

A epidemia de TDAH: medicalização, mercado e a expansão de diagnósticos psiquiátricos

The ADHD epidemic: medicalization, the market, and the expansion of psychiatric diagnoses (abstract: p. 17)

La epidemia de TDAH: medicalización, mercado y la expansión de diagnósticos psiquiátricos (resumen: p. 17)

Matheus de Matos Maldonado^(a)

<matheus_maldonado95@hotmail.com> 

Kenneth Rochel de Camargo Jr^(b)

<kenneth@uerj.br> 

^(a) Pós-graduando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Doutorado), Departamento de Planejamento e Administração em Saúde, Instituto de Medicina Social (IMS), Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Rua São Francisco Xavier, 524, Maracanã, Bloco E, 7º andar. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 20550-013.

^(b) Departamento de Planejamento e Administração em Saúde, IMS, UERJ. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Este estudo analisa a expansão diagnóstica do TDAH no contexto do complexo médico-industrial e financeiro, destacando a medicalização contemporânea e seus motores econômicos e sociais. Explora como a elasticidade diagnóstica, impulsionada pelas edições do DSM e por atores, como a indústria farmacêutica, tecnologias biomédicas e o modelo de atenção gerenciada, ampliou categorias diagnósticas e a medicalização social. Por meio de referenciais teóricos e dados epidemiológicos, discute-se como essas dinâmicas moldaram o TDAH como uma das condições mais diagnosticadas. Os achados indicam que a hipermedicalização resulta da interrelação de diversos atores, incluindo o Estado, cujas forças desiguais influenciam a definição e a expansão dos transtornos mentais. Conclui-se que compreender essas dinâmicas é essencial para repensar práticas de cuidado que priorizem necessidades singulares e enfrentem desigualdades no acesso à saúde.

Palavras-chave: TDAH. TDAH adulto. DSM. Medicalização. Complexo médico-industrial.

Introdução

A medicalização contemporânea da vida cotidiana representa um fenômeno sociocultural complexo que transcende a simples expansão da influência médica sobre comportamentos e experiências humanas. Concebendo que tal fenômeno não traria aspectos somente negativos para a sociedade, Conrad¹ define a medicalização como o processo pelo qual problemas não médicos passam a ser tratados como doenças ou transtornos, em uma dinâmica coletiva que envolve múltiplos atores sociais, entre eles movimentos, grupos de interesse, mídia, a indústria farmacêutica e o complexo médico-industrial.

No campo da Saúde Mental, a medicalização assume características particulares em função da maior elasticidade diagnóstica — isto é, da expansão e contração dos critérios diagnósticos — das categorias psiquiátricas em comparação a outras especialidades médicas. O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) constitui um exemplo paradigmático desse processo de elasticidade e medicalização social.

Considerado atualmente um dos transtornos mentais mais comuns da infância, o TDAH caracteriza-se por padrões disfuncionais de desatenção, impulsividade e/ou hiperatividade que podem comprometer o funcionamento em diversos contextos da vida². Contudo, sua trajetória histórica revela transformações conceituais significativas que refletem não apenas avanços científicos, mas também dinâmicas sociais, econômicas e políticas mais amplas.

A análise da expansão do TDAH torna-se particularmente relevante quando considerada no contexto do que Vianna³ denomina Complexo Médico-Industrial e Financeiro (CMI/CMF). Esse conceito se refere à interconexão entre a indústria farmacêutica, de biotecnologia, de equipamentos médicos e os serviços de saúde, destacando como o capital financeiro passou a regular e financiar esses setores. No Brasil, embora existam especificidades relacionadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) e ao modelo de saúde suplementar, essas dinâmicas também se manifestam, ainda que de forma distinta do modelo de atenção gerenciada norte-americano.

Dados epidemiológicos recentes evidenciam a magnitude dessa expansão diagnóstica. Uma revisão guarda-chuva de 2023, incluindo 588 estudos primários com 3.277.590 participantes, demonstrou prevalência global de TDAH em 8,0% de crianças e adolescentes⁴. Nos Estados Unidos, relatório do Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) de 2024 indicou prevalência de 11,3% em crianças de 5 a 17 anos², enquanto aproximadamente 15,5 milhões de adultos (6%) receberam o diagnóstico⁵. No Brasil, análises baseadas no Sistema de Informações Ambulatoriais registraram 229.872 atendimentos ambulatoriais de crianças com diagnóstico de TDAH apenas em 2022⁶.

