

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM COMUNICAÇÃO

BRUNA VANESSA DANTAS RIBEIRO

SAÚDE MENTAL, CIDADANIA E TELEVISÃO:
representações da loucura no programa “A Liga”

Goiânia
2015

BRUNA VANESSA DANTAS RIBEIRO

SAÚDE MENTAL, CIDADANIA E TELEVISÃO:
representações da loucura no programa “A Liga”

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Comunicação para obtenção do título de mestre.

Área de concentração: Área de concentração:
Comunicação, Cultura e Cidadania

Linha de pesquisa: Mídia e Cidadania

Orientadora: Prof^a Dr^a Ana Carolina Rocha Pessôa Temer

Goiânia
2015

Ficha catalográfica elaborada automaticamente
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a), sob orientação do Sibi/UFG.

RIBEIRO, Bruna Vanessa Dantas

Saúde mental, cidadania e televisão: [manuscrito] : Representações
Da Loucura No Programa "A Liga" / Bruna Vanessa Dantas RIBEIRO.
2015.

CLXXXIX, 189 f.: il.

Orientador: Profa. Dra. Ana Carolina Rocha Pessoa Temer.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade
de Informação e Comunicação (FIC) , Programa de Pós-Graduação em
Comunicação, Goiânia, 2015.

Bibliografia. Anexos. Apêndice.

Inclui siglas, fotografias, abreviaturas, gráfico, tabelas, lista de
figuras, lista de tabelas.

1. Televisão. 2. Saúde Mental. 3. Cidadania. 4. Grotesco. 5.
Representação. I. Temer, Ana Carolina Rocha Pessoa, orient. II. Título.

SAÚDE MENTAL, CIDADANIA E TELEVISÃO:
Representações Sociais Da Loucura No Programa “A Liga”

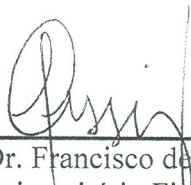
Dissertação de Mestrado defendida no Curso de Mestrado em Comunicação da Faculdade de Comunicação e Informação da Universidade Federal de Goiás, para obtenção do grau de Mestre, aprovada em 17 de agosto de 2015, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:



Prof.ª Dr.ª Ana Carolina Rocha Pessoa Temer
Faculdade de Comunicação e Informação
Universidade Federal de Goiás
Professora Orientadora e Presidente da Banca



Prof. Dr. Claudomilson Fernandes Braga
Faculdade de Comunicação e Informação
Universidade Federal de Goiás
Membro Interno



Prof. Dr. Francisco de Assis
Centro Universitário Fiam-Faam
Membro Externo

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS (TEDE) NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1 **1. Identificação do material bibliográfico:** **Dissertação** **Tese**
1

2 **2. Identificação da Tese ou Dissertação**

Autor (a):	Bruna Vanessa Dantas Ribeiro		
E-mail:	brunaribeirojor@gmail.com		
Seu e-mail pode ser disponibilizado na página?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Vínculo empregatício do autor			
Agência de fomento:		Sigla:	
País:	Brasil	UF:	GO
		CNPJ:	
Título:	Saúde mental, cidadania e televisão: representações da loucura no programa "A Liga"		
Palavras-chave:	Televisão; Saúde mental; Cidadania; Grotresco; Representação		
Título em outra língua:	Mental health, citizenship and television: Madness representations on "The League" tv show		
Palavras-chave em outra língua:	Television; Mental health; Citizenship; Grotresque; Representation		
Área de concentração:	Comunicação, Cultura e Cidadania		
Data defesa: (dd/mm/aaaa)	17/08/2015		
Programa de Pós-Graduação:	Mestrado em Comunicação		
Orientador (a):	Ana Carolina Rocha Pessôa Temer		
E-mail:	anacarolina.temer@gmail.com		
Co-orientador (a):			
E-mail:			

3. Informações de acesso ao documento:

Liberação para disponibilização?¹ total parcial

Em caso de disponibilização parcial, assinale as permissões:

Capítulos. Especifique: _____

Outras restrições: _____

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF ou DOC da tese ou dissertação.

O Sistema da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações garante aos autores, que os arquivos contendo eletronicamente as teses e ou dissertações, antes de sua disponibilização, receberão procedimentos de segurança, criptografia (para não permitir cópia e extração de conteúdo, permitindo apenas impressão fraca) usando o padrão do Acrobat.

Bruna Vanessa Dantas Ribeiro
Assinatura do (a) autor (a)

Data: 27 / 11 / 2015.

¹ Em caso de restrição, esta poderá ser mantida por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Todo resumo e metadados ficarão sempre disponibilizados.

RESUMO

Esta pesquisa busca contribuir com os estudos de comunicação acerca da representação da saúde mental através da mídia. Tendo como objeto central a televisão, percorremos as definições e ideias acerca de saúde mental, loucura, cidadania, televisão e gêneros televisivos a fim de desenvolver uma estrutura teórica que dê suporte à análise de conteúdo que foi realizada em seguida. A partir das ideias de Michel Foucault foi feita uma reflexão acerca da saúde mental enquanto uma questão social, política e histórica que gera representações midiáticas. Daí parte a ideia do estigma dentro da estética televisiva do grotesco, tendo como autores-guia Muniz Sodré e Raquel Paiva. Essas teorizações dão suporte a uma análise de conteúdo sobre as edições do programa “A Liga” com a temática de saúde mental. Como resultado apresentamos reflexões acerca da representação midiática não afirmativa da cidadania dos portadores de transtorno mental e a correlação entre loucura e institucionalização. No âmbito dos produtos televisivos chegamos a reflexões sobre aquilo que o programa “A Liga” apresenta como jornalismo, ou como se utiliza de seus fundamentos para apresentar um novo produto: o pseudo jornalismo espetacular.

Palavras-chave: Televisão. Saúde mental. Cidadania. Grotesco. Representação.

ABSTRACT

This research seeks to contribute with the studies of communication about the representation of mental health. With television as a central object, we go through the definitions and ideas about mental health, madness, citizenship, television and representation in order to develop a theoretical structure that gives support to the content analysis that will be developed. From the ideas of Foucault's is done a reflection about mental health as a social, politics and historical issue, that generates mediatic representations. From that, arise the idea of stigma within the television aesthetics of grotesque, having as guide authors Muniz Sodré and Raquel Paiva. These theorizations support the content analysis of the editions with the theme of mental health in A Liga tv show. As a result we present reflections about the media not affirmative representation of citizenship of the mentally ill and the correlation between madness and institutionalization. In the scope of the television products we came to reflections about what the tv show The League presented as journalism, or how it uses its foundations to present a new product: the spectacular pseudo journalism.

Keywords: Television. Mental health. Citizenship. Grotesque. Representation.

DEDICATÓRIA

Esse trabalho é dedicado a todos aqueles que em sua insanidade me mostraram um caminho de conhecimento e aprendizado.

Também aos meus amigos Rirley e Kin, que no final desse processo superaram grandes dificuldades e me ensinaram o que é ser forte.

AGRADECIMENTOS

Fica aqui meu agradecimento a todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para que este objetivo fosse alcançado.

À minha família, que me acompanhou, apoiou e entendeu minhas dificuldades torcendo para que este seja apenas um passo de muitos.

Aos meus amigos, que aceitaram minhas ausências e mesmo sem entender do que se tratava meu trabalho não hesitaram em me perguntar sobre minha pesquisa e ouvir o que eu tinha para falar.

À minha orientadora, Ana Carolina Rocha Pessoa Temer, por suas dezenas de gotas de paciência e conhecimento e por sua capacidade de acreditar em mim. Não tenho dúvidas que se não fosse por sua imensa persistência e profundo conhecimento eu teria me transformado em meu objeto de estudo.

Aos meus professores, que me introduziram no mundo acadêmico e, mesmo não sendo meus orientadores, tanto me ajudaram com meu trabalho.

Ao Heitor Lima, que me apoiou desde o primeiro momento, desde a inscrição no processo seletivo até a defesa.

À toda equipe do Instituto Espírita Batuira de Saúde Mental, que me ajudou em todos os momentos em que escolhi estar entre seus pacientes, meus maiores professores.

Aos amigos Camila e Tom, que me apoiaram nos momentos de desespero tecnológico e editorial e que não se irritaram com minhas faltas nos almoços e com o som arrastado da minha mala de livros.

Aos meus colegas de mestrado, que se tornaram amigos e sempre foram um lugar seguro para pedir ajuda, principalmente Thiago, Lara, Ana Manuela, Kalyne, Quézia, Luiza, Ana Luiza e Érica.

A Maíra e Viviane, que sanaram minhas dúvidas de cunho médico e foram minhas primas amigas como sempre.

Ao amigo Givaldo, que me orientou para o processo seletivo e foi a luz em um momento em que eu não sabia por quais pedras caminhar.

Finalmente, à pequena Clara, que na reta final me acompanhou em momentos de “pelo amor de deus eu não consigo escrever mais” e com suas sonecas calmas me acalmou.

Obrigada a todos aqueles que me ajudaram e se lembraram de mim quando nem eu mesma lembrava mais, por toda essa ajuda hoje e sempre me lembrarei de vocês.

“... intensidade da nossa vida é dada pela coragem de mergulhar no caos da condição humana.”
Eliane Brum

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	Percentual de domicílios com existência de alguns bens duráveis.....	56
FIGURA 2	Comparativo de percentual de domicílios com existência de alguns bens duráveis.....	56
FIGURA 3	Programa “A Liga” ganha prêmio da APCA de melhor programa jornalístico.....	81
FIGURA 4	Nuvem de palavras Programa 1.....	109
FIGURA 5	Nuvem de palavras Programa 2.....	116
FIGURA 6	Nuvem de palavras Programa 3.....	125
FIGURA 7	Nuvem de palavras Programa 4.....	134
FIGURA 8	Nuvem de palavras todos os programas.....	144
FIGURA 9	Portador de transtorno mental urina em parede de quarto.....	159
FIGURA 10	Programa 1, apresentadora é filmada pelo <i>cameraman</i> segundos antes de iniciar as imagens com câmera amadora.....	160
FIGURA 11	Programa 2, apresentador filma paciente insone.....	160
FIGURA 12	“A Liga”, Programa 2, apresentadores.....	161
FIGURA 13	Cena do filme ‘A bruxa de Blair’ (1999).....	161
FIGURA 14	Programa 4, paciente amarrada dentro de ambulância.....	163
FIGURA 15	Programa 4, câmera dá zoom nas amarras.....	163
FIGURA 16	Programa 4, apresentadora entrevista portadora de transtorno mental em crise que recebe atendimento.....	164
FIGURA 17	Programa 4, apresentadora fala com a câmera com paciente amarrada ao fundo.....	164
FIGURA 18	Programa 3, apresentadora mostra tatuagem de borboletas.....	167
FIGURA 19	Programa 1, palavra ‘isolamento’ destacada em tela.....	171
FIGURA 20	Programa 1, foto de paciente amarrado na cama.....	172

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	Entrevistas Programa 1.....	115
GRÁFICO 2	Locais Programa 2.....	117
GRÁFICO 3	Entrevistas Programa 2.....	123
GRÁFICO 4	Locais Programa 3.....	126
GRÁFICO 5	Entrevistas Programa 3.....	133
GRÁFICO 6	Locais Programa 4.....	135
GRÁFICO 7	Entrevistas Programa 4.....	143
GRÁFICO 8	Total de entrevistas.....	145
GRÁFICO 9	Locais todos os programas.....	148
GRÁFICO 10	Locais todos os programas.....	149

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Perfil dos apresentadores do programa “A Liga” no período analisado.....	80
QUADRO 2	Quadro de programas analisados, títulos e datas.....	98
QUADRO 3	Quadro de locais – Programas 1, 2 e 3.....	102
QUADRO 4	Quadro de locais – Programa 4.....	103

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Entrevistas por programa.....	104
TABELA 2	Palavras mais recorrentes Programa 1.....	109
TABELA 3	Adjetivos Programa 1.....	112
TABELA 4	Palavras em destaque Programa 1.....	114
TABELA 5	Palavras mais recorrentes Programa 2.....	118
TABELA 6	Palavras em destaque Programa 2.....	124
TABELA 7	Palavras mais recorrentes Programa 3.....	127
TABELA 8	Adjetivos Programa 3.....	128
TABELA 9	Palavras mais recorrentes Programa 4.....	136
TABELA 10	Palavras em destaque Programa 4.....	141
TABELA 11	Contagem de entrevistas por formatos.....	146
TABELA 12	Palavras mais recorrentes total.....	151
TABELA 13	Palavras em destaque todos os programas.....	153

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OMS	Organização Mundial da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
TOC	Transtorno Obsessivo Compulsivo
ECI	Entrevista Conversa Indireta
EDI	Entrevista Direta Individual
EDC	Entrevista Direta Coletiva
DMS	Doentes Mentais Severos

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 SAÚDE MENTAL	18
2.1 UM PROBLEMA, MUITAS POSSIBILIDADES SEMÂNTICAS	18
2.2 O QUE É SAÚDE?.....	20
2.3 SAÚDE MENTAL: UM CAMPO DE MUITOS SABERES	23
2.4 LOUCURA E PODER: A INTERNAÇÃO E O TRIUNFO DA RAZÃO	26
2.5 SAÚDE MENTAL NO BRASIL E REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	31
3 CIDADANIA	37
3.1 CIDADANIA: UMA BREVE DEFINIÇÃO.....	37
3.2 SAÚDE MENTAL E CIDADANIA	40
3.3 CIDADANIA E COMUNICAÇÃO	41
4 REPRESENTAÇÕES MUDIÁTICAS E ESTIGMA	44
4.1 DESDOBRAMENTOS MUDIÁTICOS DAS REPRESENTAÇÕES DA LOUCURA	44
4.2 ESTIGMA: A MARCA DO SOCIAL.....	46
5 TELEVISÃO.....	50
5.1 POR UM NOVO PENSAR	50
5.2 COMEÇO, MEIO, CONTINUA NO PRÓXIMO EPISÓDIO.....	52
5.3 A TELEVISÃO EM NÚMEROS	55
5.4 A JANELA ALTERADA	60
5.5 OS DOIS LADOS DA TELA.....	62
5.6 O GROTESCO E O DIFERENTE NA TELEVISÃO.....	64
5.7 OS GÊNEROS E A LEITURA TELEVISIVA	66
5.8 TELEJORNALISMO: DAS PÁGINAS PARA AS TELAS.....	70
5.9 A IMERSÃO E A EXPERIÊNCIA CONTADA	74
5.10 UM LUGAR TEÓRICO PARA “A LIGA”	77
6 METODOLOGIA: ANÁLISE DE CONTEÚDO.....	82
6.1 ANÁLISE DE CONTEÚDO	82
6.2 ORIGEM E EVOLUÇÃO DA ANÁLISE DE CONTEÚDO	82
6.3 QUALITATIVO X QUANTITATIVO	84
6.4 PRÉ-ANÁLISE.....	86
6.5 ANÁLISE DO MATERIAL.....	87
6.6 INFERÊNCIA.....	88
6.7 A REPRESENTAÇÃO DO <i>CORPUS</i> E DA AMOSTRAGEM.....	89
6.8 BARDIN	90
6.9 O MÉTODO POR BARDIN	92
6.10 ANÁLISE DE CONTEÚDO APLICADA.....	97
7 DESCONSTRUINDO “A LIGA”	101
7.1 LOCAIS SOCIAIS	101
7.2 ANÁLISE DE ENTREVISTAS	103
7.3 ANÁLISE DAS PALAVRAS MAIS RECORRENTES.....	106
7.4 ANÁLISE DO CONTEÚDO VISUALMENTE DESTACADO EM TELA.....	106
7.5 PROGRAMA 1 – SAÚDE MENTAL.....	107
7.6 PROGRAMA 2 – QUEBRANDO PARADIGMAS PSIQUIÁTRICOS	116
7.7 PROGRAMA 3 - TRANSTORNOS EMOCIONAIS	125
7.8 PROGRAMA 4 - PSICOSE, BIPOLARIDADE E ESQUIZOFRENIA	134
7.9 ANÁLISE TOTAL DOS PROGRAMAS	144
8 A LOUCURA, A CIDADANIA E O GROTESCO NO PSEUDOJORNALISMO	155
8.1 O QUE É A LOUCURA?.....	155

8.2 ONDE HABITA O GROTESCO?	157
8.3 O ESPETÁCULO PSEUDOJORNALÍSTICO	165
8.4 A CIDADANIA NEGADA	169
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	173
REFERÊNCIAS	176
ANEXOS.....	185
APÊNDICE.....	186

1 INTRODUÇÃO

Não há novidade alguma na constatação de que as representações recaem sobre a saúde mental carregadas de preconceitos e estigmas, os quais incidem sobre seus pacientes. Menos novidade ainda é o fato de que a mídia tem grande influência sobre a construção de representações no mundo moderno e os processos de luta por reconhecimento e direitos cidadãos. No Brasil a temática da representação midiática de saúde mental ainda é pouco estudada dentro do campo da comunicação, o que gera uma lacuna teórica específica. Esta brecha é um dos motivos que levaram à realização desta pesquisa. Mais de dez anos se passaram desde a promulgação da Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001, que implantou a reforma psiquiátrica no Brasil e, apesar de o campo da Saúde mental se constituir como transcultural, as pesquisas em comunicação ainda permanecem consideravelmente alheias a ele.

Este estudo toma como base a tríade temática: saúde mental, mídia e cidadania. A escolha do encontro entre esses três temas de estudo reflete um caminho acadêmico que iniciou-se ainda na graduação. Após redigir um livro reportagem contando a história de um hospital psiquiátrico surge o interesse de olhar mais fundo para os portadores de transtorno mental e então a pesquisa tornou-se uma meta. Para desenvolver o olhar acadêmico foi pessoalmente imprescindível olhar para o meu objeto sem filtros sociais ou institucionais, ouvir essas vozes, assim seguiu-se nove meses de trabalho voluntário em um hospital psiquiátrico. Todo esse processo foi fundamental para o desenvolvimento da ideia e a solidificação da relação entre as temáticas básicas da pesquisa.

Por suas naturezas transculturais, os três cerne da pesquisa, que inicialmente parecem distantes, mostram-se em uma relação direta e inegável que a cada nova percepção dos assuntos se mostra mais forte. Eles se desenvolvem não só aprofundando suas relações de interdependência, mas também nos levando a uma série de outros temas e conceitos de menor dimensão dentro do trabalho, mas de semelhante importância, como os gêneros televisivos e os estigmas.

Antes de nos aprofundarmos na fundamentação teórica, a pesquisa mostrou a necessidade de uma delimitação de termos usados. A saúde mental é permeada por muitos termos e conceitos carregados de significados sociais, estigmas e preconceitos. Escolher os termos que seriam utilizados nesta pesquisa é parte do caminho para entender como os seus usos pela mídia são carregados de significados.

No primeiro capítulo os temas saúde mental e loucura estão combinados na busca por uma visão holística da problemática. O primeiro passo desta inter relação se deu no questionamento: O que é saúde? A busca por esse conceito tão cotidiano se mostrou um desafio fundamental para solidificar as bases nas quais o conceito de saúde mental vem a se desenvolver. A partir de uma tentativa de conceituar a saúde, buscou-se estabelecer parâmetros para o conceito de saúde mental. Afinal, o que é saúde mental? O tema se mostra amplo em suas significações, fazendo aparecer uma série de conceitos e definições que são comparados a fim de estabelecer uma visão do tema como um todo.

A problemática da saúde mental como campo ou permeado pelas relações saúde/doença estritamente médicas se mostrou insuficiente para explicar a saúde mental enquanto um problema também social, trazendo a necessidade de se refletir sobre a evolução histórica que instalou a saúde mental como um campo de conhecimento transcultural. A base para o levantamento histórico sociológico foi feita através de reflexões acerca dos trabalhos teóricos e arqueológicos sobre a loucura realizados por Michel Foucault e definições de Roy Porter, entre outros autores.

Os estudos do capítulo se encaminham para uma contextualização da loucura no Brasil nos âmbitos social, político e médico. O cenário nacional da saúde mental é de grande importância para o entendimento das representações da loucura no País, já que estas se debruçam sobre uma construção de conhecimentos e saberes históricos sociais que são parte daquilo que entendemos por loucura. Vale lembrar que este estudo é uma pesquisa de comunicação e não nos cabe esmiuçar ou tentar prever o futuro da saúde mental no Brasil. Não buscamos, portanto, respostas sobre os próximos passos da reforma psiquiátrica no Brasil. A passagem pela história da loucura como caminho até o campo da saúde mental no mundo e no Brasil, antes de qualquer coisa, serve para entender como a loucura chegou ao local social no qual de encontra e, desta forma, estabelecer raízes históricas, políticas e sociais para responder às perguntas fundamentais deste trabalho: qual é a representação de loucura adotada pelo programa A Liga? Essa representação deixa espaço para o portador de transtorno mental cidadão?

O segundo passo do processo de construção de conhecimento é uma breve reflexão sobre a cidadania, dividida nos eixos histórico, cidadania e comunicação, cidadania e saúde mental. A cidadania surge no corpo desse trabalho como uma definição necessária. Muito se fala sobre cidadania, mas para pensarmos a mídia e o campo da saúde mental sob seu viés é necessário buscar uma base teórica acerca dessa palavra tão presente no dia a dia do brasileiro, mas, ao mesmo tempo, tão pouco explicada e definida. O que é cidadania e como

ela perpassa os temas saúde mental e comunicação? Buscamos enxergar o conceito de cidadania que vai além dos direitos e deveres civis, sociais e políticos.

A questão do local social e midiático dos indivíduos portadores de transtornos mentais nos coloca frente a outro conceito, que é permeado pelas representações e de forte impacto dentro do tema estudado: o estigma. Da mesma forma que queremos entender como as representações apresentadas são construídas, coube-nos a função de tentar entender como elas influenciam no surgimento, perpetuação ou desfragmentação de estigmas.

O capítulo seguinte, mesmo que teoricamente, encaminha-nos para o estudo da televisão. Veículo midiático de maior público no Brasil, a televisão segue como a principal influenciadora da opinião pública. Hoje a televisão está presente em 95,1% dos lares brasileiros, sendo assistida por 97% da população brasileira (BRASIL, 2010). As estatísticas são pontuais e servem para provar que, mesmo com o fortalecimento da internet e as constantes previsões apocalípticas, a televisão ainda é a mídia mais popular. E estudá-la é parte de entender o funcionamento da sociedade brasileira.

Em um primeiro momento buscamos perceber o que fez da televisão brasileira o que ela é hoje. Muitas das características que a televisão brasileira tem atualmente são possíveis graças a seu processo de implantação, e isso não pode ficar em segundo plano. A televisão brasileira e o uso que seus telespectadores fazem dela são resultado de uma construção histórica, política e social. Nesse processo, se destaca o surgimento do grotesco como um estilo televisivo, o qual Muniz Sodré e Raquel Paiva apontam como uma forma de fazer televisão que ganhou um considerável espaço nas produções brasileiras e que ainda refletem nos programas atuais.

Tendo passado pela estrutura da televisão, partimos para as especificidades do jornalismo. Foi feita uma estruturação das bases teóricas tentando estabelecer as características fundamentais do jornalismo enquanto conceito e práxis. O que é o fenômeno que conhecemos por jornalismo? O que faz um programa televisivo ser jornalístico? Estas perguntas são fundamentais para a análise que foi realizada sobre o programa “A Liga”, transmitido pela Rede Bandeirantes de Televisão.

Situado nas fronteiras entre o entretenimento e o jornalismo, “A Liga” é um programa de aparência jornalística, que instiga rotulações como jornalismo literário, mais especificamente usando técnicas de imersão. Contudo, uma análise mais aprofundada nos leva a contradições que tornam a classificação do programa, enquanto um gênero televisivo, um grande desafio. Ponderar suas características, seus métodos e seus profissionais pode ser uma

forma de estabelecer uma comparação entre aquilo que o programa acredita e se propõe a ser e aquilo que ele realmente é.

Utilizando a metodologia de Análise de Conteúdo, principalmente a codificação feita por Laurence Bardin (2010), a presente pesquisa busca desvendar como o programa “A Liga” se posiciona frente à problemática da saúde mental. O programa foi escolhido não só pela maior disponibilidade de material e possibilidade de uma análise de gêneros televisivos, mas também por dedicar uma especial atenção ao tema, bem como por seu formato não convencional possibilitar uma comunicação diferente da realizada no jornalismo padrão, o que abre espaço para novas formas de discurso.

Jodelet (2005, p. 33), ao refletir sobre a desospitalização, questiona sobre o destino dos preconceitos e crenças que possibilitaram a efetivação e perduração do internamento: “[...] o louco, até então relegado às margens da coletividade, volta ao centro. Mas o que aconteceu com os preconceitos que justificavam o seu confinamento?”. Esta pergunta se tornou fonte de reflexão neste trabalho, pois, ao levantar o tema da saúde mental, preocupamo-nos em saber: como é representado o ‘louco’? Os portadores de transtorno mental são representados enquanto cidadãos?

A partir desses questionamentos é possível uma constatação: não há melhor espaço para se buscar as respostas do que na televisão, especialmente por suas incursões híbridas, sendo o programa “A Liga” uma delas. A partir desse quadro teórico nos cabe, por fim, duas perguntas: o programa aqui analisado pode ser considerado jornalismo? Ele se encaixa no modelo de comunicação do grotesco? São estas as questões que buscamos responder primeiramente com a fundamentação teórica e, posteriormente, com a análise de conteúdo.

2 SAÚDE MENTAL

2.1 UM PROBLEMA, MUITAS POSSIBILIDADES SEMÂNTICAS

Durante o desenvolvimento do projeto deste trabalho, muitas dúvidas surgiram, algumas delas permeadas pelo receio de, em meio a um trabalho de análise dos processos midiáticos de representação da loucura, desempenhar uma função de reforço dos estigmas. Com as leituras para a revisão bibliográfica, parte delas foi gradativamente sanada, porém uma permaneceu, permeando o espaço da construção teórica: como nomear os membros do grupo estigmatizado que é aqui tomado como parte do objeto de pesquisa? A história social e médica desses indivíduos é rica em designações: louco, alienado, doido, anormal, maluco, lunático, doente mental, portador de transtorno mental, psicótico, neurótico, dentre tantos outros.

As possibilidades semânticas são tantas que a escolha de quais termos usar se mostrou fundamental para solidificar as considerações teóricas que se refletirão naquilo que será buscado no capítulo de análise, já que todas as designações são carregadas de múltiplos significados históricos, sociais e políticos. Uma palavra jamais é apenas uma forma despreziosa de, verbal ou textualmente, significar um objeto da linguagem. Chamar um indivíduo de louco é diferente de chamá-lo de doente mental, que, por sua vez, também é diferente de utilizar qualquer outra designação que tenha lhe cabido durante toda a história da humanidade.

Muito anterior à noção médica de saúde mental, a palavra loucura é fortemente solidificada no vocabulário do senso comum e carrega uma significação principalmente social. Não foi à toa que Foucault (2008), ao realizar um estudo arqueológico da loucura, optou pelo termo. Não caberiam ali os conceitos psiquiátricos, já que a psiquiatria surgiu séculos depois. A loucura é anterior à medicina psiquiátrica e, portanto, o termo 'louco' carrega a noção de anormalidade, advinda de tempos onde os critérios para que um indivíduo fosse nomeado como tal eram subjetivos à cada sociedade, não havendo nenhuma mensuração médica nessa escolha.

Com o surgimento e a solidificação da medicina psiquiátrica, o termo loucura foi deixado para o uso popular. O termo 'alienação' foi adotado por Philippe Pinel e por contemporâneos, que o alternaram com 'doença mental' (AMARANTE, 2007). Este último, mesmo circundado por questionamentos, acabou prevalecendo. O uso da designação 'doença' para tratar de transtornos ou sofrimentos mentais foi um dos focos das reformas psiquiátricas

que surgiram após a Segunda Guerra Mundial. Partindo de um viés social da loucura, os reformistas passaram indagar sobre a veracidade das teorias organicistas sobre alienação. Questionavam se os sofrimentos mentais seriam comparáveis aos sofrimentos do corpo e, portanto, dignos da significação ‘doença’. Esse raciocínio levou a uma descrença do termo, mas, mesmo assim ele permanece corrente no pensamento médico e no senso comum.

Qual seria então a designação correta a ser usada no atual contexto histórico? A resposta para esta pergunta depende do posicionamento que se busca adotar. Para citar como exemplo, a legislação brasileira atualmente faz uso do termo ‘portador de transtorno mental’. Para Amarante (2007), a história da loucura foi carregada de conceitos estigmatizantes que levaram a um comportamento social negativo para com os sujeitos dessa história e, dentre esses conceitos, está o de transtorno mental. O termo remeteria, conforme Amarante (2007, p. 68), a um fardo “[...] inseparável e indistinguível do sujeito”, dando ideia de um descontrole geral e incurável a todo e qualquer portador de transtorno.

Fez parte da reforma psiquiátrica a adoção de uma nova nomenclatura que reflita os posicionamentos adotados e as ideias defendidas pelo movimento. Assim surge a nomenclatura ‘portador de transtorno mental’, nas palavras de Lobosque (2001), ou ‘pessoa em sofrimento mental’, por Amarante (2007). Dessa forma, Lobosque (2001) mostra que a escolha da nova terminologia pelo movimento da reforma psiquiátrica brasileira se baseia não na ideia de doença, mas na de experiência, segundo a qual o indivíduo portador vê devolvida sua subjetividade, roubada por tantos anos de delimitações médicas de isolamento, e substitui o seu transtorno no papel de protagonista do tratamento.

A loucura é uma experiência humana cujas questões se colocam para loucos ou não loucos, situando problemas para a razão; não leva a razão a desistir de operar, mas, pelo contrário, convida-a a ir mais longe, no desenho das formas e figuras de seu exercício. Assim reconhecemos a experiência da loucura não como aberração ou déficit, mas como experiências legítimas e pensáveis do corpo, da existência, do pensamento. Experiências perturbadoras, sim, porque podem rasgar o sentido; mas podem também, em certos casos, imprimir ao sentido outros cortes, possibilitando inimagináveis refazendas. (LOBOSQUE, 2001, p. 22).

Em seu estudo da fala de pacientes psiquiátricos, intitulado ‘Uma história social da loucura’, Porter (1987) argumenta que a designação desses indivíduos como loucos, e o uso do termo loucura, serviria não só como forma de chamar atenção para este rótulo, que é limitado, mas como uma ‘taquigrafia coletiva’. A partir disso, ‘loucura’ aparece como uma generalização simbólica para um campo que é tão vasto quanto múltiplo em seus temas.

O uso das palavras ‘loucura’ e ‘louco(a)(s)’ neste trabalho refletem um posicionamento semelhante ao de Porter (1987). De modo que serve de taquigrafia em momentos em que especificações ou termos mais atuais não seriam capazes de abarcar os significados desejados. Em outros momentos, é utilizado o termo ‘transtornos mentais’, por este ser o adotado pela legislação brasileira, e, em outros, ‘sofrimento mental’, por sintetizar as ideias defendidas pela reforma psiquiátrica brasileira e, em alguns momentos, ser a melhor expressão do lugar social desejado. Vale lembrar que os termos utilizados em citações são originais de seus autores e servem também para demonstrar o posicionamento teórico ou o momento histórico no qual o trabalho citado foi desenvolvido.

2.2 O QUE É SAÚDE?

Para pensar a saúde mental é necessário começar por uma desfragmentação básica do conceito de saúde em seu sentido negativo: saúde não é simplesmente a falta de doença. Mas então o que ela é? Intrínseca ao vocabulário popular, saúde é um termo que adentra no cotidiano sem trazer anexas reflexões sistemáticas, que em muito acontecem dentro da cientificidade e permanecem nela. Ela caminha pelo imaginário e pelo vocabulário popular com ares de autodenominação: saúde é saúde, que é não estar doente.

A ideia de uma saúde negativa, como oposição à doença, tem origem terapêutica, onde prevalece o código binário saúde/doença. A negação desse conceito passa primeiramente pelo entendimento de algumas características fundamentadoras apontadas por Almeida Filho (2011).

A saúde constitui um objeto complexo, referenciado por meio de conceitos (pela linguagem comum e pela filosofia do conhecimento), apreensível empiricamente (pelas ciências biológicas e, principalmente, pelas ciências clínicas, analisável (no plano lógico, matemático e probabilístico, pela epidemiologia) e perceptível por seus efeitos sobre as condições de vida dos sujeitos (pelas ciências sociais e humanas) (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 26).

A complexidade se mostra como base para que as outras características se instalem, como porta de entrada para a multidisciplinaridade, fazendo da saúde um objeto transcultural. O que possibilita não só uma multiplicidade de conceitos, mas também de campos que fazem uso de suas temáticas enquanto objeto de estudo.

Canguilhem (2002), tendo como base a filosofia médica, dedicou-se a entender a saúde, e, através disso, estabelece o código doença/normalidade. Este par, no entanto, não se definiria como um código binário, já que não significa necessariamente uma oposição (ALMEIDA FILHO, 2011). Estar doente não impede um indivíduo de ser normal, o que não acontece com a saúde e a doença, já que a doença automaticamente exclui a presença da saúde. Foucault é herdeiro teórico de Canguilhem, e por isso é possível perceber que o tratado teórico do segundo se vê claramente refletido nas teorizações foucaultianas iniciais.

Apesar de saúde não ser sinônimo de doença, as duas têm significações que refletem os contextos social, político, econômico e cultural. Se saúde não é só ausência de doença, então ela não é puramente médica ou científica, havendo, no entendimento individual da doença, concepções também religiosas e filosóficas (SCLIAR, 2007). Em decorrência disso, um conceito de saúde depende do âmbito ao qual ele se refere. Almeida Filho (2011) estabelece cinco instâncias nas quais a saúde recebe diferentes significações em função de diferentes parâmetros de análise adotados por diferentes correntes teóricas. Seriam saúde como: fenômeno, metáfora, medida, valor e práxis.

A saúde como fenômeno adota pontos de vista a partir dos quais a saúde é vista, de acordo com Almeida Filho (2011, p. 29), como “[...] fato, evento, estado, situação, condição ou processo”, em todos eles sendo medida dentro da positividade. Almeida Filho (2011) aponta que, enquanto fenômeno a saúde tem sido definida tanto negativamente – está onde não há doença, quanto positivamente – denotação de capacidades, desempenho. Essa dimensão de construção de conhecimento nasce na Grécia antiga, com o pai da medicina Hipócrates, e, mantendo sua posição organicista e fisiológica, com algumas mudanças de posicionamento, é continuada por Darwin. Essa escola teórica é rica em autores, e talvez por isso haja a predominância de duas ideias no senso comum, dentre eles a de Christopher Boorse, que avança ainda mais em suas teorizações, estruturando toda uma série de conceitos segundo os quais saúde é avesso de doença e, na prática, de enfermidade (ALMEIDA FILHO, 2011).

Negando o conceito positivista em voga no modelo anteriormente apresentado, a saúde como medida trabalha com o conceito de multidimensionalidade que se reflete em variados domínios e componentes, já que o âmbito individual da doença permite mensuração, o que possibilita o trabalho da epidemiologia. Almeida Filho (2011) aponta que essa corrente nasce com a demarcação de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS).

A saúde como metáfora, ou dispositivo ideológico, traz teorias que fazem a revisão do código binário saúde/doença por perspectivas culturais e da antropologia médica, valorizando

“[...] elementos psicossociais e culturais da saúde” (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 73). E também partindo da premissa básica da saúde como construção cultural e social, em múltiplos processos de significação.

Na abordagem de valor, encontram-se teorias que partem da definição de saúde como ‘valor social e político’ no contexto das sociedades modernas. Esse valor se daria nos processos de intercâmbio, implicando uma troca simbólica (ALMEIDA FILHO, 2011). A saúde como práxis não busca conceituar a saúde em si, mas entender o campo da saúde e, em decorrência disso, nela está imbricada a teorização e a busca de soluções práticas para a saúde coletiva e individual.

Almeida Filho (2011) acaba por entender que, em meio a tantas perspectivas teóricas e metodológicas, fica impossível estabelecer um só conceito de saúde. “Não se pode falar de saúde no singular, e sim de várias saúdes, a depender das ordens hierárquicas, dos níveis de complexidade e dos planos de emergência considerados.” (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 139).

Apesar da complexidade do campo e do objeto, em 7 de abril de 1948, ainda em um clima pós guerra, a OMS passou a adotar a definição de saúde como: “[...] um estado completo de bem estar físico, mental e social.” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1948, p. 30). Scliar (2007) aponta que esse conceito implica em uma abrangência da biologia humana, do meio ambiente, do estilo de vida e da organização dos serviços de saúde, retirando a saúde do âmbito estritamente médico. Para Almeida Filho (2011), esse ideal de bem-estar vem para acalmar as tristezas da guerra, como uma ‘reinvenção do nirvana’. Essa definição é muito criticada por teóricos da saúde, que acusam a definição de ser um ideal que faz da saúde algo inalcançável.

A conceituação da OMS, apesar de subjetiva, e dentro de um plano idealizador, implica em uma mudança considerável no campo da saúde. Ela passa a ser entendida como parte fundamental na conquista da cidadania, ficando estabelecido que:

Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social. A saúde de todos os povos é essencial para conseguir a paz e a segurança e depende da mais estreita cooperação dos indivíduos e dos Estados. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1946, Online).

A partir desses preceitos entende-se que não pode haver cidadania plena sem a equidade de saúde, que se dá pelas ações de e relações entre indivíduos, profissionais, gestão pública, sociedade civil e mídia.

Se em nível de direitos humanos mundiais, a saúde, enquanto princípio cidadão, foi reconhecida em 1946, foram necessários mais de 40 anos e o fim da ditadura militar para que a mudança proporcionasse reflexos no Brasil. A saúde passa a ser direito de todo cidadão brasileiro com a Constituição de 1988, conhecida como constituição cidadã.

Art. 196 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

O reconhecimento da saúde enquanto direito cidadão, a ser garantido pelo Estado em seus múltiplos níveis e contando com a participação comunitária, conforme o art. 198 da Constituição, e a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) serviram de base para o desenvolvimento do pensamento brasileiro sobre saúde coletiva, que serviria de impulso para o Movimento Nacional Antimanicomial. No campo da saúde mental, essa relação com a cidadania fica ainda mais destacada, já que trata não só do acesso à saúde, mas também da participação social.

2.3 SAÚDE MENTAL: UM CAMPO DE MUITOS SABERES

Por que separar as reflexões sobre a saúde mental da saúde como um todo? Esta cisma aqui realizada de forma alguma se baseia em uma separação entre sofrimentos físicos e mentais. Visto que o campo da saúde é vasto e composto por várias áreas, cada uma com suas especificidades e conceitos, a saúde mental também possui suas especificidades e, por se tratar do objeto aqui estudado, necessita de clarificações particulares do tema. Apesar de se estabelecer no âmbito mental do indivíduo e seus sofrimentos, a saúde mental não está dissociada do corpo físico e, portanto, não deve ser dissociada do conceito de saúde, tornando-se algo à parte do corpo do indivíduo em sofrimento. Delgado *et al* (2007, p. 64) afirmam que qualquer tipo de doença vem associada a um sofrimento subjetivo e, por isso, “[...] todo problema de saúde é também – e sempre – de saúde mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde”. Enquanto campo, a saúde mental é palco de um constante embate ideológico, um cabo de guerra teórico. De um lado, estão as correntes que se baseiam na negação da doença, buscando entender o sofrimento mental fora do processo patológico organicista. Do outro, as teorias que defendem a existência da doença, ou dos transtornos, e se espelham nessa crença para endossar a solidificação de novas, e cada vez

mais numerosas, classificações de psicopatologias. Em meio a essas correntes, permanece o espaço de um conceito unificado e geral de saúde mental, cuja definição, mesmo em falta e fortemente marcado pelo conceito de doença, permeia muitas pesquisas do campo.

Um exemplo dessa primeira corrente é o que nos traz Leader (2013). Com base em conceitos psicanalíticos lacanianos, ele aceita a ideia de psicose, porém fora das delimitações médicas de psicopatologia. Indo além da doença como característica absoluta e indissociável do comportamento do indivíduo psicótico, haveria aquilo que ele chama de ‘loucura silenciosa’, que se caracteriza como psicoses atípicas para a sociedade: loucos que não parecem loucos, não agem como tal, fugindo ao estereótipo da loucura. Entender e aceitar a existência, e de acordo com o autor, a predominância da loucura silenciosa, é fundamental para o combate ao estigma. No desenvolver de seu pensamento psicanalítico, Leader (2013) critica também a ‘medicalização da loucura’ e a burocratização dos programas nacionais de saúde, que colocaram a loucura em uma posição de submissão à medicina psiquiátrica e à indústria farmacológica.

Baseada nos conceitos defendidos pelo movimento de reforma psiquiátrica brasileira, Lobosque (2001) adota uma posição teórica de negação do sofrimento mental enquanto doença. Liberal quanto ao uso de psicotrópicos nos tratamentos mentais, a autora aceita a necessidade deles e de sua evolução para que haja melhoria nos tratamentos mentais. Ela se aproxima da ideia de Leader (2013) de inexistência da doença mental, rejeitando o conceito e apostando em uma experiência da loucura que não pode ser curada com remédios.

