

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM COMUNICAÇÃO

ERICSON SAINT CLAIR

**A DEPRESSÃO COMO ATUALIDADE MIDIÁTICA
NO BRASIL CONTEMPORÂNEO:
fazendo o arquivo falar (1970-2010)**

Rio de Janeiro
2012

Ericson Telles Saint Clair

**A DEPRESSÃO COMO ATUALIDADE
MIDIÁTICA NO BRASIL
CONTEMPORÂNEO:
fazendo o arquivo falar (1970-2010).**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Comunicação, na linha de pesquisa Tecnologias da Comunicação e Estética, Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito para obtenção de título de Doutor em Comunicação.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ieda Tucherman

Rio de Janeiro
2012

S136

Saint Clair, Ericson Telles

A depressão como atualidade midiática no Brasil contemporâneo: fazendo o arquivo falar (1970-2010) / Ericson Telles Saint Clair. Rio de Janeiro, 2012.

254 f.

Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Comunicação, Programa de Pós-Graduação em Comunicação, 2012.

Orientadora: Prof. Dr^a. Ieda Tucherman.

1. Jornalismo científico. 2. Depressão mental – Aspectos sociais. 3. Governamentalidade. I. Tucherman, Ieda. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Comunicação. III. Título.

CDD: 070.4495

ERICSON TELLES SAINT CLAIR

**A DEPRESSÃO COMO ATUALIDADE
MIDIÁTICA NO BRASIL
CONTEMPORÂNEO:
fazendo o arquivo falar (1970-2010).**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Comunicação, na linha de pesquisa Tecnologias da Comunicação e Estética, Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito para obtenção de título de Doutor em Comunicação.

Aprovado em 09 de Março de 2012.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Ieda Tucherman - Orientadora
Escola de Comunicação - Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Benilton Bezerra Jr.
Instituto de Medicina Social - Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Márcio Souza Gonçalves
Faculdade de Comunicação Social - Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Prof^a. Dr^a. Maria Cristina Franco Ferraz
Instituto de Artes e Comunicação Social - Universidade Federal Fluminense

Prof. Dr. Maurício Lisovsky
Escola de Comunicação - Universidade Federal do Rio de Janeiro

Suplentes:
Prof^a. Dr^a. Fátima Régis de Oliveira – FCS/Uerj
Prof. Dr. Paulo Vaz – ECO-UFRJ

Rio de Janeiro, RJ
2012

Para minha avó, Ruth da Silva Telles,
por ter me mostrado, desde muito pequeno,
que a subjetivação é o que sempre escapa aos poderes-saberes.

AGRADECIMENTOS

Os bons encontros são assim descritos por conta do aumento de potência que deixam em seu rastro. Com a ajuda de Spinoza, agradeço, então:

A Ieda Tucherman, por ter me transformado em doutor. Talvez tão difícil quanto escrever uma tese de doutorado seria tentar aqui resumir minha gratidão por tanta generosidade, carinho e confiança. PS: Sentirei falta dos incríveis jantares preparados pela Madalena.

Aos meus pais, Edson e Eliane, por seu entendimento. Ao meu querido avô, Hélio Telles, pelo exemplo de alegria. Ao meu irmão Edu, pelo apoio espontâneo de todos esses anos.

A Rafael Saint Clair, o Senhor dos Gráficos deste trabalho, pelo carinho de irmão mais novo.

A Márcio Gonçalves que, desde o começo, me orienta para começos sempre novos.

A Maria Cristina Franco Ferraz, pelo contágio que dura, pelo apoio imensurável e por ter me introduzido neste fascinante terreno das relações entre Comunicação, Saúde e subjetividade.

A André Aguiar, amigo de tantos anos, obrigado especialmente pela paciência e pelo ouvido nestes últimos quatro. A Danielle Brasiliense, que reencontrei tão fortemente em 2010, por seu companheirismo cotidiano. A todos os amigos, às vezes mais longe, mas sempre tão perto (em especial a Maria Antonia Luz Vieira).

Aos colegas, professores e funcionários da ECO. Há algo de especial nesta Escola. Aos queridos alunos da graduação, que fazem o esforço valer a pena.

Aos professores Maurício Lissovky e Paulo Vaz, pela generosidade que é própria dos grandes.

Ao professor Benilton Bezerra Jr., cujo trabalho e lucidez admiro há anos, por ter aceitado participar da banca.

Ao CNPq e ao PPGCOM-UFRJ, pela bolsa de doutorado.

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

“You don’t need a weatherman to know which way the wind blows”
Bob Dylan, *Subterranean Homesick Blues*

RESUMO

SAINT CLAIR, Ericson. **A depressão como atualidade midiática no Brasil contemporâneo: fazendo o arquivo falar (1970-2010)**. Rio de Janeiro, 2012 (Doutorado em Comunicação e Cultura) – Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2012.

Investiga-se a emergência do transtorno da depressão como tema de atualidade na imprensa brasileira contemporânea. A partir de pesquisa empírica de cunho qualitativo, foram selecionadas 863 matérias do jornal Folha de São Paulo e da revista Veja que fizeram menção à palavra “depressão” entre as décadas de 1970 e de 2000. Concluiu-se que a atualidade midiática do tema é tributária de um vertiginoso aumento das referências a tal palavra, acompanhada porém de uma radical ruptura de sentido que esta sofreu na década de 90. Dos anos 70 aos 90, a maior parte das menções encontradas se lhe referia como um mal coletivo, refletindo as agruras sociais, políticas e econômicas do Brasil daquele período. Por volta da década de 90, no entanto, depressão passará a ser compreendida como um mal tecnicizável e privado, ou seja, um problema passível de ser conhecido e instrumentalizado pela mídia em conjunto com uma gama de saberes técnicos, em menor atenção ao contexto sociocultural coletivo. Atribuímos esta ruptura a uma série de fatores de ordens distintas, como a ascensão do tema da saúde, entendida como otimização do bem-estar pautado pelo gerenciamento do risco individual; a transmutação das formas de diagnóstico e tratamento da depressão nas últimas décadas do século passado e, por fim, a redemocratização do país e sua entrada definitiva na ordem econômica globalizada, que levaram à redução da visibilidade midiática do sentido coletivo das décadas anteriores. Na esteira destes fatores, e considerando-se traços particulares da mediação do discurso científico ao midiático, sustenta-se que a imprensa reivindica para si o papel de condução de condutas possíveis dos indivíduos. Deste modo, a abordagem dos arquivos digitalizados dos veículos selecionados permitiu-nos empreender um estudo acerca da governamentalidade do jornalismo voltado para a saúde.

Palavras-chave: depressão; jornalismo científico; governamentalidade; análise do discurso.

ABSTRACT

SAINT CLAIR, Ericson. **A depressão como atualidade midiática no Brasil contemporâneo: fazendo o arquivo falar (1970-2010)**. Rio de Janeiro, 2012 (Doutorado em Comunicação e Cultura) – Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2012.

This thesis analyses the emergence of the disorder of depression as a topic of current interest in contemporary Brazilian press. From a qualitative empirical research, we selected 863 articles from newspaper Folha de São Paulo and Veja magazine that mentioned the word “depression” between the 1970’s and 2000’s. We concluded that the great media interest in the subject depends on a staggering rise in references to this word, accompanied by a radical break of sense that it suffered in the 90’s. From 70’s to 90’s, most of the entries found referred to it as a collective suffering, reflecting the bitterness of Brazil’s society of that period. By the 90’s, however, depression will be understood as a private and technical suffering, that is, a problem that can be known and manipulated by a range of technical knowledge, with less attention to collective social and cultural context. We attribute this break to a number of factors of different orders, such as the rise of health as a topic of optimization of well-being guided by individual risk management; the transmutation of forms of diagnosis and treatment of depression in the last decades of the last century and, finally, Brazil’s democratization and its final entry in the global economic order, which led to reduced visibility of the media collective sense of depression of the previous decades. In the aftermath of such factors, and taking into account the particular characteristic of the mediation of scientific discourse to the media, the press claims for itself the role of conducting individuals virtual conducts. Thus, the investigation of scanned files from the selected media allowed us to undertake a study of the governmentality of journalism focused on health.

Keywords: depression; science journalism; governmentality; discourse analysis.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

GRÁFICOS

Gráfico 1: Depressão na Folha de São Paulo. Número total de matérias	31
Gráfico 2: Depressão na Veja. Número total de matérias.	31
Gráfico 3: Sentido científico da depressão na Folha de São Paulo e na Veja.	32
Gráfico 4: Depressão como tema principal na Folha de São Paulo e na Veja.	33
Gráfico 5: Fatores causais da depressão na Folha de São Paulo.	41
Gráfico 6: Fatores causais da depressão na Veja.	42
Gráfico 7: Principais fatores causais exclusivamente psicossociais mencionados na Folha de São Paulo.	44
Gráfico 8: Principais fatores causais exclusivamente psicossociais mencionados na Veja.	44
Gráfico 9: Presença explícita de pesquisas científicas que mencionam depressão, na Folha de São Paulo e na Veja.	160
Gráfico 10: Presença do argumento do subdiagnóstico ou da importância do diagnóstico precoce, na Folha de São Paulo e na Veja.	167
Gráfico 11: Menção a tratamentos da depressão, na Folha de São Paulo e na Veja.	173
Gráfico 12: Tratamentos mencionados pela Folha de São Paulo.	173
Gráfico 13: Tratamentos mencionados pela Veja.	174
Gráfico 14: Relação de fatores causais exclusivamente biológicos mais comuns atribuídos à depressão, na Folha de São Paulo.	175
Gráfico 15: Relação de fatores causais exclusivamente biológicos mais comuns atribuídos à depressão, na Veja.	175
Gráfico 16: Principais fármacos mencionados pela Folha de São Paulo.	186
Gráfico 17: Principais fármacos mencionados pela Veja.	186
Gráfico 18: Crítica aos antidepressivos na Folha de São Paulo e na Veja.	191
Gráfico 19: Percentual de matérias que apresentam consequências da depressão, na Folha de São Paulo e na Veja.	201
Gráfico 20: Doenças como consequências da depressão na Folha na Veja.	201
Gráfico 21: Relação depressão e outras doenças pela abordagem do risco, na Folha de São Paulo e na Veja.	202
Gráfico 22: Relação depressão e outras doenças pela abordagem do risco, na Folha de São Paulo.	203

Gráfico 23: Relação depressão e outras doenças pela abordagem do risco, na Veja.	203
Gráfico 24: Presença de especialistas consultados, na Folha de São Paulo e na Veja.	207
Gráfico 25: Especialistas consultados ou mencionados pela Folha de São Paulo.	208
Gráfico 26: Especialistas consultados ou mencionados pela Veja.	208
Gráfico 27: Relação de médicos consultados, na Folha de São Paulo.	209
Gráfico 28: Relação de médicos consultados, na Veja.	210
Gráfico 29: Presença do contraditório nas pesquisas abordadas, na forma de divergência entre especialistas consultados, na Folha de São Paulo e na Veja.	213
Gráfico 30: Depoimentos pessoais nas matérias consultadas na Folha e na Veja.	214
Gráfico 31: Exposição de pressupostos das pesquisas na Folha e na Veja.	217

FIGURAS

Figura 1: O Pato. Quadrinho de Ciça. Folha de São Paulo, 14 out. 1982.	35
Figura 2: Quadro da matéria “Os piores choques”. Veja, 14 abr. 1971.	63
Figura 3: Charge irônica quanto ao DSM-III. Veja, 10 jan. 1979. Desenho de Milton Rodrigues Alves.	69
Figura 4: Imagens de PET de um cérebro em depressão.	143
Figura 5: Exemplo de propaganda americana do Prozac.	152
Figura 6: Charge sobre Prozac. Veja, 17 jun. 1992.	183
Figura 7: Capa “A luta contra a doença da alma”. Veja, 31 mar. 1999.	189
Figura 8: Capa “Medicina da alma”. Veja, 01 dez. 2004.	193
Figura 9: Reportagem “O equilíbrio do cérebro e da alma”. Veja, 01 dez. 2004	194
Figura 10: Capa “A verdade sobre os remédios”. Veja, 02 fev. 2005.	196
Figura 11: Capa “Remédios: o que há de errado com eles”. Veja, 05 nov. 2008.	197
Figura 12: Foto de paciente em terapia de choque. Folha de São Paulo, 11 set. 2005.	199

LISTA DE SIGLAS

Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APA – American Psychiatric Association

AI-5 – Ato Institucional nº5

CVV – Centro de Valorização da Vida

DDA – Distúrbio de Déficit de Atenção

DOI-CODI – Destacamento de Operações de Informações – Centro de Operações de Defesa Interna

DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

DTC – Direct-to-Consumer Advertising

ECT – Eletroconvulsoterapia

FDA – Food and Drug Administration

FDAMA – Food and Drug Administration Modernization Act

IMAO – Inibidores de Monoaminaoxidase

INSS – Instituto Nacional de Seguro Social

ISRS – Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina

MDB – Movimento Democrático Brasileiro

MDE – Major Depressive Episode

OMS – Organização Mundial de Saúde

PET - Positron Emission Tomography

SUMÁRIO

Introdução: <i>imprimere et deprimere</i>	15
1 Verde e amarelo em branco e preto: a depressão como mal coletivo na imprensa brasileira (anos 70 e 80)	29
1.1 Depressões, no plural	29
1.2 Depressão ou melancolia na mídia?	37
1.3 Por que “tecnicização”?	38
1.4 A depressão como mal coletivo no Brasil	41
1.4.1 Uma delimitação conceitual	41
1.4.2 Um país ciclotímico?	43
1.5 Breve história midiática da depressão nos anos 70 e 80 no Brasil	49
1.5.1 Brasil	50
1.5.2 Ciência	62
1.5.3 Mundo e Sociedade	70
1.6 O declínio da depressão como mal coletivo e seus fatores sociais específicos	73
2 Saúde, risco e governamentalidade midiática	81
2.1 Relações de poder, governo e dominação: distinções necessárias	82
2.2 Governamentalidade, biopoder e público	87
2.3 Informação e saúde nos séculos XX/XXI	94
2.3.1 Um novo panorama	94
2.3.2 A ascensão do risco	98
2.4 Governamentalidade da saúde na mídia	109
2.4.1 Do discurso científico ao discurso midiático: contra a hipótese didática	111
2.4.2 Do discurso midiático ao leitor: contra a hipótese do receptor racional	116
3 A depressão na contemporaneidade	121
3.1 Um distúrbio da insuficiência?	123
3.2 O recrudescimento da psicopatologia descritiva	131

3.3 O avanço das neurociências	139
3.4 O <i>boom</i> dos antidepressivos	147
4 A tecnicização da depressão na imprensa brasileira (anos 90 e 2000)	156
4.1 O <i>doping</i> na lavoura: um epitáfio	156
4.2 Características da tecnicização da depressão na imprensa	158
4.2.1 Perda da dimensão narrativa	158
4.2.2 Passagem da imanência sociocultural à transcendência técnica	160
4.2.3 Pressuposição de uma concepção niilista do homem	161
4.2.4 Submissão à lógica do risco epidemiológico e borramento problemático dos liames normal/patológico	163
4.3 A “insegurança epistemológica” da depressão: fator midiático específico	169
4.4 Histórico da depressão tecnicizada na mídia brasileira	178
4.4.1 Pré-tecnificação no começo dos anos 90	178
4.4.2 A ânsia pela padronização diagnóstica	180
4.4.3 Imprensa, depressão e indústria farmacêutica: uma relação <i>ciclotímica</i>	182
4.4.4 Museu de grandes novidades: a volta das terapias de choque	198
4.4.5 A depressão e as doenças: nova relação <i>ciclotímica</i>	200
4.5 As estratégias discursivas mais recorrentes	206
4.5.1 Seleção interessada dos especialistas consultados	206
4.5.2 Deficiência da exposição do contraditório	212
4.5.3 Depoimentos pessoais como ratificação das pesquisas	214
4.5.4 Negligência sobre as precondições da pesquisa	216
Considerações finais	220
Referências	226
Apêndice	247

Introdução: *imprimere et deprimere*

“*La généalogie, c’est l’histoire comme carnaval concerté*”
Michel Foucault, “*Nietzsche, la généalogie et l’histoire*”

Há uma frase do escritor norte-americano Ernest Hemingway que diz: “toda a minha vida eu olhei para as palavras como se eu as estivesse vendo pela primeira vez”. A procura por esse olhar inaugural sobre uma palavra é a condição para que ela seja inserida em uma rede de significação nova, criativa, propositora de novos caminhos semânticos e, no limite, existenciais. É o que produz uma obra literária como a de Hemingway. É certo que o presente trabalho não ambiciona a tanto. Entretanto, é uma tentativa de provocar minimamente, no interior das fronteiras do discurso de uma tese de doutoramento, algo como um *fresco* no vislumbre da significação da palavra “depressão” por parte do leitor e, assim, suscitar uma reflexão crítica a respeito dos modos pelos quais viemos inventando-nos a nós mesmos. Empreitada ambiciosa e arriscada, certamente, mas a cujo convite – confessamos – não pudemos resistir.

Nas últimas duas décadas, o Brasil tem passado por um conjunto de fortes alterações estruturais de cunhos político-econômico e social. Grosso modo, tais modificações alicerçam-se na estabilização monetária desde os anos 90 com o Plano Real, a desregulamentação de setores econômicos estratégicos, os ajustes fiscais, a abertura dos mercados etc. Estas reformas contribuíram para a introdução definitiva do país na ordem econômica globalizada. Simultaneamente, consolidavam-se as instituições democráticas no país após mais de duas décadas de ditadura militar. Notadamente, destaca-se a relevância dos governos de FHC e Lula – apesar dos discursos antagônicos que o jogo político incita-lhes a proferir – no sentido de traçar uma linha de continuidade progressiva de um mesmo projeto de sociedade. Diariamente, pelas vozes da imprensa, recebemos notícias da transmutação da imagem do Brasil como um país de destaque no cenário internacional capitalista.

Por outro lado, dada a vertiginosa sucessão de eventos transformadores das três últimas décadas, somente há pouco começamos a refletir mais concretamente a respeito de seus efeitos em outras searas que não a exclusivamente econômica. Por exemplo, bastante atenção tem sido dispensada à ascensão da chamada “nova classe-média” do Brasil, embora a tônica de tais discursos esteja na apreensão deste grupo enquanto *consumidores*. Ocorre que há todo um território – menos explorado – de produções de novos comportamentos, maneiras de pensar sobre si e sobre o mundo que, apesar de oriundos de modelos da economia globalizada, não se instituem no Brasil sem modificações próprias ao nosso país.

A produção discursiva que sustenta estes novos modelos subjetivos inunda-nos com seus exemplos que são difundidos pelas mais diversas mídias: a profusão de livros e matérias recheados da retórica da autoajuda; a proliferação de perfis identitários em redes sociais que introduzem novas ferramentas para a elaboração de imagens de si mesmo, muitas vezes de acordo com os atuais padrões de sucesso pessoal; aplicativos de *smartphones* que regulam o horário de atividades cotidianas tais como a alimentação, o sono ou a prática sexual de cada um; *reality-shows* com dicas de *experts* que ensinam desde a maneira mais eficaz para emagrecer até a maneiras mais adequadas para se vestir.

Diante desse quadro, interessam-nos particularmente as novas linguagens do sofrimento psíquico difundidas pelos meios de comunicação. Em que medida a introdução dos valores de um mundo competitivo, pragmático, globalizado imiscuem-se no cotidiano das redações de jornais e revistas brasileiros? Como boa parte dos trabalhos acadêmicos de nossa área, este nasceu de uma impressão difusa sobre uma questão social, mesclada com uma inquietação. Seríamos mais honestos se substituíssemos a palavra “inquietação” pelo menos nobre afeto da “antipatia”. Percebíamos que uma palavra específica era comumente evocada para traduzir as diferentes formas de experiência do sofrimento. O uso desta palavra parecia implicar, no entanto, um diagnóstico médico. Em suma, a utilização banalizada da palavra “depressão” como transtorno mental parecia-nos um relevante sintoma da incapacidade de uma cultura de simbolizar afetos tristes em geral sem apelar para uma concepção estritamente técnica e pragmática das manifestações de tristeza humana.

Com efeito, não há um dia sequer em que a palavra “depressão” deixe de ser repetida por um meio de comunicação brasileiro. Literalmente. Desde que iniciamos a pesquisa para este trabalho, dispomos de uma ferramenta *online* que nos alerta para a simples menção a esta palavra em *sites* de jornais, revistas e em *blogs*. Todos os dias há brasileiros que se dizem deprimidos. Todos os dias, principalmente, há outros brasileiros – jornalistas com ou sem diploma – que insinuam que seus leitores *podem estar* deprimidos. Esses mesmos jornalistas indicam, assim, os modos *corretos* para a condução prática da rotina dos leitores de maneira a evitar a eclosão deste mal tão terrificante.

Nesta tese, pretendemos analisar as diversas estratégias discursivas pelas quais a mídia impressa no Brasil contribuiu para elaborar, a partir da década de 90, a atualidade do tema da depressão no país. Trata-se de uma genealogia midiática da atualidade da depressão, sustentada pelo acompanhamento de quatro décadas (1970-2010) de textos do jornal Folha de São Paulo e da revista Veja em que a palavra “depressão” com sentido psíquico (médico ou não) foi *mencionada*, independentemente das editoriais em que se deram essas menções.

Foram 863 textos avaliados e filtrados segundo um modelo de categorias que poderá ser consultado no Apêndice deste trabalho.

O ponto central do texto é a defesa de que a atualidade midiática da depressão conforma-se materialmente a partir de uma radical ruptura do sentido *hegemônico* da palavra “depressão” na imprensa no começo dos anos 90. “Depressão”, de 1970 aos anos 90, significou majoritariamente na mídia brasileira um mal coletivo, atrelado às mazelas socioeconômicas do país. Especialmente, seu uso estava vinculado às formas como os brasileiros em geral (e alguns brasileiros conhecidos, especificamente) descreviam-se ou eram descritos como “deprimidos”, singularmente no contexto da ditadura militar dos anos 70 e em parte da década seguinte, do caos inflacionário e das agruras e incertezas da redemocratização dos anos 80. No começo da década de 90, porém, a mesma palavra passará, na *maioria* de suas aparições, a adquirir o sentido a que estamos habituados em nosso presente, qual seja: o de um transtorno psíquico passível de instrumentalização por saberes técnicos de especialistas (sejam eles médicos ou não-médicos).

Esta importante cisão do sentido midiático dominante da depressão virá acompanhada de uma reconfiguração da *função* social que os meios de comunicação passaram a atribuir-se em relação ao problema. Dada a análise dos inúmeros textos jornalísticos deste longo período, constatamos que o papel reivindicado pela imprensa no que tange à depressão, de 1970 aos anos 90, seria a produção de uma narrativa de forte cunho político. Nos dois veículos estudados, encontramos algo próximo de uma constante denúncia social das formas de dominação política e econômica dos governos brasileiros. Nesta época, a captura da depressão por saberes técnicos como a psiquiatria ou a medicina em geral seria apenas *mais um* dos diversos sentidos atribuídos a essa palavra – um sentido verdadeiramente muito menos explorado em comparação àqueles que descrevemos como coletivos. A depressão parecia então revelar-se como uma questão de saúde apenas na medida em que era, *também*, uma questão política.

A partir da década de 90, porém, todo um redirecionamento discursivo se operou para que o sentido preponderante da palavra depressão se alterasse decisivamente, em conjunto com a nova função social cultivada pela imprensa relativamente aos “problemas de saúde”. A mídia passaria então a arrogar-se a tarefa de fornecer informações supostamente verdadeiras (já que derivadas do universo científico) acerca da depressão, em tom claramente pedagógico, encorajando seus leitores à modificação de seus comportamentos diante das “verdades descobertas” pela ciência. Seu tom *narrativo* transmutar-se-ia em fundamentalmente *prescritivo*.

Cumpramos alertar que nosso interesse de pesquisa nunca residiu no âmbito das acaloradas discussões acerca da verdade sobre a depressão. De fato, a existência de uma apreensão verdadeira ou não do problema parecia-nos irrelevante diante de nossa tarefa de aferição da influência de uma determinada concepção da palavra depressão na mídia. Todavia, isto não significa que nos absteríamos de empreender uma visada crítica a respeito das naturalizações midiáticas da depressão, por vezes feitas de maneira excessivamente banalizada. Nosso apelo crítico, porém, procurou contornar argumentações simplistas como as que postulam que “a depressão é mera invenção da indústria farmacêutica”, por exemplo.

Nossa curiosidade encerrava um problema de ordem ética que exigia uma análise mais aproximada dos modelos de subjetivação referentes aos sofrimentos disponíveis no universo midiático. Neste ponto, consideramos importante narrar como aportamos em nosso objeto empírico. Inicialmente, o gosto particular pelas invenções criativas de constituição de si estimulou-nos a tentar perseguir esta manifestação de produção subjetiva nas redes de comunicação virtual. Partíamos de um pressuposto: os relatos e as conversações expostos publicamente nas comunidades virtuais de encontros de depressivos conformariam um bom material para a análise dos modos de problematização de si para além do discurso oficial da grande mídia. Naquele estágio, considerávamos o discurso midiático de modo basicamente homogêneo, como um mero “difusor de verdades do campo das neurociências e da indústria farmacêutica”. Estabelecia-se, assim, como pressuposto e ponto de partida, um esquema de interrelações de poderes e contra-poderes que serviria de grade para nossa investigação.

Contudo, o começo do trabalho de pesquisa produziu-nos um incômodo que, a princípio, não conseguíamos organizar, mas que tomou corpo com o prosseguimento das atividades da tese¹. Partíamos de um pressuposto bastante problemático para um trabalho de Comunicação: justamente uma homogeneização, uma pasteurização do papel da mídia em sua relação com o campo científico da depressão, em que esta seria mera “divulgadora de verdades”. O sintoma dessa homogeneização aparecia nos verbos comumente usados para designar sua função quando de sua apropriação de temas científicos: “disseminar”, “refletir”, de um lado; “deturpar”, “simplificar”, “exagerar”, “vulgarizar” e derivados de outro.

Segundo essa perspectiva, subentendia-se que a função dos meios de comunicação no processo de significação da depressão seria ou *neutro* (“disseminar”, “refletir”) ou de uma transformação meramente de *grau*, e não de natureza, do que ocorreria no universo científico (“deturpar” ou “vulgarizar”). Criava-se uma abstração problemática: de um lado, a mídia

¹ Destacamos, especialmente, as contribuições de Maurício Lissovsky no produtivo curso de Metodologia de Pesquisa do PPGCOM-UFRJ, no 1º semestre de 2008.

como “poder” e, de outro, o ciberespaço idealizado como “contrapoder”. Tão impressionados pelo trabalho de Foucault, ironicamente aderíamos – distraídos – a uma “hipótese repressiva” (FOUCAULT, 2006, p. 23-57). Diante deste impasse, pensamos que talvez fosse urgente investigar os meios pelos quais a mídia informativa vem construindo a depressão como objeto de atualidade ao invés de pressupô-los aprioristicamente. Decidimos, então, qual seria nosso objeto empírico: os discursos da grande imprensa acerca da depressão. Mais especificamente, debruçar-nos-íamos sobre as condições concretas a partir das quais têm-se estabelecido estratégias de construção da atualidade do tema. O objetivo não seria compor uma história da depressão na imprensa brasileira, mas sim perscrutar, *a partir* da história do sentido desta palavra, como se elevou empiricamente nesses textos a depressão à categoria de foco mobilizador de opinião.

Uma vez que rechaçávamos a simples aplicação abstrata de uma teoria específica ao material empírico escolhido, não bastava recorrer aos estudos da área de Teoria da Comunicação para “aplicá-los” ao caso da depressão na imprensa brasileira (apesar de contarmos com sua presença em pontos-chave desta tese). Igualmente, não considerávamos produtivo escrever algo como uma “teoria geral do jornalismo científico” baseados em alguma das diversas teorias da Comunicação que se nos apresentam. Avaliávamos ser profícuo, por outro lado, historicizar os diferentes modos pelos quais as práticas discursivas midiáticas relativas ao tema da depressão produziram sentidos variados ao longo das últimas décadas no Brasil. Dessa maneira, avançaríamos alguns bons passos em direção a uma desnaturalização da depressão na cultura. Havia uma considerável distância entre propalar um imperativo como “é preciso desnaturalizar a depressão na mídia” e expor empiricamente *como* ao longo da história recente do país a depressão fora problematizada.

Enquanto avançávamos na análise mais acurada da massa de textos jornalísticos de nosso levantamento empírico (a ser detalhado mais abaixo), percebíamos uma racionalidade própria da constituição das matérias a partir dos anos 90: o tom prescritivo dos textos sobre depressão revelava uma evidente função que a imprensa arrogava-se de conduzir as condutas dos eventuais leitores, de esboçar o campo de suas ações convenientes segundo as informações científicas (em especial atreladas à ideia de risco) que ela própria geria. Tratava-se de uma relação de poder com características próprias: uma racionalidade de condução de condutas, um *governo*. Esta observação impulsionou-nos a buscar um arcabouço teórico-metodológico adequado a esmiuçar tais relações. Foi assim que chegamos ao amplo campo dos estudos da *governamentalidade*, de inspiração foucaultiana, mas que obteve grande estímulo a partir dos anos 90, especialmente nos Estados Unidos. Dada a pertinência do viés

da governamentalidade para abordagem de nosso objeto de estudo e uma vez constatada a raridade das pesquisas desta área no campo da Comunicação, sugerimos com o presente texto empreender um primeiro passo para uma aproximação mais estrita das pesquisas de governamentalidade ao universo midiático em nosso país.

O primeiro efeito da inspiração advinda dos estudos sobre governamentalidade foi o deslocamento da *ênfase* de nossa indagação, da pergunta “*por que* a depressão tornou-se objeto de atenção midiática” para “*como* a depressão tornou-se objeto de atenção midiática”². A problematização dos sentidos engendrados pela mídia em sua construção da depressão fazia-se necessária. O uso do termo “problematizar” aqui não seria gratuito. Ele implica algumas suposições importantes para o tipo de pesquisa que procuramos realizar. Por que não compor uma história das *representações* da depressão na mídia? “Representar” suporia certo distanciamento entre a “representação” e aquilo que por ela teria sido “representado”. Em outras palavras, supúnhamos que o uso de “representação” já sugeria, *a priori*, que o papel da mídia no processo que pretendíamos analisar seria “disseminar” ou “deturpar” algo que, fora da representação, seria “a depressão” pura. “Problematizar”, por outro lado, fazia-nos vislumbrar um campo mais aberto de possibilidades, em que haveria espaço para a aposta de que a mídia poderia dispor de função *mais ativa* na produção cultural da depressão, se fosse esse o caso. Além disso, “problematizar” implicaria considerar que os problemas não estão prontos, esperando para ser revelados (ROSE, MILLER, 2008, p. 14), mas devem ser formulados a partir de interrogações específicas.

De fato, desde os anos 90, percebemos que a imprensa tem sido um instrumento *ativo* na construção de um ideal de comportamento *responsável* em que o indivíduo se autorregula a partir das informações científicas sobre saúde que lhe são transmitidas. Este ideal pressupõe um indivíduo de posse de “livre-arbítrio” que exerceria sua “autonomia” na escolha consciente da alteração de seus hábitos após conhecimento das informações “corretas”. Há nesta perspectiva, como mostraremos, a naturalização de uma série de pressupostos problemáticos como os de “liberdade”, “escolha”, “responsabilidade”, costurados em torno de uma retórica que consubstancia premissas de um modelo *gerencial* da subjetividade, em

² Rose e Miller, reconstruindo a trajetória que os levou aos estudos monográficos sobre governamentalidade, reforçam este *ethos* de pesquisa que terminou por ser próximo do nosso: “Nós fizemos uma pergunta diferente, não ‘por que’ mas ‘como’, com isso diminuindo o peso da causalidade, ou pelo menos multiplicando-o, e permitindo-nos abster dos problemas de ‘explicar’ esses fenômenos indigestos como estado, classe, e assim por diante (...) Em vez de escrever a história do *self* e da subjetividade, nós estudaríamos a história das *relações* dos indivíduos com eles próprios e com os outros (...) Não quem eles são, mas quem eles pensam que são” (ROSE, MILLER, 2008, p. 6-7, tradução nossa).

hegemonia nas sociedades ocidentais no encalço de transformações históricas em curso pelo menos desde meados do século XX.

A análise da governamentalidade própria da imprensa na produção de atualidade do tema da depressão, segundo modelos de verificação específicos e incitando condutas de si, seria então o primeiro passo para que se abrisse um espaço para uma ação ética que, ao contrário da liberdade interpretada correntemente apenas como escolha entre modelos *prêt-à-porter*, seria entendida a partir do modo como o “último Foucault” definirá as relações de poder: toda relação de poder se baseia em sujeitos livres. O grau dessa liberdade e as formas de sua racionalização é o que distinguirão as modalidades de poder como relação espontânea, *governo* ou simples dominação.

É preciso esclarecer, contudo, que não pretendemos *proponer* “modelos de resistência” a este governo midiático da depressão. Com efeito, seria irônico que o resultado de um trabalho de diagnóstico cultural indicasse, ao final, a substituição de um modelo de condução de conduta por outro. Cremos ser um oxímoro algo como um “*modelo* para técnicas de si”. Não tencionamos produzir um trabalho normativo. Por outro lado, a desnaturalização de um modelo subjetivo hegemônico pode abrir espaço para que se reflita ao mínimo a respeito de algumas formas a partir das quais estamos nos tornando sujeitos na contemporaneidade.

Quanto à coleta do material empírico, a recente digitalização do arquivo de matérias de todas as edições da Revista Veja e do jornal Folha de São Paulo indicou-nos o caminho para a elaboração de nosso *corpus*³. Dada a facilidade de se promover *online* uma pesquisa por palavra-chave que rapidamente elencava listas de matérias em que a palavra “depressão” foi mencionada, concluímos que este seria o mais produtivo caminho a seguir. A utilização de dois veículos de grande repercussão social fornecia-nos um estofa maior para a análise das formações discursivas⁴. Somente nos autorizamos a efetuar afirmações mais generalistas concernentes ao *modus operandi* da mídia após ocorrência de um determinado enfoque

³ O arquivo com todas as edições de Veja pode ser consultado *online* gratuitamente. Já o da Folha de São Paulo pode ainda ser pesquisado de modo gratuito, embora o *site* nos alerte que esta consulta sem custos deverá ser extinta em breve.

Revista Veja. **Acervo digital Veja**. São Paulo. Disponível em: <http://veja.abril.com.br/acervodigital/home.aspx>
Acesso em: 27 set. 2011.

Folha de São Paulo. **ACERVO Folha**. São Paulo. Disponível em: http://acervo.folha.com.br/busca_detalhada
Acesso em: 27 set. 2011.

⁴ Veja e Folha estão entre os produtos de mídia impressa de maiores tiragens do Brasil. Em Novembro de 2011, a circulação líquida da Folha foi de 287.497 exemplares.

Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/institucional/circulacao.shtml>

Acesso em: 26 jan. 2012.

De Janeiro a Outubro do mesmo ano, a circulação líquida de Veja foi de 1.076.050 exemplares.

Disponível em: <http://publicidade.abril.com.br/marcas/veja/revista/informacoes-gerais>

Acesso em: 26 jan. 2012.

discursivo que se mostrasse frequente *nos dois veículos*. Com o uso de duas empresas jornalísticas diferentes, procuramos evitar, assim, que nossos argumentos fossem calcados em, por exemplo, particularidades da linha editorial de uma única empresa de comunicação. É evidente que, ainda assim, não se esgotam as demais estratégias discursivas de outros veículos de imprensa a respeito de nosso tema. É preciso dizer que, ao selecionar dois produtos de mídia cujo alvo é a classe-média brasileira, deixamos inexplorada toda uma gama de jornais e revistas de linguagem mais popular que, muito provavelmente, deverá ter suas próprias maneiras de construção de sentido. Por outro lado, mesmo sem podermos constatar empiricamente, apostamos que esses outros veículos poderão, com seus próprios meios, repercutir grande parte daquilo que é apresentado como atualidade pela “grande mídia”, aqui representada por Folha e Veja. Isto não afasta de modo algum a necessidade de um estudo futuro específico sobre os impressos populares, o que escapa no entanto ao escopo desta tese.

É preciso reconhecer que este trabalho é tributário da facilidade tecnológica que permitiu a procura direta nos arquivos digitalizados da palavra-chave “depressão” em editorias que dificilmente despertariam nossa curiosidade relativamente a este tema, como “Política”, “Economia” e outros. Se, por exemplo, tivessem sido selecionadas apenas as matérias das editorias de Ciência, Saúde, Medicina e afins, obteríamos como resultado uma tese absolutamente diferente desta que redigimos. Isto ocorreria porque delimitaríamos a depressão a seu sentido *científico*, ou seja, quando ela é encarada como um transtorno passível de ser pensado e tratado a partir de saberes e técnicas especializados. Teríamos, assim, uma história das matérias científicas sobre depressão, negligenciando a dimensão de mal coletivo que hegemonicamente caracterizou o sentido da palavra nas décadas de 70 e 80. A tecnologia de digitalização de matérias, portanto, não permitiu somente que se poupasse tempo: ela é uma das condições de possibilidade desta pesquisa. Não seria humanamente possível acompanhar todas as matérias dos dois veículos pelo período de quatro décadas para recolher todas as menções existentes da palavra “depressão” e, assim, alcançar o resultado que hoje apresentamos.

Pertinentemente, essa possibilidade tecnológica permitiu materializar parte da ambição que o filósofo da virada do século XIX Gabriel Tarde demandava para os estudos das sociedades humanas: um acompanhamento pormenorizado do que ele chamava de uma contaminação ponto a ponto de dada invenção social (uma palavra, um modelo de comportamento, uma ideia etc). Em nosso caso, o seguimento da trajetória detalhada do sentido da palavra “depressão” servirá a uma abordagem do objeto comunicacional para além de abstrações generalizantes que recaíam em argumentos do tipo “a mídia manipula” ou “a

mídia influencia”, sem especificar, contudo, *como* se efetuaría essa influência. Em certa medida, arriscamos afirmar que esta tese é uma espécie de “estudo tardeano aplicado”. Um subtítulo alternativo para o trabalho poderia ser “a história de um contágio semântico”.

Se sugerimos que há uma ruptura de sentido predominante de depressão, não chegamos a ela aprioristicamente, mas após a análise das microtransformações semânticas de “depressão” na imprensa ao longo desses quarenta anos. Como procuraremos mostrar nos capítulos 1 e 4, de base mais empírica, essa generalização que propomos não ignora a existência de outros sentidos. A visibilidade dos significados plurais existentes desta curiosa palavra é importante para uma pesquisa que se pressupõe genealógica, pois frustra pensamentos de linhagem “epocalista”, que atrelam toda a pluralidade que caracteriza o tempo histórico ao congelamento de uma ideia, um modo de pensar que definiria uma época específica⁵.

Finalmente, outra influência direta de Tarde está em nossa própria compreensão do que seria “atualidade”, palavra que tanto repetimos nesta breve introdução. Com Tarde, entendemos:

o que é reputado “atualidade” é apenas o que acaba de acontecer? Não, é tudo o que inspira atualmente um interesse geral, mesmo que se trate de um fato antigo. (...) é atualidade tudo o que está na moda. E não é “atualidade” o que é recente mas negligenciado atualmente pela atenção da opinião pública, orientada noutra direção. (...) Em suma, a paixão pela atualidade progride com a sociabilidade, da qual ela não é mais que uma das manifestações mais impressionantes (TARDE, 2005, p. 8).

Quanto à operacionalidade da pesquisa empírica, algumas considerações fazem-se necessárias. Como sustentamos, ao longo dos quatro anos de tese, avaliamos *todas* as menções da palavra depressão em *todas* as edições do jornal Folha de São Paulo e da revista Veja. Esta proporção oceânica de textos impunha o problema da amostragem de pesquisa. Ao mesmo tempo, era preciso selecionar um número de matérias razoavelmente grande para que dêssemos conta da pluralidade de sentidos do termo que pesquisávamos. Assim, chegamos a 863 textos, que foram filtrados pelo modelo de codificação baseado em questões como “A depressão é científica ou não?”, “Menciona-se uma pesquisa científica ou não?”, “quais causas são estabelecidas para a depressão?”⁶.

Para nos auxiliar metodologicamente, procuramos aplicar alguns dos instrumentos indicados pela pesquisa qualitativa da Análise de Conteúdo tanto para a definição da

⁵ Como é o caso das discussões acerca da passagem do “moderno” ao “pós-moderno” em que, grosso modo, comumente o “moderno” é lido como período de racionalismo extremo ao qual o “pós-moderno” se contraporía binariamente.

⁶ Cf. Apêndice.

amostragem como para a produção do modelo de codificação. A Análise de Conteúdo pode ser definida como

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 1977, p. 42).

Optamos desta forma pelo modelo da *amostragem aleatória de um ano*: em um ano selecionado, das matérias que faziam uso da palavra depressão em seu sentido psíquico (ou seja, eliminando as “depressões geológicas”, “depressões econômicas” etc.), foram escolhidas aleatoriamente 12 matérias, na maior parte das vezes cada uma referente a cada mês do ano⁷. Como a Folha de São Paulo é um jornal diário, havia sempre a facilidade de se reunir estas 12 matérias que mencionavam a depressão por ano, o que nos permitiu analisar 480 matérias do jornal nesses quarenta anos. Já no caso da revista Veja, por esta ser um veículo semanal, e dada a menor frequência de aparecimento do tema da depressão nas duas primeiras décadas avaliadas, não foi possível completar o número de 12 matérias por ano nas décadas de 1970 e 1980, respeitando a lógica de colhermos uma matéria representativa de cada mês. O ano de 1971 de Veja, por exemplo, indicou apenas 5 menções à “depressão”. Já o ano de 1979 teve 15. Procurando respeitar o princípio de coletar o máximo de matérias por ano até completarmos 12 unidades, analisamos, nesse caso, todas as 5 matérias de 1971. Quando se ultrapassava o limite de 12, como no caso de 1979, codificávamos apenas 12 das 15 mencionadas. Ao seguir este método, chegamos a 60 menções na década de 70, 86 na década de 80, 117 na década de 90 e 120 na década de 2000. Ao todo, somando-se Folha e Veja, formou-se o arquivo final com 863 textos.

Sabe-se que a opção pela divisão das matérias por décadas comporta problemas, sendo talvez o maior deles crer-se que há um espírito próprio de cada década, que conformaria rupturas sistematicamente ordenadas a cada dez anos. Procuramos, por outro lado, matizar essa provável impressão ao longo do trabalho ao apresentar exemplos variados que procuram tornar mais sutil esta impressão de ruptura contínua que a divisão cronológica por décadas impõe. Era preciso, porém, estabelecer marcos cronológicos a partir dos quais organizaríamos os textos codificados. Esperamos poder esclarecer, ao longo da tese, que a ruptura de sentido prevalecente da depressão como mal coletivo para mal privado tecnicizável nos anos 90 deu-

⁷ O professor Guido Stempel “mostrou que 12 edições, selecionadas aleatoriamente, de um jornal diário, fornecem uma estimativa confiável do perfil de suas notícias anuais” (BAUER; GASKELL, 2005, p. 197). Agradecemos a Márcio Gonçalves pela sugestão desta modalidade de Metodologia de Pesquisa.

se *nessa* década em um processo que ano a ano, mês a mês, dia a dia, foi-se fortificando na imprensa brasileira.

Escolheu-se a década de 70 como marco inicial para o estudo em resposta tanto a uma aposta teórica quanto a uma facilidade metodológica. A aposta teórica era referida ao fato de que, “nos anos 70, a psiquiatria mostra, apoiada em números, que [a depressão] é o distúrbio mental mais difundido no mundo, enquanto os psicanalistas percebem um claro crescimento de deprimidos em sua clientela” (EHRENBERG, 2008, p. 9, tradução e acréscimo nossos)⁸. Acreditávamos, prematuramente, que este *boom* pudesse estar presente na problematização da depressão na imprensa brasileira. Nossa aposta não foi confirmada, mas involuntariamente abriu o caminho para o que hoje concluímos a respeito do sentido coletivo predominante da depressão nesse período. Já a facilidade metodológica consiste no fato de que Veja existe desde o ano de 1968, enquanto Folha surgiu em 1921. Logo, para que compuséssemos uma base de comparação adequada dos dois veículos, decidimos iniciar a pesquisa a partir dos anos 70, a primeira década completa de Veja.

Se foram utilizados dois instrumentos metodológicos da Análise de Conteúdo (a amostragem e a codificação), analisaram-se os textos segundo pressupostos foucaultianos da Análise de Discurso, especialmente aquele que sugere *descrever* as relações entre os discursos, estabelecendo séries de alguma regularidade para fazer emergir os jogos que se dão entre as séries. “Discurso” para Foucault adquire um sentido muito próprio: não é simplesmente um conjunto de signos (elementos significantes que remetem a conteúdos ou a representações). Discursos são mais que signos criados para designar coisas. Eles conformam *práticas de poder* que servem para formar sistematicamente os objetos de que falam.

Adotamos aqui a perspectiva de Dreyfus e Rabinow de que Foucault se apropria de técnicas estruturalistas de enfoque no discurso como objeto construído, medida importante para livrar-se da suposição de que o discurso apenas “expressa” a realidade. Sua obra, especialmente dos anos 70 e 80, contudo, não pode ser reduzida à corrente teórica conhecida como estruturalismo. Ao mesmo tempo, o filósofo interessa-se pela hermenêutica como

⁸ Além disso, há nesta década relevantes avanços científicos, como indica Thomas Lemke, que compôs um interessante panorama histórico das abordagens teóricas da biopolítica no século XX: “os 1970 não foram somente a década em que emergiram um crescente movimento ambientalista e uma sensibilidade ecológica; esses anos também viram várias inovações tecnológicas espetaculares. Em 1973, foi possível pela primeira vez transferir DNA de uma espécie para outra. Com essa realização, informação genética de organismos diferentes pôde ser isolada e recombinada de formas variadas. Por volta da mesma época, o diagnóstico dos fetos tornou-se uma parte integral do cuidado pré-natal, e novas tecnologias de reprodução como a fertilização in-vitro foram desenvolvidas” (LEMKE, 2011, p. 26, tradução nossa). Ainda, lembra Alan Petersen, “como muitos comentadores têm notado, desde meados dos anos 70, tem havido uma clara ruptura ideológica da noção de que o estado deve proteger a saúde dos indivíduos para a ideia de que os indivíduos devem tomar para si a responsabilidade para se proteger do risco” (PETERSEN, 1997, p. 194, tradução nossa).

abordagem interpretativa, embora seu foco não estivesse nos sentidos implícitos das práticas cotidianas. Segundo os autores, a genealogia nietzscheana teria fornecido o caminho para Foucault, ao denunciar o modo como os poderes fazem uso do “sentido” para se reproduzirem. Assim, Foucault chegou

à posição que ele denomina *déchiffrement*. Isto significa um entendimento das práticas sociais portador de uma inteligibilidade radicalmente diferente daquela disponível aos atores, que, de acordo com a avaliação hermenêutica, percebem as práticas como superficialmente significativas, profundamente significativas, ou até profundamente sem sentido (DREYFUS, RABINOW, 1995, p. 23).

Além do *ethos* foucaultiano de investigação histórica, procuramos apreender nosso objeto por um viés teórico interdisciplinar, o que sabemos não ser incomum em trabalhos de nossa área. Para abordar a depressão na imprensa, era preciso aproximar-se de estudos da área de saúde que tangenciassem uma produtiva abordagem com a cultura. Além da leitura de estudos publicados na Comunicação, foi imprescindível igualmente que buscássemos o apoio de livros e artigos do campo da Saúde Coletiva, bem como de alguns dos trabalhos críticos mais conhecidos publicados a respeito da problemática da depressão no contemporâneo. Somam-se a esse quadro plural textos de sociólogos e filósofos do século XX, como Niklas Luhmann e Alain Badiou, por exemplo.

O presente trabalho é apenas *uma* tentativa de circundar as intrincadas relações da depressão no Brasil com o campo da Comunicação Social, restringindo sua presença a dois importantes veículos de jornalismo impresso nos últimos quarenta anos. Outros estudos de vieses diferentes fazem-se ainda necessários, como, por exemplo, uma pesquisa centrada na *recepção* dos textos midiáticos, tal qual pretendíamos inicialmente promover. É preciso que os resultados deste trabalho sejam cotejados com a circulação da informação sobre saúde na internet, cujo impacto na produção de modelos subjetivos mal podemos supor, especialmente se levarmos em conta as possíveis diferenças entre as mensagens que se produzem e recebem em um meio impresso e um meio digital. Igualmente relevante seria a análise dos modos como a depressão é transmutada nas artes audiovisuais e na cultura *pop* (basta pensarmos no impacto do *grunge* nos jovens dos anos 90, por exemplo). Para cada uma dessas temáticas, porém, seria preciso estruturar todo um novo conjunto de métodos de análise e possivelmente promover outras interseções teóricas.

A ambição desta tese é ser uma pesquisa empírica, mas é necessário que se diga, com Deleuze, que “de modo algum é o empirismo uma reação contra os conceitos, nem um simples apelo à experiência vivida. Ao contrário, ele empreende a mais louca criação de conceitos, uma criação jamais vista ou ouvida” (DELEUZE, 2006, p. 17). Os “aqui” e os

“agora” da empiria a que se pretende são “sempre novos, diversamente distribuídos” (DELEUZE, 2006, p. 17). Daí, o gosto pela restrição do objeto e o interesse por grandes generalizações explicativas apenas na medida em que elas refletem o pulular das pequenas diferenças no jogo social.

Quanto à sequência dos capítulos, demos preferência a uma divisão que procura ser ao mesmo tempo temática e indutiva. Uma organização tradicional, portanto. No Capítulo 1, aborda-se a presença da depressão na imprensa brasileira nos anos 70 e 80. O objetivo será indicar como o sentido *prioritário* da palavra nesse período será basicamente coletivo, atrelado às condições sociopolíticas de nosso país. Em seguida, para que melhor apreendamos o contexto da ruptura de sentido que inaugura a depressão como atualidade na mídia, apresentamos o escopo teórico que servirá de base para a análise das relações entre mídia e saúde. Este será o Capítulo 2, em que, a partir do chamado “último Foucault” e de autores contemporâneos, debatemos a grade de análise da *governamentalidade* como uma perspectiva frutífera para treinar o olhar de maneira mais arguta na apreensão dessas relações. Em seguida, procuramos resumidamente contextualizar a importância da informação para o modelo de gestão de saúde em vigor nas sociedades ocidentais pelo menos desde a segunda metade do século XX, em que a noção de risco é balizadora. Finalmente, rascunhamos um diagnóstico do modo de condução de condutas do jornalismo de saúde no Brasil identificando dois de seus pressupostos: o que chamaremos de *hipótese didática* e *hipótese do receptor racional*.

No Capítulo 3, pretendemos tecer um apanhado geral da abordagem sociocultural do problema da depressão na contemporaneidade na esteira de seus comentadores mais debatidos, com o apoio de estudos recentemente publicados sobre o tema. Não se objetiva esgotar e nem mesmo produzir uma introdução adequada acerca deste complexo problema, mas se considera necessária a exposição das linhas argumentativas gerais em jogo atualmente para que o leitor possa perceber como elas se insinuam na captura e reformulação da depressão pela imprensa brasileira.

No quarto e último capítulo mostraremos, finalmente, *quando* e *como* a depressão se torna um objeto de interesse midiático, no interior de um conjunto plural de estratégias discursivas que materializa a governamentalidade da imprensa de forma a alterar não apenas o sentido dominante da palavra “depressão” como também o entendimento da mídia a respeito de sua participação na gestão da mesma.

Uma última consideração, sobre o enigmático título em latim desta Introdução, *imprimere et deprimere*. Quando decidimos analisar a temática da depressão na imprensa

brasileira, fomos instigados a buscar a etimologia dessa tão corriqueira palavra de nossos dias. Dado que tencionávamos abordar nosso objeto de pesquisa pelo viés genealógico, partiríamos assim da direção lançada por Nietzsche – o filósofo filólogo – de se buscar na etimologia a inspiração sobre quais caminhos de investigação seguir. Logo descobrimos que depressão vem de *depressare*, do verbo *deprimere*, formado pelo prefixo *de-* (“para baixo”) e pelo radical latino *premere* (“apertar, comprimir”), de origem indo-europeia *prem-* (“atacar, golpear”). Uma “pressão para baixo”, portanto.

Curiosamente, quando definimos a seara de nosso objeto empírico como sendo os textos impressos de jornais e revistas, repetimos o impulso etimológico inicial. Ironicamente, então, averiguamos que a palavra “imprensa” compartilha do mesmo radical de “depressão”, *premere*: apenas se substitui o prefixo de *de-* (“para baixo”) para *in-* (“em”, “sobre”). Impressão é uma “pressão em cima”. No caso de “imprensa”, a matriz gutemberguiana se faz presente em sua etimologia, remetendo ao processo de produção da prensa móvel, pouco semelhante tanto à gigantesca maquinaria da imprensa industrial de hoje quanto aos leves aparatos tecnológicos da mídia online.

A marca da historicidade da imprensa expõe-se na própria etimologia da palavra, assim como a da depressão. *Imprimere et deprimere* nos pareceu assim um divertido e apropriado título para esta Introdução. As palavras em latim realçariam, a nosso ver, o impulso genealógico que nos guia em nossa empreitada. Mais do que isso, porém, elas sintetizam nosso desejo sincero de que nossa área da Comunicação, tão aderente a presentismos ansiosos, possa produzir novos e potentes problemas a partir do entrelaçamento com os tortuosos e fascinantes caminhos de nossa História. Parte dessa História repousa nos arquivos da mídia – digitalizados ou não –, que constituem uma preciosa mina para as mais diversas explorações. No caso deste trabalho, ousamos sustentar que é mesmo possível tecer uma breve história do Brasil contemporâneo a partir das histórias midiáticas de seus desassossegos.

1

Verde e amarelo em branco e preto: a depressão como mal coletivo na imprensa brasileira (anos 70 e 80)

“[A melancolia era] uma doença que atacava aqueles que tinham perdido algo
e ainda não haviam encontrado o que buscavam”
Roger Batra

“O Brasil é uma república federativa cheia de árvores
e pessoas dizendo adeus”
Oswald de Andrade

1.1 Depressões, no plural

Em uma crônica para o jornal Gazeta de Notícias, em 30 de Junho de 1895, Machado de Assis argumentava que eram “muitas as melancolias deste mundo. A de Saul não é a de Hamlet, a de Lamartine não é a de Musset. Talvez as nossas, leitor amigo, sejam diferentes uma da outra, e nesta variedade se pode dizer que está a graça do sentimento” (MACHADO DE ASSIS, 1994). Neste belo trecho, encontramos a curiosa constatação de existência de uma espécie de tipologia cultural da melancolia. Percorridas em seus recônditos, em suas gradações de cores pastéis, em seus acordes menores, as melancolias que Machado nos sugere multiplicam-se em suas potencialidades.

Neste trabalho, no entanto, não habitamos o mundo da diferença sutil que Machado propõe. Como indicamos, definimos nosso objeto como o nascimento da depressão em seu viés tecnicizado na mídia brasileira. Sendo assim, não se trata aqui de pensar a melancolia em seu aspecto artístico, dentro das possibilidades de uma clínica da cultura em que “o mundo é o conjunto dos sintomas cuja doença se confunde com o homem” (DELEUZE, 2008, p. 13). Há provavelmente muito menos espaço para a diferença que “nos arranca de nós mesmos e nos faz devir outro” (ROLNIK, 1995) quando o que está em jogo é a depressão como objeto de poderes e saberes técnicos na mídia.

Feita essa ressalva, afirmamos que, apesar de deslocada, a presença deste trecho de Machado nos poderá fazer atentar à *pluralidade de sentidos* que um afeto pode produzir mesmo nos limites estreitos de uma única palavra. No caso da *palavra* depressão, esta plurivocidade semântica revela-se ainda mais complexa do que no caso de “melancolia”.

Como mencionamos na Introdução, “depressão” vem do latim *de premere*, que significa literalmente “pressão para baixo”. Seu uso ultrapassa os limites dos males psíquicos, atravessando áreas tão distintas quanto a geografia (no caso de “depressão geológica”, por exemplo) e a economia (cujo exemplo mais notório é a “depressão econômica”). William Styron – o popular autor de *O Mundo de Sofia* lamenta no livro *Perto das Trevas* (*Darkness Visible*) – em que narra suas experiências durante um surto depressivo – que o termo “depressão” tenha sido escolhido para designar o estado psíquico, visto que é um vocábulo “intrinsecamente malévolo, além de reducionista” (STYRON apud SCLiar, 2003, p. 59).

Nesta pesquisa, dispensamos os sentidos da depressão que se afastavam dos males psíquicos. Com isso, esperávamos encontrar, ao longo do período de recorte que propusemos – e crendo na distinção médica entre melancolia e depressão em operação desde o século XIX⁹ – o sentido da palavra “depressão” com que nos habituamos, ou seja, um problema de ordem psíquica que pode ser instrumentalizado por saberes tão diversos quanto a psicanálise, as terapias cognitivas, a psiquiatria ou as neurociências, mais recentemente. Em outras palavras, focávamos na depressão amplamente *científica*. Pensávamos assim que, com este gesto, restringiríamos nosso escopo a matérias que focavam diretamente o objeto definido – a depressão como atualidade – afastando-nos do sentido poético da palavra melancolia.

Mas o que seria uma investigação (para usar a expressão dos portugueses) sem a revisão constante de nossas hipóteses iniciais, ainda premidas por sua brutalidade incipiente? Foi assim que a análise do primeiro grupo de matérias indicou-nos todo um novo caminho de pesquisa, base desta tese: o de que o sentido da palavra depressão na mídia impressa brasileira no longo período que cobre desde a década de 70 até fins dos anos 80 não é nem um sinônimo de melancolia (com sua forte carga poética) *nem ainda a depressão tecnicizada da atualidade*. Desta forma, procuraremos argumentar, neste capítulo, que a mídia dessa época deu ênfase a um sentido de depressão como *mal coletivo* (que definiremos adiante), raramente em linguagem científica, e, na maioria de suas manifestações, profundamente vinculado ao conturbado contexto histórico, político e econômico tanto do Brasil quanto do mundo: uma *depressão pública*, talvez.

No âmbito da cultura midiática, que é nosso terreno de pesquisa, essa tecnicização teria sido muito mais recente, tendo sua paulatina concretização a partir do início da década de 90, no caso de nosso país. Não queremos dizer que antes disso não havia espaço, na mídia, para a depressão como objeto de um saber técnico. Evidentemente, pesquisas consideradas

⁹ Como indicaremos no Capítulo 3.

relevantes foram objeto de reportagens ao longo desses vinte e poucos anos. Tais pesquisas, todavia, não fundavam a depressão como *atualidade*, no sentido em que a definimos anteriormente, como “aquilo que atualmente produz interesse”. Para que algo adquira o estatuto de atualidade midiática, é preciso que tenha constância de visibilidade, reforçada quase que cotidianamente, de modo a mobilizar as conversações sociais e produzir, de modo paulatino, um grupo de juízos amplamente reconhecido como opinião pública. Um dos mecanismos mais efetivos de produção de interesse é precisamente a exposição continuada, insistente, de uma determinada temática pelos meios de comunicação.

Em nosso arquivo de matérias, a quantidade de textos em que a palavra depressão surge com sentido psíquico pode ser considerada, assim, um forte indicativo desta atualidade. Nos gráficos abaixo, referentes tanto ao jornal Folha de São Paulo quanto à revista Veja, confirmamos tal aumento quantitativo das matérias, especialmente a partir da década de 90:

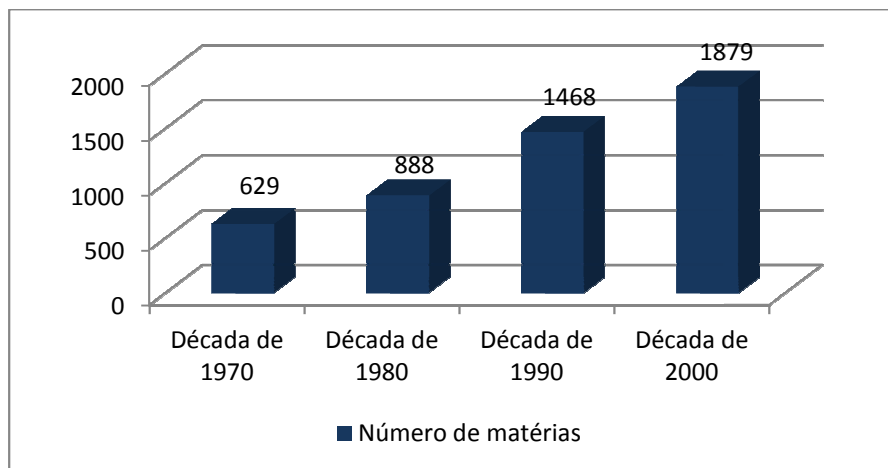


Gráfico 1: Depressão na Folha de São Paulo. Número total de matérias, por década.

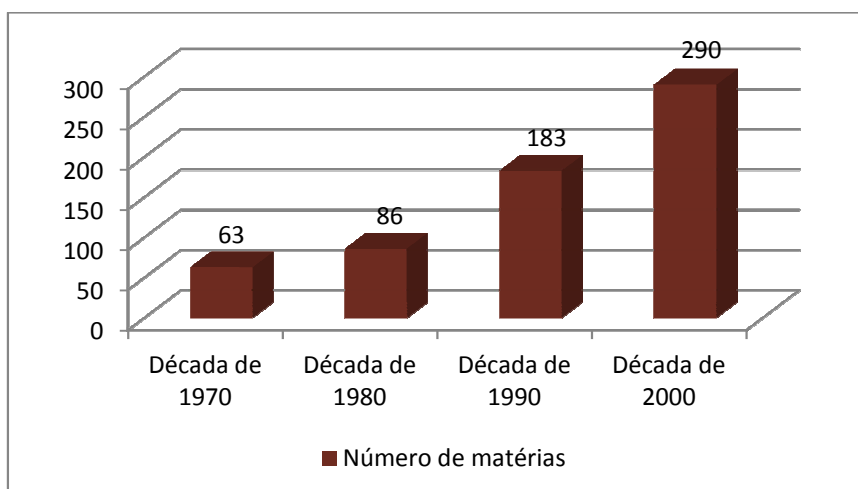


Gráfico 2: Depressão na Veja. Número total de matérias, por década.

Pela observação dos gráficos acima, notamos que, além de a temática da depressão indicar tendência de aumento quantitativo desde a década de 1970, esse crescimento apresenta um considerável aumento na passagem para a década de 1990. Porém, tão ou mais importante do que o aumento quantitativo dessas menções à depressão em seu sentido psíquico é a radical mudança de significado que a palavra adquire nesse período. A partir dos anos 90, há uma verdadeira guinada semântica da depressão em direção a sua tecnicização, que depende em parte da ascensão do sentido científico da depressão como preponderante:

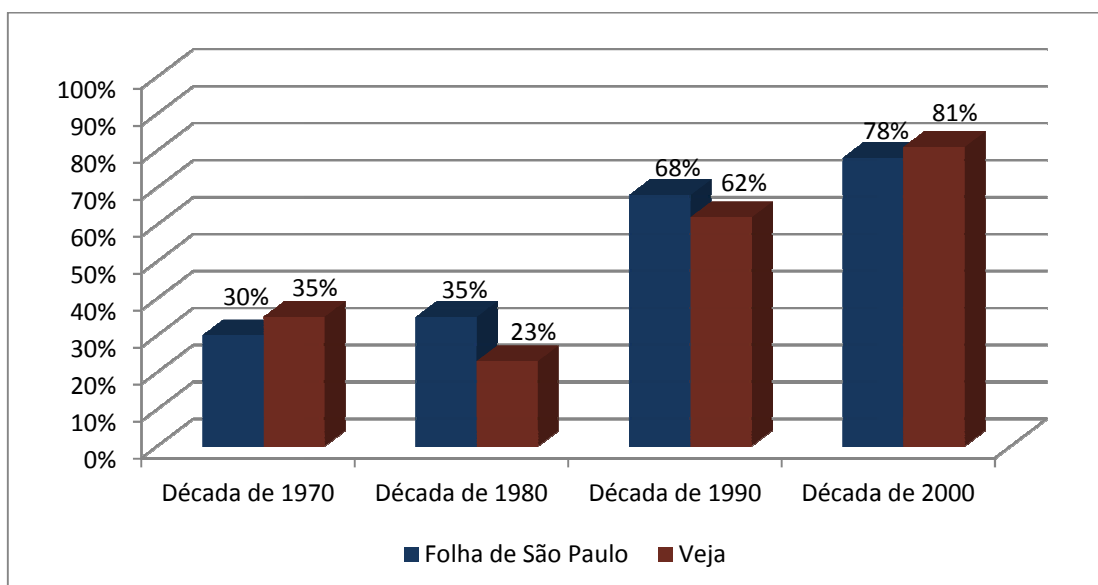


Gráfico 3: Sentido científico da depressão na Folha de São Paulo e na Veja. % do total de matérias categorizadas, por década.

Sendo assim, afirmamos que as matérias acerca da depressão em seu sentido científico eram minoria até os anos 90. A partir de então, o sentido da depressão será tão atrelado a sua cientificização a ponto de hoje sequer podermos mentalizar quais outros significados ela poderia porventura adquirir e, especialmente, em quais contextos. Porém a cientificização da depressão não é o único fator para sua tecnicização. Atentamos neste ponto para a importantíssima distinção entre *cientificização da depressão* e *tecnicização da depressão* na mídia. A *cientificização da depressão* é a abordagem deste mal pela mediação do discurso científico pela imprensa, frequentemente nas editoriais de ciência. Desde o começo dos anos 70 há matérias nesse sentido, como vimos acima no Gráfico 3. Entretanto, a *tecnicização da depressão* implica esta cientificização *somada* à reivindicação, por parte da mídia, de um papel privilegiado de informar os indivíduos autônomos a respeito dos “avanços da ciência” para que esses possam autogerir-se convenientemente. Isto será presenciado somente a partir da década de 90.

Existe ainda um terceiro dado que compõe as bases para a produção da atualidade da depressão, para além da alteração de sentido (principal eixo de sustentação) e do aumento da quantidade de matérias (produtor das condições de uma ampla visibilidade pública): a relativa pouca importância do *protagonismo* da depressão nas matérias. Inicialmente, acompanhem os dados. Vejamos como eles se comportam, quando o que está em jogo é a depressão *como tema principal* das matérias analisadas:

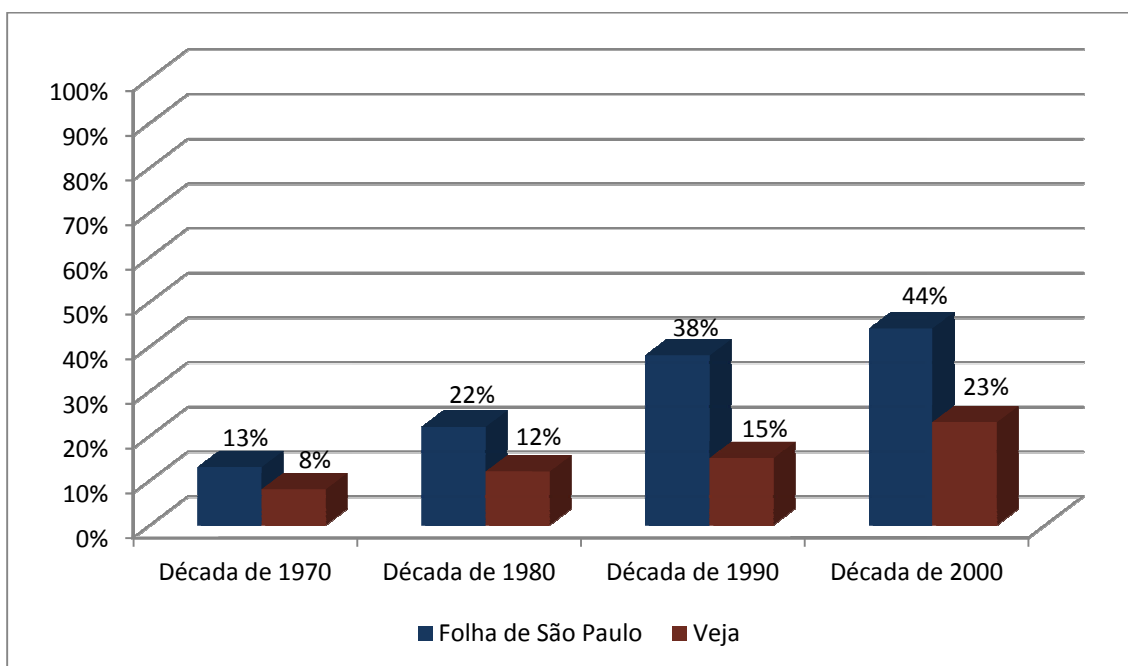


Gráfico 4: Depressão como tema principal na Folha de São Paulo e na Veja. % do total de matérias categorizadas, por década.

Como se pode avaliar, não há salto brusco, mas crescimento gradual do protagonismo da depressão na mídia desde a década de 70 até os primeiros dez anos de 2000. Uma visada mais atenta aos dados nos mostra, inclusive, que dos anos 70 para a década de 80 o aumento é proporcionalmente maior do que da década de 80 para a de 90 ou de 90 para 2000. Tais descobertas nos permitem assegurar que, sozinho, o aumento do protagonismo da depressão não é o responsável por sua atualidade. Mais uma vez aqui, sublinhamos a importância da mudança de sentido do termo diante dos demais eixos de produção de interesse midiático. O protagonismo da depressão, antes dos anos 90, não produz atualidade porque não remete, em sua maioria, à *privatização do problema*. Não há grande mobilização de interesse pelo mal-estar depressivo quando não está disponível sobre ele um conjunto de estratégias de informações em que o ponto nodal é a maneira mais eficaz de se gerir a própria saúde¹⁰.

¹⁰ Sobre a gestão da informação midiática sobre saúde como prática de governamentalidade, cf. próximo capítulo.

Logo, definimos preliminarmente como alicerce da atualidade midiática da depressão uma tríade em que o elemento principal é sua tecnicização (segundo eixo), que operará tanto quantitativamente, com o aumento das matérias sobre o tema (primeiro eixo) quanto qualitativamente, na microgestão da depressão atualizada para além de seu protagonismo que, embora crescente, não é determinante (terceiro eixo). A microfísica desta operação será detalhada em outro momento. Neste capítulo, enfatizaremos os sentidos das décadas anteriores a esta importante alteração. Antes de iniciarmos as observações teóricas e as descrições do arquivo de nosso percurso histórico, é preciso que façamos duas observações pertinentes a respeito do sentido da depressão nos anos 70 e 80.

A primeira observação remete ao caráter dito “malévolo” (para citarmos Styron) da palavra depressão, qual seja, sua *polissemia*: especialmente na década de 70, no Brasil e provavelmente na maior parte do mundo, a palavra “depressão” remetia quase que imediatamente à *depressão econômica*. Recordemo-nos de que esse é o período da chamada crise do petróleo, que derrubou economias poderosas como a dos chamados países de centro e, especialmente, nações de então frágil constituição econômica, como o Brasil. O sentido econômico de depressão era então tão disseminado culturalmente, tão mais popularizado que o da depressão psíquica ou da científica, que, por vezes, era preciso que o jornalista esclarecesse sua intenção semântica, como nos mostra este delicioso trecho de uma notinha da Folha, de 25 de Outubro de 1978, sobre o aumento dos casos de “depressão nervosa” previsto por pesquisa austríaca para o ano seguinte. Seu título era “1979, o ano da depressão”, e iniciava assim:

Não, gente, nada de alarme! Não é o que vocês estão pensando. É da depressão doença. Notícia vida [sic] da Áustria diz que a depressão nervosa é um dos ‘males misteriosos’ do nosso século e que o ano próximo será dedicado a ela, ou melhor, ao seu estudo e ao melhor meio de eliminá-la (FOLHA DE SÃO PAULO, 25 out. 1978, p. 37, grifo nosso).

Nesta nota temos um bom exemplo de como era menos popularizado o sentido científico da depressão, aqui fonte de um criativo chiste do jornalista a seus leitores brasileiros, atormentados pela crise econômica e política dos anos 70. Ainda na esfera do humor, destacamos os quadrinhos seguintes, que corroboram nosso argumento. O desenhista aproveita a confusão semântica dos dois termos para produzir riso:

Figura 1 - O Pato. Quadrinho de Cica. Folha de São Paulo, 14 out. 1982.



Ainda acerca da pluralidade semântica da depressão e de seus usos na imprensa anterior aos 90, não resistimos à citação deste trecho da coluna de Jânio de Freitas de 16 de Dezembro de 1990, em que o colunista tematiza certo estado de espírito tanto do país quanto de seu primeiro presidente eleito após a democratização:

o Collor que nos deseja ‘não um ano cinzento, nem colorido, mas um 91 suportável’, é, está claro, um homem que não espera do presidente mais do que a produção de cinzentices. Os votos são irrealistas, porém. Frutos, talvez, do excesso de depressão que há por aí – depressão do próprio Collor, depressão da atividade econômica, depressão do salário, do emprego, depressão, e que depressão, da ministra Zélia. De tudo o que está no governo ou depende dele, a depressão só não pega mesmo a inflação (FREITAS, 1990, p. A-5).

O segundo ponto a que atentamos trata do uso corrente que a palavra depressão apresentava simplesmente como sinônimo de tristeza. Os termos tidos como equivalentes, como “fossa” (gíria tão cara ao período que abordamos aqui) em nada remetiam ao diagnóstico médico da depressão da psiquiatria. Bom exemplo deste uso corrente do termo depressão é a coluna de Emir M. Nogueira de 20 de Fevereiro de 1972, sobre as inovações linguísticas da então “nova geração”. Em dado trecho, ensina aos desatualizados: “Provavelmente depois que a palavra *fossa* ganhou prestígio, em círculos intelectualizados, como sinônimo de depressão, desânimo, tristeza, surgiu a expressão *curtir uma fossa*, em analogia com as outras, acima mencionadas” (NOGUEIRA, 1972, p. 59, grifos do autor). Destaca-se ainda a constante presença da depressão como tristeza em seções tão corriqueiras como a de horóscopos da Folha nos anos 70. É assim que as previsões para o que se conhecia sob o signo de “Carneiro” sugeria ao leitor: “Reaja a [*sic*] depressão que tenta dominar você” (SUTRA, 1973, p. 44). Ou, ainda, em um resumo do capítulo da novela “Cuca Legal”, em 26 de Fevereiro de 1975, na seção “Novelas”, lemos: “Impressionado com a *depressão* de Lineu por não se ter recordado do grande bandeirante Mário (Francisco Cuoco), Proença (Felipe

Carone) volta ao apartamento...” (FOLHA DE SÃO PAULO, 26 fev. 1975, p. 33, grifo nosso).

Aproveitamos aqui para tratar de mais uma peculiaridade dessa polissemia: a maior facilidade que encontramos, como pesquisadores, para uma abordagem da tecnicização da depressão em um arquivo midiático. Questão de metodologia, portanto. Como procuraremos defender, um dos fatores sociais gerais da atualidade da depressão na mídia foi seu surgimento como transtorno autônomo a partir da terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III). Os DSM serão (principalmente sua quarta edição, de 1994) a principal fonte de descrição, pelos meios de comunicação, de uma série de novos distúrbios, como a bipolaridade e o Distúrbio de Déficit de Atenção (DDA). Ocorre que “distúrbio de déficit de atenção”, por exemplo, é uma *terminologia* que apenas surgirá com os DSM mais recentes¹¹. Um trabalho que se dispusesse então a retrair as alterações de sentido cultural do problema da atenção em crianças esbarraria em dificuldades maiores do que a nossa. Já a “malévola” palavra depressão, que guarda tantos sentidos, oferece aqui uma vantagem metodológica diante de outros distúrbios que porventura pudessem ser estudados. Sua confusão palavra/conceito/diagnóstico é para esta pesquisa *fonte de estudo*, e, poder-se-ia dizer, um ponto de partida para uma curiosidade teórica que encontra na análise genealógica dos discursos a sua ferramenta metodológica. Quando o significado de depressão – para além do diagnóstico – se reduz drasticamente na década de 90, isto será sintoma, neste trabalho, não apenas de um empobrecimento semântico como também, essencialmente, de um *empobrecimento existencial e político*.

Portanto, ao afastar os demais sentidos de depressão na pesquisa empírica, para além do mal psíquico objeto da ciência, encontramos nas décadas de 70 e 80 a matéria-prima deste capítulo, fundamental para que compreendamos de que modo a depressão se tornou atualidade na imprensa brasileira. É assim que, como vimos, mais do que uma questão quantitativa, relativa ao evidente aumento do número de matérias que mencionam seu sentido psíquico, a atualidade midiática da depressão dependerá de uma *radical mudança de sentido* de sua palavra. Mais especificamente, foi preciso um conjunto plural de estratégias discursivas para que a variedade de sentidos que o termo depressão abarca pudesse ser homogeneizado da maneira que hoje conhecemos.

¹¹ A genealogia médica do DDA pode ser encontrada no diagnóstico da Disfunção Cerebral Mínima, popular nas décadas de 1960 e 1970. A ênfase no controle dos impulsos e na atenção já começa a se dar nos anos 70, encontrando seu auge, porém, na terceira edição do DSM, de 1980 (LIMA, 2005, p. 67).

1.2 Depressão ou melancolia na mídia?

Nosso objeto exige uma visada atenta aos usos das palavras, para além de suas definições conceituais originais. Reapropriações e invenções de sentido serão, para uma clínica da cultura, tão importantes quanto a ordem dos saberes técnicos. Esta observação é relevante na medida em que é frequente encontrarmos, na crítica contemporânea que é feita acerca da chamada “medicalização da tristeza”, o argumento de que hoje patologizamos o que anteriormente era chamado de melancolia e, para nos diferenciarmos desta, utilizamos o termo “depressão”. Contudo, do nosso ponto de vista de uma genealogia da mídia, a obstinação em distinguirmos conceitualmente melancolia e depressão empobreceria a análise. A separação dos dois termos na esfera médica – sintetizada por Kraepelin na designação da psicose maníaco-depressiva e ressignificada por Freud – não significou que uma opinião pública informada pelos meios de comunicação a tivesse incorporado. Desta forma, se o termo depressão guarda forte carga psicossocial coletiva nos arquivos de matérias sobre os quais esta pesquisa se debruçou, não haveria razão para rechaçarmos aqui a “depressão” em nome da “melancolia”.

Que exponhamos, logo, um de nossos pressupostos mais importantes: a história dos saberes da depressão não equivale, sem transformações, à história midiática da depressão. Por esta razão, não seria correto postular, por exemplo, que “na mídia, a depressão deixou de ser abordagem majoritariamente da psicanálise para ser puramente objeto neurocientífico” ou “a melancolia virou depressão”. Defendemos, em vez disso, os seguintes pontos: nas décadas de 70 e 80, a riqueza do sentido cultural da depressão esteve menos em suas aparições como objeto de saberes do que em sua carga sociocultural; a tecnicização da depressão na década de 90 na mídia é parte de um jogo em que a profusão de informações sobre saúde na mídia torna atualidade não apenas a depressão como distúrbio ou doença, mas inclusive *a própria suposta contenda* entre psicanalistas *versus* psiquiatras. Apenas quando a depressão torna-se uma atualidade é que se tornam visíveis culturalmente problemas como as disputas entre os ramos de saber a respeito do problema, antes restritos a seus grupos de especialistas.

Mesmo se algumas matérias anteriores à década de 90 traziam um sentido para depressão que se apresentava mais psicológico do que social, isso não nos autoriza a postular que havia um privilégio “psicanalítico” para a depressão, uma vez que não se tratava, então, de abordar majoritariamente a depressão de forma técnica. Pretendemos mostrar neste capítulo *o que se perdeu* com esta homogeneização de sentido. No entanto, não propomos tal comparação dos sentidos – o perdido e o conquistado – banhados de saudosismo, para que, ao

depararmos-nos com o que perdemos, possamos recuperá-lo em nosso presente em construção. Se nos é permitido um gracejo, não pretendemos ser os *melancólicos* daquele sentido coletivo específico da depressão, incapazes de realizarmos o luto pelo objeto perdido. Façamos nossa genealogia no sentido de esmiuçar as forças históricas em disputa, oferecendo elementos para um questionamento da tendência à naturalização do sentido da depressão que hoje encontramos¹². Ressaltamos, ainda, que, ao sugerir que o termo depressão carregava nas décadas de 70 e 80 na mídia outros significados para além da patologização dos nossos tempos, não queremos dizer que passamos de um modelo da depressão como “pura diferença” – algo próximo das melancolias descritas por Machado mais acima – para outro modelo exclusivamente unificado. Por mais matizes que se possam encontrar nas descrições da depressão nos anos 70 e 80, é sempre importante salientar que se trata, ainda, de uma produção midiática inserida em uma ordem particular do discurso.

1.3 Por que “tecnicização”?

É preciso que aclaremos o sentido da palavra “tecnicização” que temos usado para nos referir à mudança do estatuto de “depressão” na imprensa brasileira a partir da década de 90. Em termos gerais, “tecnicização da depressão” na mídia significa que “depressão” passaria, majoritariamente, após a referida década, a designar um distúrbio passível de ser compreendido por discursos de competência técnica, sejam eles a medicina, a psicanálise, as terapias cognitivo-comportamentais, as neurociências, a psiquiatria biológica ou as diversas terapias chamadas alternativas. A escolha pelo uso do termo “tecnicização” em vez de simplesmente “medicalização” implica duas razões correlatas, uma geral e outra específica.

A primeira delas, mais geral, refere-se ao processo histórico das últimas décadas de descentralização da autoridade médica como a única instância de poder-saber a determinar os discursos e práticas apropriados para lidar com os distúrbios e doenças em geral. Apesar da permanência da centralidade da figura do médico em boa parte dos problemas relativos à saúde, não é mais possível afirmar que haja algo como uma “tirania médica” a despeito da força de outros atores sociais.

¹² “Daí, para a genealogia, um indispensável demorar-se: marcar a singularidade dos acontecimentos, longe de toda finalidade monótona; espreitá-los lá onde menos se os esperava e naquilo que é tido como não possuindo história – os sentimentos, o amor, a consciência, os instintos; apreender seu retorno não para traçar a curva lenta de uma evolução, mas para reencontrar as diferentes cenas onde eles desempenharam papéis distintos” (FOUCAULT, 1979a).

Um desses atores mais expressivos seria o próprio mercado de medicamentos, cuja influência política, por exemplo, no patrocínio de pesquisas científicas, é certamente relevante. Não somente o mercado de medicamentos deve ser levado em consideração, como também o mercado de especialistas. Em um mundo em que se disputa a posse pela “autonomia assistida” (EHRENBERG apud BEZERRA JR., 2002) dos indivíduos, diversas profissões apresentam-se no mercado, dos terapeutas corporais aos gurus da autoajuda, passando pelos tradicionais psiquiatras e psicanalistas. Particularmente no que tange à saúde mental, elucida-nos Robert Castel que, desde o movimento antipsiquiátrico dos anos 70,

a ameaça do que pôde ser denunciado como um risco de hegemonia de uma orientação particular (imperialismo psiquiátrico ou psicanalismo, por exemplo) foi mudada. A nova totalidade que se desenha não é a manutenção de um dispositivo único capaz de ocupar todo o terreno das intervenções comandadas pelo cuidado de se encarregar das turbulências psicológicas ou sociais. *Ela seria sobretudo o resultado de uma articulação muito bem afinada de um conjunto de respostas técnicas a problemas heterogêneos cujo denominador comum é precisamente serem pensados como tendo que ser atendidos por soluções técnicas. Se há totalitarismo deste modo, seria o de pôr em disputa orientações diversas para impôr uma mesma concepção de ordem* (CASTEL, 1981, p. 205-6, tradução e grifo nossos).

