



A construção midiática da depressão: novos personagens e novas tendências na cobertura da Folha de São Paulo (1998/2008)¹

Ericson Saint Clair²

Doutorando do PPGCOM-UFRJ

Resumo

Investigamos a construção midiática da patologia da depressão a partir da análise comparada da cobertura do jornal Folha de São Paulo, nos anos de 1998 e 2008. Inspirados por Michel Foucault, abordamos a depressão como um dispositivo formado por uma rede heterogênea em que atuam múltiplos elementos como o saber neurocientífico, a indústria farmacêutica, os meios de comunicação e ainda as críticas ao modelo hegemônico da tecnociência. Nossa pesquisa empírica apresenta indícios de que a fina rede de poderes que atua no dispositivo de depressão tem delineado, na última década, novos grupos sociais e identitários como alvos de avaliação dos riscos da doença. Com o intuito de politizar o debate acerca das interfaces entre mídia e ciência, indicamos que a produção cultural de novos personagens da depressão implica outros arranjos de poder a que convém atentar.

Palavras-chave

Depressão; jornalismo científico; subjetividade contemporânea.

“Costuma-se ter duas doenças ao mesmo tempo: a diagnosticada e a imaginada”
Carlos Drummond de Andrade, “O avesso das coisas”

“Toda definição de homem a partir da felicidade é niilista”
Alain Badiou, “Ética”

Introdução

Tendo em mente a famosa frase de Marx de que os grandes personagens da história só se repetem como farsa, iniciamos este trabalho com um exercício de imaginação: como hoje viveriam as heroínas melancólicas de Clarice Lispector? Afogadas talvez em um mar de fluoxetina à disposição na farmácia mais próxima. Teria porventura a Annie Hall de Woody Allen economizado tempo e dinheiro em suas intermináveis sessões de análise em proveito de alguns comprimidos antes de se deitar? No universo da saúde mental, o Dr. Freud que sobrevive nas caricaturas da

¹ Trabalho apresentado ao DT 06 Interfaces Comunicacionais, do XIV Congresso de Ciências da Comunicação na Região Sudeste.

² Doutorando em Comunicação e Cultura pela ECO/UFRJ sob orientação da Profª. Drª. Ieda Tucherman e bolsista do CNPq. Mestre em Comunicação pela UFF e bacharel em Comunicação Social pela Uerj, atualmente desenvolve tese acerca da construção midiática da depressão como patologia. E-mail: ericsonclair@gmail.com



cultura de massas e no léxico do senso comum certamente não desfruta do mesmo prestígio diante dos agora igualmente populares saberes da neurociência.

Neste texto, produzido na esteira de nossa tese de doutorado em andamento no PPGCOM-UFRJ, sob orientação da Prof. Dra. Ieda Tucherman, procuramos apresentar e discutir os primeiros resultados de uma pesquisa incipiente realizada a partir da comparação da cobertura jornalística da patologia da depressão entre os anos de 1998 e 2008 no jornal Folha de São Paulo. Mais especificamente, pretendemos ratificar o fato de que as doenças têm história e só existem em relação às instâncias sociais de que fazem parte. Nosso argumento é que, mesmo no pequeno espaço de tempo de uma década, podemos observar a redefinição dos personagens da depressão na mídia impressa. Por personagens da depressão, entendemos os grupos que servem como objeto de aplicação do poder-saber psiquiátrico na atualidade.

Ao invés de admitir as recentes transformações científicas e culturais como decorrências naturais de um desenvolvimento linear e cumulativo, reivindicamos a companhia dos que defendem a necessidade de uma repolitização do debate acerca dos modos como a cultura produz seus saberes e as relações de poder a eles conjugadas, e em que medida tais jogos contribuem para o delineamento de novas questões éticas. Evitamos assim pensar que os media simplesmente “refletem” as transformações da tecnociência. Preferimos, ao contrário, indagar sobre os novos arranjos de sociabilidade que uma cobertura jornalística pode configurar na seleção de dados e abordagens específicas da ciência médica. Atentos à questão da ética nos meios de comunicação, imbuímos-nos da proposta de uma genealogia, portanto, vislumbrando fraturar o presente e o passado de modo a fazê-los aparecer na multiplicidade de que são constituídos.

O foco deste artigo nos personagens da depressão é inspirado no trabalho realizado por Foucault no primeiro volume de *História da Sexualidade, a vontade de saber*, em que compreende a sexualidade como um dispositivo. No próximo tópico trataremos deste tema e também de um breve (e assumidamente incompleto) panorama do atual estado da arte da questão da depressão, procurando abranger conclusões de estudos científicos recentes tanto na área médica quanto em nossas Ciências Sociais. Em seguida, apresentamos os dados coletados em nossa pesquisa empírica, discutindo a ascensão destes que chamamos aqui de novos personagens da depressão na mídia.



