



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro

Matheus de Matos Maldonado

**TDAH e Complexo Médico-Industrial:
revisão narrativa sobre uma epidemia lucrativa**

Rio de Janeiro

2023

Matheus de Matos Maldonado

TDAH e Complexo Médico-Industrial: revisão narrativa sobre uma epidemia lucrativa

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, na área de Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Kenneth Rochel de Camargo Junior

Rio de Janeiro

2023

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/ REDE SIRIUS/ CB/C

M244 Maldonado, Matheus de Matos
TDAH e Complexo Médico-Industrial: revisão narrativa sobre uma
epidemia lucrativa / Matheus de Matos Maldonado. – 2023.
77 f.

Orientador: Prof. Dr. Kenneth Rochel de Camargo Junior
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do
Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio
Cordeiro.

1. Saúde mental. 2. Transtorno de déficit de atenção com
hiperatividade. 3. Padrões de prática médica. 4. Tratamento
farmacológico. 5. Indústria farmacêutica. 6. Psicotrópicos. I.
Camargo Junior, Kenneth Rochel de. II. Universidade do Estado do
Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro. III.
Título.

CDU 616.89-008

Bibliotecária: Thais Ferreira Vieira CRB-7/5302

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta
dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Matheus de Matos Maldonado

TDAH e Complexo Médico-Industrial: revisão narrativa sobre uma epidemia lucrativa

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, na área de Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 21 de junho de 2023.

Banca examinadora:

Prof. Dr. Kenneth Rochel de Camargo Junior (Orientador)
Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof. Dr. André Luis de Oliveira Mendonça
Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof.^a Dra. Carla Ribeiro Guedes
Universidade Federal Fluminense – UFF

Rio de Janeiro

2023

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Maria José e Silvio, que me apoiaram incondicionalmente e investiram em mim todo o amor necessário à minha formação pessoal e profissional.

À minha noiva, Raryma, que tem sido minha companheira em todos os momentos que a vida e a caminhada acadêmica me proporcionaram.

À Fernando Freitas (*in memoriam*), que, com seu jeito apaixonado de defender o direito das pessoas a um cuidado digno, me acompanhou nas minhas primeiras reflexões acerca da patologização da vida cotidiana.

Ao meu orientador, Kenneth Camargo, que, com seu bom humor e serenidade ímpar, foi fundamental no meu processo de construção do conhecimento científico.

Aos professores que compõem a banca de defesa, pela disponibilidade em fazer parte deste momento tão importante da minha formação acadêmica.

À Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em especial, ao Instituto de Medicina Social, que me possibilitou desenvolver um pensamento crítico mais apurado sobre as políticas e sistemas de saúde, bem como sobre os determinantes envolvidos no processo saúde/doença.

Escrevo como se fosse para salvar a vida de alguém. Provavelmente a minha própria vida.

Clarice Lispector

RESUMO

MALDONADO, Matheus de Matos. **TDAH e Complexo Médico-Industrial**: revisão narrativa sobre uma epidemia lucrativa. 2023. 77 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

O emprego de diagnósticos psiquiátricos alcançou uma importância social tamanha que o atual cenário aponta para um risco constante de epidemias diversas de transtornos mentais. Por essa razão, este estudo teve como objetivo compreender a complexa dinâmica de forças que edificam o caminho para uma condição da vida se tornar um problema médico e, *a posteriori*, um quadro epidêmico. Para tanto, através de uma revisão narrativa, esta pesquisa reconheceu os múltiplos aspectos da medicalização da vida; da dinâmica de um Complexo Médico-Industrial e Financeiro; e da epidemia de diagnósticos psiquiátricos. O estudo igualmente apreciou a evolução histórico-social do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), como um meio para identificar as interinfluências envolvidas na consolidação de seu diagnóstico, o qual se tornou exponencialmente mais recorrente na atualidade. Além disso, o estudo examinou, em bases como SciELO, PubMed, MEDLINE, MeSH e Google Acadêmico, trabalhos que façam referência à evolução da produção e do consumo dos principais fármacos prescritos para seu tratamento, de modo a averiguar as possíveis repercussões socioeconômicas da inflação diagnóstica do TDAH. Com isso, este trabalho constatou que a alternância do protagonismo entre os atores que compõem o campo da saúde é atualmente definida pelo mercado, e, associada à fluidez dos diagnósticos psiquiátricos, as influências de tais forças passaram a ser determinantes no modo como um distúrbio é introduzido, modificado e/ou ampliado no meio social. Outrossim, a pesquisa mostrou que os transtornos psiquiátricos se tornaram cada vez mais passíveis de se transformarem em condições epidêmicas, especialmente em razão: das sucessivas alterações de seus critérios, o que permitiu ampliar o público-alvo dos diagnósticos; da cronificação das práticas em saúde mental, influenciadas pelo forte movimento reducionista do sofrimento humano à lógica biomédica; e da primazia da farmacoterapia, perpetuada por meio de um modelo de atenção gerenciada que preza pela redução dos custos e aumento dos lucros com a assistência.

Palavras-chave: TDAH. Medicalização. Complexo Médico-Industrial.

ABSTRACT

MALDONADO, Matheus de Matos. **ADHD and Medical-Industrial Complex**: Narrative review about a profitable epidemic. 2023. 77 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

The use of psychiatric diagnoses has reached such a social importance that the current scenario points to a constant risk of various epidemics of mental disorders. Hence, this study aimed to understand the complex dynamics of forces that build the path for a condition of life to become a medical problem and, subsequently, an epidemic. For this purpose, through a narrative review, this research recognized the multiple aspects of the medicalization of life; the dynamics of a Medical-Industrial and Financial Complex; and the epidemic of psychiatric diagnoses. The study also looked at the historical-social evolution of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) as a means to identify the inter-influences involved in the consolidation of its diagnosis, which has become exponentially more recurrent nowadays. In addition, the study examined SciELO, PubMed, MEDLINE, MeSH, and Google Scholar databases to determine the evolution of the production and consumption of the main drugs prescribed for the treatment of ADHD, in order to investigate the possible socioeconomic repercussions of ADHD diagnostic inflation. With this, this work has found that the alternation of the protagonism among the actors that compose the health field is currently defined by the market, and, associated with the fluidity of psychiatric diagnoses, the influences of such forces have become determinant in the way a disorder is introduced, modified and/or expanded in the social environment. Moreover, the research showed that psychiatric disorders have become increasingly likely to become epidemic conditions, especially for the following reasons: the successive changes in their criteria, which allowed the expansion of the target audience of the diagnoses; the chronification of mental health practices, influenced by the strong reductionist movement of human suffering to biomedical logic; and the primacy of pharmacotherapy, perpetuated through a model of managed care that focuses on cost reduction and increasing profits with the care.

Keywords: ADHD. Medicalization. Medical-Industrial Complex.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AERS	Sistema de Notificação de Eventos Adversos
AMA	Associação Médica Americana
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CHADD	<i>Children and Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder</i>
CMI	Complexo Médico-Industrial
CMF	Complexo Médico-Financeiro
DA	Dopamina
DAT	Transportador de Dopamina
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
DTC	Publicidade direta ao consumidor
EUA	Estados Unidos da América
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
HMOs	Organizações de Manutenção de Saúde
JAMA	<i>The Journal of the American Medical Association</i>
LGBTQIA+	Lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, queer, intersexuais, assexuais
MBD	<i>Minimal Brain Dysfunction Syndrome</i>
MCO	<i>Managed Care Organizations</i>
NE	Norepinefrina
NIMH	Instituto Nacional de Saúde Mental
OSEP	<i>Office of Special Education Programs</i>
P&D	Pesquisa e Desenvolvimento
PPA	Fenilpropanolamina
SK&F	<i>Smith, Kline & French</i>
TDA	Transtorno do Déficit de Atenção
TDAH	Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade
TEPT	Transtorno do Estresse Pós-Traumático
TDO	Transtorno Desafiador Opositor
TPM	Tensão Pré-Menstrual

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	10
1	DIÁLOGOS COM PETER CONRAD: A MEDICALIZAÇÃO DA VIDA.	18
1.1	Em busca do conceito perdido	18
1.2	Expansão diagnóstica: negociação ou cooptação?	21
1.3	DSM	23
2	TDAH E METILFENIDATO: NORMALIZAÇÃO DO PATOLÓGICO OU PATOLOGIZAÇÃO DO NORMAL?	26
2.1	TDAH: A remedicalização da psiquiatria	26
2.2	TDAH adulto: o papel da “bíblia” da psiquiatria	30
2.3	Grupos de interesse	34
2.4	Autodiagnóstico	36
2.5	Managed Care	37
2.6	Sociedade Ritalina.....	37
2.7	Risco x Benefício	40
2.8	Elástico, ampliado e expandido.....	42
3	COMPLEXO MÉDICO-INDUSTRIAL: A PROPAGANDA É A “ARMA” DO NEGÓCIO	46
3.1	A indústria farmacêutica e a psiquiatria	49
3.2	Mudança nos padrões de acumulação	52
3.3	Complexo Médico-Financeiro.....	53
3.4	Novos motores da medicalização	56
3.5	A importância do diagnóstico	59
3.6	Complexo Médico-Industrial e transtornos mentais	64
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
	REFERÊNCIAS	75

INTRODUÇÃO

Os primeiros estudos sobre a medicalização, concebidos entre a década de 60 e 70, enfatizavam que este fenômeno estaria vinculado ao controle médico sobre a sociedade. Embora o corpo social fosse mencionado, as análises se voltavam mais para o efeito do poder sobre o indivíduo, sendo pouco abordada a influência da participação dos sujeitos, dos movimentos sociais e das organizações de pacientes no próprio processo de medicalização. Vale ressaltar que, por estarem apoiados em ideias liberais-humanistas, a principal crítica sobre os trabalhos pioneiros era a de que deram um enfoque exclusivo na noção da perda de autonomia das pessoas, sendo pouco considerada a questão da regulamentação da sociedade pela medicina. De todo modo, a medicalização estaria sempre ligada a um viés pejorativo, pois estar “medicalizado” seria uma condição de dependência ao poder médico (OLIVEIRA, 2020).

Outrossim, este primeiro movimento ficou marcado pela intensa crítica à medicina e ao modo como a instituição incorporava os aspectos da vida cotidiana ao seu enquadramento técnico. Tinha-se maior preocupação em entender como este fenômeno delimitava as fronteiras do que seria aceitável, ou não, na sociedade. Nesse contexto, os autores identificavam que, mediante controle moral e político, o enfermo era isento de responsabilidade sobre a sua doença, isto é, seria considerado desprovido da competência necessária para a solução de suas questões, necessitando, logo, de profissionais médicos qualificados. Defendia-se, portanto, que a fonte da medicalização estaria nas questões individuais, mais que nas ambientais e sociais.

Com o contínuo desenvolvimento dos estudos sobre a evolução da medicalização nas diversas formas de controle social – perpassando a noção de poder disciplinar que individualiza e a de biopoder que coletiviza –, novas concepções surgiram. Dessa maneira, o sociólogo norte-americano Peter Conrad propôs uma análise das transformações que a medicalização apresentou ao longo do tempo, considerando que este fenômeno não traria sempre consigo aspectos exclusivamente negativos para a sociedade.

Para o autor, a medicalização consistiria em definir um problema em termos médicos, usando linguagem médica; entendê-lo através de um quadro médico; ou tratá-lo com uma intervenção médica. Significa dizer que seria um processo sociocultural complexo, o qual não se reduz à mera *hipermedicalização* de uma determinada enfermidade, e que: a) pode, ou não, envolver a profissão médica; b) pode levar a um controle social, ou a um tratamento necessário; ou, de fato, c) ser resultado da expansão intencional da profissão médica. A medicalização ocorreria quando uma estrutura ou definição médica fosse aplicada no sentido de entender ou

gerenciar um problema, não se confundindo, portanto, com o sobrediagnóstico ou o sobretratamento de uma dada condição (CONRAD, 2007).

O sociólogo propôs, ainda, que o processo de medicalização fosse visto como produto de uma dinâmica coletiva que envolve a participação de leigos, as organizações de usuários e familiares e a indústria farmacêutica. Com isso, haveria situações em que as pressões de outros atores – para além do saber médico – faria com que certas condições fossem igualmente reconhecidas como médicas. Além disso, o fenômeno nem sempre ocorreria de modo total, identificando que existem, na verdade, *graus de medicalização*, e que uma de suas dimensões seria a elasticidade das categorias médicas, vinculadas à capacidade de expansão e de contração dessas últimas.

Se a medicalização *per se* não seria um fenômeno necessariamente negativo, e tampouco teria sempre como objetivo um controle social por parte da medicina, o que explicaria, por exemplo, a inflação diagnóstica de transtornos mentais?

Vale salientar que, enquanto algumas categorias médicas podem se expandir e abranger uma grande variedade de problemas, outras se mantêm restritas e circunscritas. As categorias psiquiátricas, em especial, são fluidas e mais sujeitas à expansão e à contração, uma vez que são produtos de processos de construção social de uma dada realidade, ou seja, seus critérios de classificação mudam conforme o contexto moral, político e institucional. Dessa forma, não seriam obrigatoriamente indicadores de condições objetivas observadas, mas, influenciadas por fatores sociopolíticos, são resultados de um processo interativo de contínuas negociações (CONRAD, 2007; FREITAS; AMARANTE, 2017).

Freitas e Amarante (2017) afirmam que as categorias diagnósticas da psiquiatria e seus manuais dependem de pressões políticas. Por essa razão, faz-se necessário esclarecer como se dariam tais dinâmicas de negociação¹, assim como entender o que estaria em jogo na inflação diagnóstica dos transtornos mentais. Para tanto, uma análise sobre o que se conhece hoje por TDAH pode ser útil. Ver-se-á que, embora os diagnósticos da hiperatividade estivessem aumentando, sua ocorrência se dava em um público mais restrito, posto que era uma condição observada apenas em crianças impulsivas e distraídas. Contudo, ao ser vinculada ao déficit de

¹ Os próprios autores relembram do processo político de negociação que culminou com a eliminação do diagnóstico da homossexualidade do DSM. No decorrer da psiquiatria moderna, esta condição era um objeto da saúde, e, por conseguinte, todas as suas “problemáticas” deveriam ser resolvidas pelas diversas teorias e técnicas terapêuticas, cujos profissionais eram divididos entre progressistas e conservadores. A partir da década de 70, contudo, o debate extrapola a comunidade científica e alcança os movimentos organizados das comunidades de homossexuais da época. O debate girava em torno do lugar (patológico) que as relações homoafetivas tinham na sociedade, uma vez que a heterossexualidade era considerada a norma. “Sabia-se que as consequências de tal embate – de natureza eminentemente política – criariam ou não condições para a manifestação de um novo pluralismo de ideias a respeito de gênero e estilo de vida” (FREITAS; AMARANTE, 2017, p.66).

atenção (TDA); ser associada aos psicoestimulantes; e ao ser expandida para incluir adolescentes e adultos, seu diagnóstico aumentou de forma descontrolada. Ademais, observar-se-á que uma das principais causas da ampliação do diagnóstico do TDAH foram as mudanças propostas pela terceira edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, a partir das quais se constatou uma inflação da bolha dos transtornos mentais como um todo, e que, segundo Frances (2016), “foi a pior consequência do DSM-III” (p.93).

Para contextualizar, o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), enquanto categoria diagnóstica, surge na década de 50, embora suas raízes possam ser atribuídas ao início do século XX. Foram diversos os termos utilizados para o transtorno, como hiperatividade, hipercinesia, Disfunção Cerebral Mínima (MBD), Síndrome Hiperativa e Transtorno Hipercinético da Infância. Apesar da diversidade terminológica, havia certa semelhança entre os sintomas identificados: baixa tolerância à frustração; problemas na aquisição da fala; inquietação; comportamento agressivo; tempo de atenção reduzido; oscilações de humor; incapacidade de cumprir as regras da escola; impulsividade. Com o decorrer do tempo, entretanto, o distúrbio passou a ser delimitado mais pela identificação da hiperatividade e do déficit de atenção, mudança que possibilitou sua maior incidência no corpo social (CONRAD, 1975).

No início, a hiperatividade era considerada uma doença fundamentalmente infantil, cujos critérios diagnósticos eram analisados no ambiente escolar. Naquele momento, acreditava-se que a maioria das crianças superaria tais sintomas ao chegar na adolescência. Além disso, na década de 1960, as controvérsias publicadas acerca do emprego do tratamento farmacológico tornaram o transtorno mais conhecido entre os demais profissionais e o público leigo. Com efeito, em meados da década de 1970, este já era o distúrbio psiquiátrico infantil mais frequente, com clínicas especializadas sendo criadas para a sua identificação e tratamento (CONRAD, 1975).

No final dos anos 80 e início da década de 90, surge outra mudança crucial nos critérios diagnósticos: o TDAH, enquanto condição infantil, passa a ser considerado um distúrbio do neurodesenvolvimento que percorreria também a vida adulta. Em paralelo, verificou-se um aumento considerável da publicidade do transtorno e de seu principal tratamento, o metilfenidato (Ritalina). Outrossim, ainda que o TDAH tivesse sido caracterizado mais pela impulsividade, hiperatividade e pela desatenção, pesquisas estatísticas norte-americanas da década de 90 identificaram o igual envolvimento de fatores socioeconômicos na dinâmica do transtorno. Os impactos econômicos apontados pelos estudos abrangiam gastos com seguro saúde; criminalidade entre indivíduos com esta condição; despesas com o desemprego ou com

constantes trocas de trabalho; além das expensas vinculadas aos frequentes acidentes automobilísticos. Em função dos custos cada vez maiores, o distúrbio passou a ser visto como um fator de risco para a segurança e para a produtividade do país (CALIMAN, 2009).

Por essa razão, a compreensão acerca da dinâmica do transtorno e de seu tratamento se tornaram questões imprescindíveis, vinculadas não apenas à saúde pública, como também à gestão socioeconômica. O temor gerado pela epidemiologia do TDAH pressionou as lideranças governamentais a pensarem em intervenções, e foi nesse contexto que o interesse por identificar e tratar o distúrbio cresceu entre os órgãos públicos, especialmente os dos EUA. Com efeito, em 2004, reconheceu-se oficialmente o TDAH como um dos problemas mais graves da saúde pública norte-americana, com estimativas apontando para uma abrangência de 3 a 7% em crianças e adolescentes em idade escolar (2.000.000) e de 4 % dos adultos (8.000.000) (CALIMAN, 2009).

O preocupante aumento exponencial dos casos identificados em crianças, adolescentes e adultos, assim como a propagação da prescrição de psicoestimulantes, fez com que novas controvérsias surgissem nas mídias. Para ilustrar, a edição de janeiro de 1999 do *The New York Times* mostrou que a produção de Ritalina havia aumentado em torno de 700% desde o início daquela década, principalmente em função da ampliação do número de crianças em tratamento. Pouco tempo depois, em 2001, verificava-se que cerca de 3% das crianças norte-americanas em idade escolar utilizavam algum tipo medicamento estimulante contra o TDAH (CALIMAN, 2009).

Embora a questão do sobrediagnóstico de TDAH já tivesse sido sugerida, ainda faltava uma avaliação abrangente de evidências a favor ou contra a sua ocorrência. Assim sendo, uma revisão de escopo de 334 artigos, publicada no *JAMA Network Open*, identificou que, de fato, há evidências convincentes de que o transtorno é sobrediagnosticado em crianças e adolescentes. Para além, em indivíduos com sintomas mais leves, os danos associados ao diagnóstico poderiam superar os benefícios (KAZDA et al., 2021).

A ocorrência de sobrediagnóstico e de sobretratamento de uma condição facilita a construção de um cenário epidêmico, e a epidemia de transtornos psiquiátricos não é um fenômeno recente, tampouco se restringe ao TDAH. As principais correntes de estudo sobre tais epidemias indicam a existência de vínculos entre a explosão diagnóstica dos distúrbios psíquicos e a sua respectiva medicalização social. A incidência epidêmica de um transtorno poderia, então, ser entendida a partir da relação entre o momento em que uma condição da vida se torna um problema médico e a sua progressiva expansão diagnóstica (FREITAS; AMARANTE, 2017).

Nesse contexto, o que move as diversas possibilidades de medicalização da vida são os seus respectivos *motores*, os quais não estão restritos à psiquiatria. Médicos, movimentos sociais, grupos de interesse, atividades organizacionais ou interprofissionais compõem o cenário de interinfluências que permitem que uma condição seja, ou não, enquadrada como médica. Porém, Conrad (2007) mostra que tais motores estão mudando, e o que antes estava restrito às questões exclusivas da saúde, passou a tomar um contorno ainda mais amplo. O autor identifica a ascensão do protagonismo que as indústrias farmacêutica e de biotecnologia, os consumidores potenciais, e as organizações de atenção gerenciada (*managed-care*) têm incidido sobre a inclusão, manutenção, ou retirada de categorias médicas no corpo social. Sobre esse aspecto, é possível que a percepção do sociólogo estadunidense sobre tais transformações tenha relação com um fenômeno que coincide com a inflação diagnóstica dos transtornos mentais, especialmente a partir da segunda metade do século XX.

Enquanto as pesquisas acerca da medicalização se desenvolviam, outras alertavam para o perigoso avanço de uma lógica capitalista dentro do setor saúde. Observou-se que as interrelações no sistema estavam sendo progressivamente influenciadas por uma ascendente lógica de capital industrial (Complexo Médico-Industrial), vinculada à expansão do setor privado de produção de equipamentos e de fármacos. Não obstante, com o avanço de diferentes padrões de acumulação no setor, os padrões de comportamento dos membros do campo passaram a seguir uma lógica de valorização do capital financeiro (Complexo Médico-Financeiro), que viria a se tornar hegemônica no século XXI. Desse modo, o que antes estava restrito às relações de poder incidindo sobre o controle dos corpos individuais e coletivos, nas últimas décadas, passou a englobar o controle sobre o uso de tecnologias complexas, os gastos com a assistência, a securitização do risco, os lucros sobre os investimentos etc. (MENDONÇA; CAMARGO JR, 2012; VIANNA, 2002).

Por essa razão, os novos estudos sobre a medicalização social precisam considerar a força do aspecto econômico envolvido no setor, uma vez que o comércio de equipamentos e medicamentos, sobretudo os psicofármacos, movimentam bilhões de dólares anuais há mais de meio século. Dessarte, ao conjecturar um quadro de crescimento exponencial dos diagnósticos psiquiátricos, e ao entender que a medicalização tem mais condicionantes – inclusive econômicos – do que a simples relação entre o saber médico e a população, o objeto de estudo deste trabalho não se limita a corroborar se há vínculos entre as atuais epidemias de transtornos mentais e o Complexo Médico-Industrial e Financeiro, mas terá como foco, sobretudo, compreender a dinâmica de forças que edificam o caminho para uma condição se tornar um problema médico e, *a posteriori*, um quadro epidêmico.