No outro lado ideológico do campo, é possível encontrar uma série de escritos psiquiátricos e teorizações que tratam dos transtornos mentais enquanto doença, com suas definições, características e tratamentos. Um exemplo é o artigo ‘Conceitos fundamentais em psicopatologia’, no qual Ballone (2004) faz um breve resumo daquilo que entende como doenças mentais e os critérios utilizados pela medicina psiquiátrica para os seus diagnósticos. Partindo de perspectiva médica, o autor define doença mental como “[...] variação mórbida do normal [...] variação esta capaz de produzir prejuízo na performance global da pessoa (social, ocupacional e pessoal) e/ou das pessoas com quem convive.” (BALLONE, 2004, p. 29).

A normalidade citada por este autor é medida através de dois critérios médicos: o estatístico e o valorativo. No critério estatístico, é considerada a frequência de comportamentos, atitudes mentais e o rendimento psíquico global em comparação com essas mesmas referências em uma população. Sendo assim, o critério estatístico é numérico e se baseia em uma relação de compatibilidade com a maioria, sendo considerado normal o mais frequente. Porém, a estatística só tem valor quando em conjunto com o critério valorativo, já

que sozinho pode apontar fatos incomuns que se revelam como não-normal, não chegando ao patológico (BALLONE, 2004). No critério valorativo, a não normalidade é imbricada com valores relacionados á morbidade, sofrimento e prejuízo. Segundo Ballone, deve ficar claro que esses valores não são exclusivamente médicos e que não devem ser entendidos como ‘tirania cultural’. “O valor que emana do sistema sociocultural e que serve para arguir o estado mental das pessoas, abrange desde as concepções éticas, estéticas, morais, até as concepções médicas, científicas e fisiológicas.” (BALLONE, 2004, p. 29).

Esses dois exemplos anteriores nos mostram como o conceito de saúde mental, baseado ou não no conceito de doença, varia dentro das áreas transversais ao campo. Ressalta-se, porém, que essas variações também se dão dentro de uma mesma área. Vale lembrar também que uma série de outros questionamentos atravessa o campo, logo, profissionais e teóricos comumente concordam em alguns pontos e discordam em outros. Não nos cabe aqui adotar ou reprimir nenhum posicionamento em especial, mas apenas analisá-los como parte constituinte do campo.

Se a OMS é definitiva em estabelecer um conceito universal de saúde, o mesmo não se dá com a saúde mental. Para a Organização, a dificuldade de se estabelecer um conceito único para a saúde mental se deve ao seu caráter transcultural, que impede que ela seja vista de forma unificada pelos variados campos que a atravessam ou se veem atravessados por ela (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002). Partindo dessa ideia, a OMS não adota nenhum significado específico de saúde mental, mas apenas se posiciona contra a definição de saúde mental enquanto simplesmente ausência de perturbações mentais:

Entendem-se como transtornos mentais e comportamentais condições clinicamente significativas caracterizadas por alterações do modo de pensar e do humor (emoções) ou por comportamentos associados com angústia pessoal e/ou deterioração do funcionamento. Os transtornos mentais e comportamentais não constituem apenas variações dentro da escala do “normal”, sendo antes fenômenos claramente anormais ou patológicos. Uma incidência de comportamento anormal ou um curto período de anormalidade do estado afetivo não significa em si mesmo a presença de distúrbio mental ou de comportamento. Para serem categorizadas como transtornos, é preciso que essas anormalidades sejam sustentadas ou recorrentes e que resultem em certa deterioração ou perturbação do funcionamento pessoal numa ou mais esferas da vida (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002, p. 53).

Posto isso, a OMS nega a proposição de saúde mental negativa, apenas como falta de doença, assim como a negativa da saúde como um todo, mas nem por isso deixa de aceitar a

existência daquilo que chama de ‘perturbações mentais’. Para a OMS, elas existem, mas não são o único critério de definição da saúde mental.

É importante entender que a saúde mental não pertence apenas à psiquiatria, essa é uma área profissional amplamente envolta nas problemáticas do campo, mas não deve ser vista como a portadora única de seus saberes. Segundo Amarante (2007), o que conhecemos como saúde mental consiste em uma área complexa e extensa de conhecimentos, atravessada por múltiplos saberes que dão a ela um caráter plural e intersetorial de saberes transversais, segundos quais a psiquiatria é apenas uma área de atravessamento de conhecimento. Por conseguinte “Saúde mental não é apenas psicopatologia, semiologia [...], ou seja, não pode ser reduzido ao estudo e tratamento das doenças mentais” (AMARANTE, 2007, p. 19).

Amarante (2007) baseia sua ideia não só na proposição de um campo transcultural, mas também na afirmação de que no campo da saúde mental, assim como em muito outros, o modelo científico dualista-racionalista – erro *vs* verdade – se mostra insuficiente para responder questionamentos. Portanto, a ideia de saúde mental extravasa os juízos de normal *vs* anormal, saúde *vs* doença.

Os levantamentos bibliográficos e teóricos feitos acerca da saúde mental não nos levam a um conceito global, assim como os levantamentos sobre saúde nos levam a um conceito subjetivo e ideal, mas possibilitam absorver duas questões estruturais fundamentais para o campo: sua complexidade e transculturalidade e a necessidade de contestar e encontrar soluções ao modelo científico binário. Apesar de parecerem colocações estruturais simples, percorreu-se um longo caminho em meio à temática saúde mental para se chegar até essas constatações. E para construir uma cronologia do conhecimento sobre saúde mental que explique a origem do que vemos hoje é imprescindível, primeiramente, voltar à história da loucura.

2.4 LOUCURA E PODER: A INTERNAÇÃO E O TRIUNFO DA RAZÃO

Se hoje se luta para desconstruir o entendimento da psiquiatria como detentora do saber sobre a saúde mental, isso se deve ao fato de que o conceito de saúde mental foi construído sobre os alicerces socioculturais da loucura, que, por sua vez, teve sua história edificada sobre as bases das relações de poder estabelecidas entre a razão e a desrazão, que culminaram no papel social da psiquiatria moderna. Essas relações, portanto, têm sua origem no estabelecimento do lugar da razão na sociedade ocidental.

É na Grécia antiga que começa a se delinear a loucura como a conhecemos. Refletida nas insanidades da mitologia, a loucura se mostrava como fruto da maldade; já na corrente médica hipocrática era doença natural do corpo, sendo que em ambos os casos o doente possuía uma humanidade reduzida (PORTER, 1987). A grande mudança ocorreria ainda na Grécia antiga com a valorização da razão, proporcionada pela filosofia. “A racionalidade tornou-se definitivamente a mais nobre faculdade do homem.” (PORTER, 1987, p. 19). Com a ascensão da razão, a desrazão passa a ser motivo de medo, um problema a ser combatido. Porter (1987) elucida que esse pensamento não desapareceu, e sim foi absorvido pelo cristianismo latino, que adicionou a questão da possessão à problemática da loucura, e deu continuidade a esses conceitos mesmo na era moderna.

Aceito o modelo racional grego, a loucura adentra a cultura ocidental. Na Idade Média a loucura era vista como o oposto vicioso da prudência, carregando uma significação religiosa de pecado. Seu lugar na arte de Bosch, Brueghel e Dürer é exemplo de como a loucura também habitava o território dos sonhos, das artes, em um espaço de não realidade grotesca e animalesca, instalada no lúdico, de onde só saiu com o início do Renascimento (FOUCAULT, 2008).

O fim da Idade Média significou o fim da epidemia de lepra, deixando desabitados os leprosários, primeiramente reocupados pelos doentes venéreos. O Renascimento surge com um novo pensamento sobre a loucura: ela sai do espaço do lúdico para se colocar em um espaço de interdependência e relatividade com a razão. “Elas se recusam, mas uma fundamenta a outra.” (FOUCAULT, 2008, p. 30). A Renascença traz a loucura para o núcleo da razão, mas se ocupa em silenciá-la, utilizando uma relação de poder desigual: a internação. As casas de internação, porém, demoraram muito tempo até que adotassem posicionamentos médicos. Em um primeiro momento se estabeleceram como uma forma de exclusão de anormais, onde loucos, doentes venéreos, homossexuais, devassos, blasfemadores, suicidas e supersticiosos – como adivinhos, mágicos e feiticeiros – se transformavam em uma ‘massa indiferenciada’ de não-seres.

O Hospital Geral de Paris, palco de uma das primeiras grandes mudanças para a loucura, foi fundado em 1656. Foucault (2008) explica que ele surge primeiramente como instituição de repressão, possuindo papel de decisão, justiça e julgamento daqueles que eram internados, funcionando em uma relação com o rei, a polícia e a justiça; nesse mesmo século aumentou consideravelmente a quantidade de casas de internação, sendo que 1% da população parisiense se viu exilada em algum momento de sua vida.

A internação estabeleceu também uma relação de classes, servindo de socorro e de repressão aos pobres. De pobres e loucos, caridade e punição, correntes e celas constituiu-se a internação renascentista, um exílio social para repressão moral de ‘a-sociais’, ‘estragados’ e ‘inúteis sociais’ (FOUCAULT, 2008).

Entre o aparecimento da internação – que nada tinha de médica, e a ‘grande libertação’ – realizada pela medicina psiquiátrica em seus primeiros passos, pouco foi mudado, permanecendo até o final do século XVIII circundado de tratamentos carregados de significação fantástica. Como nos explica Foucault (2008, p. 48), “[...] é entre os muros do internamento que Pinel e a psiquiatria do século XIX encontrarão os loucos; é lá – não nos esqueçamos – que eles os deixarão, não sem antes se vangloriarem por terem-nos libertado”.

A Revolução Francesa é tomada por Foucault (2008) como marco para as mudanças na forma de se pensar a sociedade clássica e, conseqüentemente, para a instituição de uma nova forma de pensar a loucura, possibilitando a instituição da internação médica. Essa nova estrutura de pensamento permitiu que, uma vez na direção do Hospital Bicêtre, em 1793, e posteriormente do Salpêtrière, o médico Philippe Pinel adotasse uma nova linha de tratamento, onde os loucos seriam libertados das correntes. Experiência semelhante foi realizada por William Tuke, em 1792, em York, na Inglaterra.

Apesar de por muito tempo permanecer o efeito da moralidade sobre a loucura, a experiência de Pinel, segundo Foucault (2008), possibilita confrontação do modelo vigente e a inserção do *homo medicus* na internação, permitindo concretização de um positivismo médico, “[...] estigma da existência alienada.” (FOUCAULT, 2008, p. 457). Baruk (1970 *apud* DALGALARRONDO, 1995) resume que o pensamento psiquiátrico do século XIX segue três correntes teóricas: a clínica de Philippe Pinel e Jean-Étienne Dominique Esquirol, a anatopatológica, encabeçada por Antoine Bayle, e os estudos farmacológicos e psicopatológicos experimentais iniciados por Moreau de Tours.

Tendo como base os conhecimentos sobre a loucura construídos pela razão e atravessada pelo longo processo de internação não médica, e, posteriormente, com a instalação do positivismo psiquiátrico, o século XX foi terreno fértil para reflexões filosóficas acerca do poder da razão, colocando-o como questão essencial para se pensar o local da loucura.

A história da loucura é a história do poder, porque ela imagina poder, a loucura é ao mesmo tempo onipotência e impotência. Requer-se poder para controlá-la. Ameaçando as estruturas normais da autoridade, a doença

mental se engaja num diálogo interminável – às vezes um monólogo maniaco – sobre o poder. (PORTER, 1987, p. 54).

Longe dos conceitos médicos da saúde mental, e tendo como embasamento as relações de poder que envolvem a hegemonia da razão sobre a desrazão, que são a base para a sua arqueologia da loucura, Foucault (2010) institui que a loucura só existe na vida em sociedade, já que se origina a partir de normas de sensibilidade, que levam ao isolamento, e de repulsa, que recusam ou enlaçam. A loucura, para este autor, trata-se necessariamente de uma ausência de obra, que possibilita a história que é vista.

A grande obra do mundo é indelevelmente acompanhada de uma ausência de obra, que se renova a cada instante, mas que corre inalterada em seu inevitável vazio ao longo da história: e desde antes da história, uma vez que ela já está na decisão primitiva, e ainda depois dela, uma vez que ela triunfará na última palavra pronunciada pela história. (FOUCAULT, 2010, p. 156).

A ausência de obra não é um acidente social que perdura pela história, mas sim uma necessidade dos discursos detentores do poder e um aprisionamento moral (FOUCAULT, 2008). Para existir é necessária a inexistência do outro. Para que houvesse o coroamento da razão, foi necessário que a loucura fosse alocada no limbo da não voz, da não obra e não história de seus não-seres. Sendo assim, “[...] o *homo psychologicus* é um descendente do *homo mente captus*.” (FOUCAULT, 2008, p. 522).

A partir de uma análise de obras e reflexões teóricas de George Canguilhem, Michel Foucault e Frédéric Gros, Vermeren (2013) observa que aquilo que entendemos como ‘consciências da loucura’ que surgem no processo histórico da insanidade, foram, na verdade, maneiras de demarcação da loucura.

Os três momentos dessa história – Renascimento ou a loucura como obsessão imaginária, Idade Clássica ou a loucura como desrazão, a Modernidade ou a loucura como doença mental – produziram as consciências da loucura (em que a loucura não era sujeito, mas objeto limite), que são tanto consciências de não ser louco quanto maneiras próprias de a razão apreender a loucura, preservando-se dela. (VERMEREN, 2013, p. 15).

O pensamento sobre a loucura no século XX não se faz apenas de reflexões filosóficas. Com o final da Segunda Guerra Mundial, emergiu a consciência da necessidade de uma maior proteção da dignidade da pessoa humana, que culminou na promulgação da

Declaração Universal dos Direitos Humanos pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em 10 de dezembro de 1948. Com a declaração em voga e a visão dos campos de concentração nazistas ainda frescos na memória, passou a existir um maior interesse pelas questões da dignidade humana, dentre elas a saúde mental. Amarante (2007) aponta dois grupos de experiências reformatórias e mais um, que ele não considera como reforma, mas que é de grande importância dentro das mudanças paradigmáticas da psiquiatria no século XX.

O primeiro grupo é formado pela Comunidade Terapêutica e pela Psicoterapia, ambas se dão no período pós-guerra, tendo surgido na Inglaterra e na França, respectivamente. As duas experiências de reforma se encontram em um mesmo grupo, pois ambas partilham da ideia de um reposicionamento dos hospitais, possibilitando uma ampliação terapêutica e a horizontalidade nas relações de poder dentro das instituições de tratamento (AMARANTE, 2007).

No segundo grupo encontramos a Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva, tendo a primeira surgido no final da década de 1950, na França, e a segunda no decorrer da década de 1960, nos Estados Unidos da América. Ambas apostavam em uma desfragmentação do modelo de atendimento hospitalocêntrico, que fazia surgir a necessidade de serviços terapêuticos extra-hospitalares. Seria uma construção gradativa de um sistema não hospitalar de saúde pública.

O terceiro grupo se constitui no mais importante para este estudo. Comporta a Antipsiquiatria, que teve origem na Inglaterra no final da década de 1950, e a Psiquiatria Democrática, que surge na Itália no início da década de 1960. Amarante (2007) não acredita ser adequado o uso do termo 'reforma' para esses casos, já que se trata de processos de rompimento com o paradigma psiquiátrico até então vigente. A Antipsiquiatria é fundada por Laig e David Cooper e, ao apostar na fundamentalidade da relação do paciente com a sociedade, chega à ideia de inexistência da doença, havendo apenas uma “[...] experiência do sujeito com o ambiente social.” (AMARANTE, 2007, p. 53).

O modelo italiano de Psiquiatria Democrática, apresentado e defendido por Franco Basaglia e por seus seguidores, serviu de base para a reforma psiquiátrica que se realizaria no Brasil. Em um processo de negação da ideologia psiquiátrica, Franco Basaglia aplicou, nos hospitais de Trieste e Gorizia, um modelo que implicava na fuga do modelo manicomial através de serviços e dispositivos substitutivos, como Centros de Saúde Mental (CSM) regionalizados (AMARANTE, 2007). É a partir desse modelo que podemos entender a reforma psiquiátrica brasileira.

Para Foucault (1996), todas as reformas são antipsiquiátricas, inclusive a realizada por Franco Basaglia, já que põe se a indagar a relação de poder médico/paciente.

As grandes reformas, não só da prática psiquiátrica mas do pensamento psiquiátrico, se situam em torno dessa relação de poder; são tentativas de deslocar a relação, marcara-la, eliminá-la e anulá-la. No fundo o conjunto da psiquiatria moderna é atravessado pela antipsiquiatria, se por isso se entende tudo aquilo que recoloca em questão o papel do psiquiatra, antigamente encarregado de produzir a verdade da doença no espaço hospitalar. (FOUCAULT, 1996, p. 124).

Antes de partir para as especificidades da compreensão de loucura no Brasil é preciso entender que a história da loucura, mesmo tendo a presença de uma reforma estadunidense, é marcadamente formada pela razão eurocêntrica. Mesmo com a descoberta do Novo Mundo no século XV e o conhecimento, pelos europeus, da existência de estudiosos orientais, a razão e a cientificidade ocidentais permaneceram marcadamente sob o domínio europeu. Isso explica o fato de a grande maioria dos estudos de saúde mental voltados para a história da loucura e da psiquiatria estar centrada unicamente na Europa. Foucault (2008) chega a citar brevemente a possível influência da ciência e dos pensamentos árabes, principalmente na Europa Meridional, durante o século XVII, possibilitando as primeiras experiências de internação isolada de loucos. Essa informação, porém, surge como detalhe para informar sobre a racionalidade europeia.

Nesse contexto, as populações não europeias adentram o campo da cientificidade médica somente como objeto da etnopsiquiatria, que dá seus primeiros passos com Moreau de Tours, em 1843, e se solidifica com Kraepelin, em 1904 (DALGALARRONDO, 1995). Portanto, é necessário entender que a cientificidade psiquiátrica que aporta nos países ocidentais não europeus é carregada não só pelas significações advindas das relações de poder entre razão/desrazão, apontadas por Porter (1987) e Foucault (2008), mas também pelas relações civilizatórias e neocolonialistas. O pensamento sobre a loucura adotado no Brasil veio da Europa ‘pronto para consumo’.

2.5 SAÚDE MENTAL NO BRASIL E REFORMA PSIQUIÁTRICA

A era hospitalocêntrica da psiquiatria brasileira se inicia em 1852, com a abertura do Hospício Dom Pedro II, localizado na cidade do Rio de Janeiro, inaugurando o primeiro

atendimento médico de internação no Brasil. Até então os loucos não possuíam acesso a nenhum tipo de internação de cunho medicinal. Quando não incomodavam perambulavam pelas ruas, do contrário eram problema da polícia. A primeira lei federal brasileira de assistência aos alienados foi promulgada em 1903. Quatro anos depois surgiu a Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal, que deu força à discussão das questões do campo da saúde mental. Uma nova lei só foi promulgada em 3 de julho de 1934: o Decreto nº 24.559 dispunha sobre a prevenção de doenças mentais, assistência e tratamento dos doentes e assistência dos serviços de saúde (COSTA, 1976).

O começo do século XX foi marcado pela instalação de colônias psiquiátricas, que atribuíam ao trabalho um poder terapêutico e tiveram renomados psiquiatras brasileiros como defensores, tais como Aduino Botelho e Juliano Moreira. Durante suas gestões na Assistência Médico-Legal de Alienados, os dois foram responsáveis pela criação de várias colônias (AMARANTE, 2007). Como afirma Amarante, o projeto não demorou a mostrar falhas, demonstrando que os hospícios pouco se diferenciavam dos sanatórios comuns.

Apesar do reconhecimento da saúde mental enquanto direito, isso não garantiu que fosse desenvolvido um atendimento psiquiátrico cidadão, com tratamentos dignos e diagnósticos objetivos. Já no século XX, a psiquiatria no Brasil continuava a guardar características de sanitarismo político e social, fazendo dos hospícios e sanatórios depósitos de indesejados e onde as mortes de pacientes eram acontecimentos corriqueiros.

Conforme Costa (1976), o pensamento eugênico de limpeza social, inspirado na psiquiatria nazista e defendido pela Liga Brasileira de Higiene Mental espalhou pelos hospícios brasileiros uma situação que pouco tinha de diferente da internação da idade clássica. Estavam separados apenas pelo uso de psicotrópicos e de eletrochoques. Um exemplo extremo da falta de critérios que envolvia a internação nos hospícios e sanatórios brasileiros é o caso do Hospital Colônia de Barbacena, em Minas Gerais. Fundado em 1903 e com capacidade para 200 pacientes, o hospital foi alvo das políticas sanitaristas. Assim, em 1930 tinha cinco mil pacientes.

A estimativa é que 70% dos atendidos não sofressem de doença mental. Apenas eram diferentes ou ameaçavam a ordem pública. Por isso, o Colônia tornou-se o destino de desafetos, homossexuais, militantes políticos, mães solteiras, alcoolistas, mendigos, negros, pobres, pessoas sem documentos e todos os tipos de indesejados, inclusive os chamados insanos. A teoria eugenista, que sustentava a ideia de limpeza social, fortalecia o hospital e justificava seus abusos. Livrar a sociedade da escória, desfazendo-se dela, de preferência em local que a vista não pudesse alcançar (ARBEX, 2013, p. 25-26).

Em sua obra autobiográfica ‘Diário do hospício’, o escritor brasileiro Lima Barreto fala de sua experiência de internação no Hospício Nacional dos Alienados, no Rio de Janeiro, onde permaneceu internado por dois meses, de dezembro de 1919 a fevereiro de 1920. Para Lima Barreto, que havia sido internado por alcoolismo, não havia, dentro do hospício, especificidades. Embora houvesse nomenclaturas e terminologias específicas, dentro do hospício toda loucura era qualquer loucura.

Que dizer da loucura? Mergulhado no meio de quase duas dezenas de loucos, não se tem absolutamente uma impressão geral dela. Há, como em todas as manifestações da natureza, indivíduos, casos individuais, mas não há ou não se percebe entre eles uma relação de parentesco muito forte. Não há espécies, não há raças de loucos; há loucos só (BARRETO, 2010, p. 67).

Enquadrado em uma loucura dominada pela polícia opressora e preconceituosa e cujo tratamento internatário pelo exílio pouco trata, Lima Barreto relata: “[...] amaciado um pouco, tirando dele a brutalidade do acorrentamento, das surras, a superstição de rezas, exorcismo, bruxarias, etc., o nosso sistema de tratamento da loucura ainda é o da Idade Média: o sequestro” (BARRETO, 2010, p. 90). Esse quadro só foi efetivamente mudar na década de 1990.

Apesar de algumas movimentações midiáticas das décadas de 1960 e 1970, que ajudaram a divulgar os horrores da internação, a conjuntura permanecia a mesma. No ano de 1979, um ano após vir ao Brasil, pela primeira vez, Franco Basaglia retorna ao País e é convidado a visitar Hospital Colônia de Barbacena. Frente ao que vê, o médico declara: “[...] estive hoje num campo de concentração nazista. Em lugar nenhum no mundo presenciei tragédia como esta” (BASAGLIA, 1979 *apud* ARBEX, 2013, p. 207). As declarações do médico repercutiram fortemente dentro e fora do Brasil e deram força para que os anseios de uma mudança no modelo de atendimento à saúde mental no Brasil se solidificasse enquanto ativismo social.

A vinda do médico ao Brasil foi simultânea às primeiras movimentações de profissionais da área de saúde mental, que, convivendo diariamente com a situação deplorável do modelo manicomial brasileiro, passaram a se organizar, criando, em 1978, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (AMARANTE, 2007). Um ano depois, surgiria a Sosintra (Sociedade de Serviços Gerais para a Integração pelo Trabalho), a primeira associação de familiares do Brasil.

Essas movimentações ainda não eram unificadas enquanto um movimento social. Isso aconteceria somente em 1987, no Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental, realizado em Bauru, São Paulo. No evento, foi inaugurado o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, juntamente com a escolha do slogan ‘Por uma sociedade sem manicômios’, e do dia 18 de maio como Dia Nacional da Luta Antimanicomial. A década de 1980 foi palco não só de movimentações teóricas e de discussões acerca daquilo que se pretendia enquanto modelo de atendimento psiquiátrico no País. Também foi nesse período que surgiram projetos institucionais pioneiros que investiram na desfragmentação do modelo internatário e implantação de um novo modelo, como a Casa de Saúde Anchieta, em Santos, e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Professor Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo (TENÓRIO, 2002).

As décadas de 1980 e 1990 foram marcadas pela atuação da luta antimanicomial. Em 1990 o movimento que era de profissionais ganhou o apoio de usuários e familiares. As discussões realizadas nas Conferências Nacionais de Saúde Mental¹, dentre outros eventos, como os Encontros Nacionais de Usuários e Familiares realizados anualmente desde 1991, e ambientes de construção de conhecimento, intensificaram a força do movimento, o que culminou na promulgação da Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001, proposta pelo deputado federal Paulo Delgado, 20 anos antes (ARBEX, 2013). Assinada pelo então presidente Fernando Henrique Cardoso, esta lei, que passou por mudanças no texto original, muito criticadas pelos profissionais do movimento, estabelece e garante os direitos dos portadores de transtornos mentais, redirecionando o tratamento mental no Brasil para fora dos hospitais de internação de longo prazo.

Dentre os programas da reforma – alguns aprovados após 2010, mas em continuação à proposta da Lei n. 10.216 – que formam uma rede de atenção para o tratamento do indivíduo junto à família e a comunidade, estão: Centro de Atenção psicossocial (CAPS) I, II, III e CAPSi e CAPSad², Programa de Economia Solidária, Programa de Volta pra Casa, auxílio reabilitação, residências terapêuticas e outros serviços que são de implantação regional, como os Centros de Convivência e Cultura (DELGADO *et al*, 2007).

¹ A primeira edição foi realizada em 1987. A segunda em 1992, a terceira em 2001 e a quarta em 2010 (AMARANTE, 2007).

² Os Caps são “um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Núcleo de Atenção Psicossocial é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida”. Disponível em : http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf.

A desospitalização surge na reforma psiquiátrica brasileira como tema principal, mas o movimento, enquanto processo político e social complexo multifatorial, é envolto não só em mudanças de cunho prático, como o fechamento de hospitais e abertura de serviços substitutivos, mas também de mudanças ideológicas e derrubada de paradigmas psiquiátricos (DELGADO *et al*, 2007). Amarante (2007) destaca que a medicina moderna se baseia principalmente na relação do médico – enquanto portador e disciplinador do conhecimento – com a doença, e não com os indivíduos. A reforma psiquiátrica se baseia na ideia de horizontalização das relações de poder no tratamento de saúde mental, valorizando outros profissionais da saúde – tais como psicólogos, enfermeiros e terapeutas – estabelecendo o diálogo com o paciente e, principalmente, buscando devolver, ao indivíduo portador de transtornos mentais, o direito à sua subjetividade. A defesa da subjetividade dos pacientes perpassa a ideia de um sofrimento que é, na verdade, uma experiência (LOBOSQUE, 2001). Uma experiência que é vivida em uma relação multifatorial e deve ter o indivíduo em sofrimento como protagonista (BRASIL, 2011).

Lobosque (2001) aponta cinco princípios do Movimento Antimanicomial Brasileiro. São eles: a) a importância da subjetividade nas vivências da loucura; b) a substituição de hospícios por uma nova forma de assistência; c) o apontamento da presença e produção da experiência da loucura na cultura; d) a identidade do movimento enquanto autônomo; e) a parceria do movimento com outros setores da sociedade, que, por meio da luta política, leve mudanças estruturais à sociedade. O cerne desses princípios é a descentralização do poder médico, permitindo o reconhecimento da existência da razão no paciente psiquiátrico, e a valorização do campo da saúde mental como um todo.

O principal desafio da reforma psiquiátrica se encontra, então, não em mudar o modelo de atendimento aos pacientes psiquiátricos, mas em “[...] construir um novo lugar social para os ‘loucos’” (DELGADO *et al*, 2007, p. 71). Por esse e por outros motivos a reforma psiquiátrica brasileira ainda suscita muitas discussões e não é totalmente aceita e entendida pela sociedade como um todo. Mudaram-se as leis e suas aplicações, mas a sociedade ainda é marcada pelos velhos ideais e por representações clássicas da loucura fechada, exilada para o seu próprio bem e o da sociedade, pois é incontrolável e implica em perigo.

Como afirmam Prado Filho e Lemos (2012), apesar de a reforma psiquiátrica brasileira ser inspirada no modelo inaugurado por Franco Basaglia, ela abarcou uma luta menos ideológica, mais voltada para soluções imediatas de cunho prático. Sendo assim,

podemos apontar algumas poucas incursões que tratam da saúde mental no Brasil por um viés menos burocrático, estando entre elas a psiquiatria cultural de Nise da Silveira.

Em Arbex (2013, p.230), o deputado federal Paulo Delgado, responsável pelo projeto da Lei Antimanicomial, defende que é necessário abandonar as questões sobre a validade ou não da internação para que a discussão evolua:

O discurso manicômio *versus* antimanicômio está ultrapassado, porque a existência dele já não se sustenta, é indefensável. Precisamos avançar e repensar o modelo da reforma psiquiátrica. Nunca hesitei em defender a reforma, assim como hoje não hesito em criticá-la. Ela precisa se superar. A psiquiatria biológica não pode continuar centrada num biologismo redutivista e prioritariamente medicalizador).

Os ‘loucos’ foram libertados, mas o pensamento brasileiro sobre a loucura permanece preso às paredes dos hospícios e esse acorrentamento ideológico se mostra como um empecilho para o avanço das discussões sobre a saúde mental no Brasil, seja nos círculos profissionais, seja na política, na sociedade ou na mídia. Não nos cabe buscar soluções, mas entender como a mídia se posiciona frente às representações da saúde mental.

3 CIDADANIA

3.1 CIDADANIA: UMA BREVE DEFINIÇÃO

Data da Grécia antiga a origem da palavra cidadania, que era utilizada para designar um grupo pequeno e restrito de indivíduos que por sua posição dentro da sociedade das Cidades-Estado gregas possuíam o reconhecimento como pertencentes àquela sociedade e o direito à participação nas decisões administrativas públicas (TEMER, 2014). Da Grécia a palavra passou para o Império Romano, onde, já com a noção de cidadania ativa, “[...] a cidadania era baseada no conceito de *status civitatis*, referente ao estado da pessoa em relação à cidade e à convivência” (DALLARI, 2004, p. 34). Em suas primeiras precipitações, a cidadania era pouco relacionada com os direitos que viriam a ser nomeados como humanos, mostrando, assim, já que se constituía de critérios majoritariamente exclusivos, de forma que uma parcela muito pequena dos indivíduos que viviam nessas sociedades era considerada cidadã.

Esse quadro foi lentamente modificado no percurso da cidadania, tendo destaque a Revolução Francesa, do século XVIII, quando surge a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão e é retomado o conceito romano de cidadania ativa, que delimitava os cidadãos com o direito à participação política. Temer (2014) aponta que o capitalismo possibilitou o surgimento do conceito moderno de cidadania. Um novo grande salto ocorreria em 1948, com a proclamação da Declaração dos Direitos Humanos; e, com o reconhecimento dos direitos universais, entrariam em voga os direitos cidadãos. Para Dallari (2004),

Foi em decorrência disso que, para além dos direitos individuais, fortificaram-se a noção e a consciência dos direitos sociais. Percebia-se dessa forma, que há direitos relativos à organização social dos quais o indivíduo impreterivelmente necessita, para que, na convivência, ele seja efetivamente livre e igual aos demais. (DALLARI, 2004, p. 37).

Originários de um mesmo tronco histórico social, cidadania e direitos humanos se diferem, pois estes últimos são naturais e universais. Ou seja, não são limitados por fronteiras geopolíticas. Já a cidadania se torna palpável por meio de leis de âmbito nacional e se mostra como sendo uma série de direitos e deveres. Tratando-se de um conceito que permeia a vida em sociedade de forma específica e delimitada, Soares (2004, p. 43) coloca que: “[...] os direitos da cidadania, também filiados à mesma experiência histórica, são aqueles

estabelecidos pela ordem jurídica de um determinado estado e, juntamente com os deveres, restringem-se aos seus membros [...]”.

Com a solidificação do conceito de cidadania para além dos Direitos Humanos, coube a Marshall (1963, p. 76), em seu estudo sociológico da relação entre cidadania e classe social, uma definição ampla da cidadania moderna, que para ele é: “[...] um status concedido àqueles que são membros integrais de uma comunidade. Todos aqueles que possuem o status são iguais com respeito aos direitos e obrigações pertinentes ao status”.

O autor divide os direitos constituintes da cidadania em três chaves diferentes que, porquanto independentes, evoluem em processos díspares:

- a) Direitos civis – Direitos que abarcam o âmbito individual, como: liberdade de ir e vir, de imprensa, de crença, de propriedade e de justiça;
- b) Direitos políticos – “O direito de participar no exercício do poder político, como um membro e um organismo investido da autoridade política ou como um eleitor dos membros de tal organismo.” (MARSHALL, 1963, p. 63);
- c) Direitos sociais – Direitos ligados ao bem estar social, à participação na herança social e a possibilidade de uma vida dentro dos padrões de vida civilizados em determinada sociedade.

Vale frisar que, para Marshall (1963), o conceito de cidadania é nacional, ou seja, ligado a um pertencimento territorial e identitário específico a uma nação e que portanto, depende também de uma relação de lealdade do indivíduo para com sua nação. A cidadania, dentro desse conceito, implica em um sistema de igualdade em que todos os indivíduos seriam legalmente iguais perante uma sociedade. Marshall (1963) chega a considerar a ideia de igual valor social como a base do conceito de igualdade que levou às lutas por direitos sociais. Mas não precisamente trata da dotação desse valor social como base para um reconhecimento igualitário do cidadão por sua sociedade fora do âmbito positivista, como forma de cidadania.

Carvalho (2012), que se dedica a explicar o fenômeno da cidadania na história do Brasil, utiliza a mesma divisão de direitos que Marshall e sua consideração sobre a lealdade. Indo além do positivismo, o autor aponta outro critério fundamental na construção da cidadania em um país: a identidade nacional.

Para Carvalho (2012), a cada bloco de direitos é guardado um tipo de garantia dentro da sociedade. “Se os direitos civis garantem a vida em sociedade, se os direitos políticos garantem a participação no governo, os direitos sociais garantem a participação na riqueza

coletiva.” (CARVALHO, 2012, p. 10). Este autor considera que os direitos sociais, baseados na justiça social, têm, desde sua origem, o dever implícito de diminuir as desigualdades decorrentes do sistema capitalista, de forma a promover o bem estar coletivo.

Se tratar a cidadania em seu conceito é importante, mais importante ainda se mostra pensar o lugar social dos indivíduos com relação a ela, já que uma boa parte dos cidadãos no Brasil não tem acesso a muitos dos direitos que compõem a cidadania em seu conceito clássico. Carvalho (2012) divide a posse da cidadania em três possibilidades: a) o cidadão pleno que possui todos os seus direitos efetivados; b) os cidadãos incompletos, que, por sua vez, seriam detentores de alguns direitos; c) aqueles que não são titulares de nenhum direito não são cidadãos. Nesse plano, é possível encontrar também a noção moderna de cidadania ativa, que, diferentemente da romana, simbolizava o grupo de indivíduos com poder de opinar e decidir junto à administração pública, significando a participação como um todo dentro da sociedade.

Outro conceito que surge com a cidadania é o de subcidadania. Tendo como base a formação da sociedade brasileira, Souza (2003) trata da formação socioeconômica de uma vasta classe de subcidadãos brasileiros que está intimamente ligada a questões de classe e de raça. Apesar dos apontamentos deste autor, é possível encontrar o conceito de subcidadania dentro da convivência fragmentada de vários grupos, os conceitos de classe e de cor são formadores dela, mas não são os únicos que a estabelecem. Em Tuzzo *et al* (2014), surge uma explicação simples para o porque de a subcidadania extravasar questões econômico-raciais. Para os autores, a subcidadania pode ser definida como “[...] aquilo que está abaixo da cidadania, o que falta para ser cidadão significa ser subcidadão.” (TUZZO *et al* (2014, p. 162).

Não se deve esquecer que a cidadania é, em seu cerne, mutável, seja seu conceito ou suas aplicações, já que está sujeita às mudanças da própria sociedade. A discussão atual sobre cidadania, encabeçada por minorias que lutam pelo reconhecimento de seus direitos e de suas identidades, trouxe para a problemática da cidadania um ponto não levantado por Marshall (1963) e Carvalho (2012): o reconhecimento do indivíduo e de grupos específicos pelo Estado e pela sociedade. A cidadania como pertencimento passa pela validação social do papel do indivíduo e de seu reconhecimento como parte igual dentro da sociedade. Dessa forma, cidadania seria não só participar integralmente de uma sociedade em seus processos políticos, sociais capitalistas e civis, mas também estar subjetivamente incluído nesta sociedade, ou seja, existir socialmente.

3.2 SAÚDE MENTAL E CIDADANIA

O Brasil reconheceu tardiamente a saúde como um direito cidadão. Ainda mais tardio foi o reconhecimento da cidadania dos indivíduos mentais e da necessidade de uma reforma psiquiátrica, já que a nova legislação sobre saúde mental, que em 1988 engatinhava enquanto movimento social, só se efetivou com a Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001, e se expandiu com a Lei n. 10.708, de 31 de julho de 2003. Durante boa parte da história do Brasil os indivíduos portadores de transtornos mentais passaram à margem da cidadania, envoltos em uma invisibilidade que era composta pelo descaso estatal e pela insensibilidade social. Não sendo a liberdade e o acesso a tratamentos mais suficientes, a reforma psiquiátrica surge então com um forte vínculo com as lutas cidadãs. Era necessário verdadeiramente devolver pacientes psiquiátricos a sociedade em corpo, mente e existência social.

Apesar das mudanças ocasionadas pela reforma psiquiátrica, em seus mais de 20 anos de luta, o espaço da saúde mental na Constituição Brasileira ainda possui alguns pontos que levam a questionamentos teóricos e práticos quanto à sua efetividade no alcance de uma cidadania plena pelos portadores de transtornos mentais. A reforma tem, como proposta fundamental, a busca por um tratamento não internatório de qualidade e a devolução da subjetividade dos indivíduos em sofrimento mental. Porém, no momento atual, o “[...] nosso código civil declara expressamente a incapacidade civil absoluta dos loucos de todo gênero favorecendo a prática da interdição e da curatela [...]” (LOBOSQUE, 2001, p. 34).

A origem dessa problemática está na constituição da cidadania no Direito, onde um cidadão pleno tem seus deveres para com sua nação-estado de pertencimento e só assim pode ser cidadão. Essa questão se torna controversa quando colocada à frente de algumas ideias de saúde mental que ainda povoam a legalidade. Baseada em preceitos do Direito, Soares (2004, p. 54) defende que “[...] um incapacitado mental não é um cidadão pleno, pois também não é responsável pelos seus atos e pode ter limitações em direito civis e políticos, mas continua integralmente credor de direitos humanos”.

A legislação brasileira reflete a ideia positivista de portadores de transtornos mentais severos e persistentes enquanto seres humanos com seus direitos naturais e universais garantidos; porém, muito em função dos deveres pertinentes a todo cidadão, não os reconhece como tal, não deixando claro se ocupam a posição de cidadãos incompletos. Amarante (2007, p. 69) aponta que “[...] tanto o código penal quanto o civil ou ainda outras leis e normas sociais estão repletos de referências nocivas aos sujeitos em sofrimento psíquico e representam obstáculos significativos ao exercício da cidadania”.

A partir dessas perspectivas, faz-se necessário levantar uma questão: cabem os indivíduos portadores de transtornos mentais no conceito de cidadania incompleta ou subcidadania já que, como aponta Soares (2004), eles não são cidadãos plenos? A legislação brasileira abre espaço para essas indagações, mas a série de direitos estabelecidos por ela nos leva a crer que, na sociedade brasileira, os indivíduos portadores de transtornos mentais severos e pertinentes, os chamados pacientes crônicos, vivem em estado permanente de cidadania incompleta, ou subcidadania, dessa forma não havendo a possibilidade de, conforme a constituição brasileira, alcançar o *status* de cidadão teoricamente pleno.

O questionamento acerca da posição dos portadores de transtornos mentais dentro da sociedade brasileira nos leva a refletir sobre um ponto complementar: como a mídia responde às indagações possibilitadas pela legislação brasileira? A imprecisão na legislação aumenta as possibilidades de interpretação, o que reflete na forma como a sociedade e a mídia enxergam o portador de transtorno mental. A crença de uma cidadania incompleta leva à solidificação dos estigmas, que na mídia ganham contornos muito específicos, como veremos mais à frente: a de que a cidadania desses indivíduos consiste no acesso ao sistema de saúde e ao tratamento de qualidade.

Isso nos leva a entender que a busca por uma cidadania cada vez mais ativa e que garanta os direitos individuais dos portadores de transtornos mentais passa primordialmente por mudanças na legislação. Mudanças apoiadas pela sociedade civil e pela mídia, que devem, juntas, fomentar mudanças na forma de se pensar o campo da saúde mental, refletindo em uma mudança no tratamento social que é dado aos seus pacientes. A problemática da cidadania para os portadores de sofrimento mental passa pela mídia e se mostra não só como uma relação de direitos, mas também como uma questão de visibilidade e existência social.

3.3 CIDADANIA E COMUNICAÇÃO

Vários autores são enfáticos em defender a ideia de transversalidade entre a cidadania e a comunicação. Através de uma análise dos três tipos de direitos apontados por Marshall (1963), Temer (2014) conclui que as três instâncias são perpassadas pela comunicação, de forma que é guardada, à imprensa, a obrigatoriedade de valorizar a cidadania completa. Para Duarte (2009), o alcance da cidadania ativa se dá pela comunicação.