Mesmo se considerarmos o universo de uma única pesquisa científica, encontramos muito frequentemente diversos colaboradores de especialidades distintas, “engendrando cooperação interdisciplinar ao introduzir pressão competitiva e um mercado acadêmico desregulamentado que transformou a colaboração em necessidade” (BUNTON, 1997, p. 234, tradução nossa).

Ademais, atores políticos da chamada sociedade civil também passaram a intervir na produção de conhecimento ou na alocação de recursos públicos para a gestão de distúrbios de saúde, tanto no assentamento de recursos para novas pesquisas relativas a um determinado problema quanto na distribuição de dinheiro para o cuidado com certas doenças no lugar de outras. No campo psiquiátrico, tomemos o caso precursor da reivindicação do movimento homossexual, quando da elaboração da terceira edição do DSM. Os protestos do grupo pela alteração do estatuto do homossexualismo de *doença* para *diferença* foram um passo crucial para suas conquistas políticas subsequentes (BEZERRA JR., 2007a). Citemos ainda um exemplo que opera no sentido contrário ao da despatologização: a mobilização do grupo dos Alcoólicos Anônimos (AA) para a definição do alcoolismo como categoria de doença. Os médicos teriam sido os últimos a adotarem a classificação de doença para o alcoolismo, e os métodos de tratamento desta condição apenas marginalmente são operacionalizados por médicos (CONRAD, 2007, p. 6.).

Muitos outros exemplos poderiam ser evocados. Nosso ponto consiste em ressaltar a fragmentação e a dispersão das práticas e discursos técnicos que incidem sobre os modos de gerenciamento das questões de saúde para além da exclusiva autoridade médica, inaugurando um cenário de “ação coletiva” (CONRAD, 2007, p. 9) (mais evidente em alguns casos do que em outros, certamente) que não pode ser ignorado. Por outro lado, tal cenário por si só não justificaria nosso emprego da expressão “tecnicização da depressão” na imprensa brasileira. Bastaria fazer uso do recorrente termo “medicalização” alertando-se para seu uso mais abrangente, como o fazem as pesquisas acadêmicas voltadas para esse campo de estudo. É o caso de Peter Conrad, um dos pesquisadores mencionados, que afirmou que “logo ficou claro (...) que a medicalização era mais complexa do que a anexação de novos problemas por médicos e pela profissão médica” (CONRAD, 2007, p. 8).

Ocorre que consideramos mais pertinente, com o uso da expressão “tecnicização da depressão na imprensa”, salientar precisamente que a mídia é um ator essencial na produção do sentido cultural de determinadas categorias médicas como a depressão. Com o protagonismo da saúde pautada pela gestão das informações sobre risco, os meios de comunicação passaram a reivindicar para si o papel de “difusores dos avanços da ciência”. Todavia, ao dispor ela própria de modos particulares de dispersão discursiva, a mídia impõe-se como *arena* em que os discursos técnicos conflitantes sobre depressão disputarão hegemonia. Com efeito, na cultura contemporânea, dificilmente um discurso técnico reivindicar-se-ia como sendo *único* sem que obtenha críticas legítimas das outras instâncias de produção de conhecimento. Certamente, há hegemonias transitórias, as quais a mídia, como veremos mais adiante neste tese, alegra-se em ajudar a construir. Por outro lado, como nada a vincula *necessariamente* a esta perspectiva escolhida para ser momentaneamente hegemônica, ela *poderá* (e o *fará* no caso da depressão), como em qualquer mercado, fornecer seu apoio a outro discurso assim que a atualidade do anterior arrefecer-se.

Na imprensa, a partir dos anos 90, o sentido principal da palavra “depressão” será fornecido por um discurso técnico que a mídia afirma apenas difundir. O que se dá, de fato, é um interessante e móvel jogo de produção de atualidade midiática por conta desta forte disputa de instâncias técnicas diversas em que a medicalização ainda é, de fato, o ator mais destacado. Tecnicização da depressão na mídia, portanto, envolve um complexo processo de produção de sentido do distúrbio da depressão em que a imprensa não simplesmente difunde o sentido científico da depressão, mas serve de arena para a afirmação deste e de outros sentidos conflitantes, na medida em que a própria disputa lhe permite produzir interesse público. Envolve, ainda, a própria função reclamada pelos meios de comunicação de fornecedores de

informações para a gestão individual da saúde, configurando-se como influente fator na administração do ideal de autonomia contemporâneo.

1.4 A depressão como mal coletivo no Brasil

1.4.1 Uma delimitação conceitual

Baseados no amplo arquivo estudado, defendemos que o sentido da depressão na imprensa brasileira é próximo daquilo que poderíamos considerar como *mal coletivo*. Como mal coletivo da depressão definimos o entendimento de que haveria uma relação causal de um certo conjunto de fatores de proveniência sociocultural ou psíquica na determinação de um estado de humor soturno, *sem necessariamente designar tal estado como um problema de saúde tratável por instâncias técnicas especializadas*. Apesar do *coletivo* da nomeação, exemplos de depressões individuais poderão ser classificados nesta seara. O que consideraremos crucial para a determinação de um caso como mal coletivo é a relevância do contexto sociocultural na apreensão do sentido da palavra depressão presente na matéria avaliada. O humor depressivo descrito nos textos seria, nesta perspectiva, fruto direto de uma desagregação social ora do contexto brasileiro, ora da conjuntura mundial. Quando constatamos que o sentido da depressão na mídia no período anterior à sua tecnicização é predominantemente psicossocial, não o fazemos a partir de uma análise puramente quantitativa. De fato, não há grandes alterações da *quantidade* de matérias que designam como causa da depressão mencionada fatores psicossociais:

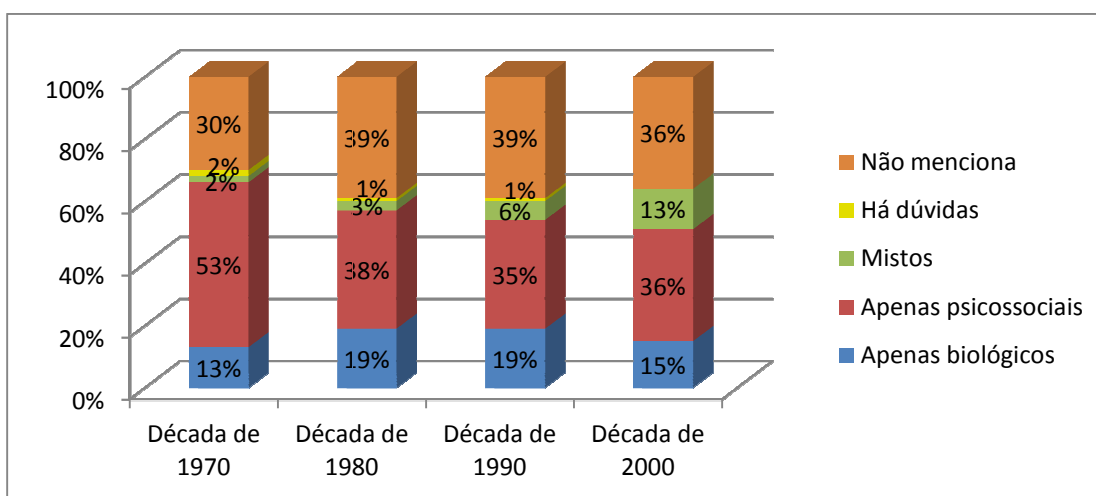


Gráfico 5: Fatores causais da depressão na Folha de São Paulo. % do total de matérias categorizadas, por década.

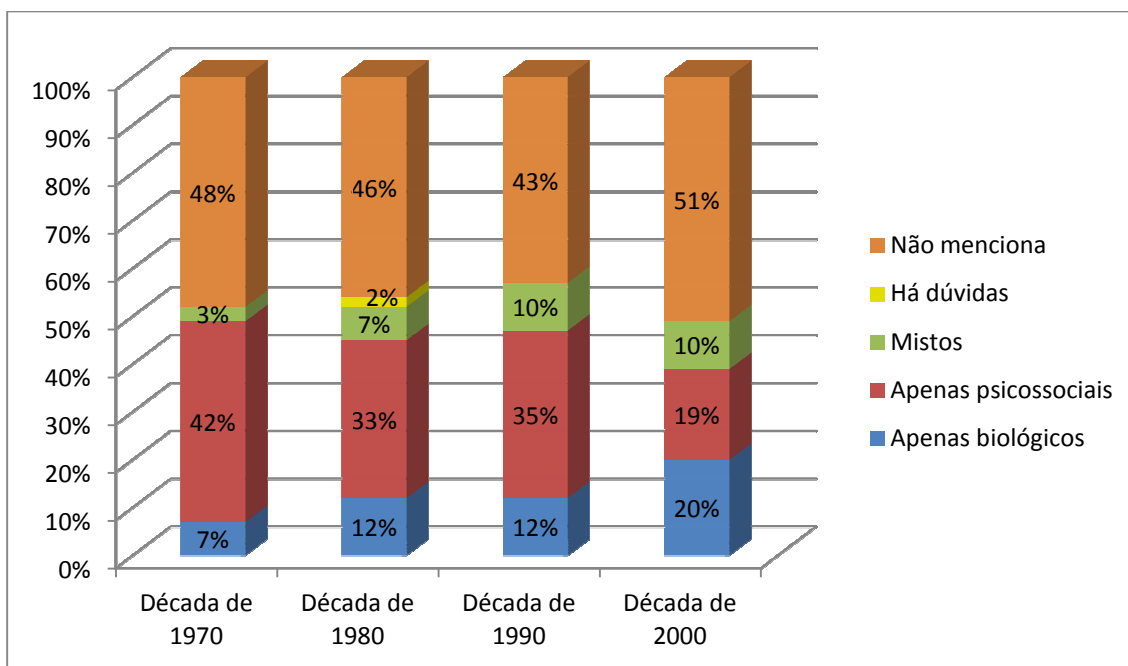


Gráfico 6: Fatores causais da depressão na Veja. % do total de matérias categorizadas, por década.

Como podemos perceber, além de não haver alterações notáveis na dinâmica da distribuição das causas da depressão, há o predomínio de fatores causais psicossociais ao longo das quatro décadas analisadas, nos dois veículos estudados, nas matérias que mencionam causas. Contudo, é preciso que tenhamos cautela na depuração da prevalência destes fatores. A chave para a compreensão destes dados é o seu cruzamento com as informações que introduzimos mais acima, acerca da tecnicização da depressão. Quando o sentido da depressão é alterado, *modificam-se, em conjunto, os sentidos daquilo que se considera como “fatores psicossociais”*.

Antes de sua tecnicização, os casos de depressão referidos eram parte de um contexto em que, por mais que se evidenciassem as causas psicossociais, estas não eram tidas como *generalizáveis* para a produção de um quadro clínico inserido em uma lógica de gerenciamento da saúde individual. É assim que, por exemplo, em 15 de Agosto de 1984, em reportagem acerca de uma crise de coluna do então presidente João Figueiredo, o último dos militares, Veja anuncia no título do texto: “Coluna Fraca – Doença agrava depressão de Figueiredo”. Notemos que *doença* será a crise de coluna, e não a depressão. Especialmente, vejamos como é construída a relação de causalidade da depressão de Figueiredo:

(...) o presidente foi aconselhado a desistir de seu esporte predileto [*andar a cavalo*]. A sugestão chegou num momento particularmente inoportuno para Figueiredo, que vive uma de suas maiores crises de depressão desde que assumiu o poder. Abatido com intermináveis dificuldades políticas, o presidente chegou a confidenciar a

peessoas de sua intimidade que cogitara em renunciar, motivado também pelos problemas de saúde que enfrenta (VEJA, 15 ago. 1984, p. 28, acréscimo nosso)¹³.

As ditas “intermináveis dificuldades políticas” já seriam reflexos do processo de democratização que paulatinamente se inseria na pauta brasileira. Em nossa categorização de causas, definimo-la como “causa psicossocial”, podendo, desta forma, abranger outros provocadores de depressão de contexto correlato. O importante, entretanto, para nosso argumento, é a distinção deste tipo de causa, que aqui é particularizada, historicamente determinada, conectada com o fluxo de um tempo singular, de outras que são apenas *superficialmente psicossociais*.

Exemplo disto que qualificamos como causa superficialmente psicossocial da depressão é a matéria da mesma Veja de 01 de Dezembro de 2001 intitulada “Infernos femininos” (VEJA, 01 dez. 2001, p. 30), cujo subtítulo postula “Esposa, mãe, trabalhadora, a mulher vive exposta a muitas pressões. Efeitos colaterais: a obesidade e o stress”. Mais adiante, no corpo da matéria, encontramos o trecho em que a depressão é mencionada: “Elas já são as maiores vítimas do stress, da depressão e da ansiedade. Hoje, no Brasil, 70% dos consumidores de tranquilizantes e antidepressivos são do sexo feminino”. Pode-se categorizar a *causa* da depressão mencionada, neste caso, como psicossocial: mulheres apresentam mais depressão por conta das pressões sociais que nela se exercem, em especial pela dupla jornada de trabalho. Por outro lado, a abordagem da depressão, aqui, é *puramente tecnicizada*. Encarada como mal autonomizado, justificável por si próprio, a depressão é neste caso um problema de saúde, confirmado pelos dados sobre consumo de antidepressivos e calmantes entre mulheres. Vislumbremos, portanto, a diferença de sentido que se apresenta quando os fatores causas da depressão estão em um contexto tecnicizado e quando estão em contexto não-tecnificado. Neste, singularidade histórica e menor atenção ao problema de saúde. Naquele, esvaziamento do social, ênfase no corpo e na informação atrelada ao risco¹⁴.

Nos Gráficos 7 e 8, podemos aferir quantitativa e qualitativamente as alterações de sentido das chamadas causas psicossociais. Ao passo que nas décadas de 70 e 80 encontramos como maior parte destas os eventos relativos ao contexto político, econômico e social

¹³ Destacamos outros dois momentos de depressão de Figueiredo registrados pela imprensa. O primeiro deles tem relação com o famoso episódio em que o ex-presidente afirmou preferir o “cheirinho de cavalo” ao cheiro do povo. Na notinha “Registro da imprensa provoca depressão”, a Folha escreveu então que “sua depressão chegou logo cedo, quando os jornais paulistanos chegaram a São José do Rio Preto com a publicação do diálogo que manteve com jornalistas...” (FOLHA DE SÃO PAULO, 23 ago. 1978, p. 4). O segundo refere-se já ao período de democratização, em 1985, em que, na entrevista intitulada “Me esqueçam”, ressalta-se a depressão do ex-presidente diante da perda do poder (VEJA, 30 jan. 1985, p. 29).

¹⁴ No Capítulo 4, veremos como esta diferenciação entre as qualidades das causas psicossociais nos permitirá afirmar que a propalada biologização da depressão na mídia merece ser problematizada. Sua transformação em atualidade é menos devida à definição de causas “biológicas” do distúrbio, como indicaremos.

brasileiro, nas décadas de 90 e 2000 presenciamos o estrondoso advento das causas psicossociais de viés tecnicizado, que poderia ter como exemplo a matéria “Infernos femininos” supracitada.

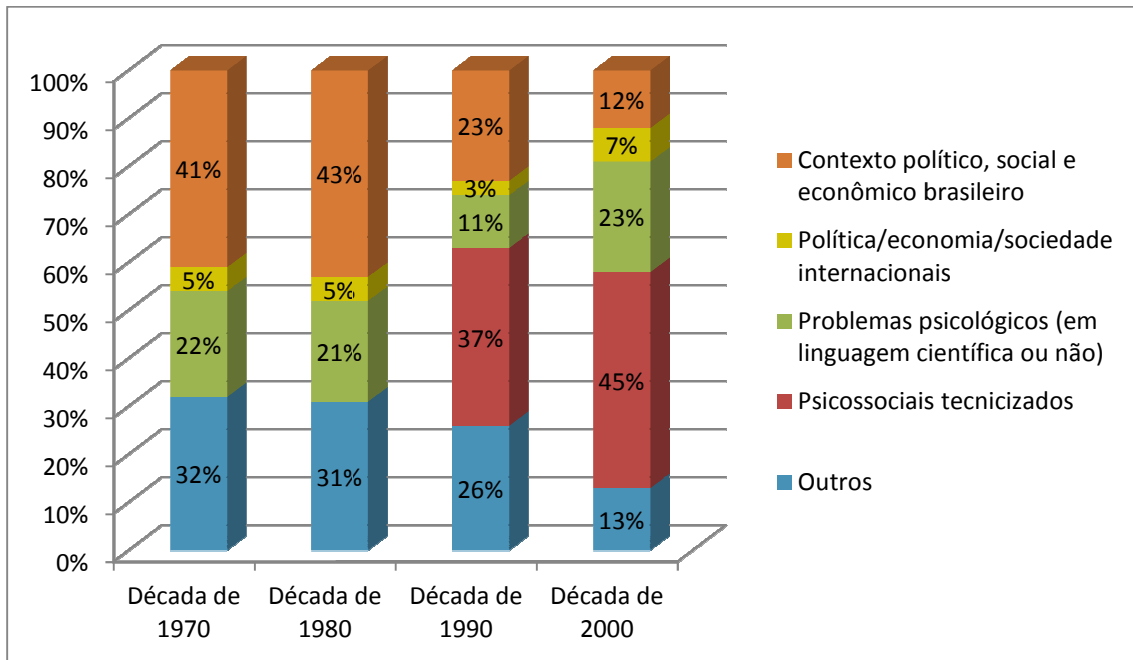


Gráfico 7: Principais fatores causais exclusivamente psicossociais mencionados na Folha de São Paulo. % do total de matérias que apresentam causas unicamente psicossociais.

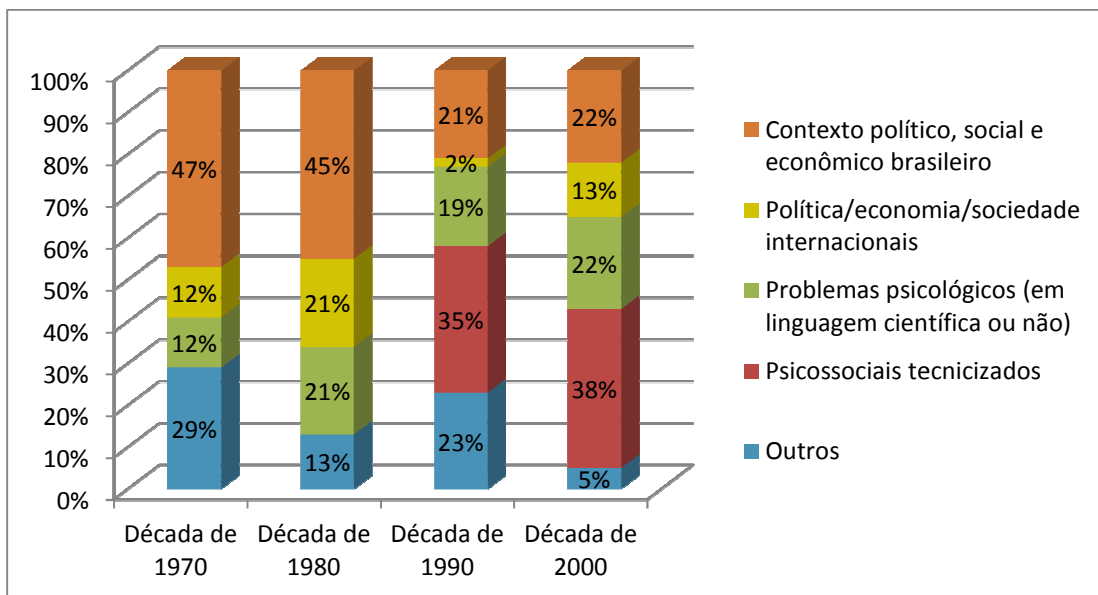


Gráfico 8: Principais fatores causais exclusivamente psicossociais mencionados na Veja. % do total de matérias que apresentam causas unicamente psicossociais.

As distinções *mal coletivo/mal tecnicizado* nos foram inspiradas por uma proveitosa classificação empreendida pela filósofa Susan Neiman, em seu *O mal no pensamento moderno* (2003). Neiman defende que a história do pensamento moderno (a partir de Leibniz, pelo menos) é guiada pela questão do mal, entendido como um problema sobre a

inteligibilidade do mundo como um todo, formando assim um elo entre os ramos da ética e da metafísica. Ter-se-ia estabelecido, na Modernidade, a distinção entre “mal metafísico”, “mal moral” e “mal natural”. Até meados do século XVIII, segundo Neiman, entendia-se como “mal metafísico” a degeneração inerente aos limites da substância que cria o mundo, enquanto “mal natural” poderia ser conceituado como a dor que experimentamos no mundo. Finalmente, o mal moral seria o crime nosso para o qual o mal natural seria a solução (NEIMAN, 2003, p. 35). Assim, catástrofes naturais, por exemplo, produziam dor (mal natural) que era valorada como solução divina para a purgação de males morais praticados pelos homens, especialmente contra Ele.

Segundo Neiman, o século XVIII iluminista e laicizante teria posto em questão esta tipologia do mal, tendo como limite de seu desgaste um evento não da história do pensamento, mas da vida concreta mais elementar: o terrível terremoto de Lisboa em 1 de Novembro de 1755. Teria sido desta forma que, a partir do século XVIII, no pensamento filosófico, a ideia de mal natural como expurgação do mal moral desaparecera, sendo o mal natural desde então encarado como objeto de uma intervenção racional e científica pelos saberes-poderes ocidentais.

Apropriando-nos do arcabouço de Susan Neiman¹⁵, propomos três usos correlatos. Em primeiro lugar, sua ideia de se formular uma *tipologia do mal* sempre a partir de duas condições: o respeito irrestrito à historicidade e, especialmente, a observação à historicidade móvel dos valores que definem a hierarquia da *tipologia do mal* descrita. Sugerimos, assim, uma espécie de *tipologia do mal da depressão na mídia brasileira* com as ideias de *mal coletivo* e *mal tecnicizável*. Em segundo lugar, podemos utilizar a própria tipologia já definida por Neiman para caracterizar cada um dos dois males que acabamos de elencar. O sentido midiático da depressão como *mal coletivo* implica a compreensão da palavra “depressão” fundamentalmente como um *mal natural* (sofrimento que experienciamos no mundo) causado por um *mal moral* (basicamente, uma sociedade deficiente). Já o sentido prevalente dado a partir dos anos 90, como *mal tecnicizado*, sugere que a palavra “depressão” seja um *mal natural* causado em sua maioria por outros *males naturais* (biológicos ou psicossociais, ambos sem a referência política coletiva). É, ainda, objeto de saberes e alvo de poderes

¹⁵ Apesar de não trabalhar conceitualmente com a ideia de mal coletivo, Neiman não ignora, em sua interessante historicização, a importância das condições sociais de produção do mal no pensamento, especialmente ao tratar da questão do Holocausto e da introdução da ideia de Hannah Arendt da banalidade do mal. Ainda, em um capítulo dedicado a Hegel e Marx, encontramos este belo trecho: “(...) a intenção de Marx continua a mesma: reproduzir no mundo material o movimento que Hegel realizou em pensamento. Pois Hegel representa um Prometeu frustrado: ele conseguiu entrar nos céus, mas se esqueceu de pegar o fogo” (NEIMAN, 2003, p. 126). Já a ênfase psíquica do mal estará em um capítulo dedicado a Freud e Nietzsche, intitulado “Fins de uma ilusão”.

técnicos que tencionam extirpar esse mal. Contudo, neste contexto, a opção individual pelo abandono da autorregulação a partir da informação sobre saúde disseminada pela mídia pode ser considerada uma nova categoria de *mal moral*.

Por fim, a evidente historicidade do arsenal teórico de Neiman permite evitar que recaiamos em possíveis concepções essencialistas acerca de uma “depressão do brasileiro”. Pode causar estranhamento a possibilidade de se essencializar algo como uma “depressão brasileira”, quando é comum encontrarmos hoje difundida justamente a naturalização de seu oposto, a propalada, publicizada e capitalizada “alegria brasileira”. Entretanto, a história das ideias no nosso país é repleta de abordagens naquele sentido. Dispenseemos a seguir algumas palavras sobre estas perspectivas.

1.4.2 Um país ciclotímico?

Um marco das considerações reflexivas sobre uma depressão brasileira essencializada é o estudo de Paulo Prado de 1928 denominado *Retrato do Brasil: ensaio sobre a tristeza brasileira*. Prado, expoente do movimento modernista, associa a “tristeza brasileira” à peculiaridade de nossa colonização. Compara-a com a ocupação inglesa nos Estados Unidos, em que os colonos buscavam construir uma nova vida em uma terra de oportunidades. No nosso caso, os portugueses que aqui chegaram teriam sido exploradores ambiciosos, e “a cobiça, garante Paulo Prado, é uma entidade mórbida que absorve toda a ‘energia psíquica’ da pessoa; uma ‘mania’. Essa mania, insaciável, dá lugar à ‘melancolia dos que vivem na ideia fixa do enriquecimento’” (SCLIAR, 2003, p. 191). Somar-se-ia a esse quadro, na visão do autor, a tristeza dos indígenas devastados pela colonização e, ainda, a melancolia do negro trazido da África para o trabalho escravo. Destaca-se a valoração negativa de Prado acerca da questão da miscigenação, tema tão caro aos famosos ensaios sobre a formação da realidade brasileira, em especial no trabalho de Gilberto Freyre. Diferentemente de Freyre, no entanto, Prado a valora negativamente. O cruzamento biológico, segundo ele, enfraqueceria as raças. É nesse contexto que cita um assombroso ditado americano segundo o qual “Deuz fez o branco, Deus fez o negro, mas o Diabo fez o mulato” (PRADO apud SCLIAR, 2003, p. 197).

A ideia de uma melancolia tipicamente brasileira, essencializada, é presente ainda na antiga imagem do Carnaval como feriado para se “afogarem as mágoas”, em que figuras como a do *pierrot* convivem em bailes embriagados por marchinhas como *Bandeira Branca* ou *Tristeza*. O Carnaval seria, aliás, segundo perspectiva essencializante, prova concreta do que hoje seria considerado “bipolaridade”. Por mais que soe algo exorbitante esta

comparação, ressaltamos que marcas desta alternância de pólos de humor para definição do brasileiro surgem com alguma frequência em nossa imprensa, como atestamos na coluna de Tristão de Athayde na Folha de 20 de Abril de 1978. Mesmo assim, neste caso, note-se a forte carga de crítica social encrustada nessa essencialização:

o carnaval é a imagem viva do contraste e da vizinhança entre a nossa capacidade de entusiasmo e a nossa tendência à depressão. Durante três dias e particularmente durante a passagem das escolas de samba e dos ranchos, como outrora à passagem das “sociedades”, tudo é euforia, deslumbramento e participação. Logo depois, um manto de melancolia e de esquecimento desce sobre todo esse festival de “pailletés”. Todos voltam à favela como um dócil rebanho (ATHAYDE, 1978, p. 3).

Para além do Carnaval, pensemos ainda em figuras artísticas importantes como personagens conceituais brasileiros: Macunaíma, Macabéa e o Jeca¹⁶, cuja tristeza inspirou um filme e uma música. Na música, aliás, há a “fossa” generalizada de Maysa, Francisco Alves, Aracy de Almeida, Nelson Gonçalves e tantos outros. Lembremos que mesmo o rompimento “moderno” da bossa-nova com a geração anterior continuaria a fazer da tristeza profunda um traço essencial de sua produção, com a saudade a que se diz “chega”, mas que instaura uma melancolia “que não sai de mim, não sai de mim, não sai”.

Desta forma, a proposta de pensar os sentidos da depressão nas décadas de 70 a 80 como mal coletivo nos afasta dessa visão essencialista que poderia ser recuperada na investigação da história do tratamento deste afeto pela mídia brasileira. Em vez disso, insistiremos nas ligações causais sociais que são atribuídas à depressão, móveis como o devir histórico, aqui capturado midiaticamente, segundo padrões simbólicos próprios de um discurso de imprensa. Não que uma ideia de depressão brasileira essencializada não tenha seu lugar nesse período. Sua importância, entretanto, é reduzida se comparada com as causas atribuídas ao contexto social. É assim que encontraremos exemplos curiosos de uma possível caracterização da depressão como traço tipicamente brasileiro, mesmo em uma reportagem sobre a depressão científica como “BRECHA no nevoeiro: a ciência mapeia as origens orgânicas da depressão e abre chances de tratamento para milhões”. Nela, o jornalista de Veja, provavelmente buscando salientar para seu leitor a importância de se cuidar da saúde, afirma:

INDIFERENÇA - O presidente Sarney fornece um bom exemplo de como funciona a cabeça do brasileiro nesse particular. *Num país em que a tristeza é um substrato forte da cultura e tem até uma coloração positiva*, mesmo alguém hipocondríaco

¹⁶ Todos esses analisados por SCLIAR, 2003.

como Sarney não cogita se fazer examinar por um especialista em depressão (VEJA, 13 maio 1987, p. 57, grifo nosso)¹⁷.

A matéria citada acima, uma prévia do que seria a futura tecnicização da depressão, com o declínio de seu sentido público, é precioso documento histórico para uma genealogia midiática do transtorno. Suspeitamos que, para que se possa propor a ideia de uma depressão como mal natural tecnicizado, é preciso que ela seja essencializada, despolitizada, encarada como “substrato forte da cultura”. Aqui ainda, entretanto, não havia sido feita a ruptura que transformará a depressão em atualidade. Trata-se de uma matéria de transição, portanto.

Feita a precedente ressalva sobre a necessidade de se evitar a essencialização da depressão brasileira, podemos retornar a nosso conceito de mal coletivo. Não é difícil encontrarmos causas sociais para um estado depressivo no Brasil dos anos 70 e 80. Como detalharemos mais adiante, os sofrimentos de políticos exilados pela ditadura militar, de combatentes torturados aparecem continuamente, mesmo com a imprensa do país sob forte censura, consequência do Ato Institucional nº5 (AI-5), editado em 13 de Dezembro de 1968 pelo presidente Costa e Silva. Aparecem ainda como causas de depressão os conflitos urbanos como violências e assaltos, além das condições precárias de vida resultantes da pobreza e da miséria. Os anos 80, na esteira da democratização, fazem reduzir as menções às causas políticas atreladas à ditadura militar, mas insuflam consideravelmente as causas econômicas, em ligação direta com o fracasso do Milagre Econômico da década anterior e as consequências da crise do petróleo. Nesse contexto, desemprego e inflação são comumente descritos como causa de conflitos psíquicos. O Plano Collor no começo da década de 90 apresenta igualmente sua contribuição neste sentido.

Naturalmente, não há apenas causas “brasileiras” da depressão no amplo arquivo a que nos dedicamos a explorar nesta tese. Questões internacionais marcam presença com peso relativo. Ainda assim, entretanto, a ênfase em problemas do país naquele período se mostra não apenas mais evidente como especialmente em maior profundidade nas discussões.

Diante deste contexto, as “soluções” para essas depressões, quando são mencionadas, raramente são de ordem médica. Não surpreende que os “tratamentos” sugeridos para o problema, majoritariamente não tratado pelo viés científico, não sejam medicamentosos. Imaginemos quão inútil seria sugerir a um desempregado, que atrela sua depressão à política econômica fracassada do país, que a solução de seus problemas é afogar as mágoas em um antidepressivo de última geração. Na melhor das hipóteses, um antidepressivo seria

¹⁷ A reportagem em questão, de 1987, é uma das primeiras da história de Veja a destacar a depressão como distúrbio orgânico, com causas e soluções médicas. Voltaremos a ela mais adiante.

considerado um *paliativo* diante da causa entendida como real, de natureza sociocultural. Um emprego seria a solução, não um medicamento. A depressão, ao não ser reconhecida em sua autonomia, produzia midiaticamente alternativas de explicações que hoje praticamente se extinguiram.

1.5 Breve história midiática da depressão nos anos 70 e 80 no Brasil

Procuraremos esmiuçar a partir de agora o que consideramos como o mal coletivo da depressão na mídia brasileira antes dos anos 90. Se a depressão passa a ser um problema técnico para a mídia, natural, em muitos casos descrito como fisiologicamente determinado, *perde-se a importância das histórias que se contam sobre ela*. Em contrapartida, sem tecnicização na maior parte de suas descrições, a depressão é utilizada, explorada, descrita a partir daquilo que a teria desencadeado. Se é possível, como dissemos, contar a história recente do Brasil pela temática da depressão na imprensa, é justamente porque ela aí não era, ainda, culturalmente, considerada majoritariamente um “mal natural privado”.

É conhecida a afirmação de Platão de que o sujeito da virtude é o homem público, porque a vida privada seria desprovida de interesse, sendo aquele que se prende exclusivamente a ela um *idion*, idiota. Irônico pensar que os deprimidos na mídia, e especialmente os não-ainda deprimidos, uma vez que estão aí desvinculados de seus laços socioculturais, obcecados com a gestão de informações sobre a própria saúde, mais se aproximariam de uma idiotia (platônica) do que os deprimidos na imprensa de décadas atrás.

As próximas páginas são dedicadas a algumas das histórias dessa depressão coletiva. Deve ser minimizada a já comentada¹⁸ problemática divisão cronológica das matérias por décadas. Fazemos uso deste recorte temporal tão trivial aqui como modo de organização dos textos analisados. Mesmo diante de uma ordenação discursiva midiática, não é possível atribuir mudanças radicais a cada passagem de década da segunda metade do século XX, a não ser na década de 90.

Dito isso, encontramos uma divisão temática no interior dessas décadas para a abordagem da depressão no período estudado. Lembramos que não pretendemos, a seguir, esgotar a variedade de sentidos que a palavra depressão, em seu sentido psíquico, denota na imprensa. Ressaltamos alguns deles, mais significativos. Assim, propomos a seguinte triagem

¹⁸ Cf. Introdução, p. 22.

para a classificação das reportagens e notícias, curiosamente baseada em editoriais de um jornal ou de uma revista:

- *Brasil*, que abarcaria tanto questões políticas referentes ao país como problemas econômicos e suas consequências para as vidas dos indivíduos descritos;

- *Ciência*, a respeito das matérias em que a depressão é tratada como problema passível de conhecimento por saberes específicos (que, como vimos, é nesta época parte da ordem discursiva, mas não sua fonte principal);

- *Mundo e Sociedade*, que incluiria causas psicossociais em geral e eventos internacionais. Aqui haverá espaço, ainda, para os “deprimidos infames”, ou seja, trataremos de casos particulares de pessoas famosas ou nem tanto, atormentadas por algum tipo de depressão.

Sobre este último ponto, reforçamos que não encontraremos nestas histórias particulares descrições de sintomas físicos da depressão, a não ser quando estes serviram de ilustração para males coletivos. O “corpo deprimido” será apenas mais um dos sentidos que perpassam as vidas daqueles que foram aprisionados em discurso ao longo dos vinte e poucos anos que cobrimos neste capítulo. A caracterização dos homens infames por Foucault (2009), que nos inspira aqui mais uma vez, remete a pessoas a cujas histórias tivemos acesso com a pesquisa em arquivo apenas porque esbarraram nas grades do poder. Todavia, se, para Foucault, essas histórias surgiam na forma de inquéritos policiais, hospitalares etc, para nós elas advêm da interseção do discurso midiático com a história político-econômica recente do Brasil e do mundo¹⁹.

1.5.1 Brasil

Antes de sua tecnicização, para que as depressões das vidas singulares ganhem a visibilidade que uma folha de jornal ou revista fornecem, é preciso que as histórias em que estas depressões se inserem sejam – elas sim – motivo de interesse midiático. Mas a razão da visibilidade dessas narrativas não se assenta apenas neste cruzamento. Há ainda um pressuposto básico que, de tão incorporado nas sociedades democráticas, passa por vezes despercebido: a ausência de uma censura oficial aos meios de comunicação. Com isso, não queremos afirmar que não haja outras formas de censura, de controle de produção e dispersão

¹⁹ Cf. ainda a leitura de Deleuze acerca da infâmia em Foucault: “Foucault concebe uma infâmia de raridade, aquela dos homens insignificantes, obscuros e simples, que somente são levados à luz pelas queixas, relatórios de polícia. É uma concepção próxima de Tchekov” (DELEUZE, 2004, p. 102, tradução nossa).

discursiva na mídia. Parte de uma genealogia dos discursos de imprensa é fundada naquilo que *não se pode ou não se deve dizer*. A garantia de uma liberdade de imprensa não impede a profusão de pequenos interditos, censuras insidiosas, tanto mais eficientes se imperceptíveis.

Contudo, não é disso que se trata aqui. No Brasil, de 1968 a 1978 vigorou o propalado AI-5, talvez o mais incisivo instrumento institucional de intervenção sobre os valores democráticos do período ditatorial do país. Como se sabe, o AI-5 fornecia plenos poderes ao Presidente da República para impor recessos ao Congresso Nacional, cassar mandatos, intervir em municípios e estados sem obediência irrestrita à constituição, suspender o *habeas corpus*, bem como os direitos políticos de qualquer cidadão brasileiro pelo período de 10 anos, além de proibir manifestações populares. No que diz respeito à esfera midiática, estabelecia a censura prévia a jornais e revistas.

É importante ter em mente a existência do AI-5 ao abordarmos os textos das matérias que aqui trazemos. Ademais, de Outubro de 1969 a Março de 1974, o país teve seu período de maior endurecimento do regime militar, com o governo de Médici. É bastante provável, assim, que haja relação entre esses dados e o fato de que há uma notável raridade de matérias de cunho político brasileiro entre 1971 (primeiro ano de nossa série) até 1975, quando elas se tornam pouco a pouco mais comuns.

É por isso que nos interessam matérias como a de 11 de Agosto de 1971 de Veja, de título “De cabeça erguida”, que narra o funeral do deputado Djalma Maranhão, ex-prefeito de Natal, que, exilado há sete anos no Uruguai, volta ao Brasil apenas para ser enterrado. Djalma, “num momento de depressão, escreveu certa vez a uma amiga da família pedindo que, se morresse no exterior, fôsse [*sic*]²⁰ trazido para Natal e sepultado no cemitério de Alecrim” (VEJA, 11 ago. 1971, p. 24). Destaca-se a ênfase ao mesmo tempo melancólica, irônica e laudatória da matéria na imagem da “volta” do político do exílio “de cabeça erguida”, expressão por ele utilizada quando fora acusado de corrupção em seu mandato como prefeito. Laudatória porque o texto sublinha que

apesar da aspereza dos últimos sete anos de sua vida, Djalma Maranhão teria ficado satisfeito se soubesse que pelo menos parte de seu desejo foi cumprida. Segunda-feira passada, numa tarde chuvosa, mais de 5000 pessoas se amontoavam entre os túmulos para ver seu corpo, trazido de Montevideu (...) (VEJA, 11 ago. 1971, p. 24).

Com o fim do governo Médici em Março, o ano de 1975 fora de alguma esperança no sentido do afrouxamento da ditadura, com a chegada de Ernesto Geisel ao poder. Expectativas

²⁰ Ao reproduzir o texto desta e de outras matérias, manteremos sempre a grafia original, com a ortografia do período em que o texto se insere.

que seriam logo frustradas com a continuidade de aplicação de uma série de medidas autoritárias, como a permanência do AI-5. Bom exemplo é a coluna significativamente intitulada “O imobilismo e a depressão”, parte de uma matéria maior denominada “Líder do Governo desmente mais cassação de mandatos”, na Folha de 13 de Junho de 1975, cuja reprodução do primeiro parágrafo nos fornece uma dimensão disto que constatamos:

a depressão que tomou conta dos meios políticos logo após a aplicação do AI-5 no Acre e em Rondônia tende a agravar-se por falta de novos horizontes institucionais. Que o processo de distensão foi interrompido, todos concordam. Mas os parlamentares oposicionistas, entre inquietos e desanimados, registram também um recuo do Governo no caminho rumo à normalidade e manifestam o temor de que, ao imobilismo, se suceda uma fase de irrestrições ainda maiores (FOLHA DE SÃO PAULO, 13 jun. 1975, p. 3).

Esta depressão após um breve período de esperança de distensão do regime é comum após 1975, com o lento processo de redemocratização desvelando-se, mas ainda obscuro e incerto. O novo e o antigo convivendo, reforçando a depressão resultante de uma euforia que em muitos casos se mostraria injustificada ou, pelo menos, duvidosa. Havia espaço para os otimistas, como o então deputado do MDB²¹ Humberto Lucena que, em 02 de Fevereiro de 1976, acreditava que “depois de um período de ‘depressão e desânimo’, provocados pela cassação dos deputados Marcello Gato e Nelson Fabiano, ‘as esperanças de uma abertura política pelas mãos do presidente Geisel renasceram e subsistem’” (FOLHA DE SÃO PAULO, 02 fev. 1976, p. 20).

A segunda metade da década é assim cenário de um Brasil país do “futuro adiado”, expressão melancólica do título de uma matéria de Veja de 20 de Abril de 1977, em que se lamentava o fechamento do Congresso por Geisel no mesmo mês deste ano, por conta da não-aprovação de uma proposta de reforma judiciária pelos deputados²². Novamente, a depressão: “Na tarde da quinta-feira, os políticos já sabiam que na sexta-feira voltariam ao trabalho, mas nem por isso deixou de reinar o ar de funda depressão, sensível nos gabinetes e nos corredores da Câmara e do Senado desde a decretação do recesso, a 1º de abril” (VEJA, 20 abr. 1977).

Seja no caso do deputado cassado – depressão psíquica – ou no caso acima mencionado – depressão do meio político, especialmente do MDB – o fato é que a causalidade desta abordagem não-tecnificada do problema reflete as agruras do período de

²¹Movimento Democrático Brasileiro, único partido de oposição ao regime, cuja permissão para atividade decorre do AI-2, de 27 de Outubro de 1965, que, dentre outras coisas, aboliu o pluripartidarismo e limitou as representações políticas partidárias ao MDB e ao Arena, este último de apoio aos militares.

²²A maioria do Congresso, neste período, era de deputados da Arena, mas o MDB havia conseguido fazer crescer sua representação, o que reforçou o chamado “Pacote de Abril” de Geisel, que estabelecia a eleição indireta de um senador por estado, garantia de maioria arenista.

repressão no Brasil. Tais dissabores encontram sua expressão mesmo em relação ao futebol. As eliminatórias da seleção para a Copa de 1978 chegaram a ser regidas pela gramática do tormento político em alguns artigos. O debate crítico em torno da “Pátria de chuteiras” no período da ditadura seria comum desde a Copa de 1970. Sete anos depois, há reflexos desta mesma problematização, com colorações distintas. Em 23 de Maio de 1977, por exemplo, na matéria da Folha “Seleção arranca dia 30, em nome da Pátria”, reforça-se a importância da alegria de uma vitória da seleção:

na verdade, o futebol vai sufocando a angústia e a depressão provocada por outros problemas. E, num período como o de agora, quando as insatisfações crescem na medida que as pressões aumentam e a seleção brasileira, apesar de pré-classificada, não corresponde, a CBD do almirante Heleno Nunes e do capitão Cláudio Coutinho, mais do que nunca, teve que atentar, com todos os cuidados possíveis, para a palavra de ordem: O Brasil não pode perder (FOLHA DE SÃO PAULO, 23 maio 1977, grifo nosso).

No outro extremo, seria também corrente a percepção de que o futebol, como “ópio do povo”, produziria distração diante dos problemas nacionais. No caso da coluna “O que ainda não foi dito sobre política e futebol”, da Folha de 03 de Julho de 1977, a depressão é citada ainda no contexto do futebol, não como consequência da situação política, mas como instrumento de manipulação dos governos para produção de alienação. Enquanto a vitória no futebol poderia permitir a imposição de medidas políticas impopulares, que passariam sem ser notadas diante do êxtase pelo resultado, a depressão de ver uma seleção perder frustraria, em dada medida, tais planos. No exemplo abaixo, a reflexão se dá a partir de uma analogia, astutamente feita pelo colunista, com a situação peruana:

(...) confiando na vitoriosa atuação do selecionado peruano, num momento de agudeza social com as eleições, o ministro da Economia do Peru marca um pronunciamento pela TV para o dia seguinte ao jogo com o Brasil. A vitória peruana, dado fraco desempenho dos brasileiros na Copa, é esperada. Os comentaristas políticos especulam sobre a decretação de novas medidas econômicas anti-populares (...). Mas o Peru perde. A sociedade mergulha em profunda depressão: o ministro vai à televisão e não anuncia nada de novo (ARNT, 1977, p. 21, grifo nosso).

Na Copa de 1978, apesar de contar com Zico e Rivelino no time, o Brasil perde a competição e a Argentina é campeã²³.

²³ Em relação ao futebol, não se salientou somente o sentido social de depressão, como também os casos individuais de jogadores abatidos pelo problema. No embarque da seleção para a Copa do México em 1986, o lateral-direito desiste de jogar pelo Brasil, causando indignação e mesmo acusações por parte da mídia, como na matéria de Veja de nome “Canarinho desastrado”: “(...) titular absoluto da posição, foi acometido de súbita depressão e desistiu de acompanhar os colegas, algo que jamais acontecera antes numa Seleção Brasileira a caminho de uma Copa do Mundo, mesmo nas mais desastradas” (VEJA, 14 maio 1986, p. 80).

Os anos de 1978 e de 1979 são tempos ainda de discussão a respeito da Lei da Anistia, que seria promulgada pelo presidente João Figueiredo em 28 de Agosto de 1979. Aos poucos, casos de tortura seriam revelados, e a associação entre tortura e depressão também comparecerá em algumas matérias, especialmente no ano de 1979, com a soltura dos presos políticos.

Nesse contexto, sobressai em nosso arquivo um exemplo do que poderíamos chamar de micropolítica jornalística, no caso da matéria “Uma herança do nazismo”, de 02 de Abril de 1978, seis meses antes do fim do AI-5, portanto. Trata-se de texto a respeito dos efeitos traumáticos advindos da experiência da tortura. Surpreende-nos certamente o debate sobre o tema tão abertamente, apesar da censura. Mais instigante, contudo, é percebermos a estratégia de sua presença nada discreta em praticamente uma folha inteira da editoria “Exterior”.

Talvez não seja o caso aqui de atribuímos a presença desta matéria com tal destaque a uma “distração” dos censores, diante do volume de textos que diariamente lhes chegavam para avaliar. É certo que não ratificamos concepções totalizantes do poder (no caso, de um poder negativo, de repressão) que só “permitiria” certas manifestações contrárias a ele por “falha”. Em vez disso, chamamos a atenção para a estratégia elaborada. A matéria em questão, cujo tema é a tortura, apresenta-se oficialmente com “objetivo” não de uma crítica aos militares brasileiros, mas de simples “descrição”. Em primeiro lugar, porque se trata de um texto traduzido do original publicado pelo jornal francês *Le Monde*, reproduzido aqui na editoria “Exterior”. Além disso, ela cobre um congresso dos médicos da Anistia Internacional reunida em Atenas. Princípio de seleção: interesse estratégico diante do debate que se abria no Brasil, sem citar, em nenhum trecho, questões brasileiras. Os médicos da Anistia Internacional explicavam os efeitos físicos e psicológicos da tortura: “Entre as sequelas mais notáveis, (...) a frequência e a gravidade das perturbações psíquicas: perdas de memória, dificuldades de concentração, perturbação do sono, pesadelos, fadiga, ansiedade, depressão, fobias” (BRISSET, 1978, p. 18).

Em Setembro de 1979, mês seguinte à anistia, a Folha noticiava na matéria “Em S. Paulo, todos os anistiados já foram libertados”, a libertação dos dois últimos presos políticos de São Paulo. Um deles, capturado em 1975 juntamente com a mulher e o casal de filhos, denuncia ao jornal as torturas físicas que sofreram:

fomos torturados no DOI-COD²⁴ de São Paulo e de Curitiba. *Minha mulher foi torturada barbaramente e por causa disso ficou com o sistema nervoso abalado,*

²⁴ DOI-CODI: Destacamento de Operações de Informações – Centro de Operações de Defesa Interna, órgão subordinado ao Exército, em ação de 1969 a 1980. Surge com o objetivo de atacar e desmobilizar as

tendo crises de depressão periódicas, com graves riscos para a própria vida. Ela traz até hoje os males da tortura. Eu passei por todo tipo de tortura, inclusive uma especialidade da polícia do Paraná: o afogamento a seco, que consiste em colocar um saco úmido na cabeça da vítima que, sufocada, acaba desmaiando (FOLHA DE SÃO PAULO, 01 set. 1979, p. 5, grifo nosso).

A preocupação com as práticas de tortura extravasa os limites da repressão política, chegando à seara da violência policial praticada contra cidadãos comuns, especialmente em relação aos mais pobres. Matéria do dia 02 de Novembro de 1977 da Folha denominada “D. Paulo pede à população para não se deixar abater” transcrevia indignação do cardeal arcebispo de São Paulo, dom Paulo Evaristo Arns, sobre o problema, pedindo à população que “não entre em depressão pelos fatos ocorridos, ‘mas que deles retire forças para reagir, como comunidade e como povo’” (FOLHA DE SÃO PAULO, 02 nov. 1977, p. 8).

Às ideias de depressão do povo e depressão individual, reúne-se o viés crítico em relação ao uso estratégico da depressão como *subterfúgio* para atos de violência de regimes autoritários. Este último caso corresponde à denúncia dos jornais à manipulação da depressão como motivo de suicídio de pessoas envolvidas em circunstâncias políticas ou sociais problemáticas. Um suicida político supostamente em depressão poderia ter sido assassinado, e esta possibilidade deveria ser mencionada pelos jornais. Tal contextualização da depressão como artimanha para práticas violentas aparece tanto em matérias a respeito do Brasil quanto da conturbada situação internacional, especialmente nos outros países da América Latina, igualmente submersos em ditaduras asfíxiantes²⁵.

É assim que Veja põe em questão o enforcamento do servente Aézio da Silva Fonseca, contribuindo para uma onda de indignação com o caso que teria mobilizado até o presidente João Figueiredo. Levantou-se a hipótese de assassinato do servente pelos policiais, na cadeia. Na matéria de 19 de Setembro de 1979, Veja assume um dos lados deste imbróglio com o título “Houve crime: Aézio não se enforcou, diz o juiz” (VEJA, 19 set. 1979, p. 33). O promotor do caso, apesar de subscrever o fato de ter havido tortura, não convencido inteiramente da alta probabilidade de ter havido assassinato, diz que “em sua opinião, Aézio suicidou-se na delegacia, ‘vítima de grande depressão causada pelos maus tratos sofridos’” (VEJA, 19 set. 1979, p. 33).

Um psiquiatra sentencia, em 24 de Maio de 1984, na sugestiva matéria “Situação política pode gerar neuroses, afirma psiquiatra”, que

organizações militares de esquerda. Suas ações de tortura contra presos políticos foram posteriormente divulgadas, como no caso da matéria em foco.

²⁵ Cf. a subseção *Mundo e Sociedade*, neste mesmo capítulo.

pode-se falar que temos instituições e países que, comparativamente com o indivíduo, aparecem como doentes. O Brasil, nesse momento, é um país doente e um país doente cria indivíduos doentes. (...) A influência negativa da situação política sobre as pessoas pode ser medida pelo aumento do número de consultas por depressão (FOLHA DE SÃO PAULO, 24 mai. 1987, p. A-8).

Como posto mais acima, a depressão coletiva brasileira na década de 70 não era descrita na imprensa exclusivamente em ligação com as repressões política e policial da ditadura, mas também com relação aos graves problemas econômicos por que o país passava, decorrentes da crise do petróleo internacional e da falência do modelo do Milagre Econômico. Como propalado na matéria “Não há muitas vagas”, de Veja: “mais ou menos como avaliam os americanos: recessão é quando seu vizinho fica desempregado; depressão, quando você fica desempregado” (VEJA, 25 jul. 1979, p. 101)²⁶.

Para além dos gracejos semânticos com a plurivocidade da palavra depressão, já mencionados aqui, era reportado principalmente o próprio estado de depressão psíquica causado por essas dificuldades. “A palavra depressão passou a ser um estigma e um espectro de flagelo social”, escreveu um articulista da Folha (SÁ, 1975, p. 2). Em desespero, a população mais atingida pela crise engrossava as filas das casas lotéricas, publicava Veja em 25 de Abril de 1979 na reportagem “Rumo ao guichê: por que o brasileiro joga cada vez mais?”: “o crescimento, a cada semana, do volume de apostas pode ser um sintoma de depressão, de falta de confiança nas possibilidades econômicas do país e de cada um” (VEJA, 25 abr. 1979).

A depressão causada pelo martírio econômico brasileiro tangencia as bordas da cientificização pelos saberes psi, mas sua forte carga psicossocial a separa do caráter de cálculo explícito próprio à gestão da informação de saúde do contemporâneo. Joelmir Beting, em sua coluna, destaca em 13 de Fevereiro de 1975 que

a angústia da inflação, da recessão e do desemprego explica o estado de depressão física e mental de parcelas cada vez maiores da população adulta. As pessoas ficam tensas, nervosas, comem mal, dormem mal. Cresce o número de divórcios, de acidentes de trânsito e de casos de suicídio ou de tentativas de suicídio (BETING, 1975, p. 17, grifo nosso).

Na década de 1980, aflora midiaticamente a consciência dos percalços por que passam os brasileiros diante do caos econômico que vivia o país. “Aumenta número de tentativas de suicídio por desemprego”, anuncia a Folha em 28 de Agosto de 1983, que abria a reportagem com a frase impactante “a crise econômica está deixando as pessoas enlouquecidas” (FOLHA

²⁶ A frase é de autoria do ex-presidente americano democrata Harry Truman. Ronald Reagan, republicano que sucedeu o também democrata Jimmy Carter, renova a famosa frase: “*Recession is when your neighbor loses his job. Depression is when you lose yours. And recovery is when Jimmy Carter loses his*”.

DE SÃO PAULO, 28 ago. 1983, p.22). Dentre as diversas formas de “loucura”, cita o alcoolismo e a profunda depressão.

Em “Operário oculta doença por temer o desemprego”, de 29 de Novembro de 1981, a Folha diagnostica quadro em que o fantasma do desemprego provocaria casos de doenças psicossomáticas:

desempregado há mais de quatro meses, e tendo preenchido fichas em mais de 117 fábricas, o metalúrgico R.J.M., 36 anos, casado, dois filhos, tentou se matar, bebendo soda cáustica. Desesperado, W.G., 43 anos, procurou o médico de seu sindicato, porque há dois meses, quando começaram as demissões em massa na empresa em que trabalha, ficou tenso, inseguro, tornando-se impotente sexual (FOLHA DE SÃO PAULO, 29 nov. 1981, p. 42).

A busca por soluções para a depressão do desemprego passa por lugares tão díspares quanto o Centro de Valorização da Vida (CVV) e simplesmente *o incentivo à participação política*. No primeiro caso, destacou-se o aumento do número de chamadas telefônicas daqueles que se deprimiram por conta da perda do emprego, este chegando a atingir o principal motivo das ligações. “Vocês aí arrumam emprego? Ouvi dizer que o pessoal do CVV ajuda todo mundo, por isso estou telefonando”, narra o que ouviu uma das plantonistas do Centro, na reportagem “Muda o perfil dos que procuram o Centro de Valorização da Vida. A crise econômica motiva telefonemas das pessoas mais angustiadas” (FOLHA DE SÃO PAULO, 20 nov. 1983, p. 18). Elas garantiam que “nessa época de crise, a primeira coisa que ela [*a pessoa que recorre ao CVV*] fala, caso esteja vivendo a situação, é que está desempregada. A partir daí, joga toda a depressão que sente (...)” (FOLHA DE SÃO PAULO, 20 nov. 1983, p. 18, acréscimo nosso).

Quando não se tecniciza a depressão, as soluções políticas podem ter espaço para comparecer mais fortemente. Assim, diante do flagelo social, a depressão é sintoma e não doença, diz um articulista da Folha: “Vivemos, sem dúvida, nossa grande depressão. Mas a depressão, assim como a euforia, é um estado irreal, que se esgota em si mesmo e não conduz a nada. O que precisamos é de trabalho” (SOUZA, 1983, p. 3). Outra matéria, saborosamente intitulada “A classe-média está pirando”, de 25 de Julho de 1987, trazia logo abaixo do título um imperativo: “Só se pode escapar da massificação e da reprodução de ideais narcisistas através de uma participação política que leva em conta as necessidades comuns”. No texto, afirma-se que “a verdadeira doença fabricada pela pressão autoritária sobre a cultura foi a desmobilização social” (FOLHA DE SÃO PAULO, 25 jul. 1982, p. 4).

Em outra ocasião, pesquisa de psiquiatra britânico constatava na Folha que uma das causas da depressão nervosa seria a impossibilidade de extravasar a agressividade advinda das pressões urbanas, políticas e sociais em geral. Em suma, conformismo causaria depressão:

meter-se num tumulto faz bem a algumas pessoas, segundo afirma um psiquiatra britânico que estudou a questão em Belfast, a capital europeia que foi palco de mais manifestações nos últimos tempos (...). Lyons estudou durante vários anos os índices de suicídios em Belfast e o total de “depressões mentais”. (...) ‘Em Belfast, houve a oportunidade para a manifestação de sentimentos agressivos como não havia há muitos anos’, [afirmou] (COLEMAN, 1972, p. 6, acréscimo nosso).

Notemos como, apesar da presença do psiquiatra e de uma pesquisa científica, a depressão neste caso não é tecnicizada, uma vez que não se autonomiza o problema, ignorando suas vertentes psicossociais, e não se atribui ao leitor uma função de autorregulação pela informação recebida. Logo, não seria a autoridade *do psiquiatra* que garantiria a tecnicização, e sim o modo de dispersão de um *saber* psiquiátrico. Vale aqui a premissa foucaultiana sobre os “detentores do poder”: “não busquemos a equipe que preside sua racionalidade” (FOUCAULT, 2006, p. 105).

Em meados da década de 80, período de grande esperança com o retorno gradual das instituições democráticas, um acontecimento memorável da história do país será também mais um foco de arregimentação dos discursos que tangenciam a depressão na imprensa: a agonia e a morte do presidente Tancredo Neves em Abril de 1985. No dia 06 de Abril, refletindo a atmosfera de expectativa com relação ao estado de saúde do presidente, temos na Folha marcas do depoimento do então ministro da Administração, Aluísio Alves, que disse, na matéria “Sarney passa um dia menos tenso e mantém esperança na recuperação”:

vivemos pelo menos umas 12 horas de profunda depressão, de tristeza e muito desânimo. A única pessoa entre nós que conseguia se manter tranqüila era a d. Marly [esposa do vice em exercício José Sarney], que a todo momento nos dizia para termos fé que Tancredo se recuperará” (FOLHA DE SÃO PAULO, 06 abr. 1985, p. 4, acréscimo nosso).

Mesmo neste episódio tão singular, encontramos outro sentido para depressão para além do estado de espírito dos brasileiros com a iminente impossibilidade de Tancredo assumir a seu posto recém-conquistado. Depressão do povo e depressão do próprio Tancredo, neste caso como algo a evitar-se diante da situação de precariedade de sua saúde: Veja questiona, em 1º de Maio do mesmo ano – portanto já em seguida à morte do paciente –, que a junta médica responsável pelo presidente informara à imprensa *erroneamente* que ele não apresentava nenhum sinal de tumor no divertículo. Assim, a reportagem “O rescaldo da batalha” afirma:

a junta médica chamada a Brasília assumiu o diagnóstico de Pinheiro Rocha para evitar, conforme Pinotti, que o presidente tivesse uma depressão psicológica e que isso prejudicasse sua recuperação. A junta concluiu que essa atitude traria mais benefícios que malefícios, diz o médico (VEJA, 01 mai. 1985, p. 42).

As circunstâncias da morte de Tancredo são objeto de dúvidas e lendas ainda hoje no imaginário popular brasileiro, especialmente por conta das decisões que foram tomadas acerca da divulgação das informações sobre o estado de saúde do presidente. Perguntamo-nos se quadro semelhante poderia dar-se no contemporâneo, sendo possível escamotear os detalhes sobre a saúde de uma figura política importante. Suspeitamos de que haveria, atualmente, um entrelaçamento da entrada da saúde na lógica do risco com a produção da visibilidade de si como espetáculo. Neste contexto, a justificativa “moral” da exibição minuciosa dos dados da saúde do político seria dada não apenas por conta do contexto político por si só, como também pela importância de se alertar à população em geral sobre a necessidade de se atentar à própria saúde²⁷.

O fato é que a perda daquele que seria o primeiro presidente civil do Brasil em vinte e cinco anos foi seguida de certo entusiasmo com as propostas para recuperação econômica do país, que logo mostraram-se fracassadas (em especial, o Plano Cruzado). Isso reforçou o discurso de que o país era ciclotímico, oscilava entre os pólos da mania e da depressão. Em uma coluna de 1986 na Folha denominada “Depressão e mania (O luto por Tancredo e a euforia pelo pacote)”, a articulista psicóloga Mônica Allende Serra (mulher de José Serra) sugeria que “se o presidente morto representaria a ‘verdadeira mãe’ que substituíra a ‘madrasta cruel’ do regime anterior, o atual faria o papel do ‘pai que vem pôr ordem na casa’” (SERRA, 1986, p. 11).

Ocorre que o esgarçado contexto econômico e o próprio presidente não teriam conseguido cultivar por muito tempo a euforia dos primeiros meses de governo. Já no primeiro ano, abundam matérias a respeito da característica depressiva de Sarney, aqui entendida como traço distintivo de sua personalidade, e não unicamente reacional a eventos desagradáveis. Já no mês da posse de Sarney encontramos matéria na Folha que repercute um perfil do novo presidente feito por jornal francês, que publicara que Sarney sofria de depressão, chegando a tratar-se com medicamentos. Afirma, ainda, que essa informação não era amplamente divulgada no Brasil. Em reação, o médico particular do presidente divulga

²⁷ Recordemos a diária profusão de informações sobre cada estágio do tratamento do câncer do ex-vice presidente José Alencar, tido como “exemplo”, “lutador”, agregando atenção de milhares de brasileiros pelos anos de seu martírio. Lembremos, ainda, a utilização do câncer por que passou a então ministra Dilma Rousseff como oportunidade para se abordar a importância da chegada ao diagnóstico enquanto a doença ainda está em seu estágio inicial.

nota em que repudia as constatações do jornal estrangeiro, alegando, em texto reproduzido pela matéria “Saúde do presidente é perfeita, diz médico”, que

“qualquer homem submetido às tensões por que ele passou teria que se valer de remédios. Isto é natural”. Por considerar a hipótese absurda, não admitiu conversas sobre possível depressão do Presidente da República, que o levaria a utilizar comprimidos para dormir (FOLHA DE SÃO PAULO, 25 abr. 1985, p. 8).

A figura de um Sarney deprimido é corriqueira nos discursos encontrados, seja na produção de notícias que tematizavam o cotidiano no país seja suscitando análises ao mesmo tempo psicológicas e políticas. No primeiro caso, tão logo o fracasso do Plano Cruzado viera à tona, surgem informações como a da notícia “Omissão do PMDB e críticas ao pacote deixam Sarney deprimido”, que abria indicando que “as repercussões negativas das medidas econômicas adotadas pelo governo, [sic] geraram no presidente José Sarney a maior crise de depressão desde que assumiu o poder” (FOLHA DE SÃO PAULO, 04 dez. 1986, p. A-4). Mesmo dois anos depois, em notinha do dia 26 de Agosto de 1988 intitulada “Efeitos da crise”, lemos:

efeitos da crise - Políticos que estiveram nos últimos dias com Sarney ficaram preocupados com o estado de depressão do presidente. Durante um desses encontros, Sarney queixou-se amargamente das críticas que tem recebido e desabafou: “Já fiz tudo o que tinha para fazer. Não sei mais o que faço” (FOLHA DE SÃO PAULO, 26 ago. 1988, p. A-4).

Quanto às análises da depressão de Sarney e de suas repercussões para o Brasil, destacamos o artigo na Folha de Olegária Matos chamado “Sarney, ou: da política como melancolia” (MATOS, 1985, p. 3). Na esteira da secular observação de que os melancólicos não seriam afeitos à ação²⁸, tendo sido moldados para a contemplação, Sarney teria grandes dificuldades em gerir o país, segundo Matos, por conta de sua própria personalidade.

Ainda na esfera dos homens de política, destacamos as figuras de Ulysses Guimarães e de Lula. No caso do importante deputado pemedebista, salientou-se a eficácia do uso do lítio para o tratamento de sua depressão. Em “Deputado supera crises emocionais com ajuda de lítio”, de 05 de Maio de 1987, somos informados de que antes do sucesso do uso do medicamento, “há exatamente um ano ele cumprimentava inexplicavelmente um corneteiro em Brasília, (...) interrompia deputados na tribuna com frases desconexas, lançava ao acaso citações em latim (...) Anormalidades estavam à vista” (FOLHA DE SÃO PAULO, 05 maio 1987, p. A-7). O lítio – parece – passou a ser um qualificativo a mais do dr. Ulysses, a ponto de um ministro de Estado, como reproduzido na notinha “Efeito químico” da Folha, ao

²⁸ Sobre depressão como um transtorno da ação insuficiente, cf. Capítulo 3.

comentar a atitude do deputado em um outro episódio, ter debochado: “Ou o Ulysses tomou um lítio a menos, ou então um lítio a mais” (FOLHA DE SÃO PAULO, 19 fev. 1988, p. A-4).

Já a suposta depressão do ex-presidente Lula referiu-se à fase final de sua campanha para a presidência em 1989, em que perdera o cargo para Fernando Collor. Depressão em duas situações, aqui. A primeira delas, na notinha “Causas”, da coluna política “Painel” da Folha, como fator causal de seu fraco desempenho no último debate televisivo com Collor, na Rede Globo: “Duas causas apontadas por petistas para a fraca atuação de Lula: cansaço e depressão pela utilização, no programa de TV de Collor, de depoimento de sua ex-namorada” (FOLHA DE SÃO PAULO, 16 dez. 1989, p. A-4)²⁹. A segunda, como consequência de sua derrota. Também na Folha e na coluna “Painel”, em tópico chamado “Depressão”, lemos: “Ainda amargando a derrota, Lula tem dito a amigos que não gostaria de disputar cargo nenhum em 1990. A direção do PT acha a posição emocional” (FOLHA DE SÃO PAULO, 27 dez. 1989, p. A-4). A dita depressão de Lula foi ainda mencionada, em matéria da Veja de título “O degelo da oposição”, como razão de sua aproximação com o ex-adversário Leonel Brizola nas eleições locais do ano seguinte. O que se subentende nesse caso é que a depressão o fizera refletir melhor, rever posições sobre alianças com o PDT de Brizola: depois de “um período de profunda depressão, achou melhor ficar quieto a respeito do passado – e colocou na mesa sua opinião sobre o que as duas legendas devem fazer no futuro” (VEJA, 31 jan. 1990, p. 40)³⁰.

Tanto no caso de Ulysses, em que se trata de depressão com sentido de transtorno psíquico, como no caso de Lula, referente a uma depressão em reação a um evento externo, percebemos usos não-tecnificados do problema, em que o contexto político em muito importa na exposição midiática da depressão. Não há “a depressão”, ideia platônica instrumentalizada por saberes, mas a depressão de Ulysses, a depressão de Lula.

Para encerrarmos nossa breve descrição, citamos ainda a vinculação realizada desse estado psíquico ao tormento dos primeiros infectados com o vírus HIV nos anos 80. Nesta conjuntura, convivem notícias de casos singulares, análises sociais e médicas. Em Julho de 1985, lemos o título de uma nota da Folha “Advogado com Aids enforca-se em seu apartamento em São Paulo”, em que o recém-aprovado para o Ministério Público “teria entrado em depressão ao saber que havia contraído a Aids” (FOLHA DE SÃO PAULO, 14

²⁹ Trata-se do conhecido episódio em que a ex-namorada de Lula revelava no programa do adversário seu pedido para que ela abortasse um filho, quando namoravam.

³⁰ A propósito da depressão como traço psíquico que favoreceria a ponderação na tomada de decisões políticas, sugere-se o instigante livro de Joshua Shenk (2005), sobre o papel positivo da melancolia de Abraham Lincoln no conturbado contexto político dos Estados Unidos no período em que era presidente.

jul. 1985, p. 22). Já no terreno das análises, atentava-se ao estigma social que o diagnóstico de Aids provocava, agravando o estado deprimido do paciente, como por exemplo na matéria da Folha “Medo da Aids provoca rejeição social dos doentes” (FOLHA DE SÃO PAULO, 15 fev. 1987, p. 26).

Tratemos agora das matérias em que a depressão é formalmente tratada como questão científica/médica nas décadas de 70 e 80. Mesmo em minoria, se compararmos com aqueles em que ela aparece fora do ambiente científico (cf. Gráfico 3 mais acima), esses textos nos mostram uma contaminação semântica do ideário político setentista e oitentista inclusive nas matérias científicas. Indicam, ainda, um quadro bastante curioso das “verdades” da ciência acerca de nosso tema que ganharam, neste período, alguma visibilidade.

1.5.2 Ciência

Boa parte do espectro político-social que ronda a depressão coletiva nos anos 70 e 80 pode ser também encontrada em sua versão científica, objeto de saberes diversos, especialmente as ciências psi. Organizamos as matérias científicas nessa década a partir de três eixos principais: a causalidade social da depressão e suas consequências, o otimismo com considerados “progressos” da ciência e a tônica crítica ao poder psiquiátrico, bastante em voga especialmente na década de 70.

Quanto ao primeiro ponto, ressaltamos de início que reportagens alarmistas a respeito do aumento do número de casos de depressão no mundo não são privilégio de nossos tempos. A ideia de que a depressão pode ser um problema de saúde grave esteve presente em quase todas as matérias científicas apresentadas. A referência majoritária às causas psicossociais da doença, entretanto, são maioria.

Em 14 de Abril de 1971, a reportagem de Veja “Os piores choques”, baseada em uma pesquisa americana, trazia um quadro em que se elencavam as “causas da depressão” (VEJA, 14 abr. 1971, p. 34). Notemos, na reprodução a seguir, a total ausência de referências a causas biológicas:

Figura 2: Quadro da matéria “Os piores choques”. Veja, 14 abr. 1971.

As causas da depressão			
O índice de importância ou gravidade baseia-se numa escala de zero a vinte			
Morte de um filho	19,33	Ingresso de um filho no serviço militar	12,32
Morte do cônjuge	18,76	Briga com um parente	12,11
Condenação à prisão	17,60	Transferência para outro país	11,37
Morte de parente	17,21	Menopausa	11,02
Traição conjugal	16,78	Dificuldades financeiras	10,96
Grave desastre econômico	16,57	Separação de uma pessoa amiga	10,68
Insucesso profissional e/ou financeiro	16,46	Exame difícil, importante	10,44
Aposentadoria	16,45	Separação conjugal amigável	10,33
Aborto ou nascimento de um filho morto	16,34	Troca de horário de trabalho	9,96
Divórcio	16,18	Troca de trabalho — para pior	9,23
Separação conjugal	15,93	Rompimento de um caso amoroso	8,80
Intimação de um tribunal	15,79	Transferência para outra cidade	8,52
Gravidez não desejada	15,57	Mudança de escola	8,15
Doença grave na família	15,30	Interrupção dos estudos	7,85
Desemprego	15,26	Um filho abandona a casa	7,20
Morte de um grande amigo	15,18	Reconciliação conjugal	6,95
Destituição ou degradação	15,05	Multas ou infrações da lei	6,05
Doença grave pessoal	14,61	Nascimento de um filho	5,91
Início de uma relação extraconjugal	14,09	Início de gravidez da esposa	5,67
Perda de um objeto particularmente querido	14,07	Casamento	5,61
Processo civil	13,78	Promoção	5,39
Insucesso nos estudos, reprovação	13,52	Doença não grave	5,20
Casamento — desaprovado — de um filho	13,24	Mudança de residência	5,14
Rompimento de um noivado	13,23	Adoção de um filho	5,13
Grave crise conjugal	13,02	Noivado de um filho	4,53
Grave desentendimento familiar	12,83	Noivado próprio	3,70
Sérias dificuldades financeiras	12,66	Gravidez desejada	3,56
Preocupação com uma dívida vultosa	12,64	Matrimônio — aprovado — de um filho	2,94

“Depressão, o mal de 100 milhões” era o título de uma notinha da Folha de 27 de Novembro de 1975. Nela, o então chefe do Escritório de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde (OMS) ensinava que as razões dessa progressão dos casos de depressão eram muitas, especialmente

o prolongamento da vida, a mudança rápida do meio ambiente psico social, e o aumento das enfermidades cardíaco vasculares [*sic*], reumáticas, gastrointestinais e neurológicas. Segundo o médico, existem ainda as depressões produzidas por consumo excessivo de medicamentos, como os anticoncepcionais orais (FOLHA DE SÃO PAULO, 27 nov. 1975, p. 27).

Hoje, diante de nossa cultura de otimização do bem-estar por meio da administração de psicotrópicos, podemos esboçar um sorriso involuntário ao lermos que já foi dito que as depressões podiam ser provocadas pelo excesso do consumo de medicamentos. Sobre o aumento do número de casos de depressão então noticiado, temos aqui um quadro curioso, que reforçaria nossa hipótese de que o crescimento da cobertura midiática sobre a depressão na atualidade não apenas “reflete” o aumento dos diagnósticos. Mesmo diante de um “mal de 100 milhões”, segundo dados da OMS de então, não se transformou a depressão em atualidade midiática nesse período.

De todo modo, se essa matéria específica prioriza tanto causas psicossociais quanto fatores biológicos (doenças, uso de medicamentos), outros textos enfatizam a relação causal

da depressão à estrutura urbana. “Doença urbana” foi nomeada uma matéria de Veja de 28 de Abril de 1976. Afirmava, em dado trecho, que

(...) a raiz desse mal universal está na estrutura da sociedade industrial. ‘Se não for feita uma reorganização radical e deliberada da sociedade em que vivemos’, declarou o dr. Selby, da OMS, ‘o que me parece, no momento, altamente improvável, o homem terá crescentes dificuldades em se adaptar ao seu meio ambiente’ (VEJA, 28 abr. 1976, p. 76).

O relevo para as causas sociais é tão grande, mesmo para o mal em sua forma médica, que a referida matéria encontrava-se na subseção “Metrópoles” da revista³¹. Não apenas problemas urbanos generalizados foram apontados como causa da depressão, como também a difusão das então “novidades tecnológicas”, com destaque para a televisão, que obteve na década de 70 um grande crescimento no Brasil, suscitando, assim, análises ambíguas em sua relação com o distúrbio. De um lado, preocupação com a criação dos filhos diante da “babá eletrônica”: “os psiquiatras Ernesto Cabrera Vasquez e Ramon Baez Acosta disseram que pelo menos 15 menores de São Domingos manifestaram um acentuado estado de depressão mental em consequência da enorme influência que as telenovelas exercem sobre elas”, afirmava a reportagem da Folha “As influências das telenovelas nas crianças” (FOLHA DE SÃO PAULO, 26 mar. 1974, p. 38). Por outro lado, ponderava-se, como nesta outra análise da Folha, de título “Televisão: vantagens ou prejuízos para a criança?”. Ressaltavam-se os benefícios da televisão para um doente em recuperação, sendo que

todo o tempo que o paciente em depressão consegue dedicar à televisão (o que vê realmente não faz a menor diferença) contribui de maneira salutar e eficiente para sua recuperação. Nem é preciso que o tema seja importante ou interessante, elevado ou infantil, desde que consiga fazê-lo esquecer de suas atribuições por algum tempo (FOLHA DE SÃO PAULO, 07 mar. 1976, p. 54).

Associada à consequência de se assistir à televisão, ou como razão para seu uso, a depressão parece, nesses casos, ser uma palavra *coringa* a expressar uma grande preocupação social das influências do novo meio de comunicação à subjetividade daqueles que o experimentam.

Mas não somente de preocupações sociais viveu a cobertura da depressão médica e científica nos anos 70 e 80. Neste período, também, presenciamos as hoje corriqueiras loas da

³¹ Em uma perspectiva bastante similar à adotada pelo sociólogo Alain Ehrenberg, que, anos mais tarde, reforçaria a relação entre depressão e as duríssimas exigências de performance social do contemporâneo (cf. Capítulo 3), uma matéria da Folha da Tarde (que não fez parte de nosso arquivo oficial, mas que consideramos relevante citar aqui) sugeria, a partir da opinião de um psiquiatra: “quanto mais aumenta a população, maior se torna a solicitação do indivíduo em relação ao meio, obrigando-o a uma vida mais ativa e de concorrência, para a qual ele não está preparado. Em virtude disso, ele faz o quadro da depressão” (FOLHA DA TARDE, 03 nov. 1977).

imprensa às novidades da ciência. Será interessante e irônico, contudo, que salientemos que os estudos científicos sobre os quais se fazem essas reverências serão, na história da depressão na mídia, o mais peculiares que pudermos imaginar. Em “Ciência pesquisa o fim da depressão, mal universal”, publicada na Folha em 29 de Abril de 1973, encontramos rastros do otimismo de uma vontade de verdade científica calcada na biologização dos afetos. É o que permite que a referida matéria afirme que a psicanálise será útil “apenas”

enquanto um teste biológico preciso não permitir assentar os diagnósticos feitos numa base biológica objetiva e verdadeira. Os trabalhos que há anos se multiplicam nesse sentido autorizam a pensar que esse dia não está longe. Ninguém pode duvidar que ela deve representar não apenas para a psiquiatria, mas também para todas as ciências da vida, uma data histórica (FOLHA DE SÃO PAULO, 29 abr. 1973, p. 56).

O tom de crença na ciência surpreende neste caso menos do que o caminho biológico que, segundo a matéria, nos decifraria o problema da depressão. Que o leitor se surpreenda por si só com o trecho abaixo:

uma série de trabalhos recentes *provam* sua origem genética e, de maneira que permite eliminar sobreposições complexas entre estrutura e meio ambiente que, até agora, eivavam de dúvida e de ambiguidade qualquer pesquisa dessa ordem. Uma equipe da universidade de Washington (Reich e Wino Kuz) publicou *árvores genealógicas referentes a cinco gerações nas quais perturbações depressivas ou maníaco-depressivas são sistematicamente associadas ou a uma perturbação da visão das cores (o daltonismo), ou a um grupo sanguíneo característico chamado Xg. (...) A análise pormenorizada de seus trabalhos parece indicar que o gene responsável da perturbação depressiva é dominante, que ele está situado no cromossomo X e que se avizinha daqueles que determinam o daltonismo e o grupo sanguíneo Xg* (FOLHA DE SÃO PAULO, 29 abr. 1973, p. 56, grifo nosso).

Deprimidos apresentariam genes próximos aos dos daltônicos e um grupo sanguíneo próprio. Não se trata aqui, todavia, da visão poética do deprimido que enxerga o mundo por lentes de cores diversas. É o caminho da cientificização que faria com que matérias como esta hoje provavelmente ganhassem ampla divulgação. Atentamos à expressão, também em nossos dias frequente, “uma série de trabalhos recentes provam” para assegurar a veracidade da pesquisa.

A associação entre depressão e fluidos corporais como o sangue, que causa estranhamento a nossos olhos, não parecia ser objeto de uma única matéria *sui generis*, como indicam pelo menos duas outras instigantes notícias. Uma delas vislumbra a possibilidade de se detectarem tanto deprimidos quanto suicidas por meio de um exame de urina, visto que um estudo teria encontrado alterações na taxa de dois hormônios na urina deles. É assim que postula a matéria “Diagnosticando o pré-suicida” da Folha:

pacientes com depressão e com ideias de suicídio, apresentando-se em serviço de ambulatório de urgência, poderiam ser submetidos a exame hormonal de urina e assim serem diagnosticados como portadores ou não de grave depressão e por conseguinte de risco suicida. Em caso positivo, seria providenciado tratamento ansiolítico e antidepressivo, inclusive com internação em hospital psiquiátrico (ABRAMCZYK, 1973, p. 48).

A notinha da Folha “O sangue revela depressão” (MONTEIRO, 1976, p. 4), em outra ocasião, aventava a probabilidade de se diagnosticar depressão apenas com um exame de sangue, também baseada em pesquisa, desta vez de um neurologista. Ainda no contexto de uma busca por hereditariedade da depressão, recebeu alguma atenção midiática na década de 80 uma pesquisa feita a partir dos Amish, comunidade cristã da América do Norte. Seus membros casam entre si, não fazem uso de qualquer tipo de aparelho eletrônico mas, ao que parece, não vêm problemas em servir de objeto para investigação genética. Veja e Folha celebraram a “prova” genética da depressão a partir do estudo realizado com os Amish. Na importante matéria a que já nos referimos mais acima, “Brecha no nevoeiro”, da edição 975 de Veja, em 1987, encontramos:

a tese da herança genética foi confirmada em março passado no que diz respeito a um tipo de depressão, a chamada PMD, ou psicose maníaco-depressiva (...). Pesquisadores do prestigiado MIT (...) estudaram durante 25 anos a ocorrência de PMD em uma comunidade isolada dos Estados Unidos, a Old Order Amish (...) (VEJA, 13 mai. 1987, grifo nosso).

A “prova” genética da depressão tem seu lugar ainda em outra pesquisa, que se funda sobre o dado estatístico de que as mulheres apresentariam mais diagnósticos de depressão que os homens. Buscou-se demonstrar, assim, que essa tendência feminina seria vinculada ao cromossomo que caracteriza a mulher. Em sua coluna intitulada “Depressão pode ter origem em herança genética do indivíduo”, o eminente médico José Reis, um dos pioneiros do jornalismo científico no Brasil (ABREU, 2002; MOREIRA; MASSARANI, 2002), confirmava que “um dos estudos mais conhecidos sobre ligação de genes na depressão refere-se a um grupo de famílias em que não ocorria transmissão de pai para filho. Tratava-se, pois, de herança ligada ao cromossomo sexual X” (REIS, 1985, p. 22).

Compartilhava deste entusiasmo com as novas possibilidades de diagnóstico a reverência aos métodos de tratamento que não fossem psicanalíticos. No que diz respeito a sua construção midiática nos anos 70 e 80, a depressão não sofreu portanto passagem de um “tratamento psicanalítico” para um “tratamento medicamentoso”. De fato, em muitas matérias há a celebração da chance de desvencilhar-se da psicanálise, como questionam matérias de

títulos como “O lítio vai substituir o divã freudiano?”, na Folha de 11 de Janeiro de 1976, que celebrava os bons resultados do uso de carbonato de lítio na “cura” da depressão:

O dr. Fieve [*médico consultado na reportagem*] diz que os novos progressos no tratamento químico estão tirando a psiquiatria do divã do psicanalista para devolvê-la à medicina, de onde foi tirada há 70 anos. (...) Segundo ele, a mania e a depressão mental são uma herança que vem através dos gens e não uma manifestação de traumas infantis (CAMPBELL, 11 jan. 1976, p. 6, acréscimo nosso).

Em trecho da reportagem de Veja chamada “Revolução psiquiátrica”, de 14 de Novembro de 1979, sobre a expansão do uso de drogas para o tratamento de distúrbios mentais, encontramos ecos desta alteração dos padrões valorativos das causas “psicanalíticas” da depressão em nome de uma biologização da mesma. Frases como “muitos sofrem de depressão que vem de dentro, sem relação com nenhuma crise” (VEJA, 14 nov. 1979, p. 70) não refletem uma cultura de interiorização dos conflitos: o “que vem de dentro” em questão refere-se na realidade ao funcionamento biológico do corpo, já que “a depressão parece uma doença de família, uma desordem herdada na química do cérebro” (VEJA, 14 nov. 1979, p. 70). Há aqui, contudo, indicação de que essa é apenas uma hipótese dentre outras, ressalva simples, mas praticamente ausente das notícias e reportagens que encontramos a partir dos anos 90³². No caso presente, reflete uma postura crítica relativa à ascensão da tendência da psicopatologia descritiva nos anos 70 nos EUA: “(...) talvez não estejam inteiramente certos os psiquiatras hoje em moda nos Estados Unidos, segundo os quais não se pode atribuir as doenças mentais a traumas psíquicos, como os conflitos não resolvidos em relação à mãe ou ao pai” (VEJA, 14 nov. 1979, p. 70).