O método empregado na pesquisa será o da revisão narrativa, aplicada com o intuito de entender os múltiplos aspectos da medicalização social; da dinâmica de um Complexo Médico-Industrial e Financeiro; da epidemia de diagnósticos psiquiátricos; e da evolução histórica do TDAH na sociedade, especialmente a partir da década de 50. Para elucidar, Ferrari (2015) salienta que uma revisão narrativa tem como objetivo identificar, avaliar e sintetizar o que já fora publicado sobre um tema, evitando duplicidades e buscando territórios de estudo ainda não explorados. A autora pontua que, embora a revisão narrativa e a revisão sistemática divirjam nos objetivos, nos métodos e nas áreas de aplicação, ambas podem incluir uma gama de estudos com distintos níveis de evidência, tais como: ensaios clínicos randômicos, estudos observacionais de caso-controle ou de coorte e relatos de casos.

Além disso, Rother (2007) entende que a revisão narrativa é adequada para descrever e debater pontos a respeito da evolução ou do “estado da arte” de um determinado tema, considerando uma perspectiva teórica ou contextual. Seria, portanto, uma categoria de revisão na qual o pesquisador lança mão do estudo da literatura publicada em meios diversos - livros, artigos de revistas impressas e/ou eletrônicas - com a finalidade de realizar sua interpretação e análise crítica da temática proposta.

Sob esse viés, far-se-á uma análise sobre o modo como as interinfluências presentes entre os membros do setor saúde mudaram conforme o avanço de diferentes tipos de mercado no campo; e, posteriormente, como esse processo pode ter impactado na expansão/contração de diagnósticos psiquiátricos no corpo social. O recurso utilizado será o de apreciar a evolução histórico-social do TDAH, como um meio para entender a dinâmica de forças envolvidas na consolidação de um diagnóstico que se tornou mais recorrente na atualidade; bem como o de identificar, em bases como SciELO, PubMed, MEDLINE, MeSH e Google Acadêmico, estudos que façam referência à evolução da produção e do consumo dos principais fármacos prescritos para seu tratamento, a fim de compreender as possíveis repercussões socioeconômicas de sua inflação diagnóstica.

No primeiro capítulo, será brevemente apresentada a evolução histórica do conceito de medicalização, que se iniciou com Talcott Parsons (1951), e que teve um novo contorno com o sociólogo Peter Conrad (2007). Com o objetivo de não se restringir a uma noção pejorativa do termo, e aproveitando ao máximo sua amplitude, o trabalho se valerá da noção de medicalização proposta por este último autor. Dessa maneira, será dedicada uma parte do capítulo para entender como o sociólogo define os aspectos, as dimensões e os tipos de medicalização, assim como a capacidade elástica dos diagnósticos psiquiátricos. Ver-se-á também como que as alterações propostas em um dos principais manuais diagnósticos da psiquiatria impactaram na

medicalização de diversas condições e na expansão de transtornos já consolidados. Neste primeiro momento, inicia-se a delimitação da dinâmica do que o autor chama de *motores* da medicalização.

No segundo capítulo, será feita uma breve construção histórico-social do que se entende por “TDAH”, com enfoque no modo como um distúrbio fundamentalmente infantil se torna uma condição passível de ser diagnosticada em adolescentes e adultos. Notar-se-á que, através das alterações propostas com a terceira edição do DSM, iniciou-se um processo de diagnóstico ampliado do transtorno, cujos critérios deixam de ser os exclusivos comportamentos escolares, e passam a englobar sintomas observados em outros âmbitos, como a faculdade e o trabalho. Em outras palavras, a reformulação advinda com o DSM-III expandiu e contraiu alguns dos critérios diagnósticos do transtorno, de modo a viabilizar que seus sinais e sintomas pudessem ser considerados também durante a vida adulta, abrangendo, assim, um público-alvo progressivamente maior.

Ainda neste capítulo, será ilustrado de que modo inicialmente os motores da medicalização perpassavam a interinfluência de múltiplos atores, como profissionais, movimentos sociais e grupos de interesse. No caso do TDAH, essas relações favoreceram sua consolidação devido ao grande papel que os grupos de apoio e de leigos protagonizaram na promoção de sua expansão. Além disso, no público adulto, tem-se o particular fenômeno do autodiagnóstico, que tornou sua ocorrência mais frequente. Nessa dinâmica, uma vez identificados com o que é descrito sobre o transtorno nas mídias populares, os sujeitos passam a pressionar os profissionais a ratificarem a sua “nova identidade”, em prol de uma “desculpa médica” que os eximem da responsabilidade por suas ações.

Ao final do capítulo, ver-se-á que, embora não houvesse evidências sólidas de uma etiologia biológica, defendia-se que a desordem era de origem orgânica, sendo seu tratamento direcionado, portanto, para o uso de psicoestimulantes, especialmente o metilfenidato (Ritalina). Logo, como a expansão da “categoria TDAH” permitiu que mais pessoas fossem enquadradas em seus critérios diagnósticos, o consumo de psicoestimulantes também aumentou. Por essa razão, será analisada a evolução da comercialização mundial desses fármacos no decorrer das últimas décadas, mostrando que pode haver, de fato, uma correlação entre a instauração do diagnóstico ampliado de TDAH e o crescimento desenfreado da produção e utilização desse tipo de medicamento.

O terceiro e último capítulo deste trabalho faz referência ao modo como as forças que exercem influência na consolidação de um diagnóstico não são estáticas e estão mudando conforme se desenvolve um capitalismo industrial e financeiro no setor saúde. A partir da

Segunda Guerra, as indústrias farmacêutica e de equipamentos médicos ganham um maior destaque na sociedade. Por meio do intensivo *marketing* de seus produtos “milagrosos”, parcerias com profissionais e certa conivência do Estado, tais setores trouxeram para a área da saúde uma lógica de acumulação de capital que influenciou fortemente as relações entre os membros do sistema.

Por fim, essa dinâmica de influências será analisada considerando os estudos acerca do Complexo Médico-Industrial (CMI) e Financeiro (CMF). Nesse contexto, a relação entre profissionais, prestadores de serviços e seus usuários fica condicionada à forte regulação do mercado pelo hegemônico capital financeiro – público e privado; e, com efeito, às práticas vinculadas ao sistema de *managed care*, que estabelecem os parâmetros para os quais os diagnósticos se tornam aceitáveis para reembolso de tratamento e para cobertura de medicamentos, psicoterapias, e outros benefícios. Desse modo, buscar-se-á entender até que ponto o desenvolvimento de diferentes padrões de acumulação de capital na saúde pode ter influenciado na mudança dos motores da medicalização de transtornos mentais, tomando como premissa o fato de que tais motores passaram a ser movidos pelos hegemônicos interesses comerciais e de mercado.

1 DIÁLOGOS COM PETER CONRAD: A MEDICALIZAÇÃO DA VIDA

1.1 Em busca do conceito perdido

Embora, no início, diversos autores já tivessem se debruçado sobre a dinâmica da medicalização, os estudos sempre estiveram restritos às críticas acerca dos efeitos deletérios da transposição dos aspectos da vida para a condição médica. Dessa forma, com o objetivo de iniciar um diálogo com um autor que irá propor uma perspectiva diferente sobre o fenômeno, será realizado um breve resgate das principais construções históricas acerca da medicalização. A escolha pela concepção proposta por Peter Conrad se deu pela necessidade de se pensar o conceito para além da visão exclusivamente pejorativa. Assim, será pela possibilidade de um olhar mais amplo para as complexas forças que envolvem o processo da medicalização que se poderá compreender não apenas seus riscos e contradições, mas também seus benefícios e desafios envolvidos.

O termo *medicalização* começou a ser utilizado na literatura científica a partir da segunda metade do século XX e, desde seu aparecimento, diferentes pesquisadores lhe atribuíram os mais diversos sentidos. Pode-se dizer que os estudos sobre o tema tiveram como pioneiro o trabalho do sociólogo estadunidense Talcott Parsons (1951), o qual indicou que a medicina seria uma espécie de instituição de controle social, uma vez que caracterizaria as doenças como um desvio da norma e produziria um *papel social do doente*. Os estudos de Parsons influenciaram Pitts (1968), Freidson (1970) e Zola (1972) a iniciar suas pesquisas sobre o controle social médico e a consequente medicalização da sociedade (CONRAD, 1992).

Nesses primeiros trabalhos, o que se via era uma intensa crítica à medicina e ao modo como tal instituição incorporava os aspectos da vida cotidiana ao seu enquadramento técnico. O objetivo desses estudos era analisar a organização social da profissão médica, a qual, mediante o controle moral e político, isentaria o enfermo da responsabilidade sobre a sua doença, considerando-o desprovido da competência necessária para a resolução de seus problemas, o que o faria necessitar, portanto, de profissionais médicos qualificados. (OLIVEIRA, 2020).

No início dos anos 70, as forças que mais se destacavam nos estudos sobre a medicalização eram aquelas que perpassavam o profissional médico, os movimentos sociais e as várias atividades organizacionais e interprofissionais. Havia uma maior preocupação em entender como este fenômeno, que transformava aspectos da vida cotidiana em patologias,

conseguia delimitar as fronteiras do que seria aceitável, ou não, na sociedade. Para além, defendia-se que a fonte da medicalização estava nas questões individuais, mais que nas ambientais e sociais.

Com a expansão da jurisdição médica, os autores entenderam que a medicina, de fato, começara a se tornar uma espécie de instituição de controle social, que, além de substituir outras instituições – como a lei e a religião, foi sendo transformada em algo como um repositório da *verdade*. Em outras palavras, este saber se tornou o lugar onde os julgamentos finais e absolutos sobre a vida seriam realizados de forma neutra e objetiva. Julgamentos estes feitos em nome da ciência e da saúde (ZOLA, 1972).

Embora muito já tenha sido construído ao longo dos últimos 50 anos sobre o fenômeno da medicalização, sua definição nem sempre fora bem articulada. Boa parte dos autores entende que o conceito tem algum vínculo com o ato de transpor as questões da vida para a jurisdição médica; e, como visto, os primeiros estudos sobre a medicalização associaram-na a uma espécie de controle social dos sujeitos por parte da medicina. Contudo, por mais que as críticas se justificassem, o sociólogo norte-americano Peter Conrad propôs uma análise das transformações que este fenômeno apresentou ao longo do tempo, considerando que a medicalização não traria consigo sempre um aspecto puramente negativo para a sociedade.

Conrad (2007) entende que a medicalização, acima de tudo, descreve um processo complexo que envolve mais determinantes e condicionantes do que a simples associação com o fenômeno da *hipermedicalização* de uma determinada enfermidade, como fora proposto nas primeiras análises. Para o autor, “medicalização” consiste em definir um problema em termos médicos, defini-lo usando linguagem médica, entendê-lo por meio da adoção de um quadro médico, ou tratá-lo a partir de uma intervenção médica. O ponto aqui é que este fenômeno seria um processo sociocultural que pode, ou não, envolver a profissão médica, pode levar a um controle social ou a um tratamento, ou ser resultado da expansão intencional da profissão médica. A medicalização ocorreria, então, quando uma estrutura ou definição médica fosse aplicada no sentido de entender ou gerenciar um problema, não se confundindo, portanto, com o *sobrediagnóstico* ou o *sobretratamento* de uma dada condição (CONRAD, 1992).

Ainda segundo o autor, por ser complexo, o processo de medicalização seria produto de uma dinâmica coletiva que envolve, por exemplo, a participação de leigos, as organizações de usuários e familiares e a indústria farmacêutica. Dessa forma, tornar-se-ia simplista reduzir tal fenômeno ao momento da anexação de novos problemas à jurisdição médica. Seria preciso, portanto, considerar que há situações em que as pressões de outros atores fazem com que certas condições sejam reconhecidas como médicas. (CONRAD, 2007)

Para efeito de ilustração, tem-se o caso do alcoolismo, cuja medicalização fora realizada fundamentalmente pelo movimento dos Alcoólicos Anônimos, tendo os médicos, apenas mais tardiamente, adotado tal condição como doença, e atuado de forma mais marginal no manejo dessa enfermidade (CONRAD, 2007). Outro caso é o do Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT), incluído na terceira edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III) após pressão dos grupos de veteranos da Guerra do Vietnã, os quais padeciam emocionalmente por não contarem com nenhum tipo tratamento psicológico para as suas sequelas de guerra (FREITAS; AMARANTE, 2017).

Deve-se ressaltar que a medicalização não precisa se dar de forma total para ocorrer, de modo que o que se tem, na verdade, são *graus de medicalização*. Para exemplificar, o parto, a morte e as doenças mentais graves são condições quase totalmente medicalizadas; já a menopausa e a dependência aos opiáceos são parcialmente medicalizadas; e, até pouco tempo, o transtorno de comportamento sexual compulsivo e a violência conjugal eram casos minimamente medicalizados. Ainda não se sabe ao certo quais seriam os fatores que especificamente afetariam os graus de medicalização, porém, o suporte da profissão médica; a descoberta de novas etiologias para as doenças; a disponibilidade e a lucratividade dos tratamentos; a cobertura feita por seguros e a existência de indivíduos ou grupos que estimulam ou contrariam as definições médicas podem ter importância significativa em determinados casos (CONRAD, 2007).

Uma dimensão do grau de medicalização é a elasticidade das categorias médicas, que guarda relação com a capacidade de expansão e de contração dessas. Enquanto algumas categorias podem se expandir e abranger uma variedade de problemas, outras se mantêm restritas e circunscritas. O mal de Alzheimer, por exemplo, já fora uma condição mais obscura, porém, com a remoção do critério “idade”, passou-se a não mais existir diferenças entre esta doença e a demência senil. A mudança de critério para incluir os casos de demência na população com mais de 60 anos fez com que aumentasse vertiginosamente o número de casos de Alzheimer. Como efeito dessa alteração, o Alzheimer se tornou uma das cinco maiores causas de morte nos EUA (CONRAD, 2007).

Ainda sobre esse aspecto, a análise do caso do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) – feita no segundo capítulo deste trabalho – permitirá entender como a elasticidade das categorias diagnósticas impactam na abrangência do público-alvo de um transtorno, especialmente o psiquiátrico. É preciso ressaltar que a hiperatividade era considerada somente nas situações que envolviam crianças hiperativas, impulsivas e distraídas; atualmente, entretanto, por estar associada ao déficit de atenção, tal condição se tornou mais

inclusiva, expandindo-se para abranger igualmente adolescentes e adultos. Embora se tenha evidências de que o TDA seja uma categoria inadequadamente especificada, Conrad, na década de 90, já pontuava que a rotulagem e os tratamentos relacionados ao transtorno estavam aumentando (CONRAD, 1992).

A medicalização também é bidirecional. Assim como ocorre a apropriação de fenômenos, há o momento em que determinadas condições deixam de ser descritas a partir do modelo médico, ocorrendo, portanto, uma desmedicalização – ainda que a tendência do século XX tenha se voltado mais para a expansão da jurisdição médica (OLIVEIRA, 2020). Desse modo, para que a desmedicalização ocorra, é necessário que uma dada condição não mais seja definida em termos médicos, e que o seu respectivo tratamento tampouco deva ser considerado apropriado.

Para ilustrar, no século XIX, a masturbação era considerada uma doença que precisava de intervenção médica, porém, em meados do século passado, já consideravam não haver mais a necessidade de tratamento. Algo parecido ocorreu quando os movimentos de pessoas com necessidades específicas reivindicaram a desmedicalização da deficiência, defendendo que suas condições deveriam ser pensadas em termos de acessibilidade e direitos humanos (CONRAD, 2007).

Outra situação clássica que merece destaque é a desmedicalização da homossexualidade. Após uma série de movimentos surgirem a partir da Rebelião de *Stonewall* em 1969², a sociedade – que considerava a homossexualidade um desvio – passou a se deparar com a reivindicação de fazer com que esta condição deixasse de ser uma doença, para ser vista como um modo de expressão de vida reconhecido e legitimado. Como resposta às pressões exercidas pelo movimento dos homossexuais, em 1973, a *American Psychiatric Association* (APA) votou para não mais considerar a homossexualidade uma patologia, suprimindo-a de seu manual diagnóstico lançado em 1980, o DSM-III (CONRAD, 1992) (FREITAS; AMARANTE, 2017).

1.2 Expansão diagnóstica: negociação ou cooptação?

Uma ampla variedade de novas categorias médicas emergiu nas últimas quatro décadas. Nomenclaturas como TDAH, transtornos alimentares, fadiga crônica, fibromialgia, TEPT e

² A Rebelião de *Stonewall* foi uma série de manifestações que se iniciaram a partir de um episódio de revolta dos donos e fregueses do bar *Stonewall Inn*, localizado em Nova Iorque, os quais, cansados das frequentes violências físicas e sexuais praticadas por policiais em batidas aos bares *gays*, decidiram revidar as agressões sofridas, ocasionando diversos movimentos de revolta pelos EUA (FREITAS; AMARANTE, 2017).

TPM passaram a ser cada vez mais comuns entre as pessoas, muitos destes termos sendo, inclusive, ativamente promovidos e defendidos pelos próprios indivíduos. Algumas categorias conseguiram alcançar uma aceitação médica considerável, enquanto outras ainda são contestadas ou controversas. De todo modo, até o final do século XX, as pessoas se tornaram mais engajadas em seus respectivos tratamentos, mais exigentes sobre o que desejam dos médicos e menos tolerantes a sintomas leves e a problemas relativamente benignos (CONRAD, 2007).

A necessidade de construção de novos diagnósticos não se restringe a um único motivo. A título de exemplo, pode-se pensar na angústia do contato com o mistério de uma doença e de seu consecutivo sofrimento, sendo, portanto, urgente a significação de questões que parecem confusas, estressantes e debilitantes; tem-se, também, a capacidade da categoria médica em possibilitar ao indivíduo uma construção identitária vinculada a uma determinada condição singular e coletiva. Além de outros casos em que o diagnóstico, enquanto instrumento de reconhecimento e legitimação, facilita o acesso dos sujeitos aos tratamentos.

As categorias médicas, especialmente as psiquiátricas, são fluidas e sujeitas à expansão e à contração. Tais expansões podem se dar de forma quase imperceptível, como parte da prática médica regular, e, em um só tempo, ampliar o campo da medicalização de forma significativa (CONRAD, 2007). Nesse sentido, a inclusão ou a exclusão de categorias e critérios diagnósticos possibilita que diferentes fenômenos - e, portanto, indivíduos - sejam enquadrados nesta dinâmica medicalizante (FREITAS; AMARANTE, 2017). Com efeito, uma dada condição é convertida em sinais e sintomas, e a sua interação com os sujeitos alcança uma nova dimensão psicossocial.

Sobre a questão da saúde mental, Bezerra Jr. (2014) pontua que as categorias diagnósticas e as teorias psiquiátricas não seguem somente no caminho de descrever os sintomas dos pacientes, mas também os moldam, justamente por criarem *roteiros de identificação e designação do sofrimento*; além de indicarem os modos de responder – técnica e socialmente – a tais experiências. Dessa forma, as categorias apresentariam uma dimensão descritiva e uma imensa força prescritiva, de sorte que o encontro com o diagnóstico modificaria sensivelmente “[...]a maneira como o sujeito pensa a si próprio, a maneira como interpreta as próprias emoções, o modo de se conduzir na relação com os outros” (p.12).

Ainda segundo o autor, se essa dinâmica é inerente a toda prática de nomeação e, por conseguinte, está presente em todo diagnóstico, é também verdade afirmar que, na atualidade, tal efeito tem irradiado para além dos dispositivos exclusivamente terapêuticos. Isso se daria, entre outras razões, pela extensa difusão que os diagnósticos psiquiátricos alcançaram por todo

o campo cultural; pela facilidade de acesso à informação e pela utilização das categorias como ancoragem para estratégias de construção de identidades. Nesse caminho, os diagnósticos conquistaram uma relevância cultural tamanha que estariam presentes, não apenas na prática da psiquiatria, mas em todo o espaço da saúde, na educação, na linguagem coloquial, nas redes sociais. (BEZERRA JR, 2014).

É importante pontuar que os diagnósticos psiquiátricos carregam consigo a característica de serem cultural e historicamente situados, ou seja, são produtos de processos de construção social de uma dada realidade. Com isso, seus critérios de classificação mudam conforme o contexto moral, político e institucional, o que permite a sua respectiva inclusão ou exclusão dos manuais. As categorias, portanto, não seriam necessariamente indicadores de condições objetivas observadas, mas – influenciadas por fatores sociopolíticos – seriam resultados de um processo interativo de negociação. Como visto no caso da homossexualidade (CONRAD, 2007); (FREITAS; AMARANTE, 2017).

1.3 DSM

Os primeiros estudos estatísticos da psiquiatria, feitos nas décadas de 50 e 60, encontraram grandes obstáculos para lograr pesquisas comparativas entre hospitais, regiões e países. Isso se deu em virtude da grande variedade de classificações psiquiátricas sem integração, inclusive, entre instituições de um mesmo país. Foi por essa razão que a construção dos Manuais de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM), desde a sua primeira edição, de 1952, “[...] perseguiu o objetivo de unificar as diversas classificações de transtornos mentais existentes” (CAPONI, 2019), p.73). Este objetivo só fora alcançado, no entanto, com a implementação da terceira versão do DSM na década de 80.

O intuito da revisão sistemática dos dois primeiros DSM’s era trazer de volta a hegemonia de uma psiquiatria biológica que parecia haver se perdido com a ascensão da psicanálise. O que ficou mais evidente neste processo foi a maior relevância dada aos princípios da testabilidade e da verificação, através dos quais os manuais permitiriam que todo e qualquer transtorno fosse identificado por critérios bem delineados, ligados à observação e à mensuração empírica. Pretendia-se, então, construir um conhecimento mais empírico, atóxico e pautado na objetividade de uma visão biologicista e descritiva da patologia mental (BEZERRA JR, 2014; CAPONI, 2012).

O desenvolvimento histórico dos DSM's será retomado no capítulo III. De todo modo, pode-se antecipar que foi através dessa nova proposta da psiquiatria que o discurso biológico de localização cerebral dos transtornos mentais e a proliferação dos diagnósticos ganharam força na segunda metade do século XX – acompanhados pelo especial avanço das pesquisas sobre psicofármacos.