Comunicação e cidadania são conceitos interligados, cujo crescimento e aperfeiçoamento reforçam a existência mútua. A comunicação deve ser plena a tal ponto que possa oferecer ao cidadão condições de se expressar enquanto personalidade crítica e autônoma, emancipar-se e compreender-se, de modo a fomentar uma capacidade de organização e mobilização dos sujeitos que consistirá, em última instância, na concretização de uma cidadania ativa, fruto do aprendizado, da produção coletiva de saberes, capaz de romper formas de exclusão e opressão e encontrar caminho e modelos próprios de organização da vida coletiva. (DUARTE, 2009, p. 113).

No âmbito moderno de comunicação mediada, a mídia se mostra como peça-chave no alcance da cidadania. Não só como espaço de campanhas de conscientização sobre questões pertinentes aos direitos políticos, civis e sociais, mas também, e revelando como um instrumento de construção de identidade, desvelamento social e alcance de visibilidade dentro da sociedade. A mídia hoje tem papel fundamental dentro dos movimentos de luta por inclusão social, visibilidade e combate a estigmas e preconceitos. Sendo assim, a comunicação e a cidadania se mostram interligadas, e ambas apresentam uma função social em comum: “[...] assim como a comunicação, o objetivo da cidadania é a inserção do indivíduo na vida social” (TEMER; TONDATO, 2009, p. 79).

Ser visto, mesmo que de forma mediada por um público que não é visível em resposta, significa ter o seus direitos pensados e, conseqüentemente, existir socialmente de uma forma que não cabe aos não publicizados. Com a televisão, isso significa ser colocado em um local de visibilidade social, significa ser mostrado. A existência midiática de uma luta por direitos ou movimento social legitima sua existência nos campos político e social. Para Araújo e Cardoso (2007) isso fica cada vez mais claro aos sujeitos da sociedade civil como um todo: “[...] os meios de comunicação são a principal instância que se propicia existência pública, nos dias atuais, aos temas e sujeitos sociais. As pessoas sabem disso e a pauta da ocupação dos espaços midiáticos tem sido recorrente nos espaços de fala” (ARAÚJO; CARDOSO, 2007, p. 90).

Tratando mais especificamente do jornalismo, Kucinski (2000, p. 182) corrobora que “[...] o jornalismo é uma atividade que, no conjunto das ações comunicativas da modernidade, tem sido historicamente um dos principais instrumentos de construção da democracia e de conquista de direitos de cidadania”. O seu lugar de mediação e representação dentro do processo de construção de cidadania implica responsabilidades éticas que o diferencia de outros gêneros midiáticos – temática que será abordada mais à frente.

Nesse contexto, a mídia, principalmente o jornalismo, tem a possibilidade de se colocar como espaço de proteção ou reivindicação de direitos ou, ainda, como perpetuadora

de injustiças, já que a cidadania é perpassada pela comunicação. Porém, a mídia como representante de seu caráter social, detém o poder de escolha daquilo que será mostrado e aquilo que será escondido. A ocupação midiática hoje parte da busca pelos direitos cidadãos, porém, não podemos nos esquecer que a cidadania passa pelo reconhecimento enquanto cidadão pleno, advindo também do combate ao preconceito e à desfragmentação dos estigmas. Os discursos midiáticos são constantemente integrados ao cotidiano de seus leitores, expectadores e ouvintes ;e, por isso, a mídia tem forte poder de ação na conquista do reconhecimento pleno.

A saúde mental é um exemplo prático de como a comunicação e a cidadania estão fortemente interligadas. Como ficou claro nos levantamentos teóricos e nas análises sobre a loucura apresentados até esse momento, a comunicação foi e ainda é de extrema importância para a luta por direitos dos portadores de transtornos mentais e na desfragmentação dos estigmas historicamente estabelecidos. A problemática da cidadania dos sujeitos em sofrimento mental foi, desde sua origem, perpassada pelas questões midiáticas e comunicacionais, e reitera a ideia de que a cidadania é uma construção política, social e midiática. Como afirma Amarante (2007), a construção da cidadania enquanto processo social complexo necessita de mudanças de mentalidade, atitudes e relações sociais. É nesse espaço que os movimentos sociais pelos direitos dos indivíduos em sofrimento mental encontram a mídia como solução possível para sua problemática complexa e transcultural.

4 REPRESENTAÇÕES MIDIÁTICAS E ESTIGMA

4.1 DESDOBRAMENTOS MIDIÁTICOS DAS REPRESENTAÇÕES DA LOUCURA

O mundo moderno é amplamente ocupado por formas mediadas de comunicação. Cada vez mais o indivíduo faz uso de meios de comunicação para se relacionar com o mundo e se informar sobre ele. O cenário de segregação materializado pela implantação do modelo de tratamento por internação de longo prazo tornou a experiência, e a visão a seu respeito, algo externo à vida do homem comum, do homem social. Mesmo em um cenário de desospitalização, o contexto de comunicação massiva e sequestro institucional, que agora não mais é materializado, mas continua instalado na subjetividade social, define a institucionalização de algumas relações modernas. No geral, os veículos midiáticos se transformaram na forma primordial de acesso à loucura.

Nos contextos espaço-temporais da vida cotidiana, as sociedades modernas implicam em um grau relativamente alto de segregação institucional e experimental: certos fenômenos sociais (doença, loucura, morte, etc.) são separados dos contextos sociais cotidianos e tratados por instituições especializadas e pessoal profissionalizado. Para muitos indivíduos hoje, a experiência de ver alguém morrendo, ou sofrendo uma doença crônica ou mental, é um evento mais raro que corriqueiro (THOMPSON, 2008, p. 182).

Esse formato de relacionamento, majoritariamente mediado, faz com que boa parte das representações que a sociedade tem da loucura sigam sendo abrigadas pela mídia. Esse modelo representacional da loucura foi instalado não só pela segregação promovida pela internação, mas também pela construção médica e social da desrazão, que implicou em um processo intenso de quebra do poder de comunicação da loucura.

No meio do mundo sereno da doença mental, o homem moderno não se comunica mais com o louco; há de uma parte o homem de razão, que delega para a loucura o médico, não autorizando, assim, relacionamento senão através da universalidade abstrata da doença; há, do outro lado, o homem de loucura, que não se comunica com o outro senão pelo intermediário de uma razão igualmente abstrata, que é ordem, coação física e moral, pressão anônima do grupo e a exigência de conformidade (FOUCAULT, 2010, p. 153).

A não comunicação abre espaço para que instituições médicas e midiáticas se instalem como geradoras e reprodutoras, respectivamente, primordiais de informações sobre a saúde

mental e das representações da loucura. Esse relacionamento pela abstração da doença chega à televisão de forma latente, seja por programas de entretenimento ou informativos: a voz e a identidade do louco são a sua loucura.

Em seu estudo do papel do jornalismo no campo da saúde e da cidadania, Kucinski (2000, p. 184) nos indica que, indo além da função social da comunicação com relação à saúde, no caso das representações da saúde mental, a mídia tem responsabilidades específicas, já que “[...] passou décadas reforçando estereótipos que agora precisam ser desconstruídos, caso contrário essas pessoas não serão aceitas pelas comunidades e familiares”.

Leader (2013) aponta que a mídia, de uma forma geral, frequentemente trabalha com a imagem estereotipada da loucura visível, audível e tangível através dos delírios, extravagâncias da doença mental que não se pode esconder. Com relação aos telejornais, o autor destaca a presença majoritária de notícias violentas que, além de não refletirem as probabilidades reais de incidentes do tipo, transformam as crises psiquiátricas em representações fiéis da loucura.

Embora a probabilidade de sofreremos um ataque aleatório por parte de um chamado “esquizofrênico paranoico” seja infinitamente menor que a de sermos agredidos por um bando de rapazes brancos na saída do bar, são as histórias do primeiro tipo, e não as do segundo, que chegam ao noticiário (LEADER, 2013, p. 18).

Alguns estudos apontam uma deficiência da mídia em adotar uma nova abordagem que fuja dos conceitos de violência. Um exemplo disso é o relatório de gestão 2007-2010 sobre saúde mental no SUS (BRASIL, 2011), que destaca que nos quatro anos nos quais o levantamento foi feito houve uma intensificação de notícias negativas sobre Plano Nacional de Saúde Mental. O destaque frequente foi para a diminuição de leitos para saúde mental, resultando em “[...] um cenário desfavorável à reforma psiquiátrica brasileira nos meios de comunicação de massa” (BRASIL, 2011, p. 97).

A Organização Mundial da Saúde (2002), o Ministério da Saúde, representado pelo SUS (BRASIL, 2011), e o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial reconhecem o significativo papel que a mídia de uma forma geral tem nos processos de reforma psiquiátrica e de renovação do papel social dos portadores de transtornos mentais. Para Araújo e Cardoso (2007), a mídia e, principalmente, a televisão são de grande importância para a conformação do imaginário moderno, de forma que, tendo o poder de realizar leituras da realidade, trata-se de local de articulação social. Portanto, os discursos midiáticos integram a legitimação ou não de políticas públicas.

Esse papel fundamental da mídia, em conjunto com a lacuna teórica que permanece nas coberturas midiáticas sobre saúde mental, trouxe-nos até aqui. A escolha da televisão tem dois argumentos como base: primeiramente, o alcance e a importância desse meio, como veremos mais à frente, que é a mídia de maior público no Brasil; e, em segundo, a possibilidade da imagem. Se pouco sabemos acerca da loucura, menos ainda a vemos. Esse hiato visual permite à televisão um domínio da imagem: grande parte da visualidade que os brasileiros têm da loucura vem dela. Desde a promulgação da lei que garante os direitos dos portadores de transtornos mentais, catorze anos se passaram. Questiona-se: como o programa “A Liga”, um produto televisivo na fronteira do jornalismo, representa a loucura nesse contexto pós-reformatório? Essa pergunta forma um quadro secundário de questões a serem esclarecidas, fazendo necessário pensar também os estigmas que recaem sobre a saúde mental.

4.2 ESTIGMA: A MARCA DO SOCIAL

O estigma, desde muito cedo na história da razão, acompanha as relações sociais dos portadores de transtornos mentais. Definido por Goffman (1988, p. 13) como “[...] um tipo especial de relação entre atributo e estereótipo”, ele impõe a atenção a atributos específicos, afastando-a de outras características e potencialidades do indivíduo estigmatizado, o que gera a atribuição de novas e conseqüentes imperfeições a partir de uma imperfeição social inicial. O indivíduo convive em uma constante situação de incompletude social, já que o estigmatizado tem menos chances de ser visto como total, pois o estigma se torna o todo do indivíduo. Goffman divide o estigma em três classes: deformidades físicas, culpas de caráter individual – grupo no qual se enquadram os portadores de transtornos mentais – e estigmas de raça, nação e religião.

Enquanto construção histórica e social, é importante destacar que a posição minoritária na qual o estigmatizado é colocado não é estática. Isso porque, além de sofrer mudanças relativas às transformações ideológicas e representacionais que acontecem na sociedade e nos indivíduos, todo indivíduo é passível do papel tanto de estigmatizado quanto de ‘normal’.

O Estigma envolve não tanto um conjunto de indivíduos concretos que podem ser divididos em duas pilhas, a de estigmatizados e a de normais, quanto um processo social de dois papéis no qual cada indivíduo participa de ambos, pelo menos em algumas conexões e algumas fases da vida. O normal

e o estigmatizado não são pessoas, e sim perspectivas que são geradas em situações sociais durante os contatos mistos. (GOFFMAN, 1988, p. 148-149).

Parker (2013) se baseia nos estudos de Goffman; porém, como ele mesmo afirma, tenta ir além de sua definição de estigma. Para Goffman (2013, p. 29), “[...] o estigma desempenha um papel fundamental na produção e na reprodução das relações de poder”. Essas relações de poder, que ficam implícitas na obra de Goffman, resultam em valorizações e desvalorizações de grupos de forma discriminatória. A partir da ideia de Galtung (2007, p. 106 *apud* PARKER, 2013, p. 32) acerca da violência estrutural, que define como “[...] deficiência evitável das necessidades humanas fundamentais ou, para colocar em termos mais gerais, o comprometimento da vida humana, que reduz o grau real no qual alguém é capaz de satisfazer as suas necessidades aquém do que seria possível de outro modo”, Parker (2013) explica a discriminação na saúde como resultado não só dos estigmas e do preconceito, mas também das desigualdades inerentes aos sistemas sociais.

Goffman (1988) é enfático ao negar a existência de estigmas positivos. Isso fica claro em sua definição de estigma, porém esse posicionamento não é absoluto nos estudos de psicologia social. Soares (2008) considera que o conceito de estigma pode ser negativo ou positivo e busca clarificar a definição do termo estabelecendo diferenças entre preconceito, estereótipo e estigma.

Enquanto os preconceitos podem ser pensados de forma mais localizada (não são poucos os exemplos de discursos preconceituosos nas mídias), e os estereótipos podem ser caracterizados como modelos cristalizados (a partir dos quais determinados grupos são definidos), os estigmas apresentam-se como categorias invariantes (ou que se repetem não em termos de conteúdos, mas de articulação). Tais categorias não necessariamente – ainda que majoritariamente – possuem conotação negativa, enquanto os preconceitos e os estereótipos dirigem-se, prioritariamente, a grupos excluídos ou periféricos em relação à dinâmica social dominante (SOARES, 2008, p. 1).

Goffman (1988) se atém à problematização dos estigmas de uma forma geral dentro da sociedade – tanto estigma como mediador de relações comunicacionais marcadas pela diferença quanto como base para a subjetividade do estigmatizado. Porém, não se dedica mais firmemente à reflexão sobre os estigmas na mídia. A representação midiática dos estigmas surge no trabalho de Goffman (1988) apenas no plano de fomentação da publicidade do indivíduo. Com relação à formação da imagem social do estigmatizado, ele levanta que a imagem pública é sempre constituída de fragmentos que midiaticamente formam um ‘retrato

global'. A pouca importância que Goffman (1988) dá à mídia não chega a ser um empecilho para a aplicação de suas ideias em estudos de mídia. Suas ideias são bastante aplicáveis em contextos de comunicação mediada, como a televisão, já que se situam na sociedade e, portanto, são resultado da relação de múltiplos fatores acessíveis às representações das comunicações sociais, como dizem Monteiro e Villela (2013).

Se tratando da exposição de grupos estigmatizados na televisão, e na mídia de uma forma geral, propomos a seguinte categorização:

- a) **Mediomidiatizados** – Grupos que aparecem na mídia de forma esporádica. Sua existência não é alheia à mídia; contudo, não chega a ser um assunto de grande noticiabilidade.
- b) **Hipermidiatizados** – Estigmas que têm sua problemática frequentemente midiaticizada. Comum em casos em que o estigma ganha o espaço de discussão da opinião pública, como a homossexualidade, e o tema passa a ser de grande poder de noticiabilidade, de forma que um mesmo assunto que em outros grupos não seria noticiado ganha destaque, pois está relacionado ao estigma em destaque na sociedade. Essa hipermidiatização, porém, não simboliza necessariamente protagonismo ou quebra dos paradigmas, já que em muitos casos a temática é apenas reproduzida e seus sujeitos permanecem aparecendo como objetos.
- c) **Hipomidiatizados** – Estigmatizados que se instalam no campo da invisibilidade social, raramente sendo acionados dentro das coberturas midiáticas.

Outra categorização, que não anula a já apontada, considera a forma como os estigmatizados são retratados na mídia. Tratando mais precisamente do jornalismo, Soares (2008, p. 19) divide a midiaticização do estigma entre “[...] estigmas de transposição (transformação) e/ou estigmas de manutenção (reforço)”. Partindo dessa divisão e levando em consideração as informações já apresentadas sobre o papel da mídia na construção da cidadania e de representações mentais, é possível chegar à conclusão de que, na problemática da cidadania dos grupos estigmatizados, a mídia pode tanto reforçar sua posição social hierarquicamente inferior quanto incentivar sua desconstrução. Isso depende da forma como o estigmatizado é mostrado e das informações fornecidas sobre ele.

Para Sodré (1972, p. 70), há uma predominância das ações de reforço de estigmas, e essa abordagem nasceria na dependência midiática da audiência, que converte a televisão em “[...] um organismo difusor de distorções, estereótipos e preconceitos sociais [...]”, os quais se originam na própria sociedade. Assim como acontece em grupos sociais, a representação

reproduzida pela televisão não é puramente televisiva, ela nasce na sociedade, e com a publicidade proporcionada pelos veículos midiáticos entra em um fluxo circular entre mídia e sociedade.

Tendo como base análises estadunidenses sobre estigma e discriminação em saúde, Monteiro e Villela (2013) apontam uma faceta do estigma e dos preconceitos que se instalam nas sociedades e que nos contextos de comunicação mediada não podem ser esquecidos.

A exclusão social de indivíduos e grupos, pautada em preconceitos ou em ações discriminatórias, tem como consequência danos diretos ou indiretos á saúde, pela produção de processos de marginalização social que dificultam o acesso à prevenção e aos cuidados em saúde, constituindo um círculo vicioso entre marginalização social e doença que reitera o estigma (MONTEIRO; VILLELA, 2013, p. 13).

No caso da saúde mental, o estigma que sai da sociedade não só leva à marginalização social dos indivíduos portadores de transtornos mentais como também gera uma repulsa em se buscar tratamento. O louco é o outro, e buscar tratamento é abandonar o posto de normal para se colocar na posição de estigmatizado. Dessa forma, o estigma afasta muitos indivíduos portadores de sofrimento mental da busca por ajuda.

5 TELEVISÃO

5.1 POR UM NOVO PENSAR

Este trabalho busca se espelhar na proposta de que para pensar a televisão é necessário ir muito além da simples ideia de aparato tecnológico. Com suas imagens e sons, a televisão foi, aos poucos, conquistando espaço e se transformando em uma mídia superior, extratecnológica, que extrapolou seu corpo objetivo e adquiriu “alma”, ganhou características próprias que vão além das técnicas que envolvem sua produção. Junto com outras mídias, mas em alguns pontos muito além delas, a televisão tudo vê, tudo sabe, detém o poder de decidir o que, ou quem, existe ou não.

Para seus expectadores, a televisão faz as vezes de herói: informando, divertindo e ocupando as horas mortas, salvando seus momentos de tédio e solidão. Para os intelectuais ela adota majoritariamente a imagem de um vilão. Com rosto de mocinho, confabula com os poderes políticos e econômicos, manipula e ‘emburrece’ a população, que, frente ao seu poder hegemônico, pouco pode fazer a não ser desligar o aparelho ou sucumbir aos seus poderes malignos. Seriam estas duas perspectivas as únicas formas de refletir sobre a televisão?

Martín-Barbero e Rey (2001) abrem sua discussão sobre o tema a partir de uma crítica ao maniqueísmo intelectual que predomina nos estudos acadêmicos sobre a televisão. Os autores apontam um cenário intelectual de descrença, no qual a televisão é vista unicamente sob o viés da manipulação do público e de suas relações de poder, ficando, assim, suprimido seu papel enquanto lugar estratégico de transformações e articulações sociais. Um exemplo dessa animosidade intelectual é a obra ‘Sobre a televisão’, de Bourdieu (2007).

Nesse pequeno livro, composto por três textos, ironicamente o resultado de um curso televisionado no Collège de France, Bourdieu (1997) trata da televisão destacando as relações econômicas que permeiam o trabalho jornalístico. Ao mesmo tempo em que enxerga a força exacerbada do mercado, representada pelo índice de audiência, na produção jornalística e de televisão de uma forma geral, atribui uma responsabilidade demasiadamente grande ao papel do jornalista enquanto perpetuador de vícios televisivos.

Não é necessário muito esforço para se enxergar o ranço intelectual, do qual falam Martín-Barbero e Rey (2001), não só nas opiniões de Bourdieu sobre a televisão, mas também sobre o jornalismo. É importante destacar que Bourdieu (1997), em sua ânsia de uma crítica certa sobre a televisão, cai em uma metonímia teórica na qual o jornalismo é tomado como

o todo da televisão, gerando um quadro em que os profissionais da televisão adquirem uma personalidade única, universal.

Segundo Bourdieu (1997), esse profissional, dotado de uma liberdade regulada pelas articulações econômicas que o circundam, e que por isso trabalha com uma censura invisível, possui especial interesse pelo excepcional. “Os jornalistas têm óculos especiais a partir dos quais vêem certas coisas e não outras; e vêem de certa maneira as coisas que vêem. Eles operam uma seleção e uma construção do que é selecionado. O princípio de seleção é a busca do sensacional, do espetacular.” (BOURDIEU, 1997, p. 24). A divulgação corriqueira do extraordinário construiria um falso cenário de representação que se baseia no efeito de real. Dentro desse simulacro se cria uma ideia de comum que não se baseia no real, mas sim naquilo que foi escolhido para ser representado.

Bourdieu (1997) fala de televisão, mas suas críticas são ao jornalismo e aos jornalistas, como as entidades no cerne da televisão e fonte fundamental das informações que gesticulariam a manipulação televisiva. A televisão estritamente noticiosa que este autor constrói leva a uma crítica limitada, incapaz de enxergar a televisão como um território para vários gêneros interpenetrantes. Bourdieu (1997) se fecha à importância de produtos não jornalísticos e de sua importância sobre o jornalismo, além de entendê-las no âmbito social.

Para Martín-Barbero e Rey (2001), é necessário encontrar uma crítica que faça dos dois opostos um arcabouço de saber para se pensar a televisão sem cair em extremismos. Pensar a influência da audiência nas produções televisivas e nas suas articulações e relações de poder não deve se tornar um ceifador do olhar sobre o papel social da televisão. A América Latina se mostra como um cenário especial para se pensar a televisão socialmente. E Martín-Barbero e Rey (2001) enxergam a televisão, e toda a estrutura comunicacional da sociedade latino-americana como fundamentais para pensar suas experiências culturais modernas.

A televisão moderna latino-americana está enraizada nos princípios financeiros, mas nem por isso deixou de se desenvolver no social, o que faz do entendimento de sua relação com a sociedade algo imprescindível. Partindo da ideia de um estudo de televisão que procure fugir dos sentidos comuns que dominam a cientificidade comunicacional, buscamos aqui uma crítica da televisão que pense a base televisiva na relação de poderes, mas que não deixe de pensar suas relações sociais. Se há tanto se percebeu que o telespectador não é passivo, por que as respostas sobre aquilo que constrói a experiência televisiva no Brasil ainda se baseiam na ideia de que o botão de desligar é a única opção?

Como coloca Reimão, na introdução do livro de Temer e Tondato (2009), o “[...] olhar crítico não anula o olhar esperançoso: a ideia de que a televisão possa ser usada como

instrumento de uma sociedade mais democrática e esclarecida.” (REIMÃO, 2009, p. 9). Dessa forma, o que buscamos não é uma crítica que leve à descrença e ao esgotamento da televisão em seus fundamentos, mas o seu entendimento para o desenvolvimento de novas opções e soluções.

5.2 COMEÇO, MEIO, CONTINUA NO PRÓXIMO EPISÓDIO...

A história da televisão começa tímida na década de 1930, com experiências de sociedades eletrônicas, chegando a 1939 com transmissões regulares nos Estados Unidos, com poucos telespectadores (SODRÉ, 1972). No mesmo ano esse percurso foi interrompido pelo início da Segunda Guerra Mundial e a televisão então só se desenvolveu efetivamente após 1945, com o fim da guerra.

A televisão foi trazida para o Brasil em 1950 por Assis Chateaubriand, adquirindo, desde seus primeiros passos, caráter privado (TEMER; TONDATO, 2009). Apesar de as incursões televisivas no Brasil não terem sido iniciadas muito tempo depois de sua efetiva implantação nos Estados Unidos da América, os pioneiros da televisão brasileira encontraram como público uma sociedade pobre, desigual e extremamente rural, muito diferente da norte americana. Como explica Hamburger (2005), esse cenário desfavorável impediu uma expansão televisiva semelhante à que aconteceu nos Estados Unidos. Uma prova disso é que no ano de 1960, enquanto nos EUA a média de domicílios com aparelhos televisores era de 90%, no Brasil era de apenas 4,6%. Apesar de sua implantação precoce, segundo Sodré (1977), somente em 1967 se pode falar efetivamente de um sistema informativo. Este autor comenta que, dentro de um cenário rural terceiro-mundista, a televisão chegou ao Brasil como artigo de luxo das elites urbanas, símbolo da modernidade.

O diretor de televisão Fernando Barbosa Lima aponta que, apesar de seu lento ganho de espaço, a importância da televisão é tamanha no Brasil que ela foi responsável por uma significativa mudança na arquitetura das casas. Antes do advento da televisão o cômodo mais importante era a cozinha, palco da oralidade familiar, onde a família efetivamente se reunia para conversar. Com a chegada da televisão, o papel de cômodo principal passou a ser da sala. “A arquitetura foi se adaptando aos poucos. O tamanho das cozinhas diminuiu e o da sala da frente foi aumentando.” (LIMA, 2007, p. 21).

Com a chegada da televisão mudou também o cotidiano das pessoas. Assim como as inexperientes televisões brasileiras buscaram adequar suas grades aos gostos e hábitos do dia

a dia de seu público, os telespectadores começaram a construir sua cotidianidade em volta da televisão. Havia hora de trabalhar, de comer e de ver televisão. Mudou também o ritmo das cidades: os pequenos cinemas locais foram trocados pelas telenovelas.

Sodré (1977) explica que o *boom* de vendas de televisores se deu em 1968, com a intensificação da urbanização, a instituição do crédito direto e após a implantação do Plano Nacional de Telecomunicações, que aumentou os investimentos da área e amplificou as estruturas de transmissão. Nesse momento a televisão, que até então se mostrava como um rádio com imagens – já que não dispunha de método de produção e profissionais qualificados especificamente para o meio, adquiriu maior caráter comercial (SODRÉ, 1977). A televisão abandonou os contornos culturalistas que havia assumido em seus dez primeiros anos para se apresentar de forma massiva. Aquela televisão, que não tinha como ponto principal a audiência e o apoio financeiro estatal, que não possuía métodos precisos de construção de grade de produção, deu lugar a uma nova televisão, de caráter mais massivo.

Não há dúvidas que o Golpe Militar de 1964 foi um ponto crucial para a televisão brasileira. Lima (2007) acredita que o golpe foi divisor de águas do meio. Existiriam, assim, duas televisões brasileiras: a romântica e criativa dos anos pré-golpe e a economicista homogeneizada pós 1964. Este autor explica que os militares enxergaram a força que a televisão poderia ter enquanto veículo persuasivo em um país onde grande parte da população era iletrada. Visando também a integração nacional, entrou em atividade a Embratel, que expandiu para 90% a cobertura de televisão no Brasil (LIMA, 2007). Não é atoa que Paiva e Sodré (2002) colocam o Regime Militar como uma ‘incubadora da expansão televisiva’. Começava efetivamente ali aquilo que hoje conhecemos como a televisão brasileira.

O segundo *boom* de vendas de aparelhos televisores no Brasil se deu a partir da segunda metade da década de 1990, com a implantação do plano real (TEMER; TONDATO, 2009). O aumento nas vendas proporcionou que houvesse não só uma maior quantidade de lares com aparelhos de televisão, mas também o aumento de lares com mais de um aparelho. O equipamento eletrônico se espalhou pelos quartos das casas brasileiras e isso significou uma nova forma de ver televisão, que deixou de ser um momento de reunião dos núcleos familiares para se tornar um ato individualizado.

Alguns avanços técnicos de produção e tecnológicos de recepção também colaboraram fortemente com as modificações pelas quais a televisão passou. Dentre eles é possível citar a antena parabólica e os sinais a cabo, que possibilitaram um aumento da quantidade de canais. Em 1972 a televisão em cores possibilitou uma maior aproximação com o real (DUARTE, 2004). O destaque para a produção vai para o *videotape*, que libertou a televisão da obrigação

do ao vivo, que expandiu significativamente as possibilidades de produção e de programação. “A chegada do videotape, por exemplo, conferiu mais flexibilidade à produção e possibilitou que as grandes emissoras retransmitissem sua programação para todo o país.” (DUARTE, 2004, p. 55). Já para a transmissão nenhuma revolução foi tão grande quanto o satélite, em 1969, que expandiu as barreiras. Na recepção é necessário considerar as mudanças no ato de ver causadas pelo controle remoto, que trouxe maior autonomia de escolha para o receptor e que acabou por impor mudanças na forma de se estruturar as grades televisivas e os programas.

A televisão tem como característica fundamental a mutabilidade. Ao mesmo tempo em que instaura uma nova forma de relacionamento do homem moderno com a temporaneidade e a espacialidade, ela se mantém aberta, adaptável às cotidianidades e influenciável pelas questões sociais. A sociedade muda, a televisão muda com ela. Sendo a televisão um reflexo das relações políticas, econômicas e sociais que permeiam a sua existência e funcionamento, ela está aberta às movimentações que vêm desses meios. Essa abertura coloca a televisão em um constante processo de mutação que se dá interna e externamente a ela. Internamente estão passíveis de mudança as formas de fazer televisão, seja tecnologicamente, seja por concepções técnico-profissionais. Externamente o fluxo do movimento cai sobre as formas de se pensar a televisão, cientificamente e pela opinião pública, e nas formas de recebê-la – consumo.

Sem estabelecer uma cronologia exata, dessa forma fugindo de datas, Paiva e Sodré (2002) distinguem três etapas da evolução histórica da televisão brasileira. Em um primeiro momento imperou um padrão de televisão massiva que, ancorado no modelo fordista de produção, estabeleceu-se através da transposição da cultura da praça pública para a tela. A televisão massiva se caracterizava pelo financiamento publicitário de ondas que se propagavam unicamente por espectro para o consumo cotidiano. Posterior a esse período, já dentro do modelo pós-fordista de produção, instaurou-se a televisão segmentada, que se caracterizava por: audiência não cotidiana, financiamento que não se resumia ao da publicidade e propagação de ondas também por cabo e satélite. Por último, surge a televisão interativa, que consiste em uma hibridização da televisão com o computador. Esse modelo se materializa através da televisão digital, mas no Brasil ainda não alcançou sua completude de funcionamento, aqui ela ainda engatinha.

Mesmo ainda em formação é possível ver mudanças significativas na televisão a partir dos anos 2000: o uso da mobilidade para a implantação de programas de realidade controlada (*reality shows*); o uso de meios secundários para medição de satisfação do público;

interpenetração de mídias; maior resposta do receptor. Apesar das mudanças a televisão brasileira se mantém fiel ao seu posicionamento de manter uma programação majoritariamente produzida no país, pouco material estrangeiro não adaptado ou refilmado ganha destaque dentro da programação televisiva brasileira.

Eco (*apud* DUARTE, 2004) separa a televisão em dois períodos distintos: a paleotelevisão e neotelevisão. O primeiro formato, também chamado de televisão *podium*, foi anterior aos anos de 1980 e era uma televisão dos importantes: nela se falava bonito e se apresentava de terno e gravata. A neotelevisão, ou televisão espelho, passou a vigorar a partir da década de 1980 e representou a entrada das pessoas comuns na televisão, vestidas como em seu cotidiano e falando de forma coloquial.

Partindo dessa divisão, Duarte (2004) propõe um terceiro momento, que surge no final dos anos de 1990 e início dos anos 2000. Ele se aproxima da televisão dos anos 2000 que é aqui levantada, a pós-televisão. Nesse novo momento tecnológico a televisão que conhecemos dá espaço para os *reality shows* através de uma alternância de gravação e ao vivo e de uma maior participação dos cidadãos no processo comunicativo televisivo, como “[...] atores discursivos de uma narrativa.” (DUARTE, 2004, p. 78).

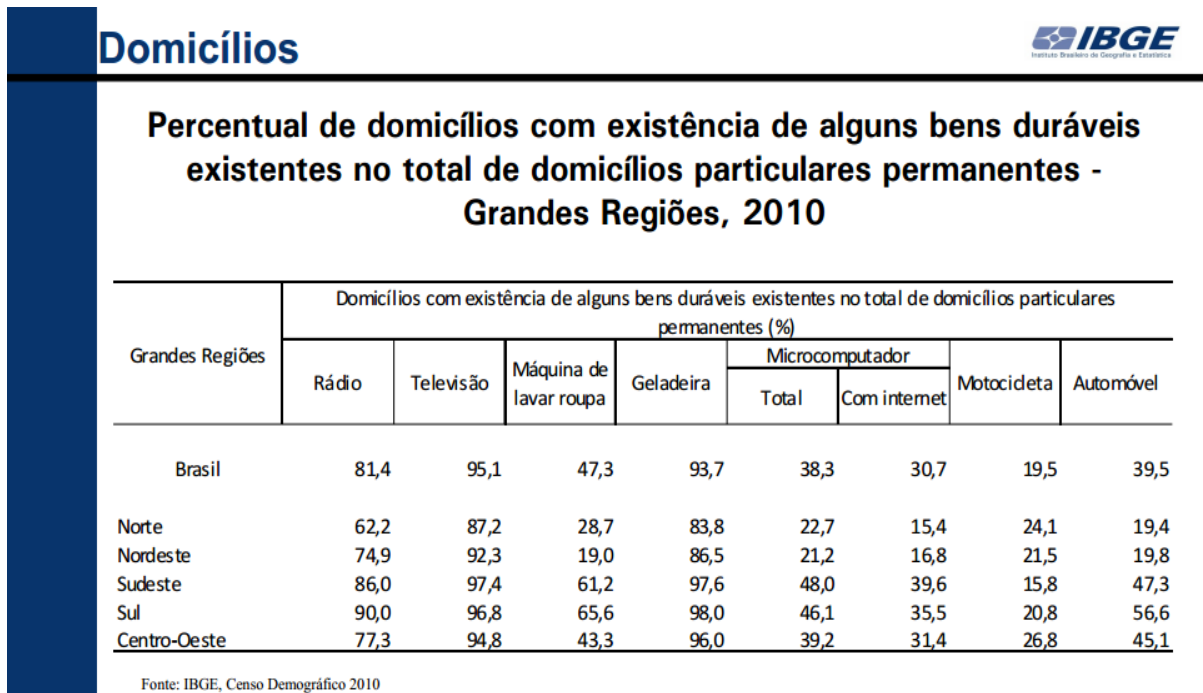
Apesar das definições de Paiva e Sodré (2002) se encontrarem dentro de um processo cronológico de desenvolvimento da televisão, fica claro que não são modelos mutuamente anulatórios, os três modelos passaram a coexistir. Paiva e Sodré (2002) colocam que mesmo com o aparecimento de modelos mais desenvolvidos de teletransmissão, boa parte da audiência da televisão aberta no Brasil ainda se baseia no modelo massivo.

5.3 A TELEVISÃO EM NÚMEROS

A televisão chegou ao Brasil na década de 1950, ainda se espelhando nos modelos do rádio, e foi aos poucos ganhando o gosto do público. Começava ali uma longa e conturbada história que chega até os dias de hoje, sem previsões de fim. Em terras brasileiras a televisão ganhou identidade própria e se popularizou, tornando-se o veículo de maior alcance do País.

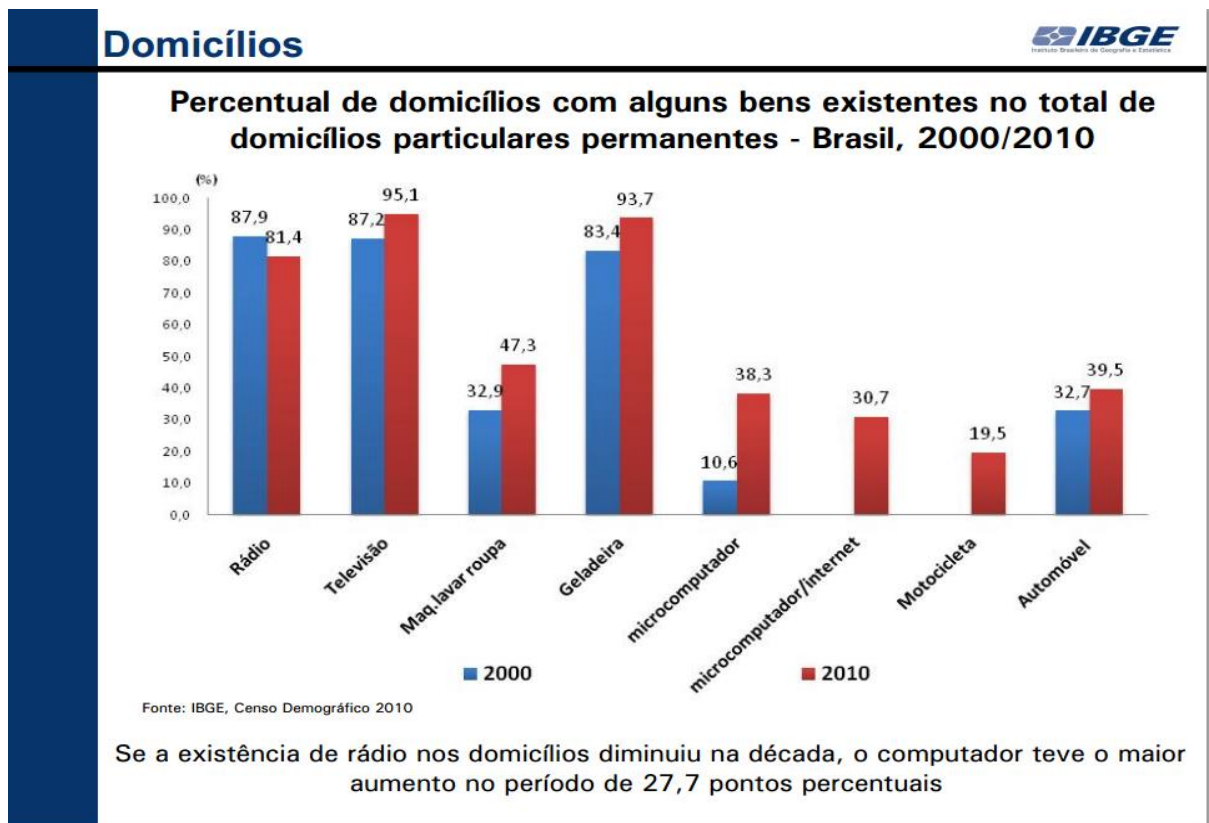
O recenseamento nacional realizado pelo IBGE em 2010 revelou que 95,1% dos lares brasileiros possuem televisão; este número é maior que o de lares com geladeiras, que é de 93,7% (BRASIL, 2010). Tais dados podem ser visualizados nas FIGURAS 1 e 2.

FIGURA 1 - Percentual de domicílios com existência de alguns bens duráveis



Fonte: Brasil (2010).

FIGURA 2 - Comparativo de percentual de domicílios com existência de alguns bens duráveis



Fonte: Brasil (2010).

A Pesquisa Brasileira de Mídia 2014 – Hábitos de consumo de mídia pela população brasileira, realizada pela Secretaria de Comunicação Social da Presidência da República, revela que 97% da população brasileira assistem televisão (BRASIL, 2014). Destes, 65% assistem todos os dias, estabelecendo uma média de 3:29 horas em frente à telinha, de segunda a sexta-feira; número que aumenta para 3:32 horas no final de semana.

Apesar do crescimento das televisões pagas no Brasil, muito em decorrência de seu barateamento em função da adoção de planos que incluem a venda conjunta de várias mídias – como televisão, internet, telefone fixo e celular, a televisão aberta ainda é predominante entre os espectadores brasileiros. Do total de espectadores brasileiros, 67% só assistem televisão aberta, 7% somente televisão paga e 24% assistem ambas. Isso mostra que boa parte dos telespectadores brasileiros ainda depende do material produzido ou retransmitido pelas emissoras nacionais, já que elas são exclusividade dentro da programação aberta.

Para se entender melhor o alcance da televisão, compararemos os dados da pesquisa acerca da televisão com os resultados desse mesmo estudo com relação à internet – mídia apontada como a de maior crescimento, e ao rádio – mídia que ocupa o segundo lugar na média de alcance. A televisão surgiu no momento em que o rádio se encontrava no auge de sua popularidade e contribuiu com sua transformação, com o surgimento da televisão, o aumento de suas redes de transmissão e o barateamento de equipamentos de recepção, o áudio sozinho, nos rádios, já não era suficiente. Aos poucos se instaurou a supremacia da imagem, que reina até os dias de hoje, obrigando o rádio a encontrar novos públicos.

A Pesquisa Brasileira de Mídia 2014 aponta que a televisão ultrapassou significativamente o rádio em número de expectadores. Enquanto que na pesquisa acerca da televisão os não expectadores representam apenas 3% da população, no rádio este número sobe para 39%; chegando a 55% nos estados de Goiás e Mato Grosso do Sul.

Assim como a televisão transformou a forma de se entreter e de consumir informação, levando ao declínio do rádio, a internet vem transformando as relações modernas e carrega promessas apocalípticas de extinção de outras mídias. Conforme Santaella (2003), tornaram-se comuns na era virtual as discussões acerca das substituições de mídias tradicionais ou massivas em função da internet, e a televisão não foge as elas.