De forma semelhante, mesmo na efusiva reportagem “A nova fronteira: o estudo da biologia do cérebro permite que boa parte das doenças afetivas seja tratada com medicamentos”, da Veja de 1989, encontramos alguma tentativa de ponderação, ainda que mínima, em meio à euforia:

a questão agora é saber se algum dia será descoberta a pílula da felicidade, capaz de apagar a melancolia de um fim de tarde chuvoso, de frear a tristeza abissal pela morte de um parente querido. “O comportamento é controlado pelo cérebro”, diz Stephen Koslow, chefe do departamento de pesquisas em neurociências do Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos. “Haverá um momento em que todo comportamento poderá ser alterado com substâncias químicas introduzidas no organismo do homem”. *Arnold Cooper, professor de Psiquiatria do Cornell Medical Center’s New York, discorda dessa tese.* “Não há razão para pensar que todos os tratamentos serão biológicos. Isso é uma ficção” (VEJA, 20 set. 1989, p. 76, grifo nosso).

³² Defenderemos que esta deficiência da exposição do contraditório será parte importante do conjunto de estratégias discursivas midiáticas na produção da depressão como atualidade a partir dos anos 90. Cf. Capítulo 4.

É preciso, no entanto, que tenhamos cautela ao presenciarmos este flagrante otimismo de parte das matérias com a medicalização da depressão. Além de, como vimos nos Gráficos 5 e 6, os fatores biológicos serem escassos em suas manifestações midiáticas de então, havia ainda certa prudência na divulgação dessas perspectivas em alguns casos, materializada na exposição do contraditório, mesmo que em menor escala.

Adicione-se a isso a atmosfera crítica, na década de 70, em relação ao poderes psiquiátricos, manifestada seja contra a estrutura dos asilos seja contra, mais sutilmente, a normalização de comportamentos que a psiquiatria poderia produzir³³. Um editorial da Folha no último ano da década, que trazia como título “As maiores vítimas da psiquiatria”, iniciava com a seguinte frase: “não é mais novidade que a psiquiatria exerce função condicionadora aos valores do sistema, estabelecendo qual o espaço de atuação aceitável e inaceitável para este sistema” (FOLHA DE SÃO PAULO, 30 jun. 1980, p. 22). Citava as mulheres, oprimidas pela sociedade machista, como principais vítimas de alcoolismo e depressão.

A rotulação de pessoas com distúrbios psíquicos por parte do poder-saber médico esteve presente também em uma matéria de Veja que podemos considerar histórica, uma vez que nela se anunciava, pela primeira vez, a publicação da terceira edição do DSM³⁴. Não se tratava de uma matéria de destaque na revista (apenas uma página), mas tanto o texto quanto a disposição de uma charge bastante irônica, com proeminência, no alto da página, reforçavam o tom crítico do discurso. Seu título era “Fim da neurose: o mal do século morreu, mas surge o tabagismo”. A matéria assim iniciava-se, espantada:

Bastou um golpe de caneta e pronto: deixou de existir um dos mais terríveis males do século. A neurose acaba de ser eliminada da lista de doenças mentais, na terceira edição, a ser publicada este ano, do “Manual Diagnóstico e Estatístico dos Distúrbios Mentais”, editado pela Associação Psiquiátrica Americana (VEJA, 10 jan. 1979, p. 51).

Em outro trecho, contextualizava culturalmente o DSM-III ao colocar que o “fim” da neurose “enquadra-se na crescente tendência da maioria dos psiquiatras dos Estados Unidos de deixar de lado as motivações profundas dos males psíquicos para preocupar-se em erradicar seus sintomas” (VEJA, 10 jan. 1979, p. 51). Notemos como a indicação do DSM

³³ Exemplos deste ímpeto de normalização psiquiátrica poderiam ser encontrados em diversas matérias de nosso arquivo. Citamos a seguinte, na Folha de 1982, de título “Encerrado o segundo Fórum sobre doenças psicossomáticas”: “Segundo o psiquiatra (...), a cada dez pessoas que o procuram duas são homossexuais e sofrem pela própria prática da homossexualidade, por um impulso não levado a termo, ou ainda indiretamente, com uma depressão que não é apresentada de início como problema sexual, mas que acaba sendo detectado. O especialista (...) acredita que *vários fatores podem levar o indivíduo a um comportamento ‘anormal’*” (FOLHA DE SÃO PAULO, 01 nov. 1982, p. 14, grifo nosso). É preciso salientar que, desde 1974, com a sétima tiragem do DSM-II, a homossexualidade não mais figurava entre as categorias de desordens mentais.

³⁴ O contexto de produção do referido Manual será abordado em mais detalhes no Capítulo 3.

como projeto *americano* no texto destacado abre portas para a ideia de que o Manual talvez não seja “universal”³⁵.

Figura 3: Charge irônica quanto ao DSM-III. Veja, 10 jan. 1979. Desenho de Milton Rodrigues Alves.



Na mesma matéria de *Veja* que há pouco citamos, sobre os medicamentos contra doenças mentais, temos como subtítulo “Os hospícios, nos países adiantados, são coisa do passado. Novos remédios põem esquizofrênicos e deprimidos em condições de trabalhar” (*VEJA*, 14 nov. 1979, p. 70). A reportagem sugere que a novidade americana da explosão dos medicamentos, se fosse filtrada para o universo brasileiro, seria um caminho profícuo diante das cenas de horror dos manicômios do país, em que havia “um odor perene no ar, típico dos hospícios, produzido por décadas de urina espalhada por todos os cantos, já que os internos não se preocupam em procurar mictórios” (*VEJA*, 14 nov. 1979, p. 70).

O uso do eletrochoque, um dos pontos nodais da crítica antipsiquiátrica, esteve presente em uma discussão sobre um caso específico que repercutiu tanto na *Veja*, na matéria “Choque fatal” (*VEJA*, 06 fev. 1980, p. 40) quanto na *Folha*, no texto “Sem explicação a morte de paciente” (*FOLHA DE SÃO PAULO*, 30 jan. 1980, p. 10): a morte do astrônomo Fernando Henrique de Melo Martins, aos 28 anos. Interno da Casa de Saúde Doutor Eiras, no Rio, Fernando Henrique teria morrido por conta de um choque anafilático com a injeção anestésica que preparava o paciente para o eletrochoque. A politização do caso encontra na imprensa boa visibilidade. As matérias de *Veja* e *Folha* recorrem a psiquiatras para comentar o uso do eletrochoque. Ambos são cuidadosos na recomendação do tratamento, dispensando-o apenas “como último recurso”. Ao contrapor a opinião do especialista consultado à do médico

³⁵ Neste sentido, um interessante livro do jornalista Ethan Watters, sugestivamente intitulado *Crazy like us – the globalization of the American psyche* (2011), faz alguns estudos de casos de influências do modelo americano do DSM em contextos socioculturais bastante distintos como, por exemplo, a ascensão da anorexia em Hong Kong.

responsável pela clínica em que ocorreu a morte, Veja formula um comentário irônico que a põe mais próxima dos movimentos antipsiquiátricos:

ESQUERDISMO ACUSADO – Disso [*da opinião do especialista contrário ao eletrochoque*] discorda o diretor [*da clínica*] Veloso: “Os detratores do eletrochoque são de esquerda, mas *autores russos mencionam que fazem uso dele quando falham os outros tratamentos*”. Em sua clínica – como de resto é comum no Brasil –, 80% dos pacientes com depressão são submetidos ao choque, e, segundo Veloso, “deveriam ser 100%”. Para ele, o astrônomo Martins “era um paciente com depressão profunda e tendência ao auto-extermínio”. *A fatalidade está no fato de que, tendo-se internado para se livrar disso, o astrônomo esteja agora exterminado* (VEJA, 06 fev. 1980, p. 40, acréscimo nosso).

O diretor da clínica apela a “autores russos” para justificar a validade universal do eletrochoque contra os “esquerdistas”. Argumento próprio de tempos de Guerra Fria... Esta é uma boa oportunidade para que nos dirijamos ao último ponto desta nossa breve história midiática da depressão nos anos 70 e 80.

1.5.3 Mundo e Sociedade

Apesar de a tônica dos discursos midiáticos relativos à depressão coletiva ser, nas décadas de 70 e 80, voltada para assuntos brasileiros (cf. Gráficos 7 e 8), é importante destacar alguns exemplos de mais sentidos coletivos que ela adquiriu nesse período para além da sufocante atmosfera nacional.

Assim como no caso brasileiro, as ditaduras latino-americanas estimularam matérias acerca do estado de depressão dos cidadãos, mas, especialmente, dos políticos envolvidos neste conturbado momento da história do continente. Isabelita Perón, por exemplo, foi tema de melancólica reportagem de Veja em 1980 de nome “Exílio em San Vicente”, quando se fez referência a suas crises de depressão desde que fora retirada do poder pelos militares argentinos em 1976:

Esses quatro anos e meio de prisão domiciliar vividos em San Vicente, e, anteriormente, em dois outros locais, foram terrivelmente angustiantes para Isabelita. *O completo isolamento a ela imposto valeu-lhe momentos de profunda depressão e, segundo consta, pelo menos duas tentativas de suicídio* (VEJA, 01 out. 1980, p. 48, grifo nosso).

Também o ex-ministro e fiel escudeiro do ex-presidente do Chile Salvador Allende, José Tohá, teria se matado em 1974 na prisão militar em que estava detido e, “até nas mesmas circunstâncias de suicídio, com seis meses de diferença, ele seguiu o caminho do companheiro de aventura política”, lembrava Veja em “O enforcamento” (VEJA, 20 mar. 1974, p. 34).

“Mesmas circunstâncias” porque, assim como o suicídio de Allende, o enforcamento de José Tohá esteve envolto em dúvidas. A Junta Militar que derrubou Allende divulgara que Tohá era vítima de “forte depressão nervosa com problemas psicossomáticos” (VEJA, 20 mar. 1974, p. 34), razão de seu suicídio. A matéria, contudo, reforçou as dúvidas em torno da morte, como aliás ocorreu em casos semelhantes sobre suicídios no Brasil, como vimos. Assim, perguntava-se “como o prisioneiro de um Hospital Militar, sofrendo de problemas psíquicos graves, pôde ter burlado a atenção da vigilância para se enforcar” (VEJA, 20 mar. 1974, p. 34)³⁶.

O clima da Guerra Fria a que nos referimos ao final da subseção anterior também se fez presente nas matérias internacionais, quando o suposto acidente que tirou a vida de um massagista da delegação cubana nos Jogos Pan-Americanos de 1971 levantou o mesmo tipo de questão política. Neste caso, a dúvida repousava sobre a hipótese de suicídio devido à depressão, visto que testemunhas teriam presenciado um choro intenso do massagista na noite anterior ao dia da morte. A vinculação da morte à situação dos desertores do regime de Cuba foi imediatamente feita, despertando o protesto veemente dos defensores de Fidel, que afirmaram que jornalistas “tentam transformar os jogos Pan-Americanos num acontecimento político”, como escreveu a matéria “Morre massagista cubano em Cali” (FOLHA DE SÃO PAULO, 08 ago. 1971, p. 34). Outros episódios envolvendo políticos internacionais receberam certo destaque, como a depressão em que se encontrava o xá do Irã Reza Pahlevi, após ter sido deposto pela Revolução Iraniana de 1979, por exemplo, em abordagem na matéria “A depressão do ex-xá” (VEJA, 14 mar. 1979, p. 42).

Um incidente que passou para nota de rodapé da história adquire, no entanto, relevância em uma genealogia da depressão na imprensa: a troca do candidato democrata à vice-presidência dos EUA nas eleições de 1972. Thomas Eagleton era vice na chapa de George McGovern, até que a imprensa divulgou que ele havia sido internado por três vezes, entre 1960 e 1966, “para tratar de depressões nervosas, sendo que em duas ocasiões recebeu tratamento de eletrochoques”, como afirmou Veja na matéria “A confissão” (VEJA, 02 ago. 1972, p. 30). Veja abordava as reações do comitê democrata e dos adversários republicanos, liderados pelo candidato Richard Nixon, diante da “incômoda ficha médica” de Eagleton. Avaliavam-se as chances de o vice de Nixon, que tinha como alvo os radicais liberais que apelidara de “radlibs”, se voltasse então para os “*madlibs*”. A “confissão” pública de Eagleton

³⁶ Há ainda outros casos significativos de desconfiança acerca de suicídios supostamente provocados por depressão no contexto de ditaduras latinoamericanas, como a situação de Salvador Cayetano Carpio, principal líder da guerrilha de El Salvador, mencionado na matéria de Veja “Morre o chefe” (VEJA, 27 abr. 1983, p. 61).

sobre seu passado teria sido estratégia dos democratas para minimizar os danos após as denúncias da mídia: “Eagleton afirma que não considera depressões nervosas curadas ‘esqueletos no armário’. Mas, esqueleto ou não, sua ficha médica pode enterrar sua candidatura” (VEJA, 02 ago. 1972, p. 30). A reportagem estava certa. Eagleton renunciou à candidatura, tendo sido substituído por um parente dos Kennedy, Sargent Shriver.

Outro caso significativo em que a publicização da depressão de uma figura política põe em risco um processo sucessório foi o do marido da rainha Beatrix, o príncipe Claus da Holanda, no começo dos anos 80. Claus fora internado duas vezes com quadro de depressão e vinha sendo submetido a um tratamento com antidepressivos e sessões de análise. A questão política que se colocou repousava sobre a possibilidade de a depressão de Claus ser hereditária, podendo assim ter sido passada ao príncipe-herdeiro da Holanda, Willem-Alexander, na época com 15 anos de idade. Assim, na matéria “Coroa ameaçada: a doença do marido pode fazer Beatrix abdicar”, lemos que “cresciam os rumores de que a rainha, de 44 anos, estaria sendo pressionada pela rainha-mãe Juliana, que abdicou do trono em 1980 em seu favor, a abdicar por sua vez em favor de sua irmã, Margriet, de 39 anos, casada com um advogado plebeu” (VEJA, 19 jan. 1983, p. 34). Melhor um plebeu que um depressivo, pelo menos segundo os rumores da época.

Claus não era propriamente popular na Holanda, especialmente por ter sido integrante do exército nazista, mas a politização de sua depressão interessou às comissões de direitos humanos da Europa, como mostrou a reportagem “Direitos reais: depressão do príncipe Claus divide os holandeses”. Ele teria sido defendido “por dois ‘comitês contra as violações de direitos do homem pela psiquiatria’” (VEJA, 13 out. 1982, p. 34). A reportagem acrescentava, ainda, que “para muitos amigos de Claus, contudo, seu problema é outro e dispensa especialistas: ele simplesmente não suporta a vida palaciana, onde não tem rigorosamente nada para fazer” (VEJA, 13 out. 1982, p. 34).

Mesmo se entendida como doença, como é o caso supracitado, certa “insegurança epistemológica”³⁷ envolvida quando se trata de depressão permitiu (e permite) que se criassem discursos diversos a seu respeito. A coroa de Beatrix esteve ameaçada por conta da provável depressão de Claus, impossível de ser confirmada por um exame preciso, como seria o caso de um problema cardíaco, por exemplo. Por outro lado, se a depressão do príncipe apresenta causas psicológicas, não haveria razão para que surgissem rumores sobre a

³⁷ Cf. Capítulo 4.

abdicação da rainha, já que neste caso em nada influenciaria o comportamento do herdeiro Willem-Alexander.

1.6 O declínio da depressão como mal coletivo e seus fatores sociais específicos

Neste breve histórico, que não se quis exaustivo, procuramos ressaltar a riqueza de sentidos, datas, rostos, situações históricas, psicológicas e sociais garantida pela visibilidade da depressão na ordem do discurso midiático antes de sua tecnicização nos anos 90. Quando a depressão se tecniciza, vai da imanência (ainda que capturada pela mídia) à transcendência de um mal a ser rejeitado, administrado por técnicas precisas que se querem assépticas, como é asséptico o ideal de verdade absoluta. Neste final de capítulo, lançamos algumas hipóteses explicativas para o declínio da depressão coletiva. Trata-se de um impulso predominantemente ensaístico, devendo ser portanto lido como tal.

Seria ingênuo afirmar que a redução da atribuição da depressão como mal coletivo nos anos 90 no Brasil é efeito da associação de, por um lado, no campo médico, novos critérios diagnósticos propostos cujo marco é o lançamento do DSM-III em 1980 e, por outro, no campo socioeconômico brasileiro, com a estabilização político-econômica que o país alcançou com a democratização e sua consolidação com os governos de Fernando Henrique Cardoso e Lula. Segundo esta linha de pensamento, o sentido social da depressão que encontramos nas décadas anteriores se reduziria drasticamente, uma vez que o país teria superado seus problemas mais graves que produziam a depressão *em si*, e, coincidentemente alguns anos antes, um comitê de psiquiatras teria decidido como se definiria medicamente o distúrbio a partir de então. Não subestimaremos o papel do DSM-III na produção da depressão como atualidade midiática. Propomos, no entanto, uma análise alternativa para esta considerável ruptura.

Afirmar que a alteração do sentido predominante da depressão na mídia brasileira se deve à *redução das possíveis causas sociais da depressão no Brasil* é problemático em vários sentidos. Primeiramente, na medida em que se pressupõe ingenuamente o princípio de que a imprensa reflete (exatamente como um espelho reflete) a realidade social. Não se trata também de aderirmos ao pólo imediatamente oposto ao desta afirmação, ou seja, o de que a mídia “inventa” uma realidade independentemente dos fluxos sociais em jogo. É mais interessante pensar todo aparato midiático como um suporte organizacional histórico que se apropria das múltiplas instâncias sociais de troca sob uma lógica ao mesmo tempo simbólica, tecnológica e econômica, transformando-as (CHARAUDEAU, 2010, p. 15). Em segundo

lugar, porque afirmar que a depressão de causas sociais reduziu-se no Brasil é aderir de modo a-crítico a discursos autolaudatórios dos grupos políticos que se intercalam na esfera federal há duas décadas. Defender que conflitos urbanos, problemas econômicos como desemprego, miséria e outros não são mais fontes de depressão *em si* é simplista demais, publicitário e quase cínico diante de dados como o de que apenas 55,4% dos 57,3 milhões de domicílios brasileiros estão ligados atualmente à rede de esgoto, para citarmos apenas um dos exemplos mais impactantes levantados pelo Censo de 2011.

Se o sentido social da depressão perde espaço diante de outro, poderíamos, no âmbito das explicações de cunho sociocultural, talvez pensar como a lógica midiática pode ser considerada parte de um mesmo movimento – genérico – de *enfraquecimento do espírito público* (por exemplo, BIRMAN, 2011; ORTEGA, 2008; KEHL, 2009; RABINOW, 2002, ROSE, 2007; SENNETT, 2010). Muitos autores têm trabalhado neste sentido. Notar-se-iam sintomas de uma corrosão dos laços sociais que implementavam valores coletivos em nome de uma fortificação da crença na autonomia do indivíduo como autogestor de seu próprio bem-estar. Assim, por uma questão de alteração dos valores sociais compartilhados, teria havido a transformação do sentido da depressão na mídia de um mal entendido socialmente para algo que apresenta causas quase naturais, em um movimento mais amplo de tecnicização do social. Esta não seria assim, evidentemente, uma questão unicamente brasileira, mas algo próprio das sociedades ocidentais capitalistas em seu estágio contemporâneo. Por outro lado, é preciso ensaiar analiticamente um modo de inscrição deste enfraquecimento coletivo no registro da brasilidade, reivindicar em que medida tal processo social mobiliza forças singulares de nossa realidade, circunscritas historicamente.

A súbita *combustão* da depressão como tema midiático no Brasil na década de 90 pode ser atribuída a um conjunto plural de fatores que se articulam de tal forma que geraram este *boom*. É preciso ressaltar, todavia, que seu evidente caráter de descontinuidade com as décadas anteriores talvez tenha se dado por conta da singularidade da situação histórica brasileira daquele momento, a fagulha inicial ou o oxigênio dessa combustão. Quanto aos *fatores sociais gerais* da combustão, que não se limitam ao Brasil, destacam-se a ascensão do tema da saúde como prioridade e o advento da depressão em uma nova ordem dos saberes-poderes no século XX, que serão abordados respectivamente nos Capítulos 2 e 3. Esses fatores, contudo, não explicam por eles próprios o *boom* de depressão na mídia brasileira na década de 90. Não dispomos de dados acerca da visibilidade midiática do referido transtorno no Congo, na Líbia, na Venezuela ou na Índia, por exemplo, mas supomos que não se pode simplesmente realizar um decalque automático da publicação do DSM-III ou do lançamento

do *Prozac*, por exemplo, para a promoção da depressão como atualidade midiática de maneira homogênea em realidades culturais distintas. É por isso que defendemos a tese de que o contexto socio-político-econômico do Brasil na década de 90 deve ser levado em consideração para que verifiquemos o *boom* da depressão em nossa imprensa a partir de então. Embora nosso foco neste trabalho não seja o de buscar generalizações explicativas, consideramos relevante este impulso de contextualização histórica e cultural.

Nosso país tem passado por profundas mudanças socioeconômicas nas últimas duas décadas, cujos efeitos estamos apenas começando a elencar. A despeito das especificidades dos grupos políticos que encabeçaram este processo, da década de 90 para cá assistimos à introdução definitiva do Brasil em uma ordem mundial globalizada baseada em uma democracia representativa. A redemocratização do país em meados dos anos 80 parece ter sido o prelúdio daquilo que a década de 90 presenciaria. A estabilização política veio de mãos dadas com a abertura de novos horizontes econômicos. A eleição – e posterior reeleição – de Fernando Henrique Cardoso se deu no preciso momento em que se construíam as bases de um modelo de desmonte do Estado de Bem-Estar Social que, no Brasil, aliás, jamais foi adequadamente implementado. Curiosamente, neste sentido, o ano de 1994 pode ser considerado talvez uma espécie de *marco zero* tanto do começo deste “novo Brasil” globalizado (com suas “consequências humanas”, para lembrarmos expressão de Bauman) quanto de uma consolidação da depressão como atualidade midiática no país. É o ano do Plano Real. Coincidentemente, é também o ano de publicação do DSM-IV.

O Plano Real foi certamente o pressuposto econômico da inserção de milhões de brasileiros em um mercado de consumo em moldes mais ou menos liberais. Por outro lado, as consequências sociais, imaginárias e subjetivas desse modelo pareceram ressaltar um *desamparo* não apenas dos excluídos desse processo como também de uma classe-média insegura, especialmente após a crise de 1998. O governo Lula, tal como se apresentou como projeto na eleição de 2002, prometia conjugar o compromisso com a estabilização da economia em moldes globalizados do governo anterior ao cuidado social com os mais pobres. Independente das discussões político-partidárias a respeito da paternidade dos programas sociais, e da possibilidade de sua concretização apenas a partir do fortalecimento da economia, o fato é que as bases de um projeto brasileiro de inserção no mercado mundial tendo como bússula medidas internacionalmente compartilhadas não foi mais posto em questão desde então. Ao que parece, não haveria mais espaço no Brasil de hoje para a ascensão de salvadores da pátria pautados em planos econômicos mirabolantes, desvinculados das bases concretas de produção e trocas da sociedade.

Como dissemos na Introdução, se já é possível mapearmos as transformações socioeconômicas do Brasil das últimas décadas, cremos ser ainda tarefa em aberto a cartografia dos novos modelos subjetivos que com aquelas ascenderam, bem como das estratégias singulares de resistência. De qualquer modo, arriscamo-nos a afirmar que a brusca alteração de sentido da palavra depressão na mídia brasileira na década de 90 é, *em parte*, reflexo dessas radicais mudanças. Não teria havido transformação no sentido da palavra depressão na imprensa brasileira se juntamente não tivesse havido uma significativa alteração no *modo de valoração* do próprio mal-estar da depressão.

A atribuição da depressão, no período anterior aos 90, como mal coletivo na mídia não exclui a contrapartida de positividade do valor que o estado deprimido adquiriu em muitas matérias, como vimos. Como a depressão pôde ser um mal coletivo e, simultaneamente, uma espécie de bem? Exemplificamos: se a causa do problema é identificada como a ditadura militar no Brasil, a visibilidade midiática da depressão de um prisioneiro político torturado é garantida por seu valor considerado positivo. Dada a pluralidade de sentidos da depressão nesse período, essa positividade varia de acordo com o contexto em que o estado depressivo é descrito. De todo modo, há nesses casos uma complexificação maior que aquela encontrada no contemporâneo, em que a depressão é descrita quase *unicamente* como mal a ser evitado, pautando, a partir dessa homogeneização do mal, as práticas de saúde que devem ser cumpridas para que se o evite. Com isso, procuramos mostrar que, por um lado, nos anos 90, houve com efeito uma unificação de sentido e de valor da depressão na mídia, historicamente determinada. Por outro, ao traçar a genealogia midiática a partir de uma “avaliação como elemento diferencial dos valores” (DELEUZE, 2007, p. 1), buscamos lançar luzes sobre a existência de diferentes variações de valoração da depressão *mesmo* no ambiente de restrições discursivas de um complexo midiático jornalístico. Como nunca é demais reforçar, não se trata também, é claro, de recairmos em uma lógica maniqueísta que suporia que, ao indicarmos que outros sentidos de valoração da depressão foram possíveis na mídia, esta poderia idealmente comportar um espaço de pura diferença, indiferente a sua ordem discursiva.

De maneira geral, e considerando apenas os sentidos *hegemônicos* da depressão na mídia, passamos assim de uma valoração complexa que permitia a conjugação do mal coletivo com uma positividade política *pública* para uma unificação de valor negativo simbolizada na ideia de mal natural *privado*. Mais do que sinalizar essa alteração nos modos de valoração da depressão na imprensa brasileira, podemos avaliar algumas possíveis razões

sociais dessa mudança, aqui expostas apenas como proposta incipiente de discussão, dado que se trata de problemática recente e complexa.

À abertura política na segunda metade da década de 80 seguiu-se sua consolidação com os episódios do *impeachment* de Collor, a assunção de Itamar Franco e a eleição de seu ministro da Economia em 1994. A visibilidade midiática de um sentimento coletivo, que, nos anos finais da ditadura, manifestou-se na campanha das Diretas-Já e, nos 90, ganhou força com os “caras-pintadas”, entrou em declínio nessa década. Praticamente desaparecem as inúmeras menções midiáticas à depressão coletiva anteriormente, pondo em relevo sua ambiguidade valorativa.

No plano econômico, a década de 90 marca a entrada do Brasil na ordem de uma economia globalizada de raízes liberais (ao menos idealmente, visto que a marca do patrimonialismo do Estado no Brasil é forte). Pode-se sugerir que incorporamos também alguns dos problemas diagnosticados no âmbito de um *capitalismo flexível* que vigora no ocidente desde pelo menos a década de 80. Por mais que se discuta o grau de aprofundamento da introdução de uma política-econômica neoliberal no Brasil, é presumível que o imaginário social passou a ser arena discursiva a respeito dos problemas de uma dependência do Estado tida como paternalista. De um modo geral, poderíamos talvez afirmar que a discussão acerca do *valor negativo da dependência* ganhou visibilidade no país³⁸.

Como veremos no próximo capítulo, a aversão à dependência é parte constitutiva do ideário moderno centrado na figura do *indivíduo* em que o humano, solto das amarras do nascimento que lhe prendiam à tradição, apresenta-se como “livre” para construir seu lugar no mundo. No entanto, com a escalada liberalizante do capitalismo globalizado, o problema da dependência tornar-se-ia, também, uma *questão moral*, que ultrapassaria as fronteiras da discussão econômica. Na esteira da *corrosão do caráter*, qualificação puramente relacional, que se assentava na dependência das relações do indivíduo com o mundo (SENNETT, 2010, p. 10), edificou-se idealmente a *autossuficiência* como *valor em si*. Em termos de visibilidade midiática, há atualmente um amplo arco que abarca este ideário, desde a proliferação do *jargonês* da empresa (“empreendedorismo”, “proatividade” etc), passando pela confecção de perfis de “jovens empresários” (no modelo do *winner* americano) até a disseminação de informações sobre gestão de si como matérias e livros de autoajuda.

Nesse sentido, tendo como pano de fundo a radical alteração político-econômica brasileira, de um lado com a redemocratização, de outro com a inserção do país na economia

³⁸ Debate ainda presente, como nas discussões a respeito do assistencialismo de programas como Bolsa-Família, por exemplo.

globalizada, e tendo em mente o conjunto de transformações complexas acerca dos saberes e poderes de cientifização do mal-estar, poderíamos supor que a valoração positiva por parte da mídia da performance individual traz em seu bojo o *ocaso da valoração positiva dos comportamentos depressivos*, que comparecerão a partir dos 90 desvinculados de seu sentido psicossocial coletivo, transmutando-se em um mal natural absoluto a ser combatido *exclusivamente* de maneira individual.

É relevante salientar que a constatação da perda do sentido coletivo da palavra depressão na imprensa brasileira não quer dizer que males vividos coletivamente perderam completamente visibilidade nos aparatos midiáticos. Contudo, a exposição do enfraquecimento do viés psicossocial compartilhado de um mal como a depressão pode ser um interessante sintoma de uma tendência cultural contemporânea que procuramos identificar neste trabalho.

O sentido da depressão na mídia sofre metamorfose, nos anos 90, de parte integrante de uma problematização social para um *resíduo* que deve ser evitado. Diríamos mesmo que seu caráter de resíduo social é uma das condições de sua visibilidade midiática. Como se sabe, a dependência é um traço da subjetivação depressiva enquanto transtorno – tanto no sentido de dependência dos outros quanto como dependência dos cuidados médicos/terapêuticos – o que contradiz frontalmente a lógica da autossuficiência vigente. A visibilidade do deprimido como atualidade midiática se inscreverá, a partir de então, em dois registros distintos, mas complementares: é aquilo que se deve evitar (com a correta gestão da própria saúde) e o que, não se evitando, deve-se orientar para o tratamento médico ou técnico mais “eficaz”.

Finalmente, para encerrarmos este capítulo, e tentando dar conta desta importante passagem da depressão coletiva na mídia para seu viés tecnicizado, julgamos produtiva a distinção conceitual sugerida por Joel Birman (2006) entre *sofrimento* e *dor*. A depressão anterior aos anos 90, na mídia, parece inscrever-se no registro do *sofrimento*, ou seja, dependente da relação que se estabelece com os outros (no caso do Brasil, especialmente com os outros brasileiros que passavam pelos mesmos percalços da ditadura e das sucessivas crises econômicas). Em sua tecnicização, nos anos 90, e desvinculada do *socius*, a depressão passa a ser entendida como *dor*, ou seja, como

uma experiência em que a subjetividade se fecha sobre si mesma, não existindo lugar para o outro no seu mal-estar. Assim, a dor é uma experiência *solipsista*, restringindo-se o indivíduo a si mesmo, não revelando nenhuma dimensão alteritária. A interlocução com o outro fica assim coartada na dor, que se restringe ao murmúrio e lamento, por mais intensa que seja (BIRMAN, 2006, p. 191, grifo do autor).

Por mais que possamos incorrer em algum exagero, arriscamos sugerir que, ainda que mediada pela ordem do discurso midiático, havia um sentido muito particular de “fraternidade” (BIRMAN, 2006) como consequência do sentido da maior parte dos textos que tocou o tema da depressão, tal como descrita nos anos 70 e 80. A dimensão da fraternidade, ainda segundo Birman, seria um contraponto ético ao modelo da autossuficiência contemporânea, precisamente porque evidenciaria a *insuficiência*, o *desamparo* e a *precariedade* dos sujeitos e, portanto, fundaria a possibilidade de realização de um trabalho comum.

Queremos crer que evocar o tema da fraternidade em uma abordagem midiática não configuraria ingenuidade nossa, por duas razões. Em primeiro lugar, porque não se trata aqui de pensar a fraternidade como elemento puro e unicamente intencional e consciente dos operadores midiáticos nos anos 70 e 80. A mídia não estaria sendo “intencionalmente fraterna” neste período. Afirmar isso configuraria uma generalidade improdutiva. Por outro lado, dados os fatos, circunstâncias e pessoas a que deu visibilidade, com o sentido coletivo da depressão, a mídia produziu, ao menos, as condições para que alguns leitores se solidarizassem com aqueles descritos como deprimidos. Estamos na seara dos *efeitos possíveis* do discurso da mídia, diferente tanto de seus *efeitos visados* quanto de seus *efeitos reais* (CHARAUDEAU, 2010 p. 25). Em muitos casos, como vimos, deprimidos seríamos todos nós, brasileiros, passando por dificuldades comuns. Logo, mesmo que, grosso modo, a visibilidade midiática da depressão psicossocial brasileira seja apenas coadjuvante de um jogo de atualidade maior, que tem como protagonista a repressão política e o caos social, talvez possamos dizer que *ao menos* há nesse esquema as *condições de possibilidade* para a produção da fraternidade aos deprimidos.

Após a tecnicização, rompem-se as condições dessa possível fraternidade, visto que a inscrição da depressão no registro da *dor* elimina o outro como correlato. Não se produziria, nesse caso, fraternidade, mas uma *piedade* bastante problemática. Problemática porque supõe pressupostos lógicos e subjetivos distintos da questão da fraternidade. Só é possível ser fraterno se partimos do pressuposto de que também nós somos precários e insuficientes como sujeitos. Isto que aqui chamamos de *modelo da piedade* (ou, se preferirem, *compaixão*) seria algo mais próximo da operação lógica do ressentimento nietzscheano (NIETZSCHE, 2001), fundada em uma dialética negativa, qual seja: é preciso que o outro possa ser *primeiramente* reconhecido como aquilo que é mau para que, dialeticamente, possa haver o reconhecimento de si como o não-mau, *logo*, bom. Ter-se-ia piedade do outro porque *falta* neste a completude que *se imagina ter*. Neste modelo, o indivíduo não se percebe, portanto, como também

precário, e sim como autossuficiente, a ponto de “lamentar” pelo outro não ser tão passível de perfeição como ele. Ele, saudável, teria, na melhor das hipóteses, piedade do outro, deprimido que não soube evitar sua doença por não ter feito os exercícios físicos corretos ou por não ter ingerido os medicamentos de ponta. Em outras palavras, o modelo da piedade apenas *tolera* o outro em sua versão enfraquecida, *vitimizada*, porque assim é reforçada sua própria ilusão narcísica de superioridade. A tecnicização da depressão na mídia poderia produzir, se fosse o caso, algo mais próximo da *piedade* do que da *fraternidade*.

Neste ponto, voltamos a justificar a “fraternidade” como proposta não-ingênua, por outros motivos além dos expostos. A assunção da própria precariedade no modelo ético da fraternidade não pressupõe um sujeito fraco, pelo contrário. Sua força está, em primeiro lugar, no reconhecimento estratégico das falhas do modelo narcísico da autossuficiência que se quer natural, a-histórico. Sobretudo, a força da “fraternidade” reside em sua aposta na *potência da coletividade* em direção à criação de novos modos de existência para além daqueles disseminados atualmente.

Hoje, no que tange ao sentido midiático da depressão, não se trataria, portanto, de buscar nostalgicamente o sentido dessa fraternidade como aquela que aventamos como (pelo menos) possível no período anterior aos 90. O Brasil não é mais o mesmo, nós não somos mais os mesmos, os problemas são certamente outros. Almejamos, em vez disso, que a exposição da desnaturalização do sentido tecnicizado da depressão, mesmo em um complexo discursivo tão restrito quanto a imprensa industrial, possa – quem sabe – contribuir para o despertar das forças que, no jogo genealógico, estão enfraquecidas, *mas não mortas*. Os efeitos humanos da crise atual do capitalismo parecem apontar nessa direção, da Primavera Árabe ao *Ocuppy World*.

No próximo capítulo, inteiramente teórico, tratamos de expôr as condições históricas que permitiram a ascensão dos modelos *ideais* de subjetividade contemporâneos, atrelados inequivocamente à gestão da saúde como otimização do bem-estar segundo a gestão de riscos. Introduzimos, ainda, a temática da governamentalidade foucaultiana como sugestão para uma grade de análise produtiva para captar as relações de poder midiáticas em destaque desde a década de 90. Trata-se da exposição, portanto, dos fatores sociais gerais que servem de cenário atuante para a produção da atualidade da depressão na imprensa brasileira.

2

Saúde, risco e governamentalidade midiática

“The rulers of this most insecure of all worlds are rulers by accident, inept, frightened pilots at the controls of a vast machine they cannot understand, calling in experts to tell them which buttons to push”

William Burroughs

“Estudos mostram que sua mãe tem razão”

Homer Simpson, ao justificar o castigo infligido ao filho Bart
(*The Simpsons*, Temporada 21, Ep 3: “*The great wife hope*”)

Antes de adentrarmos no universo da atualidade midiática da depressão tecnicizada no Brasil, convém diminuirmos um pouco nosso passo para que contemplemos, nos próximos dois capítulos, conceitos e panoramas históricos que nos auxiliarão a contextualizar nosso objeto de pesquisa. Desta forma, os Capítulos 2 e 3 podem apresentar-se como essencialmente “teóricos”. Cumpre sublinhar, no entanto, que embora parte da orientação teórica a partir da qual analisamos nosso objeto tenha sido de fato determinada na esteira de hipóteses traçadas antes do trabalho empírico, a especificação das ferramentas conceituais aqui utilizadas se deu *apenas* quando nossa pesquisa nos arquivos de notícias esteve *de fato* em curso. A razão da exposição teórica neste ponto do texto, anterior ao esmiuçar do conteúdo jornalístico da depressão a partir da década de 90, configura assim uma opção *didática*.

Concomitantemente, não seríamos crédulos a ponto de afirmar que o material empírico “pediu” esta rede teórica específica, pois é certo que dispomos de uma linha de autores e perspectivas com as quais trabalhamos em maior sintonia. Entretanto, *quais* caminhos desses autores foram aproveitados, *como* foram empregados e quais outras leituras suscitaram – tudo isso só pôde ser implementado a partir do que nos pareceu ser o movimento mesmo de solidificação do *corpus* empírico das matérias da Folha de São Paulo e de Veja a respeito da temática da depressão como atualidade midiática.

Como nosso foco é a produção da atualidade da depressão na imprensa brasileira, que se teria dado, na década de 90, após uma radical alteração do sentido hegemônico da palavra em nome da tecnicização deste mal, situaremos o escopo teórico que nos permitiu avaliar mais acuradamente essa transformação. Inicialmente, distinguiremos o papel do jornalismo de saúde/ciência como *prática de poder*, aludindo à importante distinção formulada por Foucault (e por alguns de seus leitores contemporâneos mais potentes) entre *relações de poder*, *governo* e *dominação*, em que optaremos pela análise da mídia de saúde pelo viés do *governo*. Em seguida, trataremos brevemente do tema da saúde no século XX, em que a ideia de risco,

bem como a da autogestão, tornam-se balizadoras de um modo específico de gestão individual da informação científica. Finalmente, procuraremos mostrar de que forma a governamentalidade da mídia é caucionada por, no mínimo, duas proposições pouco problematizadas que denominaremos *hipótese didática* e *hipótese do receptor racional*.

2.1 Relações de poder, governo e dominação: distinções necessárias

Não é difícil observar que parte relevante do jornalismo científico propõe modelos de comportamento centrados majoritariamente no gerenciamento de si a partir da transformação dos hábitos cotidianos propiciada, por sua vez, pela incorporação das informações sobre saúde. Quase espontaneamente, podemos afirmar: trata-se de uma forma de poder. Constatar isso, contudo, é dizer tudo sem nada dizer. Soa como um dogma se não procuramos identificar como se tece isto que se chamaria de “forma de poder”. Tal tarefa é desafiante, e pode ser implementada de várias maneiras. Em nosso trabalho, procuramos aproximar-nos da perspectiva foucaultiana para melhor observarmos as engrenagens de produção das relações de poder midiático.

O que significa aproximar-se “da” perspectiva foucaultiana? Não parece ser possível substancializar um esforço de pensamento como o de Foucault, que não permaneceu fiel a si próprio, mas às fissuras que o próprio exercício desse pensamento apresentavam no processo de sua constituição. Não é nosso foco promover um debate acerca dos vários *Foucaults* que vivem sob esse único nome, e por isso vamos apropriar-nos da divisão já *tradicional* da obra foucaultiana em três fases: a arqueológica, a genealógica e a da subjetivação. Assim, indicamos que faremos uso, neste trabalho, dos estudos que se têm produzido contemporaneamente a partir do chamado “último Foucault” (que não se resumem necessariamente a pesquisas sobre subjetivação, mas que reconhecem a urgência de se pensar relações de poder em alusão a esse tema). Trata-se de uma leitura promovida fundamentalmente por nomes como Nikolas Rose, Paul Rabinow, Deborah Lupton, Alan Petersen, Robin Bunton, Thomas Lemke e outros que partem da perspectiva foucaultiana não para permanecer “fiel” a ela, como se os textos de Foucault fossem as Sagradas Escrituras, mas para “trabalhar dentro de um certo *ethos* de interrogação, fabricando certas ferramentas conceituais que podem ser postas para trabalhar em relação a questões particulares que transtornam a política e o pensamento contemporâneos” (ROSE, 2004, p. 5, tradução nossa).

Esses estudos organizam-se basicamente em torno das formulações de Foucault a respeito do que o filósofo chamou de *governamentalidade*, esta “feia palavra” (FOUCAULT,

2008b, p. 155), como ele próprio admite. Inicialmente cunhada nos cursos do Collège de France em 1978 com um objetivo bastante específico, restrito cronologicamente (como veremos na subseção 2.2 abaixo), a ideia de governamentalidade terminou por indicar para Foucault, já em 1979, não um conceito, mas uma “grade de análise” para as relações de poder:

o próprio termo ‘poder’ não faz mais que designar um campo de relações que tem de ser analisado por inteiro, e o que propus chamar de governamentalidade, isto é, a maneira como se conduz a conduta dos homens, não é mais que uma proposta de grade de análise para essas relações de poder (FOUCAULT, 2008a, p. 258).

Nos cursos seguintes, em que já estava em vigor sua pesquisa a respeito da subjetivação grega, governamentalidade permaneceria como um campo de análise da racionalidade das relações de poder. Thomas Lemke vê a governamentalidade como o “*link* perdido” entre os estudos do biopoder do final dos anos 70 e a entrada no universo das técnicas de si do começo dos anos 80 até o final da vida de Foucault (LEMKE, 2000, p. 2)³⁹. Ao buscar a genealogia do Estado moderno para melhor apreender a historicidade da biopolítica, Foucault encontra nos tratados sobre a arte de governar, entre os séculos XVI e XVIII, uma noção de governo com uso *mais amplo* do que aquele que caracterizará o Estado. Essa arte de governar não serão nem os “conselhos aos príncipes”, que tem em Maquiavel seu mais conhecido expoente, nem a Ciência Política da Modernidade.

O uso mais genérico de “governo” nesses tratados do século XVI engloba, principalmente, o *governo de si* (uma retomada do estoicismo em termos de ritualizações da conduta pessoal), o *governo das crianças* (problemática da pedagogia), o *governo das almas* (que caracteriza o poder pastoral cristão), os *governos da família*, dos doentes e o *governo do Estado* (FOUCAULT, 2008b, p. 118). A questão do governo do Estado, portanto, é apenas *mais uma* dentre as muitas facetas de governo, que Foucault definirá como a *condução de condutas de si e dos outros*. O aparecimento nesta época da questão do governo seria vinculado à desagregação da estrutura feudal – que levaria à organização dos grandes estados coloniais, administrativos e territoriais – e às disputas sugeridas pela Reforma e pela Contra-Reforma sobre como se deveria conduzir a si próprio.

Nos últimos textos e entrevistas, porém, Foucault passa a redefinir sua analítica do poder em termos de *governamentalidade*, remodelando a noção de “condução de condutas” da ideia de governo para uma aplicabilidade mais geral ainda. Neste ponto, consideramos

³⁹ O conceito de governamentalidade vem sendo trabalhado por alguns foucaultianos contemporâneos desde pelo menos o começo da década de 90 (BURCHELL et al, 1991), mas o acesso aos textos completos das aulas em que esse conceito foi sendo paulatinamente aperfeiçoado é recente, visto que antes os cursos estavam registrados quase que exclusivamente em fitas cassete. Apesar dos manuscritos com os planos de aula existirem, poucos tinham acesso direto ao conteúdo.

importante distinguir as três modalidades gerais de exercício do poder que Foucault define no elucidativo texto denominado “O sujeito e o poder” (FOUCAULT, 1995)⁴⁰. Esta distinção será o ponto de partida para que restrinjamos nossa análise dos modos de poder que se produzem nos aparatos discursivos jornalísticos focados nas questões de saúde.

Os três níveis de exercício de poder seriam as *relações de poder em geral*, o *governo* e a *dominação*. Por “relação de poder”, entende-se mais genericamente a tentativa de condução das condutas dos outros em jogos estratégicos mais ou menos *espontâneos* que regem as relações humanas como um todo (relações amorosas, por exemplo). Trata-se de uma tentativa de influência no campo das ações possíveis dos outros humanos. Só são “relações” porque pressupõem sujeitos livres minimamente, caso contrário não haveria “relação” (FOUCAULT, 2004a, p. 277)⁴¹. O poder neste nível é mais próximo de um guia que governa as formas de autogoverno dos homens (LEMKE, 2000, p. 3). Nunca é demais lembrar que, para esta perspectiva, não há *fora* do poder e, principalmente, que o poder não é o “mal”⁴².

Se as relações de poder são assim definidas, o *governo* seria uma forma *mais sistematizada* dessas tentativas de estruturação do campo de ação possível de humanos mais ou menos livres. O governo depende de uma racionalidade, de um conjunto de práticas mais ou menos refletidas que objetiva não apenas definir o *telos* da ação de outrem como também os meios adequados para alcançá-la (LEMKE, 2000, p. 5). A pastoral cristã, por exemplo, é uma forma de governo, pois há uma racionalidade própria nos modos de condução de conduta do rebanho cristão, como é o caso da tecnologia da confissão. Na forma de governo, há uma ordenação calculada da probabilidade da ação do outro. Visto que essa relação só é possível porque há graus variados de liberdade do sujeito, é no contato com as formas de governo que se desenvolveriam as “técnicas de si”. Mas Foucault parece reservar à análise do governo um espaço restrito de atuação, sintetizado na abordagem da governamentalidade como destrinchamento dessas racionalidades de condução de conduta⁴³.

⁴⁰ Originalmente escrito em inglês pelo próprio Foucault a pedido de Dreyfus e Rabinow para compor o livro *Michel Foucault, uma trajetória filosófica*.

⁴¹ “Não há relação de poder onde as determinações estão saturadas – a escravidão não é uma relação de poder, pois o homem está acorrentado (trata-se então de uma relação física de coação) – mas apenas quando ele pode se deslocar e, no limite, escapar” (FOUCAULT, 1995, p. 244).

⁴² “O poder não é o mal. O poder são jogos estratégicos. Sabe-se muito bem que o poder não é o mal! Considerem, por exemplo, as relações sexuais ou amorosas: exercer poder sobre o outro, em uma espécie de jogo estratégico aberto, em que as coisas poderão se inverter, não é o mal; isso faz parte do amor, da paixão, do prazer sexual” (FOUCAULT, 2004a, p. 284).

⁴³ Em seu curso de 1982-3, *Governo de si e dos outros*, Foucault relê toda sua obra a partir de um novo prisma, em que a governamentalidade é delimitada. Mostra como havia mais continuidades do que descontinuidades em seus diferentes trabalhos: “O primeiro deslocamento teórico a ser feito foi essa transição, essa transferência do desenvolvimento dos acervos de conhecimento para a análise das formas de verificação. O segundo deslocamento a ser executado consiste em libertar-se de qualquer possível Teoria do Poder (com letras maiúsculas), ou de

A terceira e última modalidade de poder seria a *dominação*, termo indicado para denominar aquilo que as pessoas irrefletidamente consideram como “poder”. A análise das prisões, dos asilos psiquiátricos, por exemplo, encontra-se nesta seara. O espaço de liberdade que pressupõe toda relação de poder é exíguo neste caso, restando ao humano poucas alternativas (como o suicídio, por exemplo, no caso de um detento ou de um louco)⁴⁴. Nas relações de dominação, há uma fixidez sustentada normalmente por uma rígida hierarquia, com pequena margem de manobra (LEMKE, 2000, p. 5) para aqueles que a elas são subordinados.

Para nosso objetivo, a análise da *governamentalidade* como racionalidade das conduções de conduta seria aquela que melhor se adaptaria aos textos midiáticos. Por depender de uma organização do texto segundo normas mais ou menos próprias (textos curtos, linguagem simples etc.), o jornalismo de temas de saúde produzirá sua estruturação da condução de conduta segundo certos padrões discursivos. Tais padrões não serão sempre os mesmos relativamente à depressão (como mostraremos no Capítulo 4), mas somente o fato de haver uma racionalidade própria a sua construção já indica que não se trata aqui do nível das simples relações de poder que se dão como jogos estratégicos espontâneos. O jornalismo da depressão não corresponde, tampouco, às relações de dominação, uma vez que o espaço de liberdade do leitor é amplo para a não aceitação das condutas que lhe são sugeridas ou mesmo para a reinterpretação delas segundo seus próprios objetivos. Veremos, contudo, que mesmo essa liberdade depende das improbabilidades concernentes ao processo comunicativo que precisam ser levadas em consideração.

Para além das implicações teóricas que consideramos profícuas (a leitura que se faz do modo como se instituem as relações de poder segundo uma racionalidade discursiva própria da imprensa), a governamentalidade como grade de análise comportaria, ainda, a exigência da *empíria* como condição de possibilidade para qualquer afirmação acerca das proposições de condução de condutas pela mídia. Evitam-se, assim, generalizações como “a mídia manipula”, desgastadas e estéreis, se comparadas com o caminho que a governamentalidade poderia

explicações em formas de Dominação em geral, ao analisar a normatividade do comportamento, e trazer em vez disso a história e a análise dos procedimentos e tecnologias de governamentalidade. Finalmente o terceiro deslocamento consiste, eu acho, em passar de uma teoria do sujeito, nas bases de que se tentaria trazer os diferentes modos da subjetividade em sua historicidade, para a análise das modalidades e técnicas da relação consigo ou novamente a história dessa pragmática do sujeito em suas diferentes formas” (FOUCAULT, 2010, p. 41-2, tradução nossa).

⁴⁴ Foucault afirma em seus últimos escritos (por exemplo, FOUCAULT, 1995) que os modos pelos quais os seres humanos se tornam sujeitos foram desde sempre seu interesse. Em outra ocasião, confessa que talvez tenha destinado muita atenção à análise das formas de dominação em seus estudos (FOUCAULT, 1997, p. 225).

traçar nas zonas obscuras de relações de poder, mapeando concretamente, portanto, o terreno a partir do qual podem ser estabelecidas condutas e resistências específicas.

Resistências *específicas* sim, pois outro pressuposto importante da governamentalidade é o afastamento da ingênua proposta de eliminação *absoluta* das relações de poder, desejo provavelmente alimentado por uma visão negativa do poder como essencialmente repressor, o que não é absolutamente o caso. Poder e liberdade são correlatos, vivem em uma relação *agonística* e não *antagonística*, como lembra Foucault (1995, p. 245). Desta forma, o que se busca em última instância com a análise da governamentalidade da mídia não é a suspensão de suas relações de poder (projeto utópico), mas relações de poder cada vez menos apoiadas em critérios subsumidos como verdades absolutas⁴⁵. Alargar o espaço de manobra característico de toda relação de poder, nem que seja apenas para mostrar que, em certas ocasiões, “somos mais livres do que pensamos ser”⁴⁶.

Na subseção a seguir, voltaremos ao contexto inicial de produção da ideia de governamentalidade por Foucault para que possamos inseri-la no momento de eclosão da biopolítica, que consideraremos como pano de fundo para nossa análise das relações de governo do jornalismo científico voltado para a saúde. Lembramos, portanto, que são dois usos distintos de “governamentalidade”. O que vimos até agora é a governamentalidade como grade de análise geral da racionalidade das relações de poder pautadas pela condução de conduta dos outros, formatando o campo possível da ação desses. O que vamos retratar a seguir é a governamentalidade como modalidade de exercício de poder que se institui *precisamente no século XVIII*. Estamos cientes de que os dois usos de governamentalidade neste trabalho podem gerar algum aborrecimento, mas consideramos importante, para uma pesquisa que trata de mídia e saúde, indicar o contexto histórico de surgimento de novas relações de poder que trouxeram o cuidado milimétrico com a saúde para o primeiro plano da existência.

⁴⁵ “O problema, então, não é de tentar dissolvê-las [*as relações de poder*] na utopia de uma comunicação completamente transparente, mas se imporem regras de direito, técnicas de gestão e também a moral, o ethos, a prática de si, que permitirão, nesses jogos de poder, jogar com o mínimo possível de dominação” (FOUCAULT, 2004a, p. 284, acréscimo nosso).

⁴⁶ A pesquisadora de mídia Jayne Raisborough ressalta: “E quanto à resistência? A ambição de Foucault foi desestabilizar as formas naturalizadas do poder moderno a partir da demonstração de que elas operam segundo modos particulares de pensamento (racionalidade) e modos específicos de ação (tecnologias). O projeto político, para Foucault, é um constante ato de recusa a *ser* um si mesmo que pode ser manejado por meio de condutas especificamente moldadas. (...) O ponto para Foucault é que somos mais livres do que pensamos ser” (RAISBOROUGH, 2011, p. 16, tradução nossa).

2.2 Governamentalidade, biopoder e público

Como vimos, o problema da arte de governar adquire no século XVI um sentido bastante particular, estimulado pelas transformações históricas que indicamos. Textos como os de Guillaume de La Perrière (*Le miroir politique*) e de La Mothe Le Vayer levantam a questão do governo em tom crítico com relação às bases que fundamentam a obra de Maquiavel, autor do clássico da arte de governo *Il principe*, publicada postumamente em 1532. O cerne do argumento seria que a preocupação de Maquiavel fora a *manutenção* do reino pelo soberano, visto que, na concepção do pensador florentino, a aquisição do reinado pelo monarca suscitaria inevitavelmente um quadro de insegurança, já que o reino seria derivado de uma das seguintes alternativas: fora conquistado por guerras, teria sido herdado ou, por fim, teria sido adquirido por acordos com outros reinos. A maior atribuição do soberano deveria ser, portanto, *manter* seu reinado. O príncipe, sendo *externo* ao reino, seguiria os conselhos a ele sugeridos para que desenvolvesse, em sua sabedoria, ferramentas para que seu poder pudesse efetuar-se *apesar* das condições constantes de insegurança originais.

Os textos sobre a arte de governar do século XVI lêem a questão do governo por outro prisma, multiplicando-a para outros domínios (si próprio, a família etc). Argumentam que era preciso que se estabelecessem continuidades *ascendentes* e *descendentes* de governo, sendo o Estado o ponto de referência. *Ascendentes* porque, para se governar o Estado, seria preciso que o príncipe soubesse governar a si próprio, bem como a seus bens e patrimônios (pedagogia do príncipe). *Descendentes* porque um Estado bem governado implicaria uma correta condução das condutas das famílias e das pessoas. O termo central dessa continuidade seria o governo da família que, respeitando sua etimologia grega, era denominado *economia* (οικονομία, *oikos* como “casa” e *nomos* como “lei ou costume”, mas também “gerir, administrar”). O modelo da família deveria servir de base para a administração do Estado:

governar um Estado será portanto aplicar a economia, uma economia no nível de todo o Estado, isto é, exercer em relação aos habitantes, às riquezas, à conduta de todos e de cada um uma forma de vigilância, de controle, não menos atenta do que a do pai de família sobre a casa e seus bens (FOUCAULT, 2008b, p. 127).

Assim, a questão principal da arte de governo do século XVI seria a introdução desta economia na prática política, em como estabelecer uma forma de vigilância e controle ao

mesmo tempo atenta a todos e a cada um, característica do poder pastoral: o *omnes et singulatim*⁴⁷.

Em Guillaume de la Perrière, por exemplo, governar será adequar os meios *convenientemente* para cada uma das *coisas* que devem ser governadas: a quantidade de riqueza que deverá ser produzida, as condições mínimas de sobrevivência que as pessoas deverão ter, as condições para que os habitantes possam regularmente se multiplicar. Governar será construir, assim, *táticas* para atingir esses fins. O estabelecimento de *leis* para o alcance dos objetivos será secundário. Foucault observa nesta mudança uma grande ruptura com o modelo jurídico medieval baseado em leis (na forma de costumes ou de escritos). Há uma mobilidade maior na arte de governar, uma vez que os objetivos alteram-se conforme o movimento *natural* da sociedade. A administração das *coisas* como pretende La Perrière institui ainda outra diferenciação da perspectiva maquiavélica, que se concentrava no território e, somente *consequentemente*, nos habitantes do território. O cuidado com as *coisas* pressupõe novas regras do jogo. Serão os homens em *relação* com o território, em *relação* com a riqueza, com os hábitos, com as doenças etc. que deverão ser objeto de governo.

O governante tem que ser como um pai de família zeloso, mas as regras da economia da casa são consideradas demasiado fracas para dar conta da multiplicidade de fatores que compõem um Estado. É assim que, já no século XVII, a razão de Estado procurará atingir essa problemática, compreendendo que o Estado tem uma racionalidade própria que deverá ser operacionalizada *corretamente* para o seu bom funcionamento. Logo, não se tratava mais de gerir o povo por orientações de prudência e sabedoria sugeridas ao príncipe, mas de *encontrar* a racionalidade do estado. A construção do aparato governamental das monarquias territoriais, a ascensão do mercantilismo, o desenvolvimento de ferramentas de análise como a estatística e outros constituíram as formas como, no século XVII, materializou-se essa razão.

Contudo, afirma Foucault que, devido a motivos historicamente determinados como a Guerra dos 30 anos e suas devastações, as revoltas camponesas e urbanas e a crise financeira do final do século XVII, seria somente no século XVIII que de fato se pôde implementar essa nova racionalidade de governo que vinha sendo vagarosamente elaborada. O marco jurídico-político dessa reorientação pode ser indicado pela assinatura dos tratados de Westfalen de

⁴⁷ “O pastorado cristão pressupõe uma forma de conhecimento particular entre o pastor e cada uma das ovelhas. Tal conhecimento é particular. Ele individualiza. Não basta saber em que estado se encontra o rebanho. É necessário também conhecer o de cada ovelha. Este tema existia bem antes do pastorado cristão, mas foi consideravelmente ampliado (...): o pastor deve ser informado das necessidades de cada componente do rebanho, e de satisfazê-las quando é necessário. (...) deve saber o que passa na alma de cada um, conhecer seus pecados secretos, sua progressão no caminho da santidade” (FOUCAULT, 1994).

1648 que, como é sabido, lançam o conceito moderno de Estado-nação. Logo, a partir da segunda metade do século XVII, fortifica-se a procura por mecanismos de gestão do Estado.

Aludindo a uma mudança de cenário que já fora por ele utilizada em *Vigiar e Punir* (1977), Foucault remete ao processo histórico de abundância de dinheiro com a expansão marítima do século XVI, à explosão demográfica e ao estímulo da agricultura os fatores de catalisação para a introdução definitiva de uma governabilidade centrada na *população* no século XVIII. O advento da população é decisivo para uma política racionalizada de gerenciamento do Estado. Ao contrário do que possa talvez sugerir, *população* não é apenas um novo nome para designar uma antiga realidade. Ela não constituiu simplesmente uma nomenclatura original para rotular um amontoado de pessoas ou um conjunto de súditos. Com efeito, *população* será um modo de conhecimento para uma estratégia de ação sobre um conjunto desindividualizado de processos naturais (nascimento, morte, reprodução etc) que deverá ser administrado naquilo que ele tem de *natural*. Em outras palavras, não se tratará de impor uma norma exterior à população, mas de “descobrir” os modos pelos quais “naturalmente” esses processos se desencadeiam, sendo sua gestão “correta” estabelecida a partir de taxas máximas ou mínimas que serão consideradas toleráveis (taxas de mortalidade, de natalidade etc). Ocorre que estarão em jogo conceitos de *natureza* e de *verdade* que se querem a-históricos, mas que se adaptam às demandas específicas de produtividade (não apenas de mercadorias, mas de educação, saúde, ordem) em crescimento no século XVIII.

Quanto à gestão de doenças, por exemplo, um bom governo não será sempre, necessariamente, aquele que eliminará *totalmente* a incidência de um determinado mal de saúde, e sim aquele que se certificará que a incidência desse mal encontra-se na *média* de taxas tidas como razoáveis. Os mecanismos de gestão da população serão os *dispositivos de segurança*, que inscrevem um determinado problema social em uma série de acontecimentos prováveis, gerenciam cálculo de custos e estabelecem um ponto médio abaixo ou acima do qual seria preciso intervir (FOUCAULT, 2008b, p. 3-30).

A população terá assim sua regularidade própria que se deverá respeitar. Essa regularidade não é a mesma que rege o corpo individual ou aquela que mobiliza as conduções de conduta de um núcleo familiar. Uma população apresenta especificidades como epidemias, níveis toleráveis e intoleráveis de mortalidade etc. É caracterizada por fenômenos singulares que não incidem sobre uma família comum, modelo original da economia. De fato, a própria família seria então ressignificada a partir da ascensão da população, tornando-se um *elemento* interno à população, e, em certa medida, um instrumento fundamental para seu governo.

O aperfeiçoamento das técnicas matemáticas de aquisição de informação a respeito da população elevará, desse modo, a estatística à categoria de ciência do Estado (*Staatswissenschaft*), cujo objetivo é “ilustrar as excelências e as deficiências de um país e revelar os poderes e as fraquezas de um Estado”, segundo definição de Gottfried Achenwall (apud MATTELART, 2002, p. 19), importante estatístico da pioneira Alemanha. No mesmo movimento de ascensão do número como gestor de populações, temos a introdução do censo:

será da prática burocrática da Prússia do absolutismo que o procedimento de recenseamento da população tirará em 1725 sua legitimidade científica. A Inglaterra, em nome do respeito aos direitos individuais, resistirá muito tempo à ideia de uma contagem populacional geral (MATTELART, 2002, p. 19).

Será, por conseguinte, a partir da estatística (e de suas aplicações, como o censo) que se elencarão as prioridades de intervenção do governo para a correta gerência das *coisas*. Grosso modo, é nesse contexto que a economia, que no século XVI é entendida como forma de governo, passa a ser no século XVIII uma espécie de *nível de realidade* que exige um campo de intervenção determinado. Não mais *uma* modalidade de governo, mas a maneira *correta* de ler a *natureza* das trocas sociais como um todo. Em frase feliz, diz Mattelart: “os homens contaram os números, e, por fim, somente os números contaram” (MATTELART, 2002, p. 32).

Essa *naturalidade* da população focará as práticas de poder em uma categoria inédita até então no ocidente: a *espécie humana*. Lembra Rabinow (2002b, p. 41) que “pela primeira vez na história, categorias científicas (espécies, população, fertilidade e assim por diante) ao invés de categorias jurídicas, tornam-se objeto de sistemática e contínua atenção e intervenção política”. Esse é o cenário histórico para aquilo que Foucault chamou de *biopoder*. Em uma famosa definição do primeiro volume da *História da Sexualidade*, temos: “deveríamos falar de ‘bio-política’ para designar o que faz com que a vida e seus mecanismos entrem no domínio dos cálculos explícitos, e faz do poder-saber um agente de transformação da vida humana” (FOUCAULT, 2006, p. 155). Fazendo dialogar Susan Neiman (2003) e Foucault, diríamos que a biopolítica seria uma modalidade de exercício do poder em que se gere, dentre outras coisas, o “mal natural” da vida.

Neste contexto histórico muito bem delimitado, Foucault introduz pela primeira vez a ideia de governamentalidade (que viria a ser expandida em seguida, como vimos). Governamentalidade seria

o conjunto constituído pelas instituições, os procedimentos, análises e reflexões, os cálculos e as táticas que permitem exercer essa forma bem específica, embora muito

complexa, de poder que tem por alvo principal a população, por principal forma de saber a economia política e por instrumento técnico essencial os dispositivos de segurança. Em segundo lugar, por “governamentalidade” entendo a tendência, a linha de força que, em todo o Ocidente, não parou de conduzir, e desde há muito, para a preeminência desse tipo de poder que podemos chamar de “governo” sobre todos os outros – soberania, disciplina – e que trouxe, por um lado, o desenvolvimento de toda uma série de aparelhos específicos de governo [e, por outro lado], o desenvolvimento de toda uma série de saberes. Enfim, por “governamentalidade”, creio que se deveria entender o processo, ou antes, o resultado do processo pelo qual o Estado de justiça da Idade Média, que nos séculos XV e XVI se tornou o Estado administrativo, viu-se pouco a pouco “governamentalizado” (FOUCAULT, 2008b, p. 143-144).

Nossa insistência em dois usos de governamentalidade (como grade de análise geral da racionalidade do poder e como definida na citação acima) justifica-se pela natureza do objeto de nossa pesquisa. Isso porque gostaríamos de atentar a uma dimensão da população que fora indicada por Foucault, mas que não foi explorada por ele: a população seria constituída tanto pela dimensão científica da espécie humana *quanto pela dimensão comunicacional do público*. Em um elucidativo trecho do curso de 1977-8, sugere:

a população é, portanto, de um lado, a espécie humana e, de outro, o que se chama de público. Aqui também a palavra não é nova, mas seu uso sim. O público, noção capital no século XVIII, é a população considerada do ponto de vista das suas opiniões, das suas maneiras de fazer, dos seus comportamentos, dos seus hábitos, dos seus temores, dos seus preconceitos, das suas exigências, é aquilo sobre o que se age por meio da educação, das campanhas, dos convencimentos. A população é portanto tudo o que vai se estender do arraigamento biológico pela espécie à superfície de contato oferecida pelo público. Da espécie ao público: temos aí todo um campo de novas realidades, novas realidades no sentido de que são, para os mecanismos de poder, os elementos pertinentes, o espaço pertinente no interior do qual e a propósito do qual se deve agir (FOUCAULT, 2008b, p. 99).

Identificar, portanto, as estratégias comunicacionais de condução de conduta do público não seria um trabalho *complementar* de uma analítica do poder, mas uma parte *essencial* desse empreendimento, visto que a ideia de público é inerente ao modo como se compreenderá a noção de população fundada no século XVIII. A ideia de população limitada entre espécie e público, mesmo com transformações consideráveis nos séculos subsequentes, ainda nos gere contemporaneamente.

Neste ponto, aproximar-se da conceitualização de *público* de Gabriel Tarde pode indicar uma empreitada igualmente produtiva. Tarde cunha o conceito de *público* para distinguir um novo gênero de multiplicidades humanas que é historicamente tributário da imprensa industrial, do surgimento da estrada de ferro e da telegrafia elétrica (TARDE, 2005). O público, para Tarde, é um conglomerado de contágios psíquicos de crenças que prescinde da presença física para se efetuar. Deve ser diferenciado da *multidão*, cuja formação é exclusivamente dependente da proximidade geográfica de seus membros, e cuja existência

histórica seria muito anterior ao século XVIII. Basta uma reunião de pessoas para formar uma multidão. Com o conceito de público, porém, Tarde chamaria a atenção, no final do século XIX, para uma racionalidade própria dessa nova forma de organização das multiplicidades.

O público estaria para a opinião – diria em uma sugestiva frase – assim como o corpo está para a alma (TARDE, 2005, p. 59). Com essa analogia, o filósofo parece querer ressaltar a inextricável ligação do então recente fenômeno da opinião com essa nova forma de coletividade que prescindiria da proximidade física. Os membros dos públicos (mesmos leitores de um determinado jornal, por exemplo) influenciar-se-iam uns aos outros *à distância*. O simples pensamento, por parte de cada um dos componentes de um público, de que faz parte de uma grande coletividade direcionaria suas crenças em um determinado sentido. O público manifesta-se seja pelo destaque que alguma matéria receberia em um jornal, pela repercussão que esta causou nas conversações cotidianas ou, mais diretamente, pela reação que teria gerado em cartas para o jornal⁴⁸. A opinião, para Tarde, não é um juízo a que se chega individualmente e a partir de cuidadosa reflexão pessoal, mas um conjunto de crenças mais ou menos lógicas que, respondendo a uma questão atualmente dada, encontra-se reproduzido em um grande número de pessoas (TARDE, 2005, p. 63).

A gestão da população implica, assim, modos específicos de administração das opiniões. No que tange à saúde pública, campanhas estatais como as de vacinação e de prevenção de doenças seriam exemplos mais evidentes. Contudo, dada a contemporaneidade de nosso objeto, é preciso que evitemos a transposição automática das análises comunicacionais a respeito do público no século XIX e no começo do XX para nossos tempos. A realidade do ambiente comunicacional é radicalmente distinto, embora a centralidade da ideia tardeana de reunião de coletividades a despeito da proximidade geográfica tenha adquirido proporções provavelmente inimagináveis mesmo para um visionário como o filósofo francês⁴⁹.

Analogamente, a especificidade da realidade atual da biopolítica merece algumas considerações. Embora o conceito de biopoder cunhado por Foucault restringisse seu escopo

⁴⁸ Neste ponto, as opiniões de leitores, telespectadores e internautas adquiriram imensa potencialização com as tecnologias virtuais. Dos comentários em *blogs* ao número de acessos de vídeos no *YouTube* ou ao número de seguidores que alguém tem no *Twitter*, ocorre toda uma reorganização dos modos de se aferirem audiência e influência na rede, assim como das formas de monetarização de conteúdo e publicidade. Também o poder do contágio mútuo à distância pelo simples sentimento de pertencimento a uma coletividade foi um dos traços essenciais da recente Primavera Árabe, por exemplo.

⁴⁹ Maurizio Lazzarato, em uma criativa releitura dos trabalhos de Tarde e Foucault, sugere que a biopolítica contemporânea é centrada no cálculo sobre a memória e a atenção dos públicos: “As forças mobilizadas pela cooperação entre os cérebros, que são capturadas pelas novas instituições (a opinião pública sendo uma delas), são, portanto, as da memória e da atenção” (LAZZARATO, 2006, p. 83).

de aplicação ao modo de gerenciamento das sociedades ocidentais nos séculos XVIII e XIX, ele parece conter em seu material genético (para usarmos uma metáfora apropriada) direções potenciais para aplicações a problemas de hoje. Salvaguardadas as diferenças, a maior parte das interpelações teóricas da biopolítica incide sobre um pressuposto comum: o esfumaçamento das fronteiras entre política e vida. Nessa perspectiva, não se compreende “vida” como uma simples existência material autoevidente. “Vida” será, a partir do século XVIII, um complexo abstrato embasado por conhecimento científico de disciplinas que compartilham o mesmo berço histórico, que são distintas mas correlatas, como a biologia, a demografia e a estatística. *Simultaneamente*, “vida” será, pela delimitação proposta por tais disciplinas, objeto de preocupação administrativa, tanto na seara governamental como na individual, sendo também “governo” e “indivíduo” tal como conhecemos produções do mesmo solo histórico. A alteração do sentido de “vida” será, assim, concomitante à modificação das práticas políticas.

A facilidade da combinação das palavras “vida” e “política” materializada no conceito “biopolítica” encobre o fato de que ambas são circunscritas a partir do que acima delineamos⁵⁰. A biopolítica de que tratamos partirá, portanto, do solo comum explorado por diversas leituras foucaultianas atuais, qual seja:

biopolítica não pode ser simplesmente rotulada como uma atividade política específica ou como um subcampo da política que lida com a regulação e o governo dos processos vitais. Em vez disso, o sentido de biopolítica repousa em sua habilidade para tornar visível a sempre contingente, sempre precária diferença entre política e vida, cultura e natureza, entre o domínio do intangível e inquestionável, de um lado, e a esfera da moral e da ação legal, do outro (LEMKE, 2001, p. 31, tradução nossa).

⁵⁰ Thomas Lemke (2011) indica duas outras leituras de biopolítica que em *nada* remetem à conceituação foucaultiana. O primeiro registro intelectual da palavra teria ocorrido em 1922 por um cientista político sueco chamado Rudolf Kjellén. Kjellén apresentava uma visão organicista do Estado, considerando-o como uma grande entidade viva, que deveria ser regida de acordo com leis biológicas gerais. Posteriormente, o nacional-socialismo especificaria esse viés organicista de Kjellén na imagem de uma sociedade organizada autoritária e hierarquicamente estruturada, homogênea racialmente. Essa primeira leitura “biopolítica” preconiza que características biológicas determinam comportamentos. Logo, a interpretação de estruturas simbólicas é menosprezada diante da possibilidade de alteração pragmática tendo como base uma rígida separação entre natureza e cultura. Aqui, “biopolítica” é uma “política” que busca aproximar-se da “vida”, ambas entendidas de modo *naturalizante*.

O segundo registro de “biopolítica” é certamente menos assustador, porém partilha com o primeiro de um mesmo pressuposto: o entendimento da política e da vida como domínios necessariamente estanques. A diferença será que, neste caso, a “vida” não será a base da política, mas o *objeto* de sua intervenção. Refere-se a questões surgidas nos anos 60 e 70 que abarcam temas variados que vão do ambientalismo à genética. Biopolítica foi então compreendida como uma *regulação* política da vida, no sentido de “protegê-la” das “explorações” das corporações poluidoras, por exemplo, no caso do meio-ambiente, ou da “ganância” dos cientistas, no caso de experimentações genéticas em laboratórios. O termo foi usado de modos diferenciados por teóricos como o alemão Dietrich Gunst, que reivindicava uma política de saúde e regulação da população concernentes ao “futuro da humanidade”, ou pelo curioso conceito de “biopolítica cristã”, formulada pelo teólogo Kenneth Cauthen visando à “proteção” da vida humana na era tecnológica.

A pesquisa teórica no campo da biopolítica procuraria, assim, investigar os solos a partir dos quais múltiplas formas de poder-saber dispõem-se a dizer o que *são* a vida e a saúde, atrelados inevitavelmente a modos de administração específicos desta vida calculada e tornada produtiva. A partir dessa indicação, podem-se problematizar questões que passariam talvez despercebidas, pois seriam tidas como naturalizadas.

O jornalismo de saúde/ciência suscita uma grade de análise, dessa forma, que leve em consideração a gestão da população como público, no contexto do que foi precisamente definido como biopolítica: a vida e seus mecanismos filtrados sobre a ordem do cálculo explícito. É preciso, porém, atentar à diversidade de formas de governo (como racionalidade da condução de conduta) que se impõem atualmente. Urge, ademais, avaliar mais adequadamente as modificações do contexto das práticas de saúde das últimas décadas.

No que nos diz respeito, afirmar que o jornalismo de saúde é parte de uma biopolítica não deveria visar à produção de um *slogan*, mas à construção de um plano de análise que por sua vez não seria generalizável a não ser no sentido de buscar uma radical historicidade das manifestações empiricamente descritíveis nas relações de poder entendidas como *governo*. Em primeiro lugar, mostrar *de que modo* a gestão midiática da informação insere-se na ordem do biopoder: *como* ela é integrante desse esfumaçamento dos liames da vida e da política que caracterizam essa modalidade de exercício do poder. É preciso estabelecer mais claramente a relação entre comunicação social e biopolítica, apenas sugerida por Foucault, e por isso esforçamo-nos nesta tese a historicizar não apenas das práticas de saúde como também das *próprias práticas discursivas jornalísticas* concernentes ao nosso objeto.

Feita a necessária contextualização teórica, tratemos agora de indicar resumidamente as alterações de maior importância no campo da saúde no século XX e de que modo elas suscitam o gerenciamento da informação como pressuposto de uma biopolítica midiática.

3.3 Informação e saúde nos séculos XX/XXI

2.3.1 Um novo panorama

Um conjunto mais ou menos ordenado de eventos históricos, planos de administração e avanços tecnológicos produziu o que se pode considerar a ascensão da saúde como preocupação hegemônica de nossos tempos. Anne-Marie Moulin sintetiza tal tendência em uma frase comparativa bastante curiosa: “se a palavra-chave do século XVIII era a felicidade, e a do século XIX a liberdade, pode-se dizer que a do século XX é a saúde” (MOULIN, 2008,

p. 18). Quase tão numerosas quanto as práticas de vigilância sobre a saúde no contemporâneo são as reflexões críticas a respeito do tema. São diversos grupos de estudos com objetos e metodologias distintas que não nos preocuparemos aqui em destrinchar, dado que esta seria uma tarefa que sobrepujaria os limites de nossa tese. De modo a fornecer unicamente um quadro geral histórico e crítico a partir do qual se produzirá o que chamamos de governamentalidade da mídia de saúde, e arriscando-nos a involuntariamente obliterar algum fator decisivo, indicamos alguns eventos que possivelmente fortaleceram essa premência pela saúde na atualidade.

Data do século XIX a construção de um olhar médico estritamente técnico sobre os comportamentos cotidianos e as práticas corporais como um todo. Este olhar médico adquiriu então estatuto de indicador de normatividade. A abordagem do corpo individual pela medicina foi tributária de uma reorganização radical do saber médico no começo daquele século, cujo acontecimento de maior relevância teria sido o surgimento da clínica médica moderna. Como mostrou Foucault em *O Nascimento da Clínica*, Xavier Bichat é o grande nome dessa construção de um *olhar* no cruzamento do “espaço, da linguagem e da morte” (FOUCAULT, 2004b, p. IV): a abertura dos cadáveres como condição para a instituição da vinculação necessária do sintoma à lesão específica do tecido fora um dos principais fatores de estruturação do espaço que ocupa o corpo individual nos regimes sociais desse século tão instigante⁵¹. Na anatomia patológica então organizada, não se buscava mais “a doença” cuja manifestação no corpo era apenas indicação de sua existência ideal (como na “medicina das espécies”), mas a doença *daquele* corpo específico.

A *opacidade* do corpo, com seus fluxos e intensidades próprios, configura um desafio constante à sede de saber do ocidente. O jogo do visível e do invisível tem na perseguição pela *transparência* espacial do corpo a condição para uma melhor intervenção sobre sua materialidade. Dos raios-X aos avançados PET-scans (tomografia por emissão de pósitrons), toda uma profusão de tecnologias médicas medeia o visível e o invisível do corpo. Tais tecnologias contribuem para a produção de uma verdade sobre ele (e sobre sua saúde) que justifica intervenções variadas. Trazem novas questões, ainda, a respeito das relações entre

⁵¹ Francisco Ortega questiona tal centralidade atribuída por Foucault a Bichat, lembrando-nos da moda das anatomias renascentistas cujo maior expoente é Vessálio, com suas práticas de abertura de cadáveres (e a publicação de seu *De humanis corporis fabrica* em 1543) indicando uma ruptura com séculos de galenismo na medicina ocidental. Embora cientes dessa discussão, mantemos aqui a posição de Foucault na medida em que ela ressalta a importância da anatomia patológica de Bichat para a fundação da ideia de *indivíduo*, fundamental para o modo como gerenciaríamos a saúde a partir de então, e base daquilo que chamaremos de governamentalidade da mídia de saúde. Para a discussão a respeito da supervalorização do papel de Bichat por Foucault, cf. ORTEGA, 2008, p. 100-101.

simulação e verdade, imagem e corpo etc. Moulin, em prodigiosa comparação, lembra da contemporaneidade dos raios-x e do cinema:

o século XIX inventa o cinema. A adjunção de uma tela fluorescente ao aparelho de raios-X permite observar à vontade o movimento da caixa torácica e ver claramente os pulmões no momento da inspiração e da tosse. Em suma, espiar o funcionamento dos órgãos no interior do corpo (MOULIN, 2008, p. 65).

Longe de ser um movimento exclusivo da medicina, esse interesse aprofundado pelos recônditos do corpo biológico encontra ecos nas teorias da percepção, na filosofia, nas artes (cf. CRARY, 1990, 2000) e nas formas diretas de controle social. Quanto a este último ponto, Courtine e Vigarello lembram-nos que, da frenologia ao DNA, passando pela identificação antropométrica e pela impressão digital, instituiu-se paulatinamente a ideia de que o corpo produz um discurso involuntário sobre si, uma “assinatura biológica” (COURTINE; VIGARELLO, 2008, p. 352). É o momento de fundação de “uma lei inscrita nos corpos, que permite designar de um extremo ao outro o indivíduo como sujeito singular” (COURTINE; VIGARELLO, 2008, p. 352).

Se o século XIX inaugurou a centralidade do olhar médico sobre a materialidade do corpo, no século XX instituir-se-iam outros parâmetros para a sua instrumentalização. A positividade que a morte definia no modelo da clínica de Bichat, por exemplo, é constantemente transmutada a partir de realizações e promessas das ciências. Novos saberes são formulados. Como afirmou Ieda Tucherman, parafraseando Foucault em *As Palavras e as Coisas*,

o novo triedro dos saberes seria formado pela Biologia, as Ciências da Cognição e as Ciências da Computação: a imortalidade sendo hoje assunto para biólogos moleculares e geneticistas ou para cientistas da informação que “sonham”, como Hans Moravec no polêmico *Mind's Children*, no *download* da nossa mente em um computador como sendo nossa próxima verdadeira e imortal descendência (TUCHERMAN, 2003).

Os sucessos da genética, das tecnologias cognitivas, da inteligência artificial e das neurociências⁵² como um todo revelam novos parâmetros a partir dos quais se pensa o corpo e, com isso, propõem novas formas de instrumentalizá-lo. Alguns autores sustentam que se erige uma tecnociência *fáustica* no lugar de uma *prometeica*: em vez de instrumento de dominação da natureza para fins humanitários, a ciência reivindica uma prioridade ontológica da técnica sobre o humano (FERRAZ, 2000), visando à fortificação de sua própria expressão cujos limites são alargados na medida de suas produções.

⁵² Dada a relevância das neurociências para a contextualização da depressão contemporânea, delas trataremos separadamente no próximo capítulo.

No que toca à esfera da biopolítica das populações, as políticas públicas de saneamento básico, vacinação, controle de natalidade e outras chegaram a suscitar, pelo menos nos países desenvolvidos no século XX, a crença por parte de alguns de que se teriam erradicado as epidemias, objeto de inquietação permanente de períodos anteriores (MOULIN, 2008, p. 28)⁵³. A varíola, por exemplo, foi declarada erradicada em 1979 pela OMS. Taxas de mortalidade epidêmica caíram vertiginosamente já a partir de 1895, com a distribuição generalizada de água potável, implementação sistematizada de coleta de esgoto e concretização de técnicas de assepsia e anestesia em cirurgias hospitalares, dentre inúmeros outros avanços.

Nesse quadro, e após a Segunda Guerra Mundial, a epidemiologia acelerou o processo de desvio de sua atenção tradicional das doenças infecciosas para as chamadas doenças crônicas, como as cardiovasculares, reumáticas, endócrinas e cancerosas (MOULIN, 2008, p. 36). Isso teria contribuído para fortificar a urgência de uma reformatação dos modos de compreensão e intervenção sobre as relações entre saúde e comportamento. Como afirma Moulin,

a doença crônica significa a longa convivência do paciente com a deficiência orgânica. A identificação de um sem-número de anomalias, na fronteira de uma normalidade de contornos sempre mais frouxos, leva o enfermo a um grau de intimidade com a medicina que jamais se vira no passado. Quer se trate de uma doença detectada, por vezes mesmo descoberta até antes do nascimento, como a hemofilia, na primeira infância, como a mucoviscidose ou a maioria das miopatias ou mais tarde, como a hipertensão e o diabetes, o diagnóstico instaura uma reorganização do dia-a-dia do paciente, uma medicação permanente, ao menos uma vigilância regular. O paciente aprende a integrar sua condição particular a seu projeto de vida e à sua auto-imagem (MOULIN, 2008, p. 36).

