. o desenvolvimento de evitação social generalizada a partir de um trauma específico em um paciente diagnosticado com Transtorno de Stress Pós-Traumático). No entanto, o autoconhecimento histórico na ACC, tipicamente remete ao que Guilhardi (2015) chamou de Padrões Comportamentais Matriciais (PCM). Os PCM's são "repertórios de comportamentos que parecem ter sido instalados por um molde ou matriz que os aprisiona e os mantém imutáveis, apesar de esforços para alterá-los. Chamei-a de padrões comportamentais matriciais (PCM) e às contingências de reforçamento que lhes deram origem de contingências de reforçamento matriciais (CRM)" (Guilhardi, 2015, p. 16).

Uma consequência direta do autoconhecimento histórico, baseado em uma análise funcional, é o aumento da capacidade de contracontrole por parte do cliente/pa-

ciente. A noção de contracontrole é bem descrita em seu sentido ético e conceitual na seguinte afirmação de Skinner: “a melhor defesa que vejo é tornar os processos comportamentais tão familiares quanto possível. Deixemos todo mundo saber o que é possível, o que pode ser usado contra eles” (Evans, 1979, p.120)². Neste sentido, a competência em realizar a sua própria análise funcional é condição necessária para que cliente e terapeuta possam avaliar a Medicalização como viciosa ou virtuosa. Em síntese, é possível afirmar que o autoconhecimento histórico a partir da análise funcional permite a ocorrência de uma responsabilidade epistêmica (i.e. condição em que o sujeito possui entendimento/conhecimento suficiente para ser responsabilizado por sua comunidade verbal) necessária para a deliberação acerca de quais práticas culturais continuará (ou não) aderindo.

CONCLUSÃO

É possível pensar que a reflexão moral acerca da prática cultural da Medicalização da Vida em termos de “Medicalização Viciosa” ou “Medicalização Virtuosa”, no âmbito da ACC, dependerá da clareza acerca do objetivo da prática clínica em questão. Para fortalecer esta tese, que vai de encontro a muitos exemplos nos quais a Medicalização da Vida tem um caráter “vicioso”, construímos um contraexemplo. Assumindo como objetivo possível para a ACC o amálgama entre flexibilidade psicológica e autoconhecimento, apresentamos um exemplo em que a Medicalização favorecia tal objetivo contrastando-o com outro exemplo em que a Medicalização atrapalhava a consecução desse mesmo objetivo.

Podem-se afirmar ao menos três objeções a argumentação desenvolvida neste trabalho: (1) os exemplos fictícios apresentados não se referem a uma prática de Medicalização, mas apenas ao uso de uma medicação psiquiátrica em uma situação específica; (2) há uma distinção entre os efeitos de práticas medicalizantes em um amplo sentido social em oposição a eventos pontuais individuais, portanto a situação exemplificada não invalida o caráter geralmente “vicioso” da medicalização enquanto prática cultural; (3) o conceito de Medicalização utilizado neste artigo precisa ser refinado. Concluiremos com uma apreciação de cada uma delas.

No caso da crítica (1), cremos que esta não é uma crítica sustentável. Tendo em vista que a Medicalização pode ser definida como uma inclusão de experiências subjetivas humanas comuns sob o domínio disciplinar da medicina e de outras áreas das ciências da saúde (Brzozowski & Caponi, 2013; Figueira & Caliman, 2014; Matos & Ferreira, 2016), é defensável que as situações exemplificadas para a construção do argumento podem ser bem situadas dentro desta definição. O excerto contém elementos não só do domínio disciplinar da medicina, tal como o diagnóstico psiquiátrico e o uso de uma medicação psiquiátrica, como também um modelo de análise que pressupõe a ACC, configurando a interseção com outra ciência da saúde, (i.e. a psicologia). Neste contexto, é pouco razoável pensar que o exemplo descreve apenas o uso de uma medicação em situação específica.

2) Esta citação se refere a uma entrevista concedida por Skinner a Evans e publicada no referido livro.

No caso da crítica (2), esta é uma análise interessante porque torna-se inteiramente possível afirmar que a Medicalização é viciosa enquanto prática cultural abrangente e, ao mesmo tempo, assumir que em momentos específicos, eventos representativos de tais práticas podem ser valorosos na prática específica da ACC. Decerto é muito difícil não perceber que o contato com valores tem sido reduzido em função de experiências mais imediatistas de busca de prazer e fuga do sofrimento na sociedade como um todo (Skinner, 1987; Tourinho, 2006). Contudo, disto não se segue que as consequências sociais da prática abrangente devam ser consideradas, também, como norte último para a tomada de decisão do analista clínico do comportamento. Uma vez definidos os objetivos da ACC, o analista deverá avaliar eventos específicos, mesmo que imersos em práticas culturais abrangentes, com aplicação no caso individual.