Partindo dessas constatações, é importante esclarecer que, apesar de crescente, o uso da internet do Brasil ainda é muito limitado, já que apenas 48% da população é usuária de internet; e, dentre estes, apenas 26% a utilizam todos os dias. O Censo Demográfico Nacional realizado pelo IBGE em 2010 revelou que apenas 30,7% dos lares brasileiros possuíam, naquele momento, microcomputador com acesso à internet (BRASIL, 2010). Apesar disso, o

crescimento do número de lares com microcomputador foi latente, de 10,6% em 2000 para 38,3% em 2010. Infelizmente, não há dados anteriores que registrem o número de lares com acesso à internet, o que impede a comparação dentro dessa mesma pesquisa. Contudo, realizada no ano de 2014, e, portanto mais atualizada, a Pesquisa Brasileira de Mídia revela que 47% dos brasileiros possuem acesso à internet em casa (BRASIL, 2014).

O crescimento do número de lares com televisão no Brasil, segundo o IBGE, ficou em 7,9%. Esse número é baixo perto do aumento do número de lares com acesso à internet. Porém, em comparação ao rádio, a televisão mostra um consumo estabilizado, já que este teve um declínio de 6,5% (BRASIL, 2014).

Um fato importante a se destacar é que, enquanto a internet mostra grandes variações com relação ao público consumidor, a televisão e o rádio conseguem manter um quadro homogêneo de expectadores. Muito em função de seu pouco tempo de existência, comparado à televisão e ao rádio, e por seu alto custo de contratação e manutenção, a internet ainda não teve seu uso democratizado no Brasil, e isso ficou bastante destacado na Pesquisa Brasileira de Mídia 2014.

Os hábitos de consumo de televisão e rádio no Brasil revelados pela pesquisa aqui citada, apesar de muito diferentes dentro de seu alcance, apresentam um quadro baixo de variação de porcentagem de expectadores com relação a gênero, faixa etária, renda familiar, escolaridade, porte do município e atividade profissional. Analisando como exemplo a renda familiar, é possível constatar que não existe diferença de porcentagem com relação ao consumo de televisão entre os diferentes níveis de renda, estando todas as faixas de renda familiar com 97% de expectadores. Já para o rádio, na faixa de renda familiar menor que um salário mínimo 61% dos indivíduos são expectadores; na faixa entre um e dois salários mínimos este número cai para 59%, o que revela uma diferença máxima de 2% entre faixas de renda familiar – sendo de apenas 1% na de menos de um salário mínimo e na de mais de cinco salários mínimos.

Quanto ao consumo de internet, este revela diferenças significativas entre faixas de renda. Entre indivíduos com a renda familiar menor que um salário mínimo o consumo de internet é reservado a apenas 30% da população; já na faixa de renda familiar maior que cinco salários mínimos essa população sobe para 75%, mostrando uma diferença de 45% entre os dois grupos. Esses níveis de variação se mantêm para as três mídias em quatro outros segmentos: faixa etária, escolaridade, porte do município e atividade profissional. Dentro da categoria gênero, a diferença entre porcentagem de expectadores declarados é baixa para

todas as mídias, chegando a 2% na televisão – feminino 98% e masculino 96% – e 1% no rádio e na internet.

Essas variações ocorrem também quando se trata do consumo dessas mídias por estados e regiões. Nesse ponto a televisão se mostra ainda mais homogênea que as outras mídias aqui utilizadas como parâmetros de comparação. Quando comparado o consumo de televisão entre os estados brasileiros obtém-se a diferença de 6% entre os estados de maior público – sendo que os estados do Pará, Alagoas, Maranhão, Paraíba e Espírito Santo têm índice de 99% de consumo; e o de menor – Mato Grosso do Sul com 93%. No rádio esta diferença sobre para 29% e, na internet, para 33%.

O estudo aqui utilizado como base deixa claro que ainda é muito elevado o alcance da televisão com relação à internet e ao rádio, não só por uma superioridade absoluta dos números, mas também porque devem ser considerados fatores históricos que foram de grande importância para a popularização da televisão e que levaram ao enfraquecimento do rádio. A relação do público brasileiro com a televisão exigiu tempo e investimentos que, para a internet, ainda não foram possíveis. E, apesar disso, ela, a internet, já transformou significativamente a forma de se comunicar através de outras mídias e as construções culturais modernas. Porém, muito ainda é necessário para a internet ultrapasse a televisão em homogeneidade de público e alcance direto, já que indiretamente seu alcance é bem maior, considerando-se que todos são hoje, de alguma forma, atingidos pelas relações comunicacionais que se estabelecem na internet ou que foram alteradas por ela.

É possível concluir que a televisão no Brasil, mesmo com seus vícios, perdas e mudanças recentes, ainda possui abrangência e homogeneidade de público incomparável, o que serve de base para pensar a forma como a televisão se tornou fundamental na sociedade brasileira e desenvolveu papel chave em sua culturalidade.

Tratando-se do futuro da televisão, é possível pensar a partir do posicionamento de Santaella (2003), que divide a história da comunicação e informação no mundo em seis eras culturais: oral, escrita, impressa, de massas, das mídias e virtual. A passagem de uma era cultural para outra é sutil e não exclui os meios predominantes na era anterior, o que nos induz à conclusão de que as ascensões de novas tecnologias e mídias não levam à extinção das anteriores, mas sim a uma coexistência. Dessa forma, as previsões apocalípticas, que enxergam a internet como o fim das mídias massivas e tradicionais, fazem parte de um futuro inexistente que não só dependeria de grandes mudanças para ocorrer, mas que também excluem a arqueologia dos saberes comunicacionais e tecnológicos até aqui construídos.

5.4 A JANELA ALTERADA

A televisão foi pouco a pouco se tornando sinônimo de ‘janela do mundo’. Através daquele pequeno cubo luminoso milhares de pessoas viram a universalidade entrar em suas cidades, primeiro pelas televisões nas praças e, depois, em suas casas. Viram suas existências serem transformadas ao se depararem com a existência de outros universos tão distantes e diferentes. A televisão trouxe para cotidianidade milhares de situações que antes viviam apenas no imaginário ou em um longínquo não sabido. Era aquele mundo de que se ouvia ou não falar, entrando pela antena e se transformando em som e imagem. Assim como a janela possibilita experienciar a rua sem se deslocar até ela, a televisão possibilitou uma experiência mediada de mundo. É fácil de se entender a metáfora da janela, mas seria ela totalmente adequada?

Frente a uma janela é possível ver e ouvir o mundo com seus próprios olhos e ouvidos. Mesmo se estando limitado por questões geográficas espaciais e anatômicas, já que os órgãos captadores humanos são limitados em suas funções, aquilo que se capta não tem filtros. É o indivíduo e seu *frame* do exterior. Não é possível dizer o mesmo da televisão. Com seus olhos e ouvidos, o telespectador capta aquilo que é transmitido pela televisão, mas aquelas não são imagens puras e intactas do mundo, muito menos inocentes em sua intenção. Frente a essa mediação tecnológica, a televisão adquire também atributos de transmutação do tempo e do espaço: o lá se torna aqui, o antes se torna o agora. Partindo da ideia de uma representação distorcida e sistematicamente filtrada do social que visa ao consumo, o conteúdo televisivo se monta como um mosaico fosco, uma rapsódia audiovisual.

A visibilidade possibilitada pela televisão é, na verdade, o resultado de um vasto processo de seleção, que passa pelas instâncias política, econômica, técnica e social, e de significação por multifatores – como som, texto, cor, imagem e outros. Para Martín-Barbero e Rey (2001), esses processos de construção do que é transmitido tiram a televisão da posição de observador neutro para colocá-la na posição de ator. No mundo moderno midiático, a televisão articula e desarticula ações por meio de suas transmissões, criando representações.

Na cultura popular, se diz que ‘quem conta um conto aumenta um ponto’; na cultura televisiva, ‘quem conta um conto esconde um tanto’. Duarte (2004) coloca que a redução do mundo em acontecimentos midiaticamente acessíveis pela televisão inclui não só uma seleção daquilo que será a ‘realidade’ na tela, como também a redução dessa realidade ao discurso

televisivo, que é predominantemente espetacular, com predomínio do emocional sobre o racional (COUTINHO, 2012). Isso inclui aparar as arestas para que a realidade se encaixe no modelo televisivo. Ainda assim, a autora comenta que essa realidade discursivamente delimitada e reduzida vem sendo, desde muitos anos, a única forma de informação, participação no tempo histórico e de experimentação de realidades de que dispõe uma parte considerável de cidadãos contemporâneos.

Para Temer e Tondato (2009) a televisão transforma a realidade em simulacro, que se dá por meio da interatividade simulada. O intencional apagamento das barreiras entre ficcional e real funcionaria como “[...] estratégia para conquistar e manter cativa a audiência, em uma tentativa de minimizar a necessidade dos receptores de preencher suas vidas com mais emoção e encantamento” (TEMER; TONDATO, 2009, p. 17).

Se pensar a televisão como janela do mundo é reduzi-la às suas propriedades tecnológicas de mediação e excluir seus fatores de composição de conteúdo, pensar o conteúdo televisivo como fechado, e o telespectador como passivo observador e absorvedor vai no mesmo sentido. Por muito tempo, o conceito de comunicação de massa levou à construção de um errôneo imaginário científico e popular segundo o qual o telespectador mentalmente esvaziado se preenche, sem hesitar, com o conteúdo oferecido pela televisão. Essa crítica unilateral levou ao conceito de televisão como veículo de manipulação das massas.

Frente a um quadro de ditadura militar e ampliação da televisão em prol do poder político vigente, Sodré (1977) descreve uma televisão extremamente massiva e alienante. Para Sodré (1972), os veículos de massa no Brasil, partindo da ideia de ‘menos é mais’ e impulsionada pela publicidade e pelo sistema capitalista – que também envolve a produção midiática - desenvolveram uma trajetória alienante e imobilista, da qual a televisão é grande aproveitadora. A televisão funcionaria, então, como um empecilho à imaginação, pois conduz pouco apelo ao intelecto, através de um monólogo controlável, já que a audiência, apesar de tendenciosa a utilizar informações prontas para consumo, ainda possui liberdade de recusar a comunicação (SODRÉ, 1972).

Em nenhum momento Sodré (1972) defende o absolutismo midiático que coloca o espectador em posição passiva. Porém, enxerga os perigos do consumo de televisão por um público preparado para receber verdades e desprovido de um senso crítico voltado para este meio.

São constantes as ilusões de objetividade fabricadas pela televisão. Isto implica numa armadilha para o receptor: certo de defrontar-se com o real, este pode deixar-se influenciar ainda mais pela mensagem, entregando-se sem rédeas aos processos de identificação e projeção. Nesse ponto, a tevê converte-se num veículo socialmente perigoso, pois tende a conformar o indivíduo com sua pseudo-objetividade (SODRÉ, 1972, p. 62).

Essa pseudo-objetividade vale não só para a verdade objetiva do jornalismo, mas também para o ideário reproduzido pelos programas de entretenimento, fictícios ou não.

Nessa linha, surge a ideia de uma televisão que, enquanto veículo economicamente dependente de seus patrocinadores, é controlada pela audiência. Porém, vale destacar que essa dependência não é unicamente da audiência, já que um programa que consegue atingir uma boa audiência, mas não consegue patrocinadores – seja por sua temática, posicionamento político, público ao qual se destina, ou qualquer outro motivo - tem poucas chances de permanecer no ar. José Marques de Melo considera que esse domínio da opinião do público sobre a programação televisiva é, na verdade, um domínio de quem sustenta financeiramente a televisão.

Sendo a TV um veículo de propaganda, sua lei maior, no país, é a de condicionar a programação ao tamanho da audiência para que a mensagem do patrocinador obtenha maior penetração. Logo, só vai para o ar programa que dá Ibope. Não há império do Ibope, e sim império capitalista, império das grandes empresas que anunciam. (MELO, 1981, p. 41).

Os estudos sobre televisão realizados por Sodré são de extrema importância as construções teóricas sobre a televisão brasileira, pois contribuem para o entendimento da televisão na realidade nacional. Mas exigem que se reflita sobre esse poder absoluto de alienação que se atribui ao sistema televisivo contra o modesto poder do botão de desligar atribuído ao público. Alguns pontos de reflexão se encontram dentro de possibilidade de atualização e renovação de ideias possíveis ao momento que a televisão vive hoje.

5.5 OS DOIS LADOS DA TELA

Se, por um lado, alguns teóricos se propuseram a pensar a imposição simbólica como fator exclusivo e definitivo do papel social da televisão, por outro, a evolução do meio levou a reflexões mais flexíveis, que apontam outras problematizações como solução àquele que havia se estabelecido como problema absoluto na crítica à televisão.

Para Martín-Barbero e Rey (2001), a televisão tem espaço de manifestação de poderes e interesses mercantis tanto quanto tem de cenário estratégico para a constituição de imaginários populares, identidades e dinâmicas cotidianas do indivíduo contemporâneo. Suas relações perversamente estabelecidas com poderios políticos e econômicos não deveriam, então, ser vistas como único enquadramento possível da televisão. Muito menos levar ao afastamento das elites, o que se transforma em argumento técnico para um rebaixamento da qualidade.

Aceitar a ideia de uma televisão que atua ativamente na construção de imaginários coletivos exige entender que isso se dá não só por seu ímpeto economicista – que impõe conteúdos e trabalha a articulação de pensamento, mas também por uma série de fatores sociais que implicam em aceitação de conteúdos, integração do meio ao cotidiano dos telespectadores e construção de conhecimentos decorrentes dessas intermediações.

Duarte (2004) define os telespectadores como sujeitos reais atuantes no processo comunicativo televisivo. Para esta autora, os receptores televisivos estão muito distantes de serem passivos. A ideia de receptores passivos seria advinda de uma confusão entre aquilo que se percebe como invisibilidade e inexistência, que é provocada pelas restrições técnicas televisivas, as quais impedem o uso da mesma forma de mediação para a resposta do público. Esse público, no entanto, utilizando de outras formas de mediação, recusa ou aceita o convite à comunicação televisiva, passiva ou ativamente.

Mesmo essa invisibilidade de sua mensagem-resposta na mídia televisão, não é sinônimo de sua inexistência ou de uma pretensa passividade do telespectador. [...] A comunicação televisiva deve ser compreendida como bidirecional, interativa e interfaciável (DUARTE, 2004, p. 37).

Partindo dessa ideia, é possível estabelecer uma relação direta entre o posicionamento do receptor e o entendimento das transmissões televisivas como forma de comunicação.

Sodré (1972, p. 11) define comunicação como “[...] troca de informações (estímulos, imagens, símbolos e mensagens) possibilitada por um conjunto de regras explícitas ou implícitas a que chamaremos de código”. Mas não enxerga os processos de troca efetuados pela televisão dentro desses parâmetros, já que segundo seus preceitos a televisão não estabeleceria um diálogo com o público.

Apesar de preferir adotar os termos ‘transmissão’ e ‘difusão’ para tratar a comunicação midiática de massa, Thompson (2008) admite que ainda que na quase interação televisiva haja pouca possibilidade de participação direta dos receptores – o que constitui um

procedimento “[...] esmagadoramente de sentido único [...] fundamentalmente assimétrico” (THOMPSON, 2008, p. 31) – os processos instaurados nesses meios são comunicativos e não completamente monológicos. Ele aponta ainda a flexibilização operacional ocasionada pela troca dos sistemas analógicos pelos digitais, e isso inclui a televisão, que proporciona uma maior interatividade. Um exemplo dessa flexibilização e do uso de outros meios para a resposta dos receptores está no uso das redes sociais para a expressão de opinião sobre a televisão.

É importante, então, destacar que a comunicação nem sempre se constitui como um processo equilibrado de diálogo direto. Palco de relações de poder simbólico, ela muitas vezes é composta por relações desiguais de troca de informação. No caso da televisão a comunicação desenvolvida é significativamente desigual; porém, ainda assim, uma comunicação, que se baseia em respostas indiretas e coletivas, sendo que o receptor individual se faz ouvido quando em um corpo coletivo. A aceitação do conceito de respostas indiretas torna possível aplicar a definição de Sodré (1972) de comunicação para aquilo que acontece entre a televisão (emissor) e o seu telespectador (receptor), mas sem esquecer as bases econômicas que sustentam essa comunicação e dão sustentação à formação e continuidade da televisão do grotesco.

5.6 O GROTESCO E O DIFERENTE NA TELEVISÃO

Engendrando uma crítica da televisão genuinamente brasileira, coisa até então pouco comum, Sodré, em 1972, desenvolveu, em sua obra ‘A comunicação do grotesco: um ensaio sobre a cultura de massa no Brasil’, um marcante estudo sobre as relações de poder e o estilo grotesco imperante na mídia do País, especialmente na televisão. A questão da televisão foi aprofundada em 1977, com ‘Monopólio da fala: função e linguagem da televisão no Brasil’. As reflexões sobre o grotesco são retomadas, juntamente com Raquel Paiva, na obra ‘Império do grotesco’, de 2002.

Sodré (1972) desvenda a televisão brasileira em seus processos de funcionamento e construções estilísticas a partir de suas relações econômicas, políticas e sociais, chegando até ao conceito de uma televisão do grotesco. Entender a televisão em seu caráter grotesco exigiu uma análise da construção da mídia e de sua posição na sociedade brasileira, já que, na televisão, uma pequena parte da cultura de massa é colocada por ele como “[...] grande *medium* da atmosfera capitalista” (SODRÉ, 1972, p. 39).

Em meio a essa atmosfera capitalista televisiva das décadas de 1960 e 1970 surge aquilo que Sodré (1972) chama de ‘comunicação do grotesco’. Estilo artístico que ganha contornos de categoria estilística no século XIX e avança pelas movimentações estéticas modernas, chegando até a sociedade de massa, o grotesco é definido pelo autor como um mundo distanciado. Uma categoria estética afinada com o estranho e o exótico que, tendo sua origem no escatológico, possui estruturas naturalistas que marcam sua principal característica: um repúdio fascinante por tudo que é diferente do natural, pela aberração da natureza que dentro do contexto espetacular produza um estranhamento do mundo, o qual resulta em sentimentos de medo e de riso.

O grotesco, como formato estilístico e discursivo, é dividido por Sodré (1972) em duas possibilidades de natureza:

- a) Representação: comunicação indireta, cabendo nesta categoria o grotesco televisivo;
- b) atuação: comunicação direta, classificada em espontânea, encenada e carnavalesca.

A partir desses dois conjuntos o grotesco é decomposto pelo autor em quatro categorias fundamentais: escatológico, chocante, teratológico e crítico. Elas são encontradas na televisão brasileira, porém com uma predominância dos tipos escatológicos, teratológicos e chocantes.

As três primeiras categorias dizem respeito ao plano visual da comunicação. O escatológico se relaciona com problemáticas do corpo, caracterizada pelo apelo a questões fisiológicas, secreções e dejetos corporais, partes íntimas e outras. O teratológico traz alusões ao antinatural em sua forma mais visual das aberrações, o feio, o animalesco e outros. O chocante consiste no escatológico ou teratológico quando se dedica exclusivamente ao acendimento do sensorial, diferenciando-se dos dois, pois sua única função é chocar, promovendo uma ruptura da percepção no público.

O grotesco crítico é o único que ultrapassa o plano visual, não sendo unicamente estético, mostra-se como aproveitamento do estranho para angariamento de atenção do público. Tendo como exemplos a paródia, a charge e a caricatura, fica definido como: “É, assim, um recurso estético para desmascarar convenções e ideais, ora rebaixando as identidades poderosas pretenciosas, ora expondo de modo risível ou tragicômico os mecanismos do poder abusivo” (PAIVA; SODRÉ, 2002, p. 69).

Temer e Tuzzo (2012) apresentam o grotesco como uma estratégia midiática baseada em dois princípios:

Com a sua propensão ao bizarro e ao vulgar, o grotesco impõem-se na mídia a partir de uma dupla perspectiva: como estratégia para chamar a atenção, uma vez que surpreende os sentidos; mas também como caminho para conquistar um conjunto de receptores que, por vários motivos, se sentem alijados do modelo estético dominante (TEMER; TUZZO, 2012, p. 7).

O posicionamento midiático em favor da estética e da discursividade grotesca é uma repulsa que fascina, gerando interesse pelo estranho. Esse posicionamento dentro da massividade se dá, para Sodré (1972), como uma fuga da cultura elevada. A aura grotesca de encantamento com o exótico leva a uma exposição do diferente como diferente; portanto, do estigma e do estereótipo como tais. Assim, se perpetua a ideia do estranho que agrada e dá audiência.

A audiência, que parte do princípio da veracidade da imagem, coloca-se na comunicação com a televisão com um comportamento de confiança e acaba por consumir os produtos televisivos grotescos sem duvidar se estes são ou não um reflexo da realidade, não suspeitando da construção de representações midiáticas. A confiança exacerbada na veracidade televisiva estimula três processos básicos do consumo midiático: projeção, identificação e empatia (SODRÉ, 1972). Juntos, eles definem a forma como o público de televisão se abre para adotar as ideias difundidas pela mídia e projeta sua identidade e a forma como enxerga o social a partir delas. Esse processo de assimilação de representações traz consigo estigmas e preconceitos.

Em busca de uma maior audiência, as televisões utilizam artifícios para que um público cada vez maior se identifique. Duarte (2009) e Martín-Barbero (2013) apontam que, com um discurso homogêneo, que visa à unificação dos públicos a fim de formar um só público, a televisão homogeneiza o social, reduzindo as diferenças. Nesse terreno de igualdades, sobra para o diferente só o terreno do grotesco.

5.7 OS GÊNEROS E A LEITURA TELEVISIVA

Se o papel do receptor é fundamental para entendermos como a televisão se encaixa no conceito de comunicação, ele se torna ainda mais marcante para pensar a construção da informação. O telespectador é parte fundamental na composição televisiva, já que a televisão também se faz de pessoas (SODRÉ, 1977). No âmbito da troca de informação, a relação entre produtor e receptor se dá por meio dos gêneros e do meio.

Os gêneros surgem com a cultura escrita. Martín-Barbero (2013) nos indica que seu surgimento se dá dentro da literatura e, posteriormente, eles são transportados para as mídias massivas como chave de leitura, estratégia de comunicabilidade e competência textual narrativa, agindo tanto na emissão quanto na recepção de forma mutável.

Um gênero funciona constituindo um “mundo” no qual cada elemento não tem valências fixas. Mais ainda no caso da televisão, onde cada gênero se define tanto por sua arquitetura interna quanto por seu lugar na programação: na grade de horários e na trama do palimpsesto (MARTÍN-BARBERO, 2013, p. 304).

A produção televisiva se baseia na estruturação de uma programação que se dá pela combinação de gêneros decupados em formatos/subgêneros. Para Duarte (2004, p. 45), como macroestratégia, “[...] a grade de programação materializa a recorrência a seleções estratégicas a partir de um processo de diferentes lógicas [...]”. Diante da lógica da macroestratégia, são usados quatro procedimentos de organização dos produtos televisivos:

- a) imposição: inclusão ou exclusão de programas;
- b) exposição: exibição e inclusão de produtos nos hábitos de consumo;
- c) disposição: conveniência para se dar destaque a um produto;
- d) indisposição: inconveniência de se investir em um produto.

Esses procedimentos se dão por três unidades temporais dentro da programação: sucessão, duração e incidência. As manobras de gêneros fazem parte das lógicas de seleção; fica claro que os gêneros são parte fundamental da construção da grade de programação e estabelecem uma relação direta com o receptor, o que para Martín-Barbero (2013), constitui também a função de mediador entre a lógica de produção e a recepção (ou consumo). Para Temer (2011), os gêneros têm uma origem ainda mais antiga, aparecendo primeiramente nos estudos aristotélicos sobre oratória. Nos dias atuais, eles se definiriam como categorias de agrupamento de trabalhos segundo suas semelhanças, que estabelecem um contrato de consumo e auxiliam na leitura.

O gênero é um conceito-chave para os veículos de comunicação, porque é, a partir dele, que o emissor pode agir em função de um quadro semântico – ou um conjunto de possibilidades linguístico-visuais delimitados e, previamente, conhecidos pelos receptores. O gênero é uma promessa de conteúdo, ou de uma possibilidade de conteúdo, uma espécie de contrato, previamente, acordado entre emissor e receptor (TEMER, 2011, p. 420).

Partindo da ideia de contrato, Coutinho (2012) trabalha com a concepção de gêneros como instrumentos de aproveitamento e deciframento do conteúdo televisivo. Um melhor entendimento da natureza dos programas apresentados proporciona uma maior fruição do conteúdo pelos receptores.

Esse contrato, ou “[...] paradigma para codificação da mensagem [...]” (TEMER; TONDATO, 2009, p. 18), que se dá dentro de um referencial previamente conhecido pelo receptor e, portanto, revela a intencionalidade do emissor, não se dá sozinho. Ele se encontra dentro de um sistema de codificação em que temos categorias, gêneros e, por fim, formatos ou subgêneros. Por categoria podemos entender um conjunto de gêneros; dessa mesma forma, o gênero se constitui em um coletivo de formatos ou subgêneros, como preferem tratar alguns autores, sendo este último de ordem prática, ou seja, a materialização dos gêneros em programas.

É fácil perceber a divisão da televisão entre essas três classes. Não há nenhuma dificuldade em, por exemplo, diferenciar categorias de formatos; porém, classificar aquilo que pertence a cada uma delas é um desafio. Souza (2004) adota essas classificações e divide as categorias da televisão em: entretenimento, informação, educação, publicidade e outros – onde inclui especiais, eventos, religiosos. Ele toma também 37 gêneros e 31 formatos, porém não coloca o jornalismo como gênero da categoria informativa, e aplica erroneamente seus formatos – debate, documentário, entrevista e telejornal – como gêneros do informativo. Apesar disso, o autor utiliza uma definição de formato que se baseia na hibridação: “[...] o formato de um programa pode apresentar-se de maneira combinada, a fim de reunir elementos de vários gêneros e assim possibilitar o surgimento de outros programas” (SOUZA, 2004, p. 46).

As divisões das classificações podem variar bastante nos estudos teóricos sobre a televisão, mas a presença das categorias entretenimento e informativa é marcante e quase sempre gera polêmicas quanto à sua aplicação, já que cada vez mais suas fronteiras se diluem e surgem programas a partir da hibridização. Conforme Wolf (1986 apud COUTINHO, 2012), a divisão tradicional segundo a intenção – que nos leva a três categorias (informação, entretenimento e cultura) – não é condizente com a real produção televisiva.

Apesar de serem tentativas de se definir o contrato social que cada programa estabelece, as classificações na televisão moderna, na prática, soam mais como burocracias secundárias, o que leva ao fato de que muitas vezes as definições feitas pelas emissoras sobre seus produtos pouco são consideradas (ou importantes). Esse posicionamento se mostra como um uso estratégico da ‘abstração’ que é o gênero, já que dificilmente um programa se encaixa

em um só gênero (DUARTE, 2004). E isso fica mais complexo quando tratamos de categorias, que têm suas fronteiras ainda mais sutis.

Para Duarte (2004), isso acontece porque o estado natural da produção de televisão está calcado na complexidade e na hibridização. Assim, por manterem uma relação com o contexto histórico e geográfico temporal no qual se encontram, assim como a televisão, os gêneros não são estáticos, estão em constante movimento e mutação.

A hibridização é a marca da televisão moderna. Em meio a um ritmo frenético de produção e consumo, as fronteiras entre as categorias se apagam, os gêneros se misturam, os formatos se fundem para formar novos formatos híbridos, que se estabelecem em um espaço entre gêneros e contribuem com a espetacularização. Duarte (2004) explica que o espetáculo é peça fundamental de qualquer formato televisivo, já que, como empresa, o contrato comunicativo, e de consumo, estabelecido com os receptores/consumidores, fundamenta-se nos princípios de prazer e saciedade. “A necessidade do show paira sobre todas as variantes e matrizes estilísticas ou de gênero” (DUARTE, 2004, p. 74).

A dependência do espetáculo se torna um dos motivos da hibridização do jornalismo, já que o uso de técnicas de espetacularização no jornalismo e o predomínio da emoção sobre a razão levariam ao apagamento das fronteiras entre as duas categorias (COUTINHO, 2012). Temer (2009) ressalta que a neutralização das categorias televisivas dentro do jornalismo ocorre também por meio da ‘novelização’ dos fatos, com a valorização dos aspectos estéticos e emocionais em detrimento da informação.

A hibridização moderna da televisão se dá também por aspectos técnicos da produção televisiva. Assim como apontamos avanços tecnológicos que possibilitaram mudanças na forma de emitir e de receber a mensagem televisiva, é possível apontá-los como fonte de hibridizações de gênero. Alguns formatos só surgiram graças às novas tecnologias, como é o caso dos *reality shows*, possibilitados por câmeras e microfones menores.

Estando os formatos/subgêneros na ordem prática das classificações da produção televisiva, Duarte (2004) aponta três considerações nas quais se tornam visíveis as influências tecnológicas nos formatos (âmbito prático dos gêneros) e sua evolução:

- 1) Determinados subgêneros e formatos só puderam ganhar existência com o desenvolvimento e sofisticação dos meios técnicos de produção, circulação e consumo de mensagens; 2) a televisão nunca abdicou dos subgêneros e formatos que se mostraram produtivos e obtiveram sucesso: todos eles coexistem; 3) os subgêneros e formatos consagrados muitas vezes absorvem recursos técnicos propostos por novos formatos (DUARTE, 2004, p. 78-79).

Os gêneros se movem, misturam-se, formam novos gêneros e formatos. Essas mudanças significam a renovação da televisão, que, mesmo imóvel na estante ou no suporte de parede, jamais se vê estática.

5.8 TELEJORNALISMO: DAS PÁGINAS PARA AS TELAS

O telejornalismo surge no Brasil juntamente com a televisão. A transmissão do primeiro telejornal brasileiro, 'Imagens do dia' da TV Tupi de São Paulo, aconteceu no em dia seguinte à inauguração da emissora no País (COUTINHO, 2012). O jornalismo sai das folhas dos jornais para ganhar outros meios, desenvolve-se dentro das estruturas econômicas, sociais e tecnológicas, resultando naquilo que conhecemos hoje: nova cara para meios de reprodução mais modernos, porém com a mesma essência informativa comum. Seja no impresso, no rádio, na internet ou na televisão, o jornalismo mantém as características que o definem como jornalismo.

Em sua obra publicada em 1960, 'O poder cultural desconhecido: fundamentos da ciência dos jornais', Otto Groth mostra um pontual estudo desenvolvido por anos acerca do jornalismo diário e de revista. Por meio de uma decodificação sistemática do gênero, ele estabelece quatro características essenciais e interinfluenciáveis, que vão além de questões geográfico-temporais e tecnológicas e se fazem atuais e aplicáveis ao jornalismo dos mais variados meios até os dias de hoje. São elas: periodicidade, universalidade, atualidade e publicidade.

A primeira característica, periodicidade, consiste em uma relação temporal e se refere à qualidade fundamental de retornar periodicamente que todo veículo jornalístico deve possuir (GROTH, 2011). Ela é controlada por todas as questões socioculturais e naturais que envolvem a relação do receptor com o seu consumo jornalístico. Sem a periodicidade, a universalidade e atualidade não se tornam efetiváveis. É pela periodicidade que acontece a fidelização de públicos, já que, ciente de sua frequência, o receptor sabe quando terá acesso àquela fonte de informações novamente. Se nos jornais impressos a periodicidade é fixa, na televisão ela se sujeita à noticiabilidade. Não é viável imprimir um jornal em qualquer momento do dia por conta de uma notícia urgente, mas é totalmente possível manter um canal com o propósito único do jornalismo ou interromper a programação corrente na televisão para se colocar no ar uma novidade de importância suficiente para tornar sua divulgação inadiável.

A segunda característica fundamental, a universalidade, está relacionada à função jornalística de mediar as informações das mais variadas áreas da vida. Ela revela uma ligação com o temporal, já que envolve aquilo que merece e que se deve saber no presente, estando assim, fortemente ligada com a atualidade e a novidade. Ela se mostra um tipo ideal a partir da percepção de que é impossível manter uma universalidade absoluta. Milhares de coisas acontecem a todo o momento em milhares de lugares. A universalidade se mostra como um critério de seleção de importância jornalística geograficamente localizado em um determinado período de tempo: o que importa naquele momento naquele lugar. “A universalidade do jornal indica a relação quantitativa entre o material do jornal e o material da realidade, na medida em que este pertença aos mundos diante de seus leitores” (GROTH, 2011, p. 182). O tipo ideal nessa relação objetiva estaria na ‘equidade quantitativa’. Esta se torna mais difícil com uma maior amplitude de tempo, espaço e público; quanto maiores eles são, menor é a chance de alcançar uma universalidade satisfatória.

A atualidade, terceira característica fundamental apontada por Groth (2011), revela-se como uma relação temporal situada entre o momento que acontece o fato e o momento em que ele é noticiado, onde o tempo ideal é a simultaneidade. Porém, sua existência não exclui a essência jornalística dos materiais não atuais, como é o caso do gênero diversional. A atualidade é a única característica que não se mostra como tipo ideal para a televisão, já que os avanços tecnológicos possibilitaram a transmissão ao vivo, que permite cobrir desde eventos programados até acontecimentos inesperados. A atualidade é um conceito subjetivo que varia para cada indivíduo, além de ter intensidade gradativa, variando de acordo com critérios pessoais.

Quarta e última característica fundamental apontada por Groth (2011, p. 265), a publicidade significa acessibilidade geral e propagação do conhecimento do tema. Ela trata de uma proporção de qualidade entre a quantidade de material e a de pessoas; seu tipo ideal se encontra na equidade. A publicidade é conceitualmente ilimitada, já que teoricamente qualquer um pode ser público de qualquer veículo jornalístico, havendo, porém, responsabilidades, já que, “[...] cada jornal tem que contar com a compulsão de que quanto mais amplamente distendida a sua propagação, maior é o grupo de interesses que tem que considerar” (GROTH, 2011, p. 278). Portanto, a publicidade é também uma seleção da porta por onde passarão os bens imateriais do veículo.

Mesmo tendo ficado por último na listagem do autor, a publicidade não é menos importante. Aliás, considerando-se a posição de empresa de qualquer veículo jornalístico, ela é o objetivo principal do jornal, já que se converte em vendas. Essas quatro características

estão em constante relação e são divididas segundo sua funcionalidade. Periodicidade e publicidade são características da forma; universalidade e atualidade características relacionadas ao conteúdo. Destas somente a periodicidade é apenas objetiva; todas as outras são subjetivas também.

O jornalismo que se compõe dessas, características é, para Groth (2011), um produto semiacabado, que só se completa no âmbito sociocultural, isto é, só ganha sentido com a recepção. O valor do jornalismo deixa de ser próprio para ser consecutivo: ele vale por seus efeitos. A partir das ideias de Groth (2011), Marques de Melo (1985) define jornalismo como:

Processo social que se articula a partir da relação (periódica/oportuna) entre organizações formais (editoras/emissoras) e coletividades (públicos receptores), através de canais de difusão (jornal/ revista/rádio/ televisão/ cinema) que asseguram a transmissão de informações (atuais) em função de interesses e expectativas (universos culturais ou ideológicos) (MARQUES DE MELO, 1985, p. 10).

O emissor e o receptor se ligariam por aquilo que acontece, porém se mantém como ponto de tensão a relação das expectativas do receptor com as potencialidades do veículo (MARQUES DE MELO, 1985).

Para Chaparro (1994, p. 17-18) o jornalismo se define como “[...] processo social e cultural de intermediação, com múltiplos emissores (de informações e opiniões) e receptores usuários [...]”. E, por isso, é complexo. Essa estrutura processual está fundamentada em três pontos (ética, estética e técnica) que, apesar de fundamentais, mesmo juntos, só se tornam jornalismo por meio da intenção. Não há jornalismo sem que os quatro fatores – ética, estética, técnica e intenção – estejam presentes. A intenção se impõe como caráter moral, estabelecendo-se bem como objetivo ou finalidade da ação; a partir da intenção, a ação é definida como jornalística ou não.

O jornalismo, enquanto “[...] narração da atualidade para alimentar processos sociais” (CHAPARRO, 1994, p. 15), envolve ações de interação de alta complexidade entre emissor e receptor. E, assim, torna possível a circulação de interesses, o que o citado autor coloca como qualidade de definição do jornalismo. “Só é notícia o relato que projeta interesses, desperta interesses ou responde a interesses” (CHAPARRO, 1994, p. 119).

No telejornalismo, a relação de interesses age externa e internamente, pois além das questões sociais e políticas há a relação do jornalismo, circunscrito em um código de ética profissional e de responsabilidade social, com a linguagem televisiva (TEMER, 2011). Analisando algumas especificidades do jornalismo de televisão, Coutinho (2012) seleciona

aquelas que considera como as características mais evidentes dentre as apontadas por estudiosos do telejornalismo: “[...] oralidade, o texto-fala, simplicidade, o vocabulário reduzido e a ênfase nas repetições, a redação das imagens, e com ela, o caráter emocional, a propensão ao drama e tendência à serialidade [...]” (TEMER, 2012, p. 52).

Além do estudo do jornalismo de cada veículo – e aqui nos interessa o telejornalismo – situa-se no bojo das teorizações sobre o campo a questão dos gêneros, mas dessa vez de forma específica: os gêneros do “gênero jornalístico”. Erbolato (1991) divide o jornalismo em quatro categorias: informativo, interpretativo, opinativo e diversional. Marques de Melo (1985) passa pela classificação de Erbolato, mas com a justificativa de adotar apenas as classificações que encontram ancoragem na práxis jornalística brasileira, acaba por adotar apenas dois gêneros jornalísticos baseados na intencionalidade: informativo e opinativo, que refletem os posicionamentos profissionais de reprodução e interpretação do real. Em obras posteriores o autor acaba por adotar cinco categorias baseadas em uma nova classificação ancorada nas funções jornalísticas de informar, opinar, interpretar, divertir e ser útil (MARQUES DE MELO, 2010a Apud ASSIS, 2011).

Dentre as características do jornalismo diversional está a noção de um jornalismo que não está focado em unicamente informar. Mais subjetivo e descontraído, ele faz uso de uma linguagem mais literária e menos rígida, carregada de fator humano. Assim, sem abrir mão da realidade em sua seleção apurada de informação e confirmação de dados ele é “um gênero que prima muito mais pelo estilo (pela estrutura da narrativa) do que, propriamente, pela informação” (ASSIS, 2011, p.3).

Groth (2011) não cita o jornalismo diversional, mas seu posicionamento sobre a objetividade e a relação do fator humano na produção das notícias dá abertura para o entendimento de que o jornalismo jamais é totalmente objetivo. Portanto, um trabalho não objetivo, mas que respeite os quatro fundamentos básicos do jornalismo, pode ser considerado como tal.

Cada mente humana tem seu próprio caráter de conhecimento e sentimento, instintivo e moral, e isso determina também o que desperta a sua atenção, o que ela percebe e interpreta com um julgamento (lógico). Assim, a imagem que o indivíduo obtém do ser e do acontecer se configura de forma diferente para cada um. Cada um vai traçar uma outra imagem nos seus relatos e descrições. Origem e predisposição, formação e educação, ambiente e objetivo de vida, todas essas experiências que se faz, os destinos que o levam influenciam a forma e a maneira como o indivíduo absorve o meio ambiente e os acontecimentos em si e por isso também não são indiferentes para as notícias que ele escreve e sobre eles. (GROTH, 2011, p. 371-372).

O jornalismo, para Groth, (2011) é o resultado da atuação do jornalista sob a influência de uma série de fatores pessoais e profissionais. Porém, desacreditar da objetividade não significa abdicar a verdade; a verdade é imprescindível, mesmo que limitada às condições de apreensão da informação que o jornalista dispõe. “Só se pode exigir do jornalista a verdade, limitada, sobretudo somente a verdade do dia, do presente. Mas não é por isso que a exigência da verdade está suspensa para o jornalismo” (GROTH, 2011, p. 376). Subentende-se que a objetividade é também um tipo ideal e que a atuação fora dele não exclui um gênero do campo.

5.9 A IMERSÃO E A EXPERIÊNCIA CONTADA

A construção de uma base teórica sobre gêneros televisivos, e em menor escala jornalísticos, nos servem de ponto de reflexão para a análise que será desenvolvida. Antes de entender seu posicionamento quanto à saúde mental, é preciso buscar entender até que ponto o trabalho realizado pelo programa “A Liga” pode ser avaliado como jornalístico. Considerando que o programa não se encaixa no modelo-padrão de telejornal e/ou de documentário e partindo das bases teóricas até aqui construídas, um caminho possível para se pensar o objeto em questão é o jornalismo diversional apontado por Erbolato (1991) e por Marques de Melo.

Em conformidade com alguns autores (não havendo unanimidade acerca do tema portanto essa é uma escolha teórica desse trabalho), o jornalismo diversional recebe diversos outros nomes: novo jornalismo, literatura da realidade, jornalismo literário, jornalismo narrativo, dentre outros, o gênero se estabelece no Brasil como jornalismo diversional. Assis (2013) observa que a nomenclatura tem origem na função primordial desse gênero, que, diferentemente do jornalismo padrão, não é informar, mas divertir. Essa diversão, porém, diferencia-se amplamente da proporcionada pelas produções ficcionais e de entretenimento. Trata-se de um resultado da cultura de massas, que busca no entretenimento uma ampliação dos públicos. “Ao gênero jornalístico diversional, portanto, cabe proporcionar certa dose de diversão, de entretenimento, ao público, por meio de conteúdo interessante, que seja agradável de ler, de ouvir ou de assistir.” (ASSIS, 2009, p. 5).