A depressão como problema contemporâneo

Nas últimas décadas, uma série de novas patologias psiquiátricas como depressão, síndrome do pânico, transtorno de déficit de atenção e transtorno obsessivo compulsivo surge extensivamente catalogada nas últimas edições do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM), a “bíblia” dos psiquiatras, que é base não somente para a criação de diagnósticos em consultórios médicos como também para resoluções de investimentos governamentais e regulamentações de planos de saúde. No Brasil e no mundo, os casos diagnosticados de depressão crescem de forma alarmante. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), será o segundo maior problema de saúde pública em algumas décadas. No país, atinge de 10% a 12% da população, sendo a incidência em mulheres duas vezes maior do que em homens. Dados da Anvisa mostram que o consumo de medicamentos para a depressão cresceu de forma gritante no Brasil. De 2003 a 2007, o número de unidades de antidepressivos vendidos subiu de 17 para 24 milhões, mais de 40% portanto.

Tal estado de coisas nos estimula a refletir. Quais os impactos da depressão, em sua mediação comunicacional, nos meandros da sociabilidade? Evidentemente, não nos cabe aqui discutir a “verdade científica” da depressão, mas de problematizá-la a partir de suas repercussões socioculturais.

Temos diante de nós, atualmente, dois caminhos no tratamento midiático da depressão: o primeiro, em declínio, enfatiza as causas psicológicas e socioculturais da patologia, tais como a aceleração da vida nas grandes metrópoles, o enfraquecimento das grandes instituições como o Estado e a família, a perda de referenciais culturais mais amplos etc; o segundo, em crescente ascensão, trata a depressão como um problema de caráter biológico, mais especificamente como uma baixa do número de neurotransmissores (substâncias químicas responsáveis pela comunicação entre os neurônios).

Apesar de ser tentador, não buscamos aqui tecer um “histórico” da depressão, que poderia concentrar-se na lenta formação dos saberes sobre a patologia, seus desníveis e continuidades³. Não temos tampouco a ambição de promover uma ampla análise social do problema (cujo trabalho de Alain Ehrenberg, *La fatigue d'être soi: depression et société*, talvez seja a grande referência para este tipo de empreitada). Finalmente, não

³ Para este propósito, cf. JACKSON, S. W. *Melancholia & Depression*. New Haven, CT: Yale University Press, 1986.



nos encaminharemos a uma história das representações midiáticas da depressão, trabalho de fôlego e certamente importante, mas que poderia fazer-nos desviar disto que nos parece urgente neste artigo: a definição, na última década, a partir dos meios de comunicação, dos grupos sociais e identitários depressivos.

No campo científico, a depressão é cada vez mais entendida como uma disfunção da química cerebral, a partir de que se elaboram medicamentos cujo objetivo é estimular a recaptação seletiva das monoaminas (substâncias como a serotonina e a dopamina, derivadas de aminoácidos e com função neurotransmissora). Tal “compreensão científica” da patologia, contudo, está longe de ser absoluta, como por vezes nos faz crer a divulgação midiática. Em primeiro lugar, porque os fatores sociais e ambientais não são descartados na descrição científica da depressão. O ponto de partida dos cientistas tem sido as “interações gene-ambiente” (WONG e LICINIO, 2007, p. 5). Apesar da inclinação médica a uma biologização do problema, reconhecem a dificuldade de estabelecer um padrão de funcionamento genético da doença sem considerar as vivências sociais do paciente. Estudos diferenciados tentam dar conta da questão da depressão considerando fatores como a renda familiar, os abusos sexuais na infância e mesmo a nacionalidade⁴.

Uma das principais polêmicas científicas neste caso diz respeito à terapêutica, em que, grosso modo, se põem de um lado os defensores da administração de medicamentos e, de outro, os que defendem tratamento por psicoterapia. Os primeiros afirmam que

a psicoterapia é cara e laboriosa, e sua eficácia só foi confirmada para algumas modalidades mais padronizadas, tais como as terapias interpessoal e cognitiva. A eficácia de outras formas de psicoterapia é ainda incerta. Então não é de se surpreender que o tratamento ideal para a depressão seja definido como um agente oral de ação rápida, com alta eficácia, com efeitos adversos praticamente inexistentes e com metabolização por sistemas com pouca variabilidade genética que afetem a farmacocinética da droga (*Ibid.*, p. 6).