Essas novas características também foram de vital importância para que o DSM-III conseguisse um sucesso estrondoso na sociedade da época, abrindo caminhos para as suas versões posteriores se consolidarem sem maiores dificuldades. Para além, a partir da terceira versão do manual, a abordagem de temas concernentes à vida cotidiana passa a fazer parte do rol de intervenções, tais como:

Identificar quem é sano e quem é doente; que tipo de tratamento é o recomendado; quem deve pagar pelo tratamento; quem deve receber benefícios por doença; quem deve ser enviado para as instituições de saúde mental, para a escola, a prisão ou outros serviços; quem deve ser demitido de um emprego; quem pode adotar uma criança ou pilotar um avião; quem está qualificado para um seguro de vida; se um assassino é criminoso ou paciente mental. (FREITAS; AMARANTE, 2017, p. 62)

Grande parte dos transtornos psiquiátricos ganha legitimidade com o DSM e, embora o manual não contenha todos os diagnósticos médicos, ele pode ser considerado um repositório de categorias medicalizadas, principalmente daquelas relacionadas ao comportamento. Apesar das reivindicações à autoridade psiquiátrica, muitos não o consideram um documento científico, mas sim uma mistura de valores sociais, compromisso político, evidências científicas e material para formulários de seguro. Por esta razão, entende-se que o DSM tem sido usado também como um instrumento para dar segurança ao frequentemente instável território psiquiátrico, e para validar as suas respectivas categorias (CONRAD, 2007).

Apenas para efeito de ilustração, o DSM-III contou com aproximadamente duzentos conjuntos de critérios diagnósticos, um para cada transtorno. O “projeto diagnóstico” tornou-se, então, um empreendimento científico, fazendo com que a quantidade de categorias do DSM-IV chegasse a quase quatrocentas. A cada nova versão publicada, o número de diagnósticos identificados aumenta, “[...] tendo esse aumento atingido mais de 200% entre o DSM-I e o DSM-IV-TR” (FREITAS; AMARANTE, 2017, p. 63). Quando a quinta versão do manual foi implementada em 2013, constatou-se um acréscimo de 12% de categorias em relação à versão anterior.

Um olhar atento para o manual ajuda a entender como os comportamentos foram definidos clinicamente, e como seus critérios mudaram ao longo do tempo através das suas várias edições. Dessa maneira, por ser possível, por exemplo, identificar o caminho percorrido pela elasticidade de um dado diagnóstico, um exame sobre a evolução desses manuais pode ajudar a compreender como um dos objetos da presente pesquisa – o TDAH - alcançou um lugar social de altíssima relevância.

Sobre esse ponto, Conrad (2007) afirma que, uma vez estabelecido o diagnóstico, sua definição, seu limiar e suas fronteiras podem ser expandidos para incluir novos ou similares problemas; ou para incorporar populações adicionais, para além daquelas que foram demarcadas originalmente em sua formulação. Para entender tal processo de expansão e inclusão de categorias, será analisado no capítulo a seguir o estudo do autor acerca da transformação da hiperatividade – amplamente considerada um transtorno da infância – no Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) em pessoas adultas.

A intenção do sociólogo era mostrar de que modo as reivindicações leigas, profissionais e midiáticas ajudaram no estabelecimento do diagnóstico ampliado desta condição. Para além, o autor identificou aspectos particulares do contexto que contribuíram para o aumento do TDAH em adultos, e, em seguida, descreveu algumas das consequências da medicalização do transtorno neste público, bem como as implicações sociais da expansão das categorias diagnósticas.

2 TDAH E METILFENIDATO: NORMALIZAÇÃO DO PATOLÓGICO OU PATOLOGIZAÇÃO DO NORMAL?

2.1 TDAH: A remedicalização da psiquiatria

Algo que merece ser pontuado é a relevância que as questões relativas à infância passaram a ter na medicina contemporânea, especialmente na psiquiatria. Através da implementação de estratégias de antecipação dos riscos, a linha de pesquisa da psiquiatria voltada para o *desenvolvimento da infância e da adolescência* impactou diretamente no modo de intervir sobre a infância considerada “problemática”. Nessa perspectiva, os transtornos psiquiátricos passam a ser considerados comportamentos disfuncionais que tendem a piorar com o tempo – desde os primeiros anos de vida até a vida adulta –, sendo, então, necessária a implementação de intervenções cada vez mais precoces, a fim de prevenir complicações futuras (CAPONI, 2019).

Caponi (2019) afirma que essa lógica de intervenção preventiva não é uma novidade, e pode ser observada, inclusive, com a indústria farmacêutica do século XX, pois – seja com a clorpromazina ou com a ritalina – as frequentes publicidades deste setor incitavam que o modo de lidar com os problemas psiquiátricos da vida adulta passaria pelo tratamento precoce de crianças com um perfil desatento, desinteressado, desobediente etc. Para a autora, “já não se trata da antecipação de um quadro psiquiátrico grave, como a esquizofrenia, mas da prevenção de conflitos sociais, educacionais ou comportamentais na vida adulta” (p.173). Este será um dos pontos que mais impactaram na expansão do TDAH na sociedade, especialmente quando for examinado o que Conrad (2007) entendeu sobre a ascensão e expansão do diagnóstico de TDAH em adultos.

O TDAH, enquanto categoria diagnóstica, surgiu na década de 50, embora suas raízes sejam frequentemente atribuídas ao início do século XX. Diversos foram os termos designados a significar tal desordem – hiperatividade, hipercinesia, Disfunção Cerebral Mínima (MBD – DSM II), Síndrome Hiperativa, Transtorno Hipercinético da Infância. Contudo, por mais que a etiologia defendida pudesse variar, os comportamentos apontados eram semelhantes entre si, dentro dos quais a criança apresentaria: excesso de atividade motora; tempo de atenção muito curto; inquietação; oscilações de humor contundentes; comportamento agressivo; impulsividade; incapacidade de ficar parado e de cumprir as regras da escola. Da mesma forma, a criança poderia exibir baixa tolerância à frustração, problemas de sono e a sua aquisição da

fala mostrar-se-ia atrasada. Com o passar dos anos, o transtorno passou a ser definido mais pela incidência da hiperatividade e do déficit de atenção (CONRAD, 1975).

A princípio, a hiperatividade era vista como uma doença fundamentalmente infantil, cujo critério mais significativo para o diagnóstico era – e ainda é – o comportamento, especialmente na escola. A expectativa era a de que a maioria das crianças superaria tais sintomas ao chegar na adolescência. No entanto, ainda que a hiperatividade fosse colocada no âmbito das doenças psiquiátricas infantis, era possível que percorresse a adolescência, uma vez que não havia nenhuma teoria ou estudo que comprovasse que o comportamento hiperativo diminuiria ou cessaria quando a criança ficasse mais velha (CONRAD, 2007).

Com o tempo, o TDAH acabou por se tornar um diagnóstico escolar, visto que a sala de aula é o principal ambiente em que o autocontrole e a tenacidade das crianças são demandados. Na lógica do transtorno, aqueles que não conseguem alcançar a performance desejada, podem ser enquadrados na condição, e o enquadramento aos critérios diagnósticos pode ocorrer independentemente do contexto psicossocial. Como resultado, o TDAH ganhou destaque no processo de expansão da psiquiatria infantil, sendo a condição comportamental mais frequentemente diagnosticada entre as crianças em idade escolar (FURMAN, 2009; LIMA, 2016).

Furman (2009) identifica que a questão diagnóstica é um dos primeiros obstáculos quando se pensa na construção do TDAH. Em geral, os profissionais são treinados para se valer dos sintomas como instrumentos de formulação de um diagnóstico diferencial, e não como um diagnóstico em si. Para a autora, sintomas são pistas diagnósticas; porém, quando se pensa no TDAH, há uma abordagem distinta daquela usualmente aplicada. Diferente do que se observa com os critérios que definem o transtorno no DSM – impulsividade, hiperatividade e desatenção –, outros sintomas pediátricos comuns, como a tosse e a febre, não levam diretamente a um diagnóstico, mas sim a uma avaliação. A tosse, por exemplo, pode ser sinal de infecção respiratória benigna e de resolução espontânea; pneumonia ou sinusite; corpo estranho nas vias aéreas; asma; hábito nervoso ou, menos comumente, fibrose cística. Para avaliar o problema, seria necessário, portanto, o levantamento da história completa do sujeito, exame físico, estudos laboratoriais ou radiografias adicionais, bem como consultas frequentes de acompanhamento.

Assim como ocorre em quase todo o catálogo de transtornos mentais, uma grande barreira para a aceitação do TDAH como um estado de doença é que sua etiologia é desconhecida e não há biomarcador. Ainda assim, acreditava-se na existência de algum tipo de desordem orgânica por trás do distúrbio, o que, com o tempo, fez direcionar o tratamento da hiperatividade para o uso de estimulantes. Pesquisas mais recentes se concentraram nas teorias

da "desregulação da dopamina" como causa do TDAH. Duas grandes áreas se destacam nesses estudos: (1) a biológica, incluindo genética e neuroanatômica; a e (2) a neuropsicológica (FURMAN, 2009).

A pesquisa biológica sobre a etiologia do TDAH também não é diferente daquelas realizadas em todos os outros distúrbios psiquiátricos: é conduzida inteiramente a partir do mecanismo das drogas, como sais de metilfenidato e anfetamina e atomoxitina, no caso do TDAH. A pesquisa neuropsicológica, por sua vez, tem se afastado da noção de uma única causa definível para o transtorno, entendendo-o como uma condição multifatorial e clinicamente heterogêneo. Essa última linha de investigação sugere que mesmo crianças com sintomas semelhantes podem apresentar diferentes problemas subjacentes, e que uma variedade de dificuldades comportamentais não precisa ser resultado de uma única causa unificadora. Porém, algumas pesquisas ignoram amplamente os fatores ambientais, emocionais, de desenvolvimento e de personalidade, os quais são campos férteis para a compreensão de outras patologias da infância (FURMAN, 2009).

O TDAH se tornou mais conhecido entre profissionais e o público leigo no decurso da década de 1960, em parte, como resultado da publicidade advinda das controvérsias sobre o tratamento farmacológico empregado. Em meados da década de 1970, já se tornava o distúrbio psiquiátrico infantil mais frequente, e, como resultado, novas clínicas especializadas na identificação e no tratamento da condição se estabeleceram, ainda que a maioria das crianças fosse diagnosticada apenas por seus pediatras ou médicos de família (CONRAD, 2007). Um reflexo do maior conhecimento sobre o transtorno pode ser observado, por exemplo, com o aumento na frequência dos encaminhamentos de estudantes para as redes de saúde por parte de profissionais da educação.

Aqueles que apresentam dificuldades na aprendizagem ou na adaptação à rotina escolar passam a ser enviados a profissionais da saúde para serem avaliados, diagnosticados e tratados. Com essas ações, as instituições de ensino demonstram optar por uma lógica da desresponsabilização, na qual a responsabilidade pelas dificuldades escolares é quase que exclusivamente atribuída às crianças e às suas famílias, seja pela associação a um transtorno mental ou aos seus respectivos contextos sociais (ARAÚJO; ANJOS; PEREIRA, 2020). Dito de outra maneira, quando o esforço é direcionado para a busca do diagnóstico, enquanto único nexos causal das dificuldades escolares – em detrimento do reconhecimento e da adaptação da própria instituição às necessidades específicas de um estudante –, o que se observa é uma atitude de desresponsabilização perante o processo de construção de uma educação emancipatória e equitativa.

Há, além disso, a alta demanda dos pais pela medicalização das dificuldades de seus filhos, na qual busca-se no diagnóstico uma explicação primeva, e no fármaco, o principal recurso terapêutico para tais questões. Dessa forma, grupos de familiares organizados em torno de transtornos ganham força, exercendo pressão em prol do acesso ao diagnóstico e aos psicofármacos, bem como da preferência por uma inclinação biológica dos estudos acerca de problemas de saúde mental (LIMA, 2016).

Essa dinâmica é reflexo do contexto criado especialmente a partir da década de 90, no qual as tendências presentes na psiquiatria geral dos anos 80 – consolidação das correntes organicistas, expansão da psicopatologia descritiva e do uso de psicofármacos – chegam à área da saúde mental infantil. Para Lima (2016), este processo, aliado à desvinculação das correntes psicanalíticas e sociais – chamado por alguns de *remedicalização da psiquiatria* – favoreceu a expansão de uma psiquiatria infantil caracterizada, não tanto pelo amadurecimento de seu saber, mas especialmente pela inflação dos transtornos, pela incorporação do que era considerado “normal” aos critérios diagnósticos, e pelo consequente aumento de condições passíveis de intervenção farmacológica.

A fronteira entre o normal e o patológico está em constante redefinição, especialmente no campo mental. Desse modo, o autor ressalta ainda que, no que se refere ao público infanto-juvenil, as constantes mudanças físicas e psicológicas - atinentes ao próprio desenvolvimento - acrescentam continuidades e descontinuidades que ampliam o desafio de se estabelecer uma clara distinção entre a normalidade e a patologia. Para além, embora os diagnósticos infantis e juvenis executem bem sua função de descrever o sofrimento e os problemas de comportamento, sua eficácia descritiva não consegue compensar a sua (in) eficácia explicativa (LIMA, 2016).

Outro obstáculo significativo para o diagnóstico de TDAH vincula-se às condições comórbidas, que têm sido colocadas como altamente prevalentes e incluem: dificuldades de aprendizagem na infância, transtornos de conduta, transtornos afetivos e de humor; além da psicopatologia parental, que abrange o abuso de substâncias e transtornos de humor dos responsáveis. Furman (2009) afirma que as taxas dessas condições entre crianças diagnosticadas com TDAH podem variar de 35% a 60% para transtorno de oposição (TDO) ou de conduta, de 12% a 90% para dificuldades de aprendizado, de 18% a 60% para transtornos de humor, incluindo depressão maior, e de 25% a 34% para transtornos de ansiedade.

Nessa conjuntura, a depender da comorbidade, não seria possível abordar primeiro a questão do TDAH, sendo necessário cautela no acompanhamento do sujeito com seus sintomas mais evidentes. Por exemplo, estimulantes podem causar disforia e desregulação nos principais distúrbios afetivos; a recomendação para o tratamento de crianças com transtorno bipolar é o

uso cuidadoso de estimulantes, e, nos casos em que há TDAH coexistente, apenas quando clinicamente indicado e somente após a sintomatologia bipolar da criança ter sido controlada com um estabilizador do humor. Outrossim, a sobreposição de sintomas entre diferentes transtornos pode ocasionar uma significativa confusão diagnóstica, como pode ser observado em crianças com menos de 12 anos que atendem aos critérios para TDO ou transtorno de conduta. Tais critérios quase sempre atendem igualmente aos critérios de TDAH (FURMAN, 2009).

Por essa razão, a autora elenca algumas dificuldades acerca do diagnóstico e da intervenção do transtorno em condições comórbidas, dentre as quais: (1) os “sintomas de TDAH” podem se parecer com os sintomas de cada uma das comorbidades; (2) o tratamento para essas condições é diferente do tratamento para o TDAH; (3) o não-tratamento pode levar a resultados piores; e, segundo ela, o mais importante, (4) os pediatras não são treinados para reconhecer ou tratar distúrbios psiquiátricos infantis ou dificuldades de aprendizado – problema este reconhecido pelos próprios profissionais.

2.2 TDAH adulto: o papel da “bíblia” da psiquiatria

Como mencionado no fim do capítulo anterior, Conrad (2007) entende que um dos aspectos que explicam a expansão do TDAH na sociedade é o início do emprego deste diagnóstico em adultos, em especial, quando se constata a ampliação de seus critérios nas últimas edições do DSM. O impacto social deste manual é tamanho que Frances (2016) afirma, por exemplo, que o DSM-IV contribuiu para a existência de três grandes falsas epidemias de transtornos mentais da infância: a de déficit de atenção, a de autismo e a de transtorno bipolar.

A partir do final da década de 70, uma série de estudos longitudinais com crianças diagnosticadas originalmente com hiperatividade começaram a ser publicados. Tais pesquisas mostraram que, em algumas crianças, os sintomas hiperativos persistiam durante toda a adolescência e a fase adulta (CONRAD, 2007). Com isso, abriu-se um caminho de possibilidades para a existência de adultos hiperativos na sociedade, isto é, aquelas crianças hiperativas que, mesmo após crescerem, não conseguiram superar seus sintomas.

Com essa constatação, o pensamento dominante da década de 80 era o de que qualquer diagnóstico de Transtorno do Déficit de Atenção (TDA) em adultos apenas poderia ser encontrado naqueles cujos sintomas persistiram desde os primeiros anos de vida, não sendo,

portanto, uma desordem “perdida” durante a infância ou que tivera início na idade adulta. Todos os adultos com TDA eram crianças hiperativas que cresceram.

Outro fator condicionante para a defesa dessa perspectiva foi a atualização advinda com DSM-III, a qual facilitou e refletiu o interesse em pensar a hiperatividade para além da infância. Como o manual fora direcionado mais para o caminho da descrição de sintomas – em detrimento da busca pela etiologia das desordens –, o documento reclassificou o transtorno com base em seus sintomas primários: a hiperatividade ou a desatenção.

Inicialmente, o TDA foi dividido em um subtipo "hiperativo" e um subtipo "desatento", sendo que algumas crianças disseram mostrar ambas as características. Apesar dessa variabilidade, acreditava-se que as diferentes manifestações do transtorno se dariam devido a um único defeito neurocognitivo ainda não identificado. Furman (2009), no entanto, entende que não há um sinal patognomônico em testes neurocognitivos que justifique necessariamente diagnósticos de TDAH. Além disso, a autora pontua que déficits cognitivos encontrados em indivíduos com o transtorno também são observados em outros distúrbios neurológicos e de desenvolvimento.

Não obstante, ao ser vinculado aos déficits de atenção, o diagnóstico passou a apresentar dois grandes subtipos: o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) e o Transtorno do Déficit de Atenção sem Hiperatividade (TDA) – considerado o menos severo. Os sintomas, por sua vez, começaram a ser analisados através do comportamento das crianças durante suas atividades, como: correr ou subir em coisas de modo excessivo; ficar gritando nas aulas; apresentar dificuldades em se concentrar nos trabalhos escolares ou em outras tarefas que exijam atenção contínua. Para que diagnóstico pudesse ser efetivado, as crianças precisariam apresentar tais manifestações antes dos 7 anos de idade (CONRAD, 2007). No DSM-V, contudo, o critério de idade foi alterado para 12 anos, o que, conseqüentemente, fez ampliar ainda mais o público-alvo do diagnóstico (LIMA, 2016).

A gama de comportamentos incluídos no diagnóstico oficial também se tornou mais abrangente. Os sintomas – antes restritos aos comportamentos escolares – juntaram-se a outros de esfera interpessoal e de natureza transitória, tal como: agir impulsivamente ou ser facilmente distraído. A mudança nos critérios abriu margem para que aqueles que não seriam diagnosticados – por não apresentarem quaisquer reações hipercinéticas ou Disfunção Cerebral Mínima, com base no DSM-II –, fossem enquadrados no TDA a partir do DSM-III.

A alteração dos critérios seguida da conseqüente ampliação do número de pessoas enquadradas no diagnóstico de TDAH não foi um evento isolado. Algo que fica evidente com a ascensão da psiquiatria “moderna” é a frequente modificação dos critérios diagnósticos de

diversos distúrbios a cada revisão do DSM. Para elucidar, Horwitz (2021) afirma que a revisão da terceira edição acrescentou um número considerável de novos diagnósticos e modificou muitos dos critérios já existentes. O autor afirma que quase todas as mudanças realizadas *facilitaram* a obtenção de um diagnóstico psiquiátrico. O DSM-III-R passou a conter 292 diagnósticos, em comparação com os 265 diagnósticos encontrados no DSM-III. Ademais, as classes gerais estabelecidas no DSM-III permaneceram intactas, com a exceção de que a revisão acrescentou ainda um grupo de distúrbios do sono, com 12 diagnósticos diferentes.

Os debates intensamente públicos – e por vezes constrangedores - que rodearam o DSM-III-R levaram a Associação Norte-Americana de Psiquiatria (APA) a tentar evitar controvérsias semelhantes na revisão que se seguia. Por essa razão, por ter se tornado uma figura polarizante, a instituição opta por retirar Robert Spitzer da direção e escolhe Allen Frances para coordenar a força tarefa do DSM-IV. Frances adota, então, uma postura mais descentralizante e conservadora, que presa mais pelo “refino” do que pela inovação. O psiquiatra entendia que uma mudança só deveria ser feita quando fosse absolutamente necessária e houvesse um consenso inegável na ciência. Com efeito, o DSM-IV foi mais fiel ao DSM-III-R, contendo “somente” cinco diagnósticos a mais do que o DSM-III-R e “apenas” oito novos diagnósticos, muito menos do que o número de diagnósticos adicionados no DSM-III-R (HORWITZ, 2021).

Frances trabalhou durante de 20 anos nas revisões do DSM-III, DSM-III-R e DSM-IV, sendo, como dito, o coordenador desta última edição. Porém, mesmo com a devida cautela, o autor reconhece uma importante limitação:

Eu estava de olho bem vivo para os riscos devido à minha própria experiência – apesar de nossos esforços para domar a abundância diagnóstica, o DSM-IV vinha sendo mal utilizado, inflando a bolha. [...] E não fizemos nada para conter a galopante inflação diagnóstica que já estava expandindo a fronteira da psiquiatria muito além de sua competência. [...] Devido à inflação diagnóstica, uma excessiva quantidade de indivíduos passou a se valer de antidepressivos, antipsicóticos, agentes ansiolíticos, remédios para dormir e analgésicos (FRANCES, 2016, p. 14-15).

Sobre o TDAH, a existência de dois tipos de TDA permitiu uma mudança no curso do transtorno. Naquele momento, ou todos os sintomas permaneceriam durante a adolescência e a idade adulta, ou apenas alguns sinais continuariam afetando o sujeito durante a sua vida, mesmo sem a incidência, por exemplo, da hiperatividade (CONRAD, 2007)³. Pode-se afirmar,

³ Na revisão de 1987, o DSM-III-R renomeou o TDA para Transtorno do Déficit de Atenção *com* Hiperatividade, a fim de ratificar a condição da hiperatividade como um possível - mas não obrigatório - sintoma do transtorno.

portanto, que a reformulação advinda com o DSM-III expandiu os critérios diagnósticos do TDA de tal modo que viabilizou a persistência dos sinais e sintomas durante a vida adulta.