A referida “vigilância regular” sobre o corpo implica modificações na própria maneira como a saúde será entendida. Alteram-se os liames entre saúde e doença. Essas fronteiras, porém, redesenham-se ao passo que se reformulam também as próprias definições do que seja “saúde” ou “doença”. Uma concepção *negativa* de saúde, ou seja, de um estado de *ausência* de doença, resvalará pouco a pouco à sombra enquanto uma concepção positiva de saúde adentra o palco das práticas corporais contemporâneas. Isso terá peso considerável na concepção contemporânea de depressão, como argumenta Paulo Vaz:

a medicina contemporânea embaralha as distinções, existencialmente nítidas, próprias à sucessão moderna saúde-doença-intervenção-retorno à saúde. Do ponto de vista do estado final, para algumas doenças psíquicas como a depressão, não há

⁵³ A eclosão da AIDS na década de 80 do século passado veio a perturbar essa crença na extinção definitiva das epidemias.

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 (VAZ, 2006, p. 92).

Assiste-se assim ao ocaso da conhecida definição de René Leriche de que “a saúde é a vida no silêncio dos órgãos”, e que “a doença é aquilo que perturba os homens no exercício normal de sua vida e em suas ocupações e, sobretudo, aquilo que os faz sofrer” (LERICHE apud CANGUILHEM, 2007, p. 57). Em seu lugar, espraia-se a compreensão da OMS desde 1949, qual seja: saúde é um “estado de completo bem-estar físico, mental e social” (MOULIN, 2008, p. 18). A saúde como utopia, como ideal inalcançável, como Ideia platônica justifica uma série de intervenções em seu nome. Conceito abrangente e esparso, acaba por acionar sua difusão diária pelos meios de comunicação de massa, perpassa as conversações cotidianas e os menores lampejos de pensamentos de muitos de nós.

2.3.2 A ascensão do risco

Um dos aspectos relevantes da nova utopia da saúde é a ascensão da ideia de *risco* na ordem dos saberes-poderes contemporâneos. Sua abordagem é crucial para que compreendamos os meandros da governamentalidade da mídia. Embora o conceito de risco não seja invenção de nosso presente, pode-se sustentar que a atualidade trouxe uma gama de significados muito particular para essa noção antiga. Com registros de uso no período medieval, risco (em latim *riscum*) designava perigos objetivos, atos divinos, forças de ordem maior como, por exemplo, os perigos aos quais os aventureiros das viagens marítimas estariam sujeitos (EWALD apud LUPTON, 1999, p. 5). Tendo-se disseminado pela Alemanha em meados do século XVI e na Inglaterra na segunda metade do século XVII, é no século XVIII do coroamento da estatística e da probabilidade que risco seria compreendido como uma consequência que afetaria apenas indivíduos, e que poderia ser estatisticamente descritível (e assim previsível). No século XIX, a aplicação do conceito fora alargada de modo que pudesse abarcar também os seres humanos em suas condutas, suas relações com os outros: em suma, o foco centrara-se nos homens e sua *liberdade*.

Deborah Lupton alerta-nos que, mesmo no contexto moderno de risco, aquilo que era passível de medição seriam somente as condições em que estimativas de probabilidade eram *conhecidas* ou *poderiam* ser calculadas. Portanto, havia uma imensa parcela da realidade que escapava ao risco. Fazia-se uso, nesses casos, da palavra “incerteza” para remeter àquilo que seria inestimável ou desconhecido (LUPTON, 1999, p. 8). Ademais, risco era uma palavra

que designava tanto probabilidades calculáveis positivas quanto negativas: tratava-se de um conceito *neutro*.

Em nossas últimas décadas, porém, ao abranger áreas tão distintas como as do meio-ambiente, da economia, dos estilos de vida, da medicina, das relações interpessoais e da criminologia, a palavra risco adquiriu um sentido excessivamente amplo. Uma análise de *journals* médicos entre 1967 e 1991 na Grã-Bretanha, nos EUA e na Escandinávia mostrou que a menção à palavra “risco” atingiu o número de 1000 nos primeiros 5 anos avaliados, e assombrosos 80.000 nos últimos 5 anos do período selecionado (NETTLETON, 1997, p. 215). Da maneira como é atualmente disseminada *popularmente*, a ideia de risco torna-se equivalente a qualquer *perigo* que se acredita poder ser controlado de acordo com uma boa gestão de si e da sociedade: uma colonização do futuro. Nessa perspectiva popularizada, frequentemente encontrada em matérias jornalísticas sobre saúde, o futuro é ilustrado como uma extensão da programação realizada no presente e, conseqüentemente, um futuro feliz seria aquele em que se obteve *êxito* em cumprir todas as determinações estabelecidas a partir dos ditames da ciência acerca do risco para a saúde. A apropriação midiática desta ideia sugere modelos de comportamento para indivíduos instados a se tornarem, como afirmou Robert Castel, “administradores de felicidade para uma vida em que nada acontece” (CASTEL, 1991, p. 289, tradução nossa).

Os estudos sociológicos e filosóficos que abordam contemporaneamente a questão do risco são extremamente variados⁵⁴. Daremos preferência à perspectiva sociocultural dos estudos de *governamentalidade*, pois estes partirão de um pressuposto de *forte* construção social que poderia ser resumido, grosso modo, na constatação de que não existiria risco *em si*, uma vez que não haveria risco fora de um conjunto de crenças sociais que o legitimam (LUPTON, 1999, p. 30). Ao mesmo tempo, e por isso mesmo, qualquer evento, comportamento ou hábito pode ser alinhavado a partir da lógica do risco, a depender do modo como se *valoraria* o objeto em questão. Finalmente, a “herança” foucaultiana dos estudos de

⁵⁴ Sobre “risco” em uma perspectiva sociocultural, teríamos três vieses distintos, segundo LUPTON, 1999, p. 25-26: a abordagem cultural/simbólica da antropóloga Mary Douglas (cf., por exemplo, DOUGLAS; WILDANSKY, 1982), focada no modo como o conceito de risco estabelece fronteiras entre o si mesmo e o outro, enfatizando como *risco* cauciona a construção de táticas que ratificam o pertencimento de indivíduos a determinados grupos, ao mesmo tempo em que definem o outro como propulsor de perigo; dos sociólogos Anthony Giddens e Ulrich Beck (cf. BECK, 1992; GIDDENS, 1991), cujo interesse primordial estaria nas transformações macrosociais em torno do que chamam de modernidade tardia ou pós-modernidade, indicando como o foco no indivíduo em sua “reflexividade” (Giddens) reorganizaria os sentidos dados às instituições tradicionais; e o grupo dos foucaultianos, como Nikolas Rose, Robert Castel, Paul Rabinow, a própria Deborah Lupton, Alan Petersen, Sarah Nettleton, entre outros (cf. LUPTON, 1999; PETERSEN, 1997; NETTLETON, 1997), que trabalham a partir das pesquisas de Foucault a respeito da governamentalidade. No Brasil, na área de Comunicação, destaca-se o trabalho de Paulo Vaz (por exemplo, VAZ, 1999; 2009; 2010).

governamentalidade entende *historicamente* conceitos como os de *indivíduo* ou *população*, como interrelações de modos específicos de conhecimento com práticas de poder, problematizando assim qualquer tendência à naturalização a-crítica de tais conceitos⁵⁵.

No que diz respeito a uma espécie de tipologia do risco na contemporaneidade, haveria três categorias distintas sob a guarda deste conceito: o *risco de seguros*, o *risco epidemiológico* e o *risco clínico* (EWALD, 1991). O *risco de seguros* teria três características básicas: ele se diferenciaria de uma mera *aposta*, na medida em que poderia ser matematizável e governado por leis identificáveis; seria calculado a partir de uma *coletividade*, mesmo que sua aplicação final seja individual; finalmente, seria um *capital*, ou seja, não uma garantia de que a perda sobre a qual o risco incide não ocorrerá, e sim uma compensação em caso de sua ocorrência. Já o *risco clínico* é centrado nos indivíduos específicos considerados em risco dadas certas valorações grupais precedentes, como o conjunto de criminosos, de pobres, de desempregados, de doentes mentais etc. que se predispõem a gerir.

Das três categorias mencionadas, é o *risco epidemiológico* aquele que nos interessa neste trabalho. O funcionamento deste tipo de risco, base das conduções de conduta da área de saúde, é semelhante ao de seguros, com a diferença de que seu foco seria *exclusivo* para as práticas de saúde. Uma definição possível para essa modalidade seria:

a probabilidade de ocorrência de um determinado evento relacionado à saúde, estimado a partir do que ocorreu no passado recente. Assim, calcula-se o risco quantificando o número de vezes que o evento ocorreu dividido pelo número potencial de eventos que poderiam ter acontecido (LUIZ, 2006, p. 91).

Lupton ressalta que o risco epidemiológico era centrado, antes do século XIX, em fatores *ambientais* que podiam ser manejados de modo a evitar que determinadas doenças se materializassem. Locais com péssimas condições de saneamento básico, por exemplo, estimulavam pesquisas de risco epidemiológico sobre a probabilidade da eclosão de certos males. Atualmente, apesar de ser calculado pela base de estudos populacionais, o risco epidemiológico em sua aplicação é fundamentalmente centrado em torno das condutas *individuais*:

⁵⁵ Tal desnaturalização torna-se evidente, por exemplo, nas críticas que Alan Petersen formula acerca da aceção de risco em Ulrich Beck e Anthony Giddens: “O sujeito das explicações de Beck e Giddens é um ego racional autônomo que usa os sistemas dos experts reflexivamente para regular a vida cotidiana (...) Em nenhum dos dois trabalhos o conceito do ator racional autônomo do discurso moderno é aberto para escrutínio crítico” (PETERSEN, 1997, p. 191, tradução nossa). Giddens será igualmente alvo de Thomas Lemke, desta vez por conta de sua visão reducionista centrada na oposição modernidade X modernidade tardia (LEMKE, 2011, p. 85).

fatores de risco epidemiológico são agora frequentemente usados para exortar indivíduos a se engajarem em autorregulação. Assim, por exemplo, se um certo grupo populacional é identificado por meio de cálculos estatísticos como estando em “alto risco” de desenvolver uma doença cardíaca, baseados em atributos como gênero, idade e dieta, então os membros desse grupo são encorajados a lidar sozinhos com os fatores de risco. Esse processo não necessariamente envolve consultas e exames de indivíduos por profissionais de saúde, mas em vez disso frequentemente acontece por meio de campanhas massivas midiáticas de público-alvo que dependem de que os indivíduos identifiquem-se como estando “em risco” e deem passos voluntariamente no sentido de reduzir sua exposição ao risco. Esse é um exemplo de “governo à distância”, pois depende da participação voluntária em tecnologias de auto-vigilância e um senso de autorresponsabilidade no lugar de intervenção direta (LUPTON, 1999, p. 99, tradução nossa).

Se esta nova racionalidade de definição do campo virtual das condutas alheias elenca uma série de práticas múltiplas que os indivíduos deveriam conhecer e implementar sobre seus hábitos cotidianos, ela é estabelecida a partir de um padrão bastante próprio: as práticas de saúde que são sugeridas aos indivíduos são projetadas tendo por base as averiguações de populações (ou grupos selecionados). Logo, *trata-se de uma aplicação individual pautada por um saber do coletivo*. Se desejarmos fazer uso do vocabulário conceitual do biopoder, é como se se empreendesse uma dependência *estrutural* da anátomo-política do corpo à biopolítica das populações, apesar de as práticas intervencionistas sobre essas duas realidades serem distintas.

Ainda quanto à governamentalidade, a noção de risco traz junto de si uma importante reestruturação. Ao procurar enfatizar as divergências dos modelos de intervenção inaugurados pela racionalidade própria ao risco, Robert Castel conceitua generalizadamente *risco* em contraposição à *periculosidade* dos indivíduos suspeitos que suscitavam a vigilância dos procedimentos de controle disciplinares:

um risco não resulta da presença de um perigo preciso, trazido por uma pessoa ou um grupo de indivíduos, mas da ligação de dados gerais impessoais ou *fatores* (de riscos) que tornam mais ou menos provável o advento de comportamentos indesejáveis (CASTEL, 1981, p. 145, tradução nossa).

Castel ressalta a relevância da *informática* para a administração dos dados populacionais que embasam as pesquisas sobre risco. Neste caso, trata-se de um aprofundamento do mecanismo estatístico que, como vimos, é condição técnica para a biopolítica das populações desde pelo menos o século XVIII. Deleuze menciona o surgimento dos seres *dividuais*; Castel fala da desconstrução do sujeito a partir das novas práticas preventivas de saúde, que não tratariam indivíduos, mas fatores, correlações estatísticas: elas “desconstroem assim o sujeito da intervenção para recompô-lo a partir de uma configuração de elementos heterogêneos” (CASTEL, 1981, p. 146, tradução nossa).

Apesar das referidas transformações, atualmente haveria, a nosso ver, um interessante jogo de gestão de riscos *que não elimina os mecanismos disciplinares*, mas se apropria deles para a aplicação de outros regimes normativos. Preferiríamos, assim, evitar proclamar a “desconstrução do sujeito”, o “abandono da vigilância face-a-face do indivíduo” ou formulações semelhantes. Se, por um lado, a ideia de risco estilhaça o foco *epistemológico* no indivíduo, determinando padrões de comportamento desejáveis a partir de uma apreensão estatística informatizada, por outro a *aplicação cotidiana* dessas novas condutas bem como as práticas discursivas que as justificarão terão sua força *justamente* na ratificação intensa do *ideal* de indivíduo racional. Nada mais iluminista que reivindicar a racionalidade do indivíduo responsável por si, portador de livre-arbítrio, ciente das informações sobre sua saúde para fomentar uma mais adequada autorregulação. É no encalço de tais discursos que boa parte das políticas de saúde e a maioria das conduções de conduta da mídia vão ser alicerçadas.

Isso indica que as novas práticas corporais e os modos de reflexão sobre si reformulam as disciplinas tradicionais, em novo contexto e a partir de novos problemas. Consideramos improdutivo, contudo, desvencilharmo-nos *totalmente* dos caminhos críticos já pavimentados a respeito dos poderes disciplinares, em nome de teorizações generalistas de caráter epocalista, como “passagem da sociedade disciplinar para a sociedade de controle” ou “desconstrução do sujeito”.

Tais observações não nos impede, naturalmente, de observar mudanças significativas em nível macrossocial, que, apesar de comumente difundidas, merecem ser citadas. Se os saberes e a racionalidade dos poderes hegemônicos da Modernidade provocaram, generalizadamente, o questionamento das instâncias religiosas e políticas que arraigavam o humano a metanarrativas tradicionais, instituirão em seu lugar uma cultura pautada pela produção do indivíduo como singularidade somática que apresentaria autonomia em seu modo de relacionar-se com o mundo. É o indivíduo dos discursos hegemônicos que fundaram a Modernidade⁵⁶. Nesse contexto de desamparo individual, a ciência encontraria um campo fértil para seu enraizamento como estrutura verdadeira a partir da qual se erigiriam as

⁵⁶ Reforçamos que tratamos, aqui, das rupturas trazidas no cerne dos discursos *hegemônicos* operantes na Modernidade. Excluem-se, portanto, as reelaborações criativas advindas das práticas de subjetivação singulares. Tomamos o cuidado de distinguir “discursos hegemônicos da Modernidade” de Modernidade tomada absolutamente, para que preservemos a apreensão da história humana em uma visada mais pluralista e multifacetada, para além de grandes generalizações abstratas. No caso presente, contudo, dado que tratamos nesta seção do capítulo de um “caldo de época” que permitiu a ascensão da temática da saúde como prioridade, consideramos relevante abordar a dita transformação moderna em termos de ruptura de discursos *majoritários*. Apesar de estarmos cientes de que a exposição da consciência de nossas falhas não elimina a *evidência* das referidas falhas, optamos por esta postura socrática diante da impossibilidade de avaliar mais detidamente, neste trabalho, os meandros da ascensão da saúde como ideal contemporâneo, sob pena de desviarmo-nos excessivamente de nosso foco.

condutas pessoais. Juntamente às relações de dominação que não foram evidentemente eliminadas (prisões, hospitais, leis etc permanecem firmes) e às relações de poder espontâneas que regeriam os comportamentos humanos, multiplicam-se as conduções de conduta que obedecem a uma racionalidade cuja autoridade última é a dos *especialistas da ciência*.

Essas condutas sugeridas, porém, estão arraigadas a um princípio bastante peculiar, em voga, pelo menos, desde o século XVIII: o da *liberdade individual*. Em suma, a ascensão das novas práticas de saúde no contemporâneo provoca a emergência de uma questão que consideramos crucial: como pensar as relações de poder de um contexto sociocultural que incentiva os indivíduos a explorarem ao máximo seu potencial de *autonomia* de modo que possam gerir-se e, deste modo, tornar-se cada vez mais próximos de seus ideais de perfectibilidade? A difusão das informações sobre risco seria a ferramenta pela qual os homens livres operariam transformações neles próprios. Neste ponto, a doença que se manifesta *apesar* das informações que circulam socialmente indicando como evitá-la passaria a ser compreendida como uma *falha moral*. De um lado, porém, ausência de coerção: ninguém é *obrigado* a seguir o que dizem os *experts* da saúde. De outro, desvalorização moral daqueles que ignoram tais *experts*, caso algum dano supostamente *evitável* tenha ocorrido. Não cuidar da própria saúde parece ser, neste modelo, uma forma de *irracionalidade* (LUPTON, 1999, p. 92). Fumantes e obesos, nesta perspectiva, são alvo de políticas próprias que justificam formas de exclusão social⁵⁷.

A lógica da irracionalidade dos que não se governam pelas novas práticas de saúde justifica, por exemplo, tanto a implementação de taxas altíssimas para cigarros quanto o aumento dos valores dos planos de saúde daqueles que se enquadram em casos de risco. Apenas a título de exemplificação, citamos o caso ocorrido no ano de 2009, na Inglaterra, onde um casal que pretendia adotar uma criança teve sua solicitação negada porque o marido – de nome Damien, homônimo do famoso parricida da abertura de *Vigiar e Punir* – era um obeso mórbido. A justificativa dada foi simples: obesidade mórbida aumenta consideravelmente o risco de morte. O pedido, no entanto, poderia ser reconsiderado caso Damien reduzisse seu índice de massa corporal (IMC) de 42 para 40, como mostrou o *site* de notícias G1 (TINTI, 2009).

⁵⁷ No campo da cultura de massas, exemplos dessa moralização da saúde abundam, como em *reality-shows* de emagrecimento em que obesos são ostensivamente ridicularizados por não se adequarem à autorregulação. Neste ponto, pode ser produtivo pensar nas novas formas de discriminação que se erigem. Se algumas categorias identitárias (negros, gays, deficientes físicos etc) têm tido grande sucesso nos últimos anos na imposição de limites que rejeitam posturas discriminatórias, aqueles que *demonstram* não adequar-se ao bom governo de si têm sido sujeitos muitas vezes aos mais crueis espetáculos de exclusão.

Muitas políticas públicas governamentais de boa parte dos países capitalistas atuais partem de pressuposto semelhante, especialmente em um contexto histórico-social de redução das responsabilidades do Estado sobre o cuidado da saúde. Nesta perspectiva, caberia ao Estado informar corretamente à população a respeito dos riscos, eximindo-se, assim, das consequências que eventualmente pudessem ocorrer. Se essa envergadura política é questionável mesmo quando bem estruturada e disseminada, ela aproxima-se do caos em países como o Brasil.

A esse respeito, Denise Gastaldo, em interessante artigo (GASTALDO, 1997), faz um apanhado das políticas de educação para saúde no Brasil nas décadas de 80 e 90. Ela mostra como no começo dos anos 80 há uma ruptura significativa no modo como são entendidas as formas de implementação de tais políticas. No texto “Diretrizes para a Educação em Saúde” do Ministério da Saúde de 1980, o foco estava em planejar as metas a se alcançar para, então, transferir conhecimento e redefinir valores da população sobre o cuidado consigo. Em 1981, houve a publicação de novo documento. Nesse texto, a despeito da vigência da ditadura militar, percebe-se claramente uma reorientação da política no sentido de absorção das ideias do importante teórico brasileiro da Educação Paulo Freire. Incentiva-se, então, no lugar da transferência de um saber privilegiado sobre a saúde a uma população tida como ignorante, a construção conjunta, uma parceria do povo e do governo na produção de metas a serem implementadas. A mesma tônica discursiva é encontrada nos diversos documentos que são produzidos de 1982 a 1992. A valoração do “diálogo entre iguais” em uma participação construtiva das comunidades é fortemente presente nesses casos. No entanto, como aliás parece ser uma constante de nosso país, o *discurso* de participação ativa da comunidade ter-se-ia concretizado em ações pífias, como a colaboração da população na divulgação de campanhas de vacinação ou na presença de uma fatídica “caixa de sugestões” onde os habitantes poderiam depositar suas “contribuições” por escrito (GASTALDO, 1997, p. 123).

Finalmente, outra característica importante da produção e gerenciamento das condutas de risco é a sua *mobilidade*. Não são regras estáticas que, uma vez formuladas, não são alteradas e devem ser obedecidas por todos. O movimento próprio das publicações científicas, muito bem explorado pela lógica da notícia dos meios de comunicação de massa, insta os indivíduos a constantemente suspeitarem das próprias regras que lhes são oferecidas. Como veremos no Capítulo 4, essa “constante suspeita da regra” (BUNTON, 1997, p. 225), esse interesse que não fenece sobre as novidades da medicina, serão pilares da produção de atualidade da depressão tecnicizada na imprensa brasileira.

A partir do cenário da saúde contemporânea que mais acima traçamos, surgiria então um modelo ideal de comportamento governamentalizável. Isso não significa que o indivíduo deste modelo seja reduzido a suas características gerenciáveis pelo risco, mas que todas as suas condutas, sejam elas quais forem, só seriam *administráveis* se filtradas pela rede de inteligibilidade do seu comportamento de risco. Este modelo ideal de subjetividade é ideal apenas na medida em que seria perfeitamente governamentalizável, ou seja, adequar-se-ia a uma racionalidade prevista do campo virtual das ações possíveis dos outros.

O modelo ideal de subjetividade em risco guarda continuidades com outros protótipos capitalistas existentes, como o do *self-made man*, de quem herda a estrutura do interesse individual como núcleo irreduzível a partir do qual se erige sua ética. Do indivíduo narcisista do modelo esculpido por Christopher Lasch (1983), adquire a ansiosa busca por reconhecimento alheio de sua autoproclamada onipotência, materializada, no nosso caso presente, na mais perfeita gestão da própria saúde como ideal inalcançável. Todavia, há divergências cruciais que importa assinalar. O atual estágio do capitalismo adquiriu um grau de abstração inédito. As redes de comunicação permitem fazer com que crises econômicas se espalhem em minutos entre dois pontos do globo separados por milhares de quilômetros de distância. Neste contexto, há maior dificuldade de programação ordenada de futuro, em que o trabalho árduo seria condição para uma feliz previdência subsequente. Como a recente crise tem-nos mostrado, fortunas inteiras dissolvem-se em dias, às vezes por conta de nada mais que um boato de acionistas.

O cenário de um ideal de indivíduo autônomo que a Modernidade inaugurou transmutar-se-ia, a partir dos pressupostos da lógica de risco, na dependência que cada um deverá ter do discurso técnico competente que será capaz de indicar o caminho a seguir. Configura-se assim um cenário propício para aquilo que Ehrenberg denominou como “autonomia assistida”, já mencionada anteriormente. Nesta cultura em vigor, a informação dispõe de papel crucial no relacionamento que se deseja implementar do indivíduo com sua saúde. Ela estrutura modos de responsabilização que pressupõem conduções de conduta diversas, da obrigação do *check-up* para a admissão de um trabalhador aspirante à empresa ao julgamento espontâneo alheio quanto ao uso do cigarro. Há que se considerar, ainda, o assombroso recrudescimento das inovações tecnológicas que alteram frequentemente as bases a partir das quais se produzirão tais informações sobre risco. É nesse contexto que tomamos emprestada a definição de Ieda Tucherman do narcisismo técnico-científico:

parece estar em construção um *narcisismo técnico-científico*, que promete muito a quem gerir bem o seu capital informativo e os cuidados com o próprio corpo e, no

entanto, ao mesmo tempo, ameaça esse indivíduo com o risco que vem do outro: violência e terrorismo, entendidos como manifestações dos riscos das alteridades sociopolíticas, e desastres ecológicos, produtos de uma natureza enfiada com as intervenções da cultura tecnológica predadora (TUCHERMAN, 2010, p. 37).

Em seu recorte no domínio da saúde contemporânea, os narcisos técnico-científicos como protótipo são instados à *atualização* constante. As fontes de tais informações são diversas, dos consultórios médicos às conversações informais. Mas é a partir dos meios de comunicação que se espalham concepções de risco e, conseqüentemente, de saúde, na fala dos especialistas consultados que, fornecedores dos discursos competentes, formatam o campo da ação possível do público em geral. O narciso técnico-científico reivindica sua autonomia apenas na medida em que ela é uma “autonomia assistida” pelo discurso do outro. Será assim que, aos olhos dos outros, suas condutas pareceriam corretas, pois parecem tanto responsáveis como adequadas aos imperativos de gozo e de mais saúde que nossa cultura estimula.

O quadro geral delineado nesta subseção dedicada ao risco somente esboça algo como a racionalidade geral do campo de ações *visadas* pela lógica da responsabilidade pessoal ou do autogoverno nas sociedades capitalistas contemporâneas. Ela afeta tanto a reorganização das políticas públicas quanto a disseminação das condutas saudáveis pelos meios de comunicação de massa. Isso não significa, todavia, que as apropriações particulares das pessoas não encontrem caminhos diferenciados do referido modelo padrão, como se apenas houvesse narcisos bem-*informados* e *conformados*. Para finalizar, mencionaremos duas problematizações diferenciadas da racionalidade do risco individual, naturalmente de maneira breve de modo que não nos afastemos de nosso escopo presente.

A primeira delas seria a multiplicação das chamadas práticas de risco, tão presentes em nossa cultura nos chamados esportes radicais, no abuso de drogas, nas modalidades de sexo não-seguro⁵⁸ etc. Apesar do que cultiva sua autoimagem, a contraconduta, neste caso, seria menos libertária do que se crê: tratar-se-ia, talvez, de uma *conduta elevada a menos 1*. Em termos tardeanos, seria indício de uma *contra-imitação*,

pois os homens se contra-imitam muito, sobretudo quando não têm sequer a modéstia de imitar pura e simplesmente, nem a força de inventar; (...) não há nada de mais imitativo que lutar contra sua própria tendência a seguir essa corrente (...). Já na Idade Média, a *missa negra* nasceu de uma contra-imitação da missa católica (TARDE, 2001, p. 49, tradução nossa).

⁵⁸ Como no *Barebacking*, prática sexual geralmente entre parceiros avulsos em que propositadamente não se usa o preservativo. Em muitos casos, é considerada um ato de rebeldia. Há alguns tipos de *barebacking* em que toda uma terminologia própria valoriza a chance de transmissão do vírus HIV como um estímulo adicional. HIV positivos que desejam contaminar HIV negativos são chamados de *Gift Givers*, o vírus HIV sendo conhecido como *The Gift*, e aqueles que querem se contaminar sendo denominados *Bug Chasers*. As festas em que *Bug Chasers* transformam-se em *Gift Givers* são descritas como *Conversion Parties*.

Claro está que há diferenciações no interior de tais comportamentos de risco. Não há como equivalermos o *barebacking* ao salto de paraquedas, este perfeitamente regulado por dispositivos de segurança que incitam à prática perigosa, mas dispõem de todo um aparato de proteção racionalmente elaborado. Em suma, há grande contraste entre lançar-se em uma acrobacia amparado por uma rede de proteção e arriscar-se puramente no vazio de um picadeiro desprotegido. Por fim, é conveniente ainda lembrar que aquilo que frequentemente é considerado como *experiência* nessa abordagem são performances *físicas*, comumente atos exteriorizados do corpo, e raramente mergulhos interiorizados em si mesmo. Dar-se-ia preferência a escalar uma montanha perigosa a ler Kafka, por exemplo, que, em muitos casos, poderia ser muito mais *arriscado*. De modo geral, há mais conservadorismo que inovação nas autolaudatórias contracondutas de risco. Como lembra Paulo Vaz,

o que continua a perturbar aqueles que se orientam por essa moral de dois senhores supremos, o prazer e a saúde, é sua vacuidade, pela ausência do futuro como diferença: o sonho está restrito à continuidade de um presente repleto de prazeres e com vigor. Nada que empolgue, pois sabemos que cedo ou tarde morreremos (VAZ, 2006, p. 94).

As contracondutas de risco são o pólo extremo da racionalidade empetrada pela lógica da responsabilização individual. Entre os dois extremos, encontramos muito provavelmente as gradações que compõem o modo como as pessoas operam as modificações nelas mesmas a partir dos parâmetros disseminados. Lupton ressalta os estudos cujo alvo é a percepção das pessoas comuns sobre o risco. Encontram-se nessas sondagens, muitas vezes, margens de manobra em que são desenhados caminhos judicativos alternativos à pecha moral atrelada àqueles que se negam a filiar-se majoritariamente à lógica dos *experts* em risco. Estas pessoas não se julgam “ignorantes” ou “irresponsáveis” por não seguirem as condutas sugeridas, mas simplesmente entendem-se possuidoras de uma visão de mundo divergente daquela proclamada como verdadeira a partir dos estudos estatísticos e probabilísticos.

Lupton cita o caso de deslizamentos de terra ocorridos na vila de Thredbo, Austrália, em 1997. Dada a situação de risco em que se encontravam os moradores nativos, o governo sugeriu a mudança dessas populações. Muitos negavam-se a efetuar o deslocamento, pois acreditavam que nada ocorreria caso Deus não permitisse (LUPTON, 1999, p. 107). Em muitos exemplos como esse, o que se tem é a lógica de risco em disputa com diversas outras lógicas de condução de conduta a que somos apresentados ao longo da vida, sendo umas evidentemente mais fortes do que outras, mais *contagiadas* do que outras. São essas as premissas de uma improbabilidade da comunicação do risco, que abordaremos na próxima subseção.

Ademais, como também lembra Lupton, muitas práticas já incorporadas ao cotidiano não podem ser pensadas como indícios de aplicações refletidas das doutrinas de risco, apesar de sua aparência. É o caso, por exemplo, de alguém que afivela seu cinto de segurança ao entrar em um carro. Apesar de esta ser uma prática formulada originalmente como racionalidade própria do risco de acidentes automobilísticos, não seria adequado enquadrar aquele que *automaticamente* faz uso do cinto como alguém que, em todas as vezes que adentra um veículo, reflete conscientemente acerca das potencialidades do risco de acidente. Há grande diferença entre o caso que mencionamos em relação a, por exemplo, alguém que passa a considerar executar uma dieta após ser informado sobre pesquisa que indica que uma alta porcentagem dos obesos avaliados tinha tendência à depressão.

Por fim, é forçoso afirmar que as propostas de definição do campo das ações possíveis dos homens por parte da ciência não deveriam ser compreendidas como unicamente *impostas de cima para baixo*. Em outras palavras, a ciência não propõe modelos de conduta a indivíduos que, *em outra situação*, seriam “naturalmente” livres. As angústias da autonomia contemporânea impeliriam esses indivíduos a de fato *demandar* conduções de conduta em muitas situações de suas vidas. Não se podem ignorar as manifestações de *servidão voluntária* em um contexto de desamparo individual (BIRMAN, 2011). É nesse contexto que observamos no contemporâneo um paradoxo instigante, como notou o psicanalista Benilton Bezerra Jr. (2007b):

todos nós somos mais autônomos do que nunca para fazermos as nossas escolhas. Tudo depende das escolhas que fazemos. Isso aparentemente faz com que devêssemos nos sentir mais autônomos, mais capazes de decidir. Mas curiosamente – aí é que está o paradoxo – numa cultura onde todo mundo é autônomo, a grande parte das pessoas se sente desassistida, precisando da assistência de alguém que diga o que deve fazer, qual é a escolha certa. Aí entram os *experts* em tudo, com o “discurso competente”, que explicam à mãe se ela deve ou não dar comida de sal “na marra”, ou se deixa o filho escolher, explicam que tipo de roupa é adequada para suas pretensões sociais, que tipo de música se deve escutar. Isso causa uma espécie de enfraquecimento de algo fundamental na vida de todo mundo que é a possibilidade de sentir a marca pessoal nas escolhas. Nós nos sentimos instados por uma força anônima, que nos conduz a querer fazer as coisas certas, adequadas.

Se pensamos com Foucault, não seria possível concretizarmos uma história humana sem relações de poder compreendidas como condução de condutas dos outros. Contudo, talvez seja exequível reivindicar um modo de ação em que recuperemos parte disso que Benilton expressa como “marca pessoal nas escolhas”, algo para além da pasteurizada singularização que nos oferecem as mais diversas instâncias do mercado de saúde. É um interessante projeto a empreender: a abertura para uma ação ética como prática de liberdade em que não se matematizam ou monetarizam todos os recônditos da experiência humana.

Antes, porém, é preciso que se observem mais atentamente as maneiras pelas quais nos são oferecidas, pelos meios de comunicação, as condutas relativas à saúde. Pela imprensa, somos levados a imaginar uma ciência como espelho de uma verdade desvinculada dos regimes históricos humanos. Se a demanda por conduções de conduta é inevitável, se pode ser mesmo produtiva e positiva, que seja orientada por outros valores que não unicamente os de uma vontade de verdade que sacramentaria *algumas* condutas como as *únicas* condutas possíveis.

Nesta subseção, vimos que o tema da saúde como ideal contemporâneo é fruto de uma pluralidade de fatores que tem início no começo do século XIX, com a inauguração da clínica médica com sua demanda de um olhar preciso sobre uma transparência demandada do corpo. No século XX, tal vontade de verdade do corpo é transmutada e incentivada pelo recrudescimento da genética, das biotecnologias e das ciências da informação, apoiadas por um inédito disseminar de tecnologias de visualização biológica. Ao mesmo tempo, avanços na gestão de populações, como melhorias de saneamento básico e vacinações, redirecionaram o foco da medicina das epidemias para as chamadas doenças crônicas, centradas na prevenção. A crença em uma ciência sem limitações e a necessidade de implementação de uma governamentalidade da saúde de populações facilitou a ascensão da lógica do risco epidemiológico nas últimas décadas. Neste modelo, a difusão da informação sobre saúde terá papel decisivo em um gerenciamento dos públicos como estratégia biopolítica contemporânea. Tratem-se especificamente desta questão comunicacional, portanto.

2.4 Governamentalidade da saúde na mídia

Neste ponto, a análise da governamentalidade do jornalismo de saúde parece-nos um caminho profícuo de pesquisa. Procurando identificar generalizadamente as posturas opinativas possíveis diante de seu funcionamento, pensamos haver duas perspectivas gerais de avaliação do papel deste tipo de mídia: uma *adesista* e outra *crítica*.

A *adesista*, mais ingênua, encararia positivamente a função que a mídia se autoatribuiu de fornecer informações científicas sobre saúde de modo que os leitores, telespectadores, internautas ou ouvintes possam “conhecer” os instrumentos a ele disponíveis para “melhor” viver. Diante das “provas” de que o fumo aumenta em muito os riscos de se sofrer de câncer de pulmão, como não considerar louváveis, por exemplo, campanhas para o abandono do cigarro instituídas por um programa de televisão de grande audiência em rede nacional?

A esta visão, contrapor-se-iam os críticos, alegando que o que faz a mídia é ratificar, disseminar verdades produzidas pelo campo científico, sem atentar aos seus modos de produção, as contingências que delimitam quaisquer práticas discursivas. Outra perspectiva crítica, mais comum, alertaria para a precariedade das informações sobre saúde que são divulgadas. Seria preciso, assim, informar mais “corretamente”. Essa seria a inclinação, por exemplo, de profissionais de saúde honestamente interessados na veiculação de informações de mais qualidade ou de jornalistas preocupados com a raridade da presença de um viés crítico na cobertura de pesquisas científicas. Finalmente, uma terceira visada crítica, a nosso ver menos interessante, avaliaria a mídia *unicamente* como divulgadora dos interesses escusos das organizações científicas, da indústria farmacêutica etc.

As posturas adésista e crítica podem ser frutíferas em muitas situações. Não se podem ignorar os benefícios dos esforços em promover uma divulgação de informação em saúde de maior qualidade. Entretanto, procuramos sugerir neste trabalho uma outra perspectiva crítica. Em primeiro lugar, é preciso reconhecer que, apesar de distintas, as posturas adésista e crítica partem de um pressuposto comum: a mídia *dissemina* uma informação científica. Nos melhores casos, questionar-se-ia a veracidade de tais informações, seriam debatidas suas condições de produção no campo científico ou, por outro lado, buscar-se-ia uma maneira de *utilizar* o discurso da imprensa em favor de uma disseminação menos precária da informação em saúde. Seria ignorada, porém, a *racionalidade própria do jornalismo de saúde* na conformação das informações científicas que lhes servem de base. Se é certo que o jornalismo de saúde dependerá das inúmeras práticas discursivas engendradas no meio científico, é igualmente essencial salientarmos as particularidades do discurso de imprensa no feitio de matérias desta natureza. Logo, embora reconheçamos os avanços que as perspectivas críticas tradicionais engendram quanto à reflexão sobre a informação em saúde, preferimos enveredar-nos por um caminho menos explorado, mas que consideramos bastante potente: o da *governamentalidade da mídia de saúde*.

O que segue é nossa contribuição inicial para a análise desse modo específico de governamentalidade. Nossas indicações foram pensadas a partir do bojo da pesquisa empírica que promovemos no jornal Folha de São Paulo e na revista Veja a respeito da atualidade da depressão. No Capítulo 4, mostraremos detalhadamente como se compuseram as estratégias discursivas de promoção da depressão como tema de interesse midiático. Abaixo, contudo, concentramo-nos unicamente nas proposições teóricas suscitadas a partir desta pesquisa. Cremos que tal organização de nosso texto proporcionará ao leitor um aproveitamento melhor dos dados do Capítulo 4.

2.4.1 Do discurso científico ao discurso midiático: contra a hipótese didática

Traduttore, traditori, diz um famoso provérbio italiano. Somente nesse sentido, como *traição*, é possível pensar em uma *tradução* do discurso científico para o discurso jornalístico. Todo ato de interpretação é uma violência ao texto original, e o mesmo pode ser dito a respeito do processo de produção dos textos midiáticos pautados por pesquisas científicas. De certo modo, tal violência interpretativa é mesmo esperada em relação a outros textos de imprensa. Na recepção a matérias de editorias como as de Política ou Economia, por exemplo, é comum ouvirmos críticas à suposta partidarização do veículo midiático. O próprio chavão acerca da “manipulação” dos meios de comunicação produz-se a partir dessa opinião generalizada (na maior parte das vezes irrefletida) de que o discurso midiático é *construído*. No entanto, procuramos afastar-nos da ingênua hipótese da manipulação da realidade. Seria preciso admitir que a “realidade” pudesse ser apreensível “corretamente” por uma outra mediação discursiva que seria neutra.

Para além dessa hipótese, subscrevemos os pressupostos de teorias como as do modelo foucaultiano de prática discursiva (entendida como prática que forma os objetos de que fala), ou da proposta de Niklas Luhmann de um *construtivismo operacional*, em que não se nega peremptoriamente a presença da realidade, preferindo-se, no lugar disso, limitar a sua abordagem a partir de construções plurais, sempre diferenciadas em núcleos sociais distintos autorreferentes. Como exemplos de tais núcleos, temos áreas como o direito, a economia, a ciência e os meios de comunicação:

o que se quer dizer com “realidade” só pode ser um correlato interno das operações do sistema – e não, digamos, uma qualidade pertencente aos objetos de conhecimento, adicionalmente àquilo que os distingue como individualidade ou espécie. *Realidade não é nada mais do que um indicador de que o sistema foi aprovado ao prestar contas de consistência* (LUHMANN, 2005, p. 23, grifo nosso).

A sociedade seria um conjunto de sistemas autorreferentes que provam suas construções de realidade por uma avaliação contínua pelos elementos que deles (sistemas) fazem parte. Não se trata de esquizofrenia social, contudo. Os sistemas, apesar de autorreferentes, comunicam-se, pois são capazes de observar o funcionamento dos outros sistemas. Se destacarmos os núcleos sociais *científico* e *midático*, entenderemos que cada um deles construirá sua visão de realidade e, ainda, *poderá observar o funcionamento um do outro*. Tratar-se-ia de uma segunda capacidade dos sistemas sociais, além da construção específica da realidade: a observação dos outros sistemas, sintetizada na expressão “observador de segunda ordem” de Luhmann. O sistema científico *observa a observação* da

realidade do sistema midiático, e vice-versa. Só seria possível observar outras construções de outros sistemas, no entanto, *a partir do modo como cada um caracteriza as suas próprias construções de mundo*.

O processo de tradução (*traição*) do discurso científico para o jornalístico passará, portanto, necessariamente, pela forma como o sistema midiático produz realidade. No âmbito do jornalismo científico de saúde – nossa seara temática – não faria sentido reivindicar por parte da imprensa a confecção de textos “mais próximos” da realidade das pesquisas científicas. Tal *didatismo presumido* dos meios de comunicação esbarra nas condições de possibilidade de descrição da realidade do próprio sistema midiático. Isso também poderia ocorrer com outro sistema, o Direito, por exemplo. Se o sistema Direito observa a construção do mundo que uma pesquisa científica produz, ele apenas o fará segundo sua própria construção de realidade. Argumentos como o do “avanço da ciência” não são tão fortes no interior do sistema Direito quanto o são no sistema científico. Dar-se-ia preferência nesse caso, por exemplo, à legalidade da pesquisa.

A leitura generalizada da relação mídia/ciência costuma assentar-se no que chamamos aqui de *hipótese didática* dos meios de comunicação. Essa hipótese baseia-se no pressuposto idealizado de que é papel da mídia difundir, em linguagem simplificada, os resultados conquistados “pela ciência”. Compreende-se a adesão à hipótese didática dos meios de comunicação, dado o caráter “explicativo” de que dispõem matérias em geral. Elas, de fato, tratam do mundo por meio de linguajar simplificado, pressuposto da didática. Contudo, como afirma Charaudeau, dadas as necessidades próprias ao sistema midiático,

quanto mais uma explicação for precisa e detalhada, inscrevendo-se numa reflexão sistêmica pela ação de um especialista, menos ela será comunicável e explorável fora do campo de inteligibilidade que a produziu. Mas, além disso, como a vulgarização midiática é constantemente atravessada por uma visada de captação, isso tende a transformá-la numa *vulgarização dramatizada*. Desse ponto de vista, pode-se dizer que as mídias trapaceiam cada vez que uma explicação é apresentada como a decodificação simplificada de uma verdade oculta, como acessível a todos e a mesma para todos ao efeito mágico da vulgarização (CHARAUDEAU, 2010, p. 63, grifo nosso).

A mídia “trapaceia” não porque exista uma forma de abordagem não-mediada da realidade, mas porque eclipsa suas estratégias discursivas de produção de interesse na construção de produtos de informação prontos para serem consumidos. Trapacear talvez não seja um bom termo, uma vez que toda construção de um sistema será, a rigor, uma “trapaça” do ponto de vista de outro sistema. No jornalismo científico, pelo menos no caso brasileiro, a captação de público é visada por meio da construção de estratégias de discurso que procuram

produzir e ratificar a *legitimidade* fornecida socialmente à ciência como campo de proposição de verdades, frequentemente impulsionadas por um tom emocional que descaracterizaria qualquer resquício de didatismo que se quisesse ainda reivindicar.

Como afirmou a jornalista Mônica Teixeira, em artigo do livro *Ciência e Público*, que discorre a respeito da divulgação científica no Brasil, “Jornalismo sobre ciência é jornalismo: é preciso dizê-lo porque, no debate a respeito do assunto, toda a atenção dos interessados concentra-se no ‘científico’ da expressão jornalismo científico” (TEIXEIRA, 2002, p. 133). “É preciso dizê-lo” porque, mesmo do ponto de vista jornalístico de Mônica,

trata-se de construir, a partir de versões da verdade das fontes, uma outra versão da verdade. A reportagem – uma narração – é essa outra versão, e note-se que sua fonte é, afinal, o próprio jornalista. Recebemos a versão da verdade que tem o repórter como fonte como a mais verdadeira justamente porque pressupomos que ele, antes de pronunciá-la, buscou ativamente o contraditório – procedimento que o jornalismo tomou emprestado da Justiça, em que é representado como um dos pilares do direito à ampla defesa (TEIXEIRA, 2002, p. 134)⁵⁹.

No caso específico da noção de risco, notar-se-ia, de maneira geral, um evidente coroamento da ciência na medida em que, por exemplo,

não se informa que, entre os que sofrem ataques cardíacos, metade tem níveis de colesterol no sangue considerados saudáveis; que só 10% dos que têm câncer de pulmão são ou foram fumantes; que a possibilidade de uma pessoa morrer por estar sendo submetida a uma cineangiocoronariografia existe. Só o que é narrado é o sucesso das novas técnicas da medicina. Raramente seus fracassos – talvez porque ouvi-los nos inquiete, sendo a queda do valor de certas ações nas bolsas uma representação desse mal-estar (TEIXEIRA, 2002, p. 139).

A hipótese didática do jornalismo científico esbarra nas premissas idealizadas de uma “democratização do conhecimento”, em que os meios de comunicação requerem para si a “nobre função” prometeica (e iluminista) de instruir as massas a partir da difusão dos trabalhos dos cientistas. No Brasil, essa incumbência idealizada da imprensa pode ser acompanhada desde os primórdios do jornalismo científico no país.

Inexistente nos séculos XVI, XVII e XVIII, por conta da proibição da realização de impressões na então colônia portuguesa, as matérias científicas e não-científicas comparecem somente após 1810, com a instalação da Imprensa Régia Portuguesa, a vinda da Família Real e a abertura dos portos⁶⁰. É o tempo de jornais como *A Gazeta do Rio de Janeiro*, *O Patriota* e *Correio Braziliense*. Em 1881, surge a revista *Ciência para o povo*, publicação semanal que

⁵⁹ A deficiência na exposição do contraditório será uma das estratégias discursivas da produção da atualidade da depressão tecnicizada, como veremos no Capítulo 4.

⁶⁰ Uma historicização mais detalhada da divulgação científica no Brasil pode ser encontrada em MOREIRA; MASSARANI, 2002, de onde retiramos os dados históricos para a composição dos próximos dois parágrafos.

tratava de “assuntos controversos para a época, tais como divórcio, frigidez feminina, impotência masculina e esterilidade” (MOREIRA, MASSARANI, 2002, p. 47). Ainda assim, será apenas no século XX que se poderá constatar de fato algo como um “jornalismo de ciência” no Brasil, visto que “não parece ter sido relevante a atuação de jornalistas ou escritores interessados em ciência” (MOREIRA, MASSARANI, 2002, p. 52) nesse período.

No começo do século XX, o impulso dado pelo rádio às informações sobre ciência obteve algum destaque no país, a começar pela iniciativa de Roquete Pinto na fundação da Rádio Sociedade do Rio de Janeiro, na década de 20. Roquete Pinto teria declarado: “eu quero tirar a ciência do domínio exclusivista dos sábios para entregá-la ao povo” (LINS apud MOREIRA, MASSARANI, 2002, p. 54). A temática das notícias científicas, todavia, era convergida para a difusão de conceitos da ciência pura, “e menos para a exposição e a disseminação dos resultados das aplicações técnicas dela resultantes” (MOREIRA, MASSARANI, 2002, p. 56).

Na década de 1940, um grande fomentador do jornalismo científico foi o médico José Reis, que manteve uma coluna dominical na Folha de São Paulo, tendo um de seus artigos interceptado por nossa pesquisa sobre depressão, como citamos no capítulo anterior⁶¹. A hipótese didática esteve fortemente arraigada em Reis, como o próprio confirmaria em uma entrevista: “considero que a divulgação pela imprensa é muito importante, principalmente em países como o Brasil, onde as dificuldades e as precariedades das escolas fazem com que estudantes e professores obtenham informações sobre os progressos da ciência através de artigos de jornais” (ABREU, 2002, p. 76). Nos anos 80, a emergência de revistas populares de ciência como *Globo Ciência* (atualmente *Galileu*) e *Superinteressante*, juntamente com a dedicação nos jornais a um espaço próprio ao assunto, contribuíram para o relativo crescimento desse tipo de atividade jornalística, desde então mais voltada para a profusão de resultados maravilhosos dos “avanços” da ciência e da difusão das informações sobre risco (no caso da depressão, na década de 90).

Entendido normalmente como parte do trabalho mais amplo de “divulgação científica”, com grande ênfase na hipótese didática, o jornalismo científico merece ser, por outro lado, averiguado à parte. Sugerimos levar em conta as condições de possibilidade de sua existência como sistema midiático autorreferente (em sua ordem discursiva particular), produzindo uma construção de mundo distinta daquela enaltecida pelos cientistas, apesar de evidentemente influenciada por ela:

⁶¹ Cf. Capítulo 1, p. 66.

os cientistas podem perfeitamente achar que eles conhecem melhor a realidade do que aquela que é apresentada pelos meios de comunicação forçados à “popularização”. Mas isso só pode querer dizer: eles comparam a própria construção com uma outra. Pode-se fazer isso encorajado por uma sociedade que crê nas descrições científicas como conhecimento autêntico da realidade. Mas isso não toca, de forma alguma, a possibilidade sequer de perguntar: como os meios de comunicação constroem a realidade? (...) os meios de comunicação são um dos sistemas de funcionamento da sociedade moderna, que, como todos os outros, deve sua capacidade reforçada à diferenciação autofortificada, ao fechamento operacional e à autonomia autopoietica do respectivo sistema (LUHMANN, 2005, p. 24-25).

Em se tratando da produção do discurso midiático sobre saúde, é preciso ponderar ainda que a informação midiática perpassa o campo científico de outras maneiras. Cumpre levar em consideração igualmente questões econômicas imprescindíveis. Mais do que as teorias científicas, o que produz interesse midiático parecem ser os *produtos e as promessas de produtos da ciência*, ou seja, os objetos de consumo tecnológico. De medicamentos a técnicas cirúrgicas avançadas, os produtos da área de saúde disputam visibilidade no espaço midiático⁶². Fernando e Ana Maria Lefevre (2009, p. 44) sugerem um modelo vantajoso para pensar o binômio saúde/doença, em que três pontos de vista devem ser considerados: o da autoridade *técnica*, que se interessa pela saúde como prática, o do sistema *produtivo*, para quem a saúde é uma mercadoria ou um serviço que se vende e o do *indivíduo*, para quem a saúde é um estado a que se almeja (e, lembramos, jamais se alcança, especialmente se tomarmos a platônica definição de saúde da OMS).

Ampliamos esse modelo destacando o papel da mídia como aquilo que produz a interrelação entre os três pontos de vista esquematizados. É com o auxílio dela que se criam as condições para a formulação de uma opinião a respeito da própria saúde, dos lugares de fala autorizados a dizer a verdade sobre ela e das técnicas mais apropriadas disponíveis para consumo. Sendo assim, sob o intuito da hipótese didática, em que a informação sobre saúde é tomada como instrumento neutro de democratização do conhecimento, olvidam-se os problemas concernentes à concorrência de mercado pelos produtos e serviços de saúde. Como afirmam Lefevre e Lefevre:

essa “educação” tem sido quase sempre um empreendimento controlista – ainda que, algumas vezes, bem-intencionado. Tem consistido, no mais das vezes, em difundir junto à população – por meio de campanhas, programas de rádio e televisão, notícias ou matérias de jornais, atividades educativas nas escolas, internet, consultas médicas e outros meios – fragmentos de conhecimento científico sobre a saúde, em quantidade e qualidade apenas suficiente para permitir a reprodução do campo sanitário como campo de poder, gerando obediência às prescrições técnicas e consumo “adequado” de produtos médicos, odontológicos, nutricionais, exames de laboratório etc (2009, p. 40).

⁶² No caso da depressão, veremos exemplos da necessidade de visibilidade das opções de tratamento, notadamente daquelas propiciadas pela indústria de fármacos. Cf. Capítulo 4.

Foge ao nosso escopo avaliar mais detidamente as confluências de interesses econômicos do campo científico e do campo midiático. Em que medida a comunicação desses dois sistemas sociais produz alterações no próprio modo de funcionamento de cada um deles? Seria mesmo possível pensar em algo como um sistema científico independentemente da divulgação midiática?

Se as perquirições que lançamos soam algo exorbitantes, sinalizamos sua pertinência com o exemplo de Olinda do Carmo Luiz acerca de pesquisa publicada pelo *New England Journal of Medicine*, em que os investigadores

(..) compararam o número de referências no *Science Citation Index* de artigos do *New England Journal of Medicine* que foram divulgados pelo *The New York Times* com o número de referências de artigos similares que não foram divulgados pela mídia. Os resultados indicaram que os artigos divulgados pelo *Times* receberam um número desproporcionalmente maior de citações científicas nos dez anos subsequentes à publicação nesse jornal de grande circulação. O efeito foi mais evidente no primeiro ano após a publicação, concluindo que esse tipo de divulgação amplifica a transmissão da informação médica da literatura científica para a comunidade de pesquisadores (LUIZ, 2006, p. 18)⁶³.

Tratar-se-ia de uma relação de mão dupla da mídia com o campo científico, como alerta Ieda Tucherman (2010): visibilidade das pesquisas fornecida pelos meios de comunicação (que, como mostra o exemplo acima, garante prestígio entre pesquisadores e, materialmente, esse prestígio pode transformar-se em *grants* para novos experimentos), em troca de outro tipo de prestígio que o campo científico – local socialmente legitimado para produção de verdades – fornece aos veículos de comunicação: estatuto de pertinência e seriedade que eles reclamam perante os públicos.

Dada a complexidade das relações entre saúde e mídia, não é nosso objetivo destrinchá-las nessa seção. Limitamo-nos, aqui, a expor a ingenuidade da hipótese didática da difusão da informação científica, mapeando – mesmo que não exaustivamente – algumas vias possíveis de problematização.

2.4.2 Do discurso midiático ao leitor: contra a hipótese do receptor racional

Se o processo de produção da atualidade jornalística de conteúdo científico é perpassado por complexos mecanismos de criação de sentido que em muito transpõem a hipótese didática, também a completude do circuito comunicacional – o modo como a mensagem final é compreendida e metabolizada pelo leitor – não é menos problemática. O

⁶³ A pesquisa original encontra-se em PHILLIPS, D. P. et al, 1991.

pressuposto do receptor racional é extremamente questionável mesmo se nos atemos exclusivamente às condições comunicacionais da recepção, ignorando, assim, a longa tradição moderna de pensamento que questiona a propalada autonomia racional humana, que tem em Nietzsche e Freud dois pilares constitutivos.

A propensão do discurso midiático a embasar-se a partir da hipótese do receptor racional justificar-se-ia especialmente em sua assunção de um papel difusor de informações sobre risco em saúde cujo foco é a prevenção⁶⁴. Pensemos, por exemplo, em uma matéria cujo foco é a sugestão da alteração de um hábito baseada em uma nova pesquisa elaborada sob as bases do risco epidemiológico. Há uma primeira fase de produção da matéria a partir de estratégias discursivas que ressaltam precisamente seu caráter de informação midiática, próprio do sistema autorreferente da mídia. Contudo, esta seria apenas a primeira parte do problema comunicacional.

A partir da matéria impressa, suponhamos inicialmente que o comprador do jornal ou da revista de fato lerá a matéria (o que – notemos – já impõe uma série de outros problemas que nos reservaremos a não abordar aqui, relativos à disponibilidade do produto, sua inserção no mercado jornalístico, a concorrência da referida matéria com outras do mesmo veículo etc.). Inicia-se, então, a série de problemas relativa à “improbabilidade da comunicação”, nos termos de Luhmann (1992). Luhmann argumenta que frequentemente os estudos de Teoria da Comunicação consideram como fora de sua seara de discussão o aparentemente banal fato de que a comunicação é possível. Dadas as dificuldades por que passa para ser efetivada, a comunicação é um fenômeno em si *altamente* improvável. Uma nova pergunta deveria ser feita: não mais por que a comunicação falha em muitas de suas tentativas de implementação, e sim *como ela consegue ser tão efetiva* se se depara com tamanhas dificuldades? A inversão da pergunta mais comumente difundida é uma estratégia do pensamento que institui toda uma gama de potentes problemas⁶⁵.

⁶⁴ Robin Bunton, que analisou os discursos de consultoria de saúde na revista feminina americana *Good Housekeeping*, confirma que “a crescente importância da saúde preventiva e comunicação para saúde nos regimes contemporâneos de saúde sugere um privilégio adicional do sujeito racional” (BUNTON, 1997, p. 239, tradução nossa).

⁶⁵ O gesto teórico de Luhmann aproxima-se bastante daquele dos pensadores da diferença: desnatura-se a identidade como ponto de partida, assim como Luhmann desnatura a aparente evidência de que a comunicação é *sempre* possível apenas por ela ser possível. Como expressa o trecho tardeano: “existir é diferir, e, de certa forma, a diferença é a dimensão substancial das coisas, aquilo que elas têm de mais próprio e mais comum. É preciso partir daí, evitando qualquer explicação; para onde tudo caminha, mesmo a identidade, de onde falsamente partimos. Pois a identidade é apenas um mínimo, não passando de uma espécie, e espécie infinitamente rara, de diferença, assim como o repouso é apenas um caso do movimento e o círculo uma variedade singular da elipse” (TARDE, 2003, p. 70).

Atendo-nos a nosso problema, exponhamos tais dificuldades inerentes, segundo Luhmann, ao processo comunicacional. O primeiro deles tocaria a dimensão subjetiva daquele que é o alvo da comunicação. Retomemos o caso da matéria sobre saúde de nosso exemplo. O leitor a apreenderá a partir de um repertório pessoal de crenças partilhadas, fomentadas pelos grupos de influência que lhe são mais presentes, por lembranças, sentimentos variados e mesmo outras comunicações anteriormente apreendidas⁶⁶. Contudo, mais importante do que saber *se* ele compreendeu será saber *como* ele absorveu o que foi lido. Em outras palavras, o que é *improvável* é que alguém compreenda o que o outro quer dizer, tendo em conta suas condições muito particulares de *mônada social*. Se o sentido só pode ser dado em um determinado contexto, é também correto ressaltar-se que para cada um o contexto é apreendido de uma maneira particular. Se esta primeira barreira foi ultrapassada pela mensagem, há ainda duas a mais.

Há um segundo problema: o das *condições materiais* da recepção. Luhmann insiste que, para além da situação primária em que o emissor e o receptor estão próximos fisicamente, as condições materiais de recepção se tornam muito complexas. Haveria um problema crítico relativo às extensões espacial e temporal, mesmo em um cenário como o contemporâneo, repleto de transmissores móveis⁶⁷. O cerne desse segundo problema consiste no fato de que os indivíduos têm interesses diferentes em situações diferentes, e, sendo assim, é improvável que a comunicação possa encontrar a atenção devida em um ambiente de grande dispersão perceptiva (mesmo se o indivíduo está isolado em seu quarto, *desplugado*). Retornemos a nosso exemplo. Imaginemos como seria relevante para a comunicação da matéria de saúde em questão *onde* e *quando* o leitor apreenderia a reportagem. Não se trata de um mero detalhe: a percepção de uma leitura pode ser radicalmente diferente se feita por uma mãe de dois filhos após um dia intenso de trabalho ou se realizada por esta mesma mãe em uma semana de férias em Fernando de Noronha.

Finalmente, um último problema nodal. Mesmo se rompidas as duas barreiras anteriores, no caso da leitura da matéria de saúde pautada por pesquisa de risco, nada nos

⁶⁶ Como é o caso dos moradores da vila de Thredbo na Austrália exposto mais acima.

⁶⁷ Neste ponto, o circuito de informação sobre saúde na internet e os modos de apropriação desta nova modalidade comunicacional por parte dos usuários abre todo um leque de novos problemas que potencializam as dificuldades aqui esquematizadas a partir da lógica da “improbabilidade da comunicação”. Questões como a redefinição de fronteiras do poder-saber médico, do autodiagnóstico, das novas narrativas virtuais de si a partir de ideais compartilhados de saúde perfeita (e suas resistências) mereceriam ser abarcadas separadamente. Sua lógica não pode ser adaptada da governamentalidade da mídia impressa, que procuramos aqui tecer no caso da depressão. A abundância de informação em saúde na internet em muito ultrapassa o volume produzido pelas mídias tradicionais, e talvez por isso mesmo imponha problemas novos (ou, no mínimo ratifique tendências midiáticas já existentes) acerca da “precariedade do excesso” da informação, para usarmos expressão feliz cunhada por CASTIEL; VASCONCELLOS-SILVA, 2006.

poderá garantir que o leitor irá, *de fato*, implementar tais mudanças de hábito sugeridas em seu cotidiano. Ou seja, *o fato de a comunicação ser entendida não significa que ela será aceita*, que o receptor a utilizará como premissa de seu próprio comportamento.

Os três obstáculos postos por Luhmann para a efetivação da comunicação têm em comum um pressuposto: a negação do modelo da comunicação como pura transmissão de informação. Apesar de há muito defasado no campo das Teorias da Comunicação, tal modelo resiste na lógica da informação de saúde de nossos dias. Junto a ela, vêm todas as manifestações de moralização do comportamento de risco, como foi o caso do obeso Damien, que fora impedido de adotar seu filho, ou como ocorrem nos episódios de escárnio de pessoas em *reality-shows* de transformação, para nos restringirmos a dois exemplos.

Um ambiente midiático é compelido a selecionar seus temas a partir da novidade e do conflito, com o objetivo de captação emocional de audiências. A multiplicação de matérias sobre saúde que prescrevem uma série de alterações de conduta que, muitas vezes, se contradizem, constroi um cenário em que a improbabilidade da comunicação se torna mais e mais forte. Como conclui Luhmann,

a forma em que [a cultura] tinha organizado os seus meios de persuasão fica submetida à pressão das novas pautas de plausibilidade, de modo que algumas coisas desaparecem – por exemplo, o culto ao passado – e surgem outras – por exemplo, o culto ao novo. Destaca-se, em conjunto, a tendência para uma diferenciação e especificação crescentes, bem como a necessidade de institucionalizar cada vez mais a arbitrariedade. Simultaneamente, como na evolução da vida em geral, aumenta a celeridade com que se produzem as mudanças, de maneira que se torna necessário vencer improbabilidades cada vez maiores a partir do que já existe numa sucessão progressivamente mais rápida, com o que tal superação aparece como mais improvável por razões de tempo e acaba por selecionar as vias mais rápidas (LUHMANN, 1992, p. 50, acréscimo nosso).

Ora, o modelo de comportamento diagramado pela lógica da saúde em risco, ao pressupor as hipóteses didática e a do receptor racional, ignora a complexidade do processo comunicacional que apenas ensaiamos acima. O núcleo dessa simplificação residiria na premissa iluminista da “educação dos que não sabem”, que se pauta por uma ideia de comunicação como transmissão de informações. Pouco se avança se pensamos a partir desse modelo, uma vez que os problemas por ele produzidos giram em torno de se implementar “mais acesso”, como na inundação de escolas por computadores que seriam encarregados, apenas por sua existência, de incrementar a educação. O mesmo raciocínio embasa os desejos de “aperfeiçoar” formas de transmitir educação sobre saúde, como na veiculação governamental de propagandas sedutoras e de “fácil linguagem” para a população “menos esclarecida”.

* * *

Neste capítulo, procuramos alinhar bastante resumidamente o conjunto de eventos, práticas e saberes que compõe o que podemos chamar de *fatores sociais gerais* para o surgimento da depressão como objeto de interesse midiático a partir da década de 90 no Brasil. Nele, vimos como a promoção da saúde como ideal é fruto de uma série de acontecimentos históricos que indicamos. Todas essas transformações encontram eco em um cenário político-econômico em curso de delegação aos indivíduos de maior responsabilidade sobre si.

Nesta conjuntura, os meios de comunicação reivindicariam o protagonismo na divulgação das informações formuladas pelas instâncias competentes na área de saúde. Podemos falar assim de uma relação de *governo* propriamente midiático se, na esteira de Foucault, adotamos a perspectiva de que governo são tentativas de condução de conduta alheia, formatação do espaço das ações possíveis de outrem, delineadas a partir de uma racionalidade própria. Sendo o público um dos limitadores do objeto biopolítico que é a população, é crucial que foquemos no papel da mídia nesse processo. Para abarcar, no entanto, a racionalidade particular do governo midiático, é preciso problematizar dois pressupostos da informação midiática do risco em saúde: a hipótese didática e a hipótese do receptor racional.

No próximo capítulo, completaremos o elenco dos fatores sociais gerais que compõe o solo para a atualidade da depressão na imprensa brasileira. Se o panorama deste capítulo rascunha um pano de fundo mais amplo, é preciso que tratemos da especificidade do tema da depressão na contemporaneidade, antes de abarcá-lo no ambiente midiático das décadas de 90 e 2000.

3

A depressão na contemporaneidade

“Nomear é pacificar”
Roland Barthes

“Depressão: negócio que dá em quem vai muito depressa”
Millôr Fernandes

No capítulo anterior, esboçamos algumas premissas socioculturais contemporâneas a partir das quais se erigiria o que chamamos de governamentalidade midiática da saúde. Se essas considerações configuram o cenário da eminência do tema da saúde *em geral*, restaria explicar como particularmente a temática da depressão servirá como material na imprensa para proposição de condução de condutas humanas. Desta forma, debruçar-nos-emos, neste capítulo, sobre este tema tão instigante que é a depressão. É certo que o faremos de modo preliminar (talvez mesmo rudimentar), dado que a abrangência do problema e a multiplicidade de perspectivas que evoca dificilmente encontraria discussão satisfatória no breve espaço que aqui lhe destinamos. Talvez, nem mesmo se dispuséssemos do talento de concisão dos poetas poderíamos triunfar nesta empreitada. Ademais, cumpre salientar que nossa aproximação do universo complexo da depressão só poderia ser dada de maneira quase amadorística: somos comunicólogos fascinados pela atualidade midiática de um tema que se fez, no século XX, entrelaçado com o repertório próprio da área de saúde. Nos variados ramos de saberes em que é formulada, a depressão apresenta vocabulário e, principalmente, modos de construção epistêmica próprios a esses domínios.

Os números alarmantes são recorrentes quando se trata da depressão, e costumam chocar sempre que mencionados. A OMS calcula que aproximadamente 121 milhões de pessoas no mundo sofreriam do transtorno. Atualmente, é a quarta maior causa de incapacitação, e estima-se que em 2020 será a segunda maior depois das doenças coronarianas⁶⁸. No Brasil, teríamos cerca de 10% da população acometidos pelo problema. Segundo estudo epidemiológico publicado em 2011 pela revista médica *BMC Medicine* (BROMET et al, 2011) - com repercussão nos meios de comunicação - afirma-se que o Brasil foi o campeão mundial de casos de Episódio Depressivo Maior (MDE, na sigla em inglês) nos

⁶⁸ Estimativa feita pela OMS a partir do conceito de DALY = Disability Adjusted Life Years, número calculado pela soma de anos de vida potencialmente perdidos devido à mortalidade precoce e os anos de vida produtiva que também se perderiam devido a essa incapacidade. Dados retirados do site oficial da OMS. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/>. Acesso em: 09 jan. 12.

últimos 12 meses anteriores ao fechamento da referida pesquisa. As concessões de auxílio-doença pelo INSS no país para casos de transtornos mentais cresceram 19,6% no primeiro semestre de 2011, em comparação com o mesmo período no ano anterior, afirma reportagem da Folha de São Paulo (FRAGA; FILHO, 2011). Os antidepressivos são a quarta classe de medicamentos mais vendidos no país, perdendo unicamente para os anti-inflamatórios, analgésicos e contraceptivos. No período de 2005 a 2009, sua venda cresceu 44,8% no Brasil⁶⁹. Uma sondagem sobre o aumento das publicações científicas relacionadas à depressão, realizada pelos autores Allan Horwitz e Jerome Wakefield, ilustra com bastante propriedade a imensa máquina discursiva que se organizou em torno deste problema:

em 1966, 703 artigos contendo a palavra depressão em seus títulos foram publicados em revistas médicas. Em 1980, o ano em que a Associação Americana de Psiquiatria (APA) publicou o marco divisório da terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-III) com novas definições para o transtorno depressivo, 2754 artigos sobre depressão foram publicados. Esse número cresceu firmemente pelos 15 anos seguintes, e então explodiu na década de 1990. Em 2005, havia 8677 artigos sobre depressão publicados, mais de 16 vezes o número de 1966. O número de artigos concernentes à depressão é agora muito maior que o de qualquer outro diagnóstico psiquiátrico e tem crescido muito mais rapidamente que o crescimento comum [*encontrado em*] publicações de pesquisa psiquiátrica (HORWITZ; WAKEFIELD, 2007, p. 5, tradução e acréscimo nossos).

Uma primeira leitura vincularia automática e naturalmente os dados acima à atualidade midiática da depressão no Brasil. Em outras palavras, a presença material cotidiana do tema nos meios de comunicação de massa visando à suscitação de interesse da opinião pública seria fruto natural de um crescimento da preocupação científica pelo transtorno. Embora a grande prevalência dos casos contabilizados de depressão em revistas científicas seja um fator relevante para a sua midiatização, argumentamos nesta tese que o processo pelo qual este tema torna-se um produto de informação vai ao encontro de uma redefinição mais ampla do papel contemporâneo da mídia no gerenciamento das informações sobre saúde.

Por essa razão, procuramos restringir-nos a apresentar algumas transformações decisivas a propósito dos modos de compreensão e tratamento da depressão no século XX, apenas na medida em que serviram como insufladores de sua atualidade na imprensa brasileira. No próximo capítulo, notaremos como a qualidade do tratamento da informação sobre depressão na imprensa surgirá, em grande medida, na esteira das modificações que aqui indicamos.

⁶⁹ Em levantamento feito pela empresa de consultoria em marketing farmacêutico *IMS Health*, a pedido do site de notícias G1. Cf. GUIMARÃES, 2012.

Em resumo, e após leitura de autores cuja dedicação ao tema é notória, chegamos a três parâmetros essenciais que caracterizam a abordagem da depressão atualmente: a fortificação da psicopatologia descritiva na década de 80, cujo marco principal é a publicação da terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-III); o avanço das neurociências por volta do mesmo período e, por fim, o *boom* da indústria de drogas psicoativas, especialmente dos chamados antidepressivos ISRS (inibidores seletivos de recaptação de serotonina), cujo protagonista estelar ainda é o famoso Prozac.

Todavia, antes de detalharmos, na medida do possível, os meandros de cada um desses fatores, tratemos de apresentar uma perspectiva específica acerca do aumento estrondoso, na contemporaneidade, dos sintomas que, em conjunto, são descritos pela psiquiatria sob o nome de depressão. Trata-se de uma visão particular da sociologia e de setores da psicanálise que, apesar de suscitar desacordos no referido quadro multifacetado dos saberes sobre a depressão, consideramos relevante indicar neste trabalho, dado que suas premissas vão ao encontro daquelas por nós rascunhadas no capítulo anterior.

Não obstante o privilégio que dispensamos a tais perspectivas culturalistas, nunca é demais frisar que rechaçamos qualquer sugestão de que um único discurso ou um determinado ramo de práticas poderia esgotar um fenômeno humano tão complexo quanto o do sofrimento que caracteriza isto que se chama depressão. Por exemplo, apesar do viés crítico que se direciona à medicalização da mesma, é preciso (e honesto) reconhecer os benefícios que o surgimento de novas drogas possam ter engendrado nas vidas de milhares de pessoas. Se aqui atentamos especialmente às críticas da medicalização da depressão, isto se dá por uma necessidade – que consideramos urgente – de fornecer alguma visibilidade para a contestação de discursos que se querem neutros, verdadeiros, quando de fato talvez possamos considerá-los apenas *hegemônicos*, o que é bastante diferente.

3.1 Um distúrbio da insuficiência?

Para além de suas especificidades, os argumentos teóricos que selecionamos para interpelar a problemática da depressão em seu viés sociocultural compartilham de um pressuposto: a crescente presença, nas culturas ocidentais capitalistas, de uma avassaladora incitação ao bem-estar na vida cotidiana em seus mais diversificados setores, do trabalho às relações afetivas. Como procuramos sustentar no capítulo anterior, o modelo *visado* de subjetividade contemporânea parece assentar-se em uma profunda delegação ao indivíduo da

gestão de sua saúde, entendida como superação de limitações variadas em direção a um ideal de otimização física, social e mental.

Alguns pensadores contemporâneos partem de um solo crítico concernente à sociabilidade de nossos dias para refletir sobre o aumento da frequência das depressões. Tais perspectivas parecem-nos frutíferas por várias razões. Em primeiro lugar, por não se considerarem absolutas quanto a seu modo particular de aproximação ao problema da depressão. Como exercícios de pensamento crítico, não se julgam oferecedoras de uma *nova* normatividade em substituição àquela que criticam, como se apontassem os erros que dificultariam o desvelamento da verdade acerca da depressão. Pelo contrário, estas perspectivas entendem-se como expositoras de certos *limites* das práticas vigentes hegemônicas que se creem dissociadas das crenças e valores culturais de seu tempo⁷⁰. Além disso, mesmo quando se posicionam criticamente a respeito tanto das alterações classificatórias da psicopatologia descritiva das últimas décadas ou do *boom* da indústria farmacêutica no mesmo período, tendem a não desprezar (embora alguns com mais reservas do que outros) seus benefícios para o tratamento desse tipo peculiar de sofrimento. Finalmente, o ímpeto de produzir uma embasada contextualização histórico-social em seus constructos teóricos não conduz esses pensadores a uma posição radicalmente dogmática, que os levaria a afirmar, por exemplo, que a depressão seria “pura invenção da indústria farmacêutica”. Isto não quer dizer, no entanto, que não haja espaço para uma efetiva insinuação de medicalização da tristeza, ou que os mecanismos diagnósticos contemporâneos e as vicissitudes econômicas do universo dos fármacos não sejam problemáticos, como procuraremos mostrar.

Em suma, não obstante suas peculiaridades teóricas, essas perspectivas teriam em comum uma hipótese: em um modelo de sociedade que atribui tamanha carga de responsabilização sobre os indivíduos para que estes “sejam eles mesmos”, instando-os à flexibilidade, à interatividade, à atualização constante, ao autocontrole, à chamada *proatividade* ou ao dito *empreendedorismo*, o deprimido é alguém cujo sofrimento intenso expressa um profundo sentimento de *insuficiência* diante de tais exigências. Em linhas gerais, encontramos tal argumento em EHRENBERG, 2008; KEHL, 2009; BEZERRA JR., 2007a; BIRMAN, 2011, dentre outros.

⁷⁰ “Pode-se optar por uma filosofia crítica que se apresenta como uma filosofia analítica da verdade em geral, ou bem se pode optar por um pensamento crítico que toma a forma de uma ontologia de nós mesmos, de uma ontologia da atualidade (...)” (FOUCAULT, 1994).

Em uma leitura que tem se tornado corrente, Ehrenberg situa a explosão das depressões em um movimento histórico paralelo de declínio do lugar ocupado pela *culpa* nos distúrbios psíquicos de nossa era. Segundo o sociólogo, os sofrimentos psíquicos que obtiveram a atenção especial de Freud em sua época seriam tributários de um modelo de sociedade pautado pela *proibição*. A disseminação de interdições variadas teria provocado a conhecida alegação freudiana de discrepância entre a complexa vida pulsional dos indivíduos e as interdições sociais, base da neurose⁷¹. A virada do século XIX para o XX, ambiente insuflador da psicanálise, foi igualmente o momento ápice de funcionamento de um *modus operandi* de exercício de poderes que Foucault tornou célebres ao batizá-los de disciplinares (FOUCAULT, 1977). Instituições como escola, fábricas, prisões e hospitais pautam-se por sanções normalizadoras cuja ênfase bem marcada nos limites entre proibido e permitido, normal e patológico fortifica a base de sustentação dos micropoderes que atendem às demandas variadas de produção (de mercadorias, de saber, de saúde, de ordem etc) que as disciplinas propõem.

Algumas transformações socioculturais gerais do século XX teriam posto em questão a rigidez de tal modelo, dentre as quais se destacariam o advento do capitalismo global, estruturado segundo bases mais flexíveis que aquelas que sustentavam o capitalismo fordista; a implementação das lutas identitárias no contexto das décadas de 60 e 70 (notadamente as das mulheres, dos negros e dos homossexuais); o fim da bipolarização ideológica capitalismo *versus* socialismo com a queda do Muro de Berlim e, poderíamos acrescentar, todo o complexo que fez erigir a saúde como ideal de aprimoramento constante de si segundo os critérios que já expusemos anteriormente.

Ainda segundo Ehrenberg, os sintomas do que é atualmente descrito como depressão revelariam algo distinto daquela culpa que, correlata do interdito, caracterizava as neuroses freudianas. Nos casos de depressão, nota-se menos culpa do que um *colapso*, uma sensação de total *esgotamento* das forças, de *pane geral da ação* (EHRENBURG, 2008, p. 18). Um tempo sem futuro instala-se diante daquele que é pressionado não simplesmente a agir, mas a agir brilhantemente, perfeitamente, a partir de iniciativas cujas origens ele é levado a crer que remontam a ele próprio, desvinculadas da rede que o conecta a todos os outros humanos.

⁷¹ Dirá Freud: “Conforme aprendemos, os sintomas neuróticos são, em sua essência, satisfações substitutivas para desejos sexuais não realizados. No decorrer de nosso trabalho analítico, descobrimos, para nossa surpresa, que talvez toda neurose oculte uma quota de sentimento inconsciente de culpa, a qual, por sua vez, fortifica os sintomas, fazendo uso deles como punição. Agora parece plausível formular a seguinte proposição: quando uma tendência instintiva experimenta a repressão, seus elementos libidinais vão transformando-se em sintomas e seus componentes agressivos em sentimento de culpa. Mesmo que essa proposição não passe de uma aproximação mediana à verdade, é digna de nosso interesse” (FREUD, 1974).

Tratar-se-ia de uma doença que revelaria o fracasso da propalada busca da autonomia que impulsiona muitas vidas no ocidente, dando-lhes sentido.

A historicidade da depressão contemporânea conflagraria uma economia psíquica diferenciada daquela dos melancólicos abordados por Freud em seu clássico ensaio de 1917, *Luto e Melancolia* (FREUD, 2006). Alain Ehrenberg e a psicanalista Maria Rita Kehl (2009) insistem nesta diferenciação. Lasch já havia apontado para algo semelhante, embora no contexto de sua cultura do narcisismo: “a depressão nos pacientes narcisistas toma forma não de pesar, com seu componente de culpa, descrito por Freud em ‘Luto e Melancolia’, mas de raiva impotente e de ‘sentimento de derrota por forças externas’” (LASCH, 1983, 64).

A melancolia, em Freud, é pensada em contraponto ao luto. Grosso modo, o processo do luto reivindica naturalmente uma reação do psiquismo às perdas que sofreu. Suscita uma temporalidade própria que servirá para que seja redirecionada a energia libidinal anteriormente atrelada ao objeto que foi perdido. Já a melancolia seria uma instância patológica, advinda da negação *inconsciente* da perda deste objeto. A negação da perda pelo melancólico concretiza-se em sua interiorização (igualmente inconsciente) do objeto perdido, a respeito do qual manteria uma feroz ambiguidade: ao mesmo tempo em que o ama (a ponto de sua perda lhe ser insuportável), odeia-o por ter desaparecido. As constantes autoacusações *culpadas* próprias ao melancólico – cujo modelo literário é o Hamlet de Shakespeare, segundo Freud – seriam na realidade expressões das acusações que o melancólico orienta a seu amado objeto perdido. Logo, a melancolia para Freud suporia um importante impasse na elaboração da experiência da perda.

Tornar-se-ia clara, portanto, a insistência de Ehrenberg na diferenciação da natureza da melancolia freudiana das depressões atuais:

quando a depressão se desvincula claramente da melancolia após a Segunda Guerra mundial, suas incidências terão lugar entre essas duas versões da difícil tarefa de se comportar bem: a *angústia* que me indica que eu atravesso uma proibição e me divide, seja como uma patologia da culpabilidade, ou como uma doença do conflito; a *fadiga* que me esgota, me esvazia e me torna incapaz de agir, seja como uma patologia da responsabilidade, como uma doença da insuficiência. Essas duas versões acompanham a emergência de uma outra era da pessoa que, se não é evidentemente mais o sujeito pleno do século XVIII, não é totalmente o sujeito dividido do fim do século XIX: o indivíduo emancipado. Libertar-se tornava nervoso, ser livre deprime. A angústia de ser você mesmo se dissimula por trás da fadiga de ser você mesmo (EHRENBURG, 2008, p. 52).

Maria Rita Kehl também insiste nesta diferenciação ontológica entre depressão e melancolia, porém com outros argumentos. Para a psicanalista, a melancolia freudiana seria algo distinto tanto da tradição ocidental quanto das atuais depressões:

é importante não confundir depressão e melancolia. Muito menos imaginar que a diferença entre uma e outra seja de grau, sendo a melancolia uma forma mais grave de depressão. Apesar das diversas coincidências sintomáticas, a depressão é muito diferente da melancolia. (...) O melancólico ficou preso em um tempo morto, um tempo em que o Outro deveria ter comparecido, mas não compareceu. Já o tempo morto do depressivo funciona como refúgio contra a urgência das demandas de gozo do Outro. Em seu refúgio, o depressivo tenta se poupar do imperativo de satisfazer o Outro; no entanto, quanto mais ele se esconde, mais fica à mercê Dele (KEHL, 2009, p. 21)⁷².

A despeito de possuírem características *empíricas* similares, as semelhanças entre depressão e melancolia para Kehl seriam unicamente fenomenológicas, sendo tributárias entretanto de estruturas psíquicas diferentes. Ela defende que tal confusão entre melancolia e depressão poderia ter sido dada a partir da publicação do ensaio freudiano de 1917 que, ao mesmo tempo em que rompe com a tradição psiquiátrica na avaliação da psicose maníaco-depressiva (estabelecida por Kraepelin, como veremos logo mais abaixo), também se destacaria da longa tradição da história do ocidente que compreendia o melancólico como aquele cujos sintomas indicavam sua inadaptação aos modelos hegemônicos das sociedades em que viviam. O Rei Saul na narrativa bíblica, Ajax do poema homérico da *Iliada*, os gênios melancólicos explicados por Aristóteles, os poetas românticos: todos esses seriam exemplos clássicos desta melancolia como sintoma social de inadequação. A teoria freudiana da melancolia, de acordo com Kehl, teria promovido desse modo a *privatização da mesma*, convertendo-a de *sintoma social* em *sintoma individual*.