Em outra direção, trabalhos recentes de pesquisadores como Jurandir Costa, Benilton Bezerra, Francisco Ortega e, em nossa área, Maria Cristina Franco Ferraz, têm atentado às implicações políticas destes novos saberes. A causalidade da depressão raramente é atrelada à cultura. Privilegia-se, pelo contrário, uma explicação cujo papel do social é drasticamente reduzido, geralmente entendido como “catalisador” do

⁴ Cf. PARKER, Gordon e PARKER, Kay. “Formulações psicossociais e ambientais da depressão”. In: **Biologia da depressão**. Porto Alegre: Artmed, 2007.



problema. O depressivo, portanto, seria um amálgama de predisposição genética e maus hábitos. Neste sentido, a depressão seria mais uma das patologias contemporâneas elaboradas na esteira do paradigma do “sujeito cerebral”. Grosso modo, embasado pelo desenvolvimento das neurociências, tal paradigma sustenta um novo roteiro de subjetivação para o qual emoções, sensações, sentimentos em geral são reduzidos a combinações químicas do cérebro. Neste sistema de significação, o simbólico ocupa pouco espaço. Amplamente vulgarizados midiaticamente, os saberes do sujeito cerebral invadem nosso cotidiano, como no divertido quadro do *Fantástico* da Rede Globo, em que uma famosa neurocientista, diante de um gigantesco cérebro rotativo que adorna o cenário, discorre sobre as explicações neuronais de nossos sentimentos.

Assim, respeitando as singularidades de cada período histórico, tem-se pensado a produção de depressivos como parte de um biopoder contemporâneo, em que atualizamos o célebre conceito de Foucault elaborado para pensar a gestão da vida na sociedade disciplinar, mantendo em funcionamento, porém, suas duas instâncias: a *biopolítica das populações*, centrada no corpo-espécie, e a *anátomo-política do corpo humano*, focada no indivíduo. No domínio do biopoder atual, contudo, esvaziam-se os hospitais psiquiátricos de confinamento dos loucos em nome de uma regulação sutil da própria normalidade empreendida por meio da administração de medicamentos e centros móveis de atendimento⁵.

O universo da saúde mental pode ser inscrito no registro do biopoder, em primeiro lugar, porque “vale a pena lembrar que a medicina é talvez o local mais antigo em que se pode observar o jogo de verdade, poder e ética em múltiplas relações com o sujeito, com a família, com a natureza e com as possibilidades de uma boa vida” (RABINOW; ROSE, 2003, p. 5). Além disso, porque nossa era é marcada pelas *bioidentidades* e *biossociabilidades*. Segundo Benilton Bezerra (2002), as bioidentidades são “novas formas de construção identitária fabricadas tendo como base não um repertório de sentimentos, crenças ou filiação a horizontes supra-individuais, mas em função de itens ligados à natureza do organismo individual”. As biossociabilidades seriam formas de vinculação “construídas a partir de uma doença determinada. Nesse contexto, o conceito de deficiência releva o de doença” (ORTEGA, 2003, p.16).

⁵ O governo brasileiro, que destina 2,3% do orçamento anual do Sistema Único de Saúde (SUS) à saúde mental, tem-se esforçado, desde a década de 90, em aprofundar a chamada Reforma Psiquiátrica. A ideia é reduzir o investimento em hospitais, aumentando em contrapartida as verbas para pequenas unidades de tratamento nas comunidades, por meio dos 918 Centros de Atenção Psicossocial (Caps).



Diante deste quadro, e de modo a lançar luzes sobre este problema, pode ser fértil buscarmos inspiração no conceito foucaultiano de *dispositivo*. A despeito do sucesso acadêmico deste conceito, pouco se indica que dispositivo, em Foucault (1990), compreende uma rede heterogênea formada por elementos tão diversos quanto instituições, enunciados científicos, proposições filosóficas, construções arquitetônicas, leis, condutas morais etc. Esta rede seria dotada de uma historicidade que promoveria a atualização diferenciada de seus elementos no tempo. Imbuídos de duração, tais elementos se relacionariam por *sobredeterminação funcional* e *preenchimento estratégico*. Em outras palavras, seriam dotados de sentidos diversos conforme efeitos (esperados ou não) do dispositivo. Fiel ao método genealógico nietzscheano, Foucault dissocia portanto uma prática de um sentido supostamente unívoco, tornando-a, em vez disso, produto de relações de poder-saber constituídas no tempo. É assim, por exemplo, que no dispositivo disciplinar do século XIX, mais especificamente por volta de 1880, a instituição escolar produz os limites entre normal e patológico em relação às crianças, fazendo visíveis as até então inexistentes crianças “idiotas”⁶. Por *sobredeterminação funcional* e *preenchimento estratégico*, o dispositivo disciplinar cria, então, a escola especial para idiotas. É um exemplo de como a atualização que produz germes de diferenciação é própria ao sistema.