O gênero marca, então, a absorção de técnicas e estilos literários nos textos jornalísticos, mantendo-se a responsabilidade com o real (ASSIS, 2009). Podendo ser encontrado em variados formatos, ele tem como característica fundamental a estilística e a técnica literárias aplicadas a informações e dados verdadeiros, próprios do jornalismo. O que

implica a obrigatoriedade da verdade, mas possibilitando ao jornalista uma criação flexível, fazendo o uso mais livre das linguagens jornalística e literária, usando-as de forma atrativa.

Uma dos mais fortes e proeminentes exemplos do jornalismo diversional é o período denominado *new journalism* que ainda tem os motivos de seu nascimento como causa de divergências teóricas. Para Erbolato (1991) ele surge como uma resposta ao jornalismo comercial padronizado que imperava nos Estados Unidos na década de 1960, que, com um modelo único de pirâmide invertida, apresentava as notícias e reportagens como informações em uma fórmula matemática. Marques de Melo (2006b *apud* ASSIS, 2009), aponta a ligação do surgimento do *new journalism* com mudanças nas tendências mercadológicas midiáticas, porém por outro viés.

[...] surge no pós-guerra como contingência do jornalismo, no sentido de sobreviver num ambiente midiático dominado pelo entretenimento. A ascensão do *show business* contamina a produção jornalística, introduzindo ao resgate de certas formas de expressão que mimetizam os gêneros ficcionais, embora os relatos permaneçam ancorados na realidade (MELO, 2006b *apud* ASSIS, 2009, p. 6).

Apesar de haverem incursões pelo jornalismo diversional na primeira metade do século XX, como a obra **Hiroshima** de John Hersey, o *New Journalism* só ganha força e nome na segunda metade do século. Em 1965 Truman Capote escreveu aquela que é considerada por muitos como um marco do jornalismo diversional, ou literário: '*In cold blood*' (**A sangue frio**). Se nos Estados Unidos há teóricos que defendam Gay Talese como pioneiro do gênero, no Brasil há quem credite à obra 'Os sertões', de Euclides da Cunha, o pioneirismo desse tipo de jornalismo. É importante destacar que, como aponta Assis (2009; 2013), apesar de ser comumente tido como o gênero em si, o *new journalism* não deve ser utilizado como sinônimo de jornalismo diversional. O fato de alguns teóricos colocarem à prova o pioneirismo de Capote mostra que o gênero é anterior ao movimento do *new journalism*.

Independente disso, o conceito de *new journalism* solidifica a ideia de um jornalismo conectado aos modelos literários de narração e que possibilita um mergulho no subjetivo do profissional nos temas. "A nova técnica reaviva assuntos, torna-os sempre atuais e prende o leitor, ainda que ele já tenha conhecimento de muitos dos pormenores divulgados" (ERBOLATO, 1991, p. 42). Nesse gênero a atualidade e a novidade ganham novos contornos e possibilidades; a forma de contar, e mostrar, como no caso da televisão, sobrepõe-se à informação em si. Como defende Assis (2013), o trunfo do jornalismo diversional está não na

disponibilização de informações novas, mas na forma emocional de se contar a história e de se aprofundar nos detalhes, que no jornalismo informativo provavelmente seriam esquecidos.

A nova forma de contar e olhar para os detalhes ganha mais personalidade com o surgimento do jornalismo gonzo, uma vertente do *new journalism*. Em 1971 Hunter Thompson escreveu '**Medo e delírio em Las Vegas, uma jornada selvagem ao coração do sonho americano**', considerada a primeira obra do formato.

Jornalismo Gonzo consiste no envolvimento profundo e pessoal do autor no processo de elaboração da matéria. Não se procura um personagem para a história; o autor é o próprio personagem. Tudo que for narrado é a partir da visão do jornalista. Irreverência, sarcasmo, exageros e opinião também são características do Jornalismo Gonzo. Na verdade, a principal característica dessa vertente é escancarar a questão da impossível isenção jornalística tanto cobrada, elogiada e sonhada pelos manuais de redação. (THOMPSON, 2004b *apud* KRETTE JÚNIOR, 2010, p. 98).

Esse gênero, segundo Thompson (2004b *apud* KRETTE JÚNIOR, 2010), carrega três características fundamentais: a captação dos fatos também através da participação do jornalista (experiência); a possibilidade da inclusão de personagens e situações fictícias – em situações em que isso resulte em melhor informar; e narração em primeira pessoa. Por essas características o gonzo não raro é citado como jornalismo bizarro, estranho (RITTER; ROCHA, 2012).

A possibilidade de se utilizar personagens e situações fictícias baseados em situações reais gera controvérsia teórica, de forma que muitos autores não consideram o Gonzo como um gênero jornalístico, adotando a noção de imersão enquanto técnica de captação. É nesse sentido que o jornalismo Gonzo entra na construção teórica dessa pesquisa, como vertente que dá origem e solidifica a imersão.

A técnica de imersão possibilita uma maior liberdade de posicionamento e angulação, deixando o jornalista aberto para assumir a autoria e se posicionar ativamente, porém, mesmo com a liberdade de posicionamento o jornalista ainda assim está atado à responsabilidade com a verdade, como é apontado por Groth (2011). Com o uso da imersão a ética jornalística fica ainda mais nas mãos da subjetividade individual do jornalista, já que a partir do momento que está livre da objetividade, a verdade se torna um conceito ainda mais subjetivo e pessoal. Portanto, o jornalista não está livre de seu dever com a verdade, ele só abandona a verdade global objetiva para se ocupar de verdades individuais que devem continuar a ser medidas e pesadas segundo a ética jornalística.

O jornalismo diversional surge no impresso, onde acaba por ter mais força, mas também ganha espaço nas outras mídias; inclusive na televisão, na qual a imersão, em muitos momentos, aparece de forma não nomeada. Quando na televisão, o técnica de imersão não deve ser confundida com quadros de entretenimento – presença marcante em programas de auditório, que envolvem a vivência de uma experiência nova por parte de apresentadores ou convidados.

5.10 UM LUGAR TEÓRICO PARA “A LIGA”

O Programa “A Liga” foi produzido originalmente pela produtora argentina Cuatro Cabezas, empresa que após ser comprada pela holandesa Eyeworks passou a se chamar Eyeworks Cuatro Cabezas. Na Argentina, o programa se chama La Liga (*The Team* na versão em inglês), e no Brasil foi rebatizado após ter seu formato comprado pela Rede Bandeirantes. Este canal pertence ao Grupo Bandeirantes de Comunicação, fundado em 1967, por João Saad. Com o nome “A Liga”, passou a ser transmitido no Brasil semanalmente, às terças-feiras, por volta das 23 horas, sendo que o primeiro programa foi ao ar em 4 de maio de 2010.

Cada programa que era veiculado no período selecionado para a análise aborda apenas um tema, o qual é dividido em diferentes possibilidades de cobertura, que, por sua vez, são vivenciadas por seus apresentadores de forma direta e pessoal. Imagens de estúdio são usadas apenas para apresentar o tema, compreendendo não mais do que dois minutos por programa. Também são usados efeitos gráficos para a apresentação de dados sobre o tema e são realizadas algumas entrevistas participativas pelos apresentadores. Apesar das entrevistas e da inserção de efeitos gráficos, a ênfase principal está na experiência filmada; nesses momentos, pode ou não haver texto prévio, havendo uma predominância daquilo que o repórter fala fora do texto.

Segundo o perfil de audiência disponibilizado em maio de 2015 pela TV Goiânia, praça da Rede Bandeirantes em Goiás, o público do programa é majoritariamente masculino, sendo homens 60,9% e mulheres 39,1% da audiência. Já quanto à idade, o público se concentra principalmente na faixa entre os 25 e 49 anos, que compõe 54,47% do público. Os demais espectadores se dividem entre as faixas de 4 a 17 anos, somando 24,4%; de 18 a 24 anos, 3,92%; e de maiores de 50 anos, 17,21%. Os dados nos mostram que, apesar de haver pouca audiência entre 18 e 24 anos, o programa tem um público composto por uma maioria de adultos somada a uma parcela considerável de adolescentes e crianças. Esse público como um

tudo, é formado por 53,03% de espectadores da Classe C, 24,05 das classes D e E e 22,92% das classes A e B.

Esse perfil é diferente daquele encontrado nos programas que foram escolhidos para a análise, já que esses foram ao ar em 2010, 2012 e 2013. Um perfil de audiência disponibilizado pela Rede Bandeirantes (ANEXO A) em seu site comercial³ conta com informações coletadas em 2014, portanto mais próximas das que possuem os programas em questão. Os dados de 2014 mostram que o programa sofreu uma concentração de público por gênero e foi no sentido contrário nos quesitos faixa etária e perfil socioeconômico. Os dados de 2014 mostram que o público era formado por 52% de espectadores homens e 48% de mulheres. Esse público, que passou a ser mais masculino, tornou-se também mais jovem, já que em 2014 era de 44% entre 25 e 49 anos; 25% acima de 50 anos; 18% de 4 a 17 anos; e 13% de 18 a 24 anos. No quesito classe social se constituía em 47% de espectadores da classe C; 42% das classes A e B; e 11% das classes D e E

Essas mudanças podem ter sido causadas pelas alterações feitas no formato do programa, que, em sua quinta temporada – que estreou em abril de 2014 - abandonou o formato aqui analisado e passou a abordar mais de um tema em cada edição. O comparativo desses dois perfis de audiência indica que o programa passou por um processo de masculinização e jovialização do público. A mudança no formato nos mostra uma tentativa de popularização, que culminou em uma diminuição dos públicos A e B para aumento dos C, D e E. Apesar de não possuímos dados dos anos de 2010 a 2013, esse comparativo indica que os programas que analisamos eram voltados principalmente para um público mais velho e de classe social A, B e C – portanto, mais elitizado - o que pode justificar a adoção de um gênero diferenciado daquele oferecido pela televisão habitualmente, seja nos telejornais ou nos programas popularescos.

No sítio virtual da produtora Eyeworks Cuatro Cabezas, o programa é definido como:

Um formato notável introduzindo um novo tipo de jornalismo. Neste atual show, uma equipe de jovens, distintos e dedicados repórteres mergulham profundamente nas questões mais urgentes do dia, examinando um tópico semelhante de diferentes ângulos. Um show cheio de entretenimento, ironia e drama que dá uma visão completamente nova sobre a realidade. A equipe oferece os fatos sem preconceito, permitindo o público tirar suas próprias conclusões (EYEWORCS, 2015, tradução nossa)⁴.

³ Disponível em: <<http://comercial.band.uol.com.br/perfil-de-audiencia/>>. Acesso em: 20 de maio 2015.

⁴ Texto original: “A remarkable format introducing a new kind of journalism. In this current affairs show, a team of young, distinct and dedicated reporters delve deeply into the most pressing issues of

A definição do programa como um ‘novo tipo de jornalismo’, somada à ideia de um show televisivo cheio de ‘entretenimento, ironia e drama’, dá espaço para o entendimento de que se trata de um programa que se encontra na fronteira entre os gêneros informativo e de entretenimento, conforme a concepção de Souza (2004).

A versão brasileira de “A Liga” é ainda menos esclarecedora quando trata de seu gênero. Apesar de se aproximar do estilo do gênero diversional utilizando a técnica de imersão, o programa em nenhum momento se assume como tal, nem mesmo como jornalismo. Mais intrigante ainda é constatar que no sítio da emissora Bandeirantes⁵ o programa se encontra na aba de entretenimento. Como devemos então classificá-lo? Um ponto que se mostra especialmente interessante para tentar entender em que gênero televisivo do programa “A Liga” se encontra em seu quadro de profissionais de frente, os apresentadores. Nas quatro temporadas analisadas aqui (2010, 2011, 2012, 2013), o programa contou, de forma alternada, com 12 profissionais. O QUADRO 1 detalha o ano de participação e a experiência midiática anterior de cada um. Traz também, em ordem alfabética, os nomes artísticos utilizados no programa.

Considerando as informações organizadas nesse quadro, podemos perceber que todos os apresentadores possuíam experiências anteriores em programas televisivos, de entretenimento ou em outras mídias não jornalísticas. Esse levantamento mostra que para a escolha de seus apresentadores, o programa não prima pela formação ou pela experiência jornalística, mas pela experiência com programas televisivos de entretenimento ou experiências artísticas de uma forma geral.

the day, examining one similar topic from different angles. A show full of entertainment, irony and drama that gives a whole new view on reality. The Team offers the facts without prejudice, allowing the audience to draw their own conclusions”.

⁵ Disponível em: <band.uol.com.br>. Acesso em: 4 jan. 2014.

QUADRO 1 – Perfil dos apresentadores do programa “A Liga” no período analisado

Apresentador	Temporada(s)	Experiências midiáticas anteriores
Cazé Peçanha	2012, 2013	Poeta, apresentador
China	2012, 2013	Cantor, compositor, radialista
Débora Vilalba	2010, 2011, 2012	Lutadora de Jiu Jitsu, modelo, apresentadora de programa esportivo
Lobão	2012	Cantor, compositor, instrumentista, editor de revista, escritor e apresentador
Mariana Weickert	2013	Modelo e apresentadora
Mírian Bottan	2012	Blogueira, apresentadora
Rafinha Bastos	2010, 2011, 2013	Humorista, empresário, ator e apresentador
Rita Batista	2013	Radialista, apresentadora
Rosanne Mulholland	2010	Atriz
Sophia Reis	2011, 2012	Atriz e apresentadora
Tainá Müller	2010	Modelo, atriz e apresentadora
Thaíde	2010, 2011, 2012, 2013	Músico, ator e apresentador

Fonte: Elaboração da autora.

Mesmo não se assumindo como programa jornalístico e não tendo uma linha de profissionais de frente predominantemente com essa formação, “A Liga” em sua primeira temporada (2010) – que contava com os apresentadores Rafinha Bastos, Thaíde, Rosanne Mulholland, Debora Vilalba e Tainá Müller – ganhou o prêmio da Associação Paulista de Críticos de Arte (APCA) como melhor programa jornalístico (DIÁRIO DO GRANDE ABC, 2014, ONLINE) (FIGURA 3).

FIGURA 3 - Programa “A Liga” ganha prêmio da APCA de melhor programa jornalístico



Fonte: Disponível em: <band.uol.com.br>. Acesso em: 4 jan. 2014.

Esses esclarecimentos são o pontapé inicial para entendermos com que tipo de programa televisivo estamos lidando. Dando base para as análises e para a busca de uma definição do local midiático do programa “A Liga”, as quais serão feitas na etapa de análise de conteúdo.

6 METODOLOGIA: ANÁLISE DE CONTEÚDO

6.1 ANÁLISE DE CONTEÚDO

O método de trabalho, ou metodologia de pesquisa, traduz-se como a forma adotada pelo pesquisador para a realização de uma pesquisa científica. A escolha da metodologia significa não só definir como será feito o estudo, mas também a delimitação daquilo que se busca descobrir. O objeto direciona a escolha do método, que, por sua vez, dá formato ao objeto. Sob o olhar atento do cientista e a sistemática construção metodológica e teórica, o conhecimento empírico e os documentos ou informações brutas se transformam em conhecimento científico.

Neste trabalho, foi feito uso da metodologia denominada análise de conteúdo, para um estudo da representação da loucura no programa “A Liga”. Nas próximas páginas será desenvolvida uma especificação de método que busca uma fundamentação da análise de conteúdo que possibilite o seu melhor uso e expanda possibilidades. Os levantamentos sobre a metodologia buscam formar uma estrutura que explique como o método pode contribuir para a construção de conhecimento.

6.2 ORIGEM E EVOLUÇÃO DA ANÁLISE DE CONTEÚDO

A análise de conteúdo tem sua origem muito antes do uso do próprio termo e do desenvolvimento de regras que possibilitassem a sua configuração como uma metodologia de pesquisa em comunicação. Apesar de ainda primário, no século XVIII, o uso da análise de conteúdo em um estudo realizado pela corte sueca em 90 hinos religiosos anônimos – os Cantos de Sião – a fim de identificar heresias, mostra que o uso deste método se deu desde os primeiros *medium* (KRIPPENDORF, 1990 *apud* FONSECA JÚNIOR, 2005). Já em 1888, B. Bourbon realizou uma análise de conteúdo mais sistematizada sobre o livro do Êxodo, da Bíblia, a fim de ilustrar um trabalho sobre expressão de emoções e linguagem (BARDIN, 2010). Para Temer (2011), o método se apresenta como análise das mídias desde a publicação do texto ‘Do newspaper now give the news?’, em 1893, por G. J. Speed.

Mesmo com algumas ocorrências anteriores, a análise de conteúdo ganhou força e se estabeleceu a partir do início do século XX. O primeiro estudioso a se destacar no campo da análise de conteúdo de mídia foi Harold Lasswell. O representante da Escola de Chicago foi

um dos precursores do método nos Estados Unidos. Seu estudo ‘Propaganda technique in the World War’, publicado em 1927, tornou-se um marco nos estudos de análise de conteúdo (FONSECA JÚNIOR, 2005).

O método, que surgiu tal como conhecemos durante a Primeira Guerra Mundial, ganhou força durante a Segunda Grande Guerra. Bardin (2010) explica que a problemática de guerra gerou grande interesse por parte dos departamentos de ciências políticas na análise de conteúdo; naquele momento, se fazia necessário captar o implícito da comunicação. Muitos estudos em outras áreas de interesse, como a psicologia, por exemplo, foram desenvolvidos nesse período, marcado como o momento de maior prosperidade da metodologia desde então.

Entre o final dos anos de 1940 e início dos de 1950, surge outro marco da análise de conteúdo: a codificação do método – publicada primeiro por Lazarsfeld e Berelson no estudo ‘The analysis of communications content’, de 1948, e, posteriormente, somente por Berelson em seu estudo ‘Content analysis in communication research’, de 1952. Entre 1950 e 1960, após o fim da Segunda Guerra Mundial, a análise de conteúdo ganhou espaço em várias outras disciplinas, porém foi fonte de desilusão para alguns de seus principais teóricos, como Lasswell e Berelson (BARDIN, 2010). Nesse momento, surgiu e ganhou força uma discussão que por anos foi de grande importância para a estruturação do método em seus primeiros anos: a oposição entre quantitativo e qualitativo.

Em 1963, no Brasil, Gilberto Freyre publicou o livro ‘O escravo nos anúncios de jornais brasileiros do século XIX’, no qual desenvolve, com abordagem sociológica, uma análise de conteúdo em jornais sobre os negros no Brasil. Marques de Melo (1972) destaca que outros estudos de natureza sociológica e antropológica foram realizados nesse mesmo período no Brasil, sendo Freyre um de seus grandes entusiastas. No campo das análises de conteúdo em jornalismo, o Brasil teve seus primeiros estudos ainda mais cedo.

A primeira pesquisa quantitativa sobre jornalismo em nosso país foi feita pelo professor Pedro Parafita de Bessa, da Faculdade de Filosofia da Universidade de Minas Gerais, que analisou três jornais de Belo Horizonte durante uma semana (11 a 17 de agosto de 1944). Essa pesquisa procurou caracterizar as mensagens publicadas nos jornais da capital mineira sob dois prismas específicos: a) conteúdo; b) usos da linguagem (MARQUES DE MELO, 1972, p. 47).

Bardin (2010) destaca que três fatores foram fundamentais para mudanças ocorridas nos estudos de análises de conteúdo dos anos de 1960 até 1975, período anterior à publicação de seu livro. São eles: o computador; o surgimento de estudos sobre comunicação não verbal;

e a subjetividade de trabalhos linguísticos. Essas mudanças foram fundamentais para a análise de conteúdo que temos hoje.

É indiscutível a importância do computador no *boom* pelo qual passou a análise de conteúdo nos últimos 40 anos. Com a ajuda de computadores e programas de codificação, os pesquisadores conseguiram uma maior dinamização do trabalho, dessa forma conseguindo um maior alcance nas análises de mídia. Mais material pode ser analisado com maior precisão em um menor período de tempo, o que incentivou a adoção do método e equiparou a capacidade de análise à de produção midiática.

A abertura do campo para estudos de comunicação não verbal levou as pesquisas de análise de conteúdo a ganhar mais espaço, assim como as análises midiáticas. Por ter sua base no Positivismo – corrente desenvolvida por Augusto Comte, que parte da ideia de uma cientificidade metódica que trabalha métodos rígidos de pesquisa, a análise de conteúdo ganhou espaço ao surgir como uma solução objetiva à supostamente subjetividade dos estudos linguísticos.

Apesar de contar com estudos de análise de conteúdo muito mais antigos, como os de Freyre e Bessa, os estudos de comunicação na América Latina ganharam força somente a partir da década de 1960. Melo (1972) atribui esse ganho de força do método ao próprio desenvolvimento da ‘comunicação coletiva’ no continente americano, principalmente em sua parcela latina. Outro fator apontado pelo autor como de grande importância para o desenvolvimento da análise de conteúdo na América Latina foi a formação do centro de pesquisas Ciespal (Centro Internacional de Estudios Superiores de Comunicación para América Latina), na Universidade Central do Equador, incentivada por ações institucionais de infraestrutura da Unesco (Organização das Nações Unidas para a educação, a ciência e a cultura). Para Melo (1972), o Ciespal foi um dos grandes responsáveis pela implantação da análise de conteúdo nas universidades latino-americanas – que dali em diante desenvolveriam seus próprios estudos com o método.

A partir da segunda metade do século XX, a análise de conteúdo passou a ser mais profundamente estudada e estruturada. Em 1977, Laurence Bardin se dedicou a construir um mapa do método. Dentre outros nomes de grande importância para os estudos de análise de conteúdo, Herscovitz (2010) aponta Klaus Krippendorf e Robert Weber.

6.3 QUALITATIVO X QUANTITATIVO

Como já foi apontado, a dicotomia teórica entre o caráter quantitativo e o qualitativo da análise de conteúdo foi, por muito tempo, marcante dentro das discussões que permearam o crescimento do método. Herscovitz (2010) esclarece que a discussão sobre o caráter da análise de conteúdo qualitativo e quantitativo foi marcada por duas argumentações básicas. De um lado, estavam os analistas de conteúdo que defendiam o formato qualitativo e acusavam trabalhos quantitativos de superficialidade, por “[...] desconsiderar o conteúdo latente e os contextos de objetos analisados, bem como por dar margem a simplificações e distorções qualitativas” (HERSCOVITZ, 2010, p. 125). Do outro, estavam analistas positivistas conservadores, que enxergavam no formato qualitativo uma folga à cientificidade, já que não consideravam os resultados obtidos com esse formato de pesquisa possíveis de replicação, graças à sua falta de rigor na classificação.

Mesmo com essas questões esclarecidas, Herscovitz (2010) refuta o argumento da falta de objetividade, alegando que, mesmo na análise de conteúdo qualitativa não há espaço para a subjetividade, já que o objeto de pesquisa não sofre ação direta do pesquisador. Dessa forma, possíveis erros decorreriam da inferência, e não da falta de cientificidade desse desdobramento do método. “O analista de conteúdo não tem nenhum efeito sobre o objeto de estudo no sentido de que não pode modificá-lo, embora possa falhar em sua interpretação” (HERSCOVITZ, 2010, p. 138).

A aproximação de outras áreas com a análise de conteúdo é, para Temer (2011), um dos motivos de sua hibridização, não só na abordagem temática – linguística, da etnologia, da história, da psiquiatria, da psicanálise, da psicologia, das ciências políticas, entre outros –, mas também no formato de pesquisa, permitindo uma fusão do qualitativo e do quantitativo, que passaram a estar presentes, com maior frequência, simultaneamente em estudos de análise de conteúdo.

Para Bardin (2010), cada abordagem de formato possui seu campo de ação, dessa forma o uso de um não exclui o uso do outro, é adicional. A rigidez do quantitativo serve perfeitamente à obtenção estatística de dados descritivos, feita na fase de verificação de hipóteses; enquanto a adaptabilidade e a maleabilidade do qualitativo servem à etapa seguinte, que corresponde à utilização do descritivo para a realização da inferência. Seguindo este pensamento, Herscovitz (2010) corrobora:

A tendência atual da análise de conteúdo desfavorece a dicotomia entre o quantitativo e o qualitativo, promovendo uma integração entre as duas visões de forma que os conteúdos manifesto (visível) e latente (oculto, subentendido) sejam incluídos em um mesmo estudo para que se

compreenda não somente o significado aparente de um texto, mas também o significado implícito, o contexto onde ele ocorre, o meio de comunicação que o produz e o público ao qual ele é dirigido. (HERSCOVITZ, 2010, p. 126).

Dessa forma, a análise de conteúdo deixou de ser um método estritamente descritivo, dando maior importância à inferência, que passa a ocupar um papel fundamental dentro do método. O espaço que separava qualitativo de quantitativo foi encurtado, tornando mais visível a posição da quantidade como uma qualidade, não havendo, assim, diferenças suficientes para colocá-los em pontas opostas. Hoje, a análise de conteúdo é, em seu cerne, um método de trabalho híbrido, o que possibilita maior versatilidade de aplicação e a possibilidade de levantar resultados e suas causas em um mesmo estudo, o que possibilita maior precisão nos estudos de mídia.

6.4 PRÉ-ANÁLISE

Uma metodologia serve a objetivos pré-definidos pelo pesquisador. Para Temer (2011), o fato de a análise de conteúdo servir a objetivos precisos não deve funcionar como motivo para fugir da teorização e da fundamentação metodológica, tanto na organização do projeto quanto na sua realização.

A objetividade do método, no entanto, não desobriga os pesquisadores de trabalharem, a partir da incorporação de marcos teóricos profundos e bem definidos, da aplicação de ferramentas estatísticas, da incorporação de dados procedentes de análises posteriores de qualquer tipo e, sobretudo, da definição de conceitos coerentes e suficientes para possibilitar a objetividade da análise (TEMER, 2011, p. 413).

Temer (2011) coloca, juntamente com a fundamentação teórica, outro ponto que é fundamental da análise de conteúdo e que será tratado mais à frente: a categorização. Ao contrário do que acontece nas ciências duras, a afirmação ‘os dados falam por si mesmos’ nas ciências humanas não é suficiente. Os dados necessitam: de uma base teórica que dê sentido à sua existência; de hipóteses que norteiem seu trabalho de captação e interpretação; e, acima de tudo, de um trabalho de inferência que possibilite transformar os dados captados através de processos sistemáticos em conhecimento científico.

Fonseca Júnior (2005) organiza a análise de conteúdo em três fases cronológicas básicas. A primeira delas é a pré-análise, momento no qual o pesquisador desenvolve o

planejamento do trabalho que será feito: escolha das bases teóricas, estabelecimento de objetivos e de levantamento de perguntas ou hipóteses. A segunda etapa consiste na exploração do material, que na prática se resume como a análise do material separado para amostragem – que neste ponto é tratado como material bruto ainda não interpretado e codificado. A terceira e última é a etapa de tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação, que consiste na codificação dos dados e na retirada de informações explícitas e implícitas deles de forma a possibilitar a inferência.

Esses três tempos cronológicos são definidos por Fonseca Júnior (2005) de forma a condensar, sob um formato objetivo, as várias etapas de uma análise de conteúdo. O autor deixa claro que, dentre elas, a fase mais importante é a de pré-análise, já que fundamenta os parâmetros que servirão ao desenvolvimento das fases seguintes, servindo como alicerce às fases de análise e de interpretação de dados. Uma falha na fundamentação e na organização objetiva do projeto pode levar a erros que só serão percebidos na etapa final do trabalho, acarretando um grande desperdício de tempo e uma necessidade de reformulação que pode provocar perda de material.

Apesar de haver um consenso acerca da importância da base de organização da análise de conteúdo, alguns teóricos divergem sobre em qual momento cronológico da pesquisa se deve estabelecer as hipóteses e as perguntas. Para Bardin (2010), a definição de perguntas e hipóteses pode ser feita também na etapa de análise do material, definida por ela como leitura flutuante. Podendo variar de acordo com a função da análise realizada: heurística (exploratória) ou administração de prova (hipóteses como base para a análise).

6.5 ANÁLISE DO MATERIAL

A segunda etapa da pesquisa, nomeada como análise do material, consiste no momento de descrição dos documentos selecionados para o estudo, conforme os parâmetros e as classificações definidas pelo pesquisador. Pode ser resumida como etapa de tratamento da informação, quando efetivamente ocorre a codificação.

A leitura sistemática do material consiste em uma peça-chave no ‘tornar-se desconfiado’ e ‘vigilância crítica’, colocados por Bardin como processos evolutivos naturais de desenvolvimento dos pesquisadores que se dedicam à análise de conteúdo. Para Bardin (2010), assim como para Bauer (2011) dois tipos de documentos podem servir de material de análise: documentos naturais pré-existentes, que existem independentes da pesquisa e foram

desenvolvidos com outras finalidades, como jornais; e documentos desenvolvidos para o estudo, como questionários aplicados pelo pesquisador.

Como é apontado por Bardin (2010), a análise de conteúdo é um método extremamente empírico; sendo assim, os resultados obtidos com esse tipo de pesquisa são fortemente dependentes do tipo de material ao qual se aplicam as técnicas de decodificação e ao que se pretende com a interpretação. Um mesmo material pode servir a inúmeras pesquisas com diferentes objetivos; logo, é importante considerar que o que se busca na inferência vai guiar o trabalho de análise de material.

A conceituação é o início da análise de material e para uma boa categorização são necessários conceitos sólidos daquilo que será classificado. Com a conceituação pronta, se faz a categorização. Esta consiste na criação sistemática de categorias que serão utilizadas na classificação do material e seu discurso segundo as necessidades criadas pelas hipóteses levantadas e pelas perguntas a serem respondidas. A divisão de categorias, assim como as hipóteses e as perguntas, não são estáticas e são passíveis de mudanças que se tornam necessárias em função do próprio objeto de estudo.

Deve-se considerar que uma pesquisa só pode utilizar uma estrutura de análise já utilizada caso a pesquisa de origem respeite e utilize a mesma codificação. Na grande maioria dos estudos o pesquisador deve desenvolver suas classificações e, conseqüentemente, estabelecer seu código. Esse processo deve ser sistemático, a fim de evitar a subjetividade. Uma categorização de análise de conteúdo deve respeitar critérios científicos de comprovação científica, usando o empirismo apenas no material analisado, servindo assim como base da pesquisa e não como forma de análise descritiva e indutiva. Essa análise pode acontecer de várias formas; por isso, não nos ocuparemos aqui em listá-las, mas tentaremos apontar a função e o significado desta etapa.

6.6 INFERÊNCIA

A inferência é a última etapa da análise de conteúdo e, conseqüentemente, o fechamento do estudo. Consiste na dedução lógica a partir das informações até então construídas pela análise do material. Temer (2011) define a inferência como:

[...] operação lógica que analisa os índices postos em evidência pelos dados numéricos para, a partir desses dados, deduzir novos conhecimentos sobre os

emissores e suas intenções e quaisquer outros aspectos relevantes, eventualmente, fazendo a projeção da evolução destes dados ou configurando possibilidades (TEMER, 2011, p. 414).

Apesar de hoje ser caracterizada por muitos autores como etapa constituinte básica para estudos de análise de conteúdo, por muito tempo a inferência não foi considerada fundamental, sendo por muitas vezes apontada como uma fonte de subjetividade que colocava em risco a cientificidade do método.

Um dos primeiros codificadores do método, Berelson (1952 *apud* BAUER, 2011, p. 192), ao definir a análise de conteúdo como “[...] a técnica de pesquisa para a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação [...]”, não considerou a inferência como parte do processo de análise, limitando a pesquisa ao seu caráter quantitativo. Até esse momento, o papel da análise de conteúdo era a organização do material e a descrição dos dados, as quais a partir de uma sistematização, fariam por si mesmos. Com o aparecimento de pesquisadores que defendiam o caráter qualitativo e o direcionamento das discussões para a formação de um método híbrido, a inferência ganhou força e acabou por se tornar o objetivo fundamental das pesquisas de análise de conteúdo.

Para Bardin (2010), a finalidade da análise de conteúdo em si é a inferência. Conforme esta autora, busca-se

Obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2010, p. 44).

Dessa forma podemos concluir que a inferência amplia o alcance do estudo, podendo, por meio das informações previamente descritas, chegar a informações de outras qualidades. Não há, assim, para este processo, um modelo de trabalho que não seja a própria dedução lógica por comparação e interpretação dos fatos dentro de seu contexto de existência.

6.7 A REPRESENTAÇÃO DO *CORPUS* E DA AMOSTRAGEM

Falar em análise de conteúdo é impreterivelmente falar em representação. A metodologia de análise de conteúdo é muito frequentemente aplicada em estudos de representação, como é o caso deste. Porém, ao tratar de representação na análise de conteúdo,

estamos considerando não só a temática e os objetivos dos estudos que se interessam e encontram soluções na análise de conteúdo, mas também o fato de que a própria análise é feita a partir de amostragens representativas.

Bauer (2011) dedica uma atenção especial à questão da representação através de uma análise da metodologia utilizando como ponto de partida a tríade de comunicação estabelecida por Bueheller (BAUER, 2011, p. 192): “[...] um símbolo representa o mundo; esta representação remete a uma fonte e faz apelo a um público”. O autor chega à ideia de que o *corpus*, como representação e expressão do objeto de pesquisa, permite uma reconstrução científica de “[...] indicadores, cosmovisões, valores, atitudes, opiniões preconceitos e estereótipos e compará-los entre comunidades” (BAUER, 2011, p. 192).

Nesse plano de representação, que é a escolha e formação do *corpus*, seriam reconstruídos o que o autor chama de ‘mapas de conhecimento’ e que estão presentes no corpo do texto. Considerando especialmente a questão textual, que pode servir de base para estudos que utilizem a metodologia em questão – e mais à frente veremos que outros pontos não textuais da comunicação também podem servir à metodologia –, a análise de conteúdo possui o potencial de reconstruir representações em duas dimensões distintas: a sintática e semântica. “Procedimentos sintáticos se enfocam os transmissores de sinais e suas inter-relações. A sintaxe descreve os meios de expressão e influência – como é dito ou escrito [...] tem a ver com ‘o que é dito no texto?’ os temas e avaliações” (BAUER, 2011, p. 192-193)

A formação do *corpus* tem grande importância na análise de conteúdo, funcionando como a formação de um universo particular. Quando tratamos da questão da representação, a delimitação de uma amostragem é fundamental para garantir fidelidade ao contexto e proporções reais de onde o objeto foi retirado. Em alguns casos, ela se dá com a adoção de todo o material disponível, como é o caso desse trabalho, no qual todos os programas de um mesmo tema foram estudados. Em outros com a amostragem delimitada por critérios pré-definidos pelo pesquisador. Independente do modelo de análise de conteúdo e da amostragem escolhida, é importante destacar que a amostragem não pode dar espaço para a ambiguidade, respeitando o próprio tema em suas possibilidades de variação e de representação.

6.8 BARDIN

A francesa Laurence Bardin é uma das maiores estudiosas da análise de conteúdo. Seu livro que carrega o nome do método, lançado em 1977, tornou-se um manual referência nos

estudos de análise de conteúdo, por tratar do método de forma sistemática, servindo de guia de aplicação. A autora, logo no prefácio, define a análise de conteúdo como “[...] conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais sutis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a ‘discursos’ (conteúdos e continentes) extremamente diversificados [...] hermenêutica controlada, baseada na dedução: inferência.” (BARDIN, 2010, p. 11).

Para Bardin (2010), análise de conteúdo não se trata de um instrumento específico de trabalho, mas de um conjunto de técnicas de análise das comunicações que objetivam superar as incertezas promovendo o enriquecimento da leitura, que podemos resumir como uma compreensão por meio de leitura aprofundada e sistêmica.

Estabelecidos os objetivos básicos, Bardin (2010) apresenta duas funções básicas da análise de conteúdo, que podem ou não ocorrer concomitantemente em um único estudo:

- a) função heurística: de caráter exploratório; o pesquisador pode utilizar-se do método para realizar descobertas;
- b) função de administração da prova: hipóteses e perguntas provisórias servem de guia para a realização de uma análise sistemática de dados que servirão de ‘prova’; busca a comprovação ou a negação das hipóteses e das perguntas levantadas.

A possibilidade de uma função heurística da análise de conteúdo, para Bardin (2010), explica seu posicionamento de pré-análise que permite o desenvolvimento de hipóteses e perguntas temporárias baseadas na “leitura flutuante” do material. Ou seja, uma teorização provisória baseada no conhecimento básico do objeto.

A análise de conteúdo, para Bardin (2010), é um conjunto de técnicas maleável e adaptável, fazendo jus ao uso do termo ‘análise de conteúdo’ para se referir ao método. Enquanto conjunto de técnicas, a análise de conteúdo não se define por uma receita pronta para o uso em pesquisa, já que uma gama incalculável de formas de aplicação se encontra sob o nome de análise de conteúdo, aplicável a qualquer comunicação.

Tratando-se da comunicação e de seus produtos como critério para a análise de conteúdo, cabe um questionamento fundamental: o que é a comunicação para Bardin? “Qualquer veículo de significados de um emissor para um receptor controlado ou não por este, deveria poder ser escrito, decifrado pelas técnicas de análise de conteúdo” (BARDIN, 2010, p. 34). Pode-se, assim, sistematizar a comunicação segundo dois critérios: quantidade de pessoas envolvidas e o caráter do código e do meio – suporte da mensagem.

O uso do método, apesar de maleável e aberto à possibilidade e hibridismos com outros métodos de pesquisa, exige uma adequação rígida às regras de codificação, classificação e inferência – que são critérios da análise de conteúdo e, por conseguinte, um exercício indispensável para estudos de análises de conteúdo. Aqui faremos um acompanhamento de cada etapa do método de análise de conteúdo segundo a obra de Bardin a fim de estabelecer uma metodologia de estudo precisa e aplicável ao presente trabalho.

6.9 O MÉTODO POR BARDIN

Bardin (2010), assim como Fonseca Júnior (2005), divide a organização do trabalho em três fases: a) pré-análise; b) exploração do material e tratamento dos resultados; c) inferência e interpretação. A fase de pré-análise, é para Bardin (2010), o momento de organização do trabalho, período no qual a operacionalização de intuições e das ideias iniciais proporciona o desenvolvimento de um plano de análise. Nesta etapa, três ‘missões’ devem ser realizadas, mas não necessariamente na ordem em que estão aqui apresentadas:

- a) escolha de documentos a serem analisados – formação do *corpus* ou amostragem;
- b) formulação de hipóteses e objetivos;
- c) elaboração de indicadores que fundamentarão o trabalho de inferência.

Ao contrário do que é apontado por outros autores, para Bardin (2010) o primeiro momento do processo de pré-análise não é a formulação das hipóteses e dos objetivos que guiarão o trabalho, mas, sim, exceto em alguns casos de administração de prova, o contato com os documentos a serem analisados. Realizando aquilo que a autora chama de leitura flutuante, que nada mais é do que uma leitura de reconhecimento, o primeiro contato com os documentos serve para impregnar o autor de ‘impressões e orientações’ sobre o texto.

A segunda etapa da pré-análise consiste na escolha dos documentos. Após a leitura flutuante, é necessário selecionar os documentos que possuam potencial de informação sobre o objeto de estudo. Dessa forma, podem ser utilizados todos os documentos pré-lidos de forma flutuante; ou, então, pode ser necessária a delimitação de um *corpus*, que Bardin (2010, p. 122) define como “[...] conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos”. A formação do *corpus* implica em um processo de seleção, o qual tem como principais regras as seguintes:

- a) regra da exaustividade :a exclusão de um documento do *corpus* só deve ser feita caso possa ser justificada de forma rigorosa. Qualquer material que possa ser incluído no período ou qualquer outro critério de seleção do *corpus* deve ser utilizado. Em casos em que isso não se torna possível, cabe ao pesquisador estudar formas de diminuir ou delimitar o *corpus*, de forma a não deixar de fora documentos constituintes do *corpus*;
- b) regra da representatividade: caso o objeto escolhido esteja passível de representação através de amostragem, é possível utilizar essa forma de *corpus*. A amostragem deve ser fiel à realidade, sendo capaz de representar o objeto em seu contexto real. A regra da representatividade muitas vezes depende de cálculos precisos de amostragem, que garantam o uso de uma quantidade de documentos proporcional ao todo;
- c) Regra da homogeneidade: os documentos constituintes do *corpus* devem possuir singulares que os coloquem como iguais dentro de um grupo sistemático de critérios de seleção. Nada que destoe muito da proposta do objeto e que não funcione de forma homogênea com o todo da amostragem poderá ser utilizado;
- d) Regra da pertinência: os documentos selecionados devem ser pertinentes enquanto fontes de informação capazes de levar ao alcance dos objetivos estabelecidos na pré-análise.

A terceira etapa do processo de organização consiste na elaboração das hipóteses e dos objetivos. Bardin (2010) define hipóteses como afirmações provisórias propostas à verificação por meio de procedimentos sistemáticos de análise e objetivo como finalidade geral proposta no trabalho. A autora explica que nem sempre as hipóteses são estabelecidas no processo de organização do trabalho, mas que isso não exclui a necessidade de hipóteses que guiem o processo até a análise. Com relação a essa etapa, duas formas de procedimentos podem ser listadas. Nos procedimentos fechados, ocorre a experimentação de hipóteses; sendo assim, elas se fazem necessárias na fundamentação do trabalho. Nos procedimentos de exploração, desenvolvem-se hipóteses a partir dos próprios objetos de estudo, o que possibilita a construção de hipóteses e a reformulação durante o processo de análise.