Diante do cenário de crescimento dos diagnósticos de TDAH e de sua ampliação para diferentes grupos etários e contextos, o estudo buscou complexificar o debate sobre a medicalização da vida. Para isso, analisou-se a expansão diagnóstica do TDAH no contexto do Complexo Médico-Industrial e Financeiro (CMI/CMF), destacando-se as interseções entre interesses econômicos, demandas sociais e práticas de saúde. A questão que orienta a análise é se o aumento dos diagnósticos e prescrições reflete

apenas maior prevalência clínica ou se decorre, em parte, de processos de elasticidade diagnóstica mediados por interesses mercadológicos e arranjos institucionais. O estudo apoia-se em uma revisão crítica da literatura nacional e internacional sobre medicalização, o CMI/CMF e a medicalização da infância, que fornece os principais referenciais teóricos para a análise.

Metodologia

Trata-se de estudo teórico-crítico fundamentado em revisão narrativa da literatura em bases como SciELO, PubMed e Google Scholar, com descritores relacionados a TDAH, medicalização, metilfenidato e Complexo Médico-Industrial. Foram priorizados estudos recentes e referências clássicas sem delimitação temporal rígida. Os referenciais centrais incluem Conrad, Vianna, Camargo Jr. e Mendonça. Complementarmente, foram examinados documentos normativos (DSM), relatórios institucionais e dados do SUS.

O fenômeno da medicalização

A despeito dos avanços ocorridos nas últimas cinco décadas sobre o entendimento do fenômeno da medicalização, sua definição nem sempre foi devidamente articulada. Boa parte dos pesquisadores entendia que o conceito tinha algum vínculo com o ato de transpor as questões da vida para a jurisdição médica. De fato, os primeiros estudos sobre a medicalização a associaram à ideia de um controle social e político dos indivíduos por parte da medicina^{7,8}.

Não obstante, para os fins desta discussão, adota-se a definição de Conrad¹, que concebeu a noção de que medicalizar não seria apenas definir um problema em termos médicos, usar linguagem médica, entendê-lo por um quadro clínico ou tratá-lo com uma intervenção médica. Trata-se, sobretudo, de um processo sociocultural complexo que: a) transcende a simples hipermedicalização de uma condição; b) pode ou não envolver diretamente a profissão médica; c) pode resultar tanto em controle social quanto em um tratamento indispensável; e d) pode decorrer da expansão deliberada da influência da Medicina na sociedade⁹.

Nesse sentido, os motores da medicalização não se restringem à esfera médica, mas resultam de uma dinâmica coletiva que pode envolver leigos, organizações de usuários, familiares, movimentos sociais, grupos de interesse, atividades organizacionais e interprofissionais, mídias e a indústria farmacêutica. Com isso, a medicalização pode ser impulsionada por pressões externas, a exemplo do que ocorreu com o Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT), incluído no DSM-III após mobilização de veteranos da Guerra do Vietnã que buscavam tratamento para suas dificuldades emocionais¹.

No entanto, para o autor, há indícios de que tais motores estejam passando por transformações. Essas mudanças estariam vinculadas ao surgimento de uma influência crescente exercida pelas indústrias farmacêutica e de biotecnologia, pelos consumidores potenciais e pelas organizações de atenção gerenciada (*managed-care*). Em sua

percepção, esses atores vêm se tornando cada vez mais determinantes na inclusão, na manutenção ou na exclusão de categorias médicas no tecido social.

Embora os referenciais teóricos sobre medicalização tenham sido desenvolvidos principalmente no contexto norte-americano, sua aplicação ao caso brasileiro requer considerações específicas sobre as particularidades do sistema de saúde nacional. O Brasil caracteriza-se por sistema híbrido que articula o SUS, fundamentado nos princípios de universalidade, integralidade e equidade, com um setor suplementar em franca expansão. Essa configuração híbrida cria dinâmicas específicas de medicalização. Enquanto o SUS se orienta pelos princípios da Reforma Psiquiátrica e pela atenção psicossocial, priorizando abordagens territoriais e multidisciplinares, o setor suplementar aproxima-se do modelo de atenção gerenciada, favorecendo práticas diagnósticas rápidas e intervenções farmacológicas^{10,11}.

A análise da medicalização no Brasil deve considerar, portanto, tanto as dinâmicas universalistas do SUS quanto as lógicas mercadológicas do setor suplementar, bem como suas interações e contradições. Como será explorado adiante, o caso do TDAH ilustra claramente essas tensões e especificidades do contexto nacional.

De igual modo, Conrad¹ concebe a noção de “graus” de medicalização, e uma de suas dimensões seria a elasticidade das categorias médicas, ou seja, a capacidade de se expandirem e de se contraírem. Nesse sentido, uma vez que um diagnóstico é estabelecido, sua definição, limiar e fronteiras correspondentes podem ser estendidos para englobar novos problemas similares, ou para incorporar populações adicionais, indo além dos grupos inicialmente demarcados em sua formulação original. Como será observado neste estudo, foi com base nessa dimensão que o TDAH se tornou um dos transtornos mentais mais comuns da atualidade.