Ao investigar a questão da sexualidade como dispositivo, em outro exemplo, Foucault delimita os grupos que foram alvo direto da aplicação dos poderes e saberes da chamada *scientia sexualis*: a mulher histérica, o adulto perverso, a criança masturbadora e o casal malthusiano. A fina rede de poder-saber não é subjetiva (não podemos remeter o poder a “alguém” como fonte), mas tem alvos muito bem determinados. Tais alvos, contudo, alteram-se de acordo com as necessidades de ressignificação plural do dispositivo.

Defendemos então que o que denominamos hoje de depressão pode ser considerado um dispositivo, uma rede heterogênea que comporta o novo saber neurocientífico, o desenvolvimento da indústria farmacêutica, o poder psiquiátrico, os imperativos de felicidade a qualquer custo, os meios de comunicação e, ainda, as críticas a este modelo hegemônico de compreensão da subjetividade.

⁶ A difusão do poder psiquiátrico no corpo social teria sido dada pela psiquiatrização da criança. Até o século XVIII, a idiotia e a demência eram parte da loucura. Se a loucura era o delírio manifestado pelo erro dos sentidos, a idiotia e a demência seriam estados máximos da loucura, porque faziam com que a criança não conseguisse perceber nada ao seu redor. Era um caso máximo do erro da razão. No século XIX, isso se altera. A idiotia e a demência passam a ser consideradas falhas no desenvolvimento das faculdades perceptivas. Cf. FOUCAULT, 2006b.



Trata-se de um problema complexo, não redutível às contendas entre os adeptos da psicanálise e os defensores dos medicamentos. Recordemos Deleuze em seu profético *Post-scriptum sobre as sociedades de controle*, texto em que alertou que os indivíduos formados pela disciplina tornavam-se pouco a pouco *dividuais*, ou seja, cada vez mais amostras e bancos de dados, seres cindidos em perene competição consigo próprios e equacionados em termos de informações codificáveis. Neste sentido, alertava sobre a

nova medicina ‘sem médico nem doente’, que resgata doentes potenciais e sujeitos a risco, que de modo algum demonstra um progresso em direção à individuação, como se diz, mas substitui o corpo individual ou numérico pela cifra de uma matéria ‘dividual’ a ser controlada (DELEUZE, 1992, p. 225).

Como um demonstrativo da complexidade destes novos paradigmas, lembramos que o próprio Deleuze mostrou-se um grande entusiasta da investigação neurológica das patologias e da farmacologia. Em suas entrevistas a Claire Parnet, reunidas no *Abécédaire*, o filósofo afirma, ao discorrer sobre o tema da letra N, Neurologia: “A farmacologia e sua ação possível sobre o cérebro e as estruturas cerebrais que poderíamos encontrar em nível molecular nos casos de esquizofrenia, tudo isso me parece um futuro mais seguro do que a psiquiatria espiritualista”.

Atualmente, o controle da tal matéria “dividual” no campo da medicina se dá a partir da *gestão de riscos*. Alimentada pelas novas verdades provenientes da genética e das neurociências, a gestão de riscos na medicina vai ao encontro dos prognósticos deleuzianos. Segundo Rabinow,

O risco não é o resultado de perigos específicos colocados pela presença imediata de uma pessoa ou um grupo de pessoas, mas sim a fusão de “fatores” impessoais que tornam um risco provável. Assim, a prevenção é a vigilância, não do indivíduo, mas sim de prováveis ocorrências de doenças, anomalias, comportamentos desviantes a serem minimizados, e de comportamentos saudáveis a serem maximizados. Estamos aos poucos abandonando a antiga vigilância face-a-face do indivíduo e grupos já conhecidos como perigosos ou doentes, com finalidades disciplinares ou terapêuticas, e passando a projetar fatores de risco que desconstroem e reconstroem o sujeito individual ou grupal, ao antecipar possíveis *loci* de irrupções de perigos, através da identificação de lugares estatisticamente localizáveis em relação a normas e médias. (RABINOW, 2002, p. 145).