Portanto, para ela, as depressões contemporâneas seriam, como o são para Ehrenberg, próprias do nosso modelo de sociedade. A psicanalista considera profícuo recuperarmos o caráter de crítica social segundo ela tradicionalmente vinculado à melancolia até Freud. Entretanto, em um ponto relevante que convém assinalar, discorda de Ehrenberg quanto à falência do modelo coercitivo da sociedade contemporânea, em que a culpa é simplesmente substituída pela ideia de déficit em relação às demandas para o sujeito se tornar “idêntico a si próprio”. Transmutando o argumento do sociólogo em vocabulário psicanalítico, a crítica de Kehl está baseada na indicação de que Ehrenberg privilegia unicamente o elemento proibitivo

⁷² Dadas as já referidas limitações desta tese, abstenho-nos de abordar este importante conceito do arcabouço lacaniano que é o Outro. De maneira excessivamente rudimentar, recorreremos brevemente à própria explicação de Kehl acerca do conceito de Lacan: o Outro, em sua face simbólica, diz respeito à existência obrigatória da linguagem nas culturas humanas que precede a formação dos sujeitos. Ocorre que este simbólico seria sustentado subjetivamente por representações imaginárias: “o imaginário provê consistência ao simbólico e à Lei que ele determina. A face imaginária do Outro repousa sobre as formas – estas sim, contingentes – através das quais, em cada cultura, a Lei simbólica se apresenta aos homens. A mãe e o pai, que introduzem o *infans* na linguagem, constituem as primeiras representações imaginárias do Outro, substituídas após o atravessamento do Édipo por figuras que exercem, no espaço público (exogâmico) alguma forma de autoridade. O professor, o líder político, o monarca, Deus, o parceiro amoroso, são os exemplos mais frequentes das diversas representações daquele a quem o sujeito neurótico dirige a pergunta: O que deseja de mim?” (KEHL, 2009, p. 44).

do supereu, deixando de salientar sua faceta de *incentivador do gozo*. Segundo ela, em nossa configuração contemporânea, a face castradora do supereu seria ofuscada por aquela que obrigaria ao gozo de acordo com princípios não menos severos, hoje profundamente mercantilizados pelas seduições da publicidade e do consumo. Logo, a incapacidade de atender aos imperativos de gozo incessante conduziria o indivíduo à depressão, sem no entanto eliminar sua culpa. Em suas palavras,

o sujeito culpado não leva em conta, porque não sabe disso, a impossibilidade de responder ao gozo ao qual é convidado ou, do ponto de vista do supereu, lhe é exigido. O sentimento de insuficiência, o medo de perder o amor dessa instância que representa, no psiquismo, a esperança de recuperar a fátia de narcisismo e a porção de gozo perdidas torna os neuróticos candidatos à depressão (KEHL, 2009, p. 95).

Portanto, não haveria somente “fim da coerção”, como de fato parece sustentar Ehrenberg, mas readaptação da mesma em sua ênfase ao gozo obrigatório. De nossa parte, entendemos que a crítica de Kehl é produtiva no sentido de matizar a tendência dualista que, com efeito, percebe-se na demasiada ênfase de ruptura presente no argumento de Ehrenberg. Por outro lado, defendemos nesta tese que talvez haja exceções importantes para aquilo que ela denominou de *privatização da melancolia* por Freud, eliminando *totalmente* o caráter de sintoma social atrelado a esse tipo de mal-estar. Uma delas foi, como esperamos poder ter mostrado em nosso primeiro capítulo, o sentido majoritariamente *coletivo* dado à palavra depressão na imprensa brasileira nas décadas de 1970 e 1980.

O psicanalista Benilton Bezerra Jr. parte de um solo correlato ao de Ehrenberg e Kehl. Ressalta ainda que a pressão atual por autonomia em um cenário de perda de referências estáveis e duradouras incitaria o crescimento da distímia como sintoma social⁷³:

o distímico não se queixa propriamente de perdas, não sofre por conta de culpas em relação aos desmandos de seu desejo. Na verdade, o que lhe pesa é o sentimento de insuficiência: falta-lhe algo, cuja presença o impeliria à ação, à conquista (e então a possíveis perdas). Seu sofrimento não advém da impossibilidade de realizar desejos, mas sim da dificuldade em se posicionar como sujeito desejante (BEZERRA JR., 2009, p. 46).

Precisamente, o distímico contemporâneo não seria alguém que se culpa por não atender às expectativas de autonomia que lhe são imputadas, uma vez que, a rigor, é preciso antes colocar-se como sujeito desejante para que haja a própria *possibilidade* de culpa. Por

⁷³ A distímia, transtorno distímico ou depressão crônica seria um subtipo da depressão. Segundo o DSM-IV, é caracterizado por humor deprimido a maior parte do dia, durante todos os dias, por pelo menos um ano. O uso que Benilton faz de distímia, contudo, ultrapassa a mera classificação psiquiátrica referida, configurando-se, no lugar disso, como algo mais próximo de um sintoma do estágio atual de nossas sociedades.

outro lado, a sensação de *insuficiência* do depressivo é como uma ferida narcísica para os ideais de autonomia propalados por nossos tempos.

Como ácida e humoristicamente escreveu Joel Birman,

para os ferrados que não conseguem dizer “cheguei” de peito inflado, a fórmula mágica é a alquimia, para mudar a circulação dos humores. É preciso dar uma pancada química na bÍlis negra, nos dizem os novos especialistas da alma sofrente. Assim seria possível, acreditam aqueles, retirar as individualidades do cenário *dark* e inseri-los na cena colorida da representação e do espetáculo (BIRMAN, 2011, p. 205).

Com efeito, o dito depressivo não apenas é impedido de estar à altura dos ideais compartilhados contemporaneamente como lhe é extremamente árduo realizar as menores tarefas cotidianas. Em sua reação desastrada e involuntária às pressões sociais, é envolvido por um colapso que não escolhe sobre quais ações incidir. Tomemos um exemplo de Andrew Solomon, autor de um conhecido *best-seller* sobre o tema (2002)⁷⁴. Uma experiência de tempo abismal e aterradora se lhe impõe. Mesmo o ato de executar uma atividade corriqueira, como tomar um banho, torna-se um fardo. É o que nos mostra a tocante descrição do autor:

os minutos de depressão são como anos terríveis, baseados em alguma noção artificial de tempo. Lembro de estar deitado na cama, imobilizado, chorando por estar assustado demais para tomar um banho, e ao mesmo tempo sabendo que chuveiros não são assustadores. Eu continuava dando os passos, um por um, na minha mente; você gira e põe os pés no chão; fica em pé; anda até o banheiro; abre a porta do banheiro; vai até à borda da banheira; abre a água; entra embaixo dela; passa sabonete; enxágua-se; sai da banheira; enxuga-se; volta para a cama. Doze passos, que me pareceram então tão onerosos como as estações da via-crúcis (SOLOMON, 2002, p. 51).

Kehl ressalta esta ruptura com a temporalidade padrão da vida social operada pelo deprimido. O sentimento de insuficiência, de não estar à altura das exigências dos imperativos de mobilidade e interatividade atuais é radicalizado na impossibilidade de se sustentar de pé diante de ações banais cotidianas. Neste sentido, rechaçaríamos a hipótese de que “a depressão é uma resistência”, se entendermos como característica central da resistência a *liberdade* de abertura de novos possíveis diante de uma situação coercitiva:

o depressivo é aquele que tenta se colocar sempre fora do tempo dos outros, ou do tempo imposto pelo Outro. Mas ele não opõe a esses tempos uma temporalidade própria, como esta que é necessária para que os competidores do jogo do tempo lógico possam fazer suas apostas. O depressivo se esconde do tempo do Outro, mas

⁷⁴ Trata-se de um relato extenso da experiência do autor com sua depressão. O texto abarca ainda diversos gêneros, da autobiografia à história, da geografia à autoajuda, da crítica literária (Solomon é especialista em Virginia Woolf) à divulgação científica. Sucesso internacional, foi vencedor em 2001 do *National Book Award*, da entidade americana *National Book Foundation*. O livro estreou no Brasil no segundo lugar da lista dos mais vendidos de Veja na categoria não-ficção em 2002, tendo permanecido no ranking dos 10 + por cerca de um ano.

não encontra as condições que lhe permitam, como na exata expressão da língua inglesa, *take his time* (KEHL, 2009, p. 140).

Seria preciso que o deprimido, segundo Kehl, encontrasse as condições (no processo analítico) para elaborar uma temporalidade intermediária que lhe fosse própria. Esta outra maneira de experienciar o tempo *desobrigaria* essas pessoas a adaptar-se aos supostos excessos de desejo que mobilizam os modelos ideais de subjetividade contemporânea que os conduziria à ação desenfreada e irrefletida. Como indica Kehl, o suposto “excesso de desejo” tributário do modelo ideal de subjetividade de nossos tempos seria, de fato, da ordem de uma *impaciência*, de uma grande *intolerância* em lidar com o vazio que se precipita, em última instância, na morte.

* * *

Dado seu caráter crítico, sentimo-nos mais próximos destas perspectivas que resumidamente apresentamos do que daquelas que tendem a encarar a depressão como um processo físico desvinculado de seu solo histórico-cultural. Entretanto, é certo que tais pontos de vista podem (e devem) ser questionados, em nome de uma absorção verdadeiramente pluralista deste intrigante fenômeno. Apesar de esta não ser nossa tarefa nesta tese, lembramos, somente a título de exemplificação, que uma objeção possível às visões culturalistas indicaria que a depressão pode ser algo como uma constante humana, por mais que as variantes histórico-sociais disponham de sua parcela de influência. Desde Hipócrates, há inúmeros relatos médicos de sintomas bastante semelhantes aos que são, por exemplo, descritos por Solomon no destaque mais acima⁷⁵. Talvez se possa contrapor a este argumento o que procuramos vislumbrar: a preocupação dessas perspectivas socioculturais e psicanalíticas não estaria em desvendar o mistério da depressão de uma vez por todas, atrelando-a exclusivamente ao cenário social contemporâneo. De fato, a análise desse cenário permite compreender o aumento vertiginoso do número de casos para além tanto de uma

⁷⁵ O próprio Solomon, aliás, recusa as interpretações de viés sociocultural: “Utilizo a palavra *depressão* aqui para descrever os estados para os quais usáramos agora esse termo. Está na moda encarar a depressão como uma doença moderna, e isso é um erro grosseiro. Como Samuel Beckett certa vez observou: ‘As lágrimas do mundo vêm em quantidades constantes’. A forma e a particularidade da depressão já passaram por mil reviravoltas, e o tratamento da doença alternou-se entre o ridículo e o sublime, mas o sono excessivo, alimentação inadequada, propensão ao suicídio, o afastamento da interação social e o desespero incessante são tão antigos quanto as tribos das montanhas, se não tão antigos quanto as próprias montanhas. Do momento em que o homem alcançou a capacidade de auto-referência, a vergonha surgiu e desapareceu; os tratamentos para queixas corporais alternaram-se e cruzaram-se com tratamentos para queixas espirituais; súplicas a deuses externos ecoaram rogos a demônios internos. Entender a história da depressão é entender a invenção do ser humano como agora o conhecemos e incorporamos” (SOLOMON, 2002, p. 265).

explicação ingênua evolucionista (“agora a ciência pode diagnosticar o que antes não conhecia”) como de uma perspectiva de viés conspiratório que a vincularia apenas a interesses econômicos, por exemplo.

Neste ponto, as teorias a que aqui superficialmente aludimos permitem-nos descortinar um curioso quadro, levantando assim uma hipótese complementar: se as depressões contemporâneas são resíduos, fracassos de um modelo social de incitação à autonomia, a própria abordagem midiática da depressão teria sua parcela de participação no conjunto mais geral de fatores sociais que *provoca* a sensação de insuficiência que muitos autores atrelaram ao transtorno.

Isso nos leva a indagar *a quem* se dirigiriam tais matérias cuja racionalidade de produção conheceremos no próximo capítulo: talvez menos aos deprimidos do que aos *possíveis* deprimidos (todos nós em potencial, segundo a lógica do risco de saúde). Deprimidos severos que mal encontram energia para levantar da cama e tomar um trivial banho muito provavelmente não se animariam a folhear as páginas de um jornal ou revista que lhes convocassem a alimentar-se com esta ou aquela proteína, por exemplo, para que “evitem a depressão”.

Se este primeiro tópico encara a depressão em seu contexto sociocultural generalizado, tratemos agora de elencar os fatores concretos que contribuíram para o delineamento deste mal tal como passamos a conhecê-lo nos séculos XX e XXI.

3.2 O recrudescimento da psicopatologia descritiva

Um dos principais fatores concernentes à depressão que vieram a influenciar decididamente a produção de sua atualidade midiática foi, sem dúvida, a radical reclassificação que o problema sofreu a partir da publicação da terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III), em 1980. Este é considerado um marco no modo de compreensão não apenas da depressão, mas de todos os chamados transtornos mentais. Em resumo, podemos afirmar que o DSM-III demonstrou o sucesso da psicopatologia descritiva, caracterizada fundamentalmente pela designação dos problemas mentais a partir da descrição de sintomas especificamente enumerados. Ao tornar-se a “bíblia” dos psiquiatras, agentes de saúde em geral, como planos de saúde e outros, o DSM consolidou uma determinada maneira de enxergar o sofrimento mental que merece ser mencionada por nós neste trabalho.

A terceira edição do Manual, em 1980, foi uma clara ruptura com relação às duas edições anteriores, de 1952 (DSM-I) e 1968 (DSM-II). Para que se compreenda o contexto desta ruptura e suas implicações, é preciso registrar que havia duas matrizes de produção de sentido na psiquiatria na virada do século (HORWITZ; WAKEFIELD, 2007, p. 72). A primeira matriz, de orientação freudiana, privilegiava a investigação de *causalidades psicológicas* para os problemas mentais. Grosso modo, os sintomas desses problemas seriam apenas indicações de suas *reais* causas inconscientes que, por sua vez, só viriam à tona em decorrência do tratamento analítico por via da perscrutação precisa da história de vida do paciente. A segunda matriz, da psiquiatria tradicional, é representada pelo psiquiatra alemão Emil Kraepelin, que enfatizava que os sintomas seriam manifestações de categorias patológicas que ele acreditava estarem vinculadas, em última instância, a lesões anatômicas no cérebro. No tocante às classificações da depressão, aliás, foi Kraepelin o primeiro a utilizar a referida palavra para nomear uma entidade clínica. Até Kraepelin, o uso de “depressão” era quase que exclusivo para indicar um sintoma, e não uma doença. Com o psiquiatra alemão, a palavra *depressão* passou a ser empregada para designar um dos pólos da “insanidade maníaco-depressiva” (JACKSON, 1986, p. 6). Diferentemente desta última, havia a tradicional melancolia, uma *outra* doença “que envolve depressão associada a medo, agitação, autoacusação e sintomas hipocondríacos” (GRUENBERG et al, 2007, p. 26).

Das duas matrizes predominantes de produção de sentido na psiquiatria – a freudiana e a kraepeliniana – houve nos Estados Unidos da década de 50, berço do primeiro DSM, um grande impulso da primeira delas. Isto se deveu, em grande parte, à migração de diversos psicanalistas europeus aos EUA, assim como ao sucesso de tratamentos terapêuticos no pós-guerra efetuados em ex-combatentes (BEZERRA JR., 2007a, p. 136; HEALY, 1997, p. 232). Neste primeiro DSM, de 1952, encontrava-se então uma clara influência tanto de Freud quanto do psiquiatra suíço Adolf Meyer, também de viés psicanalítico.

Meyer foi provavelmente a figura dominante da psiquiatria na primeira metade do século XX (JACKSON, 1986, p. 195; HORWITZ; WAKEFIELD, 2007, p. 82). De influência freudiana (Meyer organizou a primeira viagem de Freud aos EUA em 1907) (EHRENBERG, 2008, p. 163), desenvolveu seu próprio aparato teórico por volta da década de 1920. O suíço procurou, em seu trabalho, focar-se na história individual do paciente, na personalidade deste e em sua capacidade de responder aos desafios de adaptação provenientes de sua relação com o ambiente. Teria assim produzido uma aproximação “*biopsicossocial*, que sublinhava como as predisposições únicas dos indivíduos, as circunstâncias ambientais e as experiências específicas ao longo da vida produziram suas condições” (HORWITZ; WAKEFIELD, 2007,

p. 82)⁷⁶. A psiquiatria americana influenciada por Meyer sustentava, em sua concepção *reacional*, que qualquer um que passasse por um trauma estaria suscetível a desenvolver uma patologia mental. Principalmente, destacava-se o modelo de diagnóstico etiológico, para o qual importariam menos os sintomas do que aquilo encontrado por trás deles (EHRENBURG, 2008, p. 163).

Neste cenário, os membros do Comitê de Estatística e Nomenclatura da Associação Psiquiátrica Americana (APA) elaboraram a primeira edição do DSM em 1952. “Transtorno” foi o termo escolhido para designar um grupo de síndromes psiquiátricas relacionadas. Cada grupo de transtornos, por sua vez, era subdividido especificamente naquilo que se chamou de “reações”, em clara referência a Meyer (GRUENBERG et al, 2007, p. 27). Os transtornos mentais foram assim classificados em dois grupos principais: o primeiro deles relativo às perturbações do funcionamento mental precipitadas por comprometimentos no tecido cerebral e o segundo, que se relacionava às dificuldades gerais de adaptação dos indivíduos (GRUENBERG et al, 2007, p. 27). Neste último grupo, incluíam-se as chamadas “reações afetivas” conhecidas como *psicose maníaco-depressiva* e *depressão psicótica*. Um outro grupo seria o dos transtornos psiconeuróticos, que o DSM-I nomeou de “depressões reacionais”. O Manual alertava para que as depressões reacionais ou neuróticas fossem diferenciadas das psicóticas a partir

(1) da história de vida do paciente, com especial referência às mudanças de humor (que sugerem reação psicótica), à estrutura da personalidade (neurótica ou ciclotímica) e a fatores ambientais precipitadores e (2) ausência de sintomas perniciosos (preocupação hipocondríaca, agitação, ilusões, especialmente somáticas, alucinações, sentimentos profundos de culpa, insônia intratável, ruminações de suicídio, retardamento psicomotor severo, profundo retardamento do pensamento, letargia) (APA apud HORWITZ; WAKEFIELD, 2007, p. 86, tradução nossa)⁷⁷.

Na segunda edição do DSM, de 1968, praticamente foram eliminadas as referências às chamadas “condições reativas”, do vocabulário de Meyer, e assim o termo *neurose depressiva* substituiu a “reação depressiva neurótica” como classificação geral para a depressão em que

⁷⁶ Ademais, o psiquiatra também contribuiu para o estímulo ao uso do termo *depressão*, no lugar de *melancolia*, para designar a doença. Já em 1904, sustentava estar “desejoso de eliminar o termo *melancholia*, que implica um conhecimento daquilo que não possuímos... Se, em vez de *melancholia*, aplicássemos o termo *depressão* para toda a classe [das então doenças melancólicas], isso designaria de um modo simples exatamente o que se queria dizer pelo uso comum do termo *melancholia*” (MEYER, 1951 apud. JACKSON, 1986, p. 6, tradução e acréscimo nossos).

⁷⁷ Concentramo-nos aqui nas diferenciações de classificação exclusivas ao DSM. É preciso indicar, porém, em um plano mais abrangente, que a psiquiatria dos anos 60 trabalhava com a distinção de três tipos de depressão: a *endógena*, de causas biológicas, a *reacional* ou *exógena*, relativa à reação consequente de algum evento externo e a *neurótica*, atrelada às dimensões conflituais do sujeito (EHRENBURG, 2008).

não havia o componente maníaco⁷⁸. Desta maneira, a definição de neurose depressiva tornava-se ainda mais precisa: ela seria um transtorno manifestado por uma excessiva reação de tristeza devida a um conflito interno ou a qualquer evento externo identificável. Apesar de minúcias que os diferenciam, percebe-se, no entanto, seja no DSM-I como no DSM-II, que a ênfase do diagnóstico residia menos na descrição sintomática do transtorno do que em sua investigação etiológica.

É justamente este quadro que seria modificado radicalmente com a criação do DSM-III em 1980. As condições dessa transformação tão brusca nos mecanismos classificatórios são comumente referidas, em parte, aos esforços de padronização diagnóstica internacional erigidos após terem sido evidenciadas imensas discordâncias nas observações de doentes por psiquiatras de diferentes partes do mundo. Em uma delas, por exemplo, psiquiatras americanos e ingleses foram confrontados com gravações de entrevistas de pacientes para que desse modo identificassem quais doenças lhes teriam atingido. Houve então uma enorme discrepância dos resultados encontrados. Quase todos os casos avaliados por americanos foram classificados como “esquizofrenia”, ao passo que os mesmos pacientes, quando confrontados pelo olhar dos ingleses, foram diagnosticados como acometidos por “transtornos afetivos” (HEALY, 1997, p. 232).

Além disso, a existência de diversos sistemas de classificação e as orientações plurais dos profissionais esbarravam em dificuldades com os processos de reembolso dos seguros de saúde. Neste sentido, as referências existentes no DSM-II ao complexo campo do inconsciente não facilitavam os trabalhos nesse tipo de instância burocrática (HORWITZ; WAKEFIELD, 2007, p. 98). Somemos a tudo isso o avanço da indústria de medicamentos (a que aludiremos mais abaixo) que, especialmente nos EUA, era dependente dos critérios então bastante estritos de aprovação do órgão governamental de controle *Food and Drug Administration* (FDA). Para que os estudos de demonstração de eficácia dos remédios exigidos pelo órgão fossem consistentes, era preciso dispor de categorias homogêneas de depressão observáveis em populações previamente circunscritas (EHRENBERG, 2008, p. 164).

Sendo assim, o objetivo definido foi então produzir uma grade diagnóstica que fosse “a-teórica”, podendo então ser utilizada por pessoas de formações distintas. Tal disposição “a-teórica”, no entanto, baseava-se em um pressuposto, pelo menos: o de que a ênfase nos diagnósticos deveria ser essencialmente sindrômica, pautada por sintomas bem definidos,

⁷⁸ Para a depressão com componente maníaco, mantinha-se a terminologia “psicose maníaco-depressiva”.

sendo a avaliação do contexto em que tais sintomas foram produzidos uma questão de menor relevância. Esta necessidade de padronização diagnóstica teria no entanto favorecido a ascensão de um grupo de pesquisadores de orientação neo-kraepeliana na elaboração tanto da edição revisada do DSM-II quanto do DSM-III. Uma força-tarefa dirigida pelo psiquiatra Robert Spitzer, da Universidade de Columbia, reuniu-se para a criação do Manual em sua terceira edição. Segundo David Healy, “a criação do DSM-III foi o Cavalo de Troia por meio do qual eles [*os neo-kraepelianos*] efetuaram sua entrada na cidadela dos psicanalistas” (HEALY, 1997, p. 233, tradução e acréscimo nossos). Com efeito, o sentido dos sintomas, de suma importância para psicanalistas, seria considerado a partir de então menos crucial do que sua acurada descrição.

É relevante assinalar no entanto que o declínio do viés psicanalítico a partir do DSM-III não impede que sejam reconhecidos benefícios deste novo modo de classificação dos transtornos mentais que até hoje nos é presente. O psicanalista Benilton Bezerra Jr., por exemplo, alerta para a positiva des-ontologização dos problemas mentais promovida pelo Manual:

a diluição da espessura ontológica interior na descrição de estados mentais já produziu um efeito positivo da reordenação dos diagnósticos em psiquiatria, por exemplo. Faz muita diferença “apresentar um transtorno bipolar” ao invés de “*ser* um psicótico maníaco-depressivo” (BEZERRA JR., 2002).

Ademais, a facilidade das classificações pelos critérios do DSM permitiu não apenas que outros médicos que não sejam psiquiatras pudessem compor um bom diagnóstico, como também expandiu essa capacidade a qualquer pessoa que não necessariamente fosse pertencente ao campo da medicina. Produzem-se, pelo menos, algumas condições para a relativização do poder-saber médico na medida em que os diagnósticos não seriam mais realizados por meio da utilização de um vocabulário complexo, por vezes obscuro, restrito aos especialistas.

Feitas essas observações, tratemos então de verificar as principais mudanças que o DSM-III implementou acerca da depressão. De fato, a mais relevante delas foi o surgimento da categoria geral de denominação Transtorno Depressivo Maior. Esta categoria ampla, produzida na esteira da necessidade de se evitarem discussões acerca da etiologia dos transtornos, finca duas alterações relevantes com relação às classificações anteriores: a primeira delas é a distinção fundamental da depressão com relação àquilo que foi a partir de então descrito como transtorno bipolar (antiga psicose maníaco-depressiva); a segunda seria a

eliminação dos diagnósticos de reação depressiva e neurose depressiva (GRUENBERG et al, 2007, p. 28). Dirá Ehrenberg que

na medida em que as noções de endógeno, exógeno e neurótico implicam, de uma parte, uma etiologia e, de outra parte, que se provou impossível traçar um limite reconhecido unanimemente entre esses tipos de depressões, elas são substituídas pela noção de “depressão maior” que é abarcada pela categoria dos transtornos afetivos, ou seja, transtornos caracterizados por uma perturbação do humor. A classe das neuroses é igualmente eliminada do Manual (EHRENBURG, 2008, p. 169-170, tradução nossa).

Desta maneira, há, com relação à depressão, uma mudança significativa no DSM-III: sua passagem de “sintoma ou síndrome nas neuroses e psicoses para o estatuto de entidade clínica autônoma sobre a qual se deve agir de forma direta” (EHRENBURG, 2004a).

De modo a assimilarmos precisamente as inovações do DSM-III quanto à depressão, acompanhemos, portanto, a última versão do Manual, o DSM-IV-TR de 2000. Trata-se de uma revisão do DSM-IV de 1994. Apresentaremos um resumo dos seus pontos principais no que toca ao Episódio Depressivo Maior, e não pretendemos ater-nos a especificações técnicas existentes na publicação (como o sistema multiaxial de avaliação, por exemplo), mas somente àquilo que nos permita constatar sua construção de um olhar descritivo de sintomas no lugar de uma orientação psicodinâmica, e as consequências dessa radical alteração.

Um Episódio Depressivo Maior deve abrangar algumas características decisivas. A recorrência maior ou menor de tais episódios definiria o chamado Transtorno Depressivo Maior. Quanto à “significância clínica”, o DSM orienta que se observem, nos pacientes supostamente portadores do episódio, sintomas que causem estresse ou perturbação clinicamente significativa na área social, ocupacional ou em outras áreas consideradas de relevância para o funcionamento do indivíduo. A duração dos sintomas deverá ser de *pelo menos duas semanas*, na maior parte do dia, por quase todos os dias. Quanto à gravidade, é preciso que *cinco ou mais dos sintomas abaixo* estejam presentes, sendo que pelo menos um deles seja obrigatoriamente humor depressivo ou perda de interesse ou prazer:

- (1) Humor depressivo;
- (2) Perda de interesse;
- (3) Perda ou ganho significativo de peso; aumento ou redução de apetite;
- (4) Insônia ou hipersônia;
- (5) Agitação ou retardo psicomotor;
- (6) Fadiga ou perda de energia;

- (7) Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada;
- (8) Capacidade diminuída de pensar ou se concentrar ou indecisão;
- (9) Pensamentos recorrentes sobre a morte, ideação suicida recorrente sem plano específico, tentativa ou plano específico de suicídio.

As inovações diagnósticas implementadas a partir do DSM-III colecionam críticas cuja pertinência conduz-nos a apresentá-las brevemente. A mais notória delas concerne a problemas decorrentes da própria produção de um olhar homogêneo em relação à depressão. O objetivo do DSM-III era o de construir um olhar comum entre observadores de modo a impedir que as divergências teóricas particulares alterassem a descrição dos diagnósticos. Contudo, a confiabilidade dos diagnósticos comuns não implica que tais diagnósticos estejam “corretos”. Como afirmam Allan Horwitz e Jerome Wakefield, críticos do modelo do DSM, “a não ser que as regras sejam precisas, a segurança pode apenas representar todos juntos obtendo a mesma resposta errada” (2007, p. 100, tradução nossa). Em uma mesma direção, Philippe Pignarre acrescenta que “o DSM é antes de tudo uma ferramenta para estabelecer o consenso” (PIGNARRE, 2001, p. 21, tradução nossa).

Tal consenso deu-se à custa da perda do contexto da experiência depressiva na abordagem do transtorno. Esta considerável transformação permitiu que se tecesse uma crítica contundente por parte de alguns teóricos com relação à precariedade dos critérios do DSM: o Manual facilita a patologização dos sentimentos de tristeza comum que – ao que parece – ainda fazem parte da experiência humana. A despreocupação quanto à análise contextual do aparecimento dos sintomas incentiva a já difícil limitação das fronteiras presumíveis entre um episódio depressivo e uma tristeza comum. Com admirável franqueza, o próprio diretor da força-tarefa que produziu o DSM-III, Robert Spitzer, admite, em prefácio ao livro de Horwitz e Wakefield, que

ao passo que a definição do DSM de transtorno mental (...) especifica claramente que um transtorno envolve uma disfunção no indivíduo e não é uma resposta esperada a um estressor, a formulação dos critérios diagnósticos do DSM raramente leva isto em consideração. Em outras palavras, seus critérios especificam os sintomas que devem estar presentes para justificar um determinado diagnóstico, mas ignoram qualquer referência ao contexto em que eles se desenvolvem. Ao fazer isso, permitem que respostas normais a estressores sejam caracterizadas como sintomas de um transtorno (SPITZER apud HORWITZ; WAKEFIELD, 2007, p. viii, tradução nossa).

De fato, os sintomas atrelados ao Episódio Depressivo Maior seriam perfeitamente encontrados em casos de tristeza comum. Concentrar-se exclusivamente em sintomas talvez

facilite a patologização dos momentos de crise que, em outro contexto, não seriam tornados passíveis de investigação médica. Neste ponto, porém, talvez o DSM seja apenas um efeito e um instrumento de uma extrema dificuldade de nossa cultura de delimitação das fronteiras que caracterizariam de uma vez por todas uma “tristeza normal”. Quem seria capaz de estabelecê-las? A exigência da presença do critério de deficiência individual de funcionalidade social para o diagnóstico, por exemplo, não põe na mesa os problemas relativos ao modelo de sociedade performática que temos sustentado nas últimas décadas, de incitação pesada a um “bem-estar” idealizado⁷⁹.

Horwitz e Wakefield sustentam que toda a história dos saberes sobre a depressão no ocidente considerou a distinção entre tristeza normal e patológica, incluindo Freud e Kraepelin. Os autores propõem, assim, um mecanismo de identificação dessa tristeza normal que enfatizaria três características: a emergência dos sintomas em razão de desencadeadores ambientais, especialmente de perda; a proporcionalidade da intensidade dos mesmos em relação à perda que os provocou e, por fim, o cessar dos sintomas quando do fim da situação provocadora ou quando da progressiva recuperação do indivíduo em seu ajustamento às novas circunstâncias dadas (HORWITZ; WAKEFIELD, 2007, p. 16). Certamente, tais indicativos sutilizariam a pura descrição sindrômica do DSM. Contudo, a despeito da nobre intenção dos autores, convém nos indagarmos a respeito da imensa dificuldade de estabelecermos critérios duros de definição de elementos-chave de sua proposta como, por exemplo, a *proporcionalidade* da intensidade dos sintomas com relação à perda considerada.

Para além das críticas referentes à facilitação da patologização da tristeza a partir dos critérios do DSM-III, outros efeitos colaterais problemáticos do Manual foram levantados. Um deles é o aumento colossal de transtornos catalogados desde sua primeira edição de 1952. Este seria talvez um interessante indicativo dos modos pelos quais, no vocabulário foucaultiano, os problemas mentais têm sido alvo de intensa produção discursiva. A segunda edição do DSM apresenta 180 categorias. O DSM-III revisado sugere 292, enquanto o DSM-IV descreve mais de 350 (HEALY, 1997, p. 237). A quinta edição do DSM está sendo finalizada, com previsão de publicação para 2013. A tendência de aumento dos diagnósticos é grande. Para o novo Manual, estuda-se a inclusão de transtornos como “obsessão por compras” ou “compulsão por comida”, por exemplo, como mostrou matéria da Folha (COLLUCCI, 19 dez. 2008). Seriam os DSM indicativos de um evidente fracasso de nossa

⁷⁹ Neste sentido, o advento das terapias cognitivo-comportamentais é perfeitamente adequado a este cenário de redução de importância da contextualização dos sintomas para a abordagem dos problemas mentais. Seu foco no comportamento em detrimento da significação dos sintomas é certamente mais atraente no ambiente contemporâneo de primazia dos resultados rápidos e “eficazes”.

cultura em lidar com sofrimentos se não forem plenamente decifrados como transtornos mentais? Este seria um dos questionamentos proporcionados pelo polêmico Manual.

Finalmente, uma última observação sobre os efeitos colaterais negativos do DSM. Apesar de sua admirável tentativa de des-ontologização das doenças, substituindo-as pelas descrições sindrômicas dos transtornos, o que se nota socialmente é, infelizmente, o oposto:

à despeito do alerta inicial quanto à necessidade de não se aderir a uma reificação dos diagnósticos – tomando as descrições sindrômicas como equivalentes de entidades nosológicas ou doenças –, foi exatamente isso que aconteceu de forma progressiva a partir dos anos 80 (BEZERRA JR., 2007a, p. 141).

Por ser um marco na história da psiquiatria, por suscitar tamanha polêmica ao favorecer o borramento “oficial” dos liames entre tristeza normal e Episódio Depressivo Maior, a ascensão da psicopatologia descritiva com o DSM-III será um crucial fator para que os meios de comunicação de massa produzam sua governamentalidade da depressão. Como veremos no capítulo seguinte, diante do desamparo do modelo ideal de indivíduo no contemporâneo – que é instado a gerir seu próprio bem-estar segundo os modelos vigentes de saúde – a mídia se apresenta como definidora dos liames entre “tristeza normal” e “depressão”. Muitas vezes ela própria pode definir critérios puramente arbitrários para essas fronteiras, sob o invólucro de um discurso supostamente cientificista, em uma leitura banalizada do já problemático DSM.

Dada a facilidade de leitura dos transtornos humanos possibilitada pela psicopatologia descritiva reinante desde o DSM-III, não surpreende a disseminação da depressão pelos meios de comunicação que, desde a década de 90, arrogam-se os porta-vozes das condutas desejáveis que determinam o campo das ações possíveis dos indivíduos. Pode-se afirmar, sem correremos o risco do exagero, que, em muitas dessas descrições de transtorno mental pela mídia, há um quase absoluto apagamento da dimensão *humana*. Como irreverentemente assinalou Gary Greenberg, psiquiatra que também se debruçou sobre o tema da depressão,

o DSM é uma realização literária sem paralelos. Ele lida com as variedades de nosso sofrimento psicoespiritual sem qualquer comentário a respeito de onde ele se origina, o que ele significa, ou sobre o que pode ser feito sobre ele. É como se seus autores estivessem em Marte observando nossos descontentamentos por meio de um telescópio (GREENBERG, 2010, p. 15, tradução nossa).

O DSM-III, porém, foi apenas um dos importantes fatores de construção do sentido da depressão no ocidente da atualidade.

3.3 O avanço das neurociências

Apesar de os autores do DSM insistirem sobre a ausência de predileção teórica para com as abordagens dos transtornos, há uma clara sintonia entre suas diretrizes diagnósticas e as teorias de cunho neurocientífico, especialmente aquelas relacionadas à depressão. Esta interpelação fisicalista do problema, que pouco valor atribui à experiência subjetiva, será bastante presente na imprensa brasileira desde os anos 90. Como mostraremos no próximo capítulo, no começo da referida década esta corrente obteve destaque nas matérias que descreviam causalidades para o problema. Ao final da década de 90, porém, teria havido espaço para alguma relativização de perspectivas fisicalistas, embora tais ponderações tenham sido produzidas a partir da já referida máquina midiática de criação de atualidade. Dada sua participação na construção da depressão como objeto midiático, tratemos resumidamente então da descrição da depressão pelas neurociências.

O sucesso das chamadas neurociências há muito extrapolou as paredes e portas dos laboratórios científicos. Basta lançarmos uma rápida visada a qualquer banca de jornais para que percebamos a notória transformação do cérebro de um importante órgão de nossa constituição biológica para um efetivo *ator social* (BEZERRA JR., ORTEGA, 2006) da contemporaneidade. Do cinema às artes plásticas, da literatura às revistas femininas, todo um imaginário cultural referente ao cérebro é instalado. Sinapses, neurotransmissores, neurônios, serotonina, dopamina são apenas algumas das palavras massivamente difundidas deste novo vocabulário cultural.

Tal euforia não seria absolutamente desmedida. Desde a década de 1980, os avanços das neurociências têm sido imensos, a ponto de o decênio seguinte ter sido considerado “a década do cérebro” pelo então presidente norte-americano George W. Bush (ROSE, 2007, p. 187). Vários fatores podem ser convocados para explicar as razões de tal sucesso, dentre eles o aperfeiçoamento tecnológico dos aparelhos de produção de imagens cerebrais (como os PET-scans e a ressonância magnética), o sequenciamento do genoma humano, o *boom* da indústria de psicotrópicos, as conquistas e promessas no tratamento de doenças (notadamente as degenerativas) etc.

Essas transformações têm suscitado questões cruciais a respeito do modo como nos compreendemos como sujeitos. É certo que a procura do estabelecimento de uma linguagem técnica que vinculasse os estados mentais à estrutura neurológica humana acompanha o ocidente há bastante tempo. Há capítulos tristes desta busca no ainda recente século XIX, como é o caso da frenologia de Joseph Gall e, mais especificamente, a publicação de *O*

homem delinquente, do italiano Cesare Lombroso, de 1876. Gall sugeria que havia correspondências entre as localizações anatômicas do cérebro e tendências ao crime. Assim teríamos “o instinto carniceiro do homicida, por exemplo, marcado pela saliência dos ossos situados acima do conduto auditivo externo, ou a inclinação viciosa do ladrão, marcada pelo osso frontal saliente” (COURTINE; VIGARELLO, 2008, p. 342). Em Lombroso, há uma deterioração ainda mais terrificante dos pressupostos de Gall, visto que “o criminoso não é mais estudado como um acidente do aparelho craniano, mas como um gênero na história da humanidade” (COURTINE; VIGARELLO, 2008, p. 345). Pautado por sua “antropologia criminal”, chega a sugerir pena de prisão perpétua para os considerados “criminosos natos”.

Seria um erro grosseiro, no entanto, traçar uma linha de continuidade direta dessas perspectivas com os muitos trabalhos de grande seriedade e relevância produzidos nos últimos anos pelos chamados neurocientistas. Ainda assim, cabe a rememoração de episódios lamentáveis da humanidade como os que acabamos de citar, especialmente quando levamos em conta as eufóricas matérias jornalísticas com as quais estamos acostumados a nos deparar. Nosso próximo capítulo fornecerá alguns tristes exemplos a respeito da depressão filtrada por esta euforia neurocientífica.

Como sugeriu Ehrenberg (2004b, p. 130), teria havido uma cisão significativa no interesse das disciplinas que hoje se agrupam sob a denominação de neurociências. Inicialmente, focavam-se na problemática dos movimentos, dos sentidos humanos, da aprendizagem e na abordagem de doenças neurológicas (como o Mal de Parkinson, por exemplo). Havia ainda a ampla tradição da psiquiatria biológica que, como lembra Rose (2007, p. 193), desde o advento da clínica médica (que, como mencionamos no capítulo anterior, estabeleceu relação entre lesão do tecido humano e as doenças), tem-se esforçado na procura do deciframento das doenças mentais em um correlato material cerebral, embora sem grandes triunfos.

Atualmente, ainda segundo Ehrenberg, as neurociências têm direcionado seu olhar em dois outros sentidos. O primeiro deles seria para uma deliberada identificação das doenças mentais com as doenças neurológicas, o que certamente contribui para a diminuição da atenção fornecida à amplitude experiencial das doenças. O segundo sentido refere-se ao alargamento de seu perímetro de interesse: antes restrito aos sentidos, movimentos e doenças neurológicas, hoje a neurociência expande-se para os domínios das emoções, dos comportamentos sociais e dos sentimentos morais, para dizer o mínimo. Mal poderíamos enumerar as diversas novas áreas de pensamento que surgiram com as neurociências:

neuroarte, neuroteologia, neuroética, neuroeconomia, neuropolítica são apenas algumas delas (BEZERRA JR., ORTEGA, 2006).

Destarte, a nova abrangência das neurociências permite que distingamos dois modelos diferentes que qualificariam seus projetos de intervenção na vida humana (EHRENBURG, 2004b, p. 132): um programa *fraco*, cuja meta seria o progresso no tratamento de doenças neurológicas, além dos esforços de descoberta de aspectos neuropatológicos em problemas mentais como esquizofrenia, por exemplo; e um programa *forte*, mais ambicioso, que visa a identificar o conhecimento do funcionamento do cérebro ao conhecimento de nós mesmos como sujeitos. No limite, produzir-se-ia, neste programa forte, algo como uma “neurobiologia da personalidade” (EHRENBURG, 2004b, p. 132).

As possibilidades de descrição de si a partir de critérios exclusivamente fisicalistas trazem profundas alterações ao modelo de interioridade psicológica que tem na psicanálise seu dispositivo de investigação mais notório. No que diz respeito à apreensão dos transtornos mentais, cabe notar, por exemplo, a diferença do modo de investigação psicanalítico, assentado no lento processo de produção discursiva pela fala. Freud, ao criar seus próprios métodos de perscrutação do psiquismo, teria considerado seu mestre Charcot um homem visual, enquanto ele próprio seria mais propenso ao tecer discursivo (ROSE, 2007, p. 194)⁸⁰.

Neste sentido, as atualíssimas neuroimagens fortificariam a já intensa conexão entre imagem e verdade tão cara à cultura ocidental. A ilusão de transparência do corpo (e, neste modelo, também da mente entendida como um produto do cérebro) repousa sobre critérios de representação pouco questionados. A imagem do corpo parece igualar-se à verdade do corpo. Como argumenta o historiador da ciência Robert Crease:

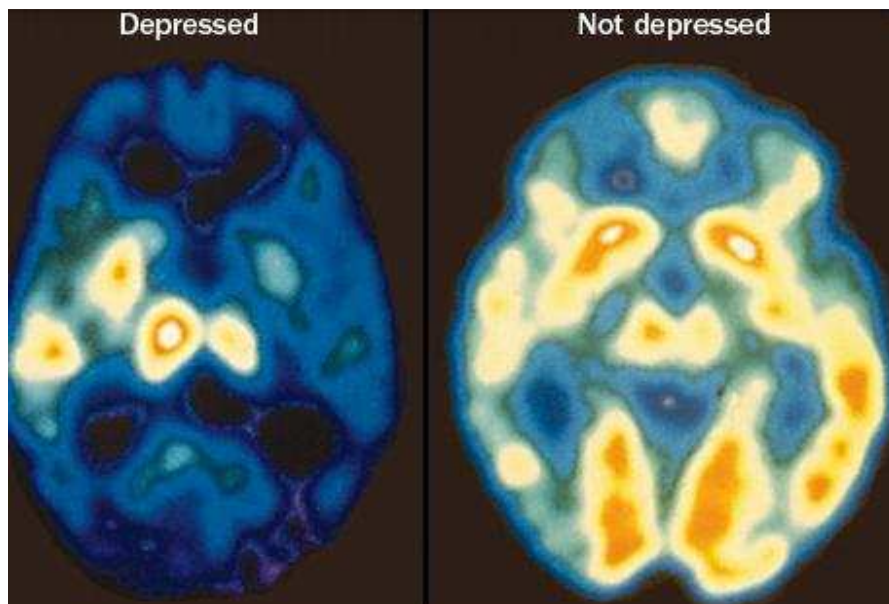
ao contrário de uma tabela, mapa ou diagrama, uma imagem amiúde parece ser “transparente”, nos dando o objeto representado diretamente *em vez de pela mediação de instrumentos falíveis que incorporam um determinado tipo de informação e excluem outro* – talvez igualmente importante – tipo de dados. Uma imagem pode nos iludir e levar a pensar que podemos conhecer um objeto de uma maneira que um gráfico nunca poderia (CREASE apud ORTEGA, 2008, p. 141, grifo nosso).

No caso da depressão, que é um problema fortemente caracterizado pela feroz disputa por diversos campos de saber, as imagens de “cérebros de deprimidos” comparados a “cérebros normais” forneceriam, no entender dos ocidentais apaixonados por imagens, a prova final de séculos de debates científicos. Um melancólico cérebro azul se compara a outro

⁸⁰ Em instigante trabalho, Didi-Huberman dedicou-se a explorar a iconografia produzida por Charcot no célebre Hospital de Salpêtrière. Cf. DIDI-HUBERMAN, Georges. **Invention of Hysteria: Charcot and the Photographic Iconography of the Salpêtrière**. Cambridge: MIT Press, 2004.

normal, em talvez uma desajeitada ironia aos famosos *blues* que enriqueceram a vida subjetiva de boa parte dos artistas que lhe dedicaram canções e poesias em outros tempos, como podemos ver na Figura 4.

Figura 4: Imagens de PET de um cérebro em depressão.



Uma argumentação muito difundida passou a vigorar, notadamente após o sucesso dos medicamentos ISRS, cujo exemplo mais conhecido é certamente o do Prozac, como veremos na próxima e última subseção. Este argumento postulou que a depressão seria resultado de uma baixa concentração de neurotransmissores (substâncias químicas responsáveis pela comunicação entre os neurônios), e especificamente de um deles: a serotonina. A depressão seria, então, fruto de um déficit químico, uma doença exclusivamente física.

A constatação da presença de serotonina no cérebro foi publicada pela primeira vez em 1954 (HEALY, 2004, p. 11). Seis anos depois, já tivemos a primeira teoria da deficiência química da depressão, que remonta a um estudo publicado em 1960 pelo pesquisador George Ashcroft (HEALY, 2004, p. 11). Porém, o artigo científico mais disseminado a propósito da hipótese do déficit químico da depressão foi escrito pelo psiquiatra Joseph Schildkraut cinco anos mais tarde, em 1965. Ele sugeria que níveis baixos de aminas poderiam ser atrelados ao desenvolvimento de transtornos depressivos. Seu trabalho ainda é um dos mais citados na história da psiquiatria (HORWITZ; WAKEFIELD, 2007, p. 168). David Healy ironicamente afirma que “este foi o artigo-chave da nova psiquiatria biológica, seu *Interpretação dos Sonhos*” (HEALY, 2004, p. 12), em referência ao clássico freudiano.

Há, todavia, uma série de objeções quanto à teoria do déficit de serotonina no meio científico. A primeira delas proveio do próprio cientista pioneiro George Ashcroft, ainda no ano de 1970. Ashcroft

concluiu que, o que quer que estivesse errado com a depressão, não era baixa serotonina. Estudos mais sensíveis não haviam mostrado qualquer baixa de serotonina. De fato, nenhuma anormalidade de serotonina na depressão foi jamais demonstrada. (...) Uma lacuna abriu-se entre a base científica e o entendimento público – *uma lacuna crucial para o desenvolvimento mais adiante da conversa da mídia sobre níveis reduzidos de serotonina* (HEALY, 2004, p. 12, grifo nosso).

Um fator decisivo, no entanto, merece ser reportado. Em 1968, o cientista sueco Arvid Carlsson havia dado grande ênfase à hipótese da serotonina (GREENBERG, 2010, p. 267) vinculada à depressão. Seus estudos, então, levaram-no a estimular importantes nomes da companhia farmacêutica Astra para a produção do primeiro inibidor seletivo de recaptação de serotonina, de que trataremos mais detalhadamente na próxima subseção.

Muitas críticas gerais ainda hoje vigorariam a propósito da atribuição causal da depressão a uma deficiência de serotonina, mesmo no interior das perspectivas biologizantes. Uma delas refere-se ao fato de que, apesar de a administração de ISRS promover mudanças imediatas nos níveis deste neurotransmissor em pacientes com depressão, somente após algumas semanas notam-se as primeiras remissões dos sintomas. Esta ocorrência permite levantar a hipótese de que talvez a depressão esteja menos vinculada diretamente ao nível da quantidade dos neurotransmissores do que a uma série de processos mais complexos associados à atividade amínica (HORWITZ; WAKEFIELD, 2007, p. 169), que somente lateralmente implicam a serotonina. Além disso, outras drogas que não afetam o funcionamento de neurotransmissores igualmente mostram bons resultados para os casos de depressão. Como coadunar então o transtorno à explicação causal exclusivamente química da serotonina se medicamentos que em nada alteram este neurotransmissor são também eficazes? Ainda no sentido de crítica à suposta especificidade da hipótese da serotonina, percebeu-se que, comumente, os medicamentos denominados de antidepressivos apresentam igual eficácia no tratamento de diversos outros transtornos como os de ansiedade, de déficit de atenção, dependência química etc, o que configura um argumento contrário àquele da particularidade da questão da serotonina relativamente ao Transtorno Depressivo Maior. Para finalizar, uma alegação estatística: apenas 25% dos pacientes diagnosticados com depressão apresentam déficit de serotonina e afins. Dificilmente se poderia supor que o desequilíbrio químico conformaria uma teoria definitiva a respeito do problema (HORWITZ; WAKEFIELD, 2007, p. 169).

Para além da hipótese de deficiência química, eclodiram ainda outros estudos de caráter fiscalista, como o da possibilidade de a depressão ser tributária de uma herança genética ou, em outra direção, de o transtorno ser fruto de problemas anatômicos em regiões cerebrais como a do córtex pré-frontal, a do hipocampo e a da amígdala, estes últimos pautados pelas imagens obtidas por PET e aparelhos de ressonância magnética. Há também constantes pesquisas realizadas com gêmeos univitelinos criados por famílias diferentes. A intenção, neste último caso, é a medição do grau de relevância (se ela houvesse) dos fatores ambientais para a determinação de ocorrência de depressão. Os resultados encontrados, no entanto, costumam ser bastante contraditórios (HORWITZ; WAKEFIELD, 2007, p. 167). Já os estudos genéticos são derivados do mencionado avanço da genética nas últimas décadas, cujo intuito tem sido o de tentar “descobrir variações em loci múltiplos em sistemas múltiplos de genes resultando em distribuições contínuas de fenótipos e susceptibilidades para transtornos particulares em ambientes específicos” (ROSE, 2007, p. 2005, nossa tradução). Propriamente, os estudos genéticos da depressão ganharam grande fôlego no meio científico dada a repercussão do artigo *Influence of Life Stress on Depression: Moderation by a Polymorphism in the 5-HTT Gene*, do psicólogo Avshalom Caspi, considerado pela prestigiada revista *Science* o segundo estudo científico mais importante de 2003 (HORWITZ; WAKEFIELD, 2007, p. 171).

Contudo, um fator nodal comum a tão variados estudos é a utilização dos critérios do DSM para a determinação do diagnóstico de depressão. Como indicamos mais acima, ao contar exclusivamente com a aparição sintomática, o delineamento preciso de barreiras entre um episódio depressivo e um estado de tristeza intensa torna-se por demais problemático. Um PET-scan do cérebro de alguém em estado de grande tristeza apresentaria o mesmo modelo de imagem conquistado por um paciente com Transtorno Depressivo Maior. As “provas” de verdade sobre o cérebro de deprimidos nestes casos talvez sejam apenas indicações de que alterações significativas de estados de humor provocam contrapartidas físicas, o que não seria exatamente uma “descoberta” extraordinária.

O impacto desse complexo conjunto de discursos de verdade oriundos do campo das neurociências é ainda demasiado recente para que o averiguemos adequadamente. Contudo, um pequeno exemplo retirado do livro de Nikolas Rose fornece-nos um vislumbre do poder que uma neuroimagem teria na produção do modelo de subjetivação de alguém diagnosticado com Transtorno Depressivo Maior. Trata-se do depoimento de um psiquiatra:

Leigh Anne veio me ver quinze meses após o nascimento de seu primeiro filho... Após tê-la diagnosticado com depressão maior, coloquei-a sob Prozac e comecei a

vê-la em psicoterapia. Seus sintomas desapareceram depois de apenas algumas semanas. Após vários meses Leigh Anne interrompeu o tratamento. Tinha entendido o ato de tomar Prozac como o tipo de ação de uma “pessoa deprimida”. Ela não queria se ver sob essa luz ou ser estigmatizada sob esse rótulo. Por vários meses após ter interrompido o tratamento, não teve reação adversa. Então os sintomas retornaram... Quando me veio ver novamente, Leigh Anne ainda não queria acreditar que alguma coisa estava “errada” com ela, resistia ainda a voltar com a medicação. Depois de eu ter solicitado um estudo cerebral para avaliar seu sistema límbico, fui capaz de lhe mostrar o evidente aumento de atividade naquela área do cérebro. Isto me forneceu a evidência necessária para convencê-la a voltar com o Prozac por um período maior (ROSE, 2007, p. 197, tradução nossa).

Para finalizar esta curta seção a propósito das relações entre estudos do cérebro e depressão, é pertinente que assinalemos algumas observações críticas. Em primeiro lugar, frisamos que, para expor este comentário crítico, não é preciso ignorar as inegáveis contribuições das pesquisas biológicas em diversas instâncias da vida contemporânea, especialmente na produção de bases para melhoria de condições de indivíduos que sofrem de males como doenças degenerativas, para citarmos apenas um exemplo. Em outras áreas correlatas, como a psiquiatria biológica, fazem-se as mesmas ressalvas. Seu problema

não está na recusa de um essencialismo psicológico, que supostamente a psicanálise acarretava nas classificações anteriores. Está no equívoco (epistêmico e ético) da adoção de outro, o essencialismo fisicalista, que reduz experiência subjetiva a mero comportamento (BEZERRA JR., 2002).

É urgente problematizar as implicações éticas de uma compreensão de nós mesmos por bases exclusivamente fisicalistas (e particularmente cerebrais, os *selfs neuroquímicos*, como diz Rose, ou o *sujeito cerebral*, como cunhou Fernando Vidal). Um caminho possível seria a medição do impacto da retórica fisicalista no vocabulário cotidiano das pessoas, a influência que sobre elas têm programas de televisão, matérias de jornais etc. A despeito do que muito se encontra massivamente difundido, sabemos que um cérebro é inserido em um corpo que, por sua vez, interage com um mundo de valores historicamente construídos, socialmente compartilhados e continuamente em mutação. As neuroimagens pouco nos dizem a respeito de nossa *experiência* na interrelação com as coisas que se nos apresentam. Como sugeriu Ehrenberg, há na ideia redutora de que a causa dos fenômenos psíquicos está no cérebro um retorno ao “velho sujeito transcendental, porém materializado. É a alma de Descartes, mas uma alma material. Paradoxalmente, se está tanto na teologia quanto na ciência” (EHRENBURG, 2004a, tradução nossa). A visualização de fluxos de sangue e consumo de oxigênio possibilitada pelas técnicas de produção das neuroimagens aponta menos para uma causalidade dos processos subjetivos do que para uma confirmação (um

pouco evidente para os ocidentais desde a secularização moderna) de que há um nexo direto entre emoções, sentimentos e afetos em geral e os mecanismos do corpo.

No que diz respeito à atualidade da depressão na imprensa brasileira, a chegada do discurso neurocientífico no começo dos anos 90 cauciona uma prioridade sociocultural do *comportamento* em detrimento da *experiência*, para fazermos uso do argumento de Benilton. Uma experiência compartilhada da depressão, forte característica de sua abordagem nas décadas de 70 e 80, tem assim menor espaço diante de um discurso de estímulo à responsabilidade individual com a própria saúde. Nesta reorganização discursiva, as neurociências como prova de verdade serão uma potente aliada. Pouco espaço se veria, a partir de então, na mídia, para afirmações como a da artista plástica britânica Susan Aldworth, que faz uso de imagens de cérebros para compor sua obra artística: “você pode olhar no meu cérebro mas nunca me encontrará” (apud ORTEGA, 2008, p. 149).

3.4 O *boom* dos antidepressivos

Mesmo uma apresentação tão panorâmica como esta que aqui redigimos não poderia menosprezar o papel do advento, no final da década de 80, dos medicamentos classificados como antidepressivos como um dos elementos que influenciariam decisivamente a tecnicização da depressão na imprensa brasileira.

O estrondoso sucesso mercadológico dos chamados antidepressivos é um fato inédito, se o comparamos aos medicamentos populares que os antecederam. Na década de 1930, substâncias como dexanfetamina já haviam sido comercializadas como estimulantes para pessoas que sofriam de fadiga crônica (HEALY, 2004, p. 4). Com grande alavancada nas décadas posteriores, temos já no começo dos anos 50 a introdução, na clínica médica, da primeira droga psiquiátrica realmente eficaz, a clorpromazina (BEZERRA JR., 2007a, p. 146). Também nos asfíxiantes anos 50 surge o tranquilizante meprobamato (comercializado com o nome *Miltown*), com efeitos de sedação e de relaxamento muscular⁸¹. No começo dos 60, os mais potentes benzodiazepínicos *Valium* e *Librium* foram tão populares que fizeram daquele a medicação mais prescrita nos Estados Unidos no ano de 1969 (HORWITZ; WAKEFIELD, 2007, p. 180). A ansiedade, foco de atuação dos benzodiazepínicos (conhecidos como ansiolíticos), era considerada a causa de diversos percalços da existência,

⁸¹ Com variações mínimas, a fórmula do *Miltown* foi reconfigurada contemporaneamente para a agora chamada *Soma*, homônima – lembremos - da famosa pílula da sociedade totalitária imaginada por Aldous Huxley (GREENBERG, 2010, p. 261).

assim como de doenças como a asma e a úlcera (HEALY, 2004, p. 5). O Valium chegou a ser considerado “a penicilina para os *blues*” (GREENBERG, 2010, p. 262).

Apesar da euforia social, os ansiolíticos estimularam fortes críticas. As feministas acusavam a recorrência das mulheres a este tipo de medicamento como uma fraqueza diante da necessidade de se “encarar de frente” as pressões provenientes das alterações culturais referentes aos papéis sociais da mulher. Congressistas americanos, como o senador Gaylord Nelson, questionaram a medicalização da frustração dos problemas comuns da vida (HORWITZ; WAKEFIELD, 2007, p. 181). Até mesmo os *Rolling Stones* dedicaram uma canção ao tema, a conhecida *Mother's Little Helper*⁸². Nos anos 80, com a forte repercussão da desconfiança de que os benzodiazepínicos provocavam dependência, esses medicamentos conheceram seu ocaso de popularidade (HEALY, 2004, p. 6; HORWITZ; WAKEFIELD, 2007, p. 181).

As primeiras pílulas especificamente voltadas para depressão também irrompem na década de 50. São os inibidores de monoaminoxidase (IMAO), formulados por Nathan Kline, e os antidepressivos tricíclicos, como a imipramina, descoberta por Roland Kuhn. Na década de 80, foram receitados cerca de 30 milhões destes antidepressivos, número ainda bastante inferior ao dos benzodiazepínicos, que obtiveram no mesmo período aproximadamente 70 milhões de prescrições. No entanto, as companhias farmacêuticas envolvidas em sua produção (Geigy e Roche) não demonstraram grande interesse pelas descobertas. Somente quando a companhia Merck fabricou a amitriptilina, em 1961, aventou-se a possibilidade de promoção tanto deste antidepressivo tricíclico *quanto da própria depressão* (HEALY, 2004, p. 8)⁸³. Na ocasião em que o pesquisador Frank Ayd – o primeiro a detectar as propriedades antidepressivas da amitriptilina – escreveu o livro *Recognizing the Depressed Patient* (“Reconhecendo o Paciente Depressivo”), a Merck encomendou cinquenta mil cópias do livro para distribuição entre médicos e psiquiatras ao mesmo tempo em que o composto era fabricado (HEALY, 2004, p. 8).

Nos anos 60 e 70, psiquiatras eminentes começaram a defender que muitos pacientes diagnosticados como ansiosos estavam, na realidade, deprimidos, e portanto deveriam ser medicalizados apropriadamente. Já em 1972, aconteceu o primeiro encontro do “Comitê para

⁸² “*Mother needs something today to calm her down/And though she's not really ill/There's a little yellow pill/She goes running for the shelter of a mother's little helper/And it helps her on her way, gets her through her busy day/Doctor, please, some more of these/Outside the door, she took four more/What a drag it is getting old*”.

⁸³ Cumpre ressaltar que a denominação “antidepressivo tricíclico” para a amitriptilina é posterior a sua fabricação, o que apenas reforça a hipótese da promoção do diagnóstico como sendo tão relevante quanto a publicidade dos medicamentos.

Prevenção e Tratamento da Depressão”, designado para a elaboração de regras que aprimorariam tanto o diagnóstico quanto o tratamento do problema.

Os esforços de divulgação muito provavelmente contribuíram para a popularização dos antidepressivos tricíclicos e dos IMAO. Entre 1975 e 1984, a prescrição destas drogas expande-se em 300% (EHRENBORG, 2008, p. 155). Apesar disso, havia uma série de problemas referentes a efeitos colaterais tanto dos tricíclicos quanto dos IMAO. Entre eles contam-se, no primeiro caso, relatos de suicídio e dificuldades de interação com outros medicamentos. Quanto aos IMAO, os problemas remetiam ainda às adversidades na administração do produto juntamente com alimentos, como o queijo, por exemplo (EHRENBORG, 2008, p. 159).

Neste contexto, a participação de Arvid Carlsson, como mencionamos mais acima, foi decisiva, talvez como um dos catalisadores de um movimento histórico em direção “à procura do antidepressivo ideal” para a comercialização. Carlsson, que demonstrara o papel da dopamina na doença de Parkinson, lançou a hipótese de que os estudos pioneiros de Schildkraut estavam corretos a respeito da relação entre a depressão e os neurotransmissores. Entretanto, Schildkraut enganara-se ao designar dopamina e norepinefrina como os “culpados” pelo transtorno. De fato, os neurotransmissores seriam os compostos químicos mais afetados pelos antidepressivos tricíclicos, mas “todos os membros dessa família também bloqueavam a recaptção da serotonina. E um olhar mais próximo para as estatísticas mostrou que as drogas mais fortemente serotoninérgicas eram as que melhoravam o humor” (GREENBERG, 2010, p. 267, tradução nossa). Desta forma, uma droga capaz de mirar *exclusivamente* na serotonina seria o antidepressivo perfeito.

Em 1971, após ter convencido a companhia farmacêutica sueca Astra a financiar suas pesquisas, Carlsson e seus colegas chegaram à zimelidina, princípio do medicamento *Zelmid*, o primeiro a inibir especificamente a recaptção de serotonina (GREENBERG, 2010, p. 268; HEALY, 2004, p. 18). No ano seguinte, um grupo de pesquisadores da companhia Eli Lilly sintetizou sua própria droga ISRS, que recebeu a nada comercial nomenclatura LY-110140. Não havia, por parte da Eli Lilly, consenso sobre a venda do serotoninérgico como “antidepressivo”. Com efeito,

ninguém estava certo de seu valor comercial. A serotonina, no final das contas, é distribuída pelo corpo e tem papel na digestão, no apetite, no sono, na pressão sanguínea, além de outras funções, logo o 110140 talvez pudesse ter muitos usos (GREENBERG, 2010, p. 268, tradução nossa).

Em 1981, a Astra recebeu a aprovação para a venda do *Zelmid* como um antidepressivo na Europa. Dentre as vantagens sobre os medicamentos anteriores, alegava-se a menor quantidade de efeitos colaterais dos inibidores de recaptação de serotonina (HORWITZ; WAKEFIELD, 2007, p. 182; EHRENBURG, 2008, p. 195-6). A droga foi tão bem-sucedida que foi licenciada pela Merck, que buscou aprovação da FDA para comercialização nos EUA. Ocorre que, em 1983, notificações de graves efeitos colaterais foram registrados (como a eclosão da síndrome de Guillain-Barré, um distúrbio neurológico ocasionalmente fatal). A Merck então abandona seu projeto de lançar a droga no mercado americano. Além disso, após o relato de doenças advindas como efeitos colaterais do medicamento, “de acordo com Carlsson, a companhia também não considerava que a população de depressivos seria grande o suficiente para justificar as custosas pesquisas necessárias para investigar o vínculo entre as drogas e as doenças” (GREENBERG, 2010, p. 269).

O que a Merck talvez não tenha sido capaz de antever foi o impacto do lançamento do DSM-III em 1980 e, particularmente, sua revolução com a criação do Transtorno Depressivo Maior. Ao restringir este transtorno a uma entidade clínica autônoma, designável facilmente pela observação dos sintomas que mais acima expusemos, o DSM-III diretamente contribuiu para o sucesso da divulgação da depressão como um problema específico a ser tratado por meio de medicações próprias que, no momento, estavam sendo desenvolvidas. Apesar de não haver indícios de vínculos diretos das companhias farmacêuticas com os criadores do DSM-III (HORWITZ; WAKEFIELD, 2007, p. 182), a presidente da Associação Americana de Psiquiatria Carol Bernstein admitiu: “na década de 70, foi preciso facilitar um acordo sobre diagnósticos entre clínicos, cientistas e autoridades reguladoras, *dada a necessidade de ligar os pacientes aos novos tratamentos farmacológicos*” (ANGELL, 2011, p. 48, grifo nosso).

Com efeito, a precisão na definição do Transtorno Depressivo Maior pelo DSM-III contribuiu para que as companhias farmacêuticas cumprissem a determinação da FDA de que uma droga deveria ser eficaz contra uma doença específica antes de ser lançada no mercado. Assim, os ISRS não poderiam simplesmente ser denominados “energéticos psíquicos”, “intensificadores de personalidade” ou “inibidores de aflição” (HORWITZ; WAKEFIELD, 2007, p. 183), embora tenham sido publicizados muitas vezes desta forma. A promoção da depressão entre profissionais de saúde e, especialmente, entre a população em geral fazia-se necessária. A Eli Lilly, que adquiriu a permissão da FDA para a comercialização de seu 110140 em 1987, então rebatizara seu composto de fluoxetina. Para os amigos mais íntimos, poder-se-ia chamá-la a partir de então de *Prozac*.

A companhia Eli Lilly apoiou uma série de eventos “educacionais”, como a DART (*Depression – Awareness, Recognition and Treatment*), nos Estados Unidos, e a *Defeat Depression*, no Reino Unido (HEALY, 2004, p. 9). O objetivo era promover o *Prozac* não como um “energético psíquico”, mas como um medicamento específico para uma doença particular denominada “depressão”, com a imensa vantagem propalada de não engendrar efeitos colaterais como os medicamentos anteriores. Como em toda história de sucesso mercadológico, outras companhias farmacêuticas logo lançaram seus antidepressivos na esteira do *Prozac*: o *Zoloft*, da Pfizer, foi aprovado em 1992 e o *Paxil*, da SmithKline Beecham, em 1993. Foi também a SmithKline a responsável pela cunhagem da sigla SSRI (em português, ISRS) para precisar a composição dos novos antidepressivos (GREENBERG, 2010, p. 269).

Para a popularização dos ISRS, uma resolução específica da FDA de 1997 foi de grande impacto. Neste ano, a agência enfraqueceu a rigidez das regras para a publicidade das companhias farmacêuticas, por meio de seu FDAMA (*Food and Drug Administration Modernization Act*). Dentre outras medidas, este ato reduzia consideravelmente as restrições para o fornecimento de informação dos usos *off-label*⁸⁴ que as companhias farmacêuticas poderiam compartilhar com os médicos. Desta forma,

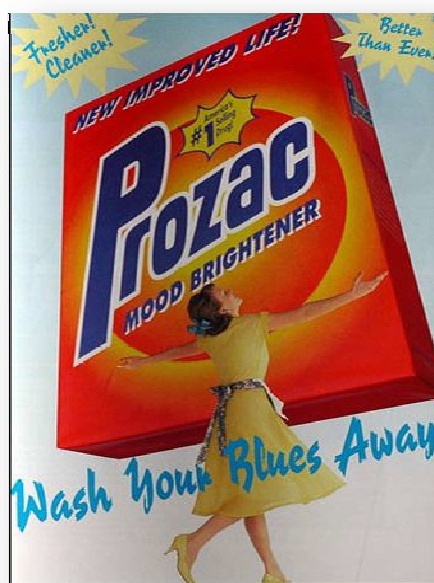
quando a *Food and Drug Administration* (FDA) aprova uma droga, ela só pode ser anunciada para a doença específica e o grupo etário (ex: adultos) para os quais foi testada. Entretanto, médicos podem usar quaisquer medicamentos para quaisquer transtornos ou pacientes para quem eles considerem apropriados; quando não é uma indicação aprovada pela FDA, este uso é chamado de *off-label*. A FDAMA permitiu que as companhias farmacêuticas e seus representantes de venda dessem aos médicos informações sobre usos *off-label* contanto que apresentassem documentação científica adequada ou estivessem engajadas em testes clínicos para novos usos. Assim, as novas regulações permitiram que as companhias farmacêuticas promovessem medicações para uso *off-label* (CONRAD, 2007, p. 16-17, tradução nossa).

Outra alteração considerável do FDMA foi o afrouxamento da transmissão de informação obrigatória sobre os riscos dos medicamentos nas publicidades voltadas diretamente para o consumidor (*Direct to Consumer – DTC*). Listas imensas com uma série de informações de risco relativas às drogas poderiam, a partir de 1997, constar apenas em *sites* ou anúncios pagos em jornais ou revistas, possibilitando assim que a publicidade dos medicamentos invadisse livremente espaços de comunicação como a televisão, por exemplo. A Eli Lilly gastou 22 milhões de dólares nos últimos seis meses de 1997 (GREENBERG,

⁸⁴ Usos *off-label* são utilizações das drogas para além das indicações para as quais supostamente foram fabricadas.

2010, p. 274) em anúncios do gênero “depressão não é apenas tristeza, mas uma doença com causas reais”. O crescimento em despesas com publicidade foi estrondoso. Se, por volta do ano 2000, as companhias gastaram 128 milhões de dólares em anúncios para consumidores (GREENBERG, 2010, p. 275), já em 2004 foram gastos nos EUA 4,5 bilhões de dólares somente em propaganda (CONRAD, 2007, p. 17).

Figura 5: Exemplo de propaganda americana do Prozac.



A observação de alguns exemplos das peças de publicidade do *Prozac* e de seus correlatos pode causar-nos espanto diante do estímulo indisfarçado que fazem da busca ansiosa pelo bem-estar individual (sentir-se *better than ever*, como propala o Prozac) por intermédio da administração das pílulas. Mais do que tratar transtornos, os antidepressivos prometem recuperar a atividade performática, reinstaurando-a de acordo com a hierarquia de valores contemporâneos de culto à atividade frenética e à flexibilidade. De fato, as propagandas de antidepressivos são apenas um sintoma de um movimento mais amplo que permeia a psiquiatria de nossos tempos, que “expandiu fantasticamente seu horizonte de ação, deixando para trás os limites da patologia e da terapêutica aventurando-se – com as chamadas *lifestyle drugs* – na seara da otimização do bem-estar ou do aperfeiçoamento (*enhancement*) da experiência” (BEZERRA JR., 2007a, p. 131).

Em 1993, o psiquiatra Peter Kramer alcançou grande notoriedade com seu *best-seller* *Listening to Prozac* (KRAMER, 1997), em que ressaltava que a droga em questão propunha questões para além das limitações entre doença e saúde, sendo seu aparecimento um marco na história da humanidade. Segundo Kramer, a existência do Prozac interpelar-nos-ia com

complexas indagações a respeito do que constituiria nossa humanidade uma vez que, quimicamente, seria capaz de produzir autoconfiança, menor sensibilidade à rejeição social, e uma grande desinibição no sentido de correr riscos (bastante cara, aliás, aos moldes da cultura vigente):

no fim, suspeito que as implicações morais do Prozac são difíceis de especificar não apenas porque a droga é nova mas porque nós igualmente o somos. (...) O Prozac é uma coisa boa? A essa altura, perguntar sobre o valor do Prozac – e me refiro aqui não apenas a seu uso em pacientes severamente deprimidos mas, preferencialmente, a sua viabilidade em alterar a personalidade – pode ser como perguntar se foi uma coisa boa para Freud ter descoberto o inconsciente. Uma vez cientes do inconsciente, uma vez que testemunhamos os efeitos do Prozac, é impossível imaginar o mundo moderno sem eles. Como a psicanálise, o Prozac exerce influência não apenas com sua interação em pacientes individuais, como também com seus efeitos no pensamento contemporâneo. No momento preciso, suspeito que chegaremos a descobrir que a moderna psicofarmacologia transformou-se, como Freud em seu tempo, em toda uma atmosfera de opinião sobre a qual nós conduzimos nossas diferentes vidas (KRAMER, 1997, p. 299-300, tradução nossa).

Todo o burburinho provocado pelo sucesso comercial do Prozac no começo dos anos 90 foi retomado no final da mesma década, porém em sentido diverso daquele inicial. Uma série de desconfiças a respeito tanto da eficácia do medicamento quanto de seus efeitos colaterais ganhou visibilidade. A presumida maior eficiência dos ISRS foi posta em interrogação em três sentidos. O primeiro deles refere-se à comparação de seus efeitos com relação aos antidepressivos anteriores, especialmente os tricíclicos. Neste caso,

a grande preponderância de evidência indica que eles [os ISRS] não são mais efetivos que os antidepressivos mais antigos: eles são simplesmente mais tolerados, seus efeitos colaterais são mais benignos, e eles carecem da natureza aditiva e da letargia potencial das medicações contra ansiedade (HORWITZ; WAKEFIELD, 2007, p. 184, tradução e acréscimo nossos).

O próprio Kramer, em entrevista à revista *Veja* em 2007 intitulada “Auto-retrato”, afirmou que “todos os remédios da classe de inibidores de recaptção de serotonina, da qual o Prozac faz parte, são, em minha opinião, antidepressivos medíocres. (...) vários pacientes respondem melhor aos antidepressivos mais antigos – os da classe dos tricíclicos” (VEJA, 14 mar. 2007, p. 89).

Um segundo sentido de crítica aos antidepressivos diz respeito a um questionamento mais radical sobre seus resultados. Em suma, nesta perspectiva, põe-se em dúvida a própria existência de *qualquer* efeito especificamente antidepressivo das drogas psicoativas. Um estudo realizado pelo psicólogo Irving Kirsch reanimou este debate recentemente (KIRSCH, 2010; ANGELL, 2011). Kirsch investigou todos os estudos clínicos que as companhias farmacêuticas responsáveis pelos principais antidepressivos precisaram promover para

solicitar à FDA a aprovação de suas drogas. A estrutura desses estudos é pautada por dois princípios: o do *duplo-cego* e o da administração de placebos. Médicos e pacientes envolvidos na pesquisa não são informados previamente sobre quais pílulas são antidepressivos e quais são placebos, mas os pacientes *sabem* que *podem* receber placebos.

Geralmente, é preciso que as companhias apresentem apenas dois testes para a dita aprovação. Contudo, os laboratórios são autorizados a promover quantos testes desejarem. Se a maioria resultar negativa, e apenas dois deles forem positivos, é o suficiente para que a aprovação para a comercialização seja concedida. Naturalmente, as companhias incentivam fortemente a publicação dos testes positivos em revistas médicas, enquanto os resultados negativos continuam secretos sob os domínios da FDA, que não os publica alegando propriedade privada. Ocorre que a equipe de Kirsch, por meio do uso da Lei de Liberdade de Informação dos EUA, conseguiu acesso aos 42 testes patrocinados pelas companhias responsáveis pelas estrelas da depressão: *Prozac*, *Paxil*, *Zoloft*, *Celexa*, *Serzone* e *Effexor*. A maioria dos testes era negativa. Mais acuradamente, concluiu-se que 82% dos placebos utilizados foram tão eficazes quanto os antidepressivos.

Por fim, há uma crítica que não somente contesta a eficácia dos antidepressivos como também enfatiza os prováveis efeitos colaterais perniciosos dessas drogas. Por exemplo, David Healy, psiquiatra e ex-consultor de companhias farmacêuticas, trouxe há alguns anos um relato aterrador de casos de suicídio vinculados à administração do *Prozac* (HEALY, 2004). Muitos outros relatos e estudos foram publicados, não sem a devida exploração dos concorrentes do *Prozac*, que pintavam com fortes cores os efeitos colaterais do medicamento da Eli Lilly,

especialmente a ansiedade, que a Pfizer alegava ser menos presente nos pacientes que usavam Zoloft. Anúncios do Zoloft em revistas profissionais transformaram ansiedade em uma palavra-código para suicídio, lembrando aos médicos das ações judiciais que a [Eli] Lilly vinha rechaçando há anos (GREENBERG, 2010, p. 273, tradução e acréscimo nossos).

Mais polêmico, o jornalista Robert Whitaker escreveu em seu *Anatomy of an Epidemic* que as drogas psicoativas poderiam na realidade até mesmo perturbar o funcionamento normal dos neurotransmissores. Ao aumentar o nível de serotonina nas sinapses, um antidepressivo estimularia um *feedback* negativo: os neurônios, em reação ao aumento provocado, liberariam assim menor quantidade desta substância, danificando o cérebro (ANGELL, 2011, p. 47).

Para além das controvérsias quanto aos antidepressivos, o fato é que toda a euforia social relativa a eles serviu – e ainda serve – de matéria-prima para a atualidade da depressão

na imprensa brasileira, como mostraremos no próximo e último capítulo. No entanto, as particularidades do Brasil acerca das regras de publicização dos antidepressivos diretamente para a população criam um quadro diferente do americano. Em nosso país, este tipo de publicidade não é permitido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Por outro lado, não é incomum encontrarmos, em matérias jornalísticas supostamente isentas, verdadeiros louvores a antidepressivos de marcas específicas, em atitude que nos conduz a desconfiar de que estamos com efeito diante de um *release* publicitário escamoteado. Nestes casos, talvez a propaganda dissimulada como apuração jornalística seja ainda mais perniciosa do que no caso da publicidade assumida dos antidepressivos, visto que se presumiria, no caso daquela, certo desinteresse do discurso amplamente propagado pelos meios de comunicação sob a aparência da hipótese didática. Há, todavia, imensas dificuldades de se exumarem os vínculos diretos entre companhias farmacêuticas e imprensa e por isso não nos adentraremos neste território.

* * *

A problemática da depressão na contemporaneidade é demasiado complexa para que sequer desejássemos dela compor um adequado rascunho neste capítulo. Se obtivemos sucesso, conseguimos unicamente indicar parte do emaranhado de atores diversos que têm contribuído para que este problema suscite uma afluência de discursos tão grande nas últimas décadas. Muitos ingredientes sociais de naturezas distintas combinaram-se de modo a produzir o “sucesso” da depressão, dentre os quais destacamos, pela exposição de algumas das principais vozes que sobre o tema têm se debruçado: uma nova economia do sofrimento decorrente das exigências de bem-estar performático (cujas bases de constituição relativamente à saúde enumeramos no capítulo anterior); a ascensão da psicopatologia descritiva que tem na publicação do DSM-III em 1980 um marco relevante; o recrudescimento das perspectivas fisicalistas que vêem no cérebro a fonte de toda subjetivação humana e, por fim, o *boom* dos antidepressivos no final dos anos 80.

Desta maneira, após dois capítulos de contextualização histórico-teórica, podemos finalmente retornar aos nossos arquivos de Veja e Folha de São Paulo. A partir de sua análise pormenorizada, procuraremos mostrar como todos esses fatores reorganizaram-se em um *modus operandi* próprio à produção discursiva dos meios de comunicação que inaugurará em nosso país, desde a década de 90, o tema da depressão como matéria-prima para o exercício da governamentalidade da imprensa de saúde.

4

A tecnicização da depressão na imprensa brasileira (anos 90 e 2000)

*“Hey, Blue
Here is a song for you
Ink on a pin
Underneath the skin
An empty space to fill in”
Joni Mitchell, “Blue”*

“A vida não tem cores para as pessoas que sofrem de depressão.
A descoberta, realizada por cientistas alemães,
prova o que há séculos é manifestado na pintura, na literatura e em outras artes.
Segundo um estudo da Universidade de Freiburg, na Alemanha,
a doença causa uma alteração fisiológica nos olhos,
cujo efeito é a perda de sensibilidade na visão”
“A depressão é cinza”,
notinha da Revista Veja de 11 de Agosto de 2010

4.1 O *doping* na lavoura: um epitáfio

Retiramos o título desta subseção de uma reportagem da revista Veja de 15 de Julho de 1992. Trata-se de uma matéria que alertava para os perigos da “medicalização do social” (AZEVEDO, 1992, p. 38) por conta da disseminação não-cuidadosa da prescrição médica de psicotrópicos para trabalhadores rurais muito pobres, na pequena cidade de Conceição do Castelo, Espírito Santo. Baseado em pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz, o texto associava as condições degradantes de trabalho daquele lugar ao aumento dos casos de “doenças nervosas”, estando a depressão entre eles. A opinião de um psiquiatra somada à descrição de alguns casos contribuía para que se enfatizasse a dimensão social do problema:

Amélio Pravato, 66 anos, irmão de Avelino, sofre “dos nervos” desde rapaz e toma os remédios há trinta anos. Hoje, usa diariamente Diazepan e Valium. “Ele sofre de depressão e hipocondria”, diagnostica seu médico (...). Luz Marina Gava também sofre com a monotonia de sua vida. Há três anos, depois de ter o terceiro filho, Luz adoeceu. O diagnóstico foi depressão pós-parto e ela tratou-se durante seis meses. Parou porque o marido não teve mais como pagar o tratamento. Ela conseguiu ficar boa sem tomar remédios durante três meses, até que problemas familiares a fizeram recomeçar. “É tudo nervo”, define ela, que toma Lexipride (AZEVEDO, 1992, p. 39).

Não selecionamos este texto para abrimos o capítulo que trata da atualidade da depressão tecnicizada na mídia brasileira porque ele seria “representativo” do fenômeno. Pelo contrário, de fato, funciona como um *contra-exemplo* cujo destaque aqui serviria

precisamente para melhor iluminar nosso ponto. Procuremos elucidá-lo, então. Vimos, no Capítulo 1, que o sentido midiático da palavra depressão no Brasil dos anos 70 e 80 atrelava-se majoritariamente ao contexto sócio-político-econômico do país, da repressão militar ao caos inflacionário da década de 80, no que definimos como *mal coletivo*. A matéria “*doping na lavoura*”, apesar de tratar de casos diagnosticados como depressão, e de contar com a consulta de um psiquiatra como especialista, poderia facilmente ser categorizada no âmbito deste mal coletivo. Em jogo, estão as singularidades sociais como condição de possibilidade do mal-estar depressivo, bem como os casos particulares dos pequenos agricultores mencionados, além do tom crítico com relação à opção pela medicalização apressada, sem problematização adequada do contexto.

Por que selecionamos justamente essa matéria, afinal? Porque ela apontaria para aquilo que, na década de 90 de que ela faz parte, *perdeu-se a ponto de alterar radicalmente o sentido hegemônico da palavra depressão na mídia*. Matérias como essa seriam artigos de luxo a partir de então, diante da enxurrada de cientificização midiática do mal-estar depressivo, somada a uma abordagem prescritiva da imprensa quanto às informações para autorregulação dos indivíduos. Como mostramos no Gráfico 3, do nosso primeiro capítulo, 35% das matérias da Folha tratavam da depressão científica na década de 80, enquanto 23% era o número de Veja no mesmo período. Na década seguinte, uma escalada que permaneceu de 2001 a 2010: 68% de matérias científicas na Folha, 62% na Veja; nos anos 2000, 78% na Folha, 81% na Veja.

Neste capítulo, trataremos mais detalhadamente do processo de tecnicização da depressão na imprensa brasileira. Em primeiro lugar, focaremos na especificidade da depressão como matéria-prima de atualidade jornalística. Daí, faremos um breve histórico da depressão tecnicizada na mídia nas décadas de 90 e 2000. Veremos então materializada a governamentalidade midiática da depressão, ou seja, a racionalidade própria das conduções de conduta implementadas pela mídia em se tratando de nosso tema. Por fim, apresentaremos as estratégias discursivas mais comuns na produção dessa atualidade que pudemos detectar a partir da análise de nossos arquivos.