A criação da categoria

A categoria diagnóstica do TDAH, com raízes no início do século 20, evoluiu de termos como “hipercinesia” e “Disfunção Cerebral Mínima” para sua definição atual, focada em hiperatividade e déficit de atenção. Inicialmente visto como um problema puramente infantil que seria superado na adolescência, o TDAH tornou-se um diagnóstico escolar, pois a sala de aula é o principal ambiente em que o autocontrole e a tenacidade das crianças são demandados^{12,13}.

Na lógica do transtorno, aqueles que não conseguem alcançar a *performance* desejada tendem a 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^{13,14}.

Sob essa perspectiva, privilegia-se a busca por um transtorno mental como causa exclusiva das dificuldades escolares, negligenciando-se o papel da instituição em reconhecer e responder às demandas singulares de cada estudante. Nesse âmbito, tal abordagem revela-se como uma desresponsabilização diante do compromisso de efetivar uma educação inclusiva e promotora de autonomia¹⁵.

No contexto brasileiro, essa dinâmica se manifesta de forma particularmente intensa. Análises recentes indicam que a expansão do TDAH está fortemente vinculada ao contexto escolar, com crianças de 5 a 9 anos representando 49,32% dos atendimentos⁶. Esse padrão sugere que dificuldades relacionadas à atenção, ao rendimento e à disciplina são progressivamente interpretadas como indicadores de transtorno, favorecendo encaminhamentos para avaliação psiquiátrica e legitimação diagnóstica.

Há, ainda, o argumento de que o diagnóstico trará o devido direcionamento para as ações escolares. Embora seja válido conhecer melhor como as neurodiversidades podem se apresentar, bem como as ferramentas úteis para os profissionais, os diagnósticos são frutos de recortes descritivos de sinais e sintomas inespecíficos feitos para serem universais, ou seja, eles não capturam a complexidade e a singularidade de cada indivíduo.

Isso significa que, ainda que se possa identificar em alguém uma sintomatologia parecida com o que consta no manual diagnóstico, cada pessoa apresenta uma combinação única de características, experiências e necessidades que não podem ser completamente explicadas por um diagnóstico genérico. O que será decisivo, entretanto, para um bom desenvolvimento é um projeto pedagógico/terapêutico que se adapte às necessidades do indivíduo, e não ao diagnóstico propriamente dito.

Crianças muito novas, por exemplo, podem ser sobrecarregadas por rótulos que não correspondem à sua realidade individual, reforçando uma falsa ideia de que ela é limitada por meio de um modo de ser definido por um conjunto de características presentes nos manuais diagnósticos. Isso não somente afeta a autoestima da criança, como também leva à criação de expectativas rígidas e reducionistas sobre suas habilidades e capacidades. Assim, ao rotular alguém com um diagnóstico, especialmente um indivíduo ainda em formação, corre-se o risco de impor uma expectativa de *performance* baseada no que se espera de alguém com aquela condição.

Há, ainda, a demanda de pais por explicações diagnósticas e por tratamento medicamentoso para as dificuldades de seus filhos. Nesse processo, associações de familiares/pacientes ganham força e pressionam por acesso a diagnósticos e psicofármacos, reforçando leituras predominantemente biológicas dos problemas de Saúde Mental. Tal dinâmica intensificou-se nos anos 1990, quando a virada descritiva inaugurada pelo DSM-III (1980) e a expansão do uso de psicoestimulantes alcançaram com força a Saúde Mental infantil. Segundo Lima¹³, esse movimento — frequentemente descrito como ‘remedicalização’ —, aliado ao afastamento das correntes psicanalíticas e sociais, configurou uma psiquiatria infantil caracterizada não tanto por um amadurecimento de seu saber, mas pela inflação diagnóstica, pela incorporação de aspectos da normalidade aos critérios diagnósticos e pelo consequente aumento das condições passíveis de intervenção farmacológica.

Para além da explosão de diagnósticos no público infantil, Conrad¹ entende que um dos aspectos que explicam a expansão do TDAH na sociedade é o início do emprego desse diagnóstico em adultos, em especial quando se constata a ampliação de seus critérios nas últimas edições do DSM. O impacto social desse manual é tamanho que Frances¹⁶ 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 expansão do TDAH e a versão para adultos

A partir do final da década de 1970, 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 adulta¹. Nesse momento, 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. Por essa razão, o pensamento dominante da década de 1980 era o de que todos os adultos com TDA eram crianças hiperativas que cresceram.

Conrad¹ afirma que outro fator condicionante para a defesa dessa perspectiva foi a atualização advinda com DSM-III, que 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 desordens¹³ –, o documento reclassificou o transtorno com base em seus sintomas primários: a hiperatividade ou a desatenção.