Neste novo arranjo de forças, a própria idéia de doença é relativizada em benefício da noção de deficiência. Estaríamos diante de uma “morte da clínica”, visto



que esta teria se formado, como mostrou Foucault, no mesmo contexto da emergência do indivíduo. A deficiência seria, portanto,

qualquer condição física, mental ou situacional que produziria fraqueza ou problema em relação ao que é considerado normal (...) Seriam déficits a serem compensados psicológica, social e espacialmente e não doenças a serem tratadas: ortopedia, não terapêutica (*Ibid.*, p. 146).

Se a tristeza profunda passa a ser patologizada e medicalizada é porque é encarada como um importante fator de risco para o desenvolvimento futuro da depressão. Assim,

a medicina contemporânea embaralha as distinções, existencialmente nítidas, próprias à sucessão moderna “saúde-doença-intervenção-saúde”. Do ponto de vista do estado final, para algumas doenças psíquicas como a depressão, não há retorno à normalidade, pois o medicamento passa a ser necessário para o resto da vida; ele se torna uma forma de alimento e prótese tecnológica. Do ponto de vista do estado inicial, a epidemiologia dos fatores de risco, as descobertas da genética e a ampliação da distância temporal entre diagnóstico e manifestação subjetiva da doença convidam todo indivíduo a cuidar de si enquanto não sente nada (VAZ et al., 2007, p. 147).

Sobre a vigilância constante de si, podemos pensar com Nietzsche, que, em uma interessante passagem do pequeno e vigoroso texto “Os quatro grandes erros”, de *Crepúsculo dos ídolos*, lança suspeitas à prescrição de regras gerais para o aniquilamento do sofrimento do corpo por meio do rígido controle da alimentação, em referência a um então famoso italiano de nome Cornaro, que recomendava uma dieta constante para uma vida longa e alegre:

O bom italiano via em sua dieta a *causa* de sua longa vida: ao passo que a precondição para uma longa vida, a extraordinária lentidão do metabolismo, o baixo consumo, era a causa de sua exígua dieta. Ele não tinha a liberdade de comer pouco ou muito, sua frugalidade *não* era um “livre-arbítrio”: ele ficava doente quando comia mais. Mas quem não é uma carpa não só faz bem em comer *propriamente*, mas disso tem necessidade. Um erudito de *nossa* época, com seu rápido consumo de energia nervosa, se destruiria com o regime de Cornaro. *Crede experto* [Crea no perito]. – (NIETZSCHE, 2006, p. 39)

O argumento nietzscheano pode ser resumido da seguinte forma: a norma acima exposta de evitar-se o sofrimento do corpo (bem como de diversas outras correlatas) decorre de uma confusão entre a *causa* e a *consequência* do mal. A boa vida, longa e feliz de Cornaro não é proveniente da dieta empreendida por ele, pelo contrário: é a dieta que decorre de seu modo de viver. Cornaro, em sua constituição física “fraca”, não poderia ter outro tipo de dieta senão a que lhe interessou. O problema se dá quando, ao generalizar o que lhe serve em particular, Cornaro institui bases para uma moral que enfraquecerá aqueles para quem tal dieta não é própria. Em outro trecho, completa:



“Seus amigos dizem: tal ou tal doença é responsável por isso. Eu digo: o fato de ele adoecer, de não resistir à doença, já foi consequência de uma vida debilitada, de um esgotamento hereditário” (*Ibid.*, p. 40). Por este motivo, Nietzsche indica-nos que aquilo que atribuímos como causa dos sofrimentos normalmente são apenas as idéias produzidas por uma determinada situação que nos causa sofrimento. A explicação psicológica, segundo o filósofo, para este comportamento humano, é que “fazer remontar algo desconhecido a algo conhecido alivia, tranquiliza, satisfaz e, além disso, proporciona um sentimento de poder” (*Ibid.*, p. 43). É por isso que, em um momento de desespero, não se é muito rigoroso com a escolha dos meios que, segundo nossa crença, promoveriam a libertação da dor. Assim sendo, a vontade de causa (“a causa da causa”) é determinada por um sentimento de medo tipicamente humano. Nietzsche promove a crítica da idéia de causa pelo domínio da ética, e não o da epistemologia.