A quarta etapa consiste na referenciação de índices e na elaboração de indicadores. Nesse momento, são determinados os pontos indicantes do tema no *corpus*. A partir da escolha dos índices, são determinadas “[...] operações de recorte de texto em unidades comparáveis de categorização para análise temática e de modalidade de codificação para

registro de dados” (BARDIN, 2010, p. 126). A fim de garantir a segurança dessa referenciação, é necessário que os indicadores sejam previamente testados em algumas passagens do objeto.

A quinta e última etapa desse primeiro momento consiste na preparação do material; simplificando: edição conforme o formato de análise e os objetivos de estudo. Exemplos: transcrição de entrevistas, vídeos, áudio de rádios, recorte de matérias impressas, catalogação de documento segundo informações importantes para a análise, entre outras coisas.

A segunda fase da pesquisa é a de exploração do material. Para a autora, esse momento a pesquisa consiste em “fase longa e fastidiosa, consiste essencialmente em operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas.” (BARDIN, 2010, p. 127). A codificação consiste na transformação dos dados, na condição de material bruto, que, por meio de regras sistemáticas, são convertidos em unidades de registro que funcionem como representação e carreguem as características do material estudado como um todo. Como exemplo de análises quantitativas e categoriais, Bardin (2010) seleciona três escolhas que compreendem a codificação:

- a) recorte : definição de unidade de registro;
- b) enumeração: definição dos critérios de contagem;
- c) classificação e agregação: categorização.

A definição da unidade de registro deve respeitar a necessidade do estudo. Unidade de registro, para a autora é a “[...] unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização e a contagem frequencial” (BARDIN, 2010, p. 130). Essas unidades ganham sentido quando é considerada a unidade de contexto. Partindo desse significado, a autora lista tema, palavra, personagem, acontecimento e documento como unidades de registro fundamentais. Aqui, não nos aprofundaremos de forma específica em nenhum deles, deixando a unidade de registro escolhida para ser mais bem detalhada quando da aplicação do método no trabalho.

Apesar de Bardin (2010) utilizar critérios somente textuais, a unidade de registro em estudo de análise de conteúdo midiático, atualmente, pode tratar de uma gama de questões visuais e gráficas, entre outras opções de recorte. Como foi o caso da análise de movimento realizada por Rose (2011), que, ao realizar um estudo comparativo da representação de saúde mental na televisão inglesa, definiu como unidade de registro, os códigos de angulação de câmera utilizados pelos programas televisivos constituintes do *corpus*.

A enumeração é o modo de contagem das unidades de registro, ou seja, o que se conta. Muito utilizada como o foco da pesquisa durante os anos de enfoque quantitativo da análise de conteúdo, hoje a enumeração é, em geral, adicionada a outras formas de análise das unidades de registro que, juntas, geram uma inferência mais aprofundada. As possibilidades de enumeração devem ser usadas de acordo com os objetivos da pesquisa; sendo assim, mais de uma enumeração pode ser usada de acordo com a necessidade de esclarecimento das hipóteses levantadas. As formas de enumeração consideradas por Bardin (2010) são:

- a) presença ou ausência: as unidades de registro são enumeradas conforme sua presença ou ausência no *corpus*. Vale-se aqui do fato de que a falta de unidades é também uma forma de informação;
- b) frequência: uma das formas mais usadas, parte do pressuposto de que quanto maior a importância de uma unidade em um *corpus*, maior a sua frequência;
- c) frequência ponderada: trabalha dando pesos à aparição das unidades. Assim a frequência de uma unidade em questão pode ser menor, porém mais significativa dentro do padrão de importância do objeto. Logo, é necessária uma ponderação de valores das unidades em comparação entre si;
- d) intensidade: vale-se da intensidade das unidades com relação a elementos escolhidos para análise, como, por exemplo, uma ideologia específica;
- e) direção: trata-se da ponderação de frequência direcionada a questões qualitativas. Bardin (2010) explica que, no caso de um estudo de favoritismo, é possível encontrar posições positivas (favoráveis), negativas (desfavoráveis) e intermediárias (neutras), porém existem as mais diversas formas de direção, dependendo do objeto;
- f) ordem: considera a ordem na qual as unidades aparecem no *corpus*. O posicionamento das unidades pode demonstrar caráter de importância;
- g) coocorrência: determina uma simultaneidade no aparecimento de unidades específicas em uma mesma unidade de contexto. Sendo assim “[...] a medida de coocorrência (análise de contingência) dá conta da distribuição dos elementos e da sua associação.” (BARDIN, 2010 p. 139). A natureza deste tipo de enumeração pode variar entre: associação (A + B), equivalência (A+ B no mesmo contexto, podemos também considerar como substituição) e oposição (A e B jamais aparecem simultaneamente).

O terceiro, e fundamental, ponto da exploração de material na análise de conteúdo é a categorização. Nesse momento da pesquisa, são desenvolvidos os conjuntos de classificação por diferenciação nas quais as unidades de análise serão agrupadas segundo similaridades estabelecidas por critérios previamente estabelecidos (BARDIN, 2010). Dessa forma, a categorização é também uma investigação de similaridades entre unidades que, segundo Bardin (2010), comporta duas etapas: inventário e classificação. No inventário, se isolam os elementos, já na classificação se procura por repetição de elementos que possam gerar um padrão para a organização das unidades análogas.

Em resumo, o inventário é a desconstrução para a reconstrução na classificação. Bardin (2010, p. 147) define como objetivo primordial da classificação “[...] fornecer por condensação, uma representação simplificada dos dados em bruto”. A partir disso deduz-se que a categorização não adiciona nada aos dados, apenas organiza a informação bruta, permitindo uma maior visibilidade dos índices. Essa etapa é de suma importância, pois uma classificação precisa é fundamental para a qualidade do trabalho e, mesmo em abordagens mais qualitativas, é capaz de impor uma ordem objetiva à análise do material selecionado. Conforme Bardin (2010), cinco regras se fazem essenciais para a realização de uma classificação de qualidade:

- a) exclusão mútua: cada elemento deve pertencer a uma única categoria, não havendo possibilidade de ser alocado em mais de uma;
- b) homogeneidade: as categorias devem ser homogêneas, respondendo a um único princípio de classificação;
- c) pertinência: devem ser pertinentes ao conteúdo estudado. Jamais se deve utilizar uma categorização que não foi adaptada especificamente ao *corpus* do trabalho;
- d) objetividade e fidelidade: a codificação do material, e isso inclui a classificação, deve ser feita de forma a possibilitar que a repetição do estudo com o mesmo material produza resultados iguais, eliminando a chance de distorções causadas pela subjetividade do codificador/pesquisador;
- e) produtividade: a classificação só é válida se é produtiva nas inferências, correspondendo aos objetivos da pesquisa e à solução das perguntas e hipóteses.

Cabe lembrar que a inexistência de um modelo padrão a ser seguido vale não só para o formato do método como um todo, mas também para questões específicas de cada estudo e seu objeto de análise, como a categorização da amostragem. Cada caso é um caso, o que exige do pesquisador uma total noção de seu objeto em suas limitações e necessidades - o que só se

dá com o estudo sistemático e uma leitura organizada dos dados. Não há um modelo de categorização válido para todos os estudos; sua validade depende da precisão de sua aplicação e das inferências produzidas por ele (BARDIN, 2010).

Neste ponto da pesquisa os dados codificados e classificados na etapa de exploração são interpretados em um processo de dedução lógica.

Se a descrição (a enumeração das características do texto, resumida após tratamento) é a primeira etapa necessária e se a interpretação (a significação concedida a estas características) é a última fase, a inferência é o procedimento intermédio, que vem permitir a passagem, explícita e controlada, de uma a outra (BARDIN, 2010, p. 41).

A inferência pode ser feita a partir de quatro polos: o emissor, o receptor, a mensagem e o *medium* – canal, instrumento, objeto técnico, suporte material pelo qual se envia a mensagem, entre outros. E a análise pode ser feita em dois níveis: código e significação. A inferência pode ser obtida por meio de uma variedade enorme de índices, sendo que, para a inferência, Bardin (2010) não estabelece regras. A dedução lógica depende dos processos anteriores de codificação, havendo, assim como para os processos anteriores, várias formas de trabalho, mas que dessa vez dependem das hipóteses e das perguntas estabelecidas na pré-análise e na análise do material. O que é fundamental é o trabalho lógico, que considere classificação e codificação do *corpus* em seu contexto e que não deixe passar as relações explícitas e implícitas entre as partes do objeto estudado.

6.10 ANÁLISE DE CONTEÚDO APLICADA

Neste trabalho foram analisadas quatro edições do programa “A Liga”, cada um com a duração média entre 60 e 70 minutos. A percepção de que o programa possui um interesse especial no tema levou a uma pesquisa sobre o tema de saúde mental em sites e arquivos que contém edições de “A Liga”, revelando novos episódios. Os programas analisados estão listados no QUADRO 2.

QUADRO 2 – Quadro de programas analisados, títulos e datas

PROGRAMA	TÍTULO	DATA DE TRANSMISSÃO
Programa 1	Saúde mental	03/08/2010
Programa 2	Quebrando paradigmas psiquiátricos	15/05/2012
Programa 3	Transtornos emocionais	26/06/2012
Programa 4	Psicose, bipolaridade e esquizofrenia	10/09/2013

Fonte: Elaborado pela autora.

Trabalhamos com um híbrido das duas funções da análise de conteúdo apontadas por Bardin (2010): heurística e administração de prova. Com a função heurística, buscou-se dar abertura para descobertas que não necessariamente foram levantadas por perguntas ou hipóteses desenvolvidas na pré-análise. Um exemplo dessa aplicação se dá no uso de termos que tratam do doente mental. O próprio material nos diz como isso acontece, não sendo possível o desenvolvimento de uma hipótese antes da leitura flutuante.

Adotar esse posicionamento faz parte do entendimento que “[...] por vezes torna-se necessário distanciarmo-nos na significação da regularidade. O acontecimento, o acidente e a raridade possuem, por vezes um sentido muito forte que não deve ser abafado” (BARDIN, 2010, p. 143). Também, de que é preciso abrir espaço para o imprevisível. A função de administração de prova coube na utilização do material de forma a provar as hipóteses e responder perguntas que já haviam sido feitas. Como exemplo desse uso, temos a busca pela ligação entre o grotesco e o posicionamento temático do programa.

Trabalha-se aqui com a possibilidade da adoção do grotesco não só como modelo televisivo, mas também como critério nas escolhas de objeto a partir de três de suas categorias: escatológico, crítico, teratológico ou chocante (PAIVA; SODRÉ, 2002). Tomamos como referência dois pontos apontados por Sodré (1977) como características da produção televisiva do Brasil: a pseudo-objetividade⁶ e seu intenso interesse pelo extraordinário e pela aberração.

Tendo como plano de fundo a possibilidade do grotesco, sendo ele apontado caso haja ocorrência, e a análise do jornalismo como gênero televisivo, a análise de conteúdo do programa “A Liga”, aqui considerada com o recorte do tema da saúde mental, foi feita tendo como base a representação da saúde mental/loucura por quatro formas/eixos de alocação de conteúdo:

- a) locais sociais;

⁶ Discussão realizada no âmbito de gêneros jornalísticos, no capítulo 5.

- b) formato e distribuição de entrevistas;
- c) palavras mais recorrentes;
- d) conteúdo visualmente destacado em tela.

Os quatro eixos possuem objetivos específicos, e conseqüentemente inferências que, juntas, respondem ao objetivo geral, que é analisar a representação da saúde mental/loucura em um gênero jornalístico televisivo híbrido.

O primeiro momento do trabalho de exploração serviu para levantar quais locais são utilizados pelo programa para mostrar a temática da saúde mental. A busca foi não só por locais, mas também por estabelecer uma linha de correlações temáticas com o assunto principal, já que esses lugares recebem títulos e são, por si só, subtemas.

A segunda etapa compreende a análise das entrevistas em seus formatos e em relação à distribuição de tempo. Quanto tempo de programa é dedicado a cada tipo de entrevistado? Quais categorias de entrevistas são utilizadas? Todos os formatos possuem a mesma importância para a exposição do conteúdo? Apesar de tratar de questões quantitativas, a análise das entrevistas coloca em questão a cidadania e a participação do indivíduo em sua narrativa: O doente mental fala ou é falado? Onde está sua voz nessa narrativa?

Em terceira instância, foi feito um levantamento de recorrência de palavras nos programas. Quais os termos mais recorrentes no discurso do programa? A análise envolve os termos de forma geral, individualmente e em sua relação com outras palavras, já que algumas delas, quando analisadas sozinhas, ofuscam sua real significação dentro do texto.

Por último, posicionado dessa forma, pois se constitui como uma análise complementar às outras formas de conteúdo apresentadas, está a análise do conteúdo visualmente destacado em tela. Quais conteúdos ganham destaque em tela? Isso se comunica com o restante, com aquilo que é mostrado e dito no todo dos programas? O que significa a presença de determinados conteúdos nessa forma de apresentação específica?

As análises foram feitas primeiramente direcionadas a cada programa em particular e depois em um estudo comparativo que considera cada caso separado em relação com os demais e com o significado das inferências parciais para o todo. Sendo assim, temos três etapas de análise: apresentação dos métodos específicos de cada fase da análise; análise parcial dos programas – nomeados como Programa 1, Programa 2, Programa 3 e Programa 4; e análise comparativa geral.

A partir desse conjunto de leitura buscou-se um panorama geral de duas questões fundamentais que permeiam a discussão sobre saúde mental aqui levantada: o doente mental é

representado como cidadão? Qual é a representação de loucura adotada pelo programa “A Liga”?

7 DESCONSTRUINDO “A LIGA”

7.1 LOCAIS SOCIAIS

A primeira instância do processo de análise se deu pela busca e pela classificação dos locais sociais atribuídos aos transtornos mentais e seus portadores. Cada edição do programa, que é semanal, adota um assunto central, que é desmembrado em subdivisões temáticas do próprio tema ou de certos personagens. Cada núcleo de conteúdo é tratado por um dos apresentadores separadamente; portanto, cada apresentador trata de um subtema.

Nos programas analisados, a escolha dos subtemas foi usualmente feita através de duas formas de classificação de conteúdo: por local e por personagens. Na primeira delas ganha destaque as questões espaciais: o local leva aos seus personagens, como por exemplo, o hospital psiquiátrico, que leva aos seus pacientes. Na segunda os personagens são o subtema, de forma que é trabalhada a personificação dos assuntos: o personagem leva aos seus locais. Nesse caso, a realidade específica dos personagens e as situações vividas por eles – e isso inclui seus locais de vivência - representaram o universo o subtema como um todo.

Os locais sociais da loucura são aqui classificados em quatro tipos: públicos, privados, institucionais e estabelecimentos comerciais. Essas classificações não necessariamente respeitam suas definições jurídicas perante a legislação brasileira, mas tentam sanar as necessidades que a própria análise impõe, de forma que foram constituídas a partir da soma das teorizações acerca da institucionalização da loucura e das leituras flutuantes do material.

Ficam definidos como locais ‘públicos’ os locais de propriedade pública, mesmo que sob administração privada e terceirizada – como os aeroportos e abertos à circulação da população em geral, ainda que tenham horário de funcionamento – como os mercados municipais. Como ‘privados’, foram classificados os ambientes de propriedade privada não comerciais, sendo estes representados unicamente por residências. O grupo de locais ‘institucionais’ reúne instituições de administração pública. Apesar de constituírem locais teoricamente da esfera privada, as residências terapêuticas são aqui contabilizadas como ambientes institucionais, já que são geridos pelo poder público com dinheiro de cofres públicos e de profissionais remunerados com esse recurso – tais como psicólogos, assistentes sociais, cuidadores e outros. A categoria ‘estabelecimentos comerciais’ abrange os locais privados de acesso público voltados para as atividades comerciais.

Para o percentual total todos os locais foram considerados como tendo um único peso; porém, para esclarecer as escolhas subtemáticas e a forma como os locais são utilizados para

comunicá-las, os QUADRO 3 e 4 trazem locais e subtemas classificados como principal (destacados em vermelho) e secundário.

QUADRO 3 - Quadro de locais – Programas 1, 2 e 3

Local	Classificação	Categoria
Programa 1		
A residência terapêutica feminina	Principal	Institucional
Feira	Secundário	Público
Mercado	Secundário	Estabelecimento comercial
A história que virou filme - Entrevistado - rua	Principal	Público
O hospital psiquiátrico	Principal	Institucional
A residência terapêutica masculina	Principal	Institucional
CAPS são Bernardo	Principal	Institucional
Programa 2		
Hospital psiquiátrico - unidade masculina	Principal	Institucional
Mercado municipal	Secundário	Público
Hospital psiquiátrico - unidade feminina	Principal	Institucional
O Pequeno Cotoengo	Principal	Institucional
Serviço de Saúde Cândido Ferreira (sanatório)	Principal	Institucional
Programa 3		
Uma mulher e 58 cães em 30m ² - casa de entrevistada	Principal	Privado
Padaria	Secundário	Estabelecimento comercial
Casa de entrevistada	Secundário	Privado
Mania de organização - Casa de entrevistado	Principal	Privado
Rua	Secundário	Público
11 anos de depressão - Casa de entrevistado	Principal	Privado
Bar	Secundário	Estabelecimento comercial
Uma fobia diferente - Casa de entrevistada	Principal	Privado
Borboletário	Secundário	Institucional
Síndrome do pânico - Casa de entrevistado	Principal	Privado
Rua (carro)	Secundário	Público
Vencendo o medo de voar - Aeroporto	Principal	Público
Sala	Secundário	Privado
Hangar	Secundário	Privado

Fonte: Elaborado pela autora.

Foram considerados locais secundários aqueles que surgem como um desdobramento de um local principal, sendo tratados, no programa em questão, pelo mesmo apresentador e com os mesmos personagens, os quais apenas se deslocam de ambiente.

QUADRO 4 - Quadro de locais – Programa 4

Local	Classificação	Categoria
Programa 4		
Casa de entrevistado	Principal	Privado
Ônibus	Secundário	Público
Loja	Secundário	Estabelecimento comercial
Lanchonete – dois entrevistados	Secundário	Estabelecimento comercial
Grupo de esquizofrênicos	Secundário	Institucional
Estádio	Secundário	Público
Tratamento e inclusão - CAPS	Principal	Institucional
Praça	Secundário	Público
Emergência psiquiátrica	Principal	Institucional
Pronto socorro psiquiátrico	Principal	Institucional
Um casal com transtornos mentais - Casa de um casal	Principal	Privado
Rua	Secundário	Público
CAPS	Secundário	Institucional
Pastelaria	Principal	Estabelecimento comercial

Fonte: Elaborado pela autora.

É possível perceber que um só subtema teve vários desdobramentos, caminhando entre os diferentes ambientes. A natureza e o significado, a presença ou ausência desses locais e a forma como as temáticas fluem geograficamente são complementares às demais instâncias de análise selecionadas para este estudo. Em decorrência disso, a análise aprofundada será feita tomando como fundamental a correlação de fatores.

7.2 ANÁLISE DE ENTREVISTAS

A análise das entrevistas se deu em duas instâncias: a) classificação e contagem de entrevistados e b) cronometragem e categorização de entrevistas segundo modelo e conteúdo dos diálogos. O desmembramento da análise foi necessário para revelar aquilo que a contagem quantitativa dos entrevistados não poderia tornar visível: o espaço de fala desses indivíduos.

A TABELA 1 reúne os resultados gerais da contagem de participação de entrevistados. Eles foram classificados de acordo com quatro grupos: portador de transtorno mental, profissional de saúde mental, familiar e outros.

TABELA 1 - Entrevistas por programa

Entrevistas	Programa 1	Programa 2	Programa 3	Programa 4	Total
Portador de transtorno mental	10	15	8	17	50
Profissional de saúde mental	10	5	3	12	30
Familiar	1	1	1	5	8
Outros	1	0	1	1	3

Fonte: Elaborado pela autora.

No primeiro deles, ‘portador de transtorno mental’, foi alocado todo ou qualquer indivíduo que tenha sido entrevistado por sua posição de pessoa em sofrimento mental, paciente psiquiátrico ou ex-paciente. Vale destacar que nem todos os indivíduos haviam sido diagnosticados, o que nos leva a uma indicação que reúne não só fatores médicos, mas também sociais. Em alguns casos a posição desses entrevistados era revelada pelas legendas (veja APÊNDICE). O segundo grupo, ‘profissional de saúde mental’, acomoda os indivíduos entrevistados por sua conexão profissional com o tema. A categoria não se restringe aos profissionais da área médica, abrangendo também cuidadores e assistentes sociais.

Como ‘familiares’ foram considerados aqueles indivíduos entrevistados em decorrência de sua conexão pessoal com os portadores de transtorno, sejam aqueles familiares ou entes próximos, como namorados. A categoria, porém, possui uma restrição em especial: no caso em que o familiar era também portador, este foi excluído da contagem de familiares, sendo considerado apenas como portador de transtorno mental. Por último, o grupo ‘outros’ reúne todos os entrevistados que por qualquer motivo não se encaixam nos grupos anteriores.

Tendo em mãos a classificação e a contagem de entrevistados, além de sua divisão entre os programas, as entrevistas foram divididas segundo três categorias básicas: entrevista conversa indireta (ECI), entrevista direta individual (EDI) e entrevista direta coletiva (EDC). A cronometragem e a categorização das entrevistas buscou agrupar os tipos de diálogos mais expressivos nas edições dos programas.

Foram consideradas entrevistas conversa indiretas (ECI) aquelas em que predominam a informalidade, estando a categoria em questão definida pela falta efetiva da troca de

perguntas e respostas entre entrevistador e entrevistado envolvendo o tema da saúde mental, e podendo ser coletivas ou individuais sobre temas extraoficiais.

A entrevista direta individual (EDI) se caracteriza pelo diálogo direto entre o entrevistador e um entrevistado, com perguntas e respostas acerca do tema principal e suas adjacências. A entrevista direta coletiva (EDC) se diferencia da entrevista direta individual apenas por que esta é realizada de forma direta entre o entrevistador e mais de um entrevistado. De forma que a EDC aborda o tema principal e suas adjacências, porém é aplicada a mais de um indivíduo ao mesmo tempo.

As três categorias anteriormente citadas servem a dois propósitos complementares. O primeiro deles é organizar os entrevistados do programa “A Liga”, facilitando o trabalho da contagem de media de tempo (segundos), já que não se faz necessário nomear repetidamente cada fonte em todas as entrevistas durante o processo de contabilidade temporal. O segundo propósito envolve o valor simbólico de cada tipo de diálogo.

O conteúdo e o formato das entrevistas carregam, de forma implícita, um valor jornalístico que os produtores do conteúdo dão a cada fonte. Partindo da ideia de valor simbólico do formato no qual se dá a entrevista, trabalhamos com a ideia de que um maior número de entrevistas de uma classe específica de indivíduos não necessariamente significa a valorização do conteúdo apresentado por eles, isso será mais a frente delimitado.

Buscando os diálogos produtores de informação temática, foram excluídos da análise: os momentos de apresentação, quando repórteres chegam aos ambientes e são apresentados aos seus entrevistados; e os minutos iniciais dos blocos, nos quais são mostrados alguns momentos selecionados do bloco que virá a seguir, e que, portanto, são uma repetição do conteúdo subsequente. Apesar de se terem sido levados em consideração para as contagens de palavras recorrentes e trechos visualmente destacados, os trechos narrativos ou com a presença discursiva apenas dos apresentadores foram excluídos dessa etapa, já que aqui consideramos apenas as entrevistas.

As duas vertentes da análise apontaram resultados bastante discrepantes entre os programas. Estes estão analisados separadamente em cada parcial e são posteriormente comparadas no estudo do todo.

7.3 ANÁLISE DAS PALAVRAS MAIS RECORRENTES

Para a realização dessa etapa, todo o material foi transcrito para dar margem a uma seleção, primeiramente manual e, posteriormente, filtrada com o auxílio de busca textual digital das palavras que mais aparecem nos programas. Foi considerado, para a seleção das palavras, todo texto verbalizado, incluindo entrevistas diretas individuais, entrevistas diretas coletivas, entrevistas conversa informais, cabeças de matéria e narrações. Para evitar repetições foram excluídos os momentos iniciais dos blocos e os textos destacados visualmente em tela, já que estes receberam uma análise específica.

Além do destaque detalhado das palavras, o trabalho se constitui do agrupamento sistemático de palavras de semântica semelhante. É importante destacar que a seleção manual foi escolhida como método a fim de evitar que termos de significado semelhante se perdessem ou que termos semelhantes, mas de significados não congruentes, fossem agrupados. Esse estudo resultou em cinco listas – uma para cada programa e uma para a somatória de todos eles, contendo dez colocações. Todas elas possuem mais de dez palavras, já que houve alguns empates.

Paralelamente, e em menor instância, foi analisado o uso de adjetivos nos programas. Por aparecerem em menor número e com menor frequência de repetição, a análise dos adjetivos, em casos específicos, revelou que um aparecimento corriqueiro mostra a intenção de fomentar um posicionamento específico.

7.4 ANÁLISE DO CONTEÚDO VISUALMENTE DESTACADO EM TELA

Um dos métodos constantemente utilizados pelo programa para dar destaque a informações específicas é o conteúdo visualmente destacado em tela. Sobrepondo-se às imagens gravadas e complementando o áudio de narrações, cabeças de matéria ou entrevistas, aparecem na tela palavras, gráficos, desenhos e números. Além das habituais legendas, utilizadas no jornalismo padrão, o artifício é bastante empregado para informações práticas, como: números e porcentagens, listagens – de ambientes, sintomas e atividades terapêuticas - contatos e apresentação de ambientes.

Porém, suas aplicações vão além das tradicionais e elas também são utilizadas para pontuar frases completas de entrevistados, como ‘qual o motivo que eu tenho pra continuar vivo?’ e ‘eu não encontro’ (Programa 3). E ainda para dar informações que não apareceriam

no áudio ou imagem, como ‘Como o quadro psiquiátrico de Maria do Carmo não melhorou no pronto socorro, ela foi transferida para um hospital no dia seguinte’ (Programa 4).

Por serem consideradas como uma complementação ao material audiovisual padrão, as palavras que ganham destaque visual são também um reforço do discurso, de forma que as palavras mais visualmente recorrentes são um apêndice ao que é dito e mostrado no programa como um todo. Estas palavras foram listadas, resultando em cinco tabelas – uma para cada programa e uma para a somatória de todos eles – nas quais se encontram, em ordem decrescente as quatro mais recorrentes. A escolha dos quatro primeiros se deu em função de evitar que termos que aparecessem apenas uma vez fossem considerados, dessa forma garantindo a preservação do significado da presença dessas palavras e informações.

Em todas as tabelas desse tipo, as palavras em vermelho resumem tipos de informações específicas, de forma que significam, na verdade, um grupo de palavras ou frases com conteúdo similar. Dessa forma, além das palavras separadamente citadas, foram considerados 11 grupos de conteúdo: números, porcentagens, nomes de locais (locais), atividades oferecidas por hospitais e CAPS (atividades), apresentações de ambientes institucionais (ambientação), nomes, datas, contatos de instituições (contato), informações que não aparecem em áudio apesar de complementarem o assunto tratado (informações utilitárias), listagem de sintomas (sintomas) e frases de entrevistados na íntegra (frases de entrevistados) – podendo estas últimas estar, ou não, entre parênteses.

O uso desse tipo de comunicação é comum nos programas, porém, assim como ocorre com os adjetivos, em menor quantidade que a linguagem oral. Essa menor quantidade resulta em números de repetição menores que, por sua vez, dotam de significado extremamente importante aqueles termos com uma repetição maior que um. Como mostra a TABELA 13, com a contabilidade de todos os programas, no todo há o predomínio do uso desse formato de comunicação para a exposição de informações funcionais. Nas parciais de cada programa o aparecimento de palavras separadas é mais pontual e por isso elas serão avaliadas dentro de seu contexto de aparecimento, juntamente com os demais fatores analisados.

7.5 PROGRAMA 1 – SAÚDE MENTAL

Com o título ‘Saúde mental’, o Programa 1 foi ao ar em 03/08/2010. O primeiro da série de programas escolhidos para a análise fez parte da primeira temporada do programa “A Liga”, sendo apresentado por Rafinha Bastos, Thaíde, Rosanne Mulholland e Débora Vilalba.

Único com esse tema naquele ano, o programa teve grande repercussão. Ainda é possível encontrar diversos artigos e matérias sobre o mesmo nos sites e em *blogs* acerca da temática, por tratar do tema da saúde mental por um viés novo: os apresentadores teriam contato direto e pessoal com os doentes mentais, atuando como internos de um hospital psiquiátrico e de uma residência terapêutica por um dia.

Apesar de levar o título ‘Saúde mental’, que é fortemente ligado às reformas psiquiátricas, em geral, e ao movimento antimanicomial brasileiro, o discurso do Programa 1 é constantemente perpassado pela institucionalização. Esta relação se inicia na escolha dos locais sociais. O programa constrói sua narrativa com base em sete locais, sendo cinco principais e dois secundários.

Considerando locais principais e secundários, indiscriminadamente, o Programa 1 dedica 57% de seu espaço para ambientes institucionais, 14% para estabelecimentos comerciais e 29% para locais públicos, não havendo locais privados. Considerando apenas locais principais, os ambientes institucionais passam a ser 80% do total, sendo que apenas um dentre os locais principais não é institucional.

O grupo majoritário é composto por um hospital psiquiátrico, duas residências terapêuticas (uma feminina e uma masculina) e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); essa formação atende à escolha de locais que levam aos seus personagens. Nesses ambientes a narrativa se desenrola, em alguns casos, se encaminhando para outros espaços e para temas secundários, que nesse programa se resumem a um estabelecimento comercial e a um local público, uma feira, onde a visita dos portadores de transtorno mental indica exemplificação da possibilidade de reinserção desses indivíduos.

A análise das palavras mais usadas aponta que a institucionalização, que delimita a escolha dos locais sociais, acaba por refletir também no conteúdo narrativo, havendo uma constante presença de termos que fortalecem o discurso institucional. A FIGURA 4 e a TABELA 2 apresentam a listagem das dez ocorrências mais comuns encontradas na análise deste programa.

FIGURA 4 - Nuvem de palavras Programa 1



Fonte: Elaborado pela autora.

TABELA 2 - Palavras mais recorrentes Programa 1

Palavras / termos	Nº
Hospital psiquiátrico	23
Família/ Familiar	23
Tratamento	21
Vida	21
Paciente psiquiátrico	20
Transtorno mental	17
Sofrimento	15
Loucura	14
Manicômio	14
Difícil	13
Violência	13
Lá fora	13
Internação	13
Fantasia	12
Ajuda	11
Vozes	10
Saúde mental	10
Cuidado	10

Fonte: Elaborado pela autora.

A primeira colocação é ocupada por dois conjuntos de palavras diretamente ligados à institucionalização da loucura: ‘Hospital psiquiátrico’ e ‘Família/familiar’. O termo ‘hospital psiquiátrico’ no topo da lista leva a perceber que a escolha deste local como um dos ambientes principais marca profundamente a forma como a temática da saúde mental é abordada pelo programa. Retrato da modernização dos tratamentos internatórios, os hospitais psiquiátricos resistiram à reforma psiquiátrica, sendo transformados em instituições de internação de curta duração para a contenção de crises, mas que ainda sim são ligadas à ideia dos velhos hospícios e manicômios. Dessa forma, não é surpreendente que a palavra ‘manicômio’, apesar de ser um termo cujo uso é combatido, apareça na lista.

A constância dos termos ‘família/familiar’ traz à tona que a institucionalização proposta é aqui deslocada principalmente entre duas formas de relação de poder: portador de transtorno e medicina, portador de transtorno e família. O processo de reforma psiquiátrica implanta a socialização de pacientes psiquiátricos sob a forma de tratamentos não internatórios multidisciplinares, mas o indivíduo que sai da institucionalização médica é visto pelo programa através do prisma da família, deixando dúvidas se a grande quantidade de entrevistas dedicadas aos pacientes efetivamente se convertem em autonomia.

Mais à frente na lista, na terceira e na sétima colocações, respectivamente, os termos ‘paciente psiquiátrico’ e ‘internação’ também carregam implicitamente a relação de institucionalidade. No espaço institucional dos hospitais e das residências terapêuticas o papel social de pacientes psiquiátricos se sobrepõe à individualidade dos sujeitos, colocando em voga seus lugares de sujeitos institucionalizados em tratamento. O destaque ao papel de paciente e a noção de individualidade mediada explicam a colocação dos termos ‘tratamento’, ‘ajuda’ e ‘cuidado’ entre as palavras mais faladas. O tema da saúde mental é abordado principalmente sob o viés do tratamento; conseqüentemente, do indivíduo dependente que necessita de cuidado e ajuda de seus familiares e de instituições médicas.

Vale frisar que o termo ‘tratamento’ possui duas explicações plausíveis. A primeira delas é a anteriormente apontada: a saúde mental a partir de seu tratamento. O segundo deles é ligado à escolha dos hospitais psiquiátricos para tratamentos internatórios de curto prazo. Já que estes locais têm como foco o tratamento, esta palavra é inúmeras vezes repetida e reforçada como função social destes locais.

Como mostram os exemplos de palavras até agora analisadas, as listas de palavras mais recorrentes são repletas de ocorrências interligadas: palavras cujo uso e relaciona com o de outras, que são explicadas ou justificadas em sua relação com outros termos, já que o uso desses se torna comum graças à temática e à abordagem que é feita no programa como um todo. Em menor grau, há também termos cuja incidência se deve a motivos pontuais a cada programa, dessa forma elucidando questões relativas a um acontecimento específico no programa ou até mesmo de uma entrevista.

As duas possibilidades, no entanto, não são de todo desconectadas, havendo a possibilidade de termos que devem sua inserção nessa lista a um misto das duas justificativas. Há ocorrências nas quais palavras que unem as duas abordagens devem sua constância de aparecimento a questões pontuais do programa, mas nem por isso deixam de se relacionar com a temática geral do programa e carregar relações implícitas ou explícitas com outras palavras listadas.

Como exemplo disso, a palavra ‘manicômio’, como já foi mostrado, estabelece relação com a incidência de ‘hospitais psiquiátricos’. Ambas, apesar de estarem em situações diferentes, já que o termo manicômio caiu em desuso no âmbito médico, carregam a marca do antigo modelo de tratamento médico institucionalizado. Porém, não se deve excluir o fato de que o aparecimento de ‘manicômio’ na lista se deve exclusivamente a uma das entrevistas, que é, em si, um local social, onde na verdade se trata do subtema dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, que vem atrelado a uma fonte específica.

No subtema em questão foi entrevistado um ex-interno de um hospital de custódia. Ele conta sua história fora e dentro do hospital. Nesse momento, a palavra manicômio é constantemente repetida, reforçada e, posteriormente, serve de tema para entrevista com um profissional de saúde mental. A nomenclatura ‘hospital de custódia’ só é usada na entrevista com a profissional de saúde; no restante do diálogo é utilizada a expressão ‘manicômio judiciário’.

A vigência de ‘manicômio’ se conecta também com a palavra ‘violência’, já que uma parte considerável da entrevista se volta para narrativas de violência dentro do hospital de custódia. Na sétima colocação da lista, a palavra violência representa a união de uma série de palavras que carregam o seu sentido: brigar, atacar, agressividade, agressivo e machucar. Todas elas foram utilizadas no programa em questão a fim de expressar relações de violência e agressividade partindo dos portadores de transtorno, trazendo imbricadas as noções de periculosidade e imprevisibilidade.

Essas noções, apesar de não serem quantitativamente mensuráveis, são, em muitos momentos, perceptíveis no discurso dos apresentadores, que transparecem insegurança frente a situações específicas. Um exemplo desse comportamento não mensurável, porém transparecido para o público do programa, está na cena na qual, ao se preparar para dormir no hospital, uma das apresentadoras entrevista uma psiquiatra sobre aquilo que poderia acontecer durante a noite. Após relatar os comportamentos que as pacientes costumam ter durante aquele período, a profissional afirma: “[...] a gente tem que ter muito cuidado com isso pela segurança das outras pacientes” (Programa 1). A apresentadora, em um sinal de nervosismo, bate os dedos na mesa e afirma “A partir de agora tudo pode acontecer” (Programa 1) e, posteriormente, se direciona para interior da ala feminina onde passará a noite.

Não é extraordinário, portanto, que dentre os adjetivos mais comuns – vale destacar que entre eles há uma baixíssima taxa de repetição - temos, por seis vezes, a incidência da palavra “nervoso” (TABELA 3). O adjetivo em questão aparece por duas motivações:

demonstra o nervosismo dos apresentadores em conviver com a loucura, ou o dos pacientes, em decorrência de crises nervosas, estando ligado à agressividade.

TABELA 3 - Adjetivos Programa 1

Adjetivos	Nº
Nervoso	6
Agressivo (a)	2
Descompensada	2
Ruim	2
Boa	2
Agitada	2
Felizes	2
Lindas	2

Fonte: Elaborado pela autora.

Se por um lado a experiência dos apresentadores é carregada de insegurança frente ao imprevisível, por outro ela é também permeada pela curiosidade frente ao novo e ao exótico mundo da loucura, que ganha voz nas narrativas de seus personagens. Constantemente instigados a falar de seu universo particular de pacientes psiquiátricos, os portadores de transtorno acabam por permanecer, na maior parte de sua participação no Programa 1, atrelados a histórias acerca dos delírios e do limiar entre a realidade e a fantasia. Na oitava e na décima colocações na lista de termos mais recorrentes (TABELA 2), as palavras ‘fantasia’ e ‘vozes’ (ouvir vozes) estão diretamente ligadas a esta abordagem de discurso.

O termo ‘fantasia’, que é representativo do conjunto fantasia, ilusão e imaginação, faz-se presente logo na apresentação do programa e continua por todo ele. A palavra aparece constantemente tratando do estado mental dos pacientes e de uma relação de antagonismo e dependência com a palavra ‘realidade’. Em alguns casos, elas aparecem literalmente juntas, de forma que há a necessidade de refletir acerca dessa relação.

As palavras ‘realidade’ e ‘fantasia’ são incorporadas aos diálogos e às narrações como oposição binária. Esta oposição, contudo, não é neutra, conforme afirma Derrida (1974 *apud* HALL, 1997). As relações entre oposições binárias, entre palavras e ideias, são, em geral, relações de poder onde um dos lados é dominante. Nesta hierarquia, realidade e fantasia estão conectadas, mas não carregam ideologicamente a mesma importância: a realidade se sobrepõe, sendo ela a base comparativa para a fantasia.

Uma análise superficial poderia nos levar a afirmar que o aparecimento mais recorrente de ‘fantasia’ mostra que a palavra ganha maior destaque e, portanto, uma maior

importância ideológica. Porém, proeminência de ‘fantasia’ somente revela a intenção do programa em reforçar o discurso da oposição: não há realidade para a loucura, que, mesmo isolada de seu opositor binário, carrega o peso da não realidade.

Essa experiência delirante hierarquicamente inferior, por sua vez, não se encontra no espaço lúdico ou dos sonhos, como ocorrera com a loucura durante a Idade Média (FOUCAULT, 2008). O delírio, as vozes e a falta de conexão com a realidade surgem como fontes de dificuldade e sofrimento, mesmo que esta não realidade se constitua como experiência dolorosa inconsciente, como é apontado em alguns momentos. A experiência da loucura é encarada atrelada aos sentimentos de sofrimento e dificuldade (difícil, complicado e desafio), como assinala a presença dessas palavras na listagem. É fato também que, enquanto o sofrimento cabe aos pacientes que ‘sofrem’ com doenças mentais, a dificuldade é compartilhada com todos aqueles que convivem com os portadores de transtorno.

As relações de poder entre oposições binárias adentram também a noção de espaços físicos e se fazem sólidas na presença da expressão ‘lá fora’, que configura uma divisão hipotética entre o mundo do hospital e a sociedade. Nos discursos, de forma geral, seja entre pacientes, apresentadores, familiares ou profissionais de saúde mental, nota-se a divisão do mundo em dois: os ambientes de internação e a sociedade. Sendo comum ouvir expressões como “[...] vida lá fora” e “[...] pessoas lá fora” (Programa 1), a vida dos pacientes é dividida entre aquela que eles têm enquanto internados e as suas vidas no mundo ‘lá fora’, ou real. De um lado do muro do hospital psiquiátrico está a fantasia e as ‘vozes’ vivenciadas pelos portadores de transtorno delirantes; do outro, está a realidade da sociedade em geral, da população nata do mundo real.

Se alguns termos comunicam por seus opositores binários, outros ganham significado em decorrência de termos que os complementam, aparecendo comumente em associação com outros termos, que acabam por ressignificá-los. Um exemplo dessa relação é a palavra ‘vida’: constantemente usada em diálogos e narrações, ocupa a segunda colocação na lista já apresentada. Sozinha a palavra indica o significado da existência do indivíduo como um todo, supondo uma incapacidade de dissociação entre setores de vivência. Porém, a palavra é, na quase totalidade dos casos associada, às palavras ‘comum’ ou ‘normal’, deixando implícita a ideia de busca por uma normalidade. Por essa conexão, vê-se também, implícita, uma oposição entre a vida institucional e aquela levada pelos indivíduos da ‘sociedade’: a ‘vida comum’. A palavra ‘vida’ surge também em relação com ‘risco’, carregando o sentido de violência.