O advento daquela nova versão do TDAH permitiu que as crianças hiperativas e impulsivas, ainda que menos desatentas, atendessem igualmente aos critérios diagnósticos. Como consequência, 50% mais crianças foram diagnosticadas a partir desses critérios, os quais também propuseram a alteração do termo “adulto hiperativo” para “adulto *com* TDAH”. Este último seria o sujeito que não teve nenhum diagnóstico durante a infância, mas que apresentara sintomas durante seus primeiros anos de vida. Para além, a revisão de 1987 do DSM permitiu a ampliação do contexto em que ocorrem os sintomas da desatenção ou da impulsividade, passando a englobar tanto a sala de aula como o local de trabalho (CONRAD, 2007).

A questão do TDAH em adultos não havia alcançado a mídia popular propriamente até a década de 90. Neste período, uma série de publicações de artigos em mídias e de livros voltados para o público leigo passou a ser observada em maior escala. Outrossim, faz-se relevante mencionar o papel que as mídias televisivas da época tiveram sobre a percepção social desta condição, posto que frequentemente alegavam haver uma preocupante disseminação de TDAH em adultos. Com isso, o transtorno é visto de modo menos limitado, o que permitiu aos adultos reconhecer a desordem de maneiras diferentes daquelas apresentadas pelo público infanto-juvenil (CONRAD, 2007).

Observa-se aqui uma importante mudança nos critérios diagnósticos. Se, na década de 80, os adultos com TDAH eram tidos como crianças problemáticas que permaneceram problemáticas; no último decênio do século XX, entretanto, entendeu-se que o diagnóstico de um sujeito adulto com TDAH não se restringia aos meros resquícios de sintomas advindos de uma criança hiperativa. Era possível, portanto, a existência de uma dinâmica específica de sinais e sintomas do transtorno em adultos.

Ainda, Conrad (2007) não se limitou à restrita visão dos primeiros estudos sobre a medicalização – controle social por parte da instituição médica – e, em suas considerações sobre a disseminação do TDAH adulto, observou outras dimensões e forças que influenciaram de igual modo a medicalização social do transtorno, isto é, os motores da medicalização (*engines of medicalization*).

2.3 Grupos de interesse

Junto ao contexto favorável de disseminação de diagnósticos, organizações interessadas (*stakeholders*) surgiram com foco no TDAH em crianças. Um dos maiores grupos de apoio às pessoas com TDAH, o *Children and Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder* (CHADD), teve expressivo crescimento na década de 90, sendo tal progresso resultado, em grande parte, da atuação de seus respectivos membros adultos, especialmente aqueles diagnosticados com o transtorno. A organização auxiliou a expandir a categoria do TDAH para o público adulto. Ademais, estabeleceu, como uma de suas missões, o suporte e a educação aos adultos com tal condição, patrocinando eventos em âmbito nacional a fim de abordar o tema de modo mais incisivo (CONRAD, 2007).

Além de fazer lobby por serviços educacionais para crianças, o CHADD defende uma legislação que forneça proteção no local de trabalho para adultos com TDAH, concebendo-o mais como uma condição médica – uma questão neurobiológica –, do que um transtorno psiquiátrico ou do comportamento (CONRAD, 2007). É inegável o engajamento que esta organização promoveu sobre o TDAH ao público leigo, visto que suas atividades favoreceram um melhor entendimento, aceitação, proteção e tratamento aos sujeitos, assim como uma maior legitimidade, refúgio e proteção aos que se reconheceram como tendo tal condição.

Outra organização interessada na pauta foi a empresa farmacêutica Ciba-Geigy, empresa que lançou a Ritalina (metilfenidato) no mercado em 1955, medicamento mais prescrito para o tratamento de TDAH. A Ciba-Geigy esteve envolvida no enquadramento da hiperatividade e do TDAH como uma questão médica. Na década de 70, a Ritalina foi responsável por até 15% dos lucros brutos obtidos pela Ciba e, embora a patente original do medicamento tenha se expirado, e o metilfenidato esteja atualmente disponível em formulações genéricas, a Ritalina ainda é o medicamento mais prescrito para o TDAH. Para ilustrar, a quantidade de metilfenidato fabricado nos EUA aumentou acentuadamente entre os anos de 1990 e 1999, crescendo cerca de 700% neste período (CONRAD, 2007).

Com a redefinição do TDAH para a condição de *transtorno vitalício*, abriu-se a possibilidade de crianças e adultos serem mantidos sob o uso de medicamentos por tempo indeterminado. O autor entende que o aumento do uso de estimulantes nas últimas décadas nos EUA tem como um de seus principais fatores essa vitaliciedade do tratamento medicamentoso, na qual a intervenção farmacológica é iniciada na infância, passa pela adolescência, e pode chegar até a fase adulta – considerando, inclusive, os casos de pessoas que começaram a usar tais medicamentos apenas nesta última fase. Apenas na primeira década do século XXI, as

prescrições de medicamentos para TDAH aumentaram em 90% para pessoas com 19 anos ou mais, sendo o público adulto responsável por um terço de todas as prescrições realizadas (CONRAD, 2007).

As partes interessadas (*stakeholders*) – grupos de interesse e empresas farmacêuticas – trabalham tanto de forma independente como em parceria. Conrad (2007) afirma que a Ciba-Geigy supostamente teria fornecido uma significativa assistência financeira e uma variedade de mecanismos de apoio a adultos com TDAH, incluindo o apoio financeiro ao grupo CHADD e um vídeo produzido para o *Office of Special Education Programs* (OSEP). Não tardou para que a mídia e o público comesçassem a questionar a neutralidade do CHADD, e, em seu relatório anual de 2004-2005, a organização alegou que 22% da sua receita de quase US\$ 4,5 milhões adveio de empresas farmacêuticas, por meio de subsídios educacionais irrestritos.

O crescente consenso sobre o TDAH ser uma condição passível de ser diagnosticada em adultos refletiu a estrutura do DSM-IV, lançado em 1994. Para o manual, os sintomas deveriam começar a aparecer até os sete anos de idade, e dois dos cinco critérios diagnósticos eram relevantes para o público adulto. Em primeiro, alguma desordem deveria ocorrer em pelo menos dois contextos e, enquanto para as crianças essas configurações estariam limitadas à escola e à casa, a variedade de ambientes seria bem maior para os adultos, incluindo a casa, a faculdade, trabalho etc. Em segundo, deveria haver evidências claras da interferência dos sintomas no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional dos sujeitos. A inclusão do ambiente de trabalho como critério diagnóstico foi reflexo deste novo contexto e ratificou a posição da psiquiatria de que o TDAH poderia ser enquadrado em adultos (CONRAD, 2007).

Consoante a nova configuração de diagnóstico se desenvolvia, mais variações comportamentais sintomáticas eram incluídas. Por exemplo, adultos bem-sucedidos em suas vidas ocupacionais, mas que apresentavam um alto nível de desatenção em suas respectivas relações interpessoais e recreativas poderiam ser enquadrados no transtorno. Além disso, à proporção que os critérios expansivos do DSM-IV aumentavam entre o público e os profissionais de saúde mental, alguns começaram a defender a eliminação da exigência de que os adultos deveriam ser capazes de reconstruir retrospectivamente uma história de TDAH, isto é, retirar-se-ia dos critérios a necessidade de manifestação de sintomas infantis. Em outras palavras, os problemas de comportamento dos adultos tornar-se-iam, por si só, critérios legítimos de diagnóstico, independentemente se durante a infância tais sujeitos apresentaram alguma questão relativa ao transtorno. Isso possibilitou, segundo o autor, uma expansão ainda maior do TDAH em adultos.

Relatórios da Associação Médica Americana (AMA) e dos Institutos Nacionais de Saúde (NIH) também defenderam a apreciação de um diagnóstico expandido para o TDAH. Contudo, ainda no final da década de 90, as instituições apresentaram recomendações para o tratamento do transtorno, e reconheceram as possíveis controvérsias existentes e a necessidade de mais estudos longitudinais. Em sua publicação no *Journal of the American Medical Association* (JAMA), o Conselho de Assuntos Científicos da AMA afirmou que: a) o critério diagnóstico do TDAH para crianças havia se expandido; b) havia a apreciação de que o transtorno persistiria na adolescência e na fase adulta; e, como resultado, c) mais pessoas passariam a ser diagnosticadas e tratadas com estimulantes – sendo as crianças tratadas por maiores períodos. No entanto, o relatório concluiu que não havia evidências suficientes tanto de sobrediagnóstico de TDAH (ou diagnóstico incorreto), como de prescrição excessiva de metilfenidato feita por médicos (CONRAD, 2007).

2.4 Autodiagnóstico

Outra dimensão da expansão da categoria diagnóstica elencada pelo sociólogo norte-americano é aquela que se refere ao autodiagnóstico. Ao passo que crianças são encaminhadas ao médico pelos pais ou pela escola; entre adultos, no entanto, a norma é a autorreferência. Nessa circunstância, muitos procuram os profissionais em busca de seu próprio diagnóstico, uma vez que se identificam com aquilo que é descrito sobre o transtorno, e esperam do médico a confirmação de sua “nova identidade”.

Um caminho diferente do autodiagnóstico ocorre quando os pais levam seus filhos ao médico para o tratamento e pontuam que eram do mesmo jeito quando crianças, passando a ver suas respectivas dificuldades através das lentes do TDAH. O aumento no número de pessoas que se autodiagnosticaram teve como razão não apenas a influência da imprensa popular, mas também a legitimação advinda de grupos de interesse que apoiaram a ideia do TDAH para adultos, como é o caso do CHADD. A *caça aos diagnósticos* é uma característica do surgimento do TDAH adulto, e essa forma de autorrotulagem alimenta o motor social que medicaliza certos problemas da fase adulta. Conrad (2007) afirma que, sem isso, o TDAH adulto seria muito mais limitado.

O pesquisador também pontua que, com o passar dos anos, a mídia popular – ativamente envolvida nas propagandas sobre a prevalência do TDAH entre adultos – se tornou mais crítica. Notas sobre a ausência de um teste definitivo para TDAH; controvérsias acerca da subjetividade

envolvida no diagnóstico; e questionamentos relacionados ao sobrediagnóstico e ao sobretratamento com Ritalina foram os temas mais abordados nesses meios de comunicação. Para além, na primeira década do século XXI, houve uma relativa preocupação nas mídias a respeito de um suposto aumento de risco cardiovascular que o tratamento com estimulantes para TDAH poderia trazer.

2.5 Managed Care

Mais um aspecto que influencia profundamente as práticas médicas, especialmente as da psiquiatria, é o modelo de Atenção Gerenciada (*managed care*). Nesse modelo, muitos limites são impostos acerca da quantidade de psicoterapias permitidas para cada paciente. Além disso, sob os cuidados dos seguros de saúde, há uma crescente dependência às inúmeras formas de farmacoterapias voltadas para problemas gerais e psiquiátricos. Do mesmo modo, a atenção gerenciada estimula o crescimento da indústria farmacêutica ao substituir os psiquiatras por médicos da atenção básica que não têm tanto contato com psicoterapias e que se utilizam quase que exclusivamente de psicotrópicos para realizarem suas intervenções.

Com efeito, a preferência pelo tratamento com estimulantes tem impacto na ampliação do diagnóstico de condições tratáveis com medicamentos, visto que esse tipo de intervenção é reembolsável no âmbito da atenção gerenciada. Problemas que seriam vistos como questões de adaptação ou como frustrações da vida cotidiana passam a ter maior probabilidade de serem considerados transtornos psiquiátricos, como ocorre com o TDAH. Dessa maneira, Conrad (2007) entende que o contexto da Atenção Gerenciada, embora não tenha criado o TDAH adulto, é um condicionante que tornou o diagnóstico mais provável do que no passado.

2.6 Sociedade Ritalina

A expansão da “categoria TDAH” permitiu que mais pessoas fossem enquadradas em seus critérios diagnósticos. A desordem transitória e exclusiva das crianças hiperativas passou, então, a abranger igualmente adolescentes e adultos que apresentavam alguma das características apontadas pelos manuais psiquiátricos. Logo, houve tanto um aumento no número de sujeitos rotulados e submetidos ao tratamento com fármacos, como, por conseguinte, um crescimento expressivo da produção, comercialização e consumo de metilfenidato,

principal estimulante usado no tratamento do transtorno. Ademais, o avanço do uso da substância se deu igualmente pelo interesse daqueles sem diagnóstico pelo próprio aprimoramento pessoal e profissional, no qual a utilização do medicamento se daria pelo objetivo de alcançar um melhor desempenho no trabalho e nos estudos (BARROS, 2014).

Com propriedades semelhantes às da anfetamina, o cloridato de metilfenidato é um psicoestimulante moderado que eleva o estado de alerta do sistema nervoso central, causando uma melhoria na concentração, na coordenação motora e no controle de impulsos. Conhecido no Brasil pelos nomes comerciais Ritalina® (Novartis) e Concerta® (Janssen-Cilag), o medicamento tem como principal indicação terapêutica o tratamento para TDAH e Narcolepsia (BARROS, 2014).

As duas drogas mais usadas para tratar TDAH – metilfenidato e anfetaminas – atuam nos sistemas de norepinefrina (NE) e de dopamina (DA), visando principalmente o transportador de dopamina (DAT). Essas substâncias interferem no transporte de dopamina e ativam de forma indireta tanto os receptores de dopamina quanto os receptores de norepinefrina (FURMAN, 2009). A Atomoxetina, um inibidor seletivo de recaptção de norepinefrina, foi também incluída no tratamento de TDAH, em especial, para casos em que há falha terapêutica, efeitos colaterais importantes ou exacerbação de comorbidades. Além disso, por não ser um estimulante, é indicada como a primeira escolha para o tratamento de pacientes com tiques, ansiedade, risco de abuso de substâncias ou quando há contraindicações às medicações estimulantes (SOUSA et al., 2019).

Originalmente sintetizado em 1944 na Suíça, o metilfenidato só fora patenteado em 1954, mesmo ano em que se deu o início de sua comercialização como um psicoestimulante leve. A regulação sobre a sua venda ainda era incipiente, de tal modo que, na Alemanha, sequer era necessário prescrição médica para se ter acesso à substância. Não tardou, e passou ser comercializado nos EUA em 1956, e no Canadá, no ano de 1979. No Brasil, dados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), levantados por (ITABORAHY; ORTEGA, 2013), apontam que o início do consumo teria ocorrido em 1998, embora já existissem referências de seu comércio em data anterior a esta divulgada.

Atualmente, é o psicoestimulante mais produzido e consumido no mundo, mais que a soma de todos os outros estimulantes legalmente vendidos. Para ilustrar, de acordo com o relatório da Organização das Nações Unidas sobre a produção de psicotrópicos, a produção mundial de metilfenidato passou de 2,8 toneladas em 1990 para aproximadamente 38 toneladas no ano de 2006. Dessas 38 toneladas, 34,6 toneladas foram produzidas apenas pelos EUA, maior consumidor da substância. O consumo mundial em 2006 foi de 35,8 toneladas, sendo os

estadunidenses responsáveis por quase 83% desse uso. O relatório também aponta que o crescimento vertiginoso da utilização de metilfenidato, principalmente nos EUA, se deu tanto pela sua vinculação ao TDAH, como pela sua publicidade ter sido voltada diretamente ao público-leigo (ITABORAHY; ORTEGA, 2013).

Ainda sobre os Estados Unidos, apesar da falta de estudos epidemiológicos metodologicamente sólidos na década de 70, estima-se que, neste período, entre 250.000 a 500.000 estudantes do ensino fundamental já eram considerados hiperativos (CONRAD, 2007). Em paralelo, o número presumido de crianças norte-americanas que consumiam estimulantes chegava a 150.000. No ano de 1987, essa quantidade passou para 750.000, e, em 1995, 2,6 milhões de crianças estadunidenses faziam uso de psicoestimulantes (ITABORAHY; ORTEGA, 2013).

Há que se considerar também a notável diferença entre a quantidade de metilfenidato produzida e a de anfetaminas e seus derivados. Para efeito de comparação, entre 1998 e 2010, a fabricação de anfetaminas e seus derivados apresentou uma contundente queda, caindo de 58.935kg para 15.983kg, embora o montante tenha aumentado novamente para 50.535kg em 2012. A produção mundial de metilfenidato, entretanto, cresceu de 13.493kg para 63.236kg no período compreendido entre 1998 a 2012, representando uma alta de 356,94% (BARROS, 2014).

No Brasil, o consumo e a produção deste medicamento também apresentaram um crescimento vertiginoso. Entre 1996 e 2012, o volume de metilfenidato produzido e importado no país saltou de 9kg para 578kg – um aumento aproximado de 6.322%. Faz-se relevante pontuar que, como o Brasil não realiza a exportação desta substância, toda a produção é direcionada ao consumo interno (BARROS, 2014). Além disso, apenas no ano 2000, o consumo de metilfenidato foi de 23kg, e a sua produção nacional deu um salto de 40kg em 2002, para 226kg em 2006. Neste mesmo ano de 2006, o país também importou 91kg do fármaco (ITABORAHY; ORTEGA, 2013).

Observa-se, então, uma relação entre o momento em que o metilfenidato fora definido como o tratamento principal para TDAH e o crescimento desenfreado de sua comercialização mundial. Ademais, este aumento – mais incisivo na década de 90 – também teve como fator determinante as mudanças diagnósticas ocorridas com o advento do DSM-III, a partir do qual um número maior de indivíduos pôde ser enquadrado em seus critérios mais abrangentes. Para exemplificar, a atenção se tornar mais importante que a hiperatividade foi uma das principais mudanças propostas pelo manual.

Para além da intervenção dos grupos de interesse, viu-se que a publicidade direta ao público sobre o diagnóstico e o tratamento “rápido e eficaz” do psicoestimulante também teve a sua parcela de contribuição, visto que estimulou a procura dos sujeitos pela validação de seu autodiagnóstico. Por fim, não se pode esquecer da parcela de casos em que os indivíduos fizeram uso da substância para outros fins, como a otimização do rendimento nos estudos e no trabalho (BARROS, 2014).

2.7 Risco x Benefício

Todo tratamento carrega consigo riscos e benefícios. Para uma determinada intervenção ser efetivada, é preciso que seus benefícios sejam maiores que seus respectivos malefícios. Dessa maneira, ao ser constatado um expressivo aumento da utilização global de psicoestimulantes nas últimas décadas, alguns pontos acerca dos perfis de segurança e dos efeitos colaterais que este tratamento farmacológico pode acarretar precisam ser considerados.

Uma variedade de efeitos colaterais é esperada com os medicamentos para TDAH. Os considerados "suaves e toleráveis", pela Academia Americana de Psiquiatria Infantil e Adolescente, foram ansiedade leve, depressão leve, irritabilidade leve, sensação de estar entorpecido/cansado/apático, coceira leve na pele, roer unhas e tiques passageiros. Um grande grau de tolerância de efeito colateral parece ser esperado das crianças em idade escolar que recebem medicamentos estimulantes. Além disso, embora muitos adultos relatem o prazer e o alívio em receber o diagnóstico de TDAH e iniciar a farmacoterapia, não há relatos de casos semelhantes ou depoimentos de crianças. Furman (2009) afirma que não há literatura que estude os sentimentos das crianças acerca de seu tratamento ou diagnóstico, nem há um estudo que pergunte às crianças que recebem estimulantes se os efeitos colaterais compensam os benefícios.

Alguns medicamentos indicados para TDAH, como a Pemolina, foram totalmente retirados do mercado devido ao risco inaceitavelmente alto de falência hepática. A Atomoxetina já recebeu um aviso de “caixa preta” da FDA por aumentar o risco de suicídio. As anfetaminas e o metilfenidato, por sua vez, foram submetidos à revisão da FDA, pois são aminas simpaticomiméticas e podem aumentar de forma significativa o ritmo cardíaco e a pressão arterial em repouso. Outras substâncias relacionadas, como a Efedrina e a Fenilpropanolamina (PPA), foram igualmente associadas a graves efeitos adversos e fatalidades (FURMAN, 2009).

Treze casos de morte súbita inexplicável devido a anfetaminas e onze devido a metilfenidato em crianças de 1 a 18 anos foram relatados ao Sistema de Notificação de Eventos Adversos (AERS) da FDA entre janeiro de 1992 e fevereiro de 2005. No entanto, estimou-se que apenas cerca de 1 a 10 por cento de certos tipos de eventos adversos foram de fato notificados ao AERS, e que as taxas de notificação variavam com o tempo e o tipo de evento. Por conta da subnotificação, essas taxas podem ser as mesmas das taxas de base para morte súbita em crianças, como podem também ser uma pequena porcentagem dos eventos reais e que a magnitude do risco ainda não seja conhecida (FURMAN, 2009).

De todo modo, torna-se evidente que crianças com doença cardíaca estão em maior risco e não devem receber estimulantes – assim como as crianças com doença cardíaca não diagnosticada. Outrossim, há a incidência de graves reações adversas neuropsiquiátricas ocorridas com o uso de estimulantes, incluindo psicose, mania, alucinações e agressões inesperadas. Por essa razão, o Comitê Consultivo de Segurança de Medicamentos e Gerenciamento de Riscos da FDA votou para incluir o nível de alerta mais forte sobre os medicamentos, porém o Comitê Consultivo Pediátrico rejeitou esta conclusão e optou apenas pelo aumento da rotulagem dos fármacos (FURMAN, 2009).

Um aumento na pressão arterial causado pelo tratamento agudo ou crônico com estimulantes – conhecido por ser de aproximadamente 5 mmHg após a ingestão de sais de anfetamina em adultos – representaria um aumento significativo do risco cardiovascular em toda a população. Isso se soma ao risco de morbidade aguda devido a Acidente Vascular Cerebral (AVC), infarto ou morte inexplicável com tratamento estimulante. Em sua revisão, Furman (2009), no entanto, identificou que, após dois anos de tratamento com liberação prolongada de sais de anfetaminas mistos (Adderall XR), estudos apontaram que as elevações de pressão arterial (sistólica, 3,5 mmHg; diastólica, 2,6 mmHg) e de pulso (3,4 bpm) eram clinicamente insignificantes em crianças. A pesquisadora ressalta, porém, que não se sabe se o ritmo cardíaco e a pressão arterial aceleram ou se permanecem semelhantes após cinco ou dez anos de tratamento, assim como a sua respectiva relevância para a morbidade cardiovascular de adultos.