Com Nietzsche, pleiteamos que a moral ocidental, ao enfatizar o ascetismo (na forma da moral cristã ou no contexto atual de medicalização da cultura e esvaziamento do simbólico), fragiliza o humano, reduzindo-o a sua condição de *vítima*. O homem seria aquele capaz de se reconhecer como vítima. Como afirma Badiou, tal definição negativa do humano identifica-o unicamente como vivo; ele não é outra coisa senão um mortal. Se a ética tal como entendida produz o bem a partir do reconhecimento do mal, ela se furta a pensar a singularidade das situações. Um médico recorre às comissões “éticas” para saber se poderá ou não tratar do doente. Tem que negociar “eticamente” a situação. O que se confirma, contudo, é que, em questões como a eutanásia, por exemplo, a verdadeira indagação é: quando e como, em nome do nosso ideal de felicidade, podemos matar alguém? Em um viés crítico da chamada “ética”, Badiou sentencia: “Na realidade, o preço pago pela ética é o de um *conservadorismo* abundante” (BADIOU, 1993, p. 15).

É este domínio da ética que nos interessa em nossa problematização da abordagem midiática da questão da depressão. Que tipo de humano se produz aí? Quais os liames entre o normal e o patológico no caso da melancolia em uma cultura cujo mote principal é evitar o sofrimento a qualquer custo?

Para perceber as nuances da relação entre mídia e depressão nos últimos dez anos, passemos então à exposição e análise dos dados coletados em nossa investigação empírica.



Depressão na mídia: Folha de São Paulo (1998/2008)

Analizamos a presença da questão da depressão na mídia impressa brasileira a partir da comparação de sua cobertura jornalística entre os anos de 1998 e 2008. Em dez anos, conseguimos observar alterações significativas em relação ao modo como a mídia direcionou seu foco ao problema, tanto quantitativa como qualitativamente. Primeiramente, tratamos das matérias do jornal Folha de São Paulo publicadas no período de 01 de Janeiro de 1998 a 13 de Dezembro de 1998. Em seguida, coletamos as matérias do mesmo jornal no período de 01 de Janeiro de 2008 a 13 de Dezembro de 2008. Foram contabilizadas as menções à depressão como metáfora e como patologia. No ano de 1998, encontramos 202 matérias, enquanto no ano de 2008 tivemos 187. Apesar de o número atual de matérias ser menor do que o de dez anos atrás, é a alteração do sentido delas que se mostra importante investigar.

Em relação às causas da depressão, temos dados consideráveis.

TABELA 1
Causas da depressão

As causas da depressão	1998	2008
Psicológicas ou socioculturais	19%	8%
Biológicas	7,4%	7%
Ambientais	0%	1%
Mistas (biológicas, psicológicas e socioculturais)	2%	0,5%

FONTE – FOLHA DE S. PAULO, 98 e 08.

Se a causalidade de depressão na Folha enfatizando a biologia do corpo manteve-se basicamente estável comparando-se 98 e 08, a busca por causas psicológicas ou socioculturais, citada antes em 19% das matérias analisadas, atualmente aparece em apenas 8%. Confirmamos aqui o encolhimento do papel do social sobre o qual alertamos nos tópicos anteriores. As causas mistas (biológicas e socioculturais), presentes nos livros de psiquiatria, pouco aparecem na cobertura midiática, chegando inclusive a reduzir-se em 2008, passando de 2% para 0,5%. Finalmente, atentamos ao curioso surgimento de explicações ambientais para a depressão que, mesmo ainda pouco presentes (1% em 08), apostamos estar em curva de ascensão.

No que diz respeito aos tratamentos, novamente temos dados em favor de nossa hipótese. A menção ao tratamento da depressão por medicamentos cresceu de 7,9% das



matérias abordadas para 12%, enquanto a solução por psicoterapia ou outros métodos alternativos de terapia caiu de 5,4% para 2,1%. Já a combinação entre medicamentos e terapia manteve-se praticamente estável: 2,5% para 2,7%.

TABELA 2
Tratamentos para a depressão

Tratamentos	1998	2008
Medicamentos	7,9%	12%
Internação	0%	1%
Estimulação magnética craniana	0%	1,6%
Psicoterapia e terapias alternativas	5,4%	2,1%
Religião	0%	1%
Medicamentos + outros meios	2,5%	2,7%
Exercícios físicos	0%	2,1%
Trabalho	0%	1,6%
Auto-ajuda	0%	1%
Alimentos específicos	0%	1%

FONTE – FOLHA DE S. PAULO, 98 e 08.

Os dados apresentados até aqui tendem a apenas ratificar a impressão contemporânea de que há uma crescente medicalização da depressão. Contudo, é a partir das próximas tabelas que podemos notar indícios da ascensão dos novos personagens midiáticos desta patologia.

Vejamos então os dados sobre a depressão como fator de risco. Se em 98, o foco das matérias era na depressão como risco para o suicídio e para o vício em drogas, atualmente o cerne da questão é a depressão como fator de risco para o desenvolvimento de outros problemas físicos, tais como infartos, impotência etc.