A anormalidade foucaultiana está intrínseca na relação de sinonímia que se estabelece entre os conceitos de saúde mental e loucura no Programa 1. O programa tem, entre suas principais palavras, os termos ‘loucura’, ‘transtornos mentais’ e ‘saúde mental’, mas não há uma incidência significativa de nomes de doenças. Essa abordagem também se vê na forma como os entrevistados portadores de transtorno mental são identificados, já que as legendas que aparecem quando eles são apresentados ocorrem de três formas: ‘paciente de hosp. psiquiátrico’ (para os internos do hospital), ‘idade’ (para os moradores das residências terapêuticas) e ‘ex-paciente’ (para os ex-pacientes). Em nenhum momento eles são identificados de forma específica com informações acerca de sua psicopatologia.

A ausência de alusão a patologias específicas indica um interesse em tratar da loucura como um todo, realizando uma homogeneização das psicopatologias por meio da loucura social. Apesar de o programa carregar o título ‘Saúde mental’, termos ligados à ideia de loucura (louco, louca, loucura, maluco, pirado) são mais recorrentes, estando quatro colocações acima na lista de frequência.

Analisando o Programa 1 como um todo, chega-se a algumas conclusões que resumem o episódio. A primeira delas é com relação aos eixos ideológicos centrais a partir dos quais a temática da saúde mental é pensada, sendo que o principal deles é a institucionalização. Como se inferiu na análise dos locais sociais e das palavras mais recorrentes, a institucionalização é marcante no discurso do programa. Ela está em seus ambientes, em suas narrativas e está também nas suas informações visuais. Uma lista dos usos e das palavras que mais são destacados em tela mostra um resultado bastante semelhante ao encontrado na análise das palavras, porém com algumas particularidades (TABELA 4).

TABELA 4 - Palavras em destaque Programa 1

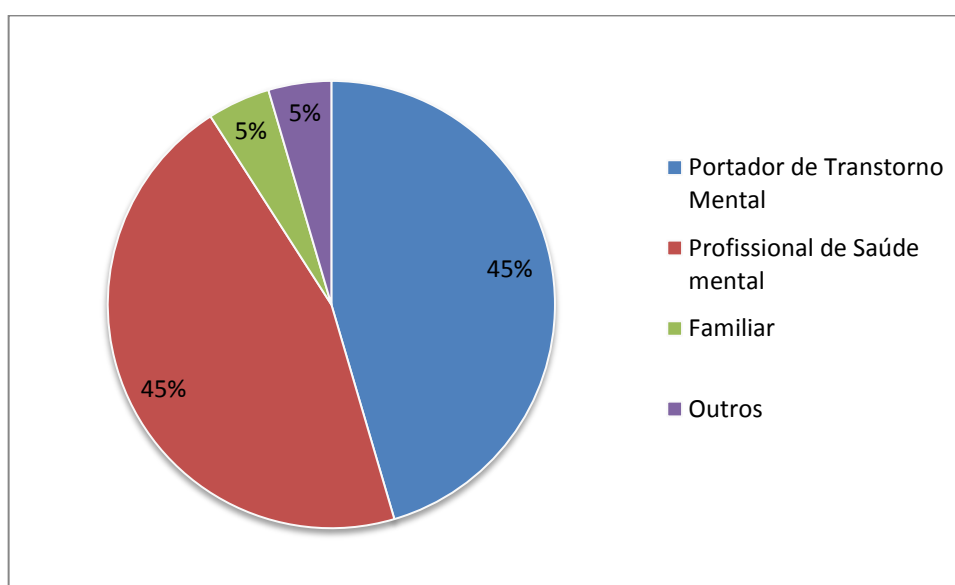
Palavras / termos	N°
Número	13
Local	6
Nome	6
Tratamento	6
Atividades	5
Ajuda	4
Convívio social	4
Família	4
Residência terapêutica	4
Transtorno mentais	4

Fonte: Elaborado pela autora.

Além das informações técnicas e práticas – números (telefones e porcentagens) , local, nome e atividades - as informações mostradas em tela refletem a forma como o discurso verbal é levado ao longo do programa como um todo. A institucionalização se faz presente com os mesmos termos que aparecem na lista anteriormente analisada, acrescido apenas de ‘residência terapêutica’. O destaque vai para a incidência para a expressão ‘convívio social’, que, na contramão dos demais termos, mostra um discurso dúbio, que trata a saúde mental a partir dos transtornos mentais institucionalizados, não proporcionando espaços de fala fora da loucura. Mas, ao mesmo tempo, trata da ideia do reestabelecimento do convívio social.

Quanto às entrevistas, 22 no total, o programa dedica 67,9% do tempo de entrevistas para ‘portadores de transtorno mental’, sendo que eles contabilizam 45% dos entrevistados. Porém, elas se dão principalmente nos formatos de entrevista conversa informal (921 segundos) e entrevista coletiva direta (631 segundos), nas quais se estabelecem apenas conversas ou entrevistas coletivas. ‘Profissionais de saúde mental’ e ‘Outros’ tiveram seu tempo quase total no formato de entrevistas diretas individuais (754 segundos). Isto nos leva a crer que portadores de transtorno mental recebem atenção principalmente no âmbito coletivo, a partir do seu papel de paciente psiquiátrico, e não de sua individualidade e existência como sujeito. Os dados podem ser visualizados no GRÁFICO 1.

GRÁFICO 1 - Gráfico de entrevistas Programa 1



Fonte: Elaborado pela autora.

Fica então a pergunta: se esses indivíduos falam, mas não como sujeitos, em quais eixos temáticos se dão os seus discursos? A análise das palavras nos responde isso. Ela se

divide entre três espaços de fala: o delírio e a fantasia, a violência e a dependência, todos eles na pseudoambientação do ‘lá dentro’.

7.6 PROGRAMA 2 – QUEBRANDO PARADIGMAS PSIQUIÁTRICOS

FIGURA 5 - Nuvem de palavras Programa 2

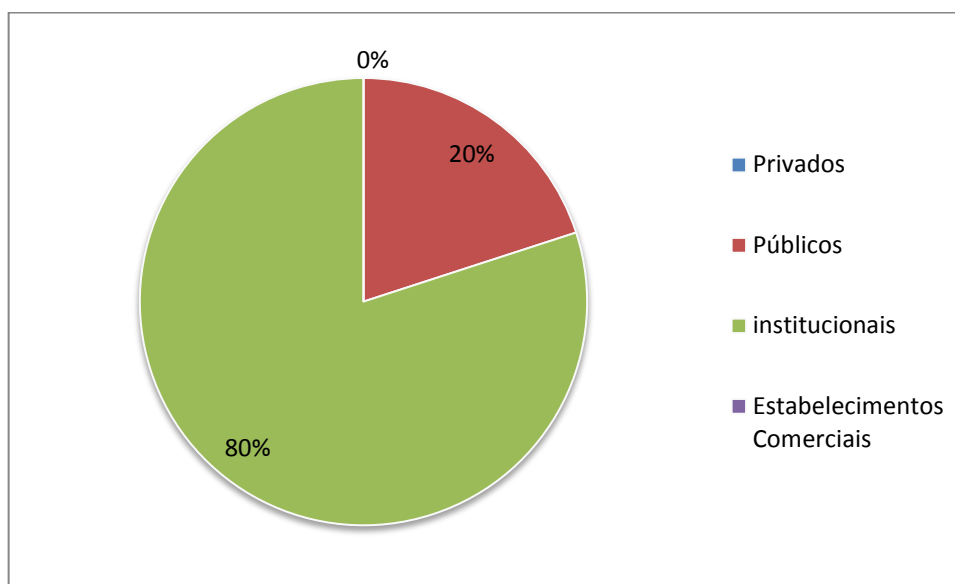


Fonte: Elaborado pela autora.

O Programa 2 (FIGURA 5) é o primeiro de dois programas sobre o tema da saúde mental que compuseram a terceira temporada de “A Liga”. O programa foi ao ar em 15/05/2012, tem o título ‘Quebrando paradigmas psiquiátricos’ e foi apresentado por Débora Villalba, Cazé Peçanha, Thaíde e Lobão. Apesar de ser transmitido mais de um ano e meio após o último programa sobre o tema e de contar com uma equipe de apresentadores diferente da que participou do Programa 1, o Programa 2 revelou algumas semelhanças com a primeira edição analisada.

A primeira paridade significativa está na escolha e na distribuição dos ambientes. O Programa 2 também adota uma escolha de locais extremamente focada nas instituições. Ele conta com quatro locais principais e um local secundário, sendo apenas este último de caráter público, o que leva à formação de um quadro com 80% de locais institucionais (GRÁFICO 2).

GRÁFICO 2 - Locais Programa 2



Fonte: Elaborado pela autora.

Somente com a contagem do total o programa já se mostra o portador da maior incidência de locais institucionais dentre todos os analisados. Este número fica ainda mais expressivo se forem considerados apenas os locais principais, a partir do qual o percentual passa a ser de 100% de incidência de locais institucionais.

O Programa 2 trabalha com o aprimoramento do modelo utilizado dois anos antes, no Programa 1: são escolhidas instituições de tratamento psiquiátrico e os apresentadores se tornam ‘internos’ por um dia, mostrando entrevistas realizadas e experiências vividas dentro das instituições durante as 24 horas. Foram mostradas quatro instituições: as alas feminina e masculina de um mesmo hospital psiquiátrico, um projeto de ressocialização de um antigo manicômio e uma entidade filantrópica que atende indivíduos com necessidades especiais.

A distinção fica por conta do título: ‘Quebrando paradigmas psiquiátricos’. Se o programa anterior buscava apresentar o tema da saúde como um todo, na teoria o Programa 2 propõe uma desfragmentação dos paradigmas psiquiátricos já estabelecidos. Não fica claro, no entanto, quais são esses paradigmas. Porém, é possível perceber uma mudança em alguns pontos da construção do discurso.

Diferentemente do Programa 1, no qual o hospital psiquiátrico escolhido é de tratamento comum e de curto prazo para a contenção de crises, os hospitais selecionados para o Programa 2 são todos para permanência longa, como explica uma das entrevistadas: “[...] aqui é uma unidade de pacientes crônicos, ou seja, pacientes de longa permanência. Todos homens, vivem uma condição social meio fragilizada, a maioria não tem família, então eles

vivem no hospital” (Programa 2). A situação é a mesma para a unidade feminina apresentada no programa em questão. Essa mudança na escolha dos locais proporciona algumas diferenças na forma como a narrativa é construída e, conseqüentemente, na lista de palavras mais comuns (TABELA 5).

TABELA 5 - Palavras mais recorrentes Programa 2

Palavras / termos	Nº
Família/ Familiar	33
Casa/ Lar	31
Paciente psiquiátrico	27
Tratamento	22
Loucura	18
Convivência social	17
Medicamentos/ Remédio (nome)	16
Rapaziada/ Rapaz	15
Meninas	13
Internação	13
Lá fora/ Mundo real	13
Sociedade	12

Fonte: Elaborado pela autora.

Na primeira colocação da tabela, com 33 ocorrências, o conjunto ‘família/familiar’, o mesmo que, no Programa 1, divide sua primeira posição com o termo ‘hospital psiquiátrico’ repete a incidência do discurso institucionalizado. Aqui, ele aparece sozinho no topo da lista, mas seguido de perto pelas palavras ‘casa/lar’. Essa troca de um dos termos que encabeçam a lista de palavras mais recorrentes se deve principalmente pela mudança na escolha dos locais.

No Programa 1, os hospitais escolhidos como locais de apresentação do tema são de tratamentos internatórios de curto prazo, de forma que a identificação do papel social desses locais fica por conta dos tratamentos oferecidos por eles. No Programa 2, os dois espaços que fazem parte do hospital psiquiátrico (ala feminina e ala masculina) são voltados para pacientes crônicos que permanecerão ali por mais tempo, sendo identificados como o lar desses indivíduos. A função de ‘casa/lar’ é apresentada em concordância com sua função de ‘tratamento’, o constante reforço resulta na presença desses termos entre os mais recorrentes.

A aparição da palavra ‘tratamento’ novamente é resultado de uma inter-relação de motivos. Por um lado ela apresenta a função social dos locais escolhidos para apresentar o tema central; por outro, aponta o foco temático nos tratamentos, o que leva a abordar os indivíduos em tratamento como um todo, como um corpo social do hospital, em detrimento de

suas individualidades. É por este segundo motivo que também se evidencia a expressão ‘pacientes psiquiátricos’. O papel dos portadores de transtorno mental como pacientes institucionalizados novamente ganha mais destaque do que suas posições de sujeitos sociais, o que coloca em voga outras questões, além da coletividade dos pacientes psiquiátricos, como a medicação.

O foco na função social das instituições, no tratamento e na posição de indivíduos medicamente tutelados, leva o programa a mostrar um maior interesse nas medicações – levando ao aparecimento das palavras ‘medicamento/ remédio’ e de nomes de medicamentos específicos na sétima posição da lista – e nos tratamentos multidisciplinares. Durante todo o programa são mostradas várias formas de terapia, como hipoterapia, oficina de beleza, oficina de vidro, rádio e terapia com videogame.

O destaque dado para as funções sociais dos hospitais psiquiátricos, unido ao forte discurso de institucionalização, dá abertura para que a palavra ‘internação’ apareça na nona posição da tabela. Apesar de citar a reforma psiquiátrica e o movimento antimanicomial brasileiro, que defendem a internação apenas como último caso, e de supostamente posicionar sua cobertura em um posicionamento de ‘quebra de paradigmas’, nota-se insistência na temática das internações por meio dos locais destacados e da própria narrativa do programa.

É interessante perceber que, apesar da vigência de uma série de termos que são marcados pela institucionalização, a lista também tem, em sua sexta colocação, a expressão ‘convivência social’. Apesar da contradição trazida pela abordagem institucional feita pelo Programa 2, é necessário reconhecer que é uma constante a defesa pela recuperação e pela socialização dos pacientes psiquiátricos. Porém, essa argumentação só se tornou possível graças ao enfoque institucional, revelando, assim, uma relação antagônica de cumprimento da função social do jornalismo que só se faz possível pelo direcionamento parcial da temática.

A ‘convivência social’, como expressão ligada a uma necessidade fundamental do tratamento mental, carrega em si a noção implícita da existência ideológica de uma oposição binária entre a loucura institucionalizada e a sociedade. Se é necessária uma convivência social, então aquilo que os portadores de transtorno mental em situação de internação possuem em seu dia a dia é, na verdade, uma pseudoconvivência, mediada e regulada pelas instituições médica e familiar, de caráter associativo. De um lado, está a loucura; de outro, o ‘lá fora’, ou o ‘mundo real’, que é onde fica a sociedade. A seguinte frase de um dos apresentadores, antes de uma visita a um mercado municipal com os pacientes, é marcada por essa externalidade do real: “É um momento muito importante porque é o momento de voltar à socialização em uma sociedade real; promete ser uma grande aventura” (Programa 2).

Em ambos os programas já analisados, 1 e 2, os lugares públicos são utilizados como receita precisa para fomentar a convivência social, de forma que essa convivência é mostrada principalmente sob o viés do tratamento, já que esse contato é benéfico aos indivíduos em sofrimento mental. Não entra em voga a inserção social como um direito do cidadão previsto pela Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. E a reinserção deixa de ser encarada como finalidade do tratamento para se tornar uma forma de terapia.

Art. 4. A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1. O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio. (BRASIL, 1988).

As expressões ‘lá fora/mundo real’, seguidas dos termos ‘sociedade’, representativo de sociedade, ‘população’ e ‘comunidade’, apontam para um limiar imaginário entre o mundo social ‘normal’ e o mundo da loucura, no discurso do programa. Assim como no Programa 1, de um lado estão os portadores de transtorno mental e, do outro, a sociedade, permeáveis apenas pela socialização terapêutica, que se dá por vias institucionais.

Mudando brevemente de assunto, mas sem sair de todo da questão institucional, os termos ‘rapaziada/rapaz’ e ‘meninas’ – na nona colocação na lista de palavras mais recorrentes – têm relação direta com estima e estereotipização específicos: a infantilização. Um estudo realizado por Rocha e Silva (2013) sobre as representações sociais de cuidadores familiares de pacientes psicóticos revela que, dentre outras questões, é comum que os portadores de transtornos mentais sejam comparados e tratados como crianças.

Aliada à superproteção, observamos extrema tendência à infantilização e antecipação dos cuidados prestados ao familiar. Alguns familiares agem diariamente realizando funções básicas como alimentação e higiene pessoal dos sujeitos sem realizar orientações e tentativas para que eles as desempenhem sozinhos e utilizem o potencial que, muitas vezes, existe. Muitos são infantilizados de forma a predominar o pouco desenvolvimento das capacidades individuais (ROCHA; SILVA, 2013, p. 130).

Outro estudo destaca que essa abordagem, de tratamento infantilizador, não se restringe à família, sendo realizada também por enfermeiros psiquiátricos no cotidiano de sua profissão (KODATTO; VIETTA, 2001). Apesar de haver várias outras pesquisas com apontamentos semelhantes, não foram encontradas pesquisas que tratem do tema na sociedade como um todo. No Programa 2, apesar de todos os portadores de transtorno mental

entrevistados terem mais de 21 anos, e, portanto, estarem na idade adulta, os apresentadores e os profissionais de saúde constantemente se referem a eles como meninas e rapazes.

Para as mulheres, o uso desses termos, e o tratamento dado a elas de uma forma geral, culmina em uma infantilização extrema. Para os homens, o uso das palavras ‘rapaz/rapaziada’, mais ligadas à fase da adolescência, dá abertura para outra abordagem: a sexualização, que se torna mais visível quando analisamos os adjetivos mais comuns: galã/paquerador/ safado. Estes dois apontamentos indicam que, apesar de não tratar de questões de gênero, a exposição das alas feminina e masculina separadamente ocorre pois é assim que é feito na maior parte dos hospitais psiquiátricos. O programa traz imbricada uma diferenciação entre as mulheres e os homens em sofrimento mental. Para os homens, há mesmo que minimamente, espaço para o reconhecimento de sua sexualidade; para as mulheres, esse espaço não é reconhecido e elas permanecem atreladas ao discurso pueril.

O uso dos termos ligados à sexualização dos pacientes homens se deve também às constantes tentativas dos entrevistadores de estabelecer o clima de ‘romance’, frequentemente perguntando sobre a vida amorosa dos indivíduos ou sugerindo interesses sexuais ou amorosos por parte dos portadores de transtorno. Deslocado do tema da saúde mental, o programa é levado à novelização e à fuga da abordagem jornalística. Como pode ser visto na frase dita por um dos entrevistadores a seus entrevistados em local coletivo: “Mas não tem um beijo? ... é que agente está começando, eles ainda estão tímidos, mas até o final da matéria vai ter que rolar um amasso. Vocês começaram a namorar com que idade?” (Programa 2).

Ainda sim, a abordagem novelesca é feita por um viés sexista, em que o homem encabeça a conquista e tem papel dominante. Esse posicionamento se mostra também no discurso dos profissionais de saúde mental, como o trecho a seguir indica:

Michele: Tinha um casal dançando aqui né. Olha lá onde eles estão, batendo papo no sofá, ó.

Lobão: Romance

Michele: Está rolando um clima ali, a gente só fica olhando pra ver se não passa dos limites.

Lobão: Pra não atralhar né? Como e que é essa interação dos homens e das mulheres?

Michele: Aqui como a gente está falando de uma unidade de 30 homens que moram no hospital a gente pensou em criar momentos onde eles pudessem exercer aquele papel de homem paquerador.

Lobão: O galã né

Michele: De dançar com a mulher, senão não tem graça. De se arrumar pro baile, de se sentir importante. (Programa 2).

Assim como a discussão de gênero não era esperada para este estudo, mas se tornou necessária por um breve momento, faz-se necessário refletir sobre o que pode se considerar como um paradigma psiquiátrico e as definições ligadas à questão. A problemática é levantada pois é imprescindível discutir de que forma o programa escolhe seus locais e entrevistados.

No Programa 2, a abordagem adotada parte do destaque às questões espaciais, de forma que o local leva aos seus personagens. Apesar de carregar o termo ‘psiquiátrico’ em seu título, propondo se focar nos ‘portadores de transtornos graves’ (Programa 2), como sua apresentação afirma, o programa tem, como um dos locais principais, “O Pequeno Cotelengo”, uma instituição destinada a tratar deficiências físicas e mentais.

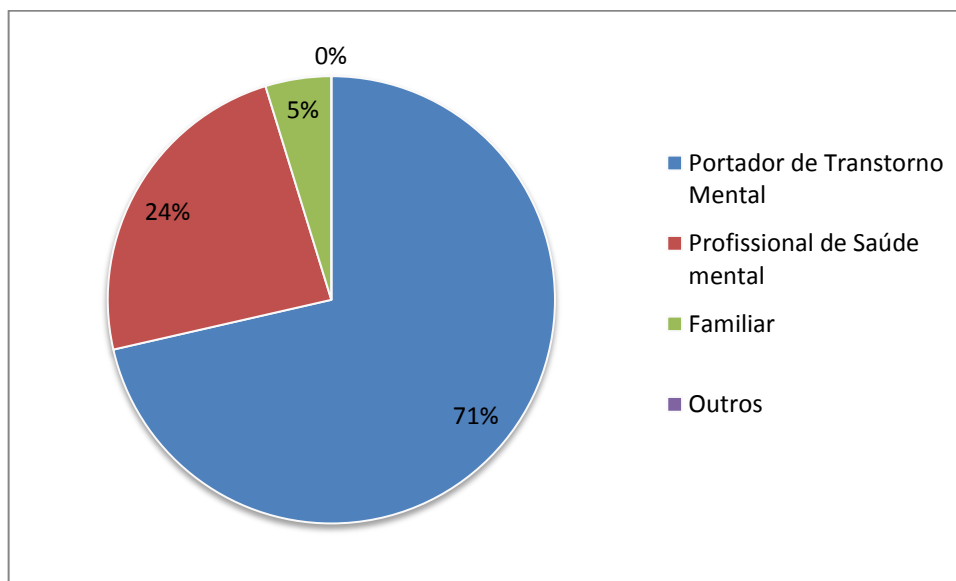
Em seu site, a própria instituição se define como: “O Pequeno Cotelengo é uma Entidade Filantrópica ligada à Congregação de São Luís Orione, que desde 1964 se destina acolher em regime de internato e semi-internato, crianças com **deficiência física e/ou mental leve**, que sejam carentes e/ou sem família” (grifo nosso)⁷. É possível, desde já, perceber que o Programa 2 faz uma interpretação errônea do que são os transtornos mentais, ocorrendo em um engano acerca das doenças mentais e das deficiências mentais. Esse tipo de informação incorreta fomenta o estereótipo de que as pessoas em sofrimento mental são portadoras de necessidades especiais.

Wahl (1995), baseado em estudos realizados nos Estados Unidos, considera que o uso inadequado de termos psiquiátricos é uma tendência na cobertura midiática sobre saúde mental. Entre os possíveis desdobramentos dessa tendência está a de confundir ou falhar em diferenciar ‘retardo mental’ e ‘doença mental’. O caso apresentado pelo autor é semelhante ao que encontramos no Programa 2, com as deficiências mentais e as doenças mentais. E isto fica claro também ao se analisar a distribuição dos entrevistados.

No Programa 2, foram realizadas 21 entrevistas, tendo sido entrevistados 15 portadores de transtornos mentais, cinco profissionais de saúde mental e um familiar, o que resultou nas porcentagens apresentadas no GRÁFICO 3.

⁷ Disponível em: <<http://www.cotolengosp.org.br/>>. Acesso em: 5 jun. 2015.

GRÁFICO 3 - Entrevistas Programa 2



Fonte: Elaborado pela autora.

As entrevistas com os indivíduos portadores de deficiência, que recebem a legenda ‘em tratamento por paralisia cerebral’, representam 19% do total de entrevistas do Programa 2, sendo 26,6% das entrevistas com portadores de transtorno mental. Esses entrevistados são incluídos no todo dos pacientes psiquiátricos do programa, mesmo sofrendo não um distúrbio mental, mas de uma doença crônica cujo tratamento multidisciplinar é prioritariamente neurológico. Isoladamente, outra paciente é identificada como ‘em tratamento por atraso mental’.

A divisão e a cronometragem das entrevistas do Programa 2 revelam um cenário semelhante ao encontrado no Programa 1. Os portadores de transtorno mental somam 71% dos entrevistados, recebendo maior parte do tempo das entrevistas. Porém, esse se dá, na maioria dos casos, no formato de entrevista conversa indireta (1.104 segundos), que, sozinho, soma mais do que o dobro do tempo dedicado aos formatos entrevista direta individual (515 segundos) e entrevista direta coletiva (510 segundos). Os profissionais de saúde mental tem participação menor, de 24%, no formato entrevista direta individual (652 segundos), porém crescem as participações de familiares, 5%, em entrevistas diretas individuais (49 segundos) e de entrevistas em ambientes mistos (115 segundos).

O cenário semelhante se confirma com a lista de palavras destacadas em tela, dispostas na TABELA 6.

TABELA 6 - Palavras em destaque Programa 2

Palavras / termos	Nº
Número	8
Ambientação	4
Local	4
Saúde mental	3
Convívio social	3
Data	2
Atividades	2
Terapia	2
Família	2
Tratamento	2
Informações utilitárias	2

Fonte: Elaborado pela autora.

A lista de palavras visualmente destacadas em tela se difere da lista de palavras mais recorrentes somente por dois termos - ‘terapia’ e ‘saúde mental’ - sendo o restante os mesmos termos. A palavra ‘terapia’ surge como um desdobramento de ‘tratamento’, apontando para, como já foi citado, a constante repetição de esclarecimentos acerca de tratamentos e terapias específicas. ‘Saúde mental’ não ganha destaque no texto verbal, mas é constantemente destacada em tela, indicando a função de complementação do texto que as visualidades adotam. Aquilo que fica implícito no texto verbal é explicitado em tela.

Como conclusão, o Programa 2, em geral, aponta para a mesma situação de institucionalidade e de exclusão da individualidade que o Programa 1 apresenta. A diferença fica por conta da substituição do discurso sobre delírios, vozes e fantasia pela infantilização dos portadores de transtorno e pelo interesse exacerbado em suas vidas amorosas, que resulta em uma abordagem sexista de sexualização dos homens em sofrimento mental. O foco no tratamento, porém, leva a uma diferenciação na forma de identificar os pacientes, que nesta edição recebem não mais somente o título de ‘pacientes psiquiátricos’, mas são diferenciados pelo tipo de tratamento que recebem, como ‘em tratamento por esquizofrenia’.

É possível perceber que, assim como foi apontado no Programa 1, a recorrência da palavra ‘loucura’, representativa dos termos louco, louca, loucura, doido e maluco, vai na contramão do próprio título do programa: ‘Quebrando paradigmas psiquiátricos’. O Programa 2 se propõe a abordar a saúde mental e seus tratamentos por um viés novo, a fim de fragmentar as arcaicas ideias da psiquiatria formal, mas incide no uso de termos carregados de significado social e de estigmas. Apesar de fomentar a ideia de convivência social e dos

tratamentos multidisciplinares, o Programa 2 cai nos mesmos dilemas que a reforma psiquiátrica tem combatido, o que faz com que o termo ‘loucura’ seja mais comum que a expressão ‘saúde mental’, que só aparece na segunda lista.

7.7 PROGRAMA 3 - TRANSTORNOS EMOCIONAIS

FIGURA 6 - Nuvem de palavras Programa 3

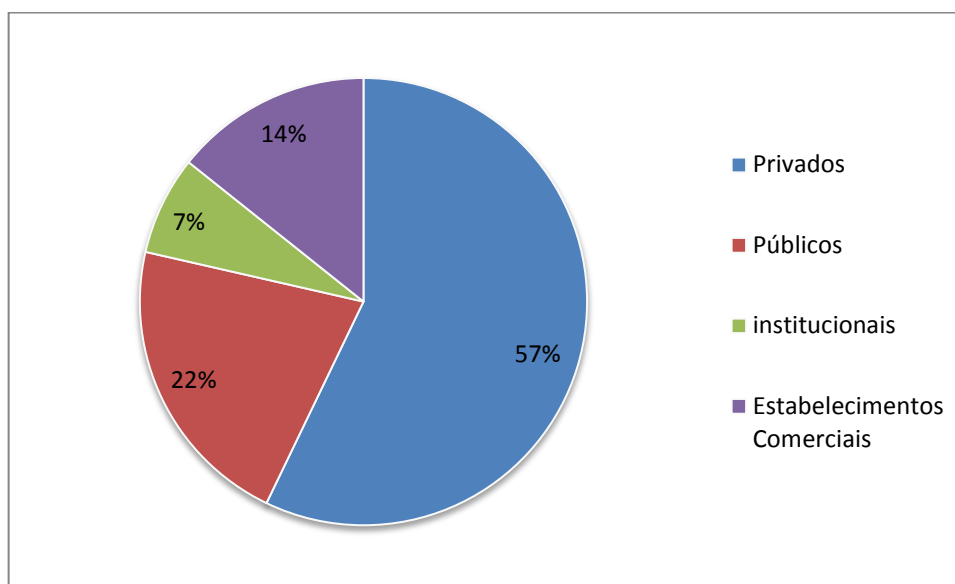


Fonte: Elaborado pela autora.

O terceiro programa (FIGURA 6) possui uma proposta de conteúdo diferente dos dois programas já analisados. Apesar de também debater problemáticas referentes à saúde mental, o foco do Programa 3, que foi ao ar em 26/06/2012, recai sobre os ditos ‘transtornos emocionais’. Ao contrário dos outros programas analisados, nos quais o tratamento dado aos entrevistados é marcado pela diferença que há entre eles e a sociedade como um todo – havendo uso de frases como “Hoje em A Liga passaremos o dia lado-a-lado com aqueles que têm distúrbios psiquiátricos graves em lugares onde os diferentes somos nós” (Programa 2) – o Programa 3 busca se colocar em oposição a isso. Já em sua apresentação, busca aproximar o tema do público: “Quantas vezes você lava a mão por dia? Arruma as camisetas por ordem de cor? Tem medo só de pensar em subir em um avião. Então, fica de olho que o programa de hoje é dedicado a você” (Programa 3).

O Programa 3 explora uma quantidade bem maior de locais sociais: são, ao todo, 14, sendo seis principais e oito secundários. Todos eles tratam de um tema ou de um indivíduo, com a personificação de tema (o que leva aos seus locais), sendo que cada local principal tem pelo menos um desdobramento secundário. Ele é o primeiro dos programas a contar com todos os tipos de locais sociais aqui classificados. O GRÁFICO 4 apresenta as porcentagens dedicadas a cada tipo de local social.

GRÁFICO 4 - Locais Programa 3



Fonte: Elaborado pela autora.

Como se pode perceber no gráfico, o Programa 3 possui uma proporção de porcentagens semelhante ao do Programa 1. Porém, há uma inversão entre locais privados – que aqui constituem 57% do total - e locais institucionais – que representam apenas 7%. Os estabelecimentos comerciais simbolizam 14% e os locais públicos, 22%, quantidades semelhantes às apresentadas no primeiro programa. Não fica claro se o uso mais diversificado dos locais é resultado da abordagem ou o motivo da mudança, mas é fato que a mudança e a diversificação estão interligadas.

Uma análise estritamente numérica já permite perceber que, no Programa 3, a problemática da institucionalização por meio da internação perde força e dá espaço a outras formas de discurso. Considerando apenas os locais principais, os locais privados passam a representar 83,3% das ambientações, sendo, assim, bem mais significativos que os ambientes institucionais. Essa maior presença de locais privados influencia fortemente o conteúdo do programa e a forma como os discursos e as narrativas se estruturam, resultando na lista de palavras mais utilizadas apresentada na TABELA 7.

Mais focado em transtornos específicos, o programa se desloca das considerações acerca da loucura como um todo para falar dos transtornos de forma particular. Esta delimitação de tema dá destaque a enfoques específicos que trazem para a lista de palavras mais recorrentes alguns termos que dificilmente ganhariam espaço em um programa sobre a loucura de um modo geral.

TABELA 7 - Palavras mais recorrentes Programa 3

Palavras / termos	Nº
Pânico	56
Vida	33
Cachorros	28
Querer	22
Depressão	20
Morte	18
Normal	16
Cérebro	13
Sintomas	13
Fobia	12
Cuidado	12
Doença	12
Tranquilidade	12
Mania	11
Problema	11

Fonte: Elaborado pela autora.

Nos dois primeiros programas, o apontamento de uma loucura generalista não abre espaço para a identificação médica de transtornos mentais. Uma característica significativa do Programa 3, gerada por seu enfoque, é que se torna mais comum o apontamento de possíveis sintomas, fazendo com que a própria palavra ‘sintomas’ esteja na oitava colocação da lista.

Realizando uma análise da lista em seu total, o primeiro ponto de destaque é a grande distância que separa o primeiro termo e o segundo na colocação geral da lista, contabilizando 23 ocorrências. No topo da lista a palavra ‘pânico’, representativa dos termos medo, pavor e pânico, é resultado do tempo dedicado pelo programa para tratar da Síndrome do Pânico e das fobias de um modo geral. Dentre os 13 entrevistados pelo programa, seis são diretamente ligados aos temas, sendo dois à Síndrome do Pânico propriamente dita, o entrevistado que personifica a síndrome e seu familiar, e o restante às fobias, de voar e de borboletas. O mesmo tema é responsável pela constância do termo ‘fobia’ e contribui, juntamente com outros, com a frequência de palavras relacionadas com a noção de tranquilidade.

Fobia, que ocupa a nona posição da lista, reflete a alocação do subtema das fobias em duas partes, na primeira delas, uma personagem é entrevistada sobre sua fobia de borboletas e é instigada a enfrentá-la; na segunda, um grupo de indivíduos com fobia de voar é acompanhado por um dos apresentadores em um curso que objetiva levar a pessoa a perder o medo. Apesar de consistir em uma forma específica de medo irracional que causa ansiedade extrema, o termo é, em muitos momentos, usado no sentido de medo, mesmo com a palavra

medo sendo constante no texto, como já foi mostrado; o que acaba por desconfigurar aquilo que é fobia. Isso é reforçado pelo fato de que a entrevista com um profissional de saúde cuida de classificar os tipos de fobia – fobias específicas, social e agorafobia - mas não os define.

À primeira vista, a presença do termo ‘tranquilidade’ não parece indicar nenhuma relação com os transtornos mentais apresentados, já que é contrário aos seus sintomas; porém, é exatamente esse antagonismo que possibilita o aparecimento do termo. Assim como ‘fantasia’ é constantemente tratada em relação à ‘realidade’, trazendo implícita a formação de uma oposição binomial, ‘tranquilidade’ se torna um oposto objetivo à ansiedade e aos problemas causados pelos transtornos mentais como um todo, seja como sintoma para seus portadores, seja como sentimento para aqueles que se relacionam com eles. Ela se situa como sinônimo de ‘bem’ ou ‘corretamente’, expressando normalidade. Como é possível ver neste exemplo: “Apresentadora: Hoje você anda tranquilo? Entrevistado: Hoje eu ando tranquilo... Tentando ser o mais normal possível.” (Programa 3).

Como os adjetivos foram contabilizados de duas formas, como palavras e como adjetivos separadamente, o adjetivo ‘tranquilo (a)’ acaba por ser o mais constante no programa. Ele aparece quase quatro vezes mais que os adjetivos na segunda colocação da lista (TABELA 8).

TABELA 8 - Adjetivos Programa 3

Adjetivos	Nº
Tranquilo	11
Boa	3
Triste	3
Nervosa	3

Fonte: Elaborado pela autora.

Os subtemas Síndrome do Pânico e fobias, apesar de separados, se trespagam em alguns momentos e proporcionam o aparecimento de uma série de palavras entre as mais recorrentes. O termo ‘mania’ se liga diretamente à apresentação do transtorno obsessivo compulsivo (TOC). O subtema é apresentado por meio de um entrevistado que mostra seu dia a dia, fala de sua história e conta como suas ‘manias’ funcionam mentalmente e interferem no seu cotidiano. Nesse momento, não há a entrevista externa com profissional de saúde mental para confirmar aquilo que é falado pelo entrevistado. A confirmação é feita por um psicólogo, que é entrevistado juntamente com o portador de transtorno, realizando uma ‘consulta’ e

participando dos diálogos, com o formato de entrevistas diretas coletivas mistas, já que participam duas categorias de entrevistados.

Por se referir constantemente da maneira como o suposto portador de transtorno obsessivo compulsivo (TOC) trata suas manias, já que o profissional de saúde mental se porta como em uma consulta e o instiga a falar daquilo que pode se tratar de um sintoma, o programa procura esmiuçar as programações mentais de suas manias. Nesse contexto as palavras cérebro, cabeça, mente, pensamento e raciocínio, representadas na oitava colocação da lista pela palavra ‘cérebro’, são constantemente adotadas e tentam expressar o funcionamento mental do portador de transtorno, como se vê no exemplo a seguir:

Profissional de saúde mental: O que passa na sua mente quando você vê uma coisa fora do lugar de repente naquele momento você não consegue organizar, não consegue colocar no lugar como você gostaria?

Portador de Transtorno: Fica armazenado, aquela situação fica aqui na minha cabeça. Manias que eu tinha de fazer coisas iguais.

Profissional de saúde mental: Tem uma simetria.

Portador de transtorno: Tem uma simetria. Se eu não fizesse meu cérebro ficava me cobrando (Programa 3).

As palavras também aparecem em outros momentos, no geral indicando uma tentativa do programa de racionalizar os transtornos mentais e a forma como eles são construídos mentalmente para os seus portadores.

A situação de suposição de transtorno mental se repete no programa, não se limitando ao entrevistado citado. O aparecimento repetitivo dos termos ‘cachorro’, representando ‘cachorro’ e ‘cão’, devem-se à intensa participação de duas entrevistadas que são caracterizadas e têm seu aparecimento legendado com as frases ‘Convive com 58 cães’ e ‘Mora com 16 cães’. A primeira delas, apesar de nunca ter sido diagnosticada ou ter passado por qualquer tipo de tratamento psicológico ou psiquiátrico, é mostrada como uma das fontes principais – que ganham um maior destaque e espaço com entrevistas diretas individuais.

É importante destacar que, apesar de o Programa 3 ter sido denominado ‘Transtornos emocionais’, o que indicaria a necessidade de uma comprovação médica desses transtornos, apenas 50% das fontes principais foram previamente diagnosticadas e se encontram em situação de tratamento contínuo. A outra metade das fontes principais é diagnosticada pelo psicólogo entrevistado pelo programa, sem nenhuma consulta formal. Utilizando esses artifícios, o programa reforça a noção de transtornos mentais facilmente diagnosticáveis, sem uma pesquisa médica detalhada e envolvendo uma análise criteriosa do estado mental do paciente como um todo, em suas motivações e relações. Nesse caso, o programa indica que a

doença mental pode ser facilmente ‘vista’, levando-nos aos estereótipos visuais e simbólicos do ‘louco’ que parece louco.

Os entrevistados são divididos entre a abordagem de diagnóstico ‘em tela’ e de exposição de diagnóstico prévio. A delimitação na temática ‘transtornos específicos’ traz ao programa o subtema depressão, que se converte em uma palavra situada na quinta colocação da lista: depressão. Nessa situação, porém, a pessoa em sofrimento mental já é diagnosticada, sendo identificada pelo programa com a legenda ‘Há 11 anos em depressão’. Apesar de só ter um entrevistado ligado ao assunto, o subtema depressão é dividido em dois espaços e ganha um tempo considerável do programa. O assunto é fortemente atrelado ao tema morte, já que o suicídio é assunto tratado em um dos quadros de diálogo. Neste programa a depressão é longamente e apresentada e, apesar de não ter seus principais sintomas presentes na apresentação do programa, é o transtorno que tem os sintomas esmiuçados com maior precisão.

Os termos recorrentes no Programa 3, até o momento avaliados, são restritos a esta edição do programa, não tendo aparecido em destaque em nenhum dos anteriores. Contudo, algumas palavras em evidência no terceiro programa fazem parte das listagens anteriores, como: ‘cuidado’, no Programa 2, e ‘vida’, no Programa 1. Apesar de já terem aparecido nas listas anteriores de termos recorrentes, e conseqüentemente terem sido analisadas, as palavras necessitam de uma nova avaliação, pois o conteúdo que cerca uma palavra e o contexto no qual ela está inserido podem transformar seu significado no texto.

No quadro de exposição e delimitação de transtornos mentais – seja com pacientes psiquiátricos ou indivíduos não diagnosticados, e de exposição de sintomas - a palavra ‘cuidar’ aparece não mais como reflexo da institucionalização dos portadores de transtorno. Ela adquire novos contornos e passa a trabalhar duas ideias: a primeira expõe o cuidado com os animais, realizado pela entrevistada que é diagnosticada durante o programa; a segunda supõe o cuidado consigo mesmo por parte dos pacientes. É possível perceber que a palavra perde totalmente sua ligação com a ideia de tutoria de terceiros.

A palavra ‘vida’ é a segunda mais recorrente no Programa 3. Como foi exposto em sua análise no Programa 1, a palavra apresentou, naquele contexto, três indicadores de sua frequência: a intenção de tratar a existência como um todo, a ocorrência da expressão ‘vida comum’ e, por último, a constância da expressão ‘risco de vida’. No Programa 3, desaparece a expressão ‘risco de vida’, de forma que a constância da palavra ‘vida’ se deve aos dois primeiros indicadores de frequência. O primeiro indicador supõe a experiência da vida como um todo, de forma que é constantemente indagada e levantada a questão de como os

transtornos mentais interferem na vida dos indivíduos, em todos os sentidos, e não só no mental.