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. Com o DSM-V, o critério de idade para o surgimento dos sintomas foi ampliado de 7 para 12 anos, o que expandiu significativamente o público-alvo do diagnóstico^{1,13}.

Apesar dessa variabilidade, acreditava-se que as diferentes manifestações do transtorno se dariam devido a um único “defeito neurocognitivo” ainda não identificado. Furman¹⁴, 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 diagnosticados com o transtorno também são observados em outros distúrbios neurológicos e de desenvolvimento.

A alteração dos critérios seguida da consequente 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, Horwitz¹⁷ afirma que a revisão da terceira edição acrescentou um número considerável de novos diagnósticos e modificou muitos dos critérios já existentes, facilitando 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.

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 hiperatividade¹. Pode-se

afirmar, 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 com base nesses critérios, os quais também propuseram a alteração do termo “adulto hiperativo” para “adulto com TDAH”. Esse último seria o sujeito que não teve nenhum diagnóstico durante a infância, mas que apresentara sintomas durante seus primeiros anos de vida. Em adição, 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 trabalho¹.

Observa-se aqui uma importante mudança nos critérios diagnósticos. Se, na década de 1980, os adultos com TDAH eram tidos como crianças problemáticas que permaneceram problemáticas, nos anos 1990, 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.

Por essa razão, Conrad¹ 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*).

Autodiagnóstico

Outro motor para a expansão do TDAH em adultos é o autodiagnóstico. Diferentemente das crianças, que são encaminhadas por pais ou pela escola, entre adultos a norma é a autorreferência. Nessa circunstância, muitos procuram os profissionais já com um diagnóstico em mente, baseados na sua identificação com aquilo que é descrito sobre o transtorno, e esperam do médico a confirmação de sua “nova identidade”. 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. Conrad¹ afirma que, sem isso, o TDAH adulto seria muito mais limitado.

Tal busca por uma identidade diagnóstica reflete a ascensão do que Rose e Novas¹⁸ chamam de “cidadão biológico”: indivíduos que se agrupam com base em suas características físicas, genéticas ou patológicas. Essa nova “biossociabilidade”¹⁹ resulta em identidades influenciadas por classificações biomédicas, moldando as relações com profissionais de saúde e autoridades. Com o apoio de novas tecnologias, como a internet, a disseminação do conhecimento científico e das categorias diagnósticas se tornou central na moldagem de identidades contemporâneas, permitindo que esses grupos desempenhem um papel ativo na formulação de políticas públicas de saúde¹⁸.

Grupos de interesse

Junto ao contexto favorável de disseminação de diagnósticos, partes 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 transtorno¹.

A organização auxiliou a expandir a categoria do TDAH para o público adulto. Além disso, 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. Além de fazer *lobby* por serviços educacionais especializados para crianças com a condição, 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 comportamento¹.

Outra organização interessada na pauta foi a empresa farmacêutica Ciba-Geigy, instituição que lançou a Ritalina (metilfenidato) no mercado em 1955, medicamento mais prescrito para o tratamento de TDAH. Vale mencionar que 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.

A expansão do mercado farmacológico acompanhou diretamente a expansão diagnóstica. Para efeito de ilustração, a quantidade de metilfenidato fabricado nos EUA aumentou aproximadamente 700% entre 1990 e 1999¹. No Brasil, entre 2000 e 2006, a produção nacional saltou de 40 kg para 226 kg, além de importações crescentes, consolidando o país como um dos maiores mercados de psicoestimulantes mundiais²⁰.

Com a redefinição do TDAH como um “transtorno vitalício”, tornou-se possível que crianças e adultos permanecessem em tratamento medicamentoso por tempo indeterminado. Nesse contexto, Conrad¹ destaca que o aumento do uso de estimulantes nas últimas décadas nos EUA está diretamente relacionado a essa continuidade do tratamento, no qual a intervenção farmacológica se inicia na infância, estende-se pela adolescência e pode perdurar até a vida adulta.

As partes interessadas (*stakeholders*) – grupos de interesse e empresas farmacêuticas – trabalham tanto de forma independente como em parceria. Conrad¹ 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.

À medida que a configuração diagnóstica evoluía, mais variações comportamentais foram incluídas no final dos anos 1990. Adultos bem-sucedidos, mas com elevada desatenção em relações interpessoais e recreativas, passaram a ser enquadrados no transtorno. Com a ampliação dos critérios do DSM-IV, alguns profissionais sugeriram eliminar a exigência de reconstrução retrospectiva do TDAH na infância, permitindo que problemas comportamentais na vida adulta já fossem suficientes para o diagnóstico. Isso ampliou ainda mais a identificação do transtorno em adultos.