Uma ampla revisão sistemática buscou identificar se havia alguma relação entre o uso a longo prazo (> seis meses) de metilfenidato com o crescimento – altura, peso e momento da puberdade. O resultado do estudo apontou que, de fato, o tratamento a longo prazo com metilfenidato pode estar associado a um ligeiro déficit de crescimento, em particular, no que diz respeito à altura – com um mínimo impacto clínico e que geralmente ameniza na idade adulta. Contudo, os pesquisadores ressaltam que é possível que um impacto significativo seja

observado em uma minoria de casos, e que é preciso cautela em indivíduos mais vulneráveis, como os mais jovens ou os mais baixos com baixa estatura inicial ou baixa estatura familiar, bem como indivíduos que mostram uma curva decrescente no desenvolvimento da altura (CARUCCI *et al.*, 2021).

O estudo mostrou que o impacto do metilfenidato sobre o peso é significativamente menos preocupante, já que é um aspecto que pode mudar durante toda a vida. Sobre a maturação puberal, os dados ainda limitados disponíveis no momento parecem favorecer a exclusão de um possível efeito da substância sobre a maturação sexual em indivíduos com TDAH tratados. Os pesquisadores apontam a necessidade de um cuidado especial com relação a crianças em idade pré-escolar, nas quais os efeitos adversos são mais prováveis e a dose final de metilfenidato deve ser alcançada progressivamente, tendo como base a dose mínima eficaz para o tratamento ideal (CARUCCI *et al.*, 2021).

2.8 Elástico, ampliado e expandido

Para além do que já foi mencionado, Conrad (2007) notou outras problemáticas que se ramificaram por meio da medicalização do comportamento hiperativo: 1) a questão do controle por parte de especialistas, na qual a autoridade sobre a singularidade dos problemas é cedida aos profissionais; 2) as práticas passam a se dar por meio do controle social médico, especialmente aquelas voltadas a tratamentos medicamentosos e cirúrgicos; 3) há uma individualização de problemas de ordem social; 4) ocorre a despolitização do comportamento desviante, sendo este considerado apenas em seu sentido clínico, sem a presença do aspecto social; e, por fim, 5) sucede-se um deslocamento da responsabilidade do indivíduo para a esfera do funcionamento biofisiológico⁴.

De fato, algumas destas ramificações mantêm estreita relação com o TDAH adulto. Pode ser observado, por exemplo, que a mudança da responsabilidade pessoal sobre uma condição e a individualização dos problemas da vida são mais evidentes no público adulto do que nas crianças. À medida que se desvia a atenção das forças sociais e ambientais para as

⁴ É possível observar que a proposta de Conrad (2007) de examinar, em um sentido mais amplo, a complexa dinâmica da medicalização não significou desconsiderar as críticas outrora postuladas sobre o fenômeno, uma vez que não é recente a questão mencionada por ele acerca do deslocamento da responsabilidade sobre a doença. Como observado no primeiro capítulo, Parsons (1951), em seu trabalho sobre o papel social do doente, já examinava tal aspecto, e os críticos da medicalização da década de 70 igualmente postulavam sobre o controle social por parte da medicina.

biogênicas, transfere-se a responsabilidade do sujeito para seu respectivo corpo. Ocorre, então, a desresponsabilização dos sujeitos pelas suas respectivas moléstias, uma espécie de “desculpa médica”.

A criação do TDAH adulto é um ótimo exemplo para entender como que uma categoria diagnóstica pode ser expandida para incluir uma maior variedade de problemas em sua definição. Sua expansão na sociedade foi alcançada principalmente pelo diagnóstico ter se voltado mais para a desatenção do que para a hiperatividade, e pelos critérios de idade terem sido alongados. Isso permitiu sair da exclusividade das crianças hiperativas e seguir no caminho da inclusão de todo um novo público. O TDAH adulto se tornou um *objeto do conhecimento* que conta agora com sintomas discerníveis, causas presumíveis e tratamentos específicos, ou seja, é reconhecido como uma entidade *real*, uma categoria que só precisa da aplicação adequada para ser vista pelos sujeitos e profissionais (CONRAD, 2007).

Algo evidente na dinâmica do TDAH é o já supracitado grande papel que os grupos de apoio e de leigos vêm protagonizando na promoção de sua expansão. A aliança leigos-profissionais – exemplificada pelo grupo CHADD e evidenciada nas mídias populares – sugere que há um forte alinhamento entre os interesses dos pacientes e dos profissionais acerca deste transtorno, algo que não é visto, por exemplo, nos casos de Sensibilidade Química Múltipla (SQM) e nos da Síndrome da Fadiga Crônica. Nestas últimas, há uma certa dificuldade no reconhecimento e na legitimação dos sintomas por parte dos profissionais.

Conrad (2007) afirma que tanto a promoção do TDAH adulto por leigos como a predominância do autodiagnóstico contradizem algumas das premissas básicas da teoria da rotulagem do diagnóstico psiquiátrico; contradição esta que sugere um conflito fundamental entre os agentes de controle social e aqueles considerados desviantes. Pelo contrário, ocorre que o diagnóstico desta condição é endossado e promovido pelos próprios indivíduos que o recebem. Assim, diferente de outros transtornos psiquiátricos, este é um diagnóstico procurado pelos sujeitos que desejam voluntariamente ser enquadrados, cujo tratamento com estimulantes é tido tanto como um método de aprimoramento como uma forma de controle social.

Como observado, a popularização do TDAH adulto foi de grande utilidade para a expansão do transtorno dentro da sociedade. As mídias – programas de televisão, revistas, páginas de internet –, ao espalharem de modo desenfreado informações acerca dos sintomas e dos tratamentos, estimularam a busca dos sujeitos pelo reconhecimento de suas dificuldades. Se há, por um lado, o benefício de facilitar o acesso às informações médicas, por outro, tal modo de popularização do conhecimento médico pode criar todo um mercado para os distúrbios. À medida que novas informações se tornam disponíveis, essa dinâmica pode

estimular mais indivíduos a procurar os profissionais para tratar de um transtorno que acreditam sofrer.

Por conseguinte, a ampla aceitação popular de determinadas condições como doenças ocasiona o que Conrad (2007) chama de *feedback loop* entre reivindicadores, profissionais, mídia e público em termos de criação, expansão e aplicação de categorias. No momento em que os transtornos são aceitos de modo frequente sem o reconhecimento de sua construção histórica, e presumidos como algo universal, o contexto cultural acaba sendo descartado. Com isso, em um público cada vez mais medicamente consciente, os indivíduos percebem os sintomas como sinais reveladores de uma condição de doença subjacente e, assim, podem procurar obter seu reconhecimento diagnóstico com os profissionais.

Existem outros exemplos de categorias diagnósticas que foram desenvolvidas originalmente para um conjunto de problemas, mas que acabaram sendo estendidas ou reformuladas para incluir uma variedade maior de condições. Um desses casos é o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), que, embora tenha sido formulado para as questões de guerra, atualmente engloba vítimas de abuso psicológico, físico e sexual; em sobreviventes de desastres, ou em testemunhas de violência. O alcoolismo, por sua vez, foi medicalizado por conta da pressão exercida pelo grupo Alcoólicos Anônimos, mas sua expansão se deu para incluir também os filhos de adultos alcoolistas, os facilitadores e a codependência.

De igual modo, merecem destaque a violência doméstica contra mulheres e idosos e o abuso infantil, antes restrito ao espancamento, mas que, nos dias de hoje, abrange o abuso sexual, a negligência, a pornografia e a exploração infantil. Por fim, o Transtorno de Personalidade Múltipla era um diagnóstico raro em 1972, porém, após sua reconceituação para Transtorno Dissociativo de Personalidade com o DSM-III-R em 1992, milhares de pessoas foram enquadradas em seus critérios menos restritivos e com uma forte associação ao abuso infantil (CONRAD, 2007).

O que pode ser observado com o estudo de Conrad (2007), portanto, é que as categorias medicalizadas são elásticas e apresentam o potencial de serem expandidas para incluir mais fenômenos da vida, justamente porque são atravessadas por condicionantes vantajosos, como a mitigação da culpa pessoal, a desculpa médica, os benefícios do seguro de saúde ou do governo, entre outros. Além disso, a partir da entrada de novos atores – reivindicadores, grupos de interesse e clientes potencialmente receptivos –, a expansão diagnóstica do TDAH foi alcançada sem maiores resistências. Assim, através de um distúrbio já estabelecido, avança-se na direção de outras condições da vida vistas como problemáticas, sendo verdadeiro afirmar que uma categoria médica legitimada pode produzir outras diversas.

Vale mencionar que um recente estudo publicado no *Journal of the American Medical Association* (JAMA) encontrou evidências de sobrediagnóstico e de sobretratamento de TDAH em crianças e adolescentes. Após uma revisão de escopo de mais de 300 artigos, identificou-se que: 1) há um real aumento do diagnóstico do transtorno em andamento; 2) os casos adicionais de TDAH podem estar relacionados a uma manifestação mais branda do espectro transtorno; 3) o tratamento farmacológico está aumentando. Para além, em indivíduos com sintomas mais leves, os danos associados ao diagnóstico superariam seus respectivos benefícios. Os autores pontuam, no entanto, que, dentre os artigos revisados, apenas cinco estudos avaliaram a questão crítica do risco x benefício, na qual os danos do diagnóstico e do tratamento poderiam ser maiores que os benefícios em os jovens com sintomas mais leves. Assim, os pesquisadores entenderam a necessidade de mais pesquisas de alta qualidade sobre os benefícios e danos a longo prazo referentes ao diagnóstico e tratamento do TDAH em jovens com sintomas mais leves ou limítrofes (KAZDA *et al.*, 2021).

3 COMPLEXO MÉDICO-INDUSTRIAL: A PROPAGANDA É A “ARMA” DO NEGÓCIO

Andrew Solomon, autor do livro *best-seller O demônio do meio-dia: uma anatomia da depressão*, ao relatar com precisão ímpar a sua experiência com a depressão – e com seus consecutivos tratamentos –, questiona o modo como os diagnósticos psiquiátricos passaram a ser aplicados na sociedade contemporânea

A bíblia da psiquiatria – o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM -IV-TR)* – define ineptamente a depressão como a presença de cinco ou mais sintomas, numa lista de nove. O problema dessa definição é ser inteiramente arbitrária. Não há nenhuma razão especial para qualificar cinco sintomas como constituindo depressão; quatro sintomas são mais ou menos depressão e cinco sintomas são menos severos do que seis. Até mesmo um só sintoma é desagradável. Ter versões ligeiras de todos os sintomas pode ser menos problemático do que ter versões severas de dois sintomas. Depois de passar pelo diagnóstico, a maioria das pessoas busca a causa da doença, mesmo que o fato de você saber por que está doente não tenha nenhuma relação imediata com o tratamento da doença (SOLOMON, 2018, p.20).

Como visto com o caso do TDAH, é possível que a elasticidade alcançada pelos diagnósticos psiquiátricos nas últimas décadas tenha criado um ambiente favorável para o desenvolvimento de outras epidemias. Como não existem sinais patognomônicos na psiquiatria (DALGALARRONDO, 2008), tampouco marcadores biológicos que permitam delimitar as causas dos transtornos mentais, os sujeitos se tornam reféns dessas categorias cada vez mais inespecíficas, as quais passaram a abranger um maior público-alvo, não apenas por decorrência do movimento “vicioso” e lucrativo da transposição quaisquer aspectos indesejáveis da vida para uma condição médica, mas também pela constante alteração de seus respectivos critérios diagnósticos.

Contata-se, então, a existência de diversas forças e agentes que exercem influência sobre a expansão diagnóstica de um determinado transtorno. Mais ainda, nota-se que tais forças podem interferir no estabelecimento de um tratamento, na comercialização de um fármaco e na receptividade da população a uma nova doença instituída pela ciência. As influências estão ligadas aos interesses dos agentes que compõem o contexto. Para exemplificar, o público-leigo, as mídias, a indústria farmacêutica, os profissionais e os grupos de interesse, cada um desses atores contribuiu para a expansão do diagnóstico de TDAH.

Compreender o *modus operandi* desta dinâmica de interinfluências tem sido o objeto de estudo de diversos pesquisadores pelo mundo, e, no cenário do setor saúde, algumas linhas de pesquisa consideram a existência de um Complexo Médico-Industrial. Partindo da análise das múltiplas e complexas interrelações estabelecidas nos setores da saúde e da economia,

procuram entender de que modo a lógica econômica passou a ocupar um lugar de destaque em um campo que deveria se pautar pela assistência aos necessitados de forma integralizada e universalizada (MENDONÇA; CAMARGO JR, 2012);(VIANNA, 2002).

A noção de Complexo Médico-Industrial (CMI) começou a ser abordada no contexto internacional no início da década de 70, podendo a sua origem ser encontrada no pensamento crítico do modelo de saúde norte-americano daquele momento. O conceito adveio da ideia de “Complexo Militar-Industrial”, entendido como um ajuste de interesses entre o setor estatal de defesa estadunidense e a indústria de armamentos. A partir da possibilidade de pactuação entre setores diversos, o Complexo Militar-Industrial proporcionou um modelo de penetração industrial no sistema de saúde e tornou popular o termo “Complexo Médico-Industrial”. (ANDREAZZI; KORNIS, 2008); (WAITZKIN, 1978)

No início, o CMI referia-se às ligações entre médicos, hospitais, escolas médicas, companhias de seguros de saúde, fabricantes de medicamentos, fornecedores de equipamentos médicos e outras empresas com fins lucrativos. O que se tinha era uma rede contínua de influências resultantes dos interesses vinculados a tais atores. Logo, o primeiro uso do termo pelos pesquisadores contava com o objetivo de lançar luz sobre as conexões escondidas entre a indústria e o sistema médico – composto majoritariamente por profissionais autônomos e instituições locais sem fins lucrativos. (STARR, 1982).

Na década de 80, entretanto, o cenário muda: as grandes corporações de saúde tornam-se os elementos centrais do sistema. Starr (1982) entende que essas transformações ocorreram de forma simultânea, podendo ser pensadas a partir de cinco dimensões: 1) a mudança de organizações sem fins lucrativos e governamentais para empresas com fins lucrativos na área de saúde; 2) a derrocada de instituições independentes junto com a ascensão de sistemas multi-institucionais, e a consequente alteração no *locus* de controle dos conselhos comunitários para corporações regionais e nacionais de saúde; 3) a mudança de organizações unipessoais para empresas "policorporativas" e conglomeradas operando em um mesmo mercado, muitas vezes organizadas sob *holding* empresarial, às vezes com subsidiárias sem e com fins lucrativos envolvidas em uma variedade de diferentes mercados de cuidados de saúde; 4) a transição de organizações de nível único de atendimento, como hospitais de cuidados intensivos, para organizações que abrangem as várias fases e níveis de atendimento, como as Organizações de Manutenção de Saúde (HMOs); e, por fim, 5) a gradativa concentração da propriedade e do controle dos serviços de saúde nos mercados regionais e na nação como um todo.

No Brasil, o conceito de CMI passou a ser utilizado de modo pioneiro por Hesio Cordeiro, cujo objetivo principal era entender a interligação entre a lógica da produção de bens

e a lógica da prestação de serviços. De modo mais amplo que as matrizes originais norte-americanas, e com base em um arcabouço teórico da tradição marxista e de autores como Ilitch e Dupuy & Karsenty, o autor analisou o tema do consumo dos medicamentos, tendo em consideração as problemáticas atinentes à sua respectiva produção e comercialização, bem como às transformações que ocorreram nas práticas médicas com nova medicalização social. Ademais, Cordeiro alertou que as estratégias de medicalização - implementadas pela indústria farmacêutica com certa conivência do Estado – estavam diminuindo o poder de intervenção dos profissionais (ANDREAZZI; KORNIS, 2008); (MENDONÇA; CAMARGO, 2012).

Do mesmo modo, o trabalho do sanitarista brasileiro procurou tanto desvelar os interesses econômicos intrínsecos às indústrias farmacêuticas, como expor de que maneira o desenvolvimento do capitalismo se estabeleceu pelas práticas políticas das classes sociais. Seus estudos expunham o já desafiador contexto nacional e internacional de pensar as maneiras pelas quais seria possível atender às necessidades de atenção à saúde, considerando que uma parte do campo defende soluções de mercado, e a outra, respostas baseadas em ações estatais (MENDONÇA; CAMARGO, 2012).

O que se pretendia com as pesquisas acerca do CMI era, portanto, compreender de que forma as articulações entre os setores – e destes com o Estado – contribuíam para a ascensão de uma lógica privatista e capitalista hegemônica dentro do campo da saúde. Lógica essa que determinava funções, papéis e relações; diminuía o poder da intervenção médica; e dava à indústria farmacêutica a possibilidade construir suas próprias estratégias de medicalização da sociedade. Para elucidar, com relação à composição dos membros de um CMI, têm-se:

[...] o setor produtivo industrial de base química e biológica (fármacos, vacinas e hemoderivados etc.) e de base mecânica, eletrônica e de materiais (equipamentos mecânicos, equipamentos eletro-eletrônicos, próteses, etc), bem como o setor de prestação de serviços (hospitais, ambulatórios e serviços de diagnósticos e de tratamento); sem contar o fato de abarcar um conjunto grande de atores: incluindo de médicos e enfermeiros até aqueles (“pacientes”) que demandam pelos seus serviços, passando por gestores, pesquisadores, trabalhadores de várias áreas, entre outros (MENDONÇA; CAMARGO JR, 2012).

Vale ressaltar que a concepção de “complexo industrial” está associada a um agrupamento de indústrias cujos vínculos são fortemente expressos por seus fluxos de bens e serviços. Para Vianna (2002), porém, todo complexo industrial carrega consigo o caráter singular das interrelações estabelecidas entre seus membros, e o modo como cada um desses agentes se apropria de parte do excedente econômico. Não seria, portanto, apenas pela análise dos fluxos de bens e serviços que um estudo sobre o CMI deveria se dar, devendo igualmente abranger os papéis que seus atores assumem, assim como o modo pelo qual tais relações são

desenvolvidas ao longo do tempo na sociedade. Além disso, o autor entende que o CMI seria um produto histórico do desenvolvimento do sistema de saúde; um estágio que, por conta da necessidade de reprodução dos capitais investidos, é marcado pela predominância e determinação das práticas privadas capitalistas no setor saúde.

3.1 A indústria farmacêutica e a psiquiatria

A partir da Segunda Guerra, por volta dos anos 50, a indústria farmacêutica iniciou seu processo de ascensão na sociedade apoiada na fabricação de diversas “pílulas milagrosas”. Suas estratégias, voltadas para a influência de profissionais e leigos, impactaram o imaginário coletivo de tal maneira que os medicamentos produzidos passaram a ser vistos como uma das maiores conquistas da humanidade. No campo da saúde mental, a “revolução psicofarmacológica” – que impulsionou a formação de primorosas alianças entre profissionais e a indústria – teve início com a evidenciação de que certas substâncias poderiam ser úteis nas intervenções realizadas em pacientes psicóticos internados, e, posteriormente, na própria população em geral.

Para contextualizar, na primeira metade do século XX, pesquisadores estavam empenhados em desenvolver métodos que otimizassem a execução dos procedimentos cirúrgicos, com o intuito de reduzir os impactos que tais intervenções causavam nos pacientes. É nesse caminho que, em 1946, cientistas da Rhône-Poulenc, empresa francesa química e farmacêutica, identificaram que uma substância chamada prometazina era capaz de evitar quedas bruscas da pressão sanguínea durante as cirurgias, justamente por seus efeitos anti-histamínicos. Ao contrário da morfina e dos barbitúricos – que eram mais utilizados, porém também mais perigosos, por afetar o funcionamento global do cérebro –, os pesquisadores entenderam que o uso da prometazina como um anestésico poderia ser de grande valia, devido a sua eficácia em atingir apenas regiões seletivas do cérebro. Dentre os outros efeitos da substância examinados, observou-se que os pacientes não se sentiam ansiosos durante o processo cirúrgico, tampouco se lembravam da operação (WHITAKER, 2017).

Com a constatação de que um certo tipo de fenotiazina era capaz de agir em regiões seletivas do cérebro, possibilitando uma anestesia mais segura e eficaz, os pesquisadores da Rhône-Poulenc decidiram procurar novas substâncias que pudessem compor um coquetel junto com a prometazina. A intenção era diminuir a quantidade utilizada de anestésicos considerados mais perigosos, como a morfina e os barbitúricos. Não tardou, e, em 1951, outra substância foi

considerada capaz de deixar os pacientes em um estado mais tranquilo, calmo e sonolento, porém sem perder a consciência. Sua ação também potencializava os efeitos dos anestésicos e, dependendo da dosagem, poderia provocar uma espécie de hibernação artificial. O elemento em questão era a clorpromazina. Para ilustrar a capacidade da droga, Henri Laborit, idealizador desses dois projetos de pesquisa, afirmou que a clorpromazina conseguiria realizar “uma verdadeira lobotomia medicamentosa”. (SWAZEY, 1974 *apud* WHITAKER, 2017, p. 65)

Por decorrência dos resultados anestésicos promissores, logo em 1952, Jean Delay e Pierre Deniker, psiquiatras franceses, se interessaram pelos efeitos da substância, iniciando, então, uma série de estudos a partir da administração de clorpromazina em pacientes psicóticos na instituição em que atuavam, o Hospital Sainte-Anne, em Paris. Após um intervalo de tempo da publicação de seus estudos, o uso da droga nas enfermarias psiquiátricas já poderia ser visto por toda a Europa, mesmo com muitas ressalvas sobre seu uso. Caponi (2019), por exemplo, afirma que, por pouco, a possibilidade de uso da clorpromazina como um medicamento psiquiátrico não se consolidara, pois Henri Baruk e seus pesquisadores, também do Hospital Sainte-Anne, após administrarem a droga em animais de laboratório, haviam concluído que a substância produzia uma espécie de “[...] catatonia experimental e que, em vez de curar a esquizofrenia, podia causá-la”. (p.37)

Do mesmo modo, Delay e Deniker perceberam que o uso contínuo da droga causava déficits cognitivos importantes, muito parecidos com os que eram vistos em pacientes com encefalite letárgica. Para além, observou-se uma preocupante evolução de sintomas adversos que passavam pela discinesia, pela hiperkinesia e até pelo parkinsonismo. Dessa maneira, Laborit, Baruk, Delay e Deniker já haviam percebido que a clorpromazina era uma substância perigosa, a qual deveria ser administrada com cautela, pois servia apenas para conseguir um efeito específico, e, portanto, não poderia ser considerada, em si, o tratamento para a esquizofrenia (WHITAKER, 2017).