Considerando que os clientes/pacientes frequentemente tiveram sua subjetividade construída em meio a práticas que alteraram tanto seus estados de corpo como sua forma de lidar com tais estados, o clínico frequentemente deve lidar com a utilização da medicação para que o cliente/paciente possa continuar seguindo seus valores. Isto implica dizer que considerar o corpo como partícipe do domínio disciplinar das ciências da saúde, inclusive com utilização de medicação, pode ser parte de um processo que leva à flexibilidade psicológica e ao autoconhecimento. Esta é uma afirmação contraintuitiva na medida em que o conceito de flexibilidade psicológica envolve uma redução da esquivia experiencial. No entanto, como afirmamos anteriormente, a evitação experiencial só é um problema quando atrapalha o sujeito em sua vivência valorosa. Em síntese, mesmo que uma crítica social a práticas abrangentes de Medicalização possa ser sustentada, o processo clínico, em casos específicos, pode considerar a Medicalização virtuosa, no sentido de que leva à uma vida valorosa.

Finalmente, no caso da crítica (3), pode-se argumentar acerca da pouca precisão do conceito de Medicalização. Para este grupo de críticas, considerando que utilizamos neste artigo uma noção de Medicalização corrente em textos importantes da área, segue-se uma constatação digna de pesquisas futuras: o conceito de Medicalização precisa ser melhor discutido e refinado para que a sua utilização não se torne apenas um jargão ou um instrumento de defesa em favor de uma ética pouco reflexiva. No estado atual do conceito, em relação ao domínio aqui discutido (i.e., a clínica de jovens e adultos), a noção de Medicalização da Vida deve ser utilizada apenas como descritiva de fenômenos culturais, sem incidir em uma normatividade direta acerca de prejuízos para o caso clínico particular.

REFERÊNCIAS

- Barnes-Holmes, D., O’Hora, D., Roche, B., Hayes, S. C., Bissett, R. T., & Lyddy, F. (2001). Understanding and verbal regulation. In S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes, & B. Roche (Eds.), *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*, (pp. 103-117). New York: Kluwer Academic Publishers.
- Brzozowski, F. S., & Caponi, S. N. C. (2013). Medicalização dos desvios de comportamento na infância: Aspectos positivos e negativos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(1), 208-221. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932013000100016>
- Camargo Jr., K. R. (2013). Medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário. *Cadernos de Saúde Pública*, 29, 844–846. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500002>
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Conselho Federal de Psicologia (CFP). (2012). Subsídios para a campanha “não à medicalização da vida: Medicalização da educação”. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia. Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas - CREPOP. (2007). Referência técnica para atuação do(a) psicólogo(a) no CRAS/SUAS. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia.
- Dittrich, A. (2004). *Behaviorismo radical, ética e política: Aspectos teóricos do compromisso social* (Tese de Doutorado). Universidade Federal de São Carlos, SP, Brasil. Recuperado em 02 de fevereiro, 2021, de <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/4745?show=full>
- Evans, R. (1979). *Construtores da psicologia*. São Paulo: Summus.
- Ferreira, D., & Tourinho, E. Z. (2011). Relações entre depressão e contingências culturais nas sociedades modernas: Interpretação analítico comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 13(1), 20-36. Recuperado em 02 de fevereiro, 2021, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452011000100003&lng=pt&tlng=pt
- Ferreira, T. A. S., Santos, F. M. S., Matos, J. P. A., Moura, M. C. B. L., & Rodrigues, S. S. (2017). Qual o objetivo da análise do comportamento clínica? *Acta Comportamentalia: Revista Latina de Análisis de Comportamiento*, 25(3), 395-410. Recuperado em 02 de fevereiro, 2021, de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/acom/article/view/61634>
- Ferreira, T. A. S., Souza, M. M., Moura, M. C. B. L., & Santos F. M. (2018). Medicalização da vida e análise do comportamento a partir de questões sociocientíficas. In Conrado, D. M., & Nunes-Neto, N. (Eds.). *Questões sociocientíficas: Fundamentos, propostas de ensino e perspectivas para ações sociopolíticas.*, (pp. 245-260). Salvador: Edufba. <https://doi.org/10.7476/9788523220174>
- Ferreira, T. A. S., Simões, A. S., Ferreira, A. R., & Oliveira, B. O. S. S. (2019). What are values in clinical behavior analysis? *Perspectives on Behavior Science*, 43, 177-188. <https://doi.org/10.1007/s40614-019-00219-w>