Os dados epidemiológicos ilustram a magnitude da expansão do TDAH adulto. Apenas na primeira década do século 21, as prescrições de medicamentos para TDAH cresceram 90% entre pessoas com 19 anos ou mais nos Estados Unidos, com adultos passando a representar um terço de todas as prescrições realizadas¹. Uma revisão sistemática e metanálise recente estimou a prevalência global do TDAH em adultos em 2,58% para casos persistentes (com início na infância) e em 6,76% para casos sintomáticos (independentemente do início na infância). Essas estimativas se traduzem em 139,84 milhões e 366,33 milhões de adultos afetados globalmente, respectivamente²¹.

A Atenção Gerenciada e a Saúde Suplementar

O modelo de Atenção Gerenciada (*managed care*) consolidou-se nos Estados Unidos a partir dos anos 1980, marcado pela lógica de racionalização de custos e controle da utilização dos serviços de saúde. Nesse arranjo, os seguros de saúde delimitam o número de consultas, psicoterapias e exames que podem ser autorizados, ao mesmo tempo em que favorecem a prescrição de medicamentos, muitas vezes reembolsáveis. Esse mecanismo tem implicações diretas para a psiquiatria, uma vez que favorece práticas diagnósticas rápidas e farmacológicas em detrimento de abordagens psicossociais. Conrad¹ aponta que, embora atenção gerenciada não tenha criado o TDAH adulto, ele funciona como um importante vetor de sua expansão diagnóstica ao estruturar formas de cuidado que privilegiam o enquadramento biomédico da Atenção à Saúde Mental.

No Brasil, embora não exista modelo de atenção gerenciada nos moldes norte-americanos, a saúde suplementar tem operado com mecanismos de regulação similares. Em primeiro lugar, Bahia e Scheffer¹⁰ afirmam que a saúde suplementar no Brasil se expandiu por meio de incentivos estatais, financeirização e crescente segmentação do sistema, reforçando desigualdades estruturais e cristalizando a percepção do SUS como atenção destinada aos mais pobres, enquanto os planos privados assumem posição central no cuidado das camadas médias e altas. Essa dinâmica, ao deslocar o cuidado para a lógica de mercado, se aproxima do modelo norte-americano de atenção gerenciada, no qual a regulação do acesso e a busca por eficiência se sobrepõem ao princípio da integralidade.

Nesse contexto, ganha centralidade a codificação de diagnósticos e procedimentos, isto é, a atribuição obrigatória de códigos padronizados (como os da CID) para justificar consultas, exames e tratamentos, sendo condição necessária para autorizações e reembolsos. Tal mecanismo, ao mesmo tempo em que racionaliza custos, cria

incentivos para a formalização de diagnósticos como estratégia de acesso e cobertura. Assim como ocorre nos Estados Unidos, essa lógica pode favorecer o aumento de diagnósticos psiquiátricos no Brasil não apenas como expressão clínica do sofrimento, mas também como requisito administrativo, intensificando, assim, o risco de medicalização social.

Em contrapartida, a Atenção em Saúde Mental no SUS é organizada pela Rede de Atenção Psicossocial (Raps), na qual os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) constituem pontos estratégicos para o cuidado territorial e a substituição do modelo hospitalocêntrico^{22,23}. Diferentemente da lógica da atenção gerenciada, esses serviços buscam oferecer acompanhamento psicossocial contínuo, em articulação com famílias, escolas e territórios²⁴. Contudo, Ribeiro *et al.*⁶ identificaram que tanto os Caps quanto os ambulatorios especializados do SUS também enfrentam dificuldades em estabelecer linha de cuidado consistente para indivíduos diagnosticados com TDAH, limitando frequentemente os serviços à avaliação diagnóstica e à prescrição.

Ainda, os autores identificaram que a desigualdade regional, a limitação de recursos e a sobrecarga das equipes frequentemente dificultam a efetivação do modelo de atenção psicossocial⁶. Esse contraste evidencia a tensão existente entre duas racionalidades: de um lado, a lógica mercadológica do setor suplementar, próxima à atenção gerenciada; de outro, o projeto universal do SUS, que busca resistir à redução da Saúde Mental a diagnósticos e prescrições, mas que também enfrenta obstáculos concretos para a realização daquilo que se propõe.

Se, por um lado, o Estado pode atuar como mediador ou mesmo como facilitador da lógica mercadológica, por outro, não se pode perder de vista sua responsabilidade central na redução das desigualdades estruturais que impactam a saúde. No caso brasileiro, o SUS foi concebido justamente como resposta às iniquidades históricas de acesso, assumindo o princípio da universalidade como estratégia para superar a segmentação entre quem pode pagar e quem depende da assistência pública. Entretanto, os entraves na efetivação de políticas universais — seja pelo subfinanciamento crônico, seja pela coexistência com um setor suplementar fortalecido por incentivos estatais — revelam a tensão entre esses dois papéis. Assim, discutir a medicalização e a expansão diagnóstica implica também interrogar como o Estado pode, de fato, assumir sua função regulatória e protetora, fortalecendo políticas que enfrentem desigualdades de classe, raça, território e gênero, em vez de reforçá-las. Nesse sentido, o desafio não se restringe a conter os interesses privados, mas a garantir que as políticas públicas sejam capazes de produzir equidade em saúde, em consonância com os princípios constitucionais do SUS.