Embora o sucesso de vendas da clorpromazina tenha sido grande, ele não ocorrera de forma imediata. Havia considerável ceticismo por parte de muitos psiquiatras, pois acreditavam que, ou a substância serviria apenas como um sedativo, ou o tratamento da psicose era impossível. A falta de explicação científica para a indiferença emocional dos sujeitos também era um ponto de resistência de muitos profissionais da época. Sobre esse tópico, torna-se relevante pontuar que, além da discinesia – isto é, movimentos involuntários dos músculos do corpo e da face –, os sujeitos submetidos à clorpromazina apresentavam um comportamento muito singular: a indiferença. Era como se nada pudesse afetá-los, uma vez que não expressavam, nem sentiam nada além de uma profunda apatia. Para ilustrar, os autores afirmam

que “o efeito psicológico mais constante era a inércia e o desinteresse. As excitações do mundo exterior pareciam chegar de um modo amortizado”. (DENIKER E DELAY *apud* CAPONI, 2019, p.39).

De todo modo, após a venda da patente da clorpromazina do laboratório francês Rhône-Poulenc para o laboratório Smith, Kline & French (SK&F)⁵, os estudos sobre a droga aumentaram substancialmente nos Estados Unidos, o que resultou, em pouco tempo, na comercialização do fármaco sob o nome de Thorazine. Inicialmente, a substância era vendida como um medicamento antiemético, isto é, indicado para náuseas e vômitos, apesar da explosão de suas vendas ter ocorrido quando fora classificado como antipsicótico.

Nos Estados Unidos da primeira metade do século XX, poucos eram os medicamentos que necessitavam de receitas médicas para serem vendidos ao público, como era o caso dos opiáceos e da cocaína. Entretanto, em 1951, com a aprovação da Emenda Durham-Humphrey pelo Congresso, foi estabelecido que a maioria dos novos fármacos produzidos só seriam disponibilizados ao público após a apresentação da prescrição carimbada e assinada. Isso fez com que a figura do médico ganhasse um lugar ainda mais privilegiado.

Nesse contexto de maior regulação do consumo, os médicos passaram a ter o poder de controlar o acesso das pessoas aos antibióticos e a outros novos medicamentos, o que os transformou em uma espécie de

Vendedores varejistas desses produtos, com os farmacêuticos simplesmente cumprindo suas ordens, e, na qualidade de vendedores, passaram então a ter uma razão financeira para alardear as maravilhas de seus produtos. Quanto melhor fosse a percepção dos novos remédios, mais o público se inclinaria a procurar os consultórios para obter receitas. (WHITAKER, 2017, p.71)

No mesmo ano de 1951, a companhia Smith Kline, a Sociedade Francesa de Medicina e a Sociedade Norte-Americana de Medicina produziram, juntos, um programa de televisão que contava com o objetivo de apresentar aos norte-americanos os medicamentos que estavam por ser lançados. O programa, chamado “A Marcha da Medicina” (*The March of Medicine*), ajudou na popularização dos fármacos, visto que sempre trazia opiniões muito positivas sobre os efeitos dessas substâncias na vida das pessoas. A imprensa popular também impulsionava a divulgação dos benefícios das novas substâncias, de modo que seus artigos eram amplamente utilizados pelas próprias equipes de relações públicas das companhias farmacêuticas para divulgação.

⁵ O laboratório se transformou na poderosa companhia farmacêutica GlaxoSmithKline.

Como resultado do expressivo *marketing*, no ano de 1957, a receita da indústria farmacêutica ultrapassou um bilhão de dólares. Por sua vez, a Associação Médica Americana (AMA) – também responsável por ajudar o público a distinguir quais medicamentos eram favoráveis, ou não, ao consumo – obteve um assombroso aumento da sua receita. O lucro da associação, advindo prioritariamente da propaganda de remédios, partiu de 2,5 milhões de dólares em 1950, para 10 milhões de dólares em 1960 (WHITAKER, 2017).

Em 1954, poucos dias após a SK&F obter a licença para comercializar clorpromazina nos Estados Unidos, a companhia utilizou de seu programa de televisão para lançar o novo medicamento. Nos meios de comunicação, o que era divulgado era que o Thorazine havia passado pelos mais rigorosos testes, embora tenha sido testado em menos de 150 pacientes psiquiátricos. Apesar disso, a droga conseguiu destaque em respeitáveis meios de comunicação, tendo a seguinte manchete na revista *Time*: “A droga milagrosa de 1954?”. A revista, inclusive, comparou a importância da descoberta da clorpromazina com a descoberta das sulfas bactericidas da década de 30. A ânsia criada pela nova droga era tamanha que, quando o Thorazine foi lançado em 1955, a aceitação deste medicamento era quase uma unanimidade, tendo a SK&F faturado apenas no primeiro ano de venda aproximadamente 75 milhões de dólares (WHITAKER, 2017).

3.2 Mudança nos padrões de acumulação

Para além da indústria farmacêutica, o aparecimento, na década de 60, de um setor capitalista de produção de material e equipamentos médicos alterou toda a estrutura dos setores de prestação de serviços médicos, dada a velocidade que novos produtos eram lançados, e a demanda pela criação de novas especialidades para utilizar tais equipamentos também crescia (VIANNA, 2002).

Como resultado, o setor saúde passou a contar com um padrão de acumulação de capital condicionado pelos avanços tecnológicos dos setores farmacêuticos e de equipamentos médicos. Nesse caminho, o setor privado vislumbrou um campo de possibilidades de expansão, ao passo que a indústria farmacêutica começava a desfrutar dos lucros exorbitantes derivados de seus investimentos. Assim,

Uma “boa medicina” já não mais podia ser exercida sem o auxílio de equipamentos de última geração e da solicitação de uma grande quantidade de exames complementares. A saúde tornou-se uma mercadoria para ser vendida e comprada, normalmente a um custo elevado (VIANNA, 2002).

O Complexo Médico-Industrial seria, então, produto de um estágio particular do desenvolvimento capitalista da área médica, no qual as dinâmicas privadas e capitalistas tornam-se hegemônicas e determinam as funções e as relações de cada componente do setor. O complexo, desse modo, não atuaria de forma isolada diante das práticas sociais do Estado ou das necessidades de acumulação de capital dos setores econômicos. Ele, ao contrário, dependeria da integração que é possível estabelecer com o sistema de produção que o circunscreve.

Embora os setores de produção, de serviços e da economia mantenham uma interconexão entre si, seus comportamentos não são aleatórios, mas seguem determinados padrões. Em outras palavras, as ações dos membros dos sistemas complexos são constituídas por uma racionalidade imposta através de *atratores*; e, no caso do sistema de saúde, Vianna (2002) entende que dois atratores fundamentais moldam os comportamentos dos grupos. Um deles é a tecnologia, e o outro é o atributo financeiro da valorização do capital. O primeiro atrator estabeleceria aquilo que se denomina Complexo Médico-Industrial (CMI), enquanto o segundo faria referência ao aparecimento de um Complexo Médico-Financeiro (CMF) no setor.

3.3 Complexo Médico-Financeiro

Como visto, um dos efeitos da dinâmica de acumulação no campo da saúde foi o aumento do custo unitário da atenção médica – já identificado nos EUA desde a década de 50, e intimamente ligado a intensa incorporação e obsolescência da tecnologia. Devido ao progressivo crescimento da competição industrial – seja na área farmacêutica, ou na de equipamentos –, a manutenção das taxas de retorno dos investimentos dependia cada vez mais da ampla utilização da tecnologia, junto de sucessivos acréscimos nos custos da prática médica. Com isso, houve tanto um crescimento frenético da oferta como uma contundente pressão de demanda, resultando um aumento exponencial dos gastos com saúde em quase todos os países (VIANNA, 2002).

Conforme as práticas capitalistas amadureciam dentro dos sistemas de saúde, a defasagem entre a receita e a despesa tornava-se cada vez mais evidente. Se, por um lado, em função dos altos gastos com investimentos em Pesquisa e Desenvolvimento (P&D), a capacidade de acumulação de capital passava a depender de contínuos acréscimos nos recursos financeiros de todos os agentes econômicos privados e públicos. Por outro, a renda das famílias – seja por recursos próprios, ou auxiliada pelo Estado – não acompanhava e compatibilizava a intensificação da oferta com a taxa de risco das doenças a ela associada (VIANNA, 2002).

É pertinente entender que, conforme transformações ocorrem no setor saúde, novas relações comerciais e de produção se constituem e se somam às remanescentes, o que possibilita ampliar e modificar os padrões de competição entre os diferentes capitais coexistentes no setor. Para elucidar, além da indústria e dos serviços médicos, um outro ator, representado pelos financiadores privados, fora introduzido neste cenário e ampliou a complexidade dos processos de acumulação. Desde os anos 50, observa-se um intenso movimento de grandes empresas de seguros voltadas para a cobertura de atenção em saúde – e o aumento progressivo desse tipo de gasto é uma realidade resultante da relação entre os membros do complexo (ANDREAZZI; KORNIS, 2008).

A estratégia empregada neste cenário de competição foi a securitização do risco, na qual uma parte da população financiava as despesas de forma direta ou indireta – via impostos. Tinha-se como intenção oferecer uma contrapartida às práticas do CMI, que estava em formação e dominando as atividades dos sistemas de saúde. O desenvolvimento desse mercado de seguros foi intenso, sobretudo nos lugares que seguiam um modelo norte-americano, e se deu, em boa parte, por conta da disseminação dos grupos financeiros, os quais representavam uma das áreas de acumulação de capital do CMI vigente (VIANNA, 2002).

Até certo momento, a inflação médica norte-americana era repassada de forma imediata ao valor dos prêmios dos seguros, os quais operavam como intermediadores financeiros. Por essa razão, ao final dos anos 70, um cenário complexo se formava: havia pressões para que os sistemas de saúde fossem mais eficientes; o domínio das ideias neoclássicas fez surgir em países com sistemas majoritariamente públicos de saúde uma demanda por mecanismos competitivos, através de *políticas orientadas para o mercado*; os extensos gastos já não conseguiam mais ser cobertos pelos fundos fiscais; além de se ter um crescimento progressivo do sistema de atenção gerenciada (*managed care*). Logo ficou nítido para o capital financeiro a impossibilidade de manter e sustentar a expansão de gastos prevista pelo CMI (ANDREAZZI; KORNIS, 2008; VIANNA, 2002)

A fim de proteger a própria rentabilidade, seria preciso alcançar o domínio sobre o dinâmico comportamento dos agentes do setor saúde, através de uma racionalização norteada pelos seus respectivos interesses. Para evitar ao máximo os riscos e as incertezas relacionadas aos investimentos feitos, o capital financeiro iniciou seu processo de controle e regulação dos mecanismos de acumulação de capital do setor. Como consequência, deu-se maior relevância às práticas ligadas ao *managed care*, justamente com o intuito conter as despesas médicas e promover o uso intensivo de tecnologias mais complexas. Em outros termos, um *mercado de valorização de capital* fora criado para que o próprio sistema financeiro passasse a se responsabilizar pelo financiamento da oferta e da demanda. (VIANNA, 2002).

O desenvolvimento desse setor médico-empresarial, diferenciado do mercado de seguros, e mais voltado para a gestão e o controle de gastos – consoante sua função de prestador estar associado ao de segurador – foi visto, a princípio, como capaz de reverter a inflação médica. De fato, o novo setor – conhecido nos Estados Unidos como *Managed Care Organizations* (MCO), e, no Brasil, como empresas médicas de pré-pagamento – conseguiu atenuar a velocidade de progressão da inflação médica norte-americana, por meio da implementação da atenção gerenciada nos anos 80. Na primeira década do século XXI, entretanto, essa tendência de redução não se manteve (ANDREAZZI; KORNIS, 2008).

No início do século XXI, houve uma redução na cobertura dos seguros de saúde de empregados estadunidenses. Entre 2000 e 2004, o número de trabalhadores segurados caiu cerca de 5 milhões, e a quantidade de pessoas que contrataram seguros de forma individual aumentou em 1 milhão, absorvendo uma parcela daqueles colaboradores que deixaram de ser segurados. Além da filiação individual dos seguros, outro ponto que contrabalanceou a queda na cobertura fora a implementação de incentivos públicos inclusos nas reformas implementadas em 2003 com o *Medicare*⁶, e com o maior aporte do *Medicaid*⁷ às empresas de *managed care* (ANDREAZZI; KORNIS, 2008; ROBINSON, 2006)

Apesar da queda no número de empregados segurados, a indústria de seguros de saúde desfrutou de um período de performance financeira sem precedentes. As empresas investidoras na área e os planos sem fins lucrativos – como a *Blue Cross* e a *Blue Shield* – aumentaram de modo contínuo o valor dos prêmios antes mesmo dos custos dos sinistros, reduzindo, assim, os índices de gastos médicos, e expandindo as margens operacionais e os lucros globais (ROBINSON, 2006).

⁶ Seguro de saúde administrado pelo Estado e voltado para norte-americanos maiores de 65 anos.

⁷ Programa voltado para a cobertura pública de saúde daqueles que não conseguem pagar por seguros privados.

O Complexo Médico-Financeiro é, portanto, essa nova etapa do desenvolvimento capitalista na área da saúde, na qual há uma forte regulação do mercado pelo hegemônico capital financeiro – público e privado. Por meio das práticas do sistema de *managed care* – como o aumento progressivo do valor dos prêmios, a redução do reembolso de hospitais e médicos, a limitação do uso extensivo de novos procedimentos e testes e controle do uso de tecnologias mais complexas – a valorização do capital é um atrator, cujas influências modificam “[...] a relação entre o prestador de serviços médicos e os usuários, o sistema de pagamento, o mercado de medicamentos e até o próprio processo de desenvolvimento tecnológico do setor” (VIANNA, 2002, p.385).

Considerando que o CMI e o CMF refletem respectivamente o desenvolvimento do capitalismo industrial e financeiro na área médica, entende-se que as pressões exercidas no sistema extrapolam as questões estritas vinculadas à saúde. Foi através da alternância do protagonismo definido pelo mercado, que alguns membros influenciaram os demais agentes do complexo a seguirem certos padrões de comportamento. Nesse caminho, pode-se questionar até que ponto tais influências foram determinantes, por exemplo, no modo como uma doença fora introduzida, modificada ou retirada do meio social.

3.4 Novos motores da medicalização

Sem abordar de forma explícita o conceito de CMI ou de CMF, Conrad (2007) pontua que os principais motores da crescente medicalização social estão mudando, isto é, os protagonistas que influenciam no processo de contração e expansão das categorias médicas estão sendo modificados. Antes, tinha-se médicos, movimentos sociais, grupos de interesse, atividades organizacionais ou interprofissionais exercendo pressões para que uma condição fosse transformada em uma questão de saúde, e vice-versa. Na atualidade, contudo, as indústrias farmacêutica e de biotecnologia, os consumidores e as organizações de atenção gerenciada (*Managed-care*) assumiram o papel principal na medicalização social. Em resumo, os novos motores da medicalização seriam mais movidos por interesses comerciais e de mercado do que propriamente por reivindicadores profissionais.

Ao identificar que a indústria farmacêutica e de biotecnologia se tornaram protagonistas no processo de medicalização, Conrad (2007) menciona uma das principais mudanças ocorridas nas últimas décadas. O autor comenta que embora a indústria farmacêutica, desde o início, estivesse vinculada a este processo – a partir, por exemplo, da ampla divulgação de

medicamentos como metilfenidato, clorpromazina e metadona –, a força de sua influência era direcionada aos médicos e aos profissionais envolvidos nas escolhas dos tratamentos, os quais contavam com as frequentes visitas dos representantes destas companhias em seus consultórios e instituições. O mundo pós-Prozac, no entanto, constatou um investimento mais agressivo em publicidade para médicos e, em especial, para o público leigo.

Não obstante durante boa parte do século XX houvesse um maior foco nos profissionais – através de patrocínios em eventos médicos e propagandas em jornais especializados –, desde a aprovação da Lei de Modernização da Administração de Alimentos e Drogas (FDA) de 1997, e das suas subsequentes diretrizes, este foco mudou. As revisões dos regulamentos da FDA não apenas permitiram a promoção e o uso mais amplo de drogas *off-label*, como também facilitaram a publicidade direta ao consumidor (DTC), sobretudo na televisão (CONRAD, 2007).

Em linhas gerais, os gastos com publicidade na televisão aumentaram seis vezes entre 1996 e 2000, alcançando 2,5 bilhões de dólares. Apenas em 2004, as companhias farmacêuticas gastaram cerca de 4 bilhões de dólares com publicidades, grande parte na televisão. Na primeira década do século XXI, os gastos com anúncios voltados para consumidores potenciais já se equivaliam àqueles direcionados aos profissionais médicos – sobretudo, publicidades ligadas a medicamentos populares, prescritos para queixas comuns como alergia, azia, artrite, 'disfunção erétil', depressão e ansiedade (CONRAD, 2007).

Lamattina (2022) pontua que, em 2021, foram gastos 3.9 bilhões de dólares com publicidades na televisão, e os investimentos em Pesquisa e Desenvolvimento (P&D) alcançaram aproximadamente 107 bilhões de dólares, ao somar as 10 maiores empresas do setor farmacêutico⁸. O autor defende que a publicidade nas mídias populares traz o benefício de fornecer ao público informações sobre novos medicamentos e tratamentos para doenças que antes não podiam ser tratadas, como é o caso da fibromialgia. Além disso, a publicidade também encorajaria os pacientes a abrirem um maior diálogo com seus médicos sobre determinadas condições médicas e doenças.

Por outro lado, ainda que a ampla divulgação de medicamentos possa ser educativa e "conscientizadora" para o público, deve-se considerar que as mudanças realizadas nas diretrizes da FDA alteraram o cenário para indústria farmacêutica, cujas empresas passaram a criar *mercados*, a partir da possibilidade de anunciar seus produtos diretamente aos consumidores.

⁸ Apenas para efeito de comparação, o orçamento previsto para todos os Institutos Nacionais de Saúde (NIH) para 2022 foi de US\$ 45 bilhões. Além disso, o investimento em P&D deste setor excede o de todos os outros setores quando se pensa no percentual de receitas de primeira linha que se aplica em P&D.

Neste contexto, a fronteira entre a condição de ser um público leigo, paciente ou um consumidor potencial torna-se progressivamente mais nebulosa; e um caso serve de exemplo para entender a mudança de perspectiva ocorrida na relação entre a indústria e o público, o Viagra.

A impotência masculina já era uma condição médica muito antes da FDA aprovar o Viagra como tratamento para disfunção erétil em 1998, isto é, a demanda por tratamentos para esse tipo de problema já existia antes da Pfizer começar a anunciar o seu próprio medicamento. No momento em que foi lançado, o fármaco tinha como público-alvo homens mais velhos com questões de disfunção erétil relacionadas ao diabetes, ao câncer de próstata, entre outros. Conrad (2007) afirma que, logo, a empresa reconheceu que havia um mercado muito maior para seu medicamento, começando, então, a promover a disfunção erétil como uma dificuldade sexual comum, e o Viagra como a sua respectiva solução. Com o cenário favorável às publicidades diretas ao público, qualquer homem poderia considerar que apresenta tais distúrbios.

Não tardou para que as vendas do Viagra alcançassem o pódio dos medicamentos mais vendidos no mundo. Para exemplificar, no período compreendido entre 1998 e 2018, mais de 130 milhões de comprimidos de Viagra foram vendidos apenas no Brasil (HELAL FILHO, 2018). Além disso, pouco tempo após o lançamento do Viagra, novos medicamentos voltados ao tratamento de disfunções sexuais começaram a ser lançados. A competição por este mercado se acirrou, e a indústria não apenas expandiu a noção de disfunção erétil, como também sutilmente incentivou o uso de drogas semelhantes ao Viagra, a partir de um discurso de aprimoramento do prazer sexual e dos relacionamentos. (CONRAD, 2007)

Neste contexto de mudanças no sistema de saúde, qualquer pessoa é um consumidor potencial. Conforme a saúde se torna mais sujeita às forças impostas pelo mercado, os indivíduos não viram fregueses apenas dos mais variados fármacos, mas também dos diversos planos de seguro saúde, hospitais e serviços médicos disponíveis. Dessa maneira, pode-se observar que a assistência médica se converteu em um campo de disputa de mercado, no qual investimentos em larga escala são realizados com o intuito de alcançar o máximo de consumidores/pacientes possível, independentemente se há, ou não, a real necessidade em saúde.

3.5 A importância do diagnóstico

Como outrora constatado, os diagnósticos psiquiátricos apresentam a característica de serem altamente flexíveis, podendo ser contraídos ou expandidos conforme os consensos vigentes de um determinado contexto. A homossexualidade, o Transtorno de Estresse Pós-Traumático e o TDAH são ótimos exemplos de condições que deixaram de ser ou se tornaram médicas por pressões sociais e debates intensos. Para que uma dada questão se torne psiquiátrica, é preciso que esta seja incluída em um manual de diagnóstico psiquiátrico, pois, somente neste, terá a sua respectiva legitimidade médica e científica reconhecida.

Antes dos anos 50, as categorias diagnósticas refletiam a centralidade dos hospitais de internação no sistema de saúde mental. Conforme a prática psiquiátrica se mudava dos asilos para comunidades, os primeiros DSMs surgiram como forma de acomodar um novo tipo de tratamento mais descentralizado e ambulatorial. Uma vez que a legitimidade da psiquiatria passou a depender de sua identificação com a medicina científica, o sistema de diagnóstico DSM-I e II era anacrônico e maduro o suficiente para se adequar às necessidades dos psiquiatras e de outros clínicos dos anos 50 e 60. Por outro lado, faz-se relevante pontuar que, embora a psiquiatria tivesse uma boa visibilidade na cultura geral, o DSM em si não era visível. Além disso, os diagnósticos específicos não eram valorizados, eram pouco úteis, e raramente influenciavam o tratamento (HORWITZ, 2021).