- Figueira, P. L., & Caliman, L. V. (2014). Considerações sobre os movimentos de medicalização da vida. *Psicologia Clínica*, 26(2), 17-32. Recuperado em 02 de fevereiro, 2021, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652014000200002&lng=en&tlng=pt.
- Flora, S. R. (2007). *Taking America off drugs: Why behavioral therapy is more effective for treating ADHD, OCD, depression, and other psychological problems*. Albany: New York Press.
- Frias, L., & Júlio-Costa, A. (2013). Os equívocos e acertos da campanha “não à medicalização da vida”. *Psicologia em Pesquisa*, 7(1), 3-12. <https://doi.org/10.5327/Z1982-1247201300020015>
- Godard, M. (2014). Critical psychiatry, critical psychology, and the behaviorism of B. F. Skinner. *Review of General Psychology*, 18(3), 208–215. <https://doi.org/10.1037/gpr0000012>
- Godard, M. (2017). B. F. Skinner’s science and human behavior: Some further consequences. *Review of General Psychology*, 21(3), 276–280. <https://doi.org/10.1037/gpr0000117>
- Guilhardi, H. J. (2015). Contingências de reforçamento matriciais. Recuperado em 08 de outubro, 2019, de <http://www.itrcampinas.com.br/txt/matriciais.pdf>
- Haslam, N. (2011). Genetic essentialism, neuroessentialism, and stigma: Commentary on Dar-Nimrod and Heine. *Psychological Bulletin*, 137(5), 819–824. <https://doi.org/10.1037/a0022386>
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Kohlenberg, R. J., Kohlenberg, B., & Tsai, M. (2011). Intimidade. In M. Tsai., R. J. Kohlenberg, J. W. Kanter, B. Kohlenberg, W. C. Follete, & G. M. Callaghan (Eds.). *Um guia para a psicoterapia analítica funcional (FAP): Consciência, coragem, amor e behaviorismo*, (pp. 171-186). Santo André: ESETEc Editores Associados.
- Marçal, J. V. (2005). Refazendo a história de vida: Quando as contingências passadas sinalizam a forma de intervenção clínica atual. In H. J. Guilhardi, & N. C. de Aguirre, *Sobre comportamento e cognição*, (vol. 15, pp. 258-273). Santo André, SP: Esetec.
- Matos, J. P. A., & Ferreira, T. A. S. (2016). A cultura do diagnóstico e a emergência de subjetividades psicopatológicas. *Acta Comportamental*, 24(4), 509-523. Recuperado em 02 de fevereiro, 2021, de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/acom/article/view/57981>
- Matos, J. P. A. (2018). *Rotulação diagnóstica psiquiátrica e atribuição de autonomia (Dissertação de Mestrado)*. Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil. Recuperado em 02 de fevereiro, 2021, de <https://pospsi.ufba.br/rotulacao-diagnostica-psiquiatica-e-atribuicao-de-autonomia>
- Meira, M. E. M. (2012). Para uma crítica da medicalização na educação. *Psicologia Escolar e Educacional*, 16(1), 136-142. <https://doi.org/10.1590/S1413-85572012000100014>

- Pérez-Álvarez, M. (2004). Psychopathology according to behaviorism: A radical restatement. *The Spanish Journal of Psychology*, 7(2), 171-177. <http://doi.org/10.1017/S113874160000487X>
- Poli Neto, P., & Caponi, S. N. (2007). A medicalização da beleza. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 11, 569-584. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832007000300012>
- Signor, R. C. F, Berberian, A. P., & Santana, A. P. (2017). A medicalização da educação: Implicações para a constituição do sujeito/aprendiz. *Educação e Pesquisa*, 43(3), 743-763. <https://doi.org/10.1590/s1517-9702201610146773>
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. New York, NY: Macmillan.
- Skinner, B. F. (1969). *Contingencies of reinforcement: A theoretical analysis*. New York, NY: Appleton-century-crofts.
- Skinner, B. F. (1987). What is wrong with daily life in the western world? In B. F. Skinner (Ed.), *Upon further reflection* (pp. 15-31). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Soares, G. B., & Caponi, S. (2011). Depressão em pauta: Um estudo sobre o discurso da mídia no processo de medicalização da vida. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 15, 437-446. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832011005000006>
- Törneke, N., Luciano, C., Barnes-Holmes, Y., & Bond, F. W. (2016). RFT for clinical practice: Three core strategies in understanding and treating human suffering. In R. D. Zettle, S. C. Hayes, P. M. D. Barnes-Holmes, & A. Biglan (Eds.), *The Wiley handbook of contextual behavioral science* (pp. 254-272). West-Sussex, UK: Wiley-Blackwell.
- Tourinho, E. Z. (2006). *Subjetividade e relações comportamentais* (Tese para Professor Titular). Departamento de Psicologia Experimental. Universidade Federal do Pará. Belém, Pará.
- Williams, S. J., Martin, P., & Gabe, J. (2011). The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis. *Sociology of Health & Illness*, 33(5), 710-725. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2011.01320.x>
- Wyatt, W.J., & Midikiff, D. M. (2006). Biological psychiatry: A practice in search of a science. *Behavior and Social Issues*, 15(2), 132-151. <https://doi.org/10.5210/bsi.v15i2.372>
- Wyatt, W. J. (2009). Behavior analysis in the era of medicalization: The state of the science and recommendations for practitioners. *Behavior Analysis in Practice*, 2(2), 49-57. <https://doi.org/10.1007/BF03391748>
- Zorzaneli, R. T., Ortega, F., & Bezerra Júnior, B. (2014). Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19, 1859-1868. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014196.03612013>