Complexo médico-industrial (CMI) e financeiro (CMF)

O caso do TDAH ajuda a pensar como a maior elasticidade associada aos diagnósticos psiquiátricos no último meio século pode ter promovido um ambiente propício ao surgimento de outras epidemias. Observa-se, ainda, a presença de diversos agentes — incluindo o Estado — que, com seus interesses sobretudo econômicos exercem influência sobre a expansão diagnóstica de determinados transtornos.

O Complexo Médico-Industrial (CMI) e o Complexo Médico-Financeiro (CMF) são conceitos que ajudam a entender como as dinâmicas econômicas e industriais influenciam o setor da saúde. Ambos os complexos são produtos históricos do desenvolvimento capitalista no campo da Saúde, em que as práticas privadas e os interesses de mercado passaram a ditar as regras do sistema^{3,25}.

O CMI começou a ser estudado na década de 1970, inspirado no conceito de “Complexo Militar-Industrial”, e ganhou relevância com a crescente integração entre a indústria e o sistema médico. No Brasil, o sanitarista Cordeiro²⁶ foi um dos primeiros a analisar essa interconexão, destacando como a indústria farmacêutica e as políticas de medicalização reduziram o poder de intervenção dos profissionais de saúde. O CMI inclui uma ampla gama de atores, desde fabricantes de medicamentos e equipamentos até hospitais, médicos e pacientes, todos interligados por uma lógica de mercado que prioriza o lucro sobre a equidade no acesso à saúde.

Já o CMF surge como uma resposta à escalada dos custos médicos, impulsionada pela constante introdução de novas tecnologias e pela concorrência industrial. Para mitigar os riscos financeiros, o capital financeiro passou a regular o setor de saúde por meio de modelos como o da Atenção Gerenciada (*managed care*), que buscam reduzir gastos e promover o uso intensivo de tecnologias caras. Essa dinâmica reforça a mercantilização da saúde, transformando os pacientes em consumidores e os serviços médicos em produtos de mercado^(c).

^(c) Para uma discussão mais aprofundada sobre o desenvolvimento histórico do CMI e CMF, ver Maldonado²⁷.

CMI e os novos motores da medicalização

Mesmo sem mencionar de maneira explícita o conceito de Complexo Médico-Industrial e Financeiro, Conrad¹ igualmente reconhece que os principais motores (protagonistas) da escalada da medicalização social estão passando por transformações. No passado, a medicalização era impulsionada por médicos, movimentos sociais e grupos de interesse. Hoje, os principais atores são a indústria farmacêutica, as tecnologias biomédicas e as entidades da atenção gerenciada – e por que não da saúde suplementar? – que moldam as práticas de saúde em função de imperativos comerciais e de mercado. Em resumo, o autor afirma que as forças contemporâneas que impulsionam a medicalização parecem ser mais significativamente influenciadas por imperativos comerciais e de mercado do que por reivindicadores profissionais.

Nesse contexto, os indivíduos passam a ser vistos como consumidores em potencial, e a saúde se transforma em uma arena de competição de mercado. É interessante destacar também que, nesse contexto, o Estado, ao intervir por meio de incentivos públicos, regulações e subsídios, acaba garantindo que o mercado da saúde continue sendo lucrativo, mesmo quando há pressões externas como o aumento da inflação médica ou a perda de cobertura garantida pelas empresas, observados nos EUA³.

Torna-se pertinente, então, questionar em que medida as políticas públicas de saúde podem ser influenciadas por interesses privados, especialmente por empresas do setor farmacêutico e de seguros. Embora essa dinâmica seja amplamente observada em países com sistemas de saúde baseados na lógica de mercado, como os Estados Unidos, é importante refletir sobre como ela se manifesta no Brasil, mesmo com a existência

de um sistema universal de saúde como o SUS. A atuação do Estado brasileiro, ao promover incentivos à saúde suplementar e permitir a crescente financeirização do setor¹⁰, pode acabar favorecendo a lógica mercadológica em detrimento dos princípios de integralidade e equidade. Assim, reformas que aparentam atender ao interesse público podem, na prática, reforçar estruturas que garantem a lucratividade de grupos econômicos, contribuindo, como observado, para a ampliação da medicalização social e para a explosão de diagnósticos psiquiátricos como o TDAH.