TABELA 3
Depressão como fator de risco

Depressão como fator de risco	1998	2008
	8	
Para suicídio	8%	2,7%
Para desenvolvimento de vício em drogas ou outros	7%	1%
Para desenvolvimento de outras doenças	2%	7,5%

FONTE – FOLHA DE S. PAULO, 98 e 08.

O declínio dos depressivos suicidas e drogados e o aumento da visibilidade do depressivo que desenvolve outras doenças indica como os elementos de um dispositivo reorganizam-se de acordo com um poder que é intencional, porém não subjetivo, através da chamada sobredeterminação funcional e do preenchimento estratégico.

Encontramos também sinais de ressignificação da depressão como questão social na mídia, especialmente em relação ao modo como aparece atrelada a casos judiciais, chegando a estar presente em 5,3% das matérias que abordam o tema em 08, contra apenas 2,5% em 98. Normalmente, é mencionada como tática de advogados de defesa para atenuar a pena de pessoas que cometeram crimes.

TABELA 4
Depressão como questão social

Como questão social	1998	2008
De saúde pública	1,5%	1%
De trabalho	2%	3,2%
De Justiça	2,5%	5,3%
De planos de saúde	0,5%	0%

FONTE – FOLHA DE S. PAULO, 98 e 08.

Tal crescimento de um tratamento jurídico da depressão na mídia estaria profundamente vinculado a outro fenômeno observado: o grande aumento de reportagens que citam casos de depressão pós-parto. Em muitas matérias sobre mulheres que abandonaram seus bebês após o nascimento, apresentava-se o argumento da defesa de seus advogados de que elas haviam sofrido deste mal, uma patologia de ordem psiquiátrica que deveria ser considerada pelo juiz ao determinar a sentença.

TABELA 5
Personagens da depressão

Depressão em	1998	2008
Idosos	2%	2,1%
Crianças	7,9%	4,3%
Em mulheres no pós-parto	1%	5,3%

FONTE – FOLHA DE S. PAULO, 98 e 08.

Nesta última tabela, o foco na depressão em idosos manteve-se estável na última década, ao mesmo tempo em que a concentração midiática na depressão infantil caiu bastante, de 7,9% para 4,3% das matérias. Os casos de mulheres com depressão pós-parto, entretanto, cresceram de 1% para 5,3%.

Apesar de estes dados serem ainda bastante brutos, lançamos algumas hipóteses que poderão ser reforçadas em trabalhos futuros. À diminuição do foco midiático na



criança depressiva podemos vincular talvez o profundo aumento dos casos diagnosticados de distúrbio de déficit de atenção nesta faixa etária. Desvio do foco dos poderes e saberes, portanto. No que diz respeito aos suicidas, talvez o sucesso na administração da fluoxetina nos últimos anos para o tratamento da depressão, que reduz os impulsos suicidas consideravelmente (cf. LUCINO e WONG, 2007, p. 6), tenha contribuído para uma queda do atrelamento da depressão ao suicídio. Sobre a redução do foco no depressivo drogado, talvez possamos desconfiar da dificuldade de se sustentar o argumento do risco de vício em drogas ilegais por parte de um depressivo quando este é, cada vez mais, estimulado a ingerir diversas drogas na forma de medicamentos. Já o recrudescimento da visibilidade da mulher com depressão pós-parto pode ser relacionado à crescente notificação de casos de gravidez na adolescência em que as mães abandonam filhos assim que os bebês nascem, bem como à descrição da mulher em termos de sua constituição hormonal, buscando relacionar hormônio e risco. Pesquisas recentes apontam o desequilíbrio hormonal feminino como possível fator predominante nos casos de mulheres com depressão pós-parto⁷. Finalmente, a preocupação constante com os idosos depressivos talvez se justifique em uma cultura de postergação constante da morte e de valorização da juventude.

Deste modo, concluímos que “os depressivos” na mídia não são portanto um grupo fixo no tempo, mas um conjunto de fatores flexíveis de acordo com escopos diferenciados de visibilidade do dispositivo de depressão. Assistimos ao declínio da atenção midiática aos suicidas, drogados e crianças, a manutenção da vigilância dos idosos e o aumento da preocupação com as mulheres grávidas e depressivos que podem desenvolver outras doenças.