Antes, porém, é preciso que caracterizemos isto que chamamos de *tecnicização da depressão na mídia*. Um dos pressupostos desta tese é a defesa de que a difusão de informações acerca desse tipo de mal-estar não é um puro decalque do que *uma* instância de produção de saber entendida como “a ciência” postula como verdade (o que chamamos de “hipótese didática”). Tivemos no Capítulo 3 um breve relance da pluralidade de sentidos que a depressão adquire no domínio dos saberes. Não faria sentido, portanto, subscrevermos que a

depressão tecnicizada na mídia é apenas reflexo de sua “evolução” na esfera dos saberes. Até o presente ponto, defendemos que a datação histórica da atualidade midiática do distúrbio – o *quando* de nossas perguntas iniciais – poderia ser relacionada a um conjunto plural de transformações que incorpora, por exemplo, a consolidação da medicina preventiva centrada na noção de risco, o surgimento dos novos métodos de diagnóstico (DSM-III em diante), a fabricação de novos medicamentos, a própria intensificação da valoração negativa da inação característica dos afetos hoje vinculados à depressão em uma sociedade de performance e, no Brasil, a redemocratização do país, a estabilização da economia e sua entrada com força no modelo globalizante de produção que incorporaria gradativamente tais valores. O objetivo presente é procurar mostrar como essa tecnicização se dá em termos de comunicação social: quais ajustes são feitos para que ela se concretize como discurso; quais suas especificidades no funcionamento da depressão como um *dispositivo discursivo*⁸⁵.

4.2 Características da tecnicização da depressão na imprensa

4.2.1 Perda da dimensão narrativa

O cerne constituinte da depressão como atualidade midiática a partir da década de 90 seria a passagem do sentido psicossocial coletivo da palavra para o sentido tecnicizado. Essa passagem se dará, materialmente, a nosso ver, primeiramente pelo *enfraquecimento da dimensão narrativa do distúrbio*, se preconizarmos a rica designação de Benjamin da narrativa como espaço de comunidade entre vida e discurso, experiência *coletiva* por definição. É claro que aqui deturpamos bastante o próprio Benjamin, visto que sua reflexão

⁸⁵ Tomamos a expressão “dispositivo discursivo” em um sentido distinto daquele expressado por Foucault, para quem o dispositivo discursivo seria restrito à formulação das *epistemes* (domínio do saber) tal como trabalhadas em *As Palavras e as Coisas* (2002). Na entrevista *Sobre a História da Sexualidade* (1979b), Foucault é interpelado a respeito de seu conceito de *dispositivo* que abrange uma grande heterogeneidade de elementos, *discursivos* e *não-discursivos*. O debatedor questiona como seria possível investigar um elemento não-discursivo (um conjunto arquitetônico como o panóptico, por exemplo) sem acesso a discursos. O cerne de sua crítica era: existe acesso ao não-discursivo por parte de um pesquisador? Para respondê-lo, Foucault diferencia o *dispositivo exclusivamente discursivo* tal como o define e a formação de saberes (pensemos no dispositivo de semelhanças do Renascimento, por exemplo) do dispositivo geral, que então lhe interessava, na análise da sexualidade (que pressupõe análise de textos e de práticas, *mesmo que essas só sejam acessíveis a partir dos textos de arquivos*). Ao nosso ver, há nessa resposta de Foucault um esforço produtivo de separação entre discurso como prática exclusiva de saber (episteme), discurso como prática que define os objetos de que fala (prática discursiva que aborda o complexo saber-poder) e qualquer texto genérico (discurso tomado como senso comum). Acessar o discurso (senso comum) não leva necessariamente ao acesso à prática discursiva, mas não se pode acessar a prática discursiva sem passar pelo discurso (senso comum). Assim, quando nos propomos tratar do *dispositivo discursivo* da depressão tecnicizada na mídia, levamos em consideração o sentido foucaultiano de prática. A análise dessa prática, porém, só é possível a partir do acesso aos textos, que no nosso caso são textos jornalísticos, não saberes.

sobre a crise da narrativa teria tido seu berço histórico na ascensão do capitalismo. Logo, sendo a imprensa uma das narrativas da Modernidade, em termos benjaminianos “ortodoxos” (!), a rigor não seria possível encontrar o sentido de *comunidade* na imprensa em qualquer hipótese, visto que só surgirá imprensa com advento do capitalismo. Forma artesanal de comunicação por excelência, a narrativa não teria como sobreviver ao regime da informação, visto que a informação deve ser plausível, deve ter verificação imediata, por exemplo. No regime informacional moderno, a informação só teria valor no momento em que é *nova*, ao contrário do que ocorre no modelo narrativo (BENJAMIN, 1994, p. 203-4). Assim, se fôssemos aqui estritamente benjaminianos, o tempo industrial da produção e do consumo da informação seria incompatível com a temporalidade alongada da narrativa, de enriquecimento simbólico da experiência⁸⁶.

Porém, mesmo cientes da apropriação/deturpação que fazemos de Benjamin, pensamos que o modelo de definição da narrativa pelo viés *coletivo* é produtivo para investigarmos a tecnicização da depressão na imprensa. A passagem da depressão como mal coletivo na mídia para sua tecnicização nos anos 90 implica, em termos de construção do discurso, uma perda da dimensão comunitária característica da narração, *mesmo em se tratando de um discurso de imprensa*. Se a dimensão comunitária, reflexiva, teria sofrido um duro golpe com a imprensa na Modernidade, digamos que, no caso da depressão, ela sobrevivia na *temática* do distúrbio no período anterior aos anos 90, como procuramos mostrar anteriormente⁸⁷.

Encontramos esse resquício de dimensão comunitária em nosso exemplo inicial, já exceção em sua época: a matéria “*doping* na lavoura”. A atenção à medicalização de trabalhadores pobres, bem como o questionamento à pouca importância dada aos *contextos* de produção dos transtornos mentais é indício dessa preocupação comunitária presente na narrativa, especialmente na descrição dos casos particulares e nas vozes dos especialistas:

Brani [pesquisadora da Fiocruz responsável pela pesquisa] acredita que os moradores de Conceição do Castelo devem se unir para resolver seus problemas coletivamente. A Associação de Pequenos Produtores Rurais vem fazendo um trabalho de convencimento dos lavradores para trocarem a monocultura pela diversificação de produtos de cultivo mais simples, como inhame, batata, tomate, além da produção de leite (...) Pode ser pouco, mas já é um primeiro passo para mostrar aos moradores de Conceição do Castelo um horizonte mais promissor que o balcão da farmácia (AZEVEDO, 1992, acréscimo nosso).

⁸⁶ Daí a conhecida (e bela) frase de Benjamin: “o tédio é o pássaro do sonho que choca os ovos da experiência. O menor sussurro nas folhagens o assusta” (BENJAMIN, 1994, p. 204).

⁸⁷ Nossa deturpação de Benjamin seria, portanto, transformar a perda da dimensão narrativa como *fator estrutural* da imprensa em *fator de conteúdo* dos textos.

A narração dos casos singulares para além de descrições de sintomas individuais sinalizava o *valor* dado à preocupação com o coletivo. Que fique claro que isso não significa dizer que efetivamente o coletivo era mais bem cuidado materialmente pelas instâncias sociais. Mostra, entretanto, uma diferente hierarquia de valores que se observa no texto jornalístico pela visibilidade que esse sentido de fraternidade (e não piedade, como vimos no Capítulo 1) adquiriu de 1970 a 1990. A perda do pensamento sobre o mal-estar coletivo e o consequente centramento na dimensão individual da depressão é, assim, um dos principais mecanismos de sua tecnicização na mídia.

4.2.2 Passagem da imanência sociocultural à transcendência técnica

Concretamente, no discurso midiático opera-se uma radical despolitização centrada na a-historicidade da abordagem do distúrbio. O foco passaria do contexto social produtor da depressão para algo como “a” depressão em si, tomada como entidade, essência, quase sempre igual a ela mesma, passível de ser localizada e descrita por um saber técnico. Talvez podemos afirmar que a tecnicização da depressão na mídia nos anos 90 caracteriza-se por uma transformação de seu sentido, que vai da imanência social à *transcendência técnica*. Essa dita transcendência técnica se materializa discursivamente na ancoragem das matérias em pesquisas científicas. Acompanhemos, no Gráfico 9 abaixo, o crescimento da menção a pesquisas científicas na tematização da depressão, dos anos 70 até 2010. Não contabilizamos aqui os textos que não indicam *explicitamente* que as informações fornecidas foram baseadas em pesquisas científicas publicadas, mesmo que se intua que isso foi promovido.

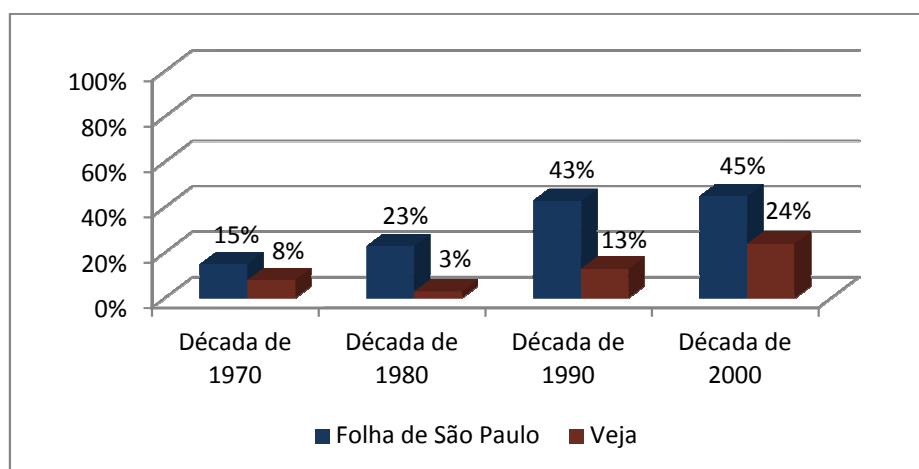


Gráfico 9: Presença explícita de pesquisas científicas que mencionam depressão, na Folha de São Paulo e na Veja. % do total de matérias categorizadas, por década.

O apoio crescente das pesquisas científicas a partir da década de 90 contribui para a transcendência técnica da depressão na mídia na medida em que reforça a tendência generalizada da medicina contemporânea a subscrever a lógica da gestão de risco, analisada no Capítulo 2. Há, portanto, ênfase na dimensão individual do gerenciamento de informações para o cuidado com a própria saúde a partir de uma intransigente valoração da *segurança pessoal*. Por outro lado, o risco na mídia guarda diferenças em relação ao risco tal como tratado pelas publicações científicas sozinhas, como indica a doutora Olinda Luiz, em livro dedicado ao tema:

O risco expresso nos jornais é diferente daquele do artigo científico, pois adquire uma dimensão maior que este e deforma a polêmica e o caráter coletivo na construção do conhecimento. A ciência, a partir do texto jornalístico, é aquela cuja dinâmica é entendida de forma linear e cumulativa, em que um conhecimento substitui o outro tido como menos científico, numa linha ascendente e evolutiva. Nesta concepção a realidade existe independente de quem a observa, e a ciência é constituída por um conjunto de métodos e procedimentos que garante o conhecimento “verdadeiro” dessa realidade (LUIZ, 2006, p. 155-6)⁸⁸.

A partir da década de 90, no caso da depressão, as pesquisas científicas centradas no parâmetro do risco serão fonte para a construção de um sentido transcendente do distúrbio. Reforça-se, aqui, o que chamamos de “hipótese didática” e “hipótese do receptor racional” que embasam a governamentalidade do jornalismo em saúde. Se, nas décadas anteriores, a depressão surgia majoritariamente atrelada às situações concretas, a partir de então será em sua maioria respaldada por uma visão do humano prioritariamente *ideal*.

4.2.3 Pressuposição de uma concepção niilista do homem

Não subestimemos essa transcendência técnica adquirida pela depressão. Ela pressupõe uma concepção do humano bastante particular. A passagem da depressão de mal coletivo para algo como um mal natural tecnicizado privado na mídia inscreverá esta forma de mal-estar humano em critérios que definem *abstratamente* o homem. Pensamos aqui com o apoio do filósofo Alain Badiou, para quem a ética contemporânea é *niilista*, uma vez que seus postulados procuram definir o Bem a partir do Mal (dialética negativa), além de convocar um

⁸⁸ Neste livro, a autora mostra, a partir da comparação de matérias jornalísticas com os artigos científicos que lhes deram origem, exemplos da dimensão maior que o risco adquire na mídia em relação a seu uso pela ciência, como a confusão deliberada entre “risco” e “risco relativo” em uma notícia acerca do fumo passivo e das probabilidades de se contrair câncer do pulmão. O artigo original trabalhava na esfera do “risco relativo”, sendo que este significa “quantas vezes o risco de pessoas expostas ao fumo passivo é maior do que o risco daquelas que não estão expostas a este fator” (p. 155). Ao ressignificar o “risco relativo” como simplesmente “risco”, a matéria avançou muitos degraus na escala da probabilidade de se desenvolver a doença. O possível tornou-se provável.

ideal de homem em que este termina por se apresentar desprovido de qualquer traço do que tradicionalmente definia sua humanidade, uma vez que é genericamente entendido como um animal mortal, *vítima* potencial do Mal do mundo, “tornado abstrato pela estatística” (BADIOU, 1993). A abstração do humano pela estatística – saber técnico por excelência do biopoder – aparecerá na tecnicização da depressão na mídia a partir de sua ligação com as pesquisas científicas e com o imaginário científico produzido no ambiente jornalístico.

Aquele que deverá evitar a depressão, tomada como mal absoluto, inscreve-se no registro de um sujeito universal,

de modo que este sujeito é ao mesmo tempo um sujeito passivo, ou patético, e reflexivo: aquele que sofre; e um sujeito de juízo, ou ativo, ou determinado: aquele que, identificando o sofrimento, sabe que é necessário fazê-lo parar por todos os meios disponíveis (BADIOU, 1993, p. 11, tradução nossa).

O homem então seria aquele capaz de se reconhecer como vítima dos sofrimentos gerados pelo mundo e, reconhecendo-os, procuraria saná-los *individualmente*. A naturalização dessa ideia de humano seria fortalecida, ainda segundo Badiou, por sua *aparente evidência*. Seus efeitos, contudo, são facilmente identificáveis em nossa atualidade: desencadeamento da quase exclusiva valoração positiva de egoísmos calcados no modelo do *winner* americano, que se expressa, por exemplo, na extrema precariedade das políticas de emancipação desde os anos 60 e 70 (a partir de então, as políticas de identidade foram gradativamente absorvidas majoritariamente pelo modelo do consumo), ou na multiplicação das violências étnicas, tendo como pano de fundo a “universalidade da concorrência selvagem” (BADIOU, 1993). Ânsia pelo controle do futuro, a gestão de risco banalizada pela mídia tende ao *conservadorismo* mesmo quando (ou talvez principalmente) se vende como libertária⁸⁹.

No Capítulo 1, afirmamos que a atualidade da depressão na mídia é sustentada por uma tríade que leva em conta o aumento do número de matérias que citam o problema (*questão quantitativa*), acompanhada de uma mudança radical do sentido da palavra (*questão qualitativa*) e da questão da irrelevância do protagonismo do distúrbio nas matérias (em outras palavras, o fato de a depressão aparecer mesclada com outras questões de saúde é tão importante para sua visibilidade quanto os casos em que ela é o tema principal do texto publicado). Em relação a este último fator, sugerimos que a atenção dada à depressão tecnicizada a partir dos anos 90 é fragmentada em diversas editoriais (cuja apreensão nos foi facilitada pelo acesso aos arquivos digitalizados). Depressão tecnicizada por toda parte: em

⁸⁹ Por exemplo, nos casos das condutas *radicais* de risco, que citamos no Capítulo 2 como exemplos de contra-imitação.

matérias sobre comportamento dos solteiros, em reportagens sobre o uso da internet por adolescentes, encontramos ali escondidos os riscos da depressão. *Se há, portanto, transcendência da depressão, é porque houve, primeiramente, transcendência técnica da própria definição de saúde.*

Paulatinamente, o tema da saúde ganha espaço na imprensa. A transcendência, principal característica da tecnicização da depressão na mídia, permite que a generalização das descrições do problema possa ser absorvida por qualquer um disposto a gerir-se de acordo com as informações difundidas, *sendo suas peculiaridades pessoais ou sua história compreendidas somente segundo a dinâmica da saúde.* O modelo anterior, ao remeter o distúrbio às vivências coletivas, em sua maioria, fazia reduzir a intensidade da responsabilidade pessoal pelo estado depressivo. A partir dos anos 90, o discurso predominante da depressão na mídia ecoa a ética contemporânea que, pela determinação negativa apriorística do mal, se furta a pensar a singularidade das situações.

4.2.4 Submissão à lógica do risco epidemiológico e borramento problemático dos limites normal/patológico

Há uma infinidade de exemplos de matérias que formula a depressão pela tônica do risco. Destacamos uma que reforça muito claramente o caráter individualista da disseminação da informação segundo esse aspecto. O tema em questão era justamente a *solidão*, em uma reportagem de capa de Veja. Com título “Lição de casa: aprender a viver só”, o texto ressaltava quão importante seria o estabelecimento de relações afetivas para um indivíduo. Não se tratava, contudo, de tornar visíveis os pormenores da interdependência humana. Paradoxalmente, o estímulo a viver em conjunto apenas reforçaria o paradigma da autossuficiência contemporânea:

Segundo estudos médicos, a falta de um parceiro contribui para debilitar a saúde. Explica-se: os solitários tendem a levar um dia-a-dia mais desregrado, com menos rotina, o que do ponto de vista orgânico é uma bomba-relógio. Perturbações de ordem psicológica também podem surgir: a solidão força a pessoa a conviver consigo mesma dentro de um quadro de introspecção que pode tornar-se insuportavelmente sufocante. Tudo somado, as estatísticas confirmam que solteiros e divorciados têm mais possibilidade de cometer suicídio e são vítimas mais frequentes de depressão, diabetes, câncer de fígado e de pulmão. Sua expectativa de vida é menor (VEIGA, 2001, p. 105).

Outro exemplo chamou-nos a atenção por conta de seu traço próximo do tragicômico. Na matéria “Estudo liga doença mental a sexo”, publicada na Folha no dia 06 de Agosto de

2000, reforça-se o aspecto conservador da política de risco a que nos referimos acima, aqui pintado com tintas fortes. A matéria traz uma pesquisa que relaciona o “comportamento sexual de risco” ao desenvolvimento da depressão. É assim que “a depressão, ao contrário do que o senso comum diz, está ligada a comportamento sexual de alto risco, caracterizado por grande número de parceiros, falta de proteção e iniciação precoce” (SANDLER, 2000, p. A25). A expressão “ao contrário do que o senso comum diz” serve aqui para reforçar a hierarquia de valores subsumida na tradução do discurso científico para o jornalístico. Nessa perspectiva, o jornal se distanciaria do senso comum por conta de sua reputação “mais verdadeira” conquistada no apoio dado pela ciência.

A matéria de 2000, cerca de quarenta anos após a revolução sexual sessentista, associa a “doença mental” à prática de se transar com vários parceiros, ter iniciado a vida sexual antes dos 16 anos ou não fazer uso de preservativo: “O comportamento de risco poderia resultar da doença mental. Ou, como destacam os autores do editorial, o sexo arriscado, por criar situações de angústia e frustração, pode influir no desenvolvimento de problemas mentais” (SANDLER, 2000, p. A25). Assim, nessa concepção, a angústia e a frustração não são características humanas; devem ser evitadas para que não aumentem o risco de doenças. “O fundo do problema é que, de uma certa maneira, toda definição de Homem a partir da felicidade é niilista”, diz Badiou (1993, p. 35). O niilismo conservador da concepção de risco é coroado ainda ao final da matéria, que afirma: “o comportamento de risco seria um sinal de que algo não vai bem, e não simples rebeldia adolescente ou ‘liberação’ de costumes” (SANDLER, 2000, p. A25).

Vimos no segundo capítulo que um dos elementos caros à ideia de risco é o borramento das fronteiras entre doentes e não-doentes, visto que se propaga generalizadamente o cuidado constante da saúde, naquilo que Castel chamou de “terapia para os normais” (1981). Esta diluição de limites é um dos pressupostos para a atualidade das matérias sobre risco na mídia. No caso da depressão, o que percebemos é uma ansiosa e tagarela tentativa de definição do que seria *normal* para que isto sirva de justificativa para a legitimidade das matérias apresentadas. Por outro lado, paradoxalmente, a busca ansiosa por definições da normalidade (distintas, variáveis geralmente de acordo com a pesquisa-base da matéria divulgada) nos mostra exatamente dois pontos: a enorme dificuldade do estabelecimento dos parâmetros seguros de normalidade em nossos tempos e, finalmente, a irrelevância da distinção normal/patológico para o incentivo à administração de produtos tecnológicos derivados da ciência (medicamentos, novos tratamentos etc) pelas intervenções de poderes-saberes variados na otimização do bem-estar.

Diante da disseminação generalizada de informações sobre risco à saúde que atingiria a todos, doentes ou não, a insistência em parâmetros de normalidade nas matérias (sempre variáveis) funcionaria como mero invólucro cujo objetivo seria certificar a validade dos argumentos do discurso midiático em questão. Entretanto, tais parâmetros não configuram um pressuposto para o consumo de medicamentos, atrelado muitas vezes à definição pessoal do “útil” ou “inútil”. Como sustenta Ehrenberg,

não se distinguiria mais cuidar-se de drogar-se. Em uma sociedade onde as pessoas tomam substâncias psicoativas permanentemente que agem sobre o sistema nervoso central e modificam assim artificialmente seu humor, não se saberia mais *quem se é* nem mesmo *quem é normal* (...). De fato, uma grande suspeita é manifestamente instalada: um bem-estar artificial teria tomado insidiosamente o lugar da cura. Segue-se uma série de questões não-resolvidas. O sofrimento é útil? E se sim, para quem? Estaríamos próximos de uma sociedade de confortáveis dependências na qual cada um tomaria cotidianamente sua pílula psicotrópica? Não estamos fabricando hipocondríacos em massa? Podemos ainda distinguir entre os males e frustrações da vida ordinária e o sofrimento patológico? É preciso fazê-lo? (EHRENBURG, 2008, p. 12, tradução nossa)

Vejamos, por exemplo, o caso das potencializações de efeitos performáticos concretizados pela administração de drogas como o Viagra ou a Ritalina. Encontramos com alguma periodicidade em textos que abordam o assunto a presença da palavra *doping*, pertencente originalmente ao vocabulário esportivo, ao referir-se ao uso de substâncias químicas que promoveriam artificialmente o aumento da capacidade física de atletas, pondo-os em condições desiguais de competição em relação aos outros esportistas.

Em 12 de Junho de 1996, por exemplo, *Veja* trazia a reportagem “A sedução do doping”, cujo “sutiã”⁹⁰ era “Mais disseminadas do que nunca, as drogas no esporte triunfam na busca de medalhas” (HARAZIM et al, 1996, p. 97). No texto, encontrávamos informações sobre o uso generalizado do *Prozac* por atletas tendo em vista o aumento do potencial energético, *sem que no entanto isso fosse considerado doping*. Isto era possível à época uma vez que o antidepressivo em questão não era ainda droga catalogada no índice do Comitê Olímpico Internacional, podendo assim ser utilizado sem limitações. Afirmam também no texto que o *Prozac* teria sido o responsável pela volta ao atletismo do importante Alberto Salazar, afastado do esporte por muitos anos até então, segundo o próprio atleta. O exemplo do *Prozac* serve, no texto, para mostrar como são relativas as fronteiras entre *doping* e não-*doping*, e ali lança-se a tese de que a liberação do medicamento poderia fazer com que todos

⁹⁰ “Sutiã”, no jargão jornalístico, é a frase localizada imediatamente antes do primeiro parágrafo do texto, cuja função é ambientar o leitor ao conteúdo da matéria.

os atletas competissem em “igualdade de condições”. Temos, aqui, um bom exemplo de discussão midiática a respeito das chamadas *lifestyle drugs*, abordadas no capítulo anterior.

Como vimos, essa discussão não se restringe ao *doping* no ambiente esportivo. Em muito ela ultrapassa seu berço semântico. Discutiu-se, há alguns anos, o uso de ritalina por estudantes americanos, cada vez mais exigidos em termos de concentração e de competição com outros alunos. O cerne do debate sobre a aprovação ou não do procedimento era unicamente a dificuldade *econômica* de se prover medicamentos para todos os estudantes, o que criaria, assim, um cenário de *desigualdade de condições*. A controvérsia posta em termos de “democracia” ignora possíveis condições de possibilidade do surgimento do problema: o recrudescimento do grau de competitividade de nossa sociedade, que exige uma produção (material e imaterial) do corpo para além dos seus limites já esgarçados⁹¹. Diante dessa valoração social, a discussão sobre a artificialização da vida ou a ingestão de medicamentos por pessoas saudáveis parece quase obsoleta.

O caso-limite da medicalização do comportamento cujo objetivo é a potencialização de forças indica quão móveis são as fronteiras do “normal” nas matérias concernentes ao universo da saúde. O ideal de normalidade presente no discurso midiático parece se construir, nesse caso, em termos do que é *produtivo* ou *improdutivo*, *desejável* ou *indesejável*. Ainda assim, são limites bastante móveis, em muito influenciados pelas constrictões caras ao discurso midiático do que é conveniente, novidade e conflito: seu desafio de captação (CHARAUDEAU, 2010; LUHMANN, 1992).

Soma-se a esse quadro a insistência na redução do estigma da patologia mental, no caso da depressão e de outros “novos” transtornos, como a síndrome do pânico ou o DDA. É assim que ganham grande destaque, por exemplo, matérias como a de Veja de Março de 2001, com o *elegante* título “Não é só coisa de maluco” (VEJA, 27 mar. 2001, p. 74). Nela, lemos que “milhões de pessoas sofrem de desordens mentais, mas não procuram ajuda por ignorância ou medo de serem estigmatizadas. A mais comum é a depressão”. Informar-se sobre a saúde é o caminho para que se supere a “ignorância” manifestada no ato de não procurar a orientação de um especialista. A reportagem diz que “a doença tem um forte componente hereditário, mas ninguém está livre de ser atingido”. Potencialmente deprimidos somos todos, por isso é melhor informar-se continuamente para saber como cuidar de si responsabilmente. A última frase do texto é bastante representativa dos móveis limiares da normalidade tal como se tornam visíveis na mídia. Depois de apresentar pequeno teste

⁹¹ Trabalhamos mais detidamente esse tema em artigo com Ieda Tucherman “Turbinando cérebros, construindo corpos: sobre mídia, biotecnologias e eficácia”, 2009b.

(baseado no DSM, apesar da ausência dos créditos), sugere: “se você acha que sofre de uma desordem mental como as descritas aqui, não hesite em marcar uma consulta com um especialista. *Louco é quem não procura ajuda*” (VEJA, 27 mar. 2001, p. 74, grifo nosso).

Outro bom exemplo da impermanência das fronteiras entre normal e patológico (por vezes fortificada, por vezes quase totalmente desbotada) está nas famosas páginas amarelas de Veja, em que temos a entrevista de título “A normalidade existe”, em Maio de 2007. Nela, o Dr. Valentin Gentil Filho, psiquiatra do Hospital das Clínicas de São Paulo, sentencia:

Quem pode atestar que o sofrimento faz bem? Por que não aliviar o desconforto de um paciente se temos meios para isso? Tristeza não é depressão, mas pode ser um dos sintomas dela. Um luto, por exemplo, pode desencadear uma depressão. Esse é um julgamento de valor inerente a cada situação específica, a cada diagnóstico médico (VEJA, 02 mai. 2007, p. 14).

O psiquiatra reforça o duplo poder médico de decidir sobre o limite da tristeza que é risco de patologia e de nela intervir a partir da administração de psicotrópicos. Critica ainda os colegas que operam segundo o “antigo” paradigma:

Há terapeutas que resistem a prescrever antidepressivos, dizendo a seus pacientes: ‘Sei que você será capaz de superar seus problemas, sem ter de recorrer a medicamentos’. Isso é um absurdo. *Erramos menos quando diagnosticamos um pouco a mais do que quando nos omitimos* (VEJA, 02 mai. 2007, p. 14, grifo nosso).

A frase em destaque do psiquiatra entrevistado ecoa em alguns textos analisados por nós. É algo frequente (embora menos do que acreditávamos encontrar) o argumento do problema dos subdiagnósticos da depressão ou da importância de se concluir o diagnóstico o mais cedo possível. Muitas vezes, tais “problemas” são atribuídos à falta de treinamento de médicos de pronto-atendimento, que deveriam saber identificar o distúrbio quando ouvem queixas de pacientes:

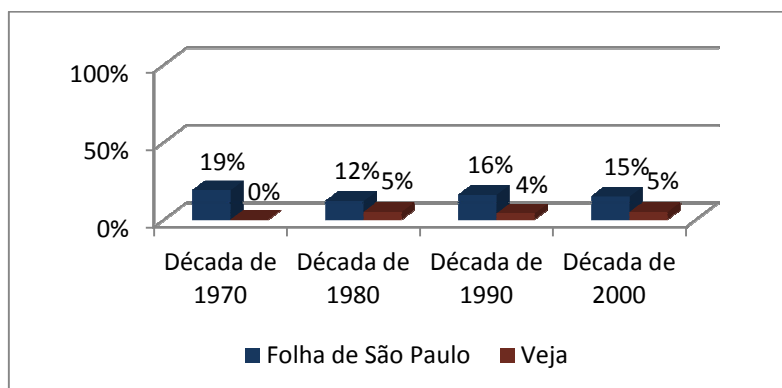


Gráfico 10: Presença do argumento do subdiagnóstico ou da importância do diagnóstico precoce, na Folha de São Paulo e na Veja. % do total de matérias científicas da depressão, por década.

A informação midiática disseminada como, por exemplo, um alerta sobre os subdiagnósticos ou sobre a necessidade de se diagnosticar cedo o distúrbio, em conjunto com uma deliberada tentativa de redução do estigma da depressão, cria o solo ideal para a instigação do interesse dos leitores pelos sintomas do mal a atacar, bem como dos tratamentos disponíveis. Em nosso arquivo, encontramos exemplos desta disseminação diagnóstica em matérias como a da Folha em Fevereiro de 2002, intitulada “Entenda melhor a depressão e as fobias” (FOLHA DE SÃO PAULO, 20 fev. 2002, p. F2), curiosamente localizada na seção de Informática, que trazia uma série de *sites* que forneceriam dados acerca de distúrbios psíquicos. Alertava que

muitas vezes, os desvios de personalidade se manifestam de forma complexa, exigindo diagnóstico e tratamento especializado. Mesmo assim, acessar informações sobre os principais tipos de transtorno emocional pode ajudar leigos a identificar traços de comportamento relacionados a algum deles ou a encarar suas neuroses de forma objetiva (FOLHA DE SÃO PAULO, 20 fev. 2002, p. F2).

Na dinâmica da racionalidade das conduções de conduta de saúde por parte da mídia, a produção dos diagnósticos parece indicar um processo coletivo de construção em que, apesar do lugar de autoridade do médico permanecer hierarquicamente garantido (ele ainda teria a palavra final), surgem novos atores que pluralizam a definição, facilitada em muito pela ascensão da psicopatologia descritiva analisada no Capítulo 3. Coerentemente às exigências próprias ao modelo de autogestão da saúde, não é raro toparmos com notinhas de serviço como a publicada por Veja em Novembro de 2000: o “Disque menopausa”, serviço gratuito de esclarecimento de dúvidas para mulheres no dito estágio, estimuladas a telefonar caso tenham sintomas diversos, dentre eles a “depressão” (VEJA, 29 nov. 2000, p. 152).

A banalização da ideia de risco nas matérias sobre depressão encerra ainda outro dado importante, qual seja: *a caracterização do risco profundamente vinculada a valores, vivências e condições materiais da classe-média*. A tecnicização da depressão vende-se como neutra, com a recorrência a frios relatórios científicos e números de risco. Escamoteia-se, contudo, o fato de que a temática geral das matérias (e das pesquisas, indiretamente) é direcionada a um grupo social que compartilha valores dentre os quais o mais importante é a positivação da administração de si por meio do bom uso das novidades tecnológicas modeladas pela ciência. Se é verdade que, antes de sua tecnicização, nos anos 70 e 80, as matérias sobre depressão também se dirigiam a uma classe-média leitora (públicos comuns de Folha e Veja), havia outra dinâmica da hierarquia dos valores, sendo a visibilidade da depressão coletiva do país um valor então positivamente compartilhado.

Essa visão crítica da política de riscos, que enfatiza a deficiência da questão social de tal modelo, pode ser encontrada no próprio universo da medicina. Repreende-se, nesse caso, a falta de visão estrutural das doenças pelo paradigma do risco, uma vez que este paradigma levaria em conta fundamentalmente fatores isolados em sua abordagem das patologias (LUIZ, 2006, p. 96). Podemos dizer que a mídia engrandece ainda mais essa despolitização tida como característica da noção do risco por setores da própria medicina. Isso porque *jamaiz* menciona nas matérias sobre depressão – pudemos comprovar empiricamente em nosso trabalho – *que a própria ideia de risco é relativa a uma série de fatores*. Mesmo em um livro voltado para especialistas, denominado *Biologia da depressão*, encontramos essa importante ressalva:

As teorias do estresse e de dificuldade sobre a associação entre o *status* socioeconômico e a depressão argumentam que o risco é mediado por recursos pessoais, como estilo de enfrentamento, auto-estima, competência e núcleo de controle, *com indivíduos de nível socioeconômico superior obtendo mais desses recursos ou mediados por fatores externos da comunidade*. Um modelo atributivo postula que a variável mediadora é o fatalismo, pelo qual o *status* socioeconômico inferior, seja na infância ou na vida adulta, irá socializar os indivíduos de maneira que se tornem mais fatalistas em suas percepções causais (...) e que o fatalismo aumentará a vulnerabilidade à depressão, pois enfraquece a persistência e o esforço em situações que exijam enfrentamento (PARKER, Gordon; PARKER, Kay, 2007, p. 44, grifo nosso).

O que subjaz à percepção dos médicos de nosso exemplo é a variável socioeconômica como definidora do fatalismo que determinaria maior ou menor resistência para enfrentar o estado depressivo. Apesar de extremamente esquemático, esse modelo permite uma apreensão mais sutil e concreta da complexidade do risco do que aquele reproduzido midiaticamente. Quando apresentado pelas matérias, o risco é completamente descolado dessa mediação de outros fatores, dentre os quais a estrutura socioeconômica coletiva. Assim, matérias como a que mostramos no começo do capítulo rareiam a partir da década de 90 porque encontram severas dificuldades para se inserir nas premissas do modelo tecnicizado da depressão.

4.3 A “insegurança epistemológica” da depressão: fator midiático específico

A partir do que vimos até agora, seria possível imputar a atualidade do tema da depressão na imprensa brasileira na década de 90 a um conjunto de fatores de natureza diversa: *fatores sociais gerais* (ascensão da lógica do risco epidemiológico em um modelo de saúde como otimização do bem-estar, a suspeita generalizada com relação à lentidão improdutiva que caracteriza o comportamento do chamado deprimido), *fatores sociais singularmente brasileiros* (a redemocratização do país e suas melhorias econômicas que

fizeram desaparecer a visibilidade midiática dos sentidos coletivos comumente atribuídos à depressão nas décadas de 70 e 80), *fatores da ordem dos saberes-poderes* (ascensão da psicopatologia descritiva, avanço das neurociências, *boom* da indústria de antidepressivos) e *fatores midiáticos gerais* (governamentalidade do jornalismo de saúde pautado pela “hipótese didática” e pela “hipótese do receptor racional”). É provável que todos esses fatores sejam conjuntamente determinantes. Porém, gostaríamos de acrescentar mais um deles, a nosso ver fundamental: poderíamos chamá-lo de *fator midiático específico*.

O problema da depressão, como vimos no último capítulo, é altamente polêmico, tendo sido reivindicado por campos de saber cujos pressupostos são radicalmente diferentes. A existência do transtorno depressivo, diferentemente das doenças físicas, não pode ser totalmente “comprovada” por meio de exames de visualização como raios-x, PET-scans ou ressonâncias magnéticas, apesar do evidente esforço de setores das neurociências. Também a tentativa de homogeneização diagnóstica a partir do DSM-III só fez insuflar as contendas epistemológicas quanto à “natureza” da depressão. O mesmo se deu com relação à indústria farmacêutica: as fronteiras sempre mal-definidas entre o que é apropriado medicamente e o que se configura como pura pirotecnia de mercado são fonte inesgotável de discussão, como também vimos no Capítulo 3.

Nesta tese, defendemos que, apesar de ter sido forte em um período da década de 90, *a atualidade midiática da depressão não se deu com base em uma ratificação unidirecional por parte da mídia dos postulados da neurociência ou dos ditames da indústria farmacêutica*. Não se tratou de uma “escolha política” da mídia que, tendo sido feita no começo dos anos 90, vem sendo monotonamente repetida até os dias de hoje. Parece apropriado concluir que o tema da depressão tem um grande impulso a partir da segunda metade da década de 90, refletindo em grande parte a publicação da quarta edição do DSM em 1994, que segue na esteira do DSM-III e seus critérios sindrômicos para o diagnóstico do transtorno. Pensar, entretanto, que sua recorrência insistente a partir de então se deve especialmente a este episódio (e a seus correlatos, como a produção de antidepressivos mais sofisticados, por exemplo) é ratificar a solução transcendente da *origem* como causa de repetições mecânicas de sentido, o que configura um caminho teórico bastante problemático⁹². Um caminho alternativo a essa perspectiva da origem foi pesquisar arquivos de reportagens de modo que eles nos fornecessem o mapa desta atualidade, garantida pela *diversidade* das matérias.

⁹² “Procurar uma tal origem é tentar reencontrar ‘o que era imediatamente’, o ‘aquilo mesmo’ de uma imagem exatamente adequada a si; é tomar por acidental todas as peripécias que puderam ter acontecido, todas as astúcias, todos os disfarces; é querer tirar todas as máscaras para desvelar enfim uma identidade primeira” (FOUCAULT, 1979a).

Defendemos, no lugar dessa hipótese, que o processo de materialização da atualidade midiática da depressão tem sido fluido, múltiplo, a-centrado, metódico, obedecendo menos a um ditame específico de uma linha epistemológica determinada (da psiquiatria biológica ou neurocientífica) e mais à *própria lógica concorrencial das teorias que disputam a primazia da verdade sobre a depressão*. Livre concorrência dos saberes ou liberalismo científico seriam expressões mais adequadas para caracterizar o fenômeno. Em outras palavras, apesar de reconhecermos que a imprensa ratifica o pressuposto de que a ciência é o campo que carrega a legitimidade para a produção de verdades, afirmamos que, no caso da depressão, ela não vincula *desde sempre e para sempre* uma verdade *específica* à problemática do distúrbio. Em seu lugar, aproveita-se de sua “insegurança epistemológica” para produzir *mais* discursos.

Com Niklas Luhmann (1992), aprendemos que *informação* é tudo aquilo que se seleciona sob o critério da *diferença*, da *novidade* e do *conflito*. Ora, se a informação é diferença somada a conflito e novidade, a produção de *insegurança* é uma consequência quase “natural” – arriscaríamos dizer – do processo de comunicação jornalística de massa (LUHMANN, 1992). Se faz parte da mídia informativa a produção de *insegurança*, dado o caráter, segundo Luhmann, “natural” da informação, o constante uso de estatísticas ou números pelas matérias de depressão, por exemplo, funciona como uma quantificação da vida cotidiana que forma par com a temporalidade bastante específica do jornalismo. O ritmo das notícias pauta-se pela descontinuidade dos acontecimentos do dia, da semana. Há uma diferença organizada entre a vida repetitiva das pessoas e as notícias. Essa impossibilidade da integração das duas temporalidades é eterna. Como resultado da estrutura temporal da opinião pública, *não se podem congelar os seus assuntos*. Desse modo, os acontecimentos ocorreriam segundo a seguinte ordem: “descoberta”, introdução do tema, exploração dos pontos altos, alcance da familiaridade e, finalmente, redundância do tema.

Por isso, sustentamos que a “insegurança epistemológica” da depressão é perfeitamente adequada ao *modus operandi* do sistema autorreferente da mídia de produção de informação, em um descompasso proposital entre o devir cotidiano e a quantificação da vida. Se essa é uma característica fortemente presente na mediação do discurso científico pela imprensa, *ela se intensifica no caso da depressão*, especialmente se somada a todos os outros fatores que elencamos (sociais gerais e específicos).

Em sua “insegurança epistemológica”, a depressão apresenta grande pluralidade temática. É possível discutir suas causas, a pertinência de cada um de seus tratamentos, explorar depoimentos pessoais, sua vinculação com outras doenças – tudo isso em um repertório altamente elástico, sem compromisso com a manutenção de uma *única* verdade

científica. Porém, como veremos na próxima subseção, *isso não quer dizer que não tenha havido momentos específicos em que se subscreveu euforicamente um determinado viés epistemológico da depressão*, ou que isso não volte a ocorrer. O que procuramos indicar é que é precisamente o descompromisso da mídia com uma suposta verdade científica específica da depressão que permite que ela, em um momento, aferre-se a uma “solução mágica” e, no momento seguinte, desvincule-se completamente daquilo que defendeu entusiasticamente. A manutenção da impermanência epistemológica da depressão, em sua abordagem na imprensa, é o que garante seu estatuto de *commodity* de informação: produto informacional pronto para ser consumido.

A estruturação da depressão como atualidade passa ainda pela lógica do *fait-divers*⁹³. A Folha, em Dezembro de 1992, publica a curiosa matéria “Suor de rã brasileira pode curar depressão”:

Em lugar das asas de morcego da literatura infantil, é possível que o suor de rãs se torne o ingrediente mágico de novos remédios. Ele pode ajudar no tratamento de males que vão desde a depressão até a demência senil. Cientistas encontraram uma valiosa substância nas secreções mucosas da pele de uma rã. Gerações de índios sul-americanos vêm utilizando isso para induzir um estado mental eufórico antes de partirem para a caça (CONNOR, 1992, p. 10)⁹⁴.

As soluções mágicas para o tratamento da depressão somam-se às esperadas referências aos tratamentos terapêuticos e à administração de remédios. Muitas vezes a abordagem de ambos comunga da lógica do *fait-divers*, como veremos na subseção 4.4. Nos Gráficos 12 e 13 seguintes, referentes aos tratamentos mencionados pelas matérias, vejamos o alto percentual que a categoria “Outros” apresenta. Dado que os percentuais das modalidades de tratamento foram calculados a partir do total das matérias que citam tratamentos possíveis, conferimos inicialmente a quantificação das menções a tratamentos para a depressão:

⁹³ Essa não seria apenas uma particularidade do nosso tema. Outros temas atrelados à área da saúde também seriam abordados segundo a lógica do *fait-divers*, como a AIDS, por exemplo, como mostrou Antônio Fausto Neto: “os dispositivos de enunciação procuram destacar nos textos apresentados aspectos insólitos, anedóticos, raros, trágicos e mesmo grotescos e/ou pitorescos que envolvem a dor e o sofrimento dos aidéticos e/ou suspeitos” (NETO, 1999, p. 65).

⁹⁴ Com um comentário espirituoso, um leitor da Folha envia carta ao jornal em edição posterior, em subseção denominada “Pessimismo da Folha”: “Sugiro que os repórteres e cronistas da Folha sejam obrigados a tomar uma ducha de suor de rã, que cura a depressão, todos os dias antes de entrar na sala da Redação. Seu pessimismo pernóstico está sendo desproporcional, mesmo considerando a tão comentada crise brasileira” (FOLHA DE SÃO PAULO, 03 jan. 1993, p. 3).

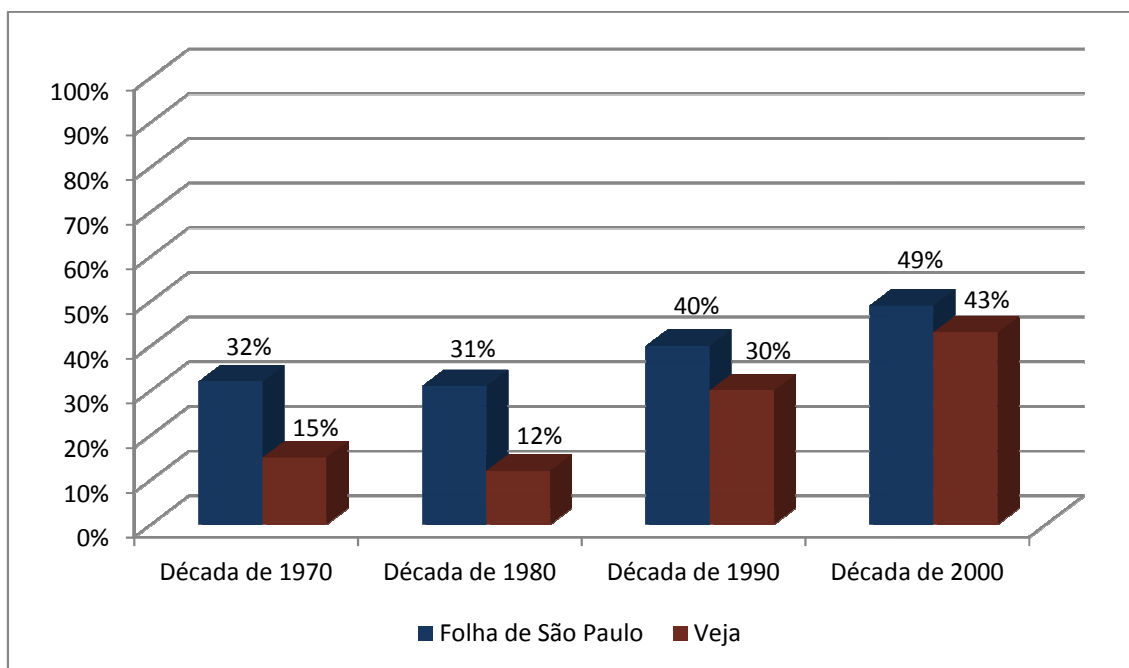


Gráfico 11: Menção a tratamentos da depressão, na Folha de São Paulo e na Veja. % do total de matérias categorizadas, por década.

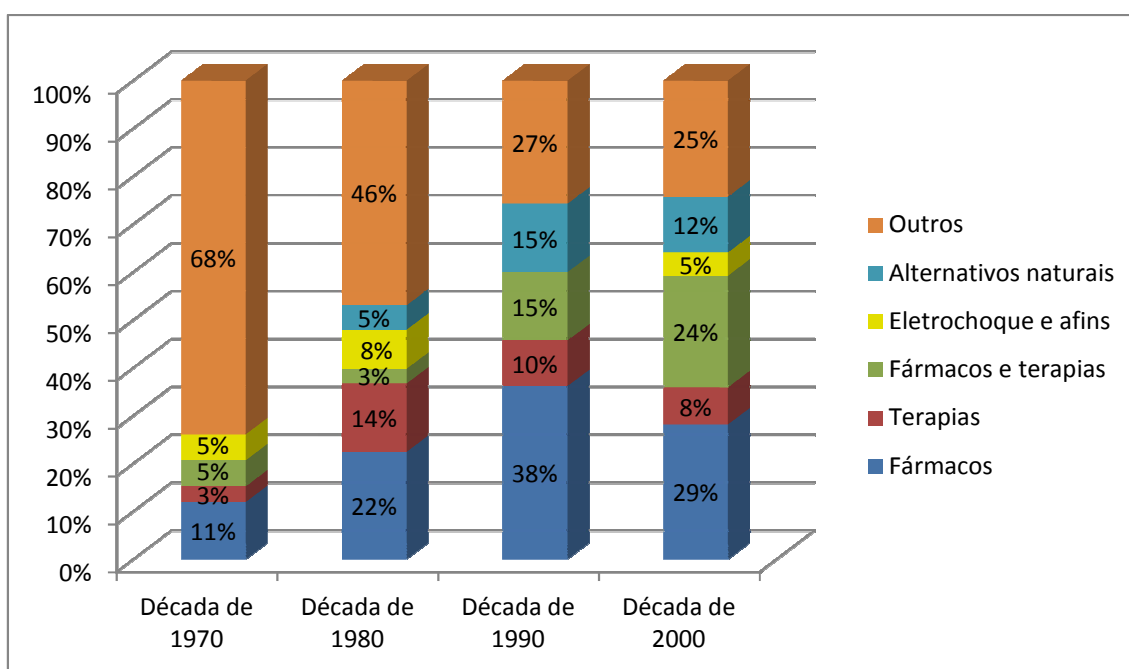


Gráfico 12: Tratamentos mencionados pela Folha de São Paulo. % do total de matérias que citam tratamentos, por década.

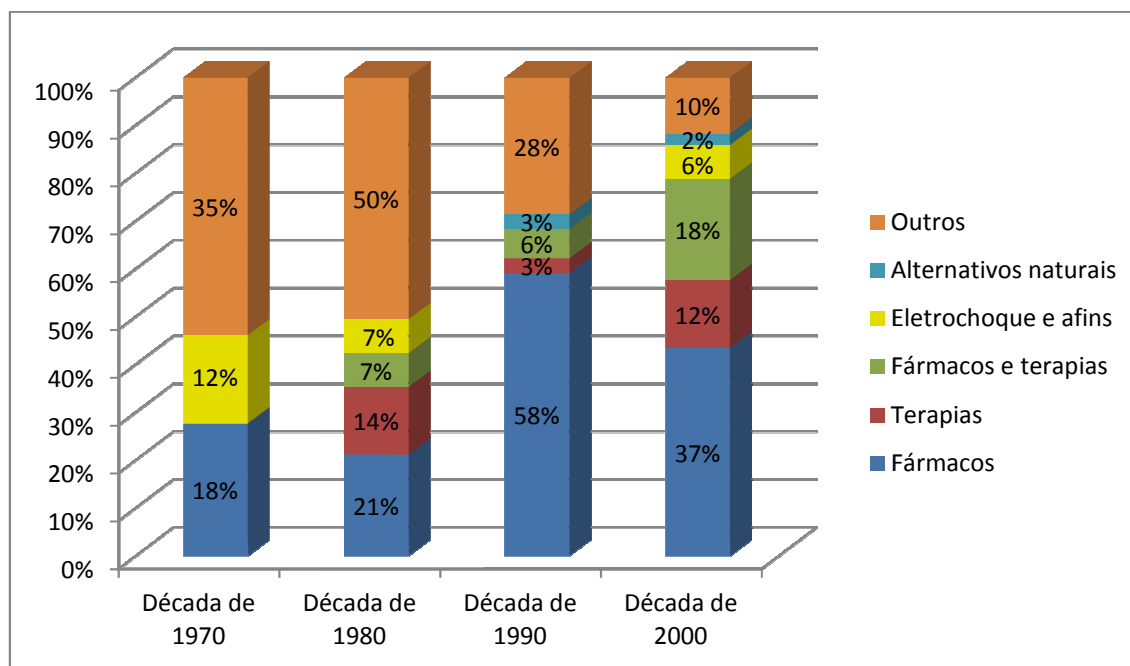


Gráfico 13: Tratamentos mencionados pela Veja. % do total de matérias que citam tratamentos, por década.

O que abarca a categoria “Outros”? Alusões ao tratamento da depressão tão distintas quanto frequentar grupos de apoio, ler, praticar exercícios, alterar a alimentação, internar-se em uma clínica de repouso, ter “força de vontade”, tomar banho de luz, ler livros de autoajuda, ter participação política, trabalhar, ouvir cantos de pássaros, fazer tratamentos com ímãs, ser religioso, não ser religioso, usar a internet, não usar a internet, escrever e até beber álcool. A maior parte delas teria sido devidamente “comprovada” por pesquisas científicas, segundo os veículos de imprensa analisados.

A “insegurança epistemológica” da depressão tem fornecido igualmente meios para a produção da *commodity* informacional do transtorno com relação a seus *fatores causais*. Neste ponto, o levantamento das matérias permitiu-nos sofisticar uma de nossas hipóteses iniciais. Apostávamos, como dito na Introdução, que a atualidade da depressão teria sido conquistada pela adesão acrítica aos discursos de caráter neurocientífico somada à indicação das soluções farmacêuticas. Devemos afirmar, no entanto, que essa hipótese mostrou-se de fato precária. Como já havíamos mostrado no Capítulo 1, a maior parte dos fatores causais relacionados à depressão tem sido de natureza psicossocial. Como dissemos no mesmo capítulo, é preciso, entretanto, lembrar que o que se entende por psicossocial, a partir dos 90, é em grande parte referido à esfera da *tecnicização*, relativo a comportamentos sociais que devem ser considerados genericamente como fatores de risco para o advento da depressão, sendo propalados pelo dispositivo discursivo da mídia.

O curioso, a nosso ver, será a pequena parcela dos fatores biológicos vinculados à depressão se comparada aos outros. Se destrincharmos ainda mais, surpreenderemo-nos novamente:

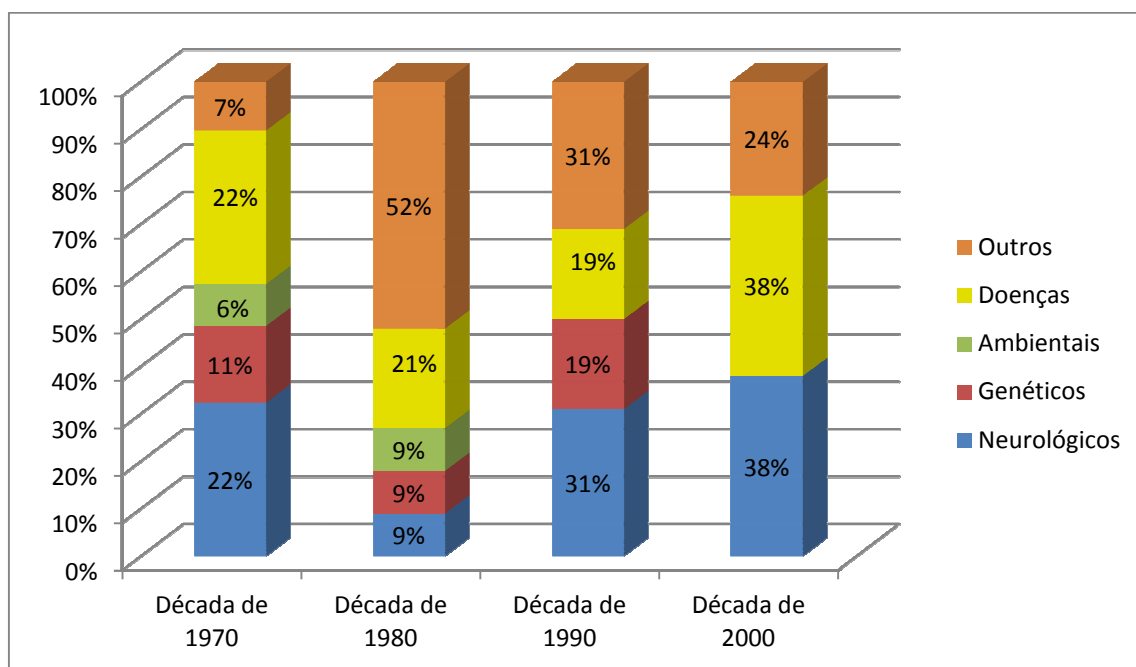


Gráfico 14: Relação de fatores causais exclusivamente biológicos mais comuns atribuídos à depressão, na Folha de São Paulo. % do total de fatores exclusivamente biológicos, por década.

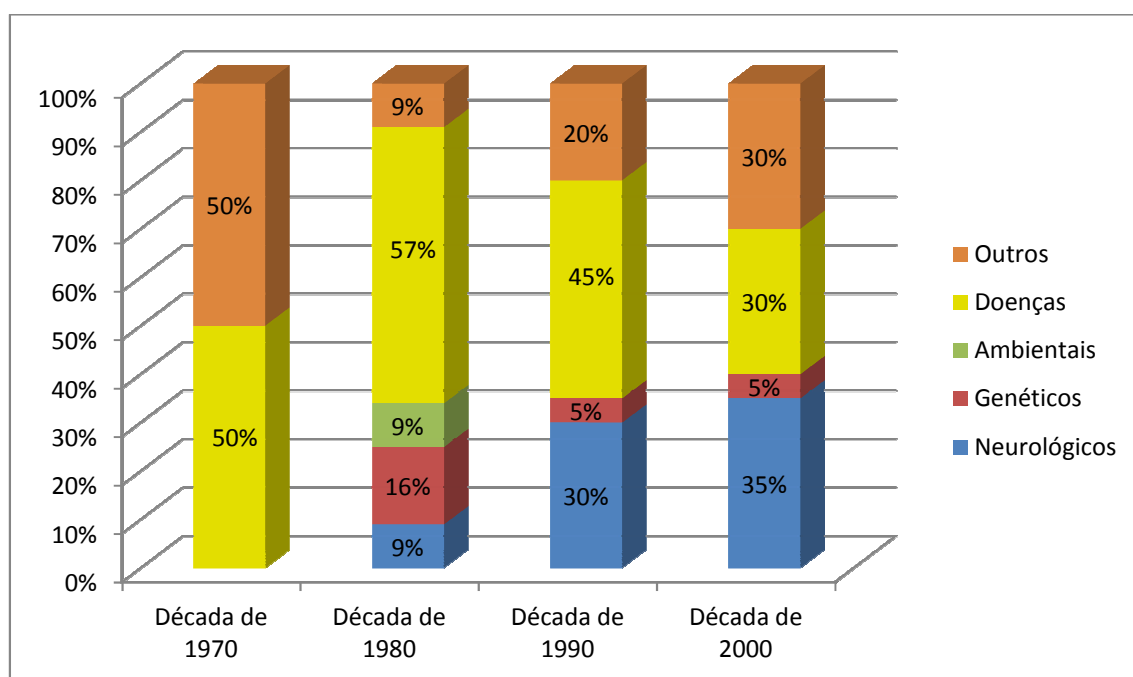


Gráfico 15: Relação de fatores causais exclusivamente biológicos mais comuns atribuídos à depressão, na Veja. % do total de fatores exclusivamente biológicos, por década.

Fica claro que, a partir da década de 90, há um aumento da atribuição de fatores causais exclusivamente neurológicos ao distúrbio depressivo. Na Folha de São Paulo, os fatores neurológicos crescem de 9% na década de 1980 para 31% na década de 1990. Já na Veja, sobem de 9% para 30% das matérias que apresentam causas exclusivamente biológicas. Contudo, ao separarmos a natureza dos fatores biológicos, notamos que, apesar de considerável, o número relativo aos fatores neurológicos não corresponde à soma dos fatores “doenças” e “Outros”, por exemplo. A análise dos dados permitiu-nos sofisticar nossa hipótese inicial da seguinte maneira: apesar do aumento da vinculação da depressão a causas neurológicas nos anos 90 (ratificando a hipótese da deficiência de neurotransmissores vista no Capítulo 3, basicamente), não se pode afirmar que seja essa a principal razão da atualidade midiática do distúrbio no quesito “fatores causais”.

Dado o volume de matérias em que a depressão tecnicizada é presente, dada sua heterogeneidade, poderíamos afirmar que há menos compadrio com uma verdade específica e mais subserviência à velha lógica jornalística da produção de captação pela lógica do *fait-divers*. Ratifica-se a verdade científica “do dia” sem cerimônias, pois a depressão como *commodity* informacional em geral despreza a prática do *suite*⁹⁵ jornalístico. O caráter de *fait-divers* apresenta-se mais fortemente representado na categoria “Outros”, e na ampla abordagem considerada “psicossocial”. Fatores causais incomuns são atribuídos à depressão com o aval de pesquisas científicas, como poluição sonora, compra de automóvel, uso da internet, contaminação por gás tóxico⁹⁶, uso frequente da televisão, ingestão de café etc.

“Avanços da ciência” que se mostram improdutivos são rapidamente esquecidos, como evidencia um exemplo da década de 90 em que se vinculou a incidência de depressão a um *vírus*, o Borna vírus. Veja trazia a novidade em Agosto de 1995: “O vírus da tristeza: pesquisadores alemães descobrem que a depressão está relacionada a uma virose que ataca o cérebro humano”. Em tom de empáfia, abria assim a reportagem:

Houve épocas em que a tristeza profunda, característica dos estados depressivos, tinha até os seus encantos: indicava uma alma pouco afeita aos enganos e alegrias transitórias da existência. “Fracassar na vida é ter acesso à poesia – sem o suporte do talento”, dizia o filósofo da amargura, o romeno E. M. Cioran. Que poesia o quê. O último número da revista francesa *Médecine Thérapeutique* acaba de arremessar mais uma pedra sobre essa crença. Afirmam os pesquisadores (...) que um vírus chamado Borna, microorganismo de milionésimos de milímetro, ao se alojar nos neurônios humanos, pode provocar o desencanto e a desesperança radicais dos quadros depressivos (VEJA, 30 ago. 1995, p. 83).

⁹⁵ Jargão jornalístico para designar matéria que dá sequência a um texto publicado anteriormente sobre o mesmo assunto.

⁹⁶ A pitoresca hipótese de gás tóxico como causa de distúrbios mentais chegou a ser explorada, em tom crítico, pelo diretor Todd Haynes em 1995, no filme *Safe*, com Julianne Moore no papel principal.

O texto acrescenta que o trabalho científico não afirma que o vírus *causa* a depressão, mas a abordagem sensacionalista de toda a matéria ofusca esse pequeno exercício de prudência. Ainda, ao final do texto, lê-se que “do vírus ao remédio, vai mesmo longe o tempo em que se pensava poder tratar estados crônicos de melancolia com base em uma boa conversa” (VEJA, 30 ago. 1995, p. 83), em clara e irônica referência ao tratamento terapêutico. É preciso dizer, contudo, que, passada essa singular euforia manifestada na dita matéria, nunca mais houve *qualquer* referência ao Borna vírus na revista desde então.

De volta aos Gráficos 14 e 15, de fatores causais exclusivamente biológicos, e comparando-os aos Gráficos 5 e 6, do Capítulo 1, vemos uma grande variedade de fatores relativos a doenças, no caso de causas biológicas, e também grande parte dos concernentes a explicações psicossociais. Juntos, eles ajudam a provocar a atualidade midiática da *commodity* da depressão pois, comumente atrelados a números, percentagens de risco, quadros etc., comportam-se como indicadores de informação que pretendem, calcados na hipótese didática e na hipótese do receptor racional, difundir “conhecimento científico” cujo efeito visado é a autorregulação. Como indicou Susan Sontag:

a ideia de que uma doença pode ser explicada apenas por uma variedade de causas é exatamente a característica da reflexão acerca de doenças cuja causa não é compreendida. E as doenças tidas como determinadas por múltiplas causas (ou seja, doenças misteriosas) são aquelas com mais larga possibilidades de uso como metáforas para o que é visto como moral e socialmente errado (SONTAG, 2007, p. 55-56).

A depressão passa a ser, portanto, desde a década de 90, uma *commodity* informacional a partir da percepção (a-subjetiva, segundo a lógica de micropoderes como relações imanentes, objetivas) de que a “insegurança epistemológica” do transtorno permite tanto inseri-lo na lógica da legitimação da ciência como verdade quanto na premissa da atualidade midiática que recorta as trocas sociais sob a égide do conflito e da novidade. Por esse motivo, mais uma vez lembramos, preferimos relacionar a atualidade midiática da depressão à sua *tecnicização* no lugar de proclamar a sua *biologização*. A biologização será apenas uma parte da radical alteração estratégica de produção discursiva acerca do problema.

Nossa percepção da importância do papel da “insegurança epistemológica” da depressão na produção de sua atualidade *não* nos remeterá, entretanto, imediatamente a uma conclusão oposta, típica das lógicas binárias, qual seria: “não é possível portanto perceber continuidades na abordagem da depressão na mídia brasileira, mas apenas rupturas”. Procuraremos mostrar, na próxima subseção, alguns dos capítulos dessa recente história da

depressão tecnicizada na mídia brasileira que, apesar de majoritariamente descontínua, apresenta momentos singulares de cristalização.

4.4 Histórico da depressão tecnicizada na mídia brasileira

Por se tratar de um tema minuciosamente explorado na mídia a partir da década de 90, a depressão em sua forma tecnicizada faz de qualquer esforço de sistematização de seu “histórico” uma tarefa inglória que não ousaremos empreender. Em vez disso, propomos apresentar alguns dos pontos nodais da discussão midiática acerca do problema nas últimas duas décadas, selecionados a partir de sua *recorrência* no período em que abordamos o material empírico. Chegamos, assim, a seis passos: a pré-tecnificação do início dos 90 (aquilo que se perdeu posteriormente com a despolitização); a ansiedade pela padronização de diagnósticos; a passagem da desconfiança à euforia com os tratamentos psiquiátricos medicamentosos; a relação ciclótica com a indústria farmacêutica nos 2000; a ênfase em “velhas novidades” terapêuticas (com destaque para a “volta” do eletrochoque), e, finalmente, o relacionamento da depressão com outras doenças, sob o amparo da concepção do risco.

4.4.1 Pré-tecnificação no começo dos anos 90

Apesar de a ruptura do sentido midiático predominante da palavra depressão poder ser testemunhada numericamente quando se comparam as décadas de 80 e 90, comprovar clara e especificamente em que ano se deu esse processo torna-se mais difícil se analisarmos ano a ano as ditas transformações. Seria mais apazível afirmar que o sentido tecnicizado da depressão como mal natural privado vai-se sobrepor ao de mal coletivo que caracterizou as duas décadas anteriores de modo *paulatino*. Isso não nos impede de assegurar que, por volta da segunda metade dos anos 90, essa transformação já estará consolidada, dada a rarefação das matérias não-científicas (e não tecnicizadas) de nosso tema de pesquisa desde então⁹⁷.

Antes da guinada tecnicizante, notícias acerca da crise econômica brasileira e sua capacidade de engendrar depressões – comuns nas décadas anteriores – permanecem no foco, como vemos na Folha de 09 de Novembro de 1991: a matéria “Falta de dinheiro agrava doenças mentais”, refere-se ao aumento da procura de tratamento por parte de desempregados em hospitais psiquiátricos do Rio – Pinel e Pedro Ernesto –, como foi o caso de

⁹⁷ Cf. Gráfico 3 do Capítulo 1.

uma ex-economista de 40 anos, que teve suas crises de depressão agravadas após longo período de desemprego. A paciente teve de abandonar o analista particular por não poder pagar as consultas. Sem dinheiro, recorreu ao Pínel, onde faz uma sessão semanal de análise individual gratuitamente (FOLHA DE SÃO PAULO, 09 nov. 1991, p. 4).

No plano político brasileiro, referências tanto à depressão de Collor diante do *impeachment* quanto a de figuras envolvidas naquele imbróglio, como o ex-tesoureiro de campanha PC Farias, que, segundo seu advogado de então, “no Dia dos Pais, sofreu muito e entrou em depressão quando colocaram na porta da residência de seu pai em Maceió um boneco vestido de presidiário”, relata a matéria “PC se entrega se prisão for decretada, diz Mariz” (FOLHA DE SÃO PAULO, 05 mar. 1993, p. 10).

Os problemas urbanos como causa de depressão – tônica importante das décadas anteriores – têm aqui seu réquiem. A onda de sequestros no Rio – espécie de moda criminosa do começo da década – também fora concatenada à depressão que atingia vítimas e familiares. É o caso da seção “Amargo dia seguinte”, da reportagem “O Rio de cara com o medo”, da Veja de 16 de Dezembro de 1992, voltada para os depoimentos de ex-sequestrados. Nela, faz-se referência ao filho de uma vítima, cuja mãe achou por bem tentar protegê-lo da violência mandando-o para um colégio interno, razão de o menino desenvolver, na fala da mãe, uma “crise de depressão por estar longe de mim. Só posso vê-lo quatro vezes por ano e morro de saudades, mas não teria tranquilidade de outra maneira” (LEITE, 1992, p. 25). De modo similar, o executivo da empresa de refrigerantes narra, quanto à experiência no cativeiro, que “o sequestro é como uma montanha-russa. Há momentos de extrema depressão, quando se chega ao fundo do poço, e momentos de uma extrema euforia, devido à esperança”, na matéria “Termina o sequestro mais longo do Rio” (FOLHA DE SÃO PAULO, 29 jul. 1991, p. 4).

Outro mal urbano dizia respeito à invasão do crack em São Paulo no ano de 1991. A depressão surge aqui como efeito do uso da droga. A reportagem “O império do crack”, de Veja, cujo “sutiã” informava que “a droga mais consumida nos EUA chega a São Paulo e se alastra entre meninos da periferia”, exibia o crack como fenômeno incipiente, o que aliás contrasta bastante com a dimensão do problema em nossos dias. Buscando divulgar os efeitos da então nova droga, a matéria explicava que

o crack é fumado – normalmente os viciados usam uma espécie de cachimbo feito com embalagem de Yakult e corpo de caneta Bic – e atua diretamente no cérebro produzindo efeitos alucinógenos imediatos por cerca de dez minutos. Em seguida vem uma depressão profunda, o que leva o usuário a buscar nova dose (FILHO, 1991, p. 74).

No plano internacional, as menções à depressão como mal coletivo também diminuía, sendo presentes em poucas ocasiões, como na reportagem de Fernando Gabeira na Folha de 1991 sobre a reunificação da Alemanha após a queda do Muro de Berlim: “essa euforia foi dando lugar à depressão, acentuada pelo desemprego em massa, que na ex-Alemanha Oriental atingiu 2,6 milhões de pessoas” (GABEIRA, 1991, p. 2).

A gradual escassez do sentido coletivo da depressão na mídia dos anos 90, como sustentamos, deveu-se, basicamente, à implementação discursiva da depressão tecnicizada como atualidade. O impacto sociocultural do vácuo de aproximações psicossociais do tema desde então é uma questão que consideramos de grande importância para as análises das relações entre mídia e cultura. Dos anos 90 até hoje, quantas situações singulares de depressão em viés coletivo não poderiam aí ter adquirido visibilidade, assim como os episódios que aqui destacamos o tiveram em sua época?

4.4.2 A ânsia pela padronização diagnóstica

É verdade que, como dissemos, a publicação do DSM-III, com sua padronização/universalização do diagnóstico da depressão, reduziu consideravelmente (mas não eliminou) a ânsia pela determinação “verdadeira” das características do distúrbio depressivo. Na mídia, temos aqui um ponto importante. As últimas versões do Manual têm sido uma das fontes sociais dessa atualidade, sugerindo indiretamente, dentre outras coisas, testes para autodiagnóstico de leitores e, como vimos, a importância de se diagnosticar mais e melhor. Todavia, apesar de ganhar fôlego com ele, a questão da ânsia pelo diagnóstico da depressão nas matérias do começo da década reforça nossa argumentação de que a aceitação dos critérios do DSM não foi imediata à publicação da terceira versão do Manual, em 1980⁹⁸.

Antes da abordagem sindrômica do DSM-III, as tentativas de homogeneização diagnóstica que ganharam destaque na mídia foram precisamente as que procuravam abranger tecnicamente o descompasso de temporalidade inerente ao comportamento tido como depressivo. Salientar a alteração psicomotora do depressivo de modo quantitativo era a base das investigações científicas a que a imprensa deu visibilidade nesse período. Tal direcionamento não nos surpreende, dado o que sintetizamos, na esfera dos *fatores sociais gerais*, como o caráter de insuficiência do chamado depressivo frente à aceleração da vida, pelo menos segundo teóricos que se debruçaram diretamente sobre o tema.

⁹⁸ Como aliás mostra a irônica recepção do DSM-III pela Veja. Cf. Capítulo 1, p. 68-69.

É assim que uma reportagem de 1991 na Folha alertava em sua manchete: “Depressão cresce, vira doença do fim do século e tem novo diagnóstico”. Com grande destaque, a matéria trazia um quadro com “depressivos célebres”, ressaltando a manifestação singular da “doença” em cada um deles: Althusser, Marilyn Monroe, Fernando Pessoa, Virginia Woolf, Charles Bukowski e Pedro Nava. Mencionava as “diversas causas” do distúrbio (bioquímicas, psicossociais e genéticas), bem como a variedade de tratamentos (antidepressivos e psicoterapias). O que mais recebe atenção, contudo, é a proposição de diagnóstico por pesquisadores brasileiros, ressaltada no “sutiã”: “Grupo de psiquiatras de SP lança livro e propõe definição e tratamento mais precisos para o fenômeno”. No corpo do texto, descobrimos que

preocupado com a extensão da patologia, o setor de psiquiatria do Hospital do Servidor Público está propondo uma nova definição para a doença. Depois de cinco anos de estudos, o grupo decidiu caracterizar a depressão como uma alteração da velocidade dos processos mentais – raciocínio, memória, atenção, cognição –, que se tornam lentos, associada à diminuição do ritmo de vida. O doente abandona o trabalho, fica muitas horas deitado ou sentado e tem poucas atividades (FOLHA DE SÃO PAULO, 07 dez. 1991, p. 1, grifo nosso).

Em outro exemplo, por sua contribuição à procura do diagnóstico preciso para a depressão, a defesa de uma tese de doutoramento em psiquiatria é lembrada em uma matéria da Folha de 16 de Agosto de 1993 intitulada “Médico busca a melhor droga para a depressão”. Nela, o médico

utiliza dois parâmetros para tornar mais preciso o diagnóstico dos pacientes em questão: a ‘velocidade dos processos psíquicos’ e a ‘dimensão do espaço vivencial’. O parâmetro “velocidade” – lentificado ou acelerado – pode ser observado na postura, tipo e quantidade de movimentos e ritmos das atividades mentais. O “espaço vivencial” – mais ou menos estreitado – se refere ao conjunto das experiências psíquicas (...) (FOLHA DE SÃO PAULO, 16 ago. 1993, p. 5).

Assim, para o recém-doutor, “a associação de ‘processo psíquico lentificado’ e ‘vivência mais estreitada’ caracterizaria a depressão”⁹⁹.

⁹⁹ Apesar de não compor nosso *corpus* empírico oficial, citamos ainda a curiosa notícia do Estado de São Paulo de 1991 – “Aparelho diagnostica depressão em criança” – em que se comemora o surgimento de um aparelho de medição do ritmo circadiano do organismo (regulador do padrão das atividades biológicas e psicológicas): “Há dois anos Teicher [*psiquiatra responsável pelo trabalho*] estuda pacientes que sofrem de depressão por meio de pequenos ‘monitores de atividade’. Uma vez que pessoas com depressão apresentam ritmos circadianos diferentes, os pesquisadores podem analisar os sinais registrados no aparelho e chegar a um diagnóstico preciso. (...) Testes feitos com os monitores em 45 crianças detectaram sinais de depressão em 90% dos casos. Até agora, revela o especialista, nenhum teste biológico se mostrou tão útil. Além disso, argumenta Teicher, os métodos tradicionais de diagnóstico normalmente exigem algumas semanas e podem produzir resultados nem sempre acertados” (O ESTADO DE SÃO PAULO, 01 fev. 1991, acréscimo nosso). Notemos o valor positivado da rapidez do diagnóstico como indicativo de sua pertinência.

É forçoso sublinhar que, embora a proposição de diagnóstico do DSM-III não tenha *inventado* a atualidade da depressão (em uma espécie de relação causal mecânica), não podemos ignorar seu papel no insuflamento dessa ruptura, daí nossa designação de sua importância em sua inclusão nos *fatores sociais gerais*.

4.4.3 Imprensa, depressão e indústria farmacêutica: uma relação *ciclotímica*

Difícilmente se poderá afirmar que a atribuição valorativa da mídia impressa no que diz respeito ao uso de medicamentos para o tratamento da depressão é de caráter unidimensional. Diante dos dados encontrados, não seria correto constatar que ela apenas subescreve os ditames da indústria farmacêutica, bem como seria imprudente relatar o exato oposto, ou seja, que ela é unicamente crítica acerca da terapia química da depressão. É possível delinear, entretanto, momentos de intensificação de apoio a um desses pólos, cuja dinâmica resumiríamos da seguinte maneira: desconfiança inicial, euforia subsequente, novas críticas e, por fim, variação não-matizada entre os dois extremos.

O referido viés crítico do começo da década de 90 será logo superado pela euforia medicamentosa, mas deixou sua marca em reportagens cujos títulos evocavam propositada e, muitas vezes, ironicamente, o campo semântico da psicanálise: “O ego químico”, “Divã químico”, “Dr. Prozac X Freud” são alguns dos títulos de matérias da época. Quando não mencionavam diretamente o vocabulário psicanalítico, produziam oxímoros propositados, como “medicina da alma”, “alma da química” etc.

“Divã químico”, matéria de Veja de 1992, alertava sobre o abuso de tranquilizantes que, como efeito colateral, geraria depressão. Em uma aposta que se mostrou depois equivocada, a reportagem elegia os tranquilizantes como Lexotan as drogas do século, reinado que seria em poucos anos disputado pelo *Prozac*:

Com todo o respeito à aspirina, à vitamina e aos florais de Bach: os anos 90 já elegeram sua droga. (...) Costuma andar em bolsas de griffe, mas também pode ser encontrada em mochilas de adolescentes ou nas sacolas de trabalhadores rurais. Custa pouco mais que um Big Mac e seus usuários garantem que ela tem o poder de transformar a vida em algo suportável quando sobra mês no fim do salário (...) (VEJA, 17 jun. 1992, p. 57).

Este resquício de crítica social na medicalização da vida em breve será superado pela tecnicização dos distúrbios psíquicos. A questão passará a ser, então, qual o tratamento mais “eficaz”. Em “O ego químico”, também na Veja, em 1993, encontramos matéria que

problematiza o sucesso de vendas do *Prozac*, dando ênfase a seu uso indiscriminado por aqueles que desejariam apenas “alterar” a personalidade:

O Prozac tem sido descrito por alguns usuários como uma droga capaz de mudar a personalidade. O tímido se torna um sujeito com a desenvoltura de um vendedor de carros usados. Pessoas passivas tornam-se energéticas, donas de uma argumentação segura e sedutora. O perigo, no caso, é que num país como o Brasil, onde a venda de remédios é frouxa, o uso do Prozac se torne um problema de abuso (PIVETTA, 1993, p. 70).

Mesmo a leitura de trecho em que se consulta um especialista entusiasta do *Prozac* relativiza-se em meio à contextualização promovida pela matéria. Após problematizações à medicalização da personalidade como as do trecho destacado acima, como não ler criticamente o questionamento do psiquiatra que pergunta, na esteira do borramento dos liames entre normal e patológico que designamos mais acima: “Será que a personalidade de alguns tímidos não esconderia alguma espécie de depressão?” (PIVETTA, 1993, p. 70).

Por fim, recorre-se à manjada comparação da medicalização da vida à distopia de Aldous Huxley: “O Prozac ainda não é a materialização do Admirável Mundo Novo, a ficção que o inglês Aldous Huxley escreveu em 1932 prevendo uma sociedade futurista desmiolada em que uma pílula criada pelos governantes torna os cidadãos ovelhas felizes e cordatas. *Melhor assim*” (PIVETTA, 1993, p. 70, grifo nosso).

Figura 6: Charge sobre Prozac. Veja, 17 jun. 1992.



Concomitantemente a essa desconfiança com relação aos medicamentos, a percepção de que haveria uma disputa acirrada entre as intervenções terapêuticas e as medicamentosas

passa a ser uma possível fonte temática. A longa reportagem “Dr. Prozac contra Freud”, da Veja de 23 de Março de 1994, segue esta linha:

Nunca os neuróticos – todo mundo, segundo Sigmund Freud – tiveram à mão tantos recursos para se tratar. De um lado, a psiquiatria, com suas 46 drogas diferentes nas prateleiras das farmácias. De outro, a psicologia, com 400 modalidades terapêuticas, a psicanálise à frente, formando uma babel de tratamentos. Se a preferência recai sobre mergulhos de autoconhecimento, nada como a psicanálise, já que saber sempre foi melhor que não saber. Se a opção é um tratamento rápido e direto, então o caminho é a psiquiatria. Combinar as duas alternativas também pode. Difícil é escolher, ainda mais quando se está no meio de uma crise de depressão, ou de pânico, ou de ansiedade, ou de insônia. Ou então quando se está de luto, se perdeu o emprego, o namorado foi embora com uma sirigaita (CAPRIGLIONE, 1994, p. 50).

Nas últimas linhas do trecho acima temos mais um indício da confusa fronteira da normalidade na mídia. Escolher um tratamento para depressão ou para síndrome do pânico (que seriam, segundo hábito discursivo midiático, problemas no âmbito do patológico) convive com a possibilidade de *tratar-se* a perda de um emprego ou o fim de um namoro.

No que tange à polarização da discussão terapêutica e epistemológica, vemos aqui a materialização de um novo objeto de interesse jornalístico. Tanto a hipótese didática quanto a do receptor racional comparecem nesta reportagem. Diante do indivíduo autônomo em dúvida acerca da melhor maneira de gerir uma depressão, a mídia arroga-se o papel de explicar “didaticamente” todas as perspectivas em jogo para que, “livremente”, o leitor possa chegar a sua própria conclusão. Não se questiona, naturalmente, a própria governamentalidade da mídia em esquematizar o campo de ações possíveis desses mesmos leitores. Há tanto opiniões do psiquiatra Huim Grünspum, que defendia que “Criança também tem depressão e deve ser tratada com drogas”, como as visões críticas dos psicanalistas Jurandir Freire Costa e Contardo Calligaris. Costa questionava a base genética como explicação do comportamento:

Pode-se explicar qualquer coisa dessa forma (...). Temos milhares de genes em cada uma de nossas células, muitos com informações contraditórias. De nada adianta apenas localizar aqueles genes que determinariam os comportamentos que adotamos. O que importa é conhecer os mecanismos capazes de ativar ou não esses genes (COSTA apud CAPRIGLIONE, 1994, p. 51).

Calligaris também comenta a insuficiência da explicação causal do déficit de neurotransmissores para a depressão: “a diabete é uma doença hereditária, controlada pela administração de insulina. Alguém pretende que a insulina seja a “cura” da doença? Não”. Reforçava ainda o traço cultural do fenômeno psiquiátrico, singularizando as implicações éticas da escolha do tratamento:

A difusão da psiquiatria química é um mero sintoma de algo culturalmente muito mais amplo. Vivemos em uma sociedade que tende a diminuir as pessoas, a deixá-lhes como objetivo de vida o “bem-estar”. Num quadro como esse, é possível que uma prática como a psicanálise, que suscita interrogações sobre a história e os sentidos de nossas vidas, esteja mesmo na contramão. (...) É legítimo empregá-los [os remédios], desde que isso não leve à desistência de abordar as causas próprias dos sintomas (CALLIGARIS apud CAPRIGLIONE, 1994, p. 52, acréscimo nosso)¹⁰⁰.

No entanto, não seria correto tomarmos a reportagem acima como representativa do tratamento midiático da suposta contenda psicanálise *versus* psiquiatria medicamentosa. No começo da década de 90, não era incomum encontrarmos desmedidos ataques frontais do texto jornalístico à prática psicanalítica, tomada como insuficiente ou ineficaz diante das maravilhas da tecnologia farmacêutica. Obtemos isso em uma reportagem a respeito da medicalização de distúrbios mentais em crianças, cujo título aparentemente crítico “Infância dopada” mostra-se laudatório à psiquiatria biológica. Temos, subsequente à abertura da matéria com a minuciosa descrição da depressão de uma menina de 13 anos, a seguinte constatação:

Se a tristeza de Célia não tivesse acontecido nesses anos 90, a peregrinação por consultórios teria outro resultado. Por muitos anos a depressão infantil permaneceu desconhecida. A visão psicanalítica dominante, durante boa parte deste século, recusava-se a reconhecer o distúrbio, alegando que crianças ainda não teriam “superego” maduro o suficiente para a manifestação depressiva. O avanço dos estudos do cérebro mudou essa concepção. Convencidos de que crianças são tão vulneráveis a desequilíbrios bioquímicos do cérebro quanto os adultos (...), os psiquiatras entraram de sola no domínio das mentes em formação (VEJA, 14 jun. 1995, p. 66).