Mais ainda, no centro dessa lógica de mercado, é possível pensar de que modo o capital financeiro igualmente moldaria não apenas o cuidado com as doenças, mas também sua própria definição. Isto é, a indústria médica, ao redefinir o que é considerado uma condição “tratável”, molda o reconhecimento, o tratamento e até a “cura” de doenças, refletindo a relação entre o avanço capitalista na saúde e a medicalização da vida cotidiana.

Um dos exemplos deste estudo foi o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) em adultos, cuja medicalização estaria intimamente vinculada ao mercado de medicamentos (metilfenidato, lisdexanfetamina) e terapias para desempenho cognitivo, seguindo uma lógica de mercado que prioriza a criação de demanda por intervenções farmacológicas em detrimento das reais necessidades dos indivíduos.

Dessa maneira, ao trazer a noção de Complexo Médico-Industrial e Financeiro, pretendeu-se mostrar que as decisões sobre o que é considerado tratável, curável, ou inovador estariam intrinsecamente ligadas às forças de mercado que priorizam o retorno financeiro sobre as necessidades de saúde da população. Mais ainda, o Estado, ao intervir ou permitir essas dinâmicas, corrobora com essa lógica mercadológica e com as desigualdades no acesso à saúde em vez de mitigá-las. As intervenções estatais, muitas vezes justificadas como necessárias para conter a inflação médica ou melhorar a eficiência, acabam sendo subsumidas pelos interesses do capital financeiro, perpetuando um sistema no qual a saúde é uma *commodity* e o valor de mercado supera o valor social.

Considerações finais

Este estudo buscou complexificar o debate acerca da medicalização da vida, analisando a expansão diagnóstica do TDAH no contexto do Complexo Médico-Industrial e Financeiro, evidenciando as interseções entre interesses econômicos, demandas sociais e práticas de saúde. A análise revelou que a medicalização contemporânea é amplamente impulsionada por forças de mercado, como a indústria farmacêutica, as tecnologias biomédicas e os esquemas de atenção gerenciada que moldam não apenas o acesso ao cuidado, mas também as definições de saúde e doença. A medicalização e a elasticidade diagnóstica do TDAH, somada à atuação de grupos de interesse e à busca por intervenções biomédicas, exemplifica como as necessidades de saúde podem ser secundarizadas diante dos imperativos de acumulação capitalista. Nesse cenário, a atuação do Estado pode reforçar ainda mais essas dinâmicas ao sustentar o mercado da saúde sem enfrentar as desigualdades estruturais. Conclui-



se que compreender a medicalização como fenômeno sociopolítico e econômico é essencial para repensar os modelos de cuidado em saúde, promovendo práticas que priorizem as demandas genuínas dos sujeitos em detrimento das lógicas mercadológicas.

Disponibilidade de dados

Os conteúdos subjacentes ao texto da pesquisa estão contidos no manuscrito.

Contribuição dos autores

Maldonado MM participou da concepção e do delineamento do estudo; realizou a revisão da literatura, da análise e da interpretação dos dados; elaborou a redação do manuscrito e realizou a revisão final. Camargo Jr KR participou da concepção e do delineamento do estudo e da discussão dos resultados; realizou a revisão crítica do conteúdo intelectual; contribuiu para o aprimoramento teórico e metodológico do manuscrito. Ambos os autores aprovaram a versão final do manuscrito.

Conflito de interesse

Os autores não têm conflito de interesse a declarar.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Editora