As duas primeiras versões do DSM apresentavam poucas descrições sobre os transtornos, e, além de não serem tão conhecidos socialmente, boa parte dos próprios psiquiatras da época tampouco sabiam sobre a sua existência. A maior visibilidade do manual se deu na década de 70, com o DSM-II, quando a classificação da homossexualidade como uma perturbação mental gerou um tumulto altamente divulgado. O destaque da “bíblia” da psiquiatria, no entanto, só veio com a publicação de sua terceira edição em 1980, momento em que frequentes críticas exerceram a pressão necessária para que o saber se reinventasse de forma contundente. Nesse contexto, o surgimento de um grupo de psiquiatras de orientação biomédica e as demandas de agências governamentais, seguradoras terceirizadas e da indústria farmacêutica forçaram a produção de um sistema de diagnóstico totalmente novo (HORWITZ, 2021).

Por meio da proposta de estabelecer a fronteira entre a normalidade e a doença mental, o campo da psiquiatria teve uma contundente ascensão de sua relevância social. A partir do DSM-III, tornou-se possível determinar, por exemplo, quem é sadio e quem é doente; qual é o tratamento e quem paga por este; quem é elegível para receber o pagamento de indenizações

por incapacidade; quem tem direito a serviços oferecidos pelo Estado; quem pode dirigir ou pilotar um avião; quem é um criminoso ou um doente mental; qual deve ser a indenização paga em ação judicial; e quais as condições psiquiátricas são ensinadas nas escolas profissionais. Como resultado, o manual enraizou-se no aparelho administrativo dos hospitais, nos consultórios privados, no sistema judicial e em todas as outras instituições que lidam com distúrbios mentais. Além disso, como observado no caso do TDAH adulto, o DSM também contribuiu para moldar a forma como os indivíduos concebem os seus próprios problemas psicológicos (FRANCES, 2016; HORWITZ, 2021).

Frances (2016) esclarece que o método empregado com o DSM-III é simples e eficaz. Junto com a descrição do transtorno, tem-se o agrupamento de critérios que enumeram de forma precisa não apenas quais sintomas devem estar presentes, mas também a quantidade e a duração. Contando com mais de duzentos conjuntos de critérios diagnósticos – um para cada transtorno –, o DSM se propõe a estabelecer a definição e as fronteiras que delimitam os mais diversos distúrbios possíveis. Com base nos critérios estabelecidos, foi possível alcançar um grau mínimo de acordo entre os pares – um dos principais objetivos profissionais almejados no século XX.

Horwitz (2021) identifica que, a partir de 1980, o manual derrubou tanto a noção psicodinâmica de que os distúrbios mentais estariam fundamentados na existência de cada indivíduo, quanto a crítica social de que a loucura seria a consequência da civilização. Ademais, o autor entende que o DSM se tornou “[...] a pedra de toque para os diagnósticos que os pacientes recebem, que os estudantes são ensinados e que os pesquisadores empregam” (p. 144).

É preciso entender que até a década de 70, a questão do diagnóstico e das intervenções psiquiátricas eram pontos vulneráveis. Artigos da época colocavam em dúvida a capacidade investigativa do saber psiquiátrico e, por conseguinte, a sua credibilidade. Para efeito de ilustração, no fim dos anos 60, foi publicado um estudo internacional britânico e norte-americano no qual psiquiatras de ambos os países alegavam ter conclusões diagnósticas drasticamente distintas ao avaliar os mesmos pacientes em vídeo. Os autores entenderam que havia consideráveis diferenças na frequência de diversos diagnósticos realizados, e o tamanho da disparidade não parecia ter relação apenas com as genuínas diferenças dos pacientes admitidos – cultura, idade, personalidade –, mas se dava também pelos mais distintos usos dos termos e conceitos psiquiátricos (COOPER *et al.*, 1969).

Outro estudo de grande repercussão foi o do professor da faculdade de psicologia da Universidade de Stanford, David Rosenhan. Publicado na revista *Science*, o estudo intitulado *On Being Sane In Insane Place* causou um escândalo na comunidade internacional ao

demonstrar que o principal instrumento da psiquiatria – o diagnóstico – era, por vezes, inconsistente (BEZERRA JR, 2014).

O autor tinha a intenção de saber como seria a experiência de ser admitido em um hospital psiquiátrico. No experimento, pessoas sem problemas de saúde foram orientadas a ir ao setor de admissão de algumas instituições psiquiátricas dos Estados Unidos e dizer que estavam escutando vozes e sentindo um vazio existencial. Após a entrevista e a internação, os participantes deveriam se apresentar e viver como se estivessem vivendo suas vidas cotidianas, sem manipular suas reais condições físicas e psíquicas. O resultado fora contundente: todos foram diagnosticados como psicóticos, e, embora apresentassem comportamentos normais, permaneceram internados por semanas ou até meses (FRANCES, 2016; FREITAS; AMARANTE, 2017).

Após a publicação do estudo, um professor de psiquiatria questionou os resultados do artigo, alegando que tais erros não ocorreriam na instituição que ele dirigia. Rosenhan, por sua vez, informou que enviaria pseudopacientes para o exame de admissão do hospital psiquiátrico universitário dirigido por este professor. O pesquisador, contudo, não enviou ninguém, mas, mesmo assim, centenas de pessoas foram identificadas como “suspeitas” de simular quadros psicóticos (FREITAS; AMARANTE, 2017). Com isso, “os psiquiatras começaram a parecer charlatães suspeitos e antiquados, inaptos a participar da revolução das pesquisas que, muito em breve, modernizaria o resto da medicina” (FRANCES, 2016).

Era necessário que a Associação Americana de Psiquiatria (APA) fizesse algo para dar uma resposta institucional aos questionamentos – não apenas dos profissionais e acadêmicos, como também dos homossexuais, dos movimentos da antipsiquiatria etc. A solução encontrada pela instituição foi uma ampla e sistemática revisão do DSM. Como visto, após longos debates, é publicada, em 1980, a *terceira versão* do DSM, que traria um “novo” modo de diagnosticar as doenças mentais.

A terceira versão do DSM contrastou completamente com os dois manuais anteriores. Horwitz (2021) ressalta que os DSMs-I e II eram livretos pequenos com menos de 150 páginas. O autor afirma que não eram necessárias nem 40 páginas para serem apresentadas todas as breves e inespecíficas definições de diagnóstico. De maneira oposta, o DSM-III era um imponente livro de capa dura, com quase 500 páginas, que ampliou o espaço das categorias diagnósticas particulares em quase dez vezes. Foi desenvolvido um modelo que equiparava indicadores observáveis (sinais e sintomas) com a presença de um distúrbio mental. Para além, o manual passava a fornecer definições que especificavam quais combinações de sintomas eram

necessárias para compor cada um de seus quase 300 diagnósticos, presumindo-se, portanto, que tais critérios assegurariam a confiabilidade de cada condição.

Vale salientar que a “nova forma de diagnosticar” do manual apenas faria sentido se comparada às edições já publicadas, visto que as formulações do DSM-III eram profundamente clássicas, provenientes de uma psiquiatria biológica, cuja parte de suas ideias pareciam ter sido esquecidas no século XIX. Para esclarecer, assim que se iniciou a revisão sistemática dos DSM's, um notório grupo de psiquiatras da Universidade de Washington já empreendia uma tentativa de recuperar as teses de Kraepelin, movimento que os fizeram ficar posteriormente conhecidos como *neokraepelianos*. A intenção era trazer de volta a hegemonia da psiquiatria biológica que parecia haver se perdido com a ascensão da abordagem psicodinâmica. Nessa conjuntura,

Eles [grupo de Washington] tentavam achar um modo de classificar as doenças psiquiátricas que fosse objetivo e descritivo, que pudesse ser aceito por todos e que tomasse como ponto de partida os procedimentos médicos utilizados para diagnosticar qualquer patologia biológica. Pretendiam excluir do âmbito da psiquiatria tudo aquilo que pudesse vinculá-la a discursos considerados pouco científicos, como a sociologia ou a psicanálise. (CAPONI, 2012, p. 164)

Quando Robert Spitzer foi designado diretor da força-tarefa responsável pela construção do DSM-III, o grupo de Washington já havia publicado um trabalho de classificação de doenças mentais fundamentada exclusivamente em dados empíricos, no qual alegou-se não haver quaisquer intervenções subjetivas dos psiquiatras. Por conta do momento de crise, a proposição de uma metodologia de descrição clínica – realizada a partir de estudos em laboratório, com critérios de exclusão de outras patologias e estudos sobre o curso da doença e a herança familiar – foi defendida como sendo a mais adequada para recuperar a credibilidade da psiquiatria. Spitzer, então, se aproxima do grupo, e produzem juntos o manual que revolucionaria o campo, tendo como base o trabalho classificatório dos *neokraepelianos* (CAPONI, 2012).

Por conta desse direcionamento descritivo, divulgou-se que o DSM-III seria *ateórico* em relação à etiologia e igualmente aplicável aos modelos biológicos, psicológicos e sociais de tratamento. Frances (2016) entende que, na prática, isso não seria verdade. Para o psiquiatra, embora os critérios sejam, de fato, um conjunto de sintomas superficiais que não explicam nada sobre as causas e os tratamentos, tal método convinha muito bem com o *modelo biológico* dos transtornos mentais. (CAPONI, 2019), por seu lado, interpreta que, por mais que os diagnósticos propostos a partir da terceira edição do DSM não façam referência a argumentos

etiológicos, a terapêutica farmacológica hegemonicamente indicada pressupõe a existência de uma etiologia neuroquímica dos transtornos mentais.

Decerto que um maior consenso diagnóstico entre os profissionais tornava-se necessário. Porém, ao adotar-se uma visão simplista e reducionista dos transtornos mentais, os modelos que consideravam constructos psicológicos e contextos sociais acabaram sendo relegados a segundo plano. A impressão que alguns autores tiveram era a de que o manual que revolucionara a psiquiatria amontoou pacientes a partir de semelhanças superficiais, e ignorou suas diferenças individuais, causando, dessarte, uma inflação diagnóstica sem precedentes (CAPONI, 2019; FRANCES, 2016; FREITAS; AMARANTE, 2017; WHITAKER, 2017).

Horwitz (2021) reconhece que a importância do DSM para a psiquiatria é única entre as especialidades médicas. Para o autor, as diversas áreas da medicina dependem de marcadores biológicos que confirmam ou refutam o diagnóstico de alguma doença, a saber: os cardiologistas utilizam exames de tomografia para verificar se um coração tem danos nos tecidos; os nefrologistas fazem radiografias para procurar pedras nos rins; os oncologistas realizam biópsias para detectar células cancerosas; e os clínicos gerais se valem dos exames de sangue para estabelecer níveis de colesterol ou pressão sanguínea. Os psiquiatras, no entanto, não contam com nenhuma destas ferramentas.

A ausência de marcadores biológicos para os distúrbios mentais significa que o diagnóstico, em si mesmo, exerce um papel de grande importância. Nessa dinâmica, ainda que a maioria dos transtornos contem com critérios detalhados de sintomas e regras específicas de inclusão e exclusão, na realidade, são os autorrelatos dos pacientes e as observações clínicas que se valem como recursos de diagnóstico (HORWITZ, 2021).

Da mesma forma, ao considerar a escassez de marcadores biológicos – microrganismos, parasitas, tecido celular – detectáveis dos transtornos mentais, Caponi (2019) entende que a rede causal dos distúrbios seria tecida a partir da própria terapêutica farmacológica. Segundo a autora, os psicofármacos criam a ilusão de que as psicopatologias e o sofrimento psíquico estariam inseridos na lógica de localização dos estudos anatomopatológicos da medicina. O que ocorre, na verdade, é uma espécie de inversão causal explicativa.

Nesse sentido, em vez de se entender o que causava a esquizofrenia, para que assim houvesse uma intervenção sobre o seu respectivo agente patogênico – como ocorre na tuberculose –, foi pela reação “favorável” do esquizofrênico a substâncias que interagem com

neurotransmissores de dopamina que a hipótese dopaminérgica do transtorno fora edificada⁹. Em resumo, o surgimento da hipótese dopaminérgica da esquizofrenia teria tido início com os experimentos que verificaram que, ao ser administrada clorpromazina em pacientes agitados, eles ficavam mais calmos e obedientes às intervenções dos profissionais dos hospitais (CAPONI, 2019).

Ainda sobre a importância do DSM para a psiquiatria, o manual também serve como referência para o sistema judicial. Para ilustrar, a partir de 2011, mais de 5.500 pareceres judiciais citaram o DSM. Tais diagnósticos são invocados em áreas jurídicas diversas, incluindo: a parte de defesa da responsabilidade criminal, isenções de pena de morte, elegibilidade para benefícios por incapacidade, e determinações em casos de custódia de crianças. Para além, órgãos legislativos também utilizam o DSM em estatutos que tratam de definições de perturbação mental (HORWITZ, 2021).

3.6 Complexo Médico-Industrial e transtornos mentais

Como observado, o diagnóstico psiquiátrico alcançou um lugar extremamente importante na sociedade, abrangendo os mais diversos âmbitos, tais como a área da saúde, da assistência, da educação e da justiça. Dada tamanha relevância, seus manuais passaram a exercer um papel vital para a psiquiatria, que, por não ter encontrado os marcadores biológicos dos transtornos mentais, se vale dos conjuntos de critérios bem-delineados para delimitar o que estaria, ou não, na esfera da normalidade. Viu-se também que os diagnósticos psiquiátricos são frutos, não tanto de pesquisas empíricas baseadas na anatomopatologia, mas de intensos debates e pressões advindas de profissionais, movimentos sociais e instituições. Pode-se questionar, então, até que ponto as forças existentes dentro de um contexto – como o setor saúde – interferem na criação/extinção ou na contração/expansão dos transtornos mentais.

⁹ A hipótese prevalente era que as alucinações e os delírios psicóticos eram resultantes de vias dopaminérgicas hiperativas. Dessa maneira, havia ou um excesso de dopamina na sinapse, ou os neurônios que recebiam a transmissão de dopamina teriam uma alta densidade de receptores dopaminérgicos. Com isso, os antipsicóticos entrariam como um “freio” nesse sistema desregulado, possibilitando, então, um melhor funcionamento das vias dopaminérgicas disfuncionais. Foi nessa lógica que Jacques Van Rossum e Joseph Schildkraut posteriormente elaboraram e propuseram uma teoria do desequilíbrio neuroquímico para os transtornos mentais (WHITAKER, 2017).

A incidência dessas forças pode ser observada, por exemplo, durante o processo de retomada da credibilidade psiquiátrica no campo médico ao longo da segunda metade do século XX. Horwitz (2021) pontua que, depois dos anos 60, reguladores federais, companhias de seguros e escolas médicas exerceram intensas pressões para enfatizar a figura dos psiquiatras como efetivos médicos praticantes de medicina. Segundo o sociólogo, nas últimas décadas, a legitimidade da psiquiatria estaria vinculada justamente à forma como os profissionais nomeiam, definem, e distinguem seus conceitos centrais, fazendo do diagnóstico o primeiro passo do processo tecnológico de transformação de uma pessoa com uma queixa ambígua em um cliente com um distúrbio mental bem definido.

O autor elenca, ainda, uma variedade de forças que exercem influências na criação e no uso dos manuais. Uma delas seria o Instituto Nacional de Saúde Mental (NIMH), que se associava à APA durante a formação de cada DSM – antes de ocorrer uma brusca ruptura entre as organizações, durante o desenvolvimento do DSM-5. Os programas de seguros privados e públicos também têm tido grandes impactos sobre o DSM desde os anos 60, já que estabelecem os parâmetros para os quais os diagnósticos são aceitáveis para reembolso de tratamento e para cobertura de medicamentos, psicoterapias, e outros benefícios. Para além, diversos grupos de defesa tiveram igual relevância na criação dos manuais ao se oporem ao estreitamento, promoverem o alargamento, ou, esporadicamente, abolirem os critérios diagnósticos do DSM.

Outra força presente nesse processo são as empresas farmacêuticas, as quais têm apresentado uma íntima ligação com os sistemas de classificação. Além das já mencionadas alterações regulamentares, que permitiram às empresas divulgarem seus produtos diretamente ao público, desde o início dos anos 70, os regulamentos da *Food and Drug Administration* (FDA) têm exigido que a indústria farmacêutica comercialize seus produtos como tratamentos para diagnósticos específicos do DSM. Este setor se tornou uma importante fonte de rendimento para os departamentos de psiquiatria, para seus pesquisadores, e para a própria APA, de modo que, segundo Horwitz (2021), a rede de afiliações entre a indústria farmacêutica e a profissão psiquiátrica é tão estreita que quase três quartos dos membros da última força-tarefa do DSM-V tinham laços com empresas do ramo.

Do mesmo modo, os fatores sociais tiveram considerável valor na transformação dos diagnósticos durante a era do DSM. Quando o primeiro manual surgiu em 1952, os critérios eram aplicados a doentes involuntariamente confinados em asilos. Em meados da década de 1960, contudo, ao passo que a população dos hospitais psiquiátricos diminuía, o número de pessoas que procurava tratamentos ambulatoriais aumentava cada vez mais. Na década de 80, a rotulagem coerciva já era rara, e os diagnósticos tornaram-se mais valorizados, de sorte que

os enfermos e seus familiares os buscavam para acessar tratamentos, reembolso dos cuidados, elegibilidade para benefícios governamentais, fornecimento de recursos de educação especial, ou simplesmente explicações para as suas angústias.

Na atualidade, não é difícil obter informações sobre sintomas, critérios diagnósticos, direitos garantidos por lei ou até sobre os medicamentos comumente utilizados para um dado transtorno. É preciso pontuar que um dos efeitos do acesso irrestrito a essas informações é a tensão que os consumidores acabam exercendo sobre os profissionais para que estes sigam aquilo que é publicado nas mídias ou na *internet*. Dessa maneira, não apenas os diagnósticos seriam reativos às necessidades do consumidor, como também haveria, segundo o presidente da revisão do DSM-5, David Kupfer, “[...] uma enorme pressão sobre os psiquiatras e outros médicos para diagnosticar” (HORWITZ, 2021).

As pressões internas e externas forçam os desenvolvedores dos manuais a serem altamente sensíveis às forças sociais coletivas. Organizações profissionais, grupos de defesa, clínicos e pesquisadores exercem pressão política para incluir ou excluir diagnósticos do documento. As questões econômicas levam os profissionais da saúde mental, as empresas farmacêuticas, os consumidores e suas famílias a ampliarem o escopo dos sistemas classificatórios. Os administradores e gestores da saúde, por sua vez, exigem diagnósticos para racionalizar a prestação de seus serviços. Assim, nota-se a coexistência de diversos atores agindo sobre as mudanças diagnósticas realizadas durante era do DSM, bem como entende-se que a natureza mutável do manual reflete inevitavelmente as forças profissionais, políticas, culturais e econômicas que subjazem seu respectivo contexto.

Diagnósticos psiquiátricos são financeiramente lucrativos. Ao serem mais exigidos para cobertura e reembolso de tratamentos e outros serviços, passaram a ser considerados *commodities* valiosas para os consumidores e seus familiares. Para exemplificar, após a legislação federal norte-americana tornar as condições descritas no manual *tickets* indispensáveis para acesso aos benefícios educacionais e de saúde mental – assim como para as compensações realizadas através dos pagamentos por invalidez da previdência social –, o valor social e monetário dos rótulos do DSM aumentou consideravelmente.

Os diagnósticos do DSM tornaram-se tão valorizados que, quando a revisão do DSM-5 começou, até mesmo as organizações LGBTQIA+ – que lideraram conflitos anteriores para remover o diagnóstico de homossexualidade do DSM-II – lutaram para manter o diagnóstico de disforia de gênero, uma vez que era pré-condição para o custeio da cirurgia de redesignação sexual. No DSM-5, não apenas mantiveram tal condição por insistência dos ativistas, como também construíram um capítulo próprio para ela (HORWITZ, 2021).

Ainda com relação a forças externas incidindo sobre o processo de medicalização social, faz-se relevante lembrar que durante as duas últimas décadas do século XX, as organizações de *managed-care*, ou seus sucessores, passaram a dominar a prestação de serviços de saúde nos Estados Unidos, em grande parte como resposta ao aumento dos custos de assistência médica. Esse tipo de assistência requer pré-aprovações para o tratamento e estabelece limites para alguns tipos de cobertura. Conrad (2007) entende que essa dinâmica dá uma maior alavancagem a terceiros pagadores (*third-party payers*) e frequentemente restringe tanto os cuidados prestados pelos médicos quanto os cuidados recebidos pelos pacientes. Em outras palavras, o tratamento realizado através da atenção gerenciada comercializou a medicina e incentivou, não apenas as organizações de assistência médica, mas os próprios médicos a enfatizarem os lucros em detrimento do cuidado ao paciente.

O autor pontua que, no campo da saúde mental, o cuidado gerenciado é tanto um incentivo quanto uma restrição. O tratamento realizado nesses termos reduziu drasticamente a cobertura de seguro voltada para a psicoterapia de indivíduos com problemas mentais e emocionais, mas tem sido muito mais liberal com o pagamento de medicamentos psiquiátricos. Isso fez com que a atenção gerenciada se tornasse um fator altamente relevante no aumento do uso de psicotrópicos entre adultos e crianças. Para o sociólogo, parece provável que certos médicos optam pelos psicotrópicos, pois sabem que estes são os tipos de intervenções cobertas pelos planos de cuidados gerenciados, o que faria acelerar, por outro lado, a amplitude dos tratamentos farmacológicos para as questões cotidianas da vida.

Em uma cultura que torna a saúde e as práticas médicas cada vez mais voltadas para o mercado, consumidores, corporações biotecnológicas e serviços médicos interagem de maneiras complexas, afetando as normas sociais quando mudam as definições de comportamentos e intervenções. A relação entre as mudanças normativas e a medicalização ocorre em ambas as direções. Os anúncios do Viagra, por exemplo, diminuíram o estigma acerca da disfunção erétil masculina, porém a noção normalizada de disfunção erétil aumentou a demanda do consumidor pelo Viagra.