Desse modo, com a proliferação dos medicamentos insuflada pelo sucesso do *Prozac*, as teorias neurocientíficas ganham espaço na mídia impressa brasileira no começo da década de 90. O tom messiânico do discurso reforça a tendência utópico-futurista com que a ciência se reveste na imprensa. Notemos a visibilidade adquirida pelos antidepressivos a partir dessa década especialmente:

¹⁰⁰ A reportagem trazia, ainda, cinco páginas de depoimentos pessoais na seção “As vozes da dor psíquica”, a que nos referiremos na subseção “Estratégias discursivas mais recorrentes”, ainda neste capítulo.

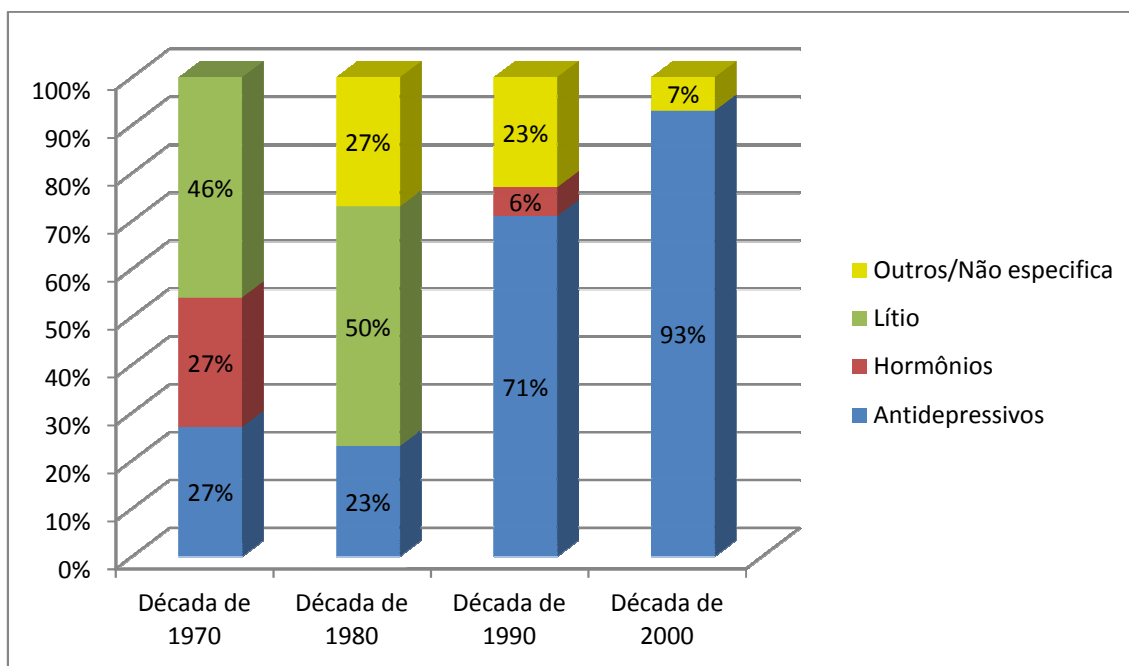


Gráfico 16: Principais fármacos mencionados pela Folha de São Paulo. % do total de matérias que citam fármacos como tratamento preferencial, por década.

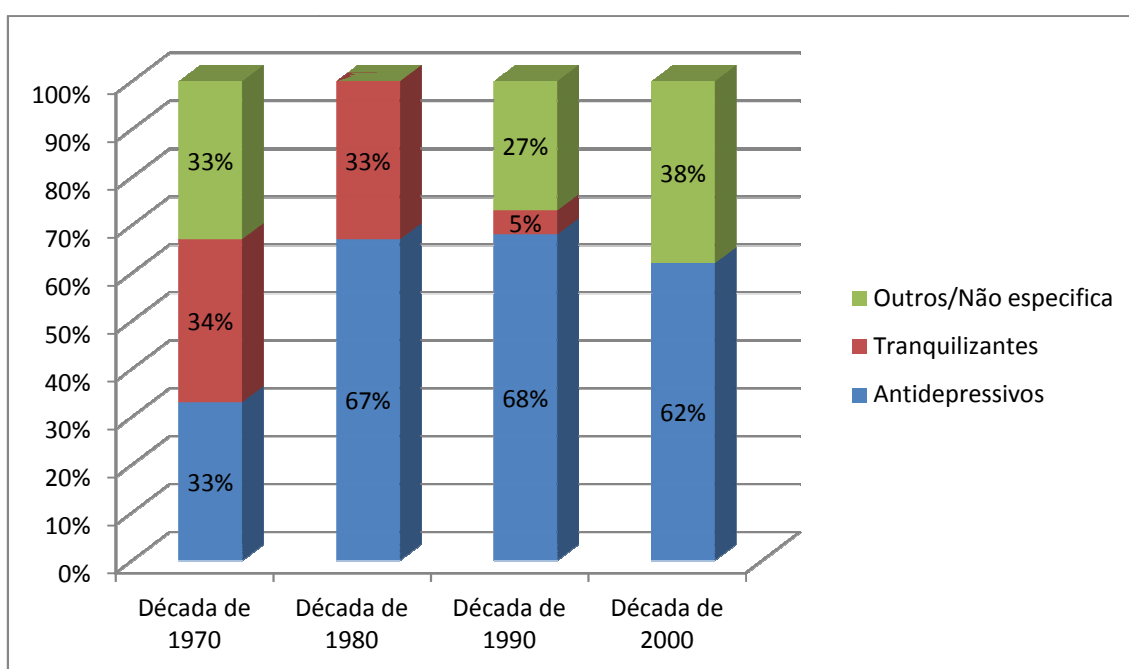


Gráfico 17: Principais fármacos mencionados pela Veja. % do total de matérias que citam fármacos como tratamento preferencial, por década.

Na seção especial da Folha de 24 de Maio de 1991 denominada “Cérebro – a máquina evolui”, somos “informados” pela matéria “Novas drogas combatem depressão e ansiedade” de que

as terapias para doenças cerebrais avançam na proporção direta do progresso da neurociência. Novas drogas surgem contra depressão, ansiedade e até enxaqueca.

Conhecendo-se mais da química nervosa, fica mais fácil fabricar medicamentos que se “encaixam” à perfeição do cérebro (PEREIRA JR., 1991, p. 7).

Na mesma Folha, no ano seguinte, uma manchete eufórica traz no caderno Cotidiano: “Medicina investe em arsenal contra angústia” (FOLHA DE SÃO PAULO, 29 nov. 1992, p. 1), com o “sutiã” “Pesquisas com drogas que agem sobre estados emocionais podem decretar ‘o fim da depressão e melancolia’”. No interior do caderno, temos a manchete: “Cientistas desvendam ‘química da alma’”, com o destaque “Médicos estudam como o corpo regula as emoções e substituem as psicoterapias por ‘coquetéis de remédios’”. A matéria abria seu parágrafo louvando que “depressão e ansiedade, melancolia e paranóia poderão ser apenas lendas no século 21” (FOLHA DE SÃO PAULO, 29 nov. 1992, p. 1).

Neste movimento de entusiasmo com os antidepressivos, recorria-se frequentemente a especialistas que pudessem subscrever tal direcionamento terapêutico. Por exemplo, na coluna “Ponto de vista”, da Veja de 10 de Janeiro de 1996, um psiquiatra assim abria sua participação na revista, com o imperativo título “Tem de tomar remédio”:

Sou médico psiquiatra em Goiânia. No dia em que escrevo este texto, mais um paciente meu, deprimido, parou de tomar a medicação antidepressiva por mim prescrita. Essa é uma irritante e perigosa rotina na vida de quem lida com distúrbios mentais neste país. É preciso que essas pessoas saibam que depressão é uma doença e que a suspensão do tratamento é um grande risco de vida para o paciente (VEJA, 10 jan. 1996, p. 86).

A autoridade de sua formação parece garantir-lhe a verdade acerca da depressão, sendo essa posse de saber ostentada no texto, que insiste em ratificar que qualquer tentativa de problematizar a depressão para além do sentido de “doença” seria, além de ignorância, uma grande irresponsabilidade. Notemos aqui os argumentos da valoração moral própria à lógica do risco, como vimos no Capítulo 2. O diploma de psiquiatra lhe permite proclamar:

Depressão é exatamente a impossibilidade de fazer as coisas que eram feitas normalmente, antes. A impossibilidade de sentir prazer em estar vivo e de ver as belas cores da vida. (...) Não mandem os deprimidos, e por extensão os outros pacientes psiquiátricos, parar com a sua medicação. Em vez de colaborar, podem estar colocando em risco a vida de pessoas que estão lutando bravamente para voltar a respirar o gostoso cheiro da vida (VEJA, 10 jan. 1996, p. 86).

Não somente o especialista arroga-se o direito de iluminar os ignorantes acerca da verdade da depressão como também lhe é permitido dizer *o que a própria vida é*: necessariamente uma experiência em que se vêem belas cores.

Mesmo quando as matérias apresentavam o contraditório (prática incomum na abordagem da depressão na imprensa, como veremos mais adiante), este surgia diluído no texto, perdido entre diversos outros parágrafos de loas à bioquímica da depressão, expressas

ainda em manchetes chamativas como “A alma da química”, sobre serotonina, cuja reportagem iniciava-se com a seguinte frase na Veja: “Se existe uma substância no corpo humano que se pode chamar de molécula da felicidade, seu nome é serotonina” (PASTORE, 1996, p. 74). Na edição seguinte, na seção de cartas, um leitor expressa, no tópico “Molécula da felicidade”: “Como estudante de medicina e também vítima de depressão, achei que a reportagem foi excelente pela abordagem clara e explícita. Os leitores puderam ter uma grande noção que só teriam depois de várias consultas médicas” (VEJA, 21 fev. 1996, p. 12), reforçando tanto a hipótese didática atribuída à informação científica na mídia quanto a sua gestão pelo receptor racional.

Se há, por conseguinte, um período da imprensa recente brasileira de mitificação acrítica do tratamento por psicotrópicos para a depressão, *isso se deu por um período da segunda metade da década de 90*. Sustentamos que esse período de *completa* euforia, no entanto, durou apenas alguns anos. Na virada dos anos 90 para os anos 2000, inicia-se a exploração dos perigos da medicação e de seus excessos. Desconfiamos de que esse direcionamento seguiu um movimento mais difundido de suspeição com relação ao abuso de remédios *em geral*, não restrito, portanto, ao caso dos antidepressivos. Apesar de não dispormos de dados quantitativos para fortalecer essa proposição – visto que trazer à tona esses dados implicaria promover uma nova pesquisa mais ampla que excederia nosso objetivo – encontramos, já no final da década de 90, alguns indícios dessa presunção.

É o caso, por exemplo, da reportagem “Sinal de alerta”, de 1998, que trazia os riscos que um medicamento contra acne poderia provocar, como a depressão e o suicídio (VEJA, 04 abr. 1998, p. 65). No mesmo ano, alguns meses depois, uma longa reportagem de Veja destacava a manchete “As novas vítimas”, com o alerta: “Duas mortes, catorze grávidas e as denúncias de fraude de remédios explodem no Brasil” (EDWARD; CARDOSO, 1998, p. 44). A presença de uma fotografia do enterro de uma das pessoas que morrera pelo uso desses medicamentos sublinha o caráter sensacionalista que indicamos, e, sobretudo, o sinal de que o perigo dos remédios como *commodity* midiática apresentava, aqui, uma de suas manifestações iniciais.

Figura 7: Capa “A luta contra a doença da alma”. Veja, 31 mar. 1999.



Contudo, a absorção da crítica aos fármacos como um componente da produção da atualidade da depressão na mídia – nutrindo-se daquilo que denominamos “insegurança epistemológica” do problema – só se consolidaria na década de 2000. Não esteve presente, portanto, naquele que foi um dos pontos de destaque de nosso histórico: a reportagem da capa da *Veja* inteiramente dedicada ao tema, em 31 de Março de 1999, reproduzida acima.

A matéria de sete páginas cujo título era “A doença da alma” propunha-se a descortinar a depressão, a começar pela chamada da capa, que reforçava que “o mal já pode ser vencido com a ajuda de remédios” e o destaque, no interior da revista, que decretava, no embalo da euforia com os antidepressivos: “A depressão é o mal que mais ataca as mulheres e cresce entre os homens, mas já pode ser tratada com sucesso pela medicina” (CARDOSO; LUZ, 1999, p. 94). Repleta de depoimentos e vivas à psiquiatria farmacológica, o texto trazia ainda trechos literários de “deprimidos clássicos” como Virginia Woolf e o Hamlet de Shakespeare, além do fatídico teste “Você está deprimido?”, baseado indiretamente no modelo do DSM.

O recorrente caráter propagandístico da ciência é presenciado em trechos como “é bom saber que o tratamento eficaz da depressão nunca esteve tão próximo e acessível. Nos últimos dez anos o diagnóstico e o ataque médico à doença avançaram mais rapidamente do que em toda a história anterior da medicina” (CARDOSO; LUZ, 1999, p. 95). Atentava ao problema do subdiagnóstico (“Nove em cada dez pessoas afetadas pela depressão não sabem que têm uma moléstia específica”), e dava pouca ou nenhuma oportunidade ao contraditório,

que se encontra em momentos evasivos do texto como em “embora possa ser reduzida a um problema bioquímico e atacada com sucesso pelos remédios, será sempre um mistério”. No quadro eficazmente denominado “Alívio imediato”, expunha um resumo das “principais formas de tratamento para a depressão”, em que “remédios antidepressivos” ocupavam a maior parte, sendo apenas a seção “Outros tratamentos” o espaço destinado à psicoterapia (“é considerada importante para complementar a ação dos remédios”), eletrochoque e psicocirurgia (os dois últimos terão novo fôlego na década de 2000 após período de ocaso na década de 90, como mostraremos ainda).

Na esteira da ridicularização da psicanálise, comum nesse período, um dos “olhos”¹⁰¹ do texto enfatiza o depoimento de uma publicitária deprimida, que finalmente teria “acertado” o tratamento após ter tentado ajuda com psicoterapia: “Nunca pensei que procuraria um psiquiatra. Mas se você precisa de funilaria não adianta ir ao cabeleireiro. Quinze dias depois de passar pelo médico já estava melhor” (CARDOSO; LUZ, 1999, p. 98). Em outro “olho”, um psiquiatra consultado afirma que “se não fosse depressivo, um gênio como Hemingway teria escrito com a mesma qualidade, mas não teria cometido suicídio” (CARDOSO; LUZ, 1999, p. 100). Detentor da verdade e vidente do futuro do pretérito, o médico recebe então visibilidade midiática ao reforçar pressupostos que sabemos altamente problemáticos, como o de *genialidade*, aqui rudimentarmente considerada como característica natural, tal como seria a cor dos olhos, descolada da história pessoal e de vivências subjetivas gerais. Além disso, é curiosa a aplicação dos imperativos da produtividade a um escritor como Hemingway. Cinco anos após reportagens como “Dr. Prozac contra Freud”, que procuravam, mesmo diante das limitações do discurso jornalístico, matizar a discussão em torno da depressão, deparamo-nos com a reportagem de capa em questão, laudatória à psiquiatria biológica.

Mesmo assim, a referida matéria pode ter sido um dos últimos grandes destaques na imprensa à medicalização quase *absolutamente* acrítica do problema. A partir da década de 2000, passarão a compor o quadro da atualidade da depressão tecnicizada alguns aspectos críticos de sua farmacologia:

¹⁰¹ No jornalismo, “olho” é um pequeno trecho da matéria que recebe destaque no meio do texto, com letras de tamanho maior do que aquelas usadas no texto em questão.

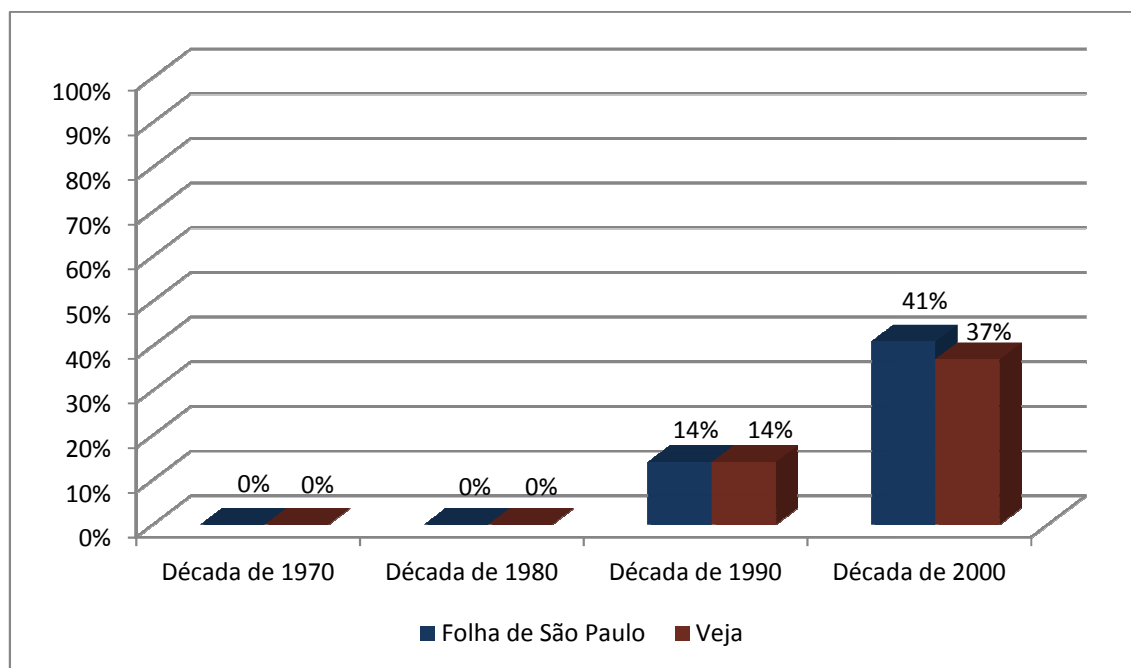


Gráfico 18: Crítica aos antidepressivos na Folha de São Paulo e na Veja. % do total de matérias que mencionam antidepressivos como tratamento para depressão, por década.

Este será um processo descontínuo e heterogêneo de construção discursiva, contudo. Mesmo a crítica que surge como atualidade reforçará o caráter da ciência como legitimadora da verdade definidora da mediação do discurso científico pela imprensa. No caso da depressão, funda o que chamamos aqui de *relação ciclotímica*: matérias propagandísticas de novos medicamentos serão seguidas, algumas edições depois, por reportagens críticas à medicalização ou ao abuso de remédios, sem, porém, *tecer qualquer referência ao que fora publicado anteriormente pelo mesmo veículo*. Trata-se de uma estratégia discursiva, no sentido foucaultiano, em que o jogo discursivo não é necessariamente premeditado, mas é certamente efetivo. Por essa razão, consideramos “ciclotímico” o modo de tratamento da mídia com relação à farmacologia da depressão e o discurso psiquiátrico nos anos 2000.

O ano de 2004 foi significativo desse ponto de vista, com o relativo burburinho provocado pelo alerta formal aos médicos pela FDA, no que diz respeito à prescrição de antidepressivos para jovens. Tal recomendação deu-se após relatos de suicídios praticados por adolescentes que haviam recebido a medicação. Na reportagem “Sob suspeita”, de Março de 2004, Veja sugeria: “Antidepressivos estariam levando jovens a cometer suicídio? Essa é a questão do momento” (VEJA, 31 mar. 2004, p. 65). No longo texto intitulado “Remédio amargo”, para o Caderno Mais!, da Folha, o “sutiã” afirma que “a ‘Geração Prozac’ sofre seu maior revés quando vê questionada a segurança da classe mais célebre de antidepressivos,

após estudos realizados pelos fabricantes virem à baila e revelarem influência no índice de tendências suicidas entre crianças e adolescentes” (AMORIM, 2004, p. 4)¹⁰².

Ao alcançar uma espécie de maturidade midiática da depressão, os anos 2000 percebem que o discurso “moderado” também contribuiria para a produção da atualidade do distúrbio. Ocorre – lembramos – que essa “moderação”, ainda que eticamente preferível se comparada à louvação acrítica do final da década anterior, ainda mantém o princípio básico desta nova era: a depressão – independentemente se circunscrita pela neurociência, pela psiquiatria, pela psicanálise ou pela acupuntura, é ainda um transtorno *tecnicizável*, objeto de saber e intervenção de especialistas que disputarão entre si a eficácia para sua gestão na arena midiática.

Vale a pena lembrar, ainda, que tais críticas à medicalização da vida aparecem assentadas no princípio científico, que é considerado *neutro*, de acordo com a legitimação social do referido campo como produtor de verdades. Em um exemplo curioso dessa prática, temos a reportagem “A mente como campo de batalha”, na Veja de 04 de Outubro de 2006, espécie de comentário ao livro então recém-lançado do neurocientista inglês Steven Rose. No livro, segundo Veja, Rose

traz um alerta importante sobre o uso abusivo de drogas de ‘controle social’ como o Prozac e a ritalina, que deveriam se destinar, respectivamente, ao tratamento da depressão e da hiperatividade. *Não, não é mero ataque “esquerdista” contra a indústria farmacêutica. Trata-se de um problema real, e grave* (TEIXEIRA, 2006, p. 132, grifo nosso)¹⁰³.

Em 05 de Setembro de 2001, Veja incorporava a nova tendência de moderação da confiança nos antidepressivos. Com o título “Mais uma pílula da felicidade”, a reportagem tratava da chegada do Ixel ao mercado de medicamentos para a depressão. Destacava-se que, “sem o triunfalismo do Prozac, chega ao Brasil um outro remédio contra a depressão” (BUCHALLA, 2001, p. 82). No corpo do texto, temos o seguinte trecho cuja leitura, se cotejada com o que descrevemos a respeito do comportamento do mesmo veículo alguns anos antes, torna-se bastante singular, especialmente no trecho grifado:

¹⁰² O psicanalista Contardo Calligaris levantou, em sua coluna na Folha, uma interessante hipótese sobre o suicídio como resultado de suposta ineficácia dos antidepressivos: “talvez os raros efeitos paradoxais dos antidepressivos (o paciente que ‘estava muito bem’ e, de repente, tenta o suicídio) tenham a ver não com o fracasso, mas com o sucesso da medicação, que produziu uma melhora substancial antes que o sujeito tivesse tempo de dizer sua dor” (CALLIGARIS, 2007, p. 18).

¹⁰³ Atentamos para a seguinte curiosidade: a mesma Veja, duas décadas antes, ironizava o argumento da politização ideológica para tratamentos da depressão, no caso da morte do astrônomo sob eletrochoque. Cf. Capítulo 1, p. 69-70.

Como o descompasso dos neurotransmissores é freqüentemente fruto de decepções no plano pessoal, é importante que haja acompanhamento psicológico. Sessões de psicoterapia, no entanto, custam caro. Não bastasse a questão financeira, muitos relutam em deitar-se num divã, com receio de serem tachados de loucos. É um preconceito que precisa ser superado. A associação de medicação e análise costuma dar excelentes resultados – o efeito de uma potencializa o da outra. *Aliás, um desserviço aos que sofrem de depressão foi a falsa polêmica acesa por ocasião do lançamento do Prozac. Houve gente que, apenas para fazer barulho na imprensa, quis estabelecer uma oposição entre antidepressivos e psicanálise* (BUCHALLA, 2001, p. 84, grifo nosso).

O “barulho da imprensa” a que se refere o trecho destacado, a partir de então, será feito majoritariamente por meio da oscilação ciclotímica com relação aos medicamentos e, ainda, pela introdução do ideário da complementação da terapia com a medicação. Tratou-se de uma “pacificação” da contenda midiática, em uma resolução imaginada do conflito entre as duas áreas. Seguindo o modelo de legitimação materializada na mágica fórmula discursiva “pesquisas comprovam”, a Folha decretava na manchete que a “Ação conjunta é eficaz contra depressão”, em 13 de Junho de 2004: “Uma pesquisa divulgada na semana passada nos Estados Unidos tornou cientificamente comprovado o que já era aceito como uma prática bem-sucedida no dia-a-dia das clínicas e consultórios que tratam pacientes jovens acometidos de depressão”, dizia a matéria (CAVERSAN, 2004, p. C4).

Veja dedicou, também em 2004, uma capa à boa nova do final feliz consequente da “reconciliação” da medicação e das terapias acerca do tratamento mental (incluindo a depressão). Na capa “Medicina da alma” – “Psicólogos e médicos encontram o caminho para o equilíbrio mental combinando terapias e remédios” (LIMA, 2004, p. 116), presenciamos a curiosa imagem de uma mulher sorridente e “saúdável” flutuando em uma enorme cápsula colorida de remédio.

Figura 8: Capa “Medicina da alma”. Veja, 01 dez. 2004.



Figura 9: Reportagem “O equilíbrio do cérebro e da alma”. Veja, 01 dez. 2004.



Suas vestes, bem como sua postura, remetem a uma praticante de yoga. No interior da matéria, há outra modelo literalmente em formação do *ásana* yogui de equilíbrio *vrikshásana* (“postura da árvore”). O “equilíbrio” e a “alma” citados, palavras que também se referem ao campo semântico das práticas orientais, sustentam paradoxalmente aí um ideal de saúde profundamente ocidental: tomar remédios e buscar apoio psicológico é o “mais natural”; o que é artificial medicamentoso, a essa altura, já não parece suscitar espanto. Poder-se-ia argumentar que o equilíbrio mencionado faria referência à medicação (“lado” do cérebro) com apoio das terapias (“lado” da alma). É preciso, contudo, observar um pouco mais atentamente um dos pontos de apoio da reportagem: a divulgação de uma pesquisa sueca

que causou grande repercussão na comunidade científica. *Utilizando uma técnica de obtenção de imagens do cérebro* – a tomografia por emissão de pósitrons (PET) –, Furmark analisou o cérebro de pacientes com fobia. Parte desses pacientes havia se tratado unicamente com terapia cognitivo-comportamental, e outra parte havia recorrido a remédios. O resultado de seus estudos mostrou que a terapia altera o funcionamento cerebral tanto quanto a química (LIMA, 2004, p. 117, grifo nosso).

A leitura do trecho acima leva-nos a relativizar a propaganda busca do “equilíbrio” entre “alma” e “cérebro” sustentada pela reportagem, embalada aqui em uma estética *new age*. Em primeiro lugar, o dito equilíbrio entre terapia e química só é assim incentivado por conta da recomendação ou “prova” de um saber neurocientífico: trata-se, portanto, de um peculiar “equilíbrio” em que uma das partes comanda. Em segundo lugar, o ramo das terapias representante do lado “alma” dessa estranha balança são preferencialmente as terapias

cognitivo-comportamentais, de cunho pragmático e pouco afeitas à reflexão simbólica própria a outros modelos terapêuticos, como a psicanálise ou mesmo a yoga, aqui utilizada unicamente como chamariz estético.

Apesar da preferência pelas terapias cognitivo-comportamentais na matéria, a figura *pop* de Freud comparece, em mais uma previsão do futuro do pretérito de gosto duvidoso: “Freud, não se deve esquecer, era médico. Se pudesse acompanhar o que ocorre atualmente, é provável que aprovasse a parceria cada vez mais estreita entre psiquiatria e psicologia, apesar das resistências (sem trocadilhos) dos seguidores da psicanálise” (LIMA, 2004, p. 124). O que mais chama atenção no texto, entretanto, é sua referência crítica ao período “passado” de crença absoluta na neurociência e no *Prozac*:

Durante a “era Prozac”, houve quem decretasse que os males da mente eram unicamente uma questão química. Assim, todas as teorias psicológicas – a freudiana inclusive – estariam condenadas ao esquecimento. Seriam substituídas no futuro próximo por uma “pílula da felicidade”, que permitiria a abolição completa de todo tipo de angústia mediante a ingestão de um simples comprimido. A desilusão, no entanto, seguiu-se à euforia com os remédios psiquiátricos de última geração. Eles poderiam ser mais toleráveis, no sentido de ter menos contra-indicações. Não eram, no entanto, necessariamente mais eficazes do que os do passado. Os novos antidepressivos, por exemplo, não apresentam resultados em cerca de 20% dos pacientes (LIMA, 2004, p. 119).

Trata-se aqui da “insegurança epistemológica” da depressão funcionando a todo vapor como matéria-prima da atualidade midiática. Sete meses antes, no mesmo ano da publicação da reportagem acima citada, tivemos a matéria “Prozac foi só o começo” na mesma revista, celebrando então a chegada ao mercado do Cymbalta, novo medicamento antidepressivo. A novidade da vez agiria “mais rápido e com menos efeitos colaterais” (BUCHALLA, 2004, p. 65). A concepção evolucionista da ciência encontra na produção de medicamentos uma adequada concretização para o modelo social vigente: o novo medicamento é sempre melhor que o anterior, curiosamente por ser “mais rápido e com menos efeitos colaterais”. Em um contrassenso flagrante, encontraríamos, como vimos, apenas alguns meses depois, menções à “era *Prozac*” como se esta ocorrera em um passado remoto. Nela, “houve quem decretasse que os males da mente eram unicamente uma questão química” (LIMA, 2004, p. 119). O que dizer, então, do seguinte trecho da matéria “Prozac foi só o começo”, meses antes?

Cerca de 70% das pessoas que tomam antidepressivos de qualquer classe relatam problemas sexuais. Os especialistas notam, agora, que essa diminuição da libido vem acompanhada da perda de habilidade para iniciar ou manter um romance em pacientes que se tratam com os remédios específicos para serotonina. Uma explicação plausível é que, ao aumentar as taxas da substância no cérebro, esses antidepressivos refreariam os impulsos amorosos. *Isso porque já está provado que*

baixos níveis de serotonina favorecem a paixão (BUCHALLA, 2004, p. 65, grifo nosso).

Crítica-se a eficácia do *Prozac* para sugerir um novo medicamento, ratificado no entanto pelas mesmas bases epistemológicas que justificaram o *Prozac* anos antes. Portanto, do mesmo modo que santificou a indústria farmacêutica e ridicularizou a psicanálise, a mídia passou também, a partir dos anos 2000, a explorar um novo filão para produção de atualidade jornalística: o alarmismo *irregular* referente aos riscos da medicação. As colunistas do suplemento Folhateen em 2004 informavam que a Agência Britânica do Meio Ambiente havia encontrado elevados níveis de *Prozac* na água do Reino Unido, consequência do alto número de receitas do antidepressivo na região (só em 2001 teriam sido 24 milhões de prescrições médicas oficiais). As jornalistas brincam, ao final, dizendo que “nós, que não sofremos de depressão do Primeiro Mundo, vamos ter que assistir ao fim das canções de rock melancólicas” (HALLACK et al, 2004, p. 2). Uma notinha publicada na Folha em 1999 trazia o título “Placebo pode reduzir depressão, diz estudo”. Sem no entanto questionar talvez o principal motivo do experimento em questão (a testagem de eficácia do *Prozac* pela comparação do efeito de placebos), a matéria segue pelo caminho do futuro idealizado da ciência ao afirmar que “se for descoberto como o placebo alivia a depressão, novas terapias podem ser desenvolvidas” (FOLHA DE SÃO PAULO, 21 mai. 1999, p. 14).

Figura 10: Capa “A verdade sobre os remédios” Veja, 02 fev. 2005.



“Estamos tomando remédio demais?”, indaga a manchete da grande reportagem de capa da *Veja* de 2005, sintomaticamente denominada “A verdade sobre os remédios”, e prossegue: “a indústria farmacêutica se esforça para fazer produtos cada vez mais seguros e eficazes. Mas há sempre os perigos da automedicação e os riscos inerentes aos próprios medicamentos” (NEIVA, 2005, p. 62). Em um quadrinho intitulado “Um guia de uso dos remédios”, lemos que “não existe ‘a’ pílula da felicidade”, em que se critica o oba-oba com o *Prozac* nos anos 90, como se este se tratasse de um fenômeno exterior à própria governamentalidade midiática.

Figura 11: Capa “Remédios: o que há de errado com eles”. *Veja*, 05 nov. 2008.



Em 2008, o medicamento Acomplia, administrado para o tratamento da obesidade, foi acusado de provocar depressão em pacientes. *Veja* produziu outra matéria de capa “Remédios: sustos difíceis de engolir”, em que perguntava: “O que há de errado com eles?” e, no interior da revista, reiterava: “Medicamentos retirados do mercado após efeitos colaterais desagradáveis, como no caso do Acomplia, lançam a pergunta ‘até que ponto se pode confiar nos laboratórios?’” (BUCHALLA; LOPES, 2008, p. 88). No mesmo movimento, a *Folha* acusava, com grande destaque na matéria de capa do caderno Saúde, já em 2010: “Médicos

desprezam os efeitos colaterais dos antidepressivos”, a partir de pesquisa americana (BOTELHO, 2010, p. C9).

Toda essa suspeição com relação aos antidepressivos a partir dos anos 2000, por não ser homogênea, inaugura o que chamamos de *relação ciclotímica da mídia com a indústria farmacêutica*. Por outro lado, abriu espaço, também, para a visibilidade de novas alternativas de tratamento. É nesse contexto que a Folha anuncia “Marcapasso dispensa uso de remédio antidepressivo”, em Junho de 2005, sobre um aparelho de estímulo do nervo vago (condutor de estímulos sensoriais ao cérebro), implantado sob a pele no lado esquerdo do tórax. A reportagem inicia da seguinte maneira: “o tratamento da depressão somente com medicamentos pode estar com os dias contados” (BASSETTE, 2005, p. C6), e destaca ainda os problemas causados por antidepressivos.

4.4.4 Museu de grandes novidades: a volta das terapias de choque

O que provocaria espanto nos já distantes anos 70 do movimento antipsiquiátrico tem retomado fôlego na última década: tais “novidades”, propagadas quase acriticamente pela imprensa, disseminam derivações contemporâneas do velho eletrochoque, como as ECT (eletroconvulsoterapias) e as Estimulações Magnéticas Transcranianas. É preciso alertar que a percentagem das matérias em que o eletrochoque é tido como alternativa terapêutica é menor do que as diversas outras soluções mágicas apresentadas pela imprensa, categorizadas na seção “Outros”, como se pode verificar nos Gráficos 12 e 13, já apresentados neste mesmo capítulo. Por outro lado, após *nenhuma* referência a esse tipo de tratamento nos anos 90, a volta da empolgação com os tratamentos de choque na década de 2000, com a percentagem de 5% e 6% na Folha e em Veja, respectivamente, é algo importante a ser destacado. Amparadas pelo paradigma dos saberes neurocientíficos, as ECT e similares ganharam considerável espaço na mídia brasileira a partir de 2004, *exatamente no momento de auge de matérias críticas acerca dos antidepressivos*. Contudo, o que se questionava sobre o comportamento eufórico na adesão aos antidepressivos em parte dos anos 90 é repetido, agora no ramo dos ECT e derivados.

Com o devido cuidado de diferenciá-las dos antigos eletrochoques, a imprensa louva animadamente as novas terapias de choque. Em “Terapia de choque – o eletrochoque para o tratamento de doenças psiquiátricas é reabilitado pela medicina”, em 2004, a matéria de Veja festeja a ECT “agora, com a constatação de que os remédios não dão conta de tudo” (NEIVA, 2004, p. 120), e nos faz a ressalva:

As primeiras máquinas de eletrochoque foram criadas na década de 30, por cientistas italianos. Sem a precisão dos aparelhos modernos, os médicos não conseguiam controlar a intensidade da descarga e o tipo de onda elétrica. Por isso mesmo, os efeitos colaterais do tratamento podiam ser severos. (...) O eletrochoque, hoje, é sem dúvida mais seguro e lembra menos um instrumento de tortura (NEIVA, 2004, p. 120).

A “crítica” se resume a sugerir cuidado com a quantidade de sessões de choque, na voz de um psiquiatra consultado: “a prescrição precisa ser bem criteriosa, e o número máximo de aplicações é de três vezes por semana” (NEIVA, 2004, p. 120). O implante de aparelhos da neuromodulação é igualmente celebrada em 2005 na reportagem “Um arsenal elétrico”, da mesma revista: “desde que se provou que os remédios contra a depressão não dão conta de todos os casos da doença, os médicos buscam métodos alternativos capazes de atuar não só na química, mas também no circuito elétrico do cérebro” (BERGAMO, 2005, p. 70). O único senão para a popularização da neuromodulação (indicada não apenas para depressão, como também para epilepsia, obesidade, enxaqueca, incontinência urinária etc.) seriam “o preço – o mais barato custa 10.000 dólares – e o tempo de vida útil das baterias” (BERGAMO, 2005, p. 70). Apesar de ressaltar que “como toda operação, ela implica riscos” (BERGAMO, 2005, p. 70), pouco espaço é fornecido para o debate dos mesmos.

Dos exemplos que escolhemos para ilustrar o retorno dos tratamentos de choque, talvez nenhum deles seja mais preocupante que o da Folha de 11 de Setembro de 2005.

Figura 12: Foto de paciente em terapia de choque. Folha de São Paulo, 11 set. 2005.



Nessa data tão simbólica, a matéria “USP testa aparelho elétrico antidepressão” apregoa, em uma espécie de ataque terrorista contra a (pressuposta) prudência jornalística:

Imagine a cena: Elvira Couto, 59, corretora de imóveis de São Paulo, chega em sua casa, abre a gaveta do criado-mudo e de lá tira uma caixinha da qual saem dois fios. As pontas dos fios ela gruda em dois lugares de sua cabeça, um em cima do lado esquerdo da testa, outro na têmpora direita. Elvira liga a maquininha por 20 minutos, e pronto! Termina sem dor, incômodo ou efeitos colaterais mais uma sessão do seu tratamento para depressão. A única parte ficcional do relato acima é a que se refere ao local em que Elvira se submete ao tratamento. Ainda experimental, só pode ser feito no Instituto de Psiquiatria da USP. "Mas o sonho é esse. Criar uma máquina de fácil manejo e que, no limite, possa ser usada em casa pelo paciente", diz o pesquisador Marco Antonio Marcolin, chefe de um grupo de 20 pesquisadores. A primeira etapa dos testes com o aparelhinho antidepressão já foi vencida com sucesso. Dela participou Elvira Couto. (...) Elvira começou a tomar uma das drogas mais prescritas do mercado. Mas não suportou os efeitos colaterais. Seu médico a encaminhou para o Instituto de Psiquiatria, onde participou dos testes da maquininha. "Você não sente nada durante a aplicação. Não há dor nem choque", lembra Elvira. No caso dela, bastaram oito sessões de 20 minutos. "Fiquei superbem". Hoje, passados quase dois anos do tratamento, ela não apresenta nenhum sintoma de depressão (CAPRIGLIONE, 11 set. 2005, p. C12).

Fantasia futurista, celebração vergonhosa, publicidade sem disfarces: neste caso, não é possível medirmos tais expressões judicativas diante de tamanha desmesura. Talvez a principal diferença do eletrochoque com relação às novas terapias de choque não seja a maior sutileza tecnológica destas, e sim o fato de que os antigos pacientes que tomavam eletrochoque o faziam quando confinados em asilos psiquiátricos. Cenário bastante distinto se dá quando, em nada impelidos a obter o choque, os pacientes de hoje na realidade o reivindicam *livremente* para si.

4.4.5 A depressão e as doenças: nova relação ciclotímica

Como procuramos mostrar neste trabalho, a atualidade da depressão na imprensa depende materialmente da tríade formada pela alteração do sentido da palavra, do aumento das matérias sobre o assunto e de sua disseminação por matérias de diversos temas, que não necessariamente tragam a depressão como protagonista. Este último fator encontra um impulso considerável na década de 2000 com o recrudescimento das reportagens, notinhas e notícias que procuravam relacionar o *risco* de doenças gerais atrelado à depressão. A partir dos anos 2000, a referência a doenças como consequência da depressão chega a alcançar, em Veja, a marca dos 50% do total de matérias que fazem referência a qualquer tipo de consequência do distúrbio depressivo:

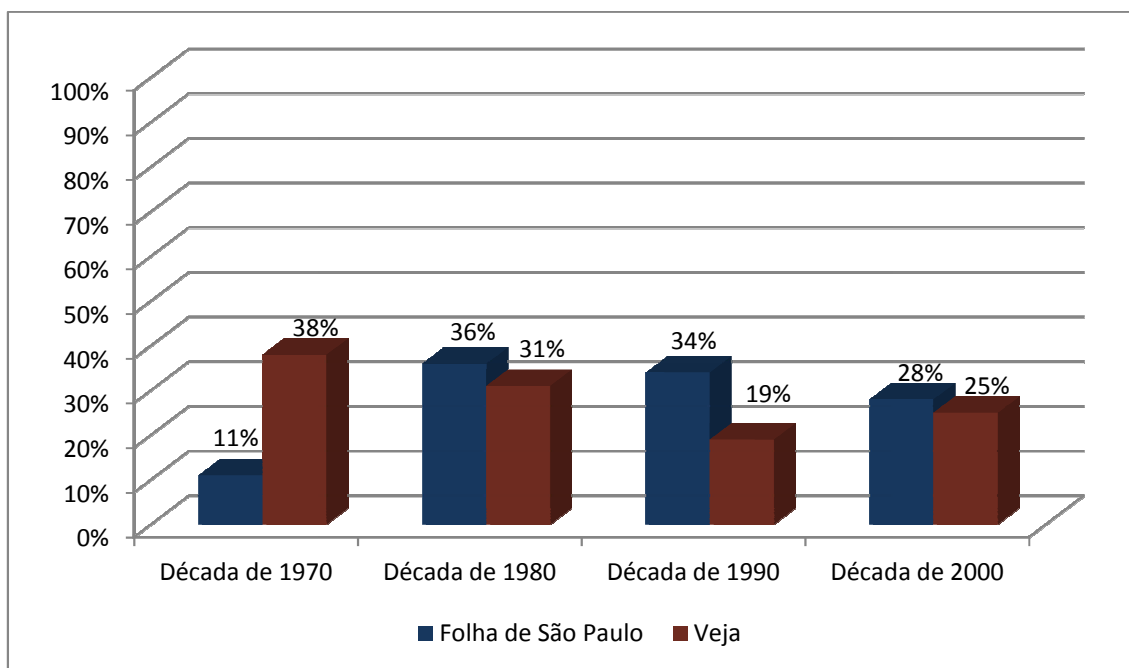


Gráfico 19: Percentual de matérias que apresentam consequências da depressão, na Folha de São Paulo e na Veja. % do total de matérias categorizadas, por década.

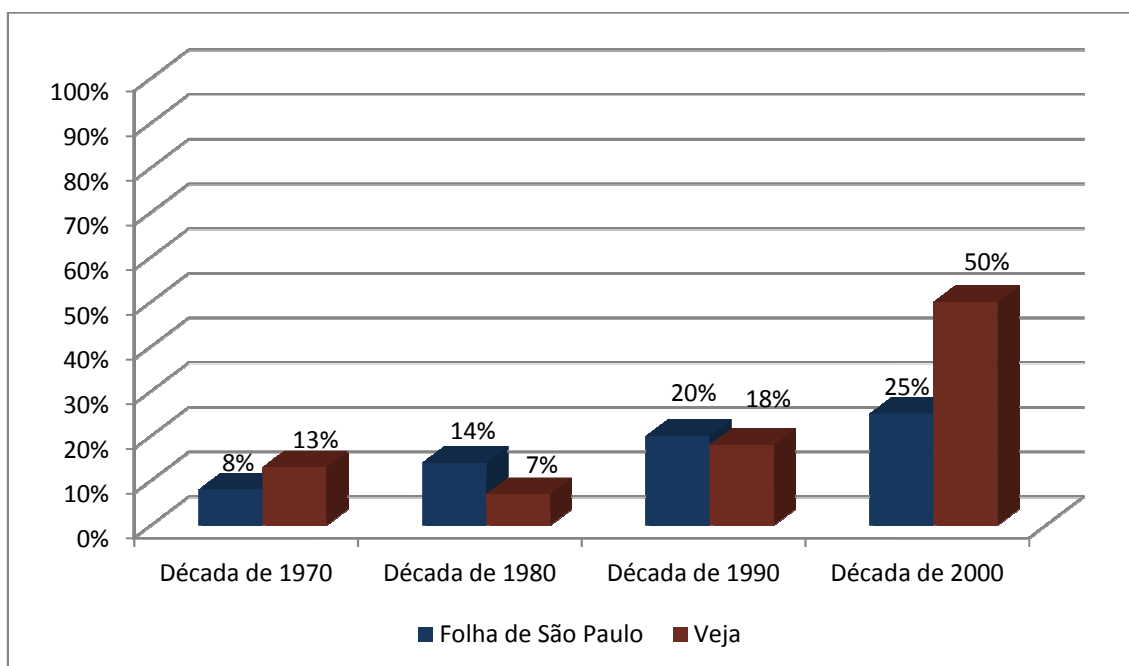


Gráfico 20: Doenças como consequências da depressão na Folha de São Paulo e na Veja. % do total de matérias que apresentam consequências da depressão, por década.

Alertamos para um dado importante. Mais relevante que a *quantidade* das matérias que atrelam depressão a doenças é a *qualidade* delas. Realçamos, mais uma vez, que a maior parte dos textos das décadas de 70 e 80 encara a depressão em seu sentido psicossocial e coletivo. Foram contabilizadas, portanto, doenças como consequência do distúrbio, na maior parte das vezes, em casos singulares de pessoas acometidas pela depressão, como no caso em que a depressão do ex-presidente João Figueiredo foi tida como responsável pelo agravamento de sua doença¹⁰⁴. A partir dos 90 e, especialmente nos anos 2000, a ênfase da consequência da depressão será descrita em um aporte tecnicizado e *direcionado ao risco*: não mais a doença de alguém, mas a doença em si, abordada pelo arsenal teórico do risco epidemiológico, que, por sua vez, deverá ser informado pelos meios de comunicação em sua nova lógica de governamentalidade. Percebamos o *boom* da indicação da depressão como fator de risco para doenças nos anos 2000. Para restringirmos o levantamento a seguir, foram consideradas apenas as matérias que mencionaram a palavra “risco” em seu texto. O número de matérias correlatas do arquivo poderá ser ainda maior, portanto.

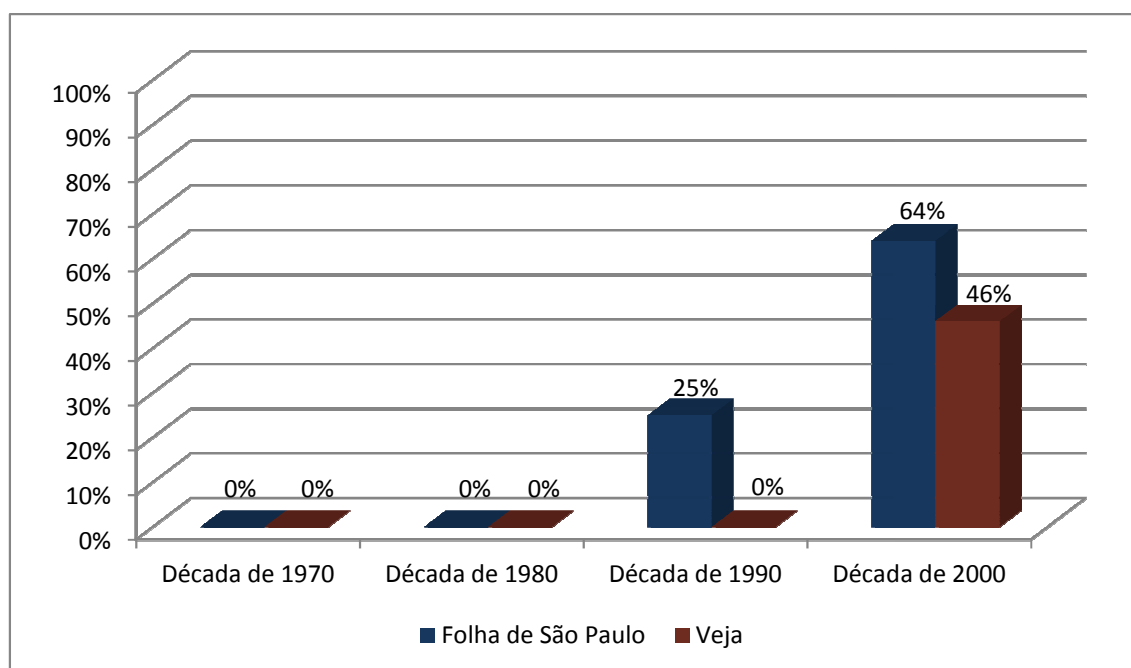


Gráfico 21: Relação depressão e outras doenças pela abordagem do risco, na Folha de São Paulo e na Veja. % do total de matérias que apontam doenças como consequência da depressão, por década.

Apesar de ser ampla a gama de correlações do risco de desenvolver-se doenças por conta da depressão, tal vinculação concretiza-se nos arquivos predominantemente com três delas: o *câncer* (na Folha), a *obesidade* (na Veja) e os *problemas cardíacos* (em ambas).

¹⁰⁴ Cf. Capítulo 1.

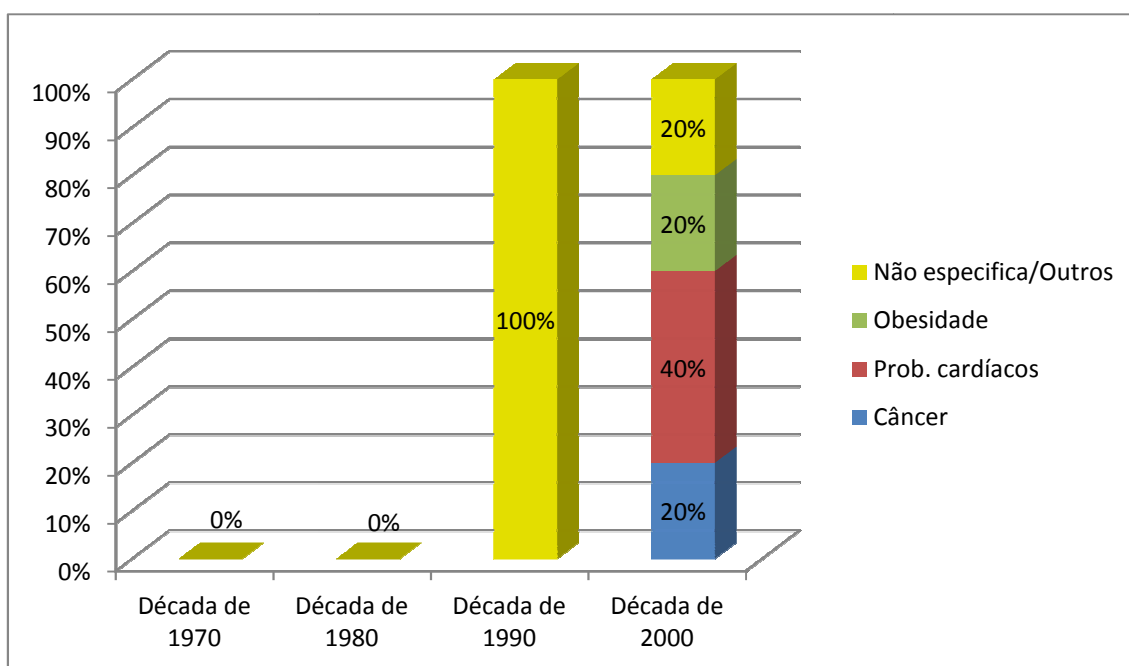


Gráfico 22: Relação depressão e outras doenças pela abordagem do risco, na Folha de São Paulo. % do total de matérias que apontam doenças como consequência da depressão, por década.

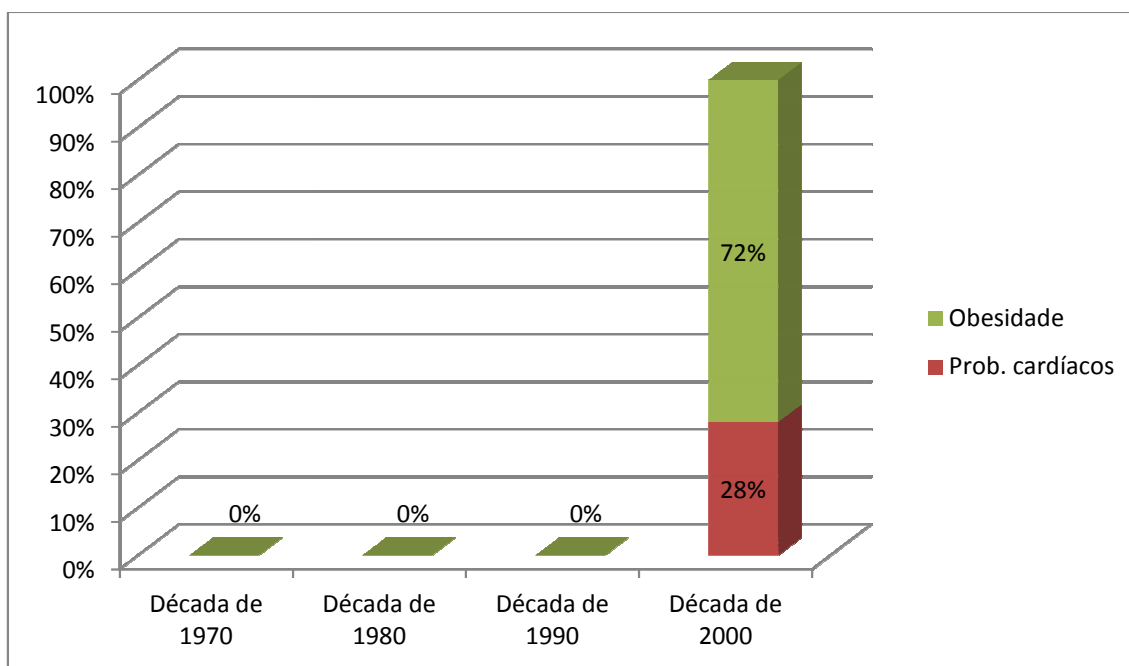


Gráfico 23: Relação depressão e outras doenças pela abordagem do risco, na Veja. % do total de matérias que apontam doenças como consequência da depressão, por década.

É preciso ressaltar que também aqui a questão da “insegurança epistemológica” estará presente. O *modus operandi* da composição dessas matérias obedecerá à mesma *ciclotimia* a que aludimos anteriormente. Seleccionamos um exemplo de cada um de nossos arquivos para ilustrarmos nosso ponto. Na matéria “Abaixo a depressão – Pesquisa mostra que estado

emocional pode influir no tratamento do câncer”, da Folha de 02 de Janeiro de 2000, descobrimos que “o estado emocional das pessoas pode contribuir no combate ao câncer ou, ao contrário, pode piorar quadros da doença *e até ser um dos fatores para que o mal apareça. Esses dados foram comprovados pela pesquisa (...)*” (MOHERDAUI, 2000, p. 16-17, grifo nosso). Duplo risco: a depressão no doente de câncer, por um lado, diminuiria a imunidade do corpo, dificultando o tratamento. Por outro, deve-se ter cuidado com ela mesmo sem se estar doente, uma vez que, pelos mesmos motivo da imunidade, aumentariam desse modo os riscos de se adquirir um câncer¹⁰⁵. A ciclotimia da abordagem manifesta-se, por exemplo, em uma minúscula nota da reportagem “Capital de SP e DF lideram em casos de câncer”, publicada em 28 de Novembro de 2003, chamada “Doença não está ligada a estresse, dizem estudos”. Apoiada em nova pesquisa, desta vez de um dinamarquês, pondera: “nenhuma pesquisa comprovou até hoje que o estresse ou outros motivos, como depressão, fatores psicológicos ou de personalidade, provoquem a doença” (LEITE, 2003, p. C6).

Atesta-se tal procedimento ciclotímico igualmente com relação às doenças cardíacas e seu vínculo com a depressão. Com certo alarde, Veja afirma em “Coração e mente”, de Maio de 2002, “o peso da depressão na ocorrência de infartos é tão grande que ela passou a ser fator de risco isolado”. O especialista consultado, um cardiologista, sentencia que “o deprimido faz tudo errado: não come direito, costuma ser sedentário, fumante e dado a exagerar no álcool”. A reportagem ratifica:

A pessoa é dominada pela apatia e pela irritação. É difícil levantar da cama e impossível encarar com humor as dificuldades cotidianas. Em muitos casos, ela se associa a ataques de pânico. Como alguém nessas condições pode pensar em alimentos pobres em gordura ou em largar o cigarro? Onde encontra ânimo para fazer ginástica? (VEJA, 09 mai. 2002, p. 65).

Neste singular exemplo da valoração negativa da falha da autorregulação saudável, a “explicação científica” utilizada na matéria é rudimentar: “o desequilíbrio da química cerebral, verificado entre os depressivos, desregula a química de todo o corpo” (VEJA, 09 mai. 2002, p. 65). Ao final do texto, em mais um exemplo da ciclotimia quanto aos fármacos:

o tratamento da chamada ‘doença da alma’ ganhou uma arma poderosa no final dos anos 80, com a chegada no mercado dos remédios da família do Prozac. Eles são, inclusive, mais bem tolerados por quem já sofreu um infarto. Difícil é mesmo o médico fazer – e o paciente aceitar – o diagnóstico de depressão (VEJA, 09 mai. 2002, p. 65).

¹⁰⁵ Estamos aqui bastante próximos daquilo de que Susan Sontag tratou em seu famoso ensaio sobre a doença e suas metáforas: a atribuição, pelo senso comum, do desenvolvimento do câncer como consequência de um estado emocional de amargura (SONTAG, 2007).

No ano seguinte, a mesma Veja traz a seção “Boa notícia, má notícia”, formada de pequenas notinhas. Na parte “Boa notícia” lemos que “o coração resiste à depressão”, “ao contrário do que concluíram estudos anteriores” (VEJA, 17 dez. 2003, p. 193). A explicação, segundo o portador da verdade da vez, é que “as pesquisas passadas avaliaram períodos curtos demais para tirar conclusões”.

* * *

Como procuramos sustentar nesta tese, a construção de uma atualidade midiática não é um processo uniformizador que obedece a uma regra apriorística, aplicando-a indiferentemente ao devir histórico, repetindo monotonamente o postulado de origem. Para além da introdução a uma história da depressão na mídia impressa no país, nossa breve genealogia procurou mostrar a imanência do processo de construção de sua atualidade, em que fatores complexos interrelacionam-se. Como configura um sistema autorreferente (assim como os demais sistemas sociais), a mídia dispõe de funções próprias na construção inevitável de uma realidade. Inevitável porque a autorreferência dos sistemas impede que se apreenda “a realidade” como tal, mas permite a observação de segunda ordem, ou seja, pressupõe *a observação da observação dos outros sistemas*. A atualidade da depressão se constituiu na década de noventa a partir de fricções, irritações do sistema midiático com o sistema de poder-saber científico, medidas pela lógica da informação como seleção da novidade e do conflito.

Assim, a atualidade na mídia impõe-se como problema quando não consideramos que ela já seria garantida de antemão, como se temas se tornassem atuais por eles próprios, ou por condições socioculturais explicitadas como mãos invisíveis. Se a atualidade dos temas não é garantida por si só, *também não é garantida sempre da mesma maneira*. Implica, assim, destrinchar os plurívocos jogos de poder em estratégias discursivas, caso a caso. Todos já compareceram no histórico que acabamos de tecer. Consideramos relevante, contudo, que dispensemos atenção a cada um deles separadamente.

4.5 As estratégias discursivas mais recorrentes

Por se tratar de um processo, a governamentalidade midiática da depressão se manterá apenas se conservar em ação essa interrelação produtora de interesse na mediação dos discursos científico e jornalístico. Rascunhar quais serão essas estratégias futuras não nos cabe. Podemos, entretanto, elencar as estratégias discursivas mais comuns *até agora* utilizadas. Encontramos quatro linhas principais de atuação. É possível que tais estratégias não se restrinjam somente ao objeto depressão, e também possam ser generalizadas a outras matérias de caráter científico, mas nos precavemos em afirmar isto diante dos sempre plurais e originais jogos de poder, que funcionam caso a caso. É evidente, ainda, que poderá haver muitas outras estratégias que nos passaram despercebidas.

Ainda assim, insistimos na importância das quatro estratégias que delineamos a partir de nosso arquivo: *a seleção interessada dos especialistas consultados, a deficiência da exposição do contraditório das pesquisas, os depoimentos pessoais como ratificação de pesquisas e a negligência irregular sobre as condições das pesquisas*. Tais estratégias não são estanques, mas interdependentes, sendo mesmo penoso estabelecer fronteiras bem definidas entre elas, uma vez que não são sempre de naturezas diferentes. Todavia, de modo a salientar os *graus* distintos de sua atuação, tratemos de cada uma delas separadamente.

4.5.1 Seleção interessada dos especialistas consultados

Parte das matérias que refletem temas científicos aprofunda o método comum ao jornalismo que é a consulta aos especialistas, indivíduos cujas falas carregam consigo a autoridade conveniente àquilo que é apurado pelo profissional de imprensa. Diante de uma pesquisa científica, é frequente encontrarmos a opinião de especialistas para debater o que foi “descoberto”. Indica-se, assim, uma brecha para a condução de conduta da mídia. O cenário do modelo subjetivo da “autonomia assistida” contemporânea encontra-se com a hipótese didática dos meios de comunicação neste caso.

No gráfico a seguir, podemos verificar a frequência dessa consulta a especialistas nas matérias científicas de *Veja* e *Folha* que mencionam a depressão, ao longo das décadas de que tratamos:

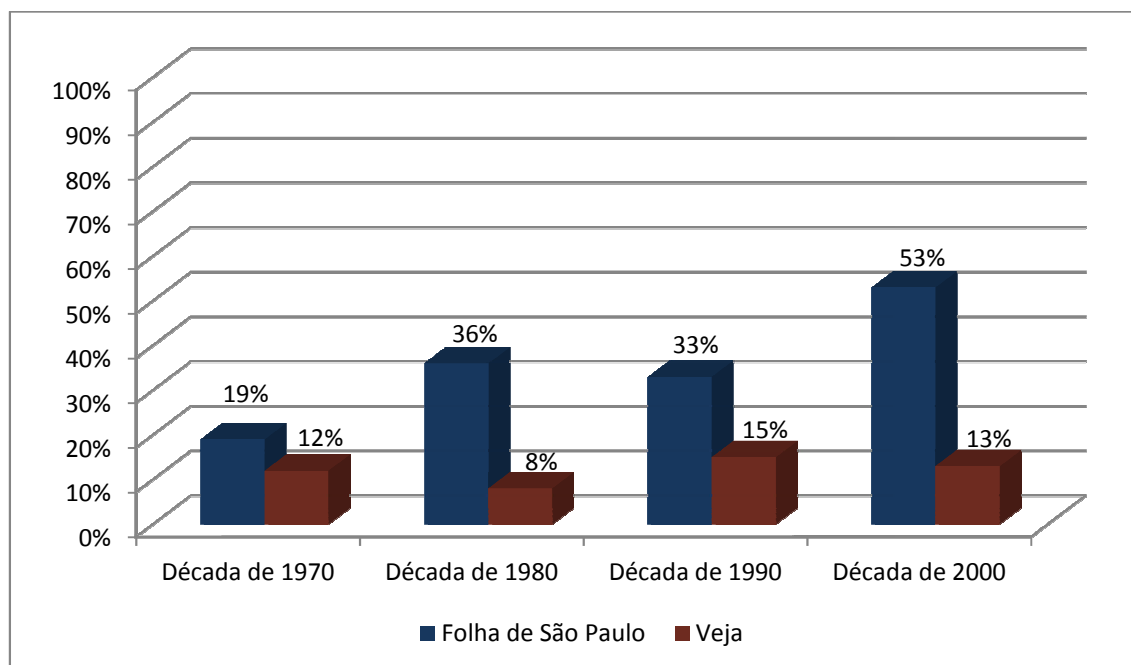


Gráfico 24: Presença de especialistas consultados, na Folha de São Paulo e na Veja. % do total de matérias científicas da depressão, por década.

No caso da depressão, em que é possível tecer em alguns pontos um antagonismo claro entre perspectivas biologizantes e psicossociais no que diz respeito à compreensão do transtorno, talvez tão importantes quanto as pesquisas científicas que fazem parte da pauta sejam os especialistas selecionados para comentá-las, visto que, assim, direcionam o sentido da investigação. Indicamos, por essa razão, as categorias profissionais mais comumente presentes como especialistas. Em alguns casos, a soma das especialidades ultrapassa os 100%, pois mais de um profissional fora consultado ou mencionado pela reportagem. Notemos a confirmação do lugar de autoridade da fala dos psiquiatras, maioria em todas as décadas avaliadas, nos dois veículos estudados.

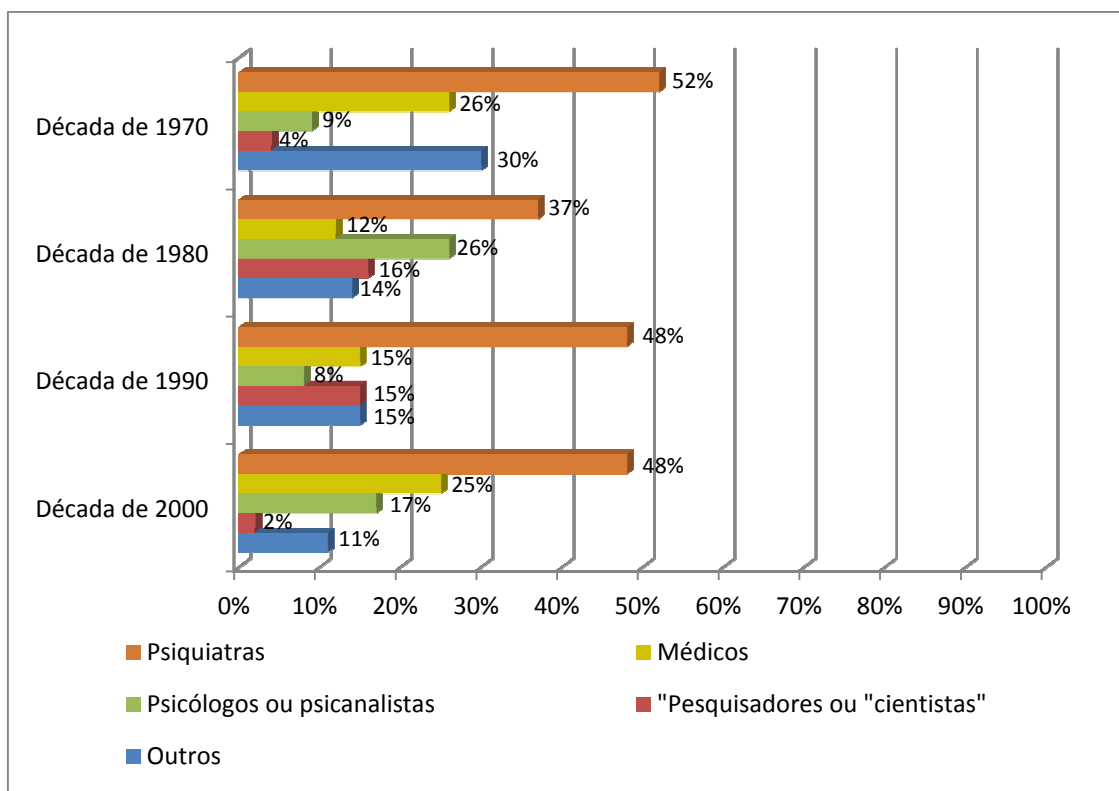


Gráfico 25: Especialistas consultados ou mencionados pela Folha de São Paulo. % do total de matérias em que se buscaram especialistas, por década.

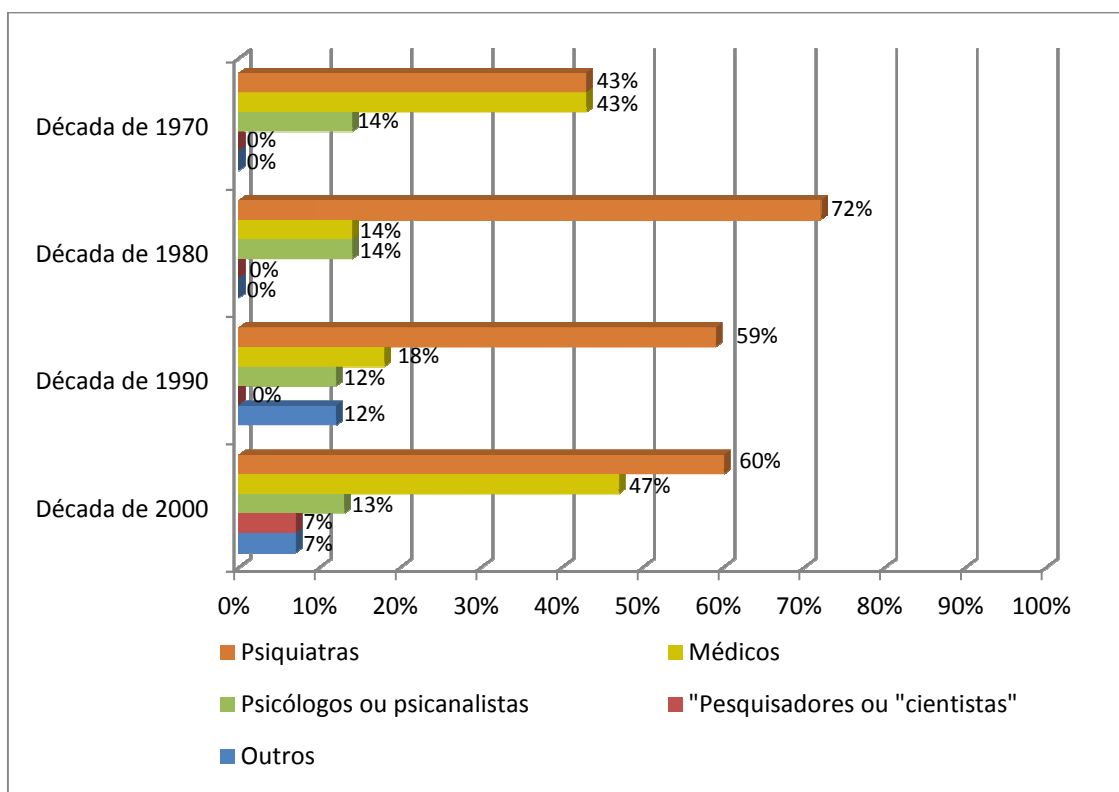


Gráfico 26: Especialistas consultados ou mencionados pela Veja. % do total de matérias em que se buscaram especialistas, por década.

Se esmiuçarmos a categoria “Médicos”, encontramos as especializações mais consultadas nos gráficos abaixo. Notemos como a existência de cardiologistas indicados reflete o acento das matérias que relacionam depressão e doenças cardíacas a partir, especialmente, dos anos 2000. De modo análogo, o percentual de ginecologistas espelharia a interrelação depressão/mulher bastante frequente, notadamente por conta da propalada estatística que afirma serem os casos de depressão feminina duas vezes mais frequentes do que em homens. Finalmente, o crescimento da busca por neurocientistas ou neurologistas para comentar pesquisas publicadas a partir da década de 2000 mostraria certa tendência de uso interessado de especialistas consultados que aqui defendemos como estratégia discursiva. Entretanto, note-se que a presença de neurocientistas tem sido sempre inferior a de psicólogos, por exemplo, ou da categoria “médicos” em geral (com exceção da última década, na Folha).

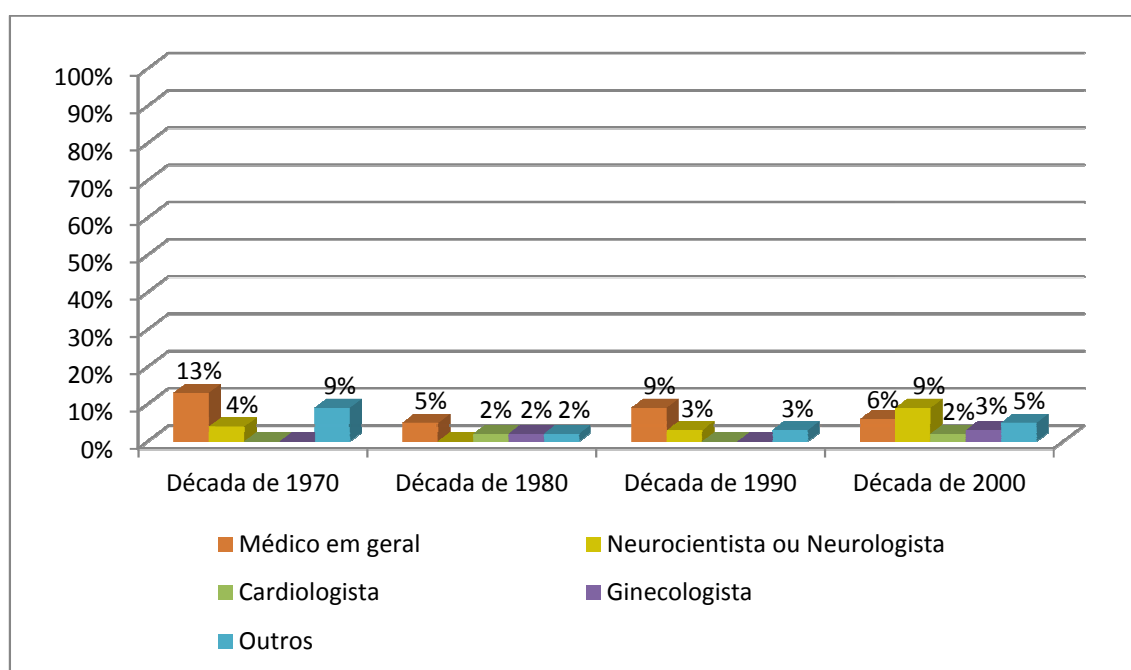


Gráfico 27: Relação de médicos consultados, na Folha de São Paulo. % do total de especialistas consultados, por década.

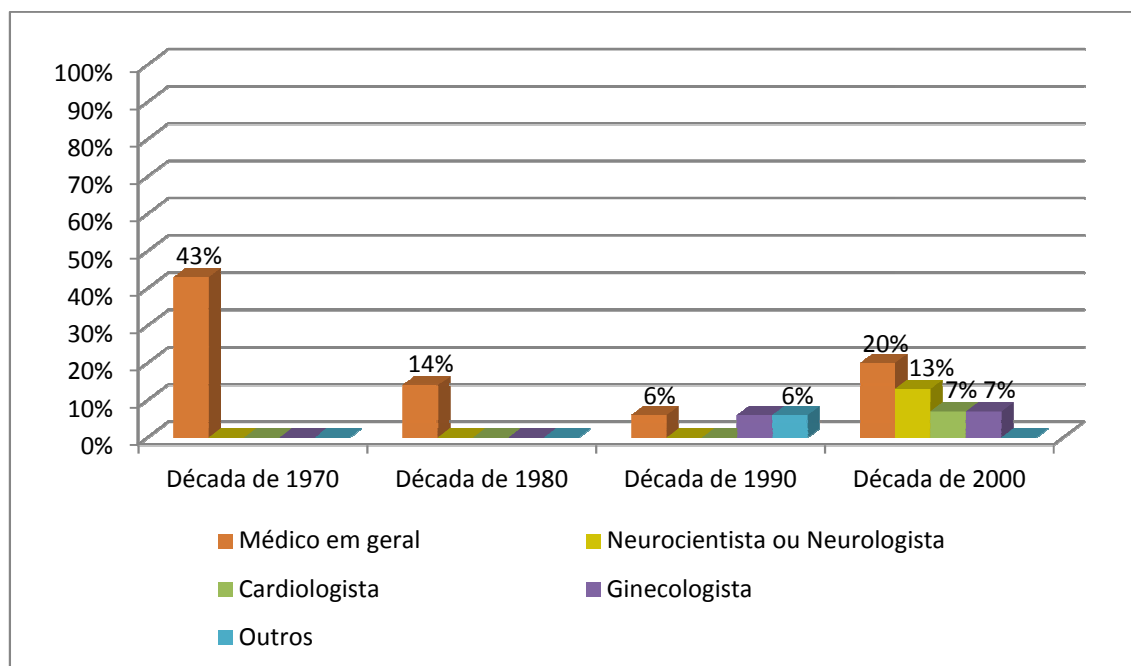


Gráfico 28: Relação de médicos consultados, na Veja. % do total de especialistas consultados, por década.

Já a ampla categoria “Outros” dos Gráficos 25 e 26, dedicados aos especialistas em geral (médicos e não-médicos), comporta profissionais tão diversos quanto sociólogos, profissionais de grupos de apoio, acupunturistas, assistentes sociais, biólogos, pedagogos, fisioterapeutas, cientistas políticos etc. Como nenhum desses grupos *isoladamente* atingiu o percentual de 1%, aglomeramos todos eles em um só conjunto. A grande frequência da categoria de especialistas “Outros” é para nós mais um bom indício de que a expressão “tecnicização da depressão” pode configurar-se como expressão mais adequada para tratar da abordagem do distúrbio em um viés midiático.

Trazemos alguns exemplos para ilustrar essa primeira estratégia discursiva por nós discutida. O primeiro toca a temática da depressão e seu relacionamento com outras doenças. Na reportagem “Depressão eleva risco de morte em doente com câncer”, da Folha de 15 de Setembro de 2009, dois especialistas são consultados. Enquanto a primeira médica tende a ratificar a pesquisa publicada, é dado maior espaço para contestação do trabalho por meio da fala do então colunista da Folha, o dr. Drauzio Varella, que questiona: “Fica esquisito, porque, se você não consegue documentar que a depressão faz a doença progredir mais depressa, qual seria a relação causal entre a mortalidade e a depressão?” (SILVEIRA, 2009, p. C11). Encerrando a reportagem, novamente Varella manifesta-se: “Fico um pouco revoltado com essas teorias, porque é muito comum você ver gente que acha que uma forma negativa de ver a vida ajudaria a desenvolver tumor. É uma simples especulação maldosa” (SILVEIRA, 2009, p. C11). Ao enfatizar a crítica de um especialista em relação à pesquisa científica, a matéria

fornece-nos um claro exemplo de governo midiático: uma condução de conduta específica é endossada sob o invólucro da hipótese didática, no caso, em seu viés crítico.

Um último exemplo que apresentaremos parece-nos mais significativo. Veja dedicou, em Fevereiro de 2010, uma longa reportagem à discussão do livro do psicólogo Irving Kirsch que questiona a eficácia dos antidepressivos, a partir de comparação com efeitos de placebo¹⁰⁶. A matéria de título “Depressão em preto e branco” anuncia que “um novo livro compara o efeito dos antidepressivos modernos com o de pílulas de placebo e chega à surpreendente conclusão estatística de que eles se equivalem. *Mas a complexidade da mente e de suas doenças não se mede por números*” (MAGALHÃES; MACEDO, 2010, p. 78, grifo nosso). Neste texto, a mente passa a ser considerada complexa quando se houve por bem questionar o uso de estatística pela pesquisa de Kirsch. Postura bastante distinta encontramos nas louvações acríticas de experimentos científicos que, atrelados à ascensão do risco epidemiológico na medicina, invadem nosso cotidiano com estatísticas que nos impeliriam à ação reflexiva acerca de nossa própria saúde.

A reportagem em questão recorre então a “nove especialistas” entre psiquiatras, neurocientistas, farmacologistas e psicanalistas, que contestam a interpretação da pesquisa de Kirsch de que os antidepressivos “não funcionam”. Mais adiante, no texto, minimizam o experimento alegando que “na realidade, as metanálises de Kirsch não revelam nenhuma novidade” (MAGALHÃES; MACEDO, 2010, p. 80). A estratégia discursiva da seleção interessada dos especialistas consultados aqui encontra um bom exemplo. A mesma pesquisa inferiria sentido oposto ao direcionado pela matéria, caso tivessem sido consultados outros especialistas, críticos ao modelo farmacológico da depressão. Como temos insistido neste trabalho, não se trata, porém, de afirmar que “a mídia defende os interesses da indústria farmacêutica”. Nesta ocasião, tendo em vista o efeito de atualidade que se obteria pela contestação da investigação em questão, procurou-se ratificar o viés medicamentoso do tratamento da depressão. Como vimos, o caráter ciclotímico do relacionamento da imprensa com o tema é uma das bases da atualidade da tecnicização do transtorno. Neste caso, optou-se pelo pólo positivo de tal ciclotimia:

Descobertos nos anos 50, os remédios contra a depressão têm por objetivo restabelecer a química cerebral de modo a que as pessoas consigam enfrentar a vida cotidiana e seus problemas. Imagine um par de óculos com as lentes embaçadas... O antidepressivo é aquele pedacinho de pano usado para limpá-las, desanuviando a mente (MAGALHÃES; MACEDO, 2010, p. 82).

¹⁰⁶ Cf. Capítulo 3, p. 153-154.

A matéria traz tópicos de resumo da pesquisa de Kirsch e, em seguida, de sua contestação. Neste último caso, foram problematizados os pressupostos do experimento, atitude rara no âmbito da produção de matérias científicas (ver última estratégia discursiva, na subseção 4.6.4). Em uma problemática construção lógica, um dos tópicos contestadores afirma que “se o placebo funciona, isso não significa que o antidepressivo não funciona” (MAGALHÃES; MACEDO, 2010, p. 78). Ora, se o placebo funciona, isto não significa que a especificidade do antidepressivo como tratamento foi severamente questionada? Realmente é lógico sustentar que, se o placebo funciona, isso não quer dizer que o antidepressivo não funcione. Mas, por que mesmo dispende grandes quantias de dinheiro para comprar um antidepressivo e não experimentar outras alternativas, já que seu grau de eficácia seria o mesmo que o de um placebo?

Esta primeira estratégia discursiva – a seleção interessada dos especialistas consultados – pode ser complementada e melhor compreendida se cotejada com a seguinte. Notemos como ela segue na esteira da primeira, desdobrando-a.

4.5.2 Deficiência da exposição do contraditório

Vimos como a seleção de determinados especialistas no lugar de outros implica um direcionamento específico do discurso jornalístico. No caso da divulgação de pesquisas científicas acerca da depressão, o conhecimento de suposta disputa entre uma visão biologizante e outra psicossocial não gera necessariamente um *debate* na reportagem, efetivado com a consulta de, no mínimo, um especialista a mais para cada “tendência”. Nossos números informam justo o oposto, como podemos ver no Gráfico 29. O banalizado princípio de conduta jornalística de “ouvir todos os lados”, certamente idealizado (mas não por isso improdutivo), pouco se vê no que se refere à cobertura da depressão.

Considerando-se o total das matérias em que estiveram presentes especialistas (e não o total geral das textos do arquivo – note-se), assim se distribuem as frequências de presença do contraditório das reportagens materializadas na recorrência a outro especialista:

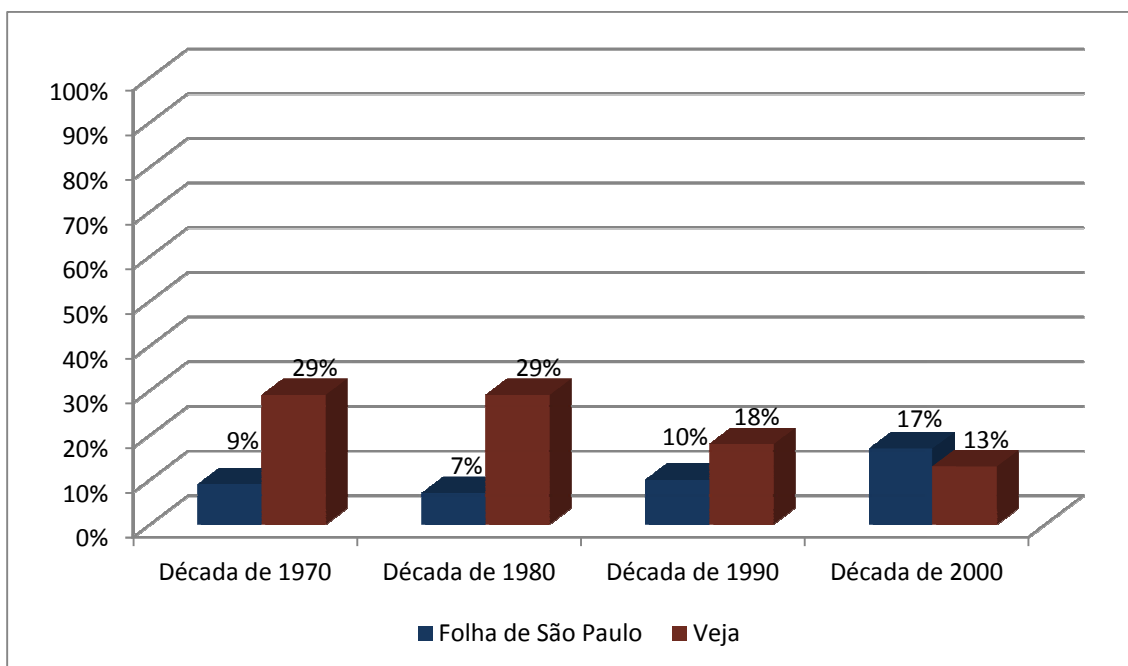


Gráfico 29: Presença do contraditório nas pesquisas abordadas, na forma de divergência entre especialistas consultados, na Folha de São Paulo e na Veja. % do total de matérias em que se buscaram especialistas, por década.