Rosana Teresa Onocko-Campos 

Editor associado

Alberto Rodolfo Velzi Diaz 

Submetido em

26/03/25

Aprovado em

03/11/25

Referências

1. Conrad P. *The Medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2007.
2. Reuben C, Elgaddal N. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children Ages 5-17 Years: United States, 2020-2022. *NCHS Data Brief*. 2024; (499):1-9.
3. Vianna CMM. Estruturas do sistema de saúde: do complexo médico-industrial ao médico-financeiro. *Physis*. 2002; 12(2):375-90.
4. Ayano G, Demelash S, Gizachew Y, Tsegay L, Alati R. The global prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: An umbrella review of meta-analyses. *J Affect Disord*. 2023; 339:860-6.
5. Staley BS, Robinson LR, Claussen AH, Katz SM, Danielson ML, Summers AD, et al. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Diagnosis, Treatment, and Telehealth Use in Adults — National Center for Health Statistics Rapid Surveys System, United States, October–November 2023. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2024; 73(40):890-5.
6. Ribeiro ADB, Silva GTR, Rodrigues GHC, Belatto MFB, Carvalho LBA, Pelisão T, et al. Mapeando o TDAH no Brasil: prevalência e desigualdades por região, faixa etária e raça. *Rev Contemp*. 2024; 4(7):e5267.
7. Gaudenzi P, Ortega F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. *Interface (Botucatu)*. 2012; 16(40):21-34. doi: 10.1590/S1414-32832012005000020.
8. Oliveira PHCF. *O impacto social do diagnóstico: a medicalização como campo reivindicativo por direitos e formação de identidades no Transtorno do Espectro Autista*. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2020.
9. Conrad P. Medicalization and Social Control. *Annu Rev Sociol*. 1992; 18(1):209-32.
10. Bahia L, Scheffer M. O SUS e o setor privado assistencial: interpretações e fatos. *Saude Debate*. 2018; 42 Spec No 3:158-71.
11. Bahia L, Scheffer M. *Planos e seguros de saúde: o que todos devem saber sobre a assistência médica suplementar no Brasil*. São Paulo: Editora Unesp; 2010.
12. Conrad P. The discovery of hyperkinesis: notes on the medicalization of deviant behavior. *Soc Probl*. 1975; 23(1):12-21.
13. Lima RC. *Psiquiatria infantil, medicalização e a Síndrome da Criança Normal*. In: *Conversações em Psicologia e Educação*. Rio de Janeiro: Conselho Regional de Psicologia 5ª Região; 2016. p. 61-72.
14. Furman L. ADHD: What do we really know? In: Timimi S, Leo J, organizers. *Rethinking ADHD: From brain to culture*. London: Palgrave Macmillan; 2009. p. 21-57.
15. Araujo LA, Anjos CI, Pereira FH. E quando a criança não corresponde às expectativas da escola? Reflexões sobre a relação com a família na busca por um diagnóstico. *Rev Ibero-Am Estud Educ*. 2020; 15 Spec No 5:2899-915.
16. Frances A. *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*. Rio de Janeiro: Versal; 2016.
17. Horwitz AV. *DSM: a history of psychiatry's bible*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2021.

18. Rose N, Novas C. Biological citizenship. In: *Global assemblages*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd; 2005. p. 439-63.
19. Rabinow P. Artificiality and Enlightenment: From Sociobiology to Biosociality. In: *Inda JX. Anthropologies of Modernity*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd; 1996. p. 179-93. doi: 10.1002/9780470775875.
20. Itaborahy C, Ortega F. O metifenidato no Brasil: uma década de publicações. *Cienc Saude Colet*. 2013; 18(3):803-16.
21. Song P, Zha M, Yang Q, Zhang Y, Li X, Rudan I, et al. The prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder: A global systematic review and meta-analysis. *J Glob Health*. 2021; 11:04009.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, de 6 de Abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
24. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013.
25. Mendonça ALO, Camargo KR Jr. Complexo médico-industrial/financeiro: os lados epistemológico e axiológico da balança. *Physis*. 2012; 22(1):215-38.
26. Cordeiro H. A indústria da saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Graal; 1980.
27. Maldonado MM. TDAH e Complexo Médico-Industrial: revisão narrativa sobre uma epidemia lucrativa [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2023..

This study analyzes the diagnostic expansion of ADHD in the context of the medical-industrial and financial complex, highlighting contemporary medicalization and its economic and social engines. It explores how diagnostic elasticity, driven by DSM editions and by players such as the pharmaceutical industry, biomedical technologies, and the managed care model, has expanded diagnostic categories and social medicalization. Based on theoretical references and epidemiological data, the study discusses how these dynamics have made ADHD become one of the most diagnosed conditions. The findings indicate that hypermedicalization results from the interrelationship of various players (including the state), whose unequal forces influence the definition and expansion of mental disorders. The conclusion is that understanding these dynamics is essential to promoting care practices that prioritize unique needs and tackle health access inequalities.

Keywords: ADHD. Adult ADHD. DSM. Medicalization. Medical-industrial complex.

Este estudio analiza la expansión diagnóstica de TDAH en el contexto del complejo médico-industrial y financiero, subrayando la medicalización contemporánea y sus motores económicos y sociales. Explora cómo la elasticidad diagnóstica, impulsada por las ediciones del DSM y por actores tales como la industria farmacéutica, las tecnologías biomédicas y el modelo de atención administrada, amplió categorías diagnósticas y la medicalización social. A partir de referenciales teóricos y datos epidemiológicos se discute cómo esas dinámicas moldearon el TDAH como una de las condiciones más diagnosticadas. Los hallazgos indican que la hipermedicalización resulta de la interrelación de diversos actores, incluyendo el estado, cuyas fuerzas desiguales influyen en la definición y expansión de los trastornos mentales. Se concluye que comprender esas dinámicas es esencial para repensar prácticas de cuidado que prioricen necesidades singulares y enfrenten desigualdades en el acceso a la salud.

Palabras clave: TDAH. TDAH adulto. DSM. Medicalización. Complejo médico-industrial.