Conrad (2007) observa a necessidade de análises mais profundas acerca dos motores emergentes da medicalização, o que, para ele, significaria examinar: o impacto das descobertas biotecnológicas; a influência do marketing e da promoção da indústria farmacêutica; o papel da demanda do consumidor; os aspectos facilitadores e restritivos do cuidado gerenciado e do seguro saúde; o impacto da *Internet*; as mudanças do papel da profissão médica; e a resistência médica e popular à medicalização. Além disso, há que se complementar os estudos construcionistas com as perspectivas político-econômicas. Para o autor, a medicalização ainda

não ocorre sem que os atores sociais intervenham para tornar uma entidade médica. Contudo, ao constatar-se que os motores que impulsionam a medicalização mudaram, torna-se preciso ampliar o olhar sobre este fenômeno que se mostra paulatinamente mais complexo no século XXI.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A medicalização é um fenômeno social complexo que envolve mais determinantes e condicionantes do que a simples associação com a *hipermedicalização* de uma determinada enfermidade. Diferente do que se acreditava nos primeiros estudos sobre o tema, é um processo sociocultural que pode, ou não, envolver a profissão médica; pode levar a um controle social ou a um tratamento; ou, de fato, ser resultado da expansão intencional da profissão médica. Essa delimitação se faz necessária, pois este fenômeno é produto de uma dinâmica coletiva que abrange a participação de leigos, as organizações de usuários e familiares, a indústria farmacêutica, entre outros. Por essa razão, há situações em que as pressões de diferentes atores fazem com que determinadas condições: a) sejam reconhecidas como médicas, como observado no caso do alcoolismo e do Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT); b) sejam desmedicalizadas, como na homossexualidade; ou c) sejam mantidas na condição de medicalizadas, como observado na disforia de gênero (CONRAD, 2007; FREITAS; AMARANTE, 2017; HORWITZ, 2021).

Outro aspecto relevante é o desenvolvimento da noção de graus de medicalização, nos quais se tem a dimensão da elasticidade das categorias médicas, isto é, a sua capacidade de expansão e de contração. Uma vez estabelecido o diagnóstico, sua respectiva definição, limiar e fronteiras podem ser expandidos para incluir novos ou similares problemas, ou para incorporar populações adicionais, indo além daquelas que foram demarcadas originalmente em sua formulação. Como um dos objetos de estudo deste trabalho, o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) serviu para ilustrar a capacidade fluida e elástica dos diagnósticos, especialmente os psiquiátricos. A hiperatividade, antes concebida somente nas situações que envolviam crianças hiperativas, impulsivas e distraídas, passou a ser associada ao déficit de atenção, o que permitiu ao transtorno abranger igualmente adolescentes e adultos. Assim, Conrad (2007) entendeu que, através de um distúrbio já estabelecido, é possível avançar na direção de outras condições da vida identificadas como problemáticas. Em outras palavras, uma categoria médica legitimada pode produzir outras novas.

Sobre os diagnósticos psiquiátricos, estes carregariam consigo a característica de serem cultural e historicamente situados, sendo, portanto, produtos de processos de construção social de uma determinada realidade. Dessa maneira, a inclusão ou a exclusão de seus critérios de classificação estaria mais intimamente sujeita às transformações relacionadas ao contexto moral, político e institucional. Sendo assim, tais categorias não seriam necessariamente

indicadores de condições objetivas observadas, mas, influenciadas por tais fatores, seriam resultados de um processo interativo contínuo de negociação.

A participação de novos atores – reivindicadores leigos, profissionais e midiáticos; grupos de interesse e clientes potencialmente receptivos – propiciou uma expansão diagnóstica de TDAH sem maiores resistências. Além disso, verificou-se que a viabilidade dessa expansão guarda relação com a possibilidade deste distúrbio ser atravessado por condicionantes vantajosos, como a mitigação da culpa pessoal, a desculpa médica, os benefícios do seguro de saúde e do governo. Nessa dimensão, vale mencionar o atual lugar que as redes sociais podem ter no autodiagnóstico e conseqüentemente na maior medicalização de uma condição. Mas antes é preciso uma contextualização.

Após sucessivas rupturas com um período em que se tinha como base normas sociais rígidas e bem-delimitadas, a constante busca pelas mais variadas formas de expressão da liberdade fez com que a sociedade contemporânea passasse lidar com uma maior volatilidade dos laços, das instituições e das identidades. Posto isso, se as subjetividades são compostas pela estrutura social, e essa última se tornou fluida e volátil, seria possível inferir, portanto, que os novos modos de subjetivação passaram a ser igualmente constituídos de forma instável e líquida. Com efeito, Jacques (2014) identifica que o mal-estar da sociedade contemporânea teria como uma de suas principais marcas o sentimento de vazio, a sensação de futilidade, o tédio e a impossibilidade de dar sentido à própria vida.

Sob esse aspecto, Safra (2009) entende que o mal-estar da atualidade estaria intimamente ligado à erosão progressiva da cultura em virtude do processo de globalização. Produto de uma combinação de fatores econômicos, políticos, tecnológicos e culturais, este processo global proporcionaria uma fragmentação do sentido existencial e um profundo desenraizamento do indivíduo com relação às tradições de seu contexto. Em outras palavras, ao estabelecer interações e influências culturais cada vez mais diversificadas – aliadas à exposição a diferentes padrões e expectativas de papéis sociais –, a globalização paradoxalmente contribuiria para o despedaçamento do tecido social e para a perda de referências coletivas estáveis, gerando, assim, uma crise das identidades.

Nesse contexto, seria justamente nas redes sociais que as pessoas estariam constantemente expostas a essas múltiplas identidades e narrativas sobre o que e como devem ser. Associado a essas interinfluências, o fácil acesso a informações médicas (diagnósticos, fármacos etc.) possibilitaria aos sujeitos interpretar seus sentimentos e comportamentos como sintomas de transtornos mentais antes mesmo de procurar um profissional qualificado. Nessas condições de mal-estar contemporâneo, não seria equivocado pensar que o

autodiagnóstico poderia proporcionar um alívio ao indivíduo, o qual passa a se valer de uma identidade minimamente estável e reconhecida coletivamente, ainda que seja a de doente ou disfuncional.

Se ao longo do trabalho foram abordados os impactos da publicidade das mídias na consolidação de uma condição como doença – e a sua respectiva banalização para uma posterior ampliação do público-alvo –, pode-se questionar até que ponto as redes sociais exercem impacto na medicalização dos afetos e na expansão de um transtorno mental na sociedade contemporânea. Dessa maneira, a compreensão de seu papel nessa angustiante dinâmica e no consequente aumento da medicalização dos sujeitos merece lugar de destaque em estudos posteriores.

Retornando à categoria diagnóstica do TDAH, ao analisar as sucessivas transformações ocorridas com as últimas edições do DSM, identificou-se que um dos principais aspectos que explicariam seu aumento exponencial no corpo social foi o sucessivo processo de dilatação e contração de seus respectivos critérios, o que permitiu seu emprego em um público-alvo cada vez maior. Não obstante, ainda que tais dimensões tenham exercido um papel crucial na maior abrangência social do diagnóstico, parece não haver apenas o aspecto cultural, social e profissional envolvido na epidemia de transtornos mentais: há que se considerar igualmente o impacto do aspecto econômico sobre essa dinâmica. Dessa forma, saber-se que a medicalização de uma condição depende da força de seus motores (*engines of medicalization*), e, a partir da análise do que ocorreu com o TDAH, constatou-se que os principais motores da crescente medicalização social estão mudando, isto é, há uma alteração dos protagonistas que influenciam no processo de contração e expansão das categorias médicas (CONRAD, 2007).

Ainda que não utilizasse termos explícitos, tais como “Complexo Médico-Industrial” e “Complexo Médico-Financeiro”, Conrad (2007) já identificava importantes modificações no papel e no comportamento dos atores envolvidos no processo da medicalização. Antes, havia a predominância de médicos, movimentos sociais, grupos de interesse, atividades organizacionais ou interprofissionais exercendo pressões para a medicalização ou desmedicalização de uma condição. Nas últimas décadas, contudo, notou-se que as indústrias farmacêutica e de biotecnologia, os consumidores potenciais e as organizações de Atenção Gerenciada (*Managed-care*) assumiram o papel principal. Com isso, o autor entendeu que os novos motores da medicalização seriam mais movidos por interesses comerciais e de mercado do que propriamente por questões profissionais e de saúde pública.

Em paralelo, assim como as pesquisas sobre a medicalização, os estudos sobre o CMI também mudaram seu escopo com o passar das décadas. Por decorrência da ascensão de um

setor capitalista de produção de material e equipamentos médicos, as primeiras pesquisas relacionadas ao Complexo tinham como objetivo entender as múltiplas conexões escondidas entre o Estado, a indústria, e o sistema médico – composto por médicos, hospitais, escolas médicas, companhias de seguros de saúde, fabricantes de medicamentos, fornecedores de equipamentos médicos e outras empresas locais. Os autores mostravam que a lógica privatista e capitalista, que se desenvolvera no campo da saúde na década de 60, regulava funções, papéis e relações; diminuía o poder da intervenção médica; e dava à indústria farmacêutica a possibilidade de construir suas próprias estratégias de medicalização da sociedade (STARR, 1982; VIANNA, 2002).

Todavia, o custo unitário da atenção médica inflaciona, e, a partir da década de 80, o cenário muda: as grandes corporações de saúde se tornam os elementos centrais do sistema, e o padrão de acumulação na área médica sai da predominância do capital industrial e passa para o controle e regulação do hegemônico capital financeiro. Dá-se, então, uma maior relevância às práticas ligadas ao *managed care*, com o intuito conter as despesas médicas e promover o controle do uso intensivo de tecnologias mais complexas. Por decorrência do predomínio da forte regulação do mercado pelo capital financeiro público e privado, a noção de Complexo Médico-Financeiro é elaborada para designar essa nova etapa do desenvolvimento capitalista na área da saúde. Neste momento, a valorização do capital torna-se uma força (atrator) que consegue alterar não apenas o vínculo entre o prestador de serviços médicos e os usuários, mas o próprio processo de desenvolvimento tecnológico do setor e, até mesmo, a indústria farmacêutica (VIANNA, 2002).

Do mesmo modo, a hegemonia do capital financeiro no campo da saúde impactou na dinâmica de diagnóstico e de tratamento das condições médicas, especialmente as psiquiátricas. No *managed care*, por exemplo, tem-se como principais práticas o aumento progressivo do valor dos prêmios, a redução do reembolso de hospitais e médicos, e a limitação do uso extensivo de novos procedimentos e testes. Como consequência, as intervenções profissionais se tornam mais inflexíveis e se cronificam, tanto por decorrência dos limites impostos acerca da quantidade de psicoterapias permitidas para cada paciente, como pela crescente dependência às diversas farmacoterapias disponíveis. Para além, identificou-se que esse modelo também impulsiona o crescimento da indústria farmacêutica, ao substituir os psiquiatras por médicos da atenção básica que não têm tanto contato com as psicoterapias, e que se valem prioritariamente de psicotrópicos para intervir em seus casos (CONRAD, 2007; VIANNA, 2002).

Além da lucratividade e da cristalização envolvidas nas práticas do *managed care*, a preferência pelo tratamento com fármacos também estimula a ampliação dos diagnósticos,

justamente por ser reembolsável pelo sistema. Com efeito, questões de adaptação ou frustrações da vida cotidiana passam a ter maior probabilidade de serem considerados transtornos psiquiátricos, como ocorre de modo frequente com o TDAH. Em vista disso, é possível afirmar que a Atenção Gerenciada se tornou um significativo condicionante para os diagnósticos psiquiátricos passarem a ser mais frequentes na atualidade do que há algumas décadas.

Embora trilhem caminhos distintos, os estudos sobre a medicalização social e o Complexo Médico-Industrial e Financeiro carregam consigo a característica de identificar as múltiplas interrelações estabelecidas no campo da saúde. Relações estas que interferem, por exemplo: nas decisões sobre a medicalização de uma condição da vida; na escolha de um tratamento específico em detrimento de outro; no atraso ou avanço do desenvolvimento de novas tecnologias. Enfim, se outrora as relações de poder estavam estritamente vinculadas ao saber médico incidindo sobre o paciente e, posteriormente, sobre a população, nos dias de hoje, porém, todos os membros estão sujeitos às pressões do capital financeiro.

Em outras palavras, a alternância do protagonismo entre os atores que compõem o campo é atualmente definida pelo mercado, isto é, seus padrões de comportamento obedecem a lógica do capital financeiro que predomina no setor saúde. Associado a isso, como os diagnósticos psiquiátricos são fluidos, elásticos e predominantemente frutos de consensos sociopolíticos, é inegável que as influências dessas forças são determinantes no modo como um distúrbio é introduzido, modificado e/ou ampliado no meio social. Como resultado, os transtornos psiquiátricos se tornam cada vez mais passíveis de se transformarem em condições epidêmicas, em especial, em razão: do progressivo alargamento de seu público-alvo, observado em consonância com as sucessivas alterações dos critérios diagnósticos; da cronificação das práticas em saúde mental; e da primazia da farmacoterapia. Essas duas últimas estimuladas por uma lógica que preza pela redução dos custos e pela ampliação dos lucros com a assistência.

No caso do TDAH, a ampliação de seu público-alvo fez com que os diagnósticos e os psicofármacos passassem a abranger crianças cada vez mais novas, adolescentes e a população adulta, tornando-se uma condição “vitalícia”. Não obstante, identificou-se que ainda faltam pesquisas consistentes sobre os riscos desses medicamentos no público adulto, bem como sobre os efeitos iatrogênicos de seu uso a longo prazo. Dessa forma, novos estudos se fazem necessários, pois o contexto de inflação diagnóstica representa a exposição de uma quantia progressivamente maior de pessoas aos psicofármacos por tempo indeterminado.

Vale ressaltar que em um contexto em que a competição, a busca pelo lucro e a valorização do individualismo são dominantes, as relações sociais, por seu turno, também passam a ser mediadas pelas lógicas do mercado. Essa dinâmica leva a uma intensificação da

desigualdade socioeconômica e a uma maior pressão pela adequação dos indivíduos aos padrões e demandas de um sistema capitalista e neoliberal. Nesse âmbito, não é uma surpresa que os sujeitos estejam adoecendo, e, por isso, é preciso reconhecer que o adoecimento psíquico na sociedade contemporânea é um fenômeno complexo e multifacetado, que não deve ser compreendido tão somente por meio de diagnósticos e farmacoterapia. Ainda que a medicalização tenha a inegável função de validação do sofrimento e orientação aos que necessitam, sua utilização excessiva por parte dos profissionais, vinculada ao reducionismo de uma lógica biologicista dos transtornos mentais, negligencia os impactos, por exemplo, das desigualdades econômicas, das diversas formas de discriminação de minorias e de abuso no trabalho, da falta de apoio emocional e de coesão social, na saúde mental dos indivíduos.

De todo modo, a análise sobre o caso do TDAH possibilitou lançar luz sobre os processos de criação e ampliação das categorias diagnósticas em psiquiatria, particularmente no que se refere à identificação das múltiplas forças envolvidas nessa dinâmica. Com o desenvolvimento dos manuais, os transtornos mentais se tornam um fato social, contando com métodos padronizados e consolidados de diagnóstico. Os psicofármacos, por sua vez, alcançam um lugar privilegiado na sociedade e auxiliam os profissionais a intervir sobre aspectos mais específicos que os casos possam vir a apresentar. Todavia, como observado, o aumento no número de pessoas que necessitam de cuidados quanto aos seus impulsos, desatenções e compulsões não implica que as respectivas intervenções devam se dar necessariamente com Ritalina, por exemplo. Dessarte, frente ao risco iminente de consecutivas epidemias de transtornos mentais, questionar a redução da complexidade de uma condição biopsicossocial à lógica biomédica não significa negligenciar assistência aos que precisam, mas, sobretudo, estimular reflexões acerca da patologização da vida cotidiana, bem como lutar por formas de cuidado que reconheçam e atendam, de fato, às necessidades singulares e coletivas dos sujeitos.

REFERÊNCIAS

- ANDREAZZI, M. de F. S. de; KORNIS, G. E. M. **Padrões de acumulação setorial: finanças e serviços nas transformações contemporâneas da saúde.** *Ciência & Saúde Coletiva*, [s. l.], v. 13, n. 5, p. 1409–1420, 2008.
- ARAUJO, L. A. de; ANJOS, C. I. dos; PEREIRA, F. H. **E quando a criança não corresponde às expectativas da escola? Reflexões sobre a relação com a família na busca por um diagnóstico.** *Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação*, [s. l.], p. 2899–2915, 2020.
- BARROS, D. B. **Os usos e sentidos do metilfenidato: experiências entre o tratamento e o aprimoramento da atenção.** 2014. 182 f. - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, [s. l.], 2014.
- BEZERRA JR, B. **A psiquiatria contemporânea e seus desafios.** *Em: ZORZANELLI, R.; BEZERRA JR, B.; COSTA, F., J. (org.). A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea.* 1. ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2014. p. 276.
- CALIMAN, L. V. **A constituição sócio-médica do “fato TDAH”.** *Psicologia & Sociedade*, [s. l.], v. 21, n. 1, p. 135–144, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822009000100016&lng=pt&tlng=pt.
- CAPONI, S. **Loucos e degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.
- CAPONI, S. **Uma sala tranquila: Neurolépticos para uma biopolítica da indiferença.** São Paulo: Editora LiberArs, 2019.
- CARUCCI, S. *et al.* **Long term methylphenidate exposure and growth in children and adolescents with ADHD. A systematic review and meta-analysis.** *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, [s. l.], v. 120, p. 509–525, 2021.
- CONRAD, P. **Medicalization and Social Control.** *Annual Review of Sociology*, [s. l.], v. 18, n. 1, p. 209–232, 1992.
- CONRAD, P. **The Discovery of Hyperkinesis: Notes on the Medicalization of Deviant Behavior.** *Social Problems*, [s. l.], v. 23, n. 1, p. 12–21, 1975. Disponível em: <https://academic.oup.com/socpro/article-lookup/doi/10.2307/799624>.
- CONRAD, P. **The Medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders.** Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.
- COOPER, J. E. *et al.* **Cross-National Study of Diagnosis of the Mental Disorders: Some Results from the First Comparative Investigation.** *American Journal of Psychiatry*, [s. l.], v. 125, n. 10S, p. 21–29, 1969.

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

FERRARI, R. **Writing narrative style literature reviews**. *Medical Writing*, [s. l.], v. 24, n. 4, p. 230–235, 2015. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1179/2047480615Z.000000000329>.

FRANCES, Allen. **Voltando ao Normal: Como o excesso de diagnósticos e a medicalização da vida estão acabando com a nossa sanidade e o que pode ser feito para retomarmos o controle**. 1. ed. Rio de Janeiro: Versal, 2016.

FREITAS, F.; AMARANTE, P. **Medicalização em psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2017.

FURMAN, L. **ADHD: What Do We Really Know?**. *Em*: TIMIMI, S.; LEO, J. (org.). *Rethinking ADHD: From Brain to Culture*. London: Palgrave Macmillan, 2009. p. 21–57.

HELAL FILHO, W. **Inibição marcou início das vendas do Viagra no Brasil, há 20 anos: “Ainda bem que não preciso disso”**. Rio de Janeiro: O Globo, 2018.

HORWITZ, A. v. **DSM : a history of psychiatry’s bible**. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2021.

ITABORAHY, C.; ORTEGA, F. **O metifenidato no Brasil: uma década de publicações**. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s. l.], v. 18, n. 3, p. 803–816, 2013.

JACQUES, S. **O lugar do borderline em Winnicott**. 2014 Campinas: PUC-Campinas, 2014. 80p.

KAZDA, L. *et al.* **Overdiagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents**. *JAMA Network Open*, [s. l.], v. 4, n. 4, p. e215335, 2021. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2778451>.

LAMATTINA, J. **Pharma TV Ads And R&D Funding**. [S. l.], 2022. Disponível em: <https://www.forbes.com/sites/johnlamattina/2022/03/30/pharma-tv-ads-and-rd-funding/?sh=1e66ccdc3cdc>. Acesso em: 18 out. 2022.

LIMA, R. C. **Psiquiatria infantil, medicalização e a Síndrome da Criança Normal**. *Em*: *CONVERSÇÕES EM PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO*. Rio de Janeiro: Conselho Regional de Psicologia 5ª Região, 2016. p. 61–72.

MENDONÇA, A. L. O.; CAMARGO JR, K. R. **Complexo médico-industrial/financeiro: os lados epistemológico e axiológico da balança**. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, [s. l.], v. 22, n. 1, p. 215–238, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000100012&lng=pt&tlng=pt.

OLIVEIRA, P. H. C. F. de. **O impacto social do diagnóstico: A medicalização como campo reivindicativo por direitos e formação de identidades no Transtorno do Espectro Autista**. 2020. 91 f. - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, [s. l.], 2020.

PARSONS, T. **Illness and the role of the physician: A sociological perspective.** American Journal of Orthopsychiatry, [s. l.], v. 21, n. 3, p. 452–460, 1951.

ROBINSON, J. C. **The Commercial Health Insurance Industry.** In: An Era Of Eroding Employer Coverage. Health Affairs, [s. l.], v. 25, n. 6, p. 1475–1486, 2006.

ROTHER, E. T. **Revisão sistemática X revisão narrativa.** Acta Paulista de Enfermagem, [s. l.], v. 20, n. 2, p. v–vi, 2007. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200001&lng=pt&tlng=pt.

SAFRA, G. **Prefácio.** In Hegenberg, M. Borderline (6a ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009.

SOLOMON, A. **O demônio do meio-dia: Uma anatomia da depressão.** São Paulo: Companhia das Letras, 2018.

SOUSA, I. G. D. *et al.* **Uso Da Atomoxetina No Tratamento Farmacológico Do TDAH: Uma Revisão Sistemática.** Em: ANAIS DO V CONGRESSO INTERNACIONAL E XXV BRASILEIRO DA ABENEPI. Campinas: Galoá, 2019. v. 1. *E-book*. Disponível em:
<https://proceedings.science/abenepi/abenepi-2019/trabalhos/uso-da-atomoxetina-no-tratamento-farmacologico-do-tdah-uma-revisao-sistemica?lang=en>. Acesso em: 12 jan. 2023.

STARR, P. **The social transformation of American medicine.** New York: Basic Books, 1982.

VIANNA, C. M. de M. **Estruturas do sistema de saúde: do complexo médico-industrial ao médico-financeiro.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, [s. l.], v. 12, n. 2, p. 375–390, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312002000200010&lng=pt&tlng=pt.

WAITZKIN, H. A Marxist View of Medical Care. **Annals of Internal Medicine**, [s. l.], v. 89, n. 2, p. 264, 1978.

WHITAKER, R. **Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental.** 1. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2017.

ZOLA, I. K. Medicine as an Institution of Social Control. **The Sociological Review**, [s. l.], v. 20, n. 4, p. 487–504, 1972.

ZORZANELLI, R. T. ; BEZERRA JÚNIOR, B.; COSTA, J. F. **A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea.** Rio de Janeiro: Garamond, 2014.