Considerações finais

Buscamos suscitar um espírito crítico acerca do modo como a mídia se insere no dispositivo contemporâneo de depressão. A partir da análise comparada da cobertura do jornal Folha de São Paulo sobre nosso objeto, entre os anos de 98 e 08, e embasados por nossas perspectivas teóricas, procuramos mostrar como devemos problematizar a suposta neutralidade da mídia no que diz respeito à divulgação científica. Delineando seus objetos de acordo com os dispositivos de que fazem parte, os meios de comunicação merecem uma análise mais detida de suas implicações éticas. Em nossa

⁷ Para uma discussão mais aprofundada da chamada equação mulher-hormônio na mídia, cf. FERRAZ, 2008.



pesquisa, percebemos não apenas uma ratificação do esvaziamento do simbólico no que se refere à depressão, em proveito de uma ascensão da descrição do problema em termos fisiológicos, como também a visibilidade de novos focos de atuação como a área jurídica e, especialmente, a produção de novos personagens, como a mulher com depressão pós-parto e o depressivo que pode desenvolver outras doenças, o desvio do foco de investimento do poder nos suicidas e nas crianças e a manutenção do foco midiático nos idosos. Em nossas pesquisas empíricas futuras procuraremos confirmar ou corrigir esta tendência, procurando-a em outros tipos de publicação impressa e audiovisual.

Como afirmamos inicialmente, não se trata de discutir a cientificidade da depressão ou os “avanços” da ciência em relação ao tema, mas de tornar visíveis as estratégias discursivas (e portanto éticas) implicadas na produção cultural da depressão como patologia. Salientamos, sobretudo, o perigo de se tornar absolutos os métodos de intervenção, em detrimento de uma preocupação mais detida a respeito das singularidades de cada caso. O papel midiático em questões como esta determina novos arranjos de sociabilidade na medida em que apresenta novos personagens sociais e, com eles, novas regras de conduta.

Como sabemos, generalizações são perigosas porque fatalmente resvalam para o terreno da moral. Assim, se, como alertou Nietzsche, “tudo o que é absoluto pertence à patologia” (2002, p. 96), afirmar o inverso também é interessante, na medida em que tudo o que é patológico pertence ao absoluto. Mais uma vez, portanto, é preciso pleitear um pensamento e uma conduta de afirmação da pluralidade de nossas diferenças.

Referências bibliográficas

BADIOU, Alain. **L'éthique – Essai sur la conscience du Mal**. Paris: Hatier, 1993.

BEZERRA, Benilton. “O ocaso da interioridade e suas repercussões sobre a clínica”. In: PLASTINO, Carlos Alberto. (Org.). **Transgressões**. Rio de Janeiro: Contracapa, 2002.

DELEUZE, G. “Post-scriptum sobre as sociedades de controle”. In: **Conversações**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

FERRAZ, Maria Cristina Franco. “A feminilidade como déficit”. In: **Revista Trópico**. 2008. Disponível em: <http://p.php.uol.com.br/tropico/html/textos/2969,1.shl>
Acesso em: 08 fev. 09.



FOUCAULT, M. “Sobre a história da sexualidade”. In: **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1990.

_____. **História da sexualidade I – a vontade de saber**. São Paulo: Graal, 2006a.

_____. **O poder psiquiátrico – curso dado no Collège de France (1973-1974)**. São Paulo: Martins Fontes, 2006b.

NEIMAN, Susan. **O mal no pensamento moderno – uma história alternativa da filosofia**. Rio de Janeiro: Difel, 2003.

NIETZSCHE, F. “VI. Os quatro grandes erros”. In: **Crepúsculo dos ídolos (ou como se filosofa com o martelo)**. São Paulo: Cia das Letras, 2006.

_____. **Para Além do Bem e do Mal: Prelúdio a Uma Filosofia do Futuro**. São Paulo: Martin Claret, 2002.

ORTEGA, Francisco. “Práticas de ascese corporal e constituição de bioidentidades”. In: **Cadernos Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2003.

Disponível em:

http://www.nesc.ufrj.br/cadernos/2003_1/2003_1%20FOrtega.pdf

RABINOW, Paul. “Artificialidade e Iluminismo”. In: **Antropologia da razão**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.

RABINOW, P. e ROSE, N. **Thoughts on the Concept of Biopower Today**. 2003.

Disponível em:

<http://www.lse.ac.uk/collections/sociology/pdf/RabinowandRose-BiopowerToday03.pdf>

LUCINO, Julio e WONG, Ma-Li (org.). **Biologia da Depressão**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

VAZ, Paulo; POMBO, Mariana; FANTINATO, Maria; PECLY, Guilherme. “O fator de risco na mídia”. In: **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v.11, n.21, p.145-63, jan/abr 2007.