Publicar uma pesquisa científica para, em seguida, entrevistar especialistas que a corroborem, sem buscar contradizê-los com a recorrência a outros especialistas de áreas distintas ou da mesma área, é sub-repticiamente endossar sem crítica tal pesquisa. Como indica a jornalista Mônica Teixeira,

não há contraditório na cobertura de ciência. Dispensamos o jornalismo sobre ciência de cumprir o mandamento que interdita a matéria feita a partir de uma única fonte porque entendemos que não há versões da verdade quando se trata de ciência. (...) Na cobertura de economia, por exemplo, em que conhecimentos específicos são vistos como requisito profissional, os jornalistas não se constroem em duvidar de versões e buscar, com seu trabalho, estabelecer uma outra versão, que é útil e confiável por apresentar pontos de vista contraditórios (TEIXEIRA, 2002, p. 135).

Por fim, haveria ainda outras modalidades desta deficiência de exposição do contraditório na construção discursiva da depressão na imprensa. Muitas pesquisas são divulgadas como “a mais nova descoberta da ciência”, ignorando o histórico de trabalhos (e mesmo de reportagens) produzidos sobre o mesmo tema, muitas vezes com resultados diversos, como nos exemplos acerca da relação ciclotímica da mídia com a indústria farmacêutica. Se, por um lado, *em seu conjunto* diversificado, as matérias não têm comprometimento com uma verdade científica específica, *individualmente* elas tendem a endossar a-criticamente a pesquisa *da vez* como verdade.

4.5.3 Depoimentos pessoais como ratificação das pesquisas

Nas duas últimas décadas, cerca de 20% das matérias em que a depressão é cientificizada são adornadas por depoimentos pessoais de supostamente depressivos. Mais do que mera ilustração das pesquisas, defendemos que essa presença considerável deixa transparecer outra estratégia discursiva.

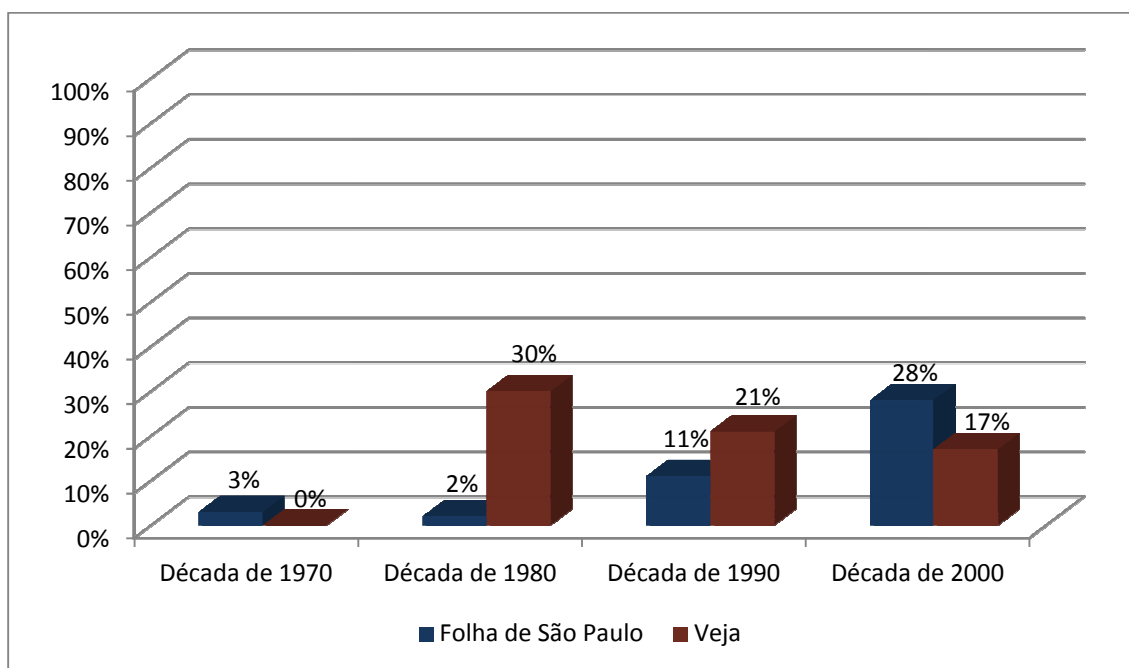


Gráfico 30: Depoimentos pessoais nas matérias consultadas na Folha de São Paulo e na Veja. % do total de matérias científicas da depressão, por década.

Na reportagem de Veja “Dr. Prozac X Freud” de Março de 1994, por exemplo, já citada neste capítulo anteriormente, encontramos uma série de depoimentos pessoais referentes ao distúrbios psíquicos. Baseada na premissa de que “só sabe o que é depressão quem já teve uma” (CAPRIGLIONE, 1994, p. 54), como diz um dos psiquiatras consultados pela reportagem, a função visada da presença de depoimentos nas reportagens poderia ser tornar familiar o que se proferiu nas reportagens na forma de dados “científicos” e palavras de profissionais especializados. Soma-se a isso o valor do testemunho como garantidor de autenticidade da experiência. Como afirma Paulo Vaz, há uma inclinação contemporânea de “transferência de autoridade para o sofredor. Essa tendência inclui também a recusa da representação dos sofredores por um terceiro – só pode falar sobre um dado sofrimento quem o experimenta – é a legitimidade do testemunho” (VAZ, 2009, p. 60). Em nosso exemplo, diz uma das entrevistadas, a respeito de sua experiência com a depressão:

Nesse longo percurso, eu percebi que é muito importante existir uma empatia entre o paciente e o terapeuta para que o tratamento se desenvolva satisfatoriamente. O resultado de toda essa maratona de terapias é que agora me vejo muito mais próxima da satisfação pessoal. Eu me sinto de bem com a vida. Acho que tem valido a pena (CAPRIGLIONE, 1994, p. 54, p. 55).

Em uma primeira leitura, baseando-nos apenas neste exemplo, poderíamos encarar o aumento dos depoimentos pessoais nas matérias como uma concessão da imprensa ao espaço diferenciado da subjetividade, em que as singularidades inventivas dos sujeitos relativizariam os relatórios secamente preparados por organizações científicas. Ocorre que, em termos foucaultianos, encontraríamos nestes casos menos “estética de si” do que “homens infames”, aqueles indivíduos cuja realidade da existência só nos chega por conta de, algum dia, terem esbarrado nas grades do poder. É desta maneira que notamos uma maior *homogeneização* dos depoimentos encontrados nas matérias sobre depressão. Os “depressivos” entrevistados limitam-se praticamente a descrever o mais fidedignamente possível seus sintomas, que se tornam os reais personagens principais de suas histórias. É o caso da adolescente que envia carta ao especialista do jornal buscando compreender “o que se passa com ela” e é imediatamente alertada sobre a possibilidade de estar deprimida. Encontramos este exemplo na matéria “Depressão e ansiedade vão além da crise da adolescência” da Folha em 03 de Setembro de 2001, que reproduzimos em duas partes, sendo a primeira a carta da jovem e a segunda a opinião do psiquiatra consultado.

“Tenho 18 anos e me sinto estranha e triste. Meu pai pega no meu pé e só critica o que faço. Estou no ano do vestibular e só estudo. Ando preocupada com meus pensamentos. Sinto meu corpo formigar e tenho falta de ar. O que acontece comigo?”

Tristeza, pensamentos estranhos e dificuldade de encarar a vida podem ser sinais de depressão. A pessoa fica infeliz, para baixo, sem pique de fazer as coisas. (...) Ano de vestibular é difícil mesmo (...). Vale a pena achar um espaço na sua agenda para procurar a ajuda de um especialista – um terapeuta, um psicólogo ou um psiquiatra que converse com você, cheque o que está acontecendo, verifique se você está deprimida mesmo e proponha um tratamento. O que não dá é ficar vendo a vida com essas lentes escuras e sem foco (BOUER, 2001, p. 9).

Uma jovem paulistana que deu seu depoimento à Veja para a matéria “O equilíbrio do cérebro e da alma”, já mencionada aqui, “descobriu que tinha depressão aos 23 anos, ao ler uma reportagem sobre o assunto. Identificou-se com os sintomas, foi a um médico e ouviu o diagnóstico” (LIMA, 2004, p. 122). Presenciamos nesse caso uma espécie de *uroborus* midiático, algo como uma retroalimentação informacional: vemos que a jovem que desconfia de seu diagnóstico a partir das descrições dos sintomas de depressão em uma revista voltará a outra revista para fornecer seu depoimento pessoal. A maquinaria da atualidade midiática da

depressão funciona a todo vapor em seu entrecruzamento de saberes, discursos e produções subjetivas diversas.

Contudo, para além desta leitura, gostaríamos de atentar para outro papel dos depoimentos *como estratégia discursiva* nas matérias observadas. Se eles surgem no contexto da divulgação de uma pesquisa, *confirmando-a*, terminam por contribuir para que esta pesquisa adquira concretude, realidade imediata. É como se nos dissessem que a pesquisa é tão real que faz brotar naturalmente seus personagens diante de nossos olhos. Trata-se, neste caso, de mais um aspecto de verdade da lógica do testemunho.

Em 22 de Novembro de 2007, por exemplo, a matéria “Droga antiobesidade pode elevar em 40% risco de depressão” da Folha divulgava pesquisa holandesa sobre o medicamento Acomplia, usado no tratamento da obesidade. O depoimento de uma mulher que se tratava com o remédio confirmava o que era, afinal de contas, apenas uma pesquisa, sujeita a debates e contraprovas:

A professora Ana Maria Cardoso, 52, é um exemplo. Ela conta que sempre se considerou uma “gorda feliz”, mas que, um mês após iniciar o tratamento, começou a se sentir deprimida, sem vontade de sair de casa. “Só chorava. De repente tudo ficou cinza”, afirma. Ela diz que demorou pelo menos duas semanas até associar a depressão à medicação. “Assim que falei com meu médico, ele suspendeu a medicação e, em poucos dias, eu já me sentia outra” (COLLUCCI, 2007, p. C5).

Colher o depoimento de uma dona de casa sobre o aumento do preço do arroz após a divulgação de seu aumento inflacionário não é o mesmo que “ilustrar” uma matéria a respeito de uma pesquisa sobre depressão, objeto tão passível de ser captado por perspectivas distintas. Ao dispor desta estratégia, a matéria sutilmente torna a pesquisa “mais verossímil”.

Passemos, finalmente, à última estratégia discursiva que indicamos em nosso trabalho.

4.5.4 Negligência sobre as condições da pesquisa

Nenhuma pesquisa científica pode ser desvinculada de suas condições de possibilidade. Poderíamos listar uma série delas, na linhagem argumentativa de Bruno Latour, e sua indicação dos diversos atores humanos e não-humanos existentes em um procedimento de pesquisa (LATOUR, 2000). Entretanto, para o que nos importa aqui, limitemo-nos a concordar que um trabalho científico não pode dispensar o contexto histórico-social-econômico em que é produzido.

Nas matérias divulgadoras de pesquisas sobre depressão, encontramos certa negligência em relação a esses fatores condicionantes dos trabalhos publicados.

Patrocinadores das pesquisas, posições políticas dos institutos que as produzem e outros elementos são comumente ignorados. Os silêncios eloquentes das condições de produção das pesquisas são, também, uma estratégia discursiva. Acompanhem numericamente a materialização desses silêncios:

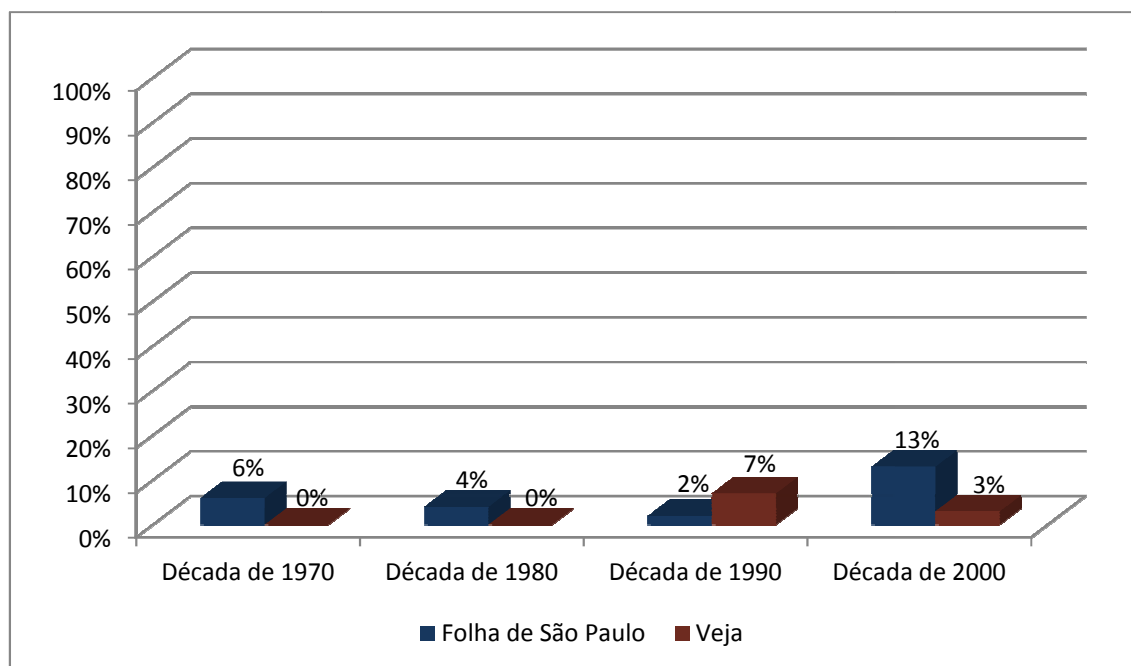


Gráfico 31: Exposição de pressupostos das pesquisas na Folha de São Paulo e na Veja. % do total de matérias que apresentam pesquisas científicas, por década.

Com exceção da década de 2000 na Folha, que indica que 13% das matérias que abordam pesquisas científicas trataram da problematização dos pressupostos das mesmas, vemos que o índice de questionamento, em ambos arquivos depurados, é sempre bem menor do que 10% das matérias baseadas em experimentos divulgados.

É preciso dizer que, mesmo quando são mencionadas, as estruturas que possibilitaram a feitura das pesquisas que servem de base para as matérias são *estrategicamente* aproveitadas. É precisamente aqui que encontramos, nesta negligência *irregular* das precondições das pesquisas publicadas, uma *nova* estratégia discursiva. Caso fossem *sempre* ignoradas, poderíamos afirmar que as precondições não fariam parte da produção discursiva das reportagens estudadas. Isto implicaria algumas consequências. Não é o caso, todavia. Aqui também, como no caso dos especialistas consultados, há uma *seleção interessada* na indicação das condições de produção das pesquisas. Poderíamos dizer, ainda, que mesmo presente, a exposição das precondições da pesquisa é deficiente, pois se restringe a um questionamento da metodologia empregada, mediada pela voz de algum especialista

consulatado. Temos aqui, evidentemente, um entrecruzamento dessa estratégia com a primeira por nós levantada.

Um bom exemplo seria a matéria da Folha de Julho de 2005 intitulada “Pais também sofrem depressão pós-parto”, a respeito da incidência de depressão pós-parto em homens, que traz, em uma rara seção à parte, descrições e problematizações da metodologia utilizada pelo empreendimento científico divulgado. O psiquiatra procurado questiona a metodologia, afirmando que “faltou uma avaliação psiquiátrica melhor dos quadros denominados de depressão. *Reside aqui uma das principais deficiências da metodologia do estudo*” (COLLUCCI, 2005, p. C9, grifo nosso). Mesmo deficiente e irregular, esse tipo de abordagem ao menos relativiza o hábito midiático de bajulação a-crítica dos “avanços” da ciência.

* * *

Neste capítulo, procuramos detalhar o processo de governamentalidade da depressão na mídia brasileira a partir da década de 90. Em primeiro lugar, tratamos de especificar mais ainda o que entendemos por tecnicização midiática do transtorno: a abordagem do mesmo a partir de um viés de transcendência técnica (em que se perde a dimensão narrativa das décadas anteriores), pautado por uma visão do humano em que este é tomado abstratamente, pela ênfase na lógica do risco epidemiológico ratificado por pesquisas científicas, em que os limites entre o normal e o patológico são tanto estimulados quanto esfumados, de acordo com o objetivo de captação das matérias. Vimos que a relação mídia-ciência, no caso da depressão, estabelece-se na ênfase da “insegurança epistemológica” do problema, que permite a produção contínua de informações (selecionadas pelo filtro da novidade e do conflito), ao mesmo tempo em que corrobora o primado fornecido socialmente ao campo científico para que ele seja o *locus* privilegiado para produção de verdades.

A ratificação da hipótese didática da mídia, entendida como a função prometeica dos meios de comunicação de difundir em linguagem clara o conhecimento científico, eclipsa, por um lado, o complexo modo de produção do conhecimento científico e, por outro, o caráter jornalístico dos textos publicados, o que se comprova pelo recente histórico da abordagem da depressão na Folha de São Paulo e na Veja. Por meio da análise desse arquivo, mostramos como a produção de interesse midiático não está diretamente relacionada à adesão a uma verdade específica sobre a depressão que se repetiria tediosamente desde uma origem estabelecida. É preciso que se busquem, sempre, novas discontinuidades, em um viés de exploração das polêmicas envolvendo o transtorno. Tais polêmicas, no entanto, são

perscrutadas irregularmente, uma vez que a utilização de constantes estratégias discursivas delineam as matérias de acordo com uma espécie de linha de produção em que a depressão é transformada em *commodity* informacional, frequentemente desvinculada das condições psicossociais coletivas do Brasil, tal como era o caso nas décadas anteriores.

Se a governamentalidade é uma grade de análise das racionalidades das conduções de conduta historicamente determinadas, a perscrutação do arquivo de matérias ao longo de quatro décadas acerca da palavra “depressão” indicou-nos precisamente detalhes que esperamos que sejam profícuos para futuras abordagens críticas dos modos midiáticos de produção discursiva com relação aos temas relativos à saúde e ao comportamento.

Considerações finais

“Brian: *Look, you’ve got it all wrong!
You don’t NEED to follow ME,
you don’t need to follow ANYBODY!
You’ve got to think for yourselves! You’re ALL individuals!*

The crowd: *Yes! We’re all individuals!*

Brian: *You’re all different!*

The crowd: *Yes, we ARE all different!*

Man in the crowd: *I’m not...*

The crowd: *Sch!!!”*
Monty Python, trecho de Life of Brian

Em 8 de Março de 2000, em seu suplemento especial sobre o Carnaval, a Folha trazia uma pequena matéria intitulada “Depressão pós-festa é natural, dizem especialistas”. No texto, um “especialista” autorizava-nos a sentir alguma tristeza na Quarta-feira de Cinzas, após o período de alegrias e excessos da famosa festa brasileira:

O Carnaval acabou, os amigos estão indo embora, aquele ‘amor’ se perdeu na dispersão. Prepare-se para se sentir deprimido. Como em tantos outros carnavais, você vai ficar triste quando notar que já passam os ônibus da quarta-feira, que o céu está começando a se iluminar. (...) Os especialistas dizem que não há fórmulas para fugir desse cenário depressivo. O que não significa que isso seja tão ruim, tão insuportável. Ficar triste no final da festa é tão natural quanto se preparar para ela, especialmente quando se trata do nosso Carnaval, que se prolonga por dias (BIANCARELLI, 2000, p. 7).

Contudo, diante dos riscos de esta tristeza *normal* “permitida” pelo especialista transmutar-se em uma depressão, somos alertados de que

o que não é natural é a tristeza profunda que se abate sobre alguns foliões e que se arrasta por semanas. Os estudiosos dizem que sofrem mais aqueles seres que já são depressivos e que buscam na folia do Carnaval uma compensação, uma fantasia para fazer de conta. (...) Quem sentir que a depressão vai muito além da tristeza do fim de festa deve ser sensato o bastante para procurar ajuda especializada. “Muitos dos mais animados foliões estão camuflando suas depressões”, acredita (...) (BIANCARELLI, 2000, p. 7).

Talvez a matéria supracitada revele-se uma maneira bastante simbólica de encerrarmos a caminhada que nos conduziu ao nascimento da depressão como atualidade no Brasil contemporâneo. Consideramos curiosa esta invasão do discurso do *expert* em uma realidade tão tida como característica da cultura brasileira. Que o folião investigue minuciosamente os

limites do seu “afogar as mágoas” da Quarta-Feira de Cinzas, que se autorregule em meio aos excessos, que saiba, enfim, domesticar sua tristeza.

Como procuramos mostrar neste trabalho que aqui se encerra, este cenário de visibilidade midiática à palavra do especialista é uma das facetas disto que chamamos de tecnicização da depressão na imprensa brasileira. Desde a década de 90, ao menos no que diz respeito à depressão, ascende um jornalismo que procura com efeito *ensinar a viver* quando afirma somente *relatar*. Foi precisamente por meio da plurivocidade da depressão que procuramos investigar de que maneira introduziu-se a atualidade deste tema em nosso país. Diante dos números assombrosos de aumento de diagnósticos do transtorno, das infindáveis pesquisas que o relacionam a qualquer faceta do comportamento humano, pareceria *natural* que a depressão obtivesse a atenção dos meios de comunicação. Ocorre que nada que é humano é inteiramente natural, como já postulavam Nietzsche e também Foucault, um de seus *alunos* mais brilhantes. E se não fosse natural a atenção midiática dada à depressão? E se fosse possível contar uma *outra* história? O gosto pelo detalhe, pelas pequenas rachaduras do tecido histórico impulsionaram-nos assim à investigação do arquivo formado pelas 863 matérias de Veja e Folha de São Paulo. Seguramente, pela nossa perspectiva, poucas alegrias são comparáveis àquela do encontro do pesquisador com seu objeto. As frequências de sentido distintas para a palavra “depressão” que se evidenciavam no desenrolar da pesquisa enveredaram-nos por uma trilha de curiosidade que transformou a árdua tarefa de garimpagem do arquivo em uma aventura repleta de descobertas e, *felizmente*, de perigos.

Foi assim que contamos nossa história do nascimento da depressão tecnicizada, um *nascimento* que nada teve de natural. Como tentamos sugerir, uma gama de fatores diferentes reuniu-se para que a palavra depressão, na imprensa, fosse, a partir de então, majoritariamente vinculada a um transtorno cuja verdade é passível de ser descoberta e instrumentalizada por saberes-poderes. Segundo a nova função prescritiva da mídia de saúde, estes saberes-poderes teriam na arena pública midiática sua oportunidade de exposição para que, por fim, o leitor livremente pudesse decidir quais delas lhe conviriam.

Vimos de início que, da década de 1970 aos anos 90, a maior parte da presença da palavra “depressão” na imprensa do país esteve ligada a um sentido coletivo psicossocial. Tempos de ditadura militar, de crise econômica, de pessimismo e frustração ficaram para sempre registrados nas páginas de Veja e da Folha: na origem, em tinta e papel; atualmente, em *bytes* ao alcance de qualquer um com acesso à internet. O que mereceu ganhar visibilidade foi a depressão coletiva que, segundo nossa definição, apresentava-se mesmo quando eram descritos casos individuais. Uma conexão maior parecia tecer-se, no discurso midiático, entre

a depressão individual e os estados psíquico e social de todos. Naquele período, quase se mostrou uma tendência à naturalização no pólo oposto ao que hoje presenciamos, a ponto de a tristeza ter sido considerada, como vimos em trecho de matéria reproduzida no primeiro capítulo, “substrato forte da cultura” e ainda “com coloração positiva” (VEJA, 13 maio 1987, p. 57).

Todavia, se obtivemos sucesso, conseguimos ao menos indicar a interseção de uma série de fatores de ordens distintas que foram cruciais para o recrudescimento do sentido tecnicizado da depressão. *Fatores sociais gerais* devem ser considerados, como o florescimento dos ideais de otimização do bem-estar que vem na esteira de reformulações plurais das práticas de saúde no século XX. Tais práticas transformaram a noção de risco em moeda corrente contemporânea e, com ela, as informações sobre risco que devem estar disponíveis e atualizadas constantemente para que seja sustentado o modelo subjetivo de autorregulação do indivíduo. No caso da depressão, outros fatores sociais gerais foram tratados, dada sua relevância para a construção do problema tal como o compreendemos hoje: o advento da psicopatologia descritiva, especialmente com a publicação do DSM-III em 1980, que introduziu nos saberes médicos a depressão como transtorno autônomo, além de produzir um modelo de diagnóstico pautado exclusivamente pela descrição (no lugar da *compreensão*) dos sintomas; o imenso avanço das neurociências nos anos 80, que possibilitou a inundação da cultura com todo um vocabulário fisicalista que, de modo vulgarizado, associou a depressão à hipótese da deficiência química cerebral; o *boom* dos antidepressivos no final da mesma década, especialmente dos inibidores seletivos de recaptação de serotonina como o *Prozac*, que prometiam tornar palpáveis os sonhos de empreendimento de uma performance social perfeita com os mínimos efeitos colaterais. Aliados a um poderoso viés mercadológico, os antidepressivos adequaram-se muito apropriadamente tanto às explicações neurocientíficas, que justificavam seus usos, como ao modelo sindrômico da psicopatologia descritiva. Ao mesmo tempo, perspectivas teóricas de cunho psicossocial sugerem que o aumento dos sintomas que em nossos dias são associados à depressão está fortemente atrelado a um sentimento de insuficiência manifestado diante dos imperativos de gozo e bem-estar disseminados culturalmente nas últimas décadas.

Aliados aos fatores sociais gerais que enumeramos, apreciamos ainda a seara dos *fatores sociais especificamente brasileiros*. Dadas as transformações que o país sofreu nas duas últimas décadas, com a consolidação da democracia representativa e a entrada no contexto global de mercado, o sentido coletivo de depressão das décadas anteriores passou a

receber menos visibilidade midiática diante da possibilidade de vinculação da depressão às novas práticas de saúde que ganhavam espaço.

Debruçamo-nos, então, sobre os *fatores midiáticos gerais* da atualidade da depressão. Diante do papel que a mídia atribuiu-se de disseminar as informações sobre saúde e risco necessárias à autorregulação individual, a depressão foi reformatada como mal absoluto administrável pela boa gestão das informações, por sua vez continuamente proferidas pela divulgação de pesquisas científicas. Entram em jogo então os dois operadores que aqui denominamos de *hipótese didática* e *hipótese do receptor racional*. No primeiro caso, trata-se da função de simplificação do discurso científico que a mídia reivindica para si. De fato, contudo, omitem-se as condições de produção do discurso jornalístico. Como sistema social autorreferente, os meios de comunicação constroem a realidade a partir de um prisma particular, em que se deve atentar para a seleção das trocas sociais diante daquilo que pode ser considerado novidade e conflito, bases para captação de público que permitem a manutenção do funcionamento do aparato midiático. O argumento do didatismo é enfraquecido quando se percebe que o que está em jogo é uma nova e autêntica produção discursiva, e não mera *tradução*. Também a hipótese do receptor racional ignora os meandros do processo comunicacional, particularmente suas improbabilidades. O indivíduo com acesso à informação ao risco é um mito inquestionável contemporâneo que autoriza valorações morais diversas e intervenções políticas importantes. As interpretações da informação recebida, sua reorganização no sistema de valores dos receptores, as condições materiais de recepção e, finalmente, a ausência de vínculo necessário entre compreensão de informação e alteração do comportamento configuram problemas sérios que mereceram nossa atenção.

A análise das notícias, reportagens e matérias em geral de nosso arquivo mostrou que o interesse que a depressão desperta para a mídia ultrapassaria, assim, sua mera incidência constatada no aumento do número de diagnósticos. A atualidade da depressão é garantida materialmente, em primeiro lugar, pela tríade formada pelo aumento estrondoso do número de menções a esta palavra, a radical mudança de seu sentido e sua disseminação por editoriais diversas, o que permite sua contínua massificação para além das matérias em que é tema principal. Os fatores midiáticos gerais que conformam esta atualidade referir-se-iam à função autoatribuída pela imprensa de *conduzir as condutas possíveis* dos indivíduos quanto à administração de sua própria saúde. Abre-se espaço, portanto, para um *governo* midiático, nos termos foucaultianos: uma racionalidade própria das conduções de conduta em que as relações de poder obedecem a certa lógica que, embora não seja subjetiva (não há equipe que presida esta racionalidade), é objetiva e pode ser observada por meio da análise de sua

governamentalidade. A *governamentalidade midiática* como grade de análise da racionalidade do poder pauta-se pela investigação histórica dos arquivos de mídia, tendo-se em vista a desconfiança quanto a qualquer instância de naturalização de relações comunicacionais.

Desta maneira, ao mergulharmos no universo da governamentalidade midiática da depressão, chegamos aos *fatores midiáticos específicos*. As inúmeras discussões quanto às causas, as características e os tratamentos da depressão mobilizam a constante exigência de novidade e conflito marca da produção discursiva jornalística. Nomeamos “insegurança epistemológica da depressão” este traço dos poderes-saberes que abarca o transtorno e que tem sido fonte de exploração diversa pela imprensa. Constatamos em nossa pesquisa que, apesar de ratificar perspectivas biologizantes da depressão em parte da década de 90, não se pode afirmar que a atualidade do tema na imprensa seja tributária da defesa a-crítica de apenas um dos ramos de saber que disputariam a primazia sobre a depressão. Pelo contrário, manifesta-se uma inexaurível mobilidade de posturas midiáticas quanto às condutas variadas disponíveis a respeito do problema.

Um conjunto de estratégias discursivas implementadas garante a funcionalidade da tecnicização da depressão na imprensa brasileira, ao menos desde os anos 90: a seleção interessada dos especialistas consultados, bastante relevante no caso de um transtorno que suscita tamanha divergência entre especialistas; a deficiência na exposição do contraditório, observada tanto na precariedade da frequência da consulta a uma segunda opinião quanto ao assunto referido – princípio básico de apuração jornalística – como na ausência de *suite* de pesquisas *individualmente* festejadas como indícios da “evolução da ciência”; utilização de depoimentos pessoais como ratificadores de pesquisas, em que a lógica do testemunho individual mostra-se como substituta de outras instâncias de prova quanto aos resultados dos estudos publicados; e, por fim, a negligência quanto às precondições das pesquisas divulgadas, em que contextos político-econômicos dos laboratórios e organizações científicas são praticamente ignorados. Todas essas estratégias contribuem, em especial, para a consolidação de um pressuposto basilar que não tem sido até hoje contestado nos textos impressos: a ciência como instância social legitimada para produção de verdades.

Tal princípio não suscitaria contestação porque é ele mesmo um dos alicerces da governamentalidade midiática em saúde. Dentre todas as conduções de conduta possíveis nas mais diversas relações humanas, a mídia apoia-se no prestígio do sistema científico para garantir que seu governo seja *melhor* que os outros no mercado rigorosamente porque seria o mais *verdadeiro*. Diante da autonomia individual tornada possível pelo rompimento da

Modernidade com as instituições tradicionais como a Igreja e o grupo social de nascimento, algumas instâncias sociais encarregaram-se de sugerir condutas possíveis para as pessoas, formatando seu campo de ação possível. No século XIX, por exemplo, antes da eclosão da sociologia e da psicologia, a literatura parecia ocupar consideravelmente este espaço de ensinar como viver, de discutir o que caracterizava o homem, suas relações com o mundo e com os outros homens (LEPENIES, 1996; SCLIAR, 2003, p. 173). É bastante possível que atualmente os meios de comunicação ocupem um lugar de destaque entre os discursos de governo a guiar os indivíduos autônomos e *perdidos*. Diferentemente da literatura, no entanto, a mídia voltada para temas de saúde e comportamento insiste em sua autoridade a partir de sua vinculação com a verdade proveniente do universo científico: não se admite *ficcional*.

Em certo sentido, e compreendidas suas limitações, nosso trabalho almejou ser um pequeno pé de página na longa história de nossas sociedades com a verdade. Nossa perspectiva crítica buscou relativizar as intrincadas relações historicamente produzidas entre imprensa e verdade por meio de sua abordagem da “depressão”. Diríamos que nos é cara a crítica que redesenha limites de um discurso que se quer universal. Não o fazemos porque defendemos uma *nova* verdade, mas justamente porque nos interrogamos sobre as implicações de formatar nossas ações possíveis *unicamente* pelo critério da verdade, esta “espécie de erro que tem a seu favor o fato de não poder ser refutada, sem dúvida porque o longo cozimento da história a tornou inalterável” (NIETZSCHE apud FOUCAULT, 1979a). Neste sentido, *em si mesma*, a governamentalidade midiática da saúde não seria um problema. Muitas condutas podem ser positivamente influenciadas pelas informações midiaticamente difundidas. Sua necessidade de vinculação com a verdade, entretanto, suscita críticas. Assim, sua configuração histórica atual evoca questões que a presente tese ambicionou apenas ajudar minimamente a formular, no modelo de um pequeno diagnóstico das relações entre comunicação, saúde e cultura.

Por fim, quanto à complexa problemática contemporânea da depressão – *palavra malévola* – um lembrete-epitáfio deste trabalho que termina com as palavras de Clarice Lispector: "Até cortar os próprios defeitos pode ser perigoso. Nunca se sabe qual é o defeito que sustenta nosso edifício inteiro" (LISPECTOR, 2002, p. 165).

Referências

ABREU, Alzira Alves de. Ponto de vista: José Reis. In: MASSARANI, Luisa et al. **Ciência e Público: caminhos da divulgação científica no Brasil**. Rio de Janeiro: Casa da Ciência/UFRJ, 2002.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)**. Arlington: APA, 2000.

ANGELL, Marcia. A epidemia de doença mental. **Revista Piauí**, Rio de Janeiro, Editora Alvinegra, Edição 59, Agosto 2011.

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

BECK, Ulrich. **Risk society: Towards a New Modernity**. Londres: Sage, 1992.

BAUER, Martin; GASKELL, George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som – um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2005.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BENJAMIN, Walter. **Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura**. São Paulo: Brasiliense, 1994.

BEZERRA JR., Benilton. Da contracultura à sociedade neuroquímica: psiquiatria e sociedade na virada do século. In: ALMEIDA, Maria Isabel Mendes de; NEVES, Santuza Combraia (orgs.). **Por que não? Rupturas e continuidades da contracultura**. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2007a.

_____. O ocaso da interioridade e suas repercussões sobre a clínica. In: PLASTINO, C. A. (org.). **Transgressões**. Rio de Janeiro: Contracapa Editora, 2002.

_____. A subjetividade humana na sociedade dos indivíduos. Entrevista especial com Benilton Bezerra. **IHU-Online**. São Leopoldo: Unisinos, 2007b.
Disponível em: <<http://www.ihu.unisinos.br/entrevistas/7366-a-subjetividade-humana-na-sociedade-de-individuos-entrevista-especial-com-benilton-bezerra>> Acesso em: 04 nov. 11.

_____. Retraimento da autonomia e patologia da ação: a distímia como sintoma social. In: **O Futuro da Autonomia: Uma Sociedade de Indivíduos?**, São Leopoldo - Rio de Janeiro: Editora Unisinos - Editora PUC-Rio, 2009.

BEZERRA JR., Benilton; ORTEGA, Francisco. “O sujeito cerebral”. **Viver Mente & Cérebro**, v. 162, 2006.

BIRMAN, Joel. **Arquivos do mal-estar e da resistência**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

_____. Os novos dependentes. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 11 out. 2009, Caderno Mais, p. 4-5.

_____. **Mal-estar na atualidade – A psicanálise e as novas formas de subjetivação**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

BRANDT, Allan M., ROZIN, Paul (orgs.). **Morality and Health**. Nova York e Londres: Routledge, 1997.

BROMET et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. In: **BMC Medicine**, v.9, 90. Disponível em:
< <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1741-7015-9-90.pdf>>.
Acesso em: 09 jan. 12.

BUNTON, Robin. Popular health, advanced liberalism and Good Housekeeping magazine. In: PETERSEN, Alan; BUNTON, Robin (orgs.). **Foucault, Health and Medicine**. Londres: Routledge, 1997.

BURKE, Peter; BRIGGS, Asa. **Uma história social da mídia: de Gutemberg à Internet**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.

CASTEL, Robert. “From dangerousness to risk”. In Burchell, G., Gordon, C. and Miller, P. (orgs.). **The Foucault Effect: Studies in Governmentality**. Londres: Harvester/ Wheatsheaf, 1991.

_____. **La gestion des risques – de l’anti-psychiatrie à l’après-psychanalyse**. Paris: Les éditions de minuit, 1981.

CASTIEL, Luis David; VASCONCELLOS-SILVA, Paulo Roberto. **Precariedades do excesso – informação e comunicação em saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

CENCI, Cláudia Mara Bosetto. **A representação social da depressão: uma abordagem no contexto do trabalho contemporâneo**. Passo Fundo: UPF Editora, 2004.

CHARAUDEAU, Patrick. **Discurso das mídias**. São Paulo: Contexto, 2010.

CONRAD, Peter. **The medicalization of society – on the transformation of human conditions into treatable disorders**. Baltimore: The John Hopkins University Press, 2007.

COURTINE, Jean-Jacques; VIGARELLO, Georges. “Identificar – Traços, indícios, suspeitas”. In: CORBIN, Alain et al. **História do Corpo, volume 3 – as mutações do olhar: o século XX**. Petrópolis: Vozes, 2008.

CRARY, Jonathan. **Suspensions of perception: attention, spectacle and modern culture**. Cambridge/Massachusetts: MIT Press, 2000.

_____. **Techniques of the observer: On vision and modernity in the Nineteenth Century**. Cambridge: MIT Press, 1990.

DELEUZE, Gilles. **Crítica e clínica**. São Paulo: Editora 34, 2008.

_____. **Diferença e Repetição**. São Paulo: Graal, 2006.

_____. **Foucault**. Paris: Les éditions de Minuit, 2004.

_____. **Nietzsche et la philosophie**. Paris: P.U.F., 2007.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil Platôs – Capitalismo e Esquizofrenia, v. 3**. Rio de Janeiro: Editora 34, 2004.

DOUGLAS, Mary; WILDANSKY, Aaron. **Risk and culture: an essay on the selection of technical and environmental dangers**. Berkeley: University of California Press, 1982.

DREYFUS, Hubert; RABINOW, Paul. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica – para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

EHRENBERG, Alain. **La fatigue d’être soi: dépression et société**. Paris: Odile Jacob, 2008.

_____. *Depressão: doença da autonomia? Entrevista de Alain Ehrenberg a Michel Botbol. In: Ágora, v.7, n. 1. Rio de Janeiro: 2004a.*

Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982004000100009#nt2>
Acesso em: 18 jan. 12.

_____. *Le sujet cerebral. In: Esprit, N. 309. Paris, Novembro de 2004b.*

EWALD, François. Insurance and risks. In: BURCHEL et al (orgs). **The Foucault Effect: Studies in Governmentality**. Londres: Harvester/Wheatsheaf, 1991.

FERRAZ, Maria Cristina Franco. **Homo deletabilis: corpo, percepção, esquecimento do século XIX ao XXI**. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

_____. Sociedade tecnológica: de Prometeu a Fausto. In: **Revista Contracampo**, n4. Niterói: UFF, 2000. Disponível em: <<http://www.uff.br/ppgcom/wp-content/uploads/2011/02/SOCIEDADE-TECNOLOGICA-MCFF-De-PrometeuaFausto.pdf>> Acesso em: 03 dez. 2011.

FOUCAULT, Michel. A Ética do Cuidado de Si como Prática de Liberdade. In: Motta, M. (Org.). **Michel Foucault, Ditos e Escritos: Ética, Sexualidade, Política**. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 2004a, v.5.

_____. **The government of self and the others – Lectures at the Collège de France (1982-1983)**. Nova York: Palgrave Macmillan, 2010.

_____. **O nascimento da Biopolítica – Curso dado no Collège de France (1978-1979)**. São Paulo: Martins Fontes, 2008a.

_____. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004b.

_____. **As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

_____. A vida dos homens infames. In: **O que é um autor?** Lisboa: Nova Vega, 2009.

_____. **História da sexualidade – A Vontade de Saber. Vol. I**. Rio de Janeiro: Graal, 2006.

_____. **História da sexualidade – O uso dos prazeres. Vol. II**. Rio de Janeiro: Graal, 2007.

_____. Nietzsche, a genealogia e a história. In: **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979a.

_____. *Omnes et singulatim*: vers une critique de la raison politique. In: **Dits et Écrits 1954-1988**, Vol. IV (1980-1988). Paris: Gallimard, 1994. Disponível em: <<http://www.cfh.ufsc.br/~wfil/omnes.htm>>. Acesso em: 05 jan. 2012.

_____. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, Hubert; RABINOW, Paul. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica – para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

_____. Qu'est-ce que les Lumières? In: **Dits et Écrits**, v. 4. Paris: Gallimard, 1994.
Disponível em:
<<http://vsites.unb.br/fe/tef/filoesco/foucault/iluminismo.pdf>>.
Acesso em: 10 jan. 12.

_____. **Segurança, Território e População – Curso dado no Collège de France (1977-1978)**. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

_____. Sobre a História da Sexualidade. In: **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979b.

_____. Technologies of the self. In: RABINOW, Paul (org). **Ethics: subjectivity and truth – The Essential Works of Michel Foucault 1954-1984**. Nova York: The New Press, 1997.

_____. **Vigiar e punir – nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 1977.

FREUD, Sigmund. Luto e Melancolia (1917[1915]). In: **Obras Completas. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Vol. 14**. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. **O mal-estar na civilização**. Ed. Standard Brasileira das Obras Completas Vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

GASTALDO, Denise. Is health education good for you? Re-thinking health education through the concept of bio-power. In: PETERSEN, Alan; BUNTON, Robin (orgs.). **Foucault, Health and Medicine**. Londres: Routledge, 1997.

GIDDENS, Anthony. **Modernity and self-identity: self and society in the late Modern Age**. Stanford: Stanford University Press, 1991.

GREENBERG, Gary. **Manufacturing depression: the secret history of a modern disease**. Nova York: Simon & Schuster, 2010.

GRUENBERG, Alan; GOLDSTEIN, Reed; PINCUS, Harold. Classificação da depressão: critérios de pesquisa e diagnóstico: o DSM-IV e a CID-10. In: LICINIO, Julio e WONG, Ma-Li (orgs). **Biologia da Depressão**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

HAUSER, Arnold. **História social da arte e da literatura**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

HEALY, David. **Let them eat Prozac: the unhealthy relationship between the pharmaceutical industry and depression**. Nova York e Londres: New York University Press, 2004.

HEALY, David. **The antidepressant era**. Cambridge: Harvard University Press, 1997.

HORWITZ, Allan V.; WAKEFIELD, Jerome C. **The loss of sadness – how psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder**. Oxford: Oxford University Press, 2007.

JACKSON, Stanley W. **Melancholia and Depression: from Hippocratic Times to Modern Times**. New Haven e Londres: Yale University Press, 1986.

KEHL, Maria Rita. **O tempo e o cão: a atualidade das depressões**. São Paulo: Boitempo, 2009.

KIRSCH, Irving. **The emperor's new drugs: exploding the antidepressant myth**. Nova York: Basic Books, 2010.

KRAMER, Peter. **Listening to Prozac: a psychiatrist explores antidepressant drugs and the remaking of the self**. Nova York: Penguin Books, 1997.

KRISTEVA, Julia. **Soleil noir: dépression et mélancolie**. Paris: Gallimard, 2006.

LASCH, Christopher. **A cultura do narcisismo – a vida americana numa era de esperanças em declínio**. Rio de Janeiro: Imago, 1983.

LATOUR, Bruno. **Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora**. São Paulo: Editora Unesp, 2000.

LAZZARATO, Maurizio. **As revoluções do capitalismo**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti. **O corpo e seus senhores: homem, mercado e ciência: sujeitos em disputa pela posse do corpo e mente humana**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2009.

LEMKE, Thomas. **Biopolitics: an advanced introduction**. Nova Iorque e Londres: New York University Press, 2011.

_____. **Foucault, Governmentality, and Critique**. Paper apresentado na Rethinking Marxism Conference. University of Amherst (MA), Setembro de 2000.

LEPENIES, Wolf. **As três culturas**. São Paulo: Edusp, 1996.

LIMA, Rossano Cabral. **Somos todos desatentos? O TDA/H e a construção de bioidentidades**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2005.

LISPECTOR, Clarice. **Correspondências**. Rio de Janeiro: Rocco, 2002.

LUHMANN, Niklas. **A improbabilidade da comunicação**. Lisboa: Vega, 1992.

_____. **A realidade dos meios de comunicação**. São Paulo: Paulus, 2005.

_____. **Risk: a sociological theory**. New Jersey: Transaction Publ., 2006.

LUIZ, Olinda do Carmo. **Ciência e risco à saúde nos jornais diários**. São Paulo: Annablume, 2006.

LUPTON, Deborah. **Risk – key ideas**. Londres: Routledge, 1999.

MACHADO DE ASSIS, Joaquim Maria. **Obra Completa de Machado de Assis**. Rio de Janeiro: Nova Aguillar, v. 3, 1994.

Disponível em: <http://machado.mec.gov.br/> Acesso em: 27 set. 2011.

MATTELART, Armand. **História da sociedade de informação**. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

METZL, Jonathan; KIRKLAND, Anna (orgs.). **Against Health: how health became the new morality**. Nova York e Londres: New York University Press, 2010.

MOREIRA, Ildeu de Castro; MASSARANI, Luisa. Aspectos históricos da divulgação científica no Brasil. In: MASSARANI, Luisa et al. **Ciência e Público: caminhos da divulgação científica no Brasil**. Rio de Janeiro: Casa da Ciência/UFRJ, 2002.

MOULIN, Anne Marie. O corpo diante da medicina. In: CORBIN, Alain et al. **História do Corpo, volume 3 – as mutações do olhar: o século XX**. Petrópolis: Vozes, 2008.

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

NETO, Antônio Fausto. **Comunicação e mídia impressa: estudo sobre a AIDS**. São Paulo: Hacker Editores, 1999.

NETTLETON, Sarah. “Governing the risky self: how to become healthy, wealthy and wise”. In: PETERSEN, Alan; BUNTON, Robin (orgs.). **Foucault, Health and Medicine**. Londres: Routledge, 1997.

NIETZSCHE, F. **Genealogia da moral – uma polêmica**. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

ORTEGA, Francisco. **O corpo incerto: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea**. 1. ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2008.

PARKER, Gordon; PARKER, Lay. Formulações psicossociais e ambientais da depressão. In: LICINIO, Julio e WONG, Ma-Li (orgs). **Biologia da Depressão**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

PETERSEN, Alan. Risk, governance and the new public health. In: PETERSEN, Alan; BUNTON, Robin (orgs.). **Foucault, Health and Medicine**. Londres: Routledge, 1997.

PHILLIPS, D. P.; KANTER, E. J.; BEDNARCZYK, B.; TASDAT P.L. Importance of the lay press in the transmission of medical knowledge to the scientific community. In: **New England Journal of Medicine**. v. 325, 1991, p. 1180-3.

PIGNARRE, Philippe. **Comment la dépression est devenue une épidémie**. Paris: Éditions La Découverte & Syros, 2001.

POMBO, Mariana. **A depressão na contemporaneidade: mídia e produção de uma subjetividade vulnerável**. 2011. 152f. Dissertação (Mestrado em Comunicação e Cultura) - Programa de Pós-graduação em Comunicação da UFRJ, 2011.

PORTER, Roy; VIGARELLO, Georges. Corpo, saúde e doenças. In: CORBIN, Alain et al. **História do Corpo, volume 1: Da Renascença às Luzes**. Petrópolis: Vozes, 2008.

RABINOW, Paul. Artificialidade e iluminismo: da sociobiologia à biosociabilidade. In: **Antropologia da razão**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002a.

RABINOW, Paul. Sujeito e governamentalidade: elementos do trabalho de Michel Foucault. In: **Antropologia da razão**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002b.

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>>
Acesso em: 26 dez. 2011.

RAISBOROUGH, Jayne. **Lifestyle media and the formation of the self**. Hampshire: Palgrave macmillan, 2011.

RICHARDS, Jeffrey. **Sexo, desvio e danação – as minorias na Idade Média**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

ROLNIK, Suely. Ninguém é deleuziano. **Povo**, Fortaleza, 18 nov. 1995, p. 6.
Disponível em: <<http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/ninguem.pdf>>
Acesso em: 27 set. 2011.

ROSE, Nikolas; MILLER, Peter. **Governing the present**. Cambridge: Polity, 2008.

ROSE, Nikolas. **Powers of freedom: reframing political thought**. Cambridge: Cambridge University Press, 2004.

_____. **The politics of life itself: biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century**. Princeton e Oxford: Princeton University Press, 2007.

SADE, Marquês de. **A filosofia na alcova (ou os preceptores morais)**. São Paulo: Iluminuras, 2000.

SAINT CLAIR, Ericson. A depressão como objeto midiático: fazendo o arquivo falar. In: **XX Compós (Encontro da Associação Nacional dos Programas de Pós-graduação em Comunicação)**. Porto Alegre: Anais da XX Compós, 2011.

_____. **Por um contágio da diferença: contribuições de Gabriel Tarde para a teoria da comunicação**. 2007. 112f. Dissertação (Mestrado em Comunicação Social) - PPGCOM-UFF, 2007.

SCLIAR, Moacyr. **Saturno nos Trópicos: a melancolia europeia chega ao Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

SENNETT, Richard. **A corrosão do caráter**. Rio de Janeiro: Record, 2010.

_____. **O declínio do homem público: as tiranias da intimidade**. São Paulo: Companhia das Letras, 1988.

SFEZ, Lucien. **A saúde perfeita: crítica de uma nova utopia**. São Paulo: Edições Loyola, 1996.

SHENK, Joshua. **Lincoln's melancholy: how depression challenged a president and fueled his greatness**. Boston e Nova York: Marine Books, 2005.

SOLOMON, Andrew. **O demônio do meio-dia: uma anatomia da depressão**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002.

SONTAG, Susan. **Doença como metáfora/AIDS e suas metáforas**. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

TARDE, Gabriel. **A Opinião e as Massas**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____. **Les lois de l'imitation**. Paris: Éditions du Seuil, 2001.

_____. **Monadologia e Sociologia**. Petrópolis: Vozes, 2003.

TEIXEIRA, Mônica. Pressupostos do jornalismo de ciência no Brasil. In: MASSARANI, Luisa et al. **Ciência e Público: caminhos da divulgação científica no Brasil**. Rio de Janeiro: Casa da Ciência/UFRJ, 2002.

TUCHERMAN, Ieda. Biopolítica, mídia e autoajuda: segredo ou sintoma? **Revista Galáxia**, n.20. São Paulo, 2010, p. 32-43.

_____. O pós-humano e sua narrativa: a ficção científica. In: **Revista Ghreb**, Revista de Semiótica, Cultura e Mídia, 2003.
Disponível em: < <http://revista.cisc.org.br/ghrebh2/artigos/02iedaturcherman032003.html> >
Acesso em: 05 jan. 2012.

TUCHERMAN, Ieda; SAINT CLAIR, Ericson. O corpo transparente: dispositivos de visibilidade e mutações do olhar. In: **Revista Intexto**, v.2. Porto Alegre: UFRGS Online, 2008, p. 1-17.

_____. A somatização da subjetividade contemporânea: continuidades e rupturas. In: **Revista Logos**, v. 30. Rio de Janeiro: PPGCOM-Uerj, 2009a, p. 10-21.

_____. Turbinando cérebros, construindo corpos: sobre mídia, biotecnologias e eficácia. In: **Revista Interin**, v. 8. Curitiba: PPGCOM-UTP, 2009b, p. 1-10.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. **Manual para elaboração e normalização de dissertações e teses**. 4 ed. rev. atual. Rio de Janeiro : SiBI, 2011

VAZ, Paulo. Corpo e Risco. In: VILLAÇA, N.; GÓES, F.; KOSOVSKY, E. (Org.). **Que corpo é esse? - Novas perspectivas**. Rio de Janeiro: Mauad, 1999.

_____. As narrativas midiáticas sobre cuidados com a saúde e a construção da subjetividade contemporânea. In: **Revista Logos**, v. 25. Rio de Janeiro: PPGCOM-Uerj, 2006, p. 85-95.

_____. A vida feliz das vítimas. In: FILHO, João Freire. (Org.). **Ser feliz hoje: reflexões sobre o imperativo da felicidade**. Rio de Janeiro: FGV, 2010.

_____. Vítima virtual e mídia. In: **Vigilância, segurança e controle social na América Latina**. Curitiba: PUCPR, 2009, p. 51-69.
Disponível em: < http://www2.pucpr.br/sssccla/papers/SessaoA_A43_pp51-69.pdf >
Acesso em: 12 dez. 2011.

WATTERS, Ethan. **The globalization of the American psyche**. Nova York: Free Press, 2011.

Artigos e/ou matérias de jornal

a) Folha de São Paulo

Artigos e/ou matérias assinados

ABRAMCZYK, Julio. Diagnosticando o pré-suicida. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 30 set. 1973, Medicina é o tema, Caderno de Domingo, p. 48.

AMORIM, Cristina. Remédio amargo. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 17 out. 2004, Mais!, p. 4-8.

ARNT, Ricardo. O que ainda não foi dito sobre política e futebol. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 03 jul. 1977, Ilustrada, p. 21.

ATHAYDE, Tristão de. O Dever de Liberdade. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 20 abr. 1978, Tendências/Debates, p. 3.

BASSETE, Fernanda. Marcapasso dispensa uso de remédio antidepressivo. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 06 mar. 2005, Saúde, p. C6.

BETING, Joelmir. A vida cara. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 13 fev. 1975, Notas Econômicas, Economia, p. 17.

BIANCARELLI, Aureliano. Depressão pós-festa é natural, dizem especialistas. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 8 mar. 2000, Carnaval, p. 7.

BOTELHO, Rachel. Médicos desprezam os efeitos colaterais dos antidepressivos. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 26 abr. 2010, Saúde, p. C9.

BOUER, Jairo. Depressão e ansiedade vão além da crise da adolescência. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 03 set. 2001, Folhateen, p. 9.

BRISSET, Claire. Uma herança do nazismo. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 02 abr. 1978, 2º Caderno – Exterior, p. 18.

CALLIGARIS, Contardo. Depressão e terapia. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 27 set. 2007, Ilustrada, p. 18.

CAMPBELL, Jeremy. O lítio vai substituir o divã freudiano? **Folha de São Paulo**, São Paulo, 11 jan. 1976, Ilustrada, p. 6.

CAPRIGLIONE, Laura. USP testa aparelho elétrico antidepressão. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 11 set. 2005, Cotidiano, p. C12.

CAVERSAN, Luiz. Ação conjunta é eficaz contra depressão. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 13 jun. 2004, Cotidiano, p. C4.

COLEMAN, Fred. O conflito visto por um psiquiatra, **Folha de São Paulo**, São Paulo, 06 fev. 1972, 1º Caderno, p. 6.

COLLUCCI, Cláudia. Cardiopatas têm 3 vezes mais risco de sofrer depressão. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 25 out. 2008, Cotidiano, p. C6.

_____. Droga antiobesidade pode elevar em 40% risco de depressão. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 22 nov. 2007, Cotidiano, p. C5.

_____. Novos transtornos mentais serão incluídos na “bíblia” da psiquiatria. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 19 de dezembro de 2008.

_____. Pais também sofrem depressão pós-parto. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 17 jul. 2005, Cotidiano, p. C9.

CONNOR, Steve. Suor de rã brasileira pode curar depressão. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 17 dez. 1992, Ciência, p. 10.

FRAGA, Érica; FILHO, Venceslau Borlina. Afastamentos por doenças mentais disparam no país. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 25 nov. 2011, Mercado.

FREITAS, Janio de. As cores do ano. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 16 dez. 1990. Jânio de Freitas (coluna), Política, p. A-5.

GABEIRA, Fernando. Reunificação da Alemanha acirra problemas psíquicos. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 03 mar. 1991, Mundo, p. 2.

HALLACK, Jô; LEMOS, Nina; AFFONSO, Raq. Prozac para todos?! **Folha de São Paulo**, São Paulo, 30 ago. 2004, 02 neurônio, Folhateen, p. 2.

LEITE, Fabianne. Doença não está ligada a estresse, dizem estudos. In: ALECRIM, Michel. Capital de SP e DF lideram em casos de câncer. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 28 nov. 2003, Cotidiano, p. C6.

MATOS, Olegária. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 16 mai. 1985, Tendências/Debates, Opinião, p. 3.

MOHERDAUI, Bel. Abaixo a depressão. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 02 jan. 2000, Revista da Folha, Saúde, p. 16-17.

MONTEIRO, T. O sangue revela depressão. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 05 abr. 1976, Panorama, Ilustrada, p. 4.

MOTA, Denise. Programa identifica depressão pela voz. . **Folha de São Paulo**, São Paulo, 27 set. 2010, Cotidiano, p. C13.

NOGUEIRA, Emir M. A cortição e a transa. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 20 fev. 1972. A língua nossa de cada dia, Caderno de Domingo, p. 59.

PEREIRA JR., Álvaro. Novas drogas combatem depressão e ansiedade. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 24 mai. 1991, Ciência, p. 7.

REIS, J. Depressão pode ter origem em herança genética do indivíduo. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 23 nov. 1985, Ciência e Tecnologia, p. 22.

SÁ, Jayme Magrassi de. Dos estereótipos à realidade. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 26 maio 1975, Análise/Perspectiva, Opinião, p. 2.

SANDLER, Daniela. Estudo liga doença mental a sexo. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 06 ago. 2000, Ciência, p. A25.

SERRA, Mônica Allende. Depressão e mania (O luto por Tancredo e a euforia pelo pacote). **Folha de São Paulo**, São Paulo, 04 mai. 1986, Folhetim, p. 11.

SILVEIRA, Julliane. Depressão eleva risco de morte em doente com câncer. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 15 set. 2009, Cotidiano, p. C11.

SOUZA, Carlos Alberto de. Um país ciclotímico. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 19 out. 1983, Tendências/Debates, Opinião, p. 3.

SUTRA, Emile. Horóscopo. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 08 fev. 1973. Ilustrada, p. 44.

Artigos e/ou matérias não-assinados

1979, o ano da depressão. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 25 out. 1978. Panorama, Ilustrada, p. 37.

ADVOGADO com Aids enforca-se em seu apartamento em São Paulo. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 14 jul. 1985, Segundo Caderno, Falecimento, p. 22.

ANOMALIA cerebral de suicidas pode levar a entendimento da depressão. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 30 nov. 1990, Ciência, G-4.

AUMENTA número de tentativas de suicídio por desemprego. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 28 ago. 1983, Geral, p. 22.

CAUSAS. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 16 dez. 1989, Painel, Política, p. A-4.

CIÊNCIA pesquisa o fim da depressão, mal universal. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 29 abr. 1973, Caderno de Domingo, p. 56.

A CLASSE-MÉDIA está pirando. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 25 jul. 1982, Folhetim, p. 4.

D. PAULO pede à população para não se deixar abater. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 02 nov. 1977, Local, p. 8.

DEPRESSÃO. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 27 dez. 1989, Painel, Política, p. A-4.

DEPRESSÃO, o mal de 100 milhões. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 27 nov. 1975, Local, p. 27.

DEPRESSÃO cresce, vira doença do fim do século e tem novo diagnóstico. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 07 dez. 1991, Cotidiano, p. 1.

DEPUTADO supera crises emocionais com ajuda de lítio. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 05 mai. 1987, Painel, Política, p. A-7.

EFEITO químico. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 19 fev. 1988, Painel, Política, p. A-4.

EFEITOS da crise. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 26 ago. 1988, Painel, Política, p. A-4.

ENCERRADO o segundo Fórum sobre doenças psicossomáticas. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 01 nov. 1982, Saúde, Local, p. 14.

ENTENDA melhor a depressão e as fobias. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 20 fev. 2002, Informática, p. F2.

FALTA de dinheiro agrava doenças mentais. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 09 nov. 1991, Cotidiano, p. 4.

AS INFLUÊNCIAS das telenovelas nas crianças. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 26 mar. 1974, Ilustrada, p. 38.

LÍDER do Governo desmente mais cassação de mandatos. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 13 jun. 1975. Nacional, p. 3.

AS MAIORES vítimas da psiquiatria. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 30 jun. 1980, Ilustrada, p. 22.

MEDICINA investe em arsenal contra angústia. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 29 nov. 1992, Cotidiano, p. 1.

MÉDICO busca a melhor droga para depressão. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 16 ago. 1993, Cotidiano, p. 5.

MORRE massagista cubano em Cali. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 08 ago. 1971, Esporte, p. 34

MEDO da Aids provoca rejeição social dos doentes. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 15 fev. 1987, Segundo Caderno, Cidades, p. 26.

MUDA o perfil dos que procuram o Centro de Valorização da Vida. A crise econômica motiva telefonemas das pessoas mais angustiadas. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 20 nov. 1983, Geral, p. 18.

NOVELAS. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 26 fev. 1975. Ilustrada, p. 33.

OMISSÃO do PMDB e críticas ao pacote deixam Sarney deprimido. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 04 dez. 1986, Política, p. A-4.

OPERÁRIO oculta doença por temer o desemprego. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 29 nov. 1981, Local - Saúde, p. 42.

PC se entrega se prisão for decretada, diz Mariz. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 05 mar. 1993, Brasil, p. 10.

PARAÍBA, Sinal Verde. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 02 fev. 1976, Painel, Política Nacional, p. 20.

EM S. PAULO, todos os anistiados já foram libertados. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 01 set. 1979, Política – Nacional, p. 5.

PESSIMISMO da Folha. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 03 jan. 1993, Painel do Leitor, p. 3.

PLACEBO pode reduzir depressão, diz estudo. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 21 mai. 1999, Mundo, Ciência, p. 14.

REGISTRO da imprensa provoca depressão. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 23 ago. 1978, Nacional, p. 4.

SAÚDE do presidente é perfeita, diz médico. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 25 abr. 1985, Política, p. 8.

SARNEY passa um dia menos tenso e mantém esperança na recuperação. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 06 abr. 1985, Política, p. 4

SELEÇÃO arranca dia 30, em nome da Pátria. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 23 mai 1977, Esportes, p. 10.

SEM EXPLICAÇÃO a morte de paciente. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 30 jan. 1980, Local-Saúde, p. 10.

SITUAÇÃO política pode gerar neuroses, afirma psiquiatra. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 24 mai. 1987, Política, A-8.

TELEVISÃO: vantagens ou prejuízos para a criança? **Folha de São Paulo**, São Paulo, 07 mar. 1976, Vida Social/Feminina, p. 54.

TERAPEUTAS agem contra depressão entre os aidéticos. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 06 set. 1987, Segundo Caderno, Cidades, A-20.

TERMINA o sequestro mais longo do Rio. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 29 jul. 1991, Cotidiano, p. 4.

b) Revista Veja

Artigos e/ou matérias assinados

AZEVEDO, Eliane. O doping na lavoura. **Veja**, São Paulo, Editora Abril, Edição 1243, 15 jul. 1992, Saúde, p. 38.

BERGAMO, Giuliana. Um arsenal elétrico. **Veja**, São Paulo, Editora Abril, Edição 1897, 23 mar. 2005, Medicina, p. 70-71.

BUCHALLA, Anna Paula. Mais uma pílula da felicidade. **Veja**, São Paulo, Editora Abril, Edição 1716, 05 set. 2001, Saúde, p. 82-84.

_____. Prozac foi só o começo. **Veja**, São Paulo, Editora Abril, Edição 1853, 12 mai. 2004, Medicina, p. 65-66.

BUCHALLA, Anna Paula; LOPES, Adriana Dias. Remédios: sustos difíceis de engolir. **Veja**, São Paulo, Editora Abril, Edição 2085, 05 nov. 2008, Medicina, p. 88-95.

CAPRIGLIONE, Laura. Dr. Prozac contra Freud. **Veja**, São Paulo, Editora Abril, Edição 1332, 23 mar. 1994, Comportamento, p. 50-58.

CARDOSO, Maurício; LUZ, Sérgio Ruiz. A doença da alma. **Veja**, São Paulo, Editora Abril, Edição 1591, 31 mar. 1999, Especial, p. 94-101.

EDWARD, José; CARDOSO, Rodrigo. As novas vítimas. **Veja**, São Paulo, Editora Abril, Edição 1555, 15 jul. 1998, Brasil, p. 44.

FILHO, Mário Simas. O império do crack. **Veja**, São Paulo, Editora Abril, Edição 1208, 13 nov. 1991, p. 74.

HARAZIM, Dorrit; ALCÂNTARA, Eurípedes; CARDOSO, Maurício. A sedução do doping. **Veja**, São Paulo, Editora Abril, Edição 1448, 12 jun. 1996, Olimpíadas, p. 97.

LEITE, Virginie. Amargo dia seguinte. In: CORRÊA, Marcos Sá. O Rio de cara com o medo. **Veja**, São Paulo, Editora Abril, Edição 1266, 16 dez. 1992, p. 25.

LIMA, João Gabriel de. O equilíbrio do cérebro e da alma. **Veja**, São Paulo, Editora Abril, Edição 1882, 01 dez. 2004, Especial, p. 116-124.

MAGALHÃES, Naiara; MACEDO, Daniela. A depressão em preto e branco. **Veja**, São Paulo, Editora Abril, Edição 2150, 10 fev. 2010, p. 78-83.

NEIVA, Paula. Estamos tomando remédios demais? **Veja**, São Paulo, Editora Abril, Edição 1890, 02 fev. 2005, Especial, p. 62-77.

_____. Terapia de choque. **Veja**, São Paulo, Editora Abril, Edição 1871, 15 set. 2004, Medicina, p. 120.

PASTORE, Karina. A alma da química. **Veja**, São Paulo, Editora Abril, Edição 1431, 14 fev. 1996, Saúde, p. 74-77.

PIVETTA, Marcos. O ego químico. **Veja**, São Paulo, Editora Abril, Edição 1316, 01 dez. 1993, Medicina, p. 70.

TEIXEIRA, Jerônimo. A mente como campo de batalha. **Veja**, São Paulo, Editora Abril, Edição 1976, 04 out. 2006, Medicina, p. 130-132.

VEIGA, Aida. Lição de casa: aprender a viver só. **Veja**, São Paulo, Editora Abril, Edição 1710, 25 jul. 2001, Especial, p. 105.

Artigos e/ou matérias não-assinados

AUTO-RETRATO: Peter Kramer. **Veja**, São Paulo, Editora Abril, Edição 1999, 14 mar. 2007, Auto-retrato, p. 89.

O BAIXO-ASTRAL da obesidade. **Veja**, São Paulo, Editora Abril, Edição 1712, 08 ago. 2001, Para Usar, Saúde, p. 142.

A CONFISSÃO. **Veja**, São Paulo, Editora Abril, Edição 204, 02 ago. 1972, Estados Unidos, p. 30.

A DEPRESSÃO do ex-xá. **Veja**, São Paulo, Editora Abril, Edição 549, 14 mar. 1979, p. 42.

BOA NOTÍCIA: disque menopausa. **Veja**, São Paulo, Editora Abril, Edição 1677, 29 nov. 2000, Para Usar, Saúde, p. 152.

BRASIL: o futuro foi adiado. **Veja**, São Paulo, Editora Abril, Edição 450, 20 abr. 1977, Brasil, p. 24.

BRECHA no nevoeiro: a ciência mapeia as origens orgânicas da depressão e abre chances de tratamento para milhões. **Veja**, São Paulo, Editora Abril, Edição 975, 13 maio 1987, Medicina, p-54-58.

DE CABEÇA erguida. **Veja**, São Paulo, Editora Abril, Edição 153, 11 ago 1971, Mortos, p. 24-26.

CANARINHO desastrado, **Veja**, São Paulo, Editora Abril, Edição 923, 14 mai. 1986, Esporte, p. 80.

CHOQUE fatal. A morte de um astrônomo reabre polêmica. **Veja**, São Paulo, Edição 596, 06 fev. 1980, Medicina, p. 40.

COLUNA fraca – Doença agrava depressão de Figueiredo. **Veja**, São Paulo, Editora Abril, Edição 832, 15 ago 1984, O presidente, p. 28.

CORAÇÃO e mente. **Veja**, São Paulo, Editora Abril, Edição 1750, 09 mai. 2002, Saúde, p. 65.

O CORAÇÃO resiste à depressão. **Veja**, São Paulo, Editora Abril, Edição 1833, 17 dez. 2003, Boa notícia/Má notícia, p. 193.

COROA ameaçada: a doença do marido pode fazer Beatrix abdicar. **Veja**, São Paulo, Editora Abril, Edição 750, 19 jan. 1983, Holanda, p. 34.

O DEGELO da oposição. **Veja**, São Paulo, Editora Abril, Edição 1115, 31 jan. 1990, Eleições Estaduais, p. 40.

DIREITOS reais: depressão do príncipe Claus divide os holandeses. **Veja**, São Paulo, Editora Abril, Edição 736, 13 out. 1982, Holanda, p. 34.

DIVÃ químico. **Veja**, São Paulo, Editora Abril, Edição 1239, 17 jun. 1992, Medicina, p. 57.

DOENÇA urbana. **Veja**, São Paulo, Editora Abril, Edição 399, 28 abr. 1976, Metrôpoles, p. 76.

O ENFORCAMENTO. **Veja**, São Paulo, Editora Abril, Edição 289, 20 mar. 1974, p. 34.

EXÍLIO em San Vicente. **Veja**, São Paulo, Editora Abril, Edição 630, 01 out. 1980, p. 48.

FIM da neurose. O mal do século morreu, mas surge o tabagismo. **Veja**, São Paulo, Editora Abril, Edição 540, 10 jan. 1979, p. 51.

HOUVE crime: Aézio não se enforcou, diz o juiz. **Veja**, São Paulo, Edição 576, 19 set. 1979, Justiça, p. 33.

INFÂNCIA dopada. **Veja**, São Paulo, Editora Abril, Edição 1396, 14 jun. 1995, Saúde, p. 66-7.

OS INFERNOS femininos. **Veja**, São Paulo, Editora Abril, Edição 1729, 01 dez 2001, Especial Mulher, p.30.

“ME ESQUEÇAM”. Figueiredo se diz traído e injustiçado. **Veja**, São Paulo, Editora Abril, Edição 856, 30 jan. 1985, O presidente, p. 29.

MOLÉCULA da felicidade. **Veja**, São Paulo, Editora Abril, Edição 1432, 21 fev. 1996, Cartas, p. 12.

MORRE o chefe. **Veja**, São Paulo, Editora Abril, Edição 764, 27 abr. 1983, p. 61.

NÃO é só coisa de maluco. **Veja**, São Paulo, Editora Abril, Edição 1693, 27 mar. 2001, Edição Especial Sua Saúde, p. 74.

NÃO HÁ muitas vagas. **Veja**, São Paulo, Edição 568, 25 de Jul. 1979, Economia e Negócios, p. 101.

A NORMALIDADE existe. **Veja**, São Paulo, Editora Abril, Edição 2006, 02 mai. 2007, Entrevista, p. 14.

A NOVA fronteira. **Veja**, São Paulo, Editora Abril, Edição 1097, 20 set. 1989, Medicina, p. 76.

OS PIORES choques. **Veja**, São Paulo, Editora Abril, Edição 136, 14 abr. 1971, Medicina, p. 34.

O RESCALDO da batalha. **Veja**, São Paulo, Editora Abril, Edição 869, 01 mai. 1985, Medicina, p. 42.

REVOLUÇÃO psiquiátrica. **Veja**, São Paulo, Editora Abril, Edição 584, 14 nov. 1979, Medicina, p. 70.

RUMO ao guichê: por que o brasileiro joga cada vez mais? **Veja**, São Paulo, Edição 555, 25 abr. 1979, Comportamento, p. 69.

SINAL de alerta. **Veja**, São Paulo, Editora Abril, Edição 1536, 04 abr. 1998, Medicina, p. 65.

SOB suspeita. **Veja**, São Paulo, Editora Abril, Edição 1847, 31 mar. 2004, Medicina, p. 65-66.

TEM de tomar remédio. **Veja**, São Paulo, Editora Abril, Edição 1426, 10 jan. 1996, Ponto de Vista, p. 86.

O VÍRUS da tristeza. **Veja**, São Paulo, Editora Abril, Edição 1407, 30 ago. 1995, Saúde, p. 83.

Matérias de outros jornais

APARELHO diagnostica depressão em criança. **O Estado de São Paulo**, São Paulo, 01 fev. 1991.

DEPRESSÃO aumenta dia-a-dia em todo o mundo. **Folha da Tarde**, São Paulo, 03 nov. 1977.

Matérias de sites

GUIMARÃES, Ligia. Venda de antidepressivos no Brasil cresce 44,8% em 4 anos, diz pesquisa. **G1. Economia e Negócios, Medicamentos.**

Disponível em: < http://g1.globo.com/Noticias/Economia_Negocios/0,,MUL1411781-9356,00-

VENDA+DE+ANTIDEPRESSIVOS+NO+BRASIL+CRESCE+EM+ANOS+DIZ+PESQUISA.html>. Acesso em 09 jan. 2012.

TINTI, Simone. Obesidade mórbida do marido impede casal de adotar na Inglaterra. **Revista Época Online.** 14 jan. 09.

Disponível em: <http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EMI21320-15223,00->

OBESIDADE+MORBIDA+DO+MARIDO+IMPEDE+CASAL+DE+ADOTAR+NA+INGLATERRA.html> Acesso em 12 out. 11.

Sites em geral

Folha de São Paulo. **ACERVO Folha.** São Paulo.

Disponível em: http://acervo.folha.com.br/busca_detalhada Acesso em: 27 set. 2011.

Revista Veja. **Acervo digital Veja.** São Paulo.

Disponível em: <http://veja.abril.com.br/acervodigital/home.aspx> Acesso em: 27 set. 2011.

World's Health Organization.

Disponível em:

<<http://www.who.int> >.

Acesso em: 09 jan. 12.

APÊNDICE

MODELO DE CATEGORIAS PARA ANÁLISE DAS MATÉRIAS SELECIONADAS

VEÍCULO: () REVISTA VEJA () JORNAL FOLHA DE SÃO PAULO / **PERÍODO:**

1. TIPO DE MATÉRIA

- A) NOTÍCIA:
- B) NOTINHA:
- C) REPORTAGEM:
- D) OPINIÃO/ANÁLISE:
- E) OUTROS:

2. PERTENCE A QUAL EDITORIA/SEÇÃO DO JORNAL OU REVISTA

- A) CIÊNCIA:
- B) SAÚDE:
- C) INTERNACIONAL:
- D) BRASIL:
- E) CULTURA:
- F) COLUNAS:
- G) OBITUÁRIO:
- H) GENTE:
- I) OUTROS:

3. DEPRESSÃO É TEMA PRINCIPAL?

- A) SIM:
- B) NÃO:

4. DEPRESSÃO É CIENTIFICIZADA? (SE NÃO, RESPONDER 7 A 10, 14, 15, 17, 21 E 23)

- A) SIM, DIRETAMENTE COM PESQUISAS CIENTÍFICAS:

B) SIM, INDIRETAMENTE, SEM PESQUISAS CIENTÍFICAS:

C) NÃO:

5. CO-OCORRÊNCIA ENTRE CIENTIFICIZAÇÃO E EXPOSIÇÃO DE PRESSUPOSTOS

6. CO-OCORRÊNCIA ENTRE CIENTIFICIZAÇÃO E DADOS ESTATÍSTICOS, NÚMEROS EM GERAL:

7. DEPRESSÃO É

A) TRANSTORNO OU DISTÚRBIO:

B) DOENÇA:

C) OUTROS (QUAIS):

D) NÃO CLASSIFICA:

8. FATOR CAUSAL

NAS MATÉRIAS CIENTIFICIZADAS:

PRESENTE:

AUSENTE:

NAS MATÉRIAS NÃO-CIENTIFICIZADAS:

PRESENTE:

AUSENTE:

A) PRINCIPALMENTE BIOLÓGICO:

NEUROLÓGICOS:

GENÉTICOS:

AMBIENTAIS:

DOENÇAS (QUAIS):

OUTROS (QUAIS):

B) PRINCIPALMENTE PSICOLÓGICO:

C) PRINCIPALMENTE SOCIAL:

D) MISTOS:

BIOLÓGICO E PSICOLÓGICO:

BIOLÓGICO E SOCIAL:

SOCIAL E PSICOLÓGICO:

BIOLÓGICO, SOCIAL E PSICOLÓGICO:

E) OUTROS:

F) NÃO SE SABE AO CERTO:

PROVAVELMENTE BIOLÓGICO:

PROVAVELMENTE SOCIAL:

PROVAVELMENTE PSICOLÓGICO:

PROVAVELMENTE MISTO:

NDA:

9) TRATAMENTOS E PREVENÇÃO

PRESENTES:

AUSENTES:

A) PARA TRATAR DEPRESSÃO

PRINCIPALMENTE FÁRMACOS:

PRINCIPALMENTE TERAPIAS:

FÁRMACOS E TERAPIAS:

ALTERNATIVOS NATURAIS:

ELETROCHOQUE:

ECT:

ALIMENTAÇÃO:

EXERCÍCIOS:

OUTROS :

NÃO SE SABE AO CERTO:

B) PARA PREVENIR DEPRESSÃO

FÁRMACOS:

TERAPIAS:

FÁRMACOS E TERAPIAS:

ALTERNATIVOS NATURAIS:

ALIMENTAÇÃO:

EXERCÍCIOS:

OUTROS:

NÃO SE SABE AO CERTO:

10) CO-OCORRÊNCIA ENTRE FATORES CAUSAIS E TRATAMENTOS

A) FATORES BIOLÓGICOS E TRATAMENTO POR FÁRMACOS (QUAIS):

B) FATORES BIOLÓGICOS E TRATAMENTO POR FÁRMACOS E TERAPIAS (QUAIS):

C) FATORES BIOLÓGICOS E TRATAMENTO POR TERAPIAS (QUAIS):

D) FATORES PSICOSSOCIAIS E TRATAMENTO POR FÁRMACOS (QUAIS):

E) FATORES PSICOSSOCIAIS E TRATAMENTO POR TERAPIAS E FÁRMACOS (QUAIS):

F) FATORES PSICOSSOCIAIS E TRATAMENTO POR TERAPIAS (QUAIS):

G) OUTROS

11) ESPECIALISTA CONSULTADO

PRESENTE:

AUSENTE:

A) PSIQUIATRA:

B) MÉDICO (ESPECIALIDADE):

C) PSICÓLOGO OU PSICANALISTA (LINHA):

PSICANALISTA (DIVERSAS LINHAS):

TERAPEUTA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL:

OUTROS:

D) OUTROS (QUAIS):

12) DIVERGÊNCIA DE OPINIÕES ENTRE ESPECIALISTAS

HÁ:

NÃO HÁ:

SE HÁ DIVERGÊNCIAS, ENTRE QUAIS CATEGORIAS DE ESPECIALISTAS:

13) CATEGORIAS IDENTITÁRIAS GENÉRICAS

PRESENTE:

AUSENTE:

A) MULHERES:

EM GERAL:

GRAVIDEZ E PÓS-PARTO:

NA MENOPAUSA:

OUTROS (QUAIS):

B) CRIANÇAS:

C) ADOLESCENTES:

D) TRABALHADORES:

E) IDOSOS:

F) SUICIDAS:

G) DOENTES (QUAIS):

USUÁRIOS OU VICIADOS EM DROGAS (QUAIS):

OUTROS (QUAIS):

14) PERSONALIDADES MAIS CITADAS

15) CONSEQUÊNCIAS DA DEPRESSÃO

PRESENTES:

AUSENTES:

A) DOENÇAS:

B) PROBLEMAS PSICOLÓGICOS:

C) PROBLEMAS SOCIAIS:

D) MORTE EXCETO SUICÍDIO:

E) SUICÍDIO:

F) MISTOS:

G) DOENÇAS E PROBLEMAS PSICOSSOCIAIS:

H) DOENÇAS E MORTE:

I) DOENÇAS E SUICÍDIO:

J) OUTROS:

16) CO-OCORRÊNCIA ENTRE CATEGORIAS IDENTITÁRIAS E CAUSAS

- A) MULHERES E FATORES BIOLÓGICOS:
- B) MULHERES E FATORES PSICOSSOCIAIS:
- C) MULHERES E FATORES BIOLÓGICOS E PSICOSSOCIAIS:
- D) CRIANÇAS E ADOLESCENTES E FATORES BIOLÓGICOS:
- E) CRIANÇAS E ADOLESCENTES E FATORES PSICOSSOCIAIS:
- F) CRIANÇAS E ADOLESCENTES E FATORES BIOLÓGICOS E PSICOSSOCIAIS:
- G) IDOSOS E FATORES BIOLÓGICOS:
- H) IDOSOS E FATORES PSICOSSOCIAIS:
- I) IDOSOS E FATORES BIOLÓGICOS E PSICOSSOCIAIS:
- J) SUICIDAS E FATORES BIOLÓGICOS:
- L) SUICIDAS E FATORES PSICOSSOCIAIS:
- M) SUICIDAS E FATORES BIOLÓGICOS E PSICOSSOCIAIS:
- N) OUTROS:

17) DEPOIMENTO PESSOAL

PRESENTE:

AUSENTE:

- A) MAIOR PRESENÇA DE DESCRIÇÃO PSICOLÓGICA:
- B) MAIOR PRESENÇA DE DESCRIÇÃO FÍSICA:
- C) MISTURA DE DESCRIÇÕES FÍSICAS E PSICOLÓGICAS:

18) AFIRMAÇÃO DO GÊNERO “DEPRESSÃO NÃO É TRISTEZA”

PRESENTE:

AUSENTE:

19) IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO CEDO

PRESENTE:

AUSENTE:

20) PROBLEMA DO SUBDIAGNÓSTICO

PRESENTE:

AUSENTE:

21) MODOS VERBAIS MAIS SIGNIFICATIVOS

A) INDICATIVO

B) SUBJUNTIVO

C) IMPERATIVO

22) TESTE OU QUADRO DE SINTOMAS PARA AUTOEXAME DO LEITOR

PRESENTE:

AUSENTE:

23) TOM PRINCIPAL DO DISCURSO

INFORMATIVO:

CRÍTICO:

OTIMISTA:

PESSIMISTA:

MESSIÂNICO:

CATASTRÓFICO:

24) CRÍTICA À MEDICALIZAÇÃO DA TRISTEZA

25) PRINCIPAIS SINTOMAS ASSOCIADOS À DEPRESSÃO