O segundo indicador traz a expressão ‘vida normal’, a qual sugere que, apesar de tratar os transtornos mentais por uma abordagem supostamente mais próxima do público, o Programa 3 também traz a relação dos transtornos mentais e de seus portadores com a anormalidade. Mais um indício dessa relação é a presença da palavra ‘normal’, na sétima posição da lista de termos mais comuns; o termo aparece relacionado não só com ‘vida’, mas também com outros termos que nos levam à noção de anormalidade em contextos diversos de discurso e de narrativa. Partindo da quantidade como medidor de sintomas, as análises de cunho médico propõem a ligação entre a anormalidade e o excesso ou a falta de sentimentos ou comportamentos específicos, tornando a palavra mais recorrente, como no diálogo abaixo:

Apresentadora: ...é normal, é comum esse tipo de comportamento?

Profissional de saúde mental: Até um certo nível você pode considerar normal, principalmente a coisa da limpeza, faz parte, organizar a casa, deixar a casa limpa. A questão toda é quando existe um excesso (Programa 3).

A externalidade aos ambientes de internação trazem outras mudanças significativas para o conteúdo do programa. Em alguns casos, uma ideia levantada em um programa é substituída por outra, em programas futuros, resultando em palavras relacionadas. Se, no contexto da loucura e dos transtornos mentais institucionalizados a experiência é encarada pelo viés do sofrimento, fora delas, a partir dos ‘transtornos emocionais’, esse sentimento perde o protagonismo na relação do portador com o transtorno. Em uma tentativa de combinar a existência desses transtornos com a vida dos indivíduos, apesar da anormalidade já apontada, ‘sofrimento’ dá lugar à palavra ‘problema’, em última colocação na lista. O uso do termo ‘problema’ configura não só uma minimização do sofrimento proporcionado pelos transtornos mentais graves, mas indica uma possibilidade de solução, já que problemas são, em geral, e de alguma forma, solucionáveis, como trechos de narração e entrevistas sugerem. A mesma relação se dá com ‘doença’, nona colocação na lista de palavras mais recorrentes, que surge nos lugares anteriormente ocupados pela expressão ‘transtornos mentais’.

Partindo da relação que os programas estabelecem, a palavra ‘morte’ e as conjugações do verbo morrer não chegaram a fazer parte das listas de palavras mais recorrentes dos programas anteriores. Mas mesmo em menor intensidade se mostram nesses programas, revelando relações de violência. No Programa 3, ela ganha novos contornos e aparece na lista, na sexta colocação, por três motivos diferentes. O primeiro deles envolve a entrevista com

um indivíduo que tem depressão, e o assunto morte se divide entre duas narrativas de vida: a perda de familiares que o levaram à doença portanto, se trata de um trauma, e suas poucas motivações para continuar vivendo. O segundo contorno é marcado pela expressão ‘morrer de medo’, a figura de linguagem é constante no discurso dos portadores de transtorno mental entrevistados no Programa 3. No terceiro, o aparecimento se relaciona com a síndrome do pânico e um de seus principais sintomas: a crise de ansiedade, que resulta em taquicardia e um intenso e incontrolável temor da morte.

Algumas palavras podem passar despercebidas, mas suas presenças são carregadas marcas do estigma. É o caso de ‘querer’, quarta posição na lista de palavras mais recorrentes. A presença do verbo querer e de suas conjugações torna possível localizar, no cerne das narrativas, o aspecto e o reforço de um estigma muito frequentemente enfrentado pelos doentes mentais: a ideia de que estar em sofrimento mental é opção do doente. A presença do termo na lista é confirmada pela seguinte pergunta feita por um dos apresentadores a um dos entrevistados portadores de transtorno mental, que recebe a legenda “‘há 11 anos em depressão’”: “Por que que você está se abandonando assim? Me parece que você desistiu” (programa 3). O mesmo discurso é repetido mais à frente, quando, após fazer uma comparação entre sua doença e um casamento por interesses, é estabelecido o seguinte diálogo:

Apresentador: No caso da depressão, o que você precisa dela?

Portador de transtorno mental: Você não precisa dela, mas você tem vontade de sair e não consegue.

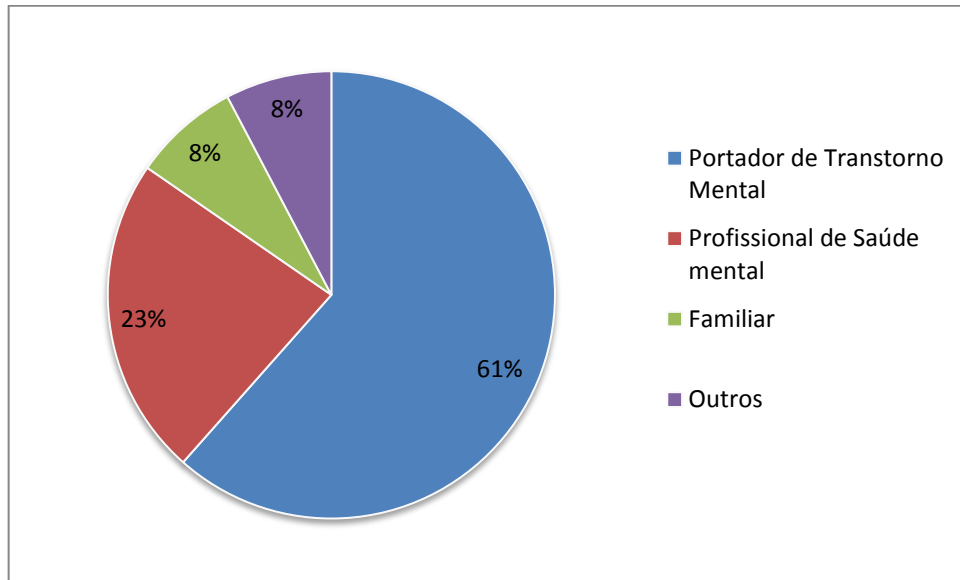
Apresentador: Mas a comparação tinha uma necessidade, qual é a necessidade de estar triste? Existe uma necessidade? Existe uma culpa? ‘Não posso ficar alegre minha mãe morreu, minha tia morreu’ (Programa 3).

Apesar de a família aparecer em vários momento no centro das relações traumáticas que levam ao desenvolvimento de transtornos mentais, e de ser citada como “fundamental para reverter o quadro de transtorno” (Programa 3), a não inserção da palavra ‘família’ na lista, ou qualquer outra que apontasse para a institucionalidade, como é o caso de “hospital psiquiátrico” (Programa 1) e “casa/lar” (Programa 2) proporciona a ideia de maior autonomia por parte dos portadores mentais. A família aqui é importante para o tratamento, mas não é tutora. Essa autonomia reflete na forma como as entrevistas são organizadas e no formato escolhido para elas.

Mesmo contando com uma quantidade bem maior de locais que os programas anteriores, ou seja, 14 locais, o Programa 3 apresenta apenas 13 entrevistas: oito de portadores

de transtorno mental, três de profissionais de saúde mental, um de familiar e um de outros (GRÁFICO 5).

GRÁFICO 5 - Entrevistas Programa 3



Fonte: Elaborado pela autora.

A grande diversidade de locais somada ao menor número de entrevistas sugere uma maior movimentação dos entrevistados, que circulam entre ambientes realizando entrevistas em categorias de locais diferentes. Apesar dessa configuração, há a prevalência de ambientes privados, que se relacionam diretamente ao formato das entrevistas. Os portadores de transtorno mental, considerando-se também os não diagnosticados previamente, somam 61% dos entrevistados; profissionais de saúde mental somam 23%; familiares e outros, 8% cada. A porcentagem de entrevistas de portadores de transtorno é composta, em sua maioria, do formato de entrevista direta individual (2.365 segundos), restando uma quantidade bem menor de tempo para entrevistas conversa informal (13 segundos) e entrevistas diretas coletivas (215 segundos).

Os profissionais de saúde mental, em menor número, surgem com 271 segundos de entrevista direta individual, mas têm também, juntamente com familiares, grande influência nas ocorrências de entrevistas diretas coletivas mistas (771 segundos). A identificação de profissionais nas entrevistas mistas se dá por dois motivos: minimamente, pelo tratamento contra o medo de voar, e, de forma mais expressiva, pelas entrevistas conjuntas, simulando consultas, entre portadores de transtorno mental e um profissional de saúde mental.

Para fechar a questão, o Programa 3 nos leva a duas conclusões acerca da forma como é abordado o tema da saúde mental e, conseqüentemente, como ele é representado

mediaticamente. O primeiro deles diz respeito a como a ausência da institucionalização direta dá contornos ao tema; sem se apegar estritamente a ela, o programa circula mais livremente pela vida dos indivíduos e pelos transtornos, de forma que a questão médica é mais bem observada. Porém, o segundo ponto nos diz exatamente sobre como essa liberdade ainda é delimitada por alguns estigmas: mesmo saindo da institucionalização, o programa não consegue se soltar das amarras sociais e se prende a alguns estereótipos, como é o caso dos pacientes não diagnosticados.

7.8 PROGRAMA 4 - PSICOSE, BIPOLARIDADE E ESQUIZOFRENIA

FIGURA 7 - Nuvem de palavras Programa 4

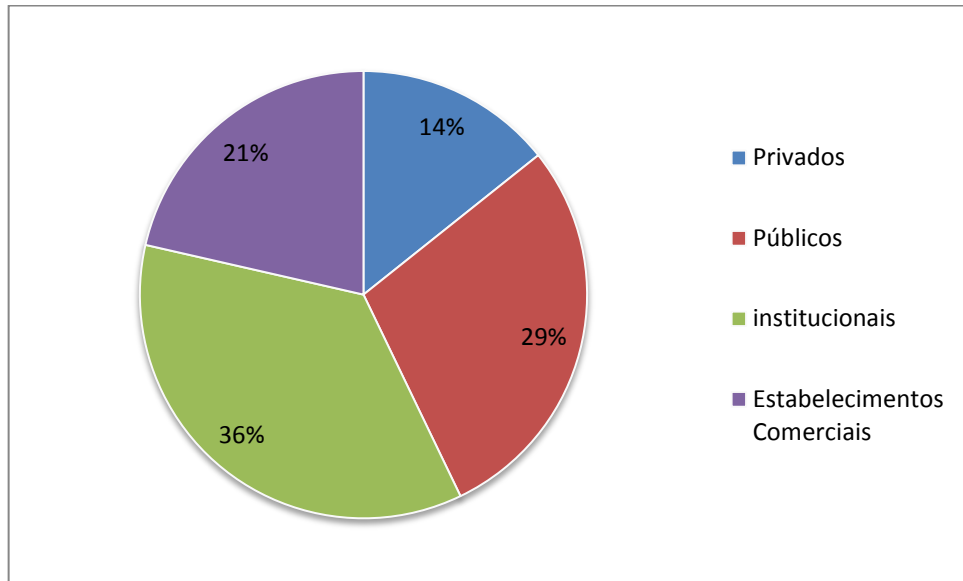


Fonte: Elaborado pela autora.

Com o título ‘Psicose, Bipolaridade e Esquizofrenia’, o Programa 4 (FIGURA 7), último da série de programas que foram analisados, foi ao ar em 10/09/2013, com apresentação de Rafinha Bastos, Cazé Peçanha, Rita Batista, Thaíde e Mariana Weickert. Como o próprio título nos diz, a ideia do programa seria repetir a abordagem feita no Programa 3, tratando os transtornos mentais de forma específica, e não mais a loucura como um todo, como ocorreu nos dois primeiros programas.

Essa abordagem, porém, é diluída em sua divisão subtemática de locais e indivíduos, e durante o programa resulta em um misto do tratamento generalista e institucionalizado dos Programas 1 e 2 com a especificação de sintomas e personificação de subtemas do Programa 3. Esse direcionamento na forma como os temas são abordados gera algumas mudanças significativas na configuração do programa e na escolha dos locais. E ainda uma incompatibilidade ideológica entre a forma como os subtemas são abordados separadamente, como analisaremos mais à frente (GRÁFICO 6).

GRÁFICO 6 – Locais Programa 4



Fonte: Elaborado pela autora.

Como mostra o gráfico, o programa destaca uma divisão bem mais proporcional dos locais sociais, sendo que nenhum deles chega a alcançar metade do total. O Programa 4 possui a mesma quantidade de locais sociais do Programa 3: 14 locais, estando divididos da mesma forma (seis principais e oito secundários). A diferença se estabelece na distribuição do conteúdo entre esses locais. Se, no Programa 3, cada local principal tem, no mínimo, um local secundário, proporcionando uma divisão homogênea, no Programa 4 um mesmo local principal chega a ter cinco secundários, enquanto outros principais não contam com secundários. Esta divisão assinala uma centralização do tema em um de seus subtemas.

Mesmo com todas as mudanças, o Programa 4 traz de volta a prevalência de locais institucionais, porém não ligados à internação, como ocorre nos Programas 1 e 2. Dos 14 locais apresentados pelo programa, cinco são institucionais e envolvem tratamentos contínuos multidisciplinares, são eles: dois CAPS, um polo de atenção intensiva, um pronto socorro psiquiátrico e um núcleo de apoio aos portadores de esquizofrenia. Todos eles envolvem ou o tratamento e acompanhamento extra-hospitalar ou o atendimento emergencial de crises.

Fica subentendido que o Programa 4 trabalha com a ideia central de que a vivência do transtorno mental se dá de duas formas distintas: a crise e os seus intervalos, momentos em que, graças ao tratamento, o paciente mantém uma vida próxima ao normal. São esses momentos que dividem os subtemas do programa. Essa divisão não oficial, mas perceptível, leva-nos a uma listagem de palavras mais recorrentes prioritariamente de termos já verificados nas listas anteriores, mas que também combina algumas inéditas (TABELA 9).

TABELA 9 - Palavras mais recorrentes Programa 4

Palavras / termos	Nº
Medicamentos/ Remédio (nome)	33
Esquizofrenia	28
Crise/Surto	22
Transtorno mental	20
Tratamento	18
Morte	17
Vida	16
Vozes	15
Família/ Familiar	15
Doença	14
Normal	13
Namoro	13

Fonte: Elaborado pela autora.

A lista de palavras mais recorrentes do Programa 4 possui três termos ou expressões que não haviam aparecido nas listagens dos programas 1, 2 e 3: ‘esquizofrenia’, ‘crise/surto’ e ‘namoro’, estando as duas primeiras, respectivamente, na segunda e na terceira colocações da lista.

O termo ‘esquizofrenia’ na segunda posição da lista se deve à grande ênfase dada ao assunto. Dentre as psicopatologias que dão nome ao Programa 4 a esquizofrenia é a que separadamente ganha mais destaque e tem suas questões médicas mais profundamente abordadas. O subtema da esquizofrenia é mostrado pela personificação: um personagem portador do transtorno mental apresenta o tema e leva o apresentador a outros entrevistados. As entrevistas envolvendo esse personagem específico são cinco, e somam, ao todo, 1.071 segundos, sendo 477 segundos de entrevistas somente com o personagem principal. É este subtema que possui um local principal e cinco secundários, de forma que fica clara uma centralização nele.

As palavras ‘crise/surto’, na terceira posição da lista, refletem a tentativa do programa de abordar as crises como momentos específicos da vida dos portadores de transtorno mental, havendo a separação, já apontada, entre elas e o restante da vivência da pessoa em sofrimento mental. É interessante perceber que essa abordagem é totalmente nova, já que os programas anteriores trabalharam com a ideia do transtorno mental como um todo. Essa questão é tão valorizada que recebe dois locais semelhantes: o pronto socorro psiquiátrico, ambiente que recebe pacientes em crise que precisam de tratamento imediato, e o Polo de Atenção

Intensiva. Com a seguinte frase o programa apresenta o subtema da emergência psiquiátrica: “O paciente que tem transtornos mentais e faz tratamento mesmo assim pode passar por um surto a qualquer momento, acompanhamos a luta dos médicos para aliviar o sofrimento das pessoas em crise” (Programa 3). Quebrando com o tratamento habitual dado pelo programa, dois apresentadores fazem a cobertura de um só subtema, dividido entre dois locais semelhantes, alternando entre cenas de pessoas em crise, entrevistas com profissionais e familiares e entrevistas com pacientes.

As palavras ‘medicamentos/ remédio (nome)’ e ‘tratamento’ entram na lista, na primeira e na quinta colocações, respectivamente, como reflexo do posicionamento do programa ao abordar as crises. Se, de um lado, as crises representam a imprevisibilidade do transtorno mental e a sua capacidade em trazer sofrimento e problemas às vidas dos seus portadores, de outro a falta delas significa a chance de uma vida beirando a normalidade. No meio dessa oposição está o tratamento que, se realizado com remédios e outras formas de terapia contínuas, dá ao portador de transtornos mentais a estabilidade psicológica. Nesse contexto ‘tratamento’ e ‘medicamentos/ remédio (nome)’ se tornam assunto comum e são constantemente inseridos nos diálogos e nas narrativas.

A palavra ‘tratamento’, que em outros programas apresenta o papel secundário ocupado pelos portadores de transtorno mental frente às suas patologias, no Programa 4 aparece como o limiar entre a insanidade, as crises e a ‘vida comum’, mesmo não havendo a possibilidade de cura.

Apresentador: Dá pra eliminar essa doença ou dá pra se conviver com ela?
 Profissional de saúde mental: Não, dá pra se conviver com ela, quanto mais precoce se inicia mais efetivo é o tratamento, então se você começar o tratamento logo numa primeira crise a chance da pessoa levar uma vida melhor é muito maior do que se começar esse tratamento depois da quarta quinta crise que tiver, é uma doença tratável e não curável (Programa 4).

O foco no tratamento não mais simboliza uma lacuna no local de sujeito em vista do papel de paciente psiquiátrico, pois ele representa exatamente a busca por esse local: com o tratamento, o louco se torna sujeito social, mesmo que a ‘loucura’ não seja explicitamente citada.

Fora dos ambientes internatórios a palavra loucura – significando maluco, doido e suas equivalentes - desaparece quase por total, sendo substituída por ‘transtorno mental’ e ‘doença’. A novidade, aqui, fica por conta do uso conjunto desses dois termos. Como ficou claro na análise do Programa 3, ‘transtornos mentais’, que ocupa o quarto lugar na lista, foi

usado no decorrer dos programas principalmente para tratar da loucura em contextos em que prevalece a institucionalização, figurando na lista de palavras mais recorrentes do Programa 1. Da mesma forma a expressão ‘doenças mentais’, ou somente a palavra ‘doença’, que ocupa a nona colocação, foram usadas prioritariamente em situações não ligadas às instituições, o que fica claro no Programa 3.

No Programa 4, ambas são utilizadas para substituir a palavra ‘loucura’, mas isso não indica que possuam o mesmo simbolismo. Essa divisão vem ainda para reforçar o raciocínio até aqui empreendido de que o Programa 4 entende o mundo da loucura como dividido em dois: o do surto e da vida da pessoa em sofrimento mental em tratamento. É interessante perceber que, apesar do desaparecimento da institucionalização por meio da internação, a tutela e a inserção do portador de transtorno nas instituições continua, só que agora predomina o viés da família.

Exceto no Programa 3, no qual a delimitação de ‘transtornos emocionais’ seguiu o viés da autonomia dos portadores de transtorno mental, buscando a aproximação da temática com o público, o restante dos programas estabelecem uma relação próxima entre a institucionalização e a relação com a família. Fora do âmbito internatório, o indivíduo em sofrimento mental permanece na tutoria da família, e a todo o tempo é frisada a importância da participação dos familiares para o tratamento. Nesse sentido, o Programa 4 surge como um meio termo entre os dois primeiros programas e o terceiro. Os entrevistados em sofrimento mental não estão de todo institucionalizados; porém, de forma alguma estão livres da institucionalidade médica e da família, o que leva a palavra a ocupar a oitava colocação da lista, ou seja, ela perde força, mas não desaparece.

Assim como os últimos quatro termos analisados, uma série de outras palavras foi constante também nos programas anteriores, algumas delas se repetem carregando o mesmo significado, outras são ressignificadas por seu contexto, como foi o caso do termo ‘tratamento’. A palavra ‘morte’ entra no grupo das palavras ressignificadas: ela e as conjugações do verbo morrer são constantes nos discursos acerca de saúde mental e loucura, porém nos dois programas nos quais aparecem entre as mais recorrentes, Programas 3 e 4, as motivações são diferentes.

No Programa 4, assim como no 3, são três as motivações principais que levam à constante utilização dos termos. Na primeira, um paciente trata dos atentados contra sua vida, os quais ele sofreu por se envolver com a criminalidade. A segunda situação de uso constante vem pelo do discurso de uma paciente, que revela ao apresentador aquilo que ouve em seus delírios auditivos.

Apresentador: O que é a esquizofrenia? A senhora tem alucinações?

Portadora de transtorno: Tenho, eu ouço vozes.

Apresentador: O que essas vozes falam pra senhora?

Portador: Que mata, mata seu neto, mata a sua filha, mata as pessoas (Programa 4).

A última motivação se deve a uma paciente que, após um familiar ter revelado que seu transtorno se desenvolveu após a morte de um filho, manifesta-se: “Mataram meu filho, ninguém mata, ninguém mata ninguém aqui, finge que morre” (Programa 4). Todos esses episódios soam como motivações separadas; todas elas são pontuais e, aparentemente, sem ligação umas com as outras. Porém, constituem um redesenho das relações de violência e mostram como a morte está constantemente imbricada nos discursos acerca da loucura, seja por um motivo ou outro.

Diferentemente da palavra ‘morte’, a palavra ‘vida’ aparece em situações semelhantes às aquelas apresentadas nos Programas 1 e 3, principalmente neste último, havendo pouca diversificação de seu uso. A palavra é usada basicamente em dois tipos de mensagem. A primeira delas trata da existência dos indivíduos em sofrimento mental. A todo tempo se discute sobre a vida dessas pessoas, refletindo sobre o todo e sobre como os transtornos mentais alteram os ciclos naturais de sua história enquanto sujeito. Assim como nos dois primeiros programas citados, a segunda motivação de repetição da palavra ‘vida’ é sua relação com a palavra ‘normal’, representativa de ‘normal’, ‘comum’ e ‘natural’. Assim como ocorre no Programa 3, a expressão nos leva a uma relação de anormalidade que os momentos de crise instauram na vida do indivíduo. Estar normal é estar são; dessa forma, a vida do portador de transtorno em crise corresponde à anormalidade, em alguns momentos beirando a bestialidade. Mais um indicativo dessas relações é o fato de os termos ‘mau/ruim’ constarem como os adjetivos mais recorrentes.

Essa relação leva também à palavra ‘normal’ na décima colocação da lista, porém esta não é a única motivação. No Programa 4, a loucura desaparece do discurso, mas permanece a noção de anormalidade, de que a experiência de adoecer mentalmente é antinatural. Isso explica o fato de que as palavras ‘normal’, ‘comum’ e ‘natural’ estão interligadas, seja expressando anomalia comportamental, irregularidade na vida dos portadores de transtorno, ou expressando a situação de estar bem.

A relação com as crises e a anormalidade também se estabelece por meio dos relatos de portadores de transtorno mental, que são indagados sobre seus delírios. Sintoma comum da esquizofrenia, a palavra ‘vozes’ é constante no discurso do Programa 4, sendo usada em todas

as entrevistas com portadores de esquizofrenia. A relação que o programa estabelece entre a esquizofrenia e os delírios é tão próxima, que em certo ponto, diálogo anteriormente citado, um apresentador nem mesmo espera a resposta da entrevistada para perguntar sobre seus desvarios: “O que é a esquizofrenia? A senhora tem alucinações?” (Programa 3). Em muitos momentos, os delírios e as consequências de tê-los são o assunto principal das entrevistas, o que indica que, apesar da abordagem menos institucional, o programa ainda se apega ao estereótipo do louco delirante e o conceito de exótico que ele carrega.

O Programa 4 como um todo circula entre o apontamento dos estereótipos da loucura e a delimitação de psicopatologias e a tentativa de estabelecer um local para o portador de transtorno mental na sociedade. Um exemplo deste posicionamento é a forma como o estereótipo da agressividade é discutido. O programa mostra, por oito vezes, narrativas de episódios violentos envolvendo portadores de transtornos mentais; entretanto, traz o seguinte discurso de uma profissional de saúde mental:

As pessoas que tem transtorno mental podem em algum momento da vida ter episódios de agressividade tanto contra si mesmo como contra outros, mas a **incidência de agressividade**, de violência **em pacientes** com transtorno mental, é muito **menor do que na população em geral** (negritos do próprio programa feitos com conteúdo destacado em tela). É muito comum essa vinculação do termo do transtorno mental de uma esquizofrenia com violência, mas isso não é a regra (Programa 4).

O discurso em questão é contraditório ao que é mostrado ao longo do Programa 4. Embora traga um discurso verbalizado de que a agressividade não é regra, podendo se constituir em episódios únicos ou episódios esporádicos na vida dos pacientes, várias entrevistas envolvem narrativas acerca da violência praticada por eles ou de surtos de agressividade. O tratamento dado ao conteúdo indica que, mesmo afirmando a ideia de que comportamentos agressivos não são padrão, aqueles que não os têm são exceção.

Outro estereótipo que é perceptível no programa é a já citada infantilidade. A palavra ‘namoro’, inédita nos programas anteriores, aqui aparece na última colocação da lista e sua aparição se deve, pontualmente, à apresentação das relações afetivas dos portadores de transtorno mental entre si. O Programa 4 traz, como subtema, um casal de portadores de transtorno mental, expondo a relação amorosa do personagem que personifica a esquizofrenia. Novamente, os discursos não são complementares, deixando claro como um mesmo assunto pode ter abordagens variadas.

Ambos os discursos são eficientes em mostrar a forma como um portador de transtorno pode se relacionar afetivamente. No subtema casal, o foco permanece nas suas dificuldades cotidianas e na sexualidade, que é, no caso, desmistificada por meio do acompanhamento de uma reunião de um grupo de pessoas em sofrimento mental acerca do tema. Já no desdobramento do personagem personificador a abordagem esbarra na infantilização. Ainda que seja um casal adulto, sem nenhum atraso mental, a relação entre os dois portadores de esquizofrenia é mostrada sob um viés infantilizado, de dois indivíduos sem maldade e sexualidade, como indica o relato a seguir:

Familiar: [...] teve uns pequenos namorinhos, mas nunca tinha namorado, nunca tinha se apaixonado e foi muito bonito o dia que ele falou pra mãe dela, pro pai dela, coisa do tipo “agora o senhor pode ficar sossegado eu sou um bom rapaz, eu não vou desrespeitar sua filha.” De fato ele cumpre isso, então a [...] caiu na vida do [...] como uma luva porque **ela é tão ingênua, tão pura, tão limpa de alma quanto ele** (grifo nosso) (Programa 4).

Muitos dos estereótipos e das informações implícitas nos programas não são perceptíveis em uma análise pura dos dados, exigindo uma análise mais aprofundada da forma como esses dados se relacionam. A listagem de palavras em destaque em tela nos auxilia nesse exercício (TABELA 10). E no Programa 4 ela traz algumas questões que permanecem intocadas no texto verbal.

TABELA 10 - Palavras em destaque Programa 4

Palavras / termos	Nº
Informações Utilitárias	5
Esquizofrenia	4
Números	3
Porcentagens	3
Frases de entrevistados	3
Transtorno mental	3
Sociedade	3
Vida	2
CAPS	2
Pessoas	2
Pacientes	2

Fonte: Elaborado pela autora.

Assim como nos demais programas, as visualidades são usadas principalmente para trazer informações práticas ao público. Já com o texto, as palavras e expressões

‘esquizofrenia’, ‘transtorno mental’ e ‘vida’ não surpreendem por estar na listagem de destaque visual: são palavras de constante ocorrência no texto, e isso reflete naquilo que o programa escolhe destacar visualmente; o restante das palavras exige reflexão.

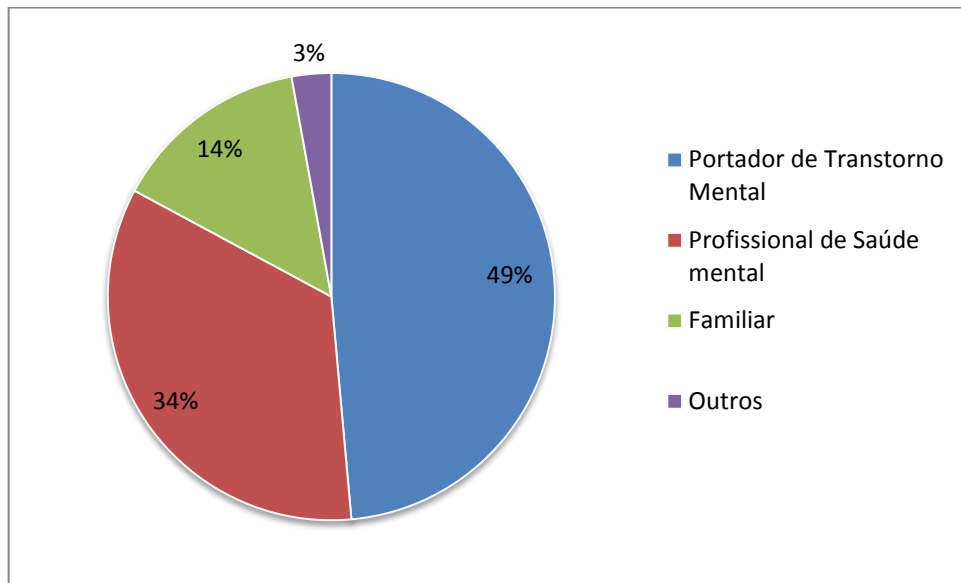
A palavra ‘sociedade’, representativa de sociedade, comunidade e população, aponta para uma informação que não se destaca no texto: mesmo com todas as mudanças na abordagem, ainda permanece a noção de ‘lá fora’, perceptível nos Programas 1 e 2, porém não mais de forma espacial. Mesmo com uma menor institucionalização ela ainda aparece com a palavra ‘Caps’ e continua a deixar a marca estigmatizada do ‘outro’ nos portadores de transtornos mentais, aqueles que não são sociedade, mas buscam sê-la por intermédio do tratamento. Como o trecho a seguir sugere: “[...] a gente está se tratando pra conviver com a sociedade [...]” (Programa 4). De um lado está a sociedade: do outro as pessoas em sofrimento mental.

Esse posicionamento se reflete nas palavras ‘pessoas’ e ‘pacientes’. Tendo a mesma quantidade de ocorrências, as duas mostram lados opostos de uma mesma balança. De um lado, os portadores de transtorno são pessoas, do outro, são pacientes, portanto, indivíduos institucionalizados. Se, por um lado, eles são parte da sociedade, por outro, eles tentam tomar posse desse social que lhe cabe como sujeito inserido em uma sociedade, mas que é negado ao seu ‘eu’ louco.

Os posicionamentos contraditórios adotados pelo programa tornam a análise das entrevistas uma etapa fundamental. A repartição mais homogênea de locais acaba por refletir na quantidade das entrevistas. O Programa 3 é, de longe, o programa com mais entrevistados, já que são, ao todo, 35. Destes, 17 (49%) são portadores de transtornos mentais; 12 (34%) profissionais de saúde mental; cinco (4%) familiares e um (3%) outros (GRÁFICO 7).

Outra mudança significativa que se inicia na escolha dos locais e se expande para as entrevistas são a distribuição e o formato das entrevistas, que não mais ficam localizadas em um grupo específico. No Programa 3, há a ocorrência de apenas cinco tipos de entrevistas (formatos aplicados aos tipos de entrevistados): já no Programa 4 encontramos nove tipos. Essa distribuição supõe não só uma maior distribuição dos temas entre diferentes entrevistados, como também efetivamente revela um maior número de entrevistas mistas (ao todo, 634 segundos). As entrevistas com portadores mentais se dão em ambientes variados, envolvendo relações com entrevistados de categorias diferentes, consistindo, em alguns casos, em tentativas de se alocar os temas em contextos mais reais.

GRÁFICO 7 - Entrevistas Programa 4



Fonte: Elaborado pela autora.

De uma forma geral, podemos concluir que o Programa 4 faz incursões em direção ao posicionamento de desfragmentação de estigmas, como é feita com a questão da sexualidade. Porém, ainda permanece preso a alguns conceitos estereotipados, como é o caso da forma com que a agressividade é mostrada. Outra questão é que, em meio ao destaque dado à esquizofrenia, as outras duas psicopatologias do título – ‘psicose, bipolaridade e esquizofrenia’ – perdem-se. A bipolaridade, mesmo não ganhando tanto destaque, é brevemente abordada, já que uma das personagens principais é portadora do transtorno, porém a psicose sequer é citada. Ela dá nome ao programa, mas não aparece nele, possibilitando a ideia errônea de que psicose seja sinônimo do comportamento estereotipado dos portadores de transtorno em crise.

O destaque dado às crises, porém, é uma abordagem nova, constitui-se em uma forma interessante de tratar da vida das pessoas em sofrimento mental e, em muito, combina com as ideias defendidas pelo movimento antimanicomial brasileiro e implantadas pela reforma psiquiátrica – estabelecendo uma divisão entre aquilo que é visto como loucura como um todo e episódios de crise. Apesar disso, não podemos deixar de refletir sobre o fato de que essa mesma abordagem possibilitou o reforço de imagens estereotipadas, que, por fim, mais aproximam o Programa 4 da televisão do grotesco – questão que será analisada com maior atenção em momento exclusivamente dedicado a isso.

7.9 ANÁLISE TOTAL DOS PROGRAMAS

FIGURA 8 - Nuvem de palavras todos os programas



Fonte: Elaborado pela autora.

Como pudemos ver nas análises até o momento empreendidas, o programa “A Liga” varia muito de um episódio para o outro, porém, como partes de um todo, eles juntos buscam informar algo em comum (FIGURA 8). Nesta etapa final da análise, vamos considerar que cada programa é um mundo comunicante dentro do macrocosmo que é o tema da saúde mental a partir do programa “A Liga”. No total dos programas, nos interessa interpretar aquilo que a comparação e a relação entre eles pode nos revelar. Afinal, o que o todo nos diz?

O programa “A Liga” mantém uma política de produção, que dota de características semelhantes as matérias produzidas por diferentes apresentadores. Porém, a liberdade de abordagem proveniente da proposta de imersão do apresentador no assunto acaba por gerar discrepâncias provenientes das características pessoais – crenças, medos, personalidades, preconceitos, e outros – e da forma como cada um lida com as situações. O Programa 1 tem um exemplo claro dessa diferença de abordagem que a participação imersiva de diferentes apresentadores pode causar.

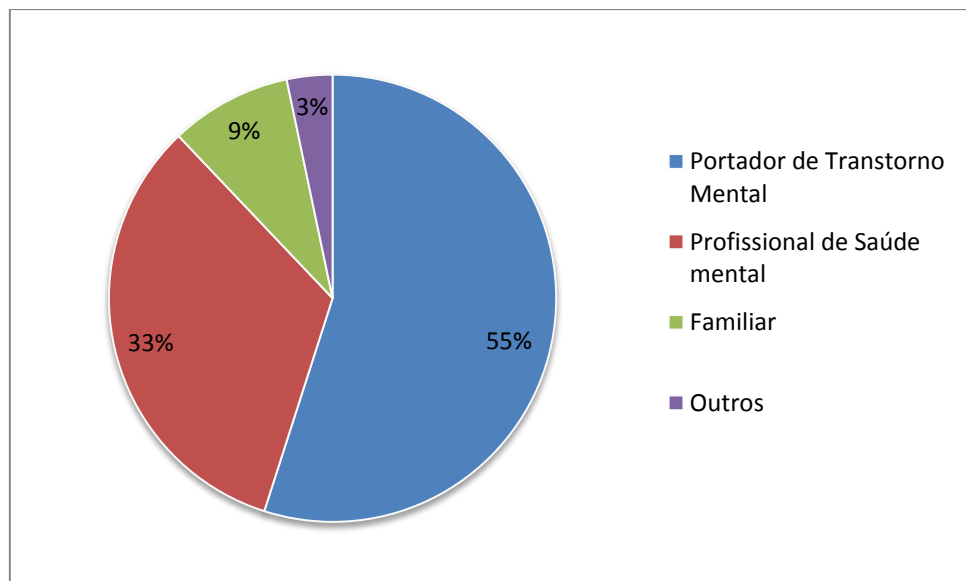
Duas apresentadoras vão para duas instituições psiquiátricas diferentes - a residência terapêutica e o hospital psiquiátrico - ambas com a missão de passar 24 horas na instituição. Apesar de terem incumbências semelhantes, a forma como elas lidam com a situação é bem diferente. A apresentadora que vai para o hospital psiquiátrico deixa transparecer, em vários momentos, o seu medo, como se nota nesta frase proferida por ela: “Mas vou tentar dormir aqui e torcer pra não ver nada” (Programa 1). Enquanto isso, aquela que vai para a residência terapêutica se porta infantilizando as moradoras, usando frequentemente adjetivos como ‘fofa’ e ‘doce’, ou diminutivos, como ‘arrumadinha’, ‘inteirinha’ e ‘espertinha’.

Enquanto alguns apresentadores estabelecem uma relação menos pessoal com seus entrevistados, portanto mais jornalística, outros apresentadores tendem ao entretenimento, adotando a personalidade e temas que se distanciam do critério de noticiabilidade interesse

público. Estas diferenças no processo produtivo do programa serão abordadas nesta análise comparativa de palavras, espaços e entrevistas, e na conclusão acerca do grotesco.

Se, por um lado, a variação no comportamento dos apresentadores gera inconstância, por outro, “A Liga” apresenta algumas características que são provocadas por um padrão de distribuição de conteúdo dentro dos programas. A primeira delas é o ponto de intersecção entre as entrevistas. Os personagens entrevistados de cada edição possuem como ligação o tema geral do programa em questão, estando distribuídos por subtemas. Como foi explicitado na apresentação de cada tipo de análise, a busca por personagens que se relacionem com os temas leva o programa a trabalhar com quatro tipos de entrevistados. Os dados coletados na análise de conteúdo total revelam que 55% dos entrevistados pertenciam ao grupo dos portadores de transtorno mental; 33% de profissionais de saúde mental; 9% de familiares e 3% de outros.

GRÁFICO 8 - Total de entrevistas



Fonte: Elaborado pela autora.

Ainda que os programas apresentem uma grande variação subtemática e da configuração de como o tema da saúde mental é abordado, os programas têm, em comum, a característica de possuírem uma maior quantidade de entrevistados portadores de transtorno mental. Eles são a maioria não só na contagem geral, mas também na contagem de três edições do programa (Programas 2, 3 e 4). Esta informação, contudo, deve ser trabalhada em sua relação com outras formas de conteúdo do programa, sendo a principal delas o formato das entrevistas e o tipo de informação que proporcionam para a trama do programa.

A TABELA 11 apresenta a contagem total das entrevistas distribuídas ente os três formatos escolhidos para este estudo: entrevista conversa indireta (ECI), entrevista direta coletiva (EDC) e entrevista direta individual (EDI).

TABELA 11 - Contagem de entrevistas por formatos

Entrevistados/ Segundos	Prog. 1	Prog. 2	Prog. 3	Prog. 4	Total
Portadores de Transtorno (ECI)	921	1.104	13	13	2.051
Portadores de Transtorno (EDC)	631	510	215	352	1.708
Portadores de Transtorno (EDI)	267	515	2.365	949	4.096
Profissionais de Saúde Mental (ECI)	0	0	0	0	0
Profissionais de Saúde Mental (EDC)	65	0	0	14	79
Profissionais de Saúde Mental (EDI)	514	652	354	312	1.832
Familiares (ECI)	0	0	0	0	0
Familiares (EDC)	0	0	0	0	0
Familiares (EDI)	0	49	0	349	398
Outros (ECI)	0	0	0	0	0
Outros (EDC)	0	0	0	0	0
Outros (EDI)	240	23	0	19	282
Mistas (ECI)	0	0	0	164	164
Mistas (EDC)	39	115	771	470	1395

Fonte: Elaborado pela autora.

A soma de todas as entrevistas realizadas contabiliza uma média de 50 minutos de entrevistas em cada programa. Isso mostra que elas são responsáveis pela maioria do conteúdo dos programas, sendo que uma parcela muito pequena de tempo é ocupada com outras formas de conteúdo, como apresentações de bloco, cabeças de matéria, narrações ou cenas mostradas sem a interferência dos apresentadores. Os entrevistados são, em suma, o principal foco do programa.

Assim como a porcentagem de distribuição de entrevistados, a TABELA 11 também apresenta uma maior participação ativa dos portadores mental. A informação em questão pode parecer repetitiva, mas ela nos indica que não houve uma falsa priorização dos entrevistados, que poderia se dar por uma maioria de entrevistados portadores de transtorno mental recebendo uma menor quantidade tempo, resultando em entrevistas mais curtas.

Não é por esse viés que as entrevistas com portadores de transtornos mentais devem ser relativizadas, mas sim por seu formato: a combinação de categorias e formatos dedicados a cada tipo de programa revela muito sobre o tipo de atenção que esses indivíduos recebem. As EDIs de portadores de transtornos mentais são a combinação mais frequentes nos

programas, seguidas pelas ECIs desse mesmo grupo e, deixando em terceiro lugar, a EDI de profissionais de saúde mental.

Como podemos perceber, há cinco combinações de categorias de entrevistados e formatos de entrevistas que não tiveram nenhuma ocorrência. ‘Outros’, ‘familiares’ e ‘profissionais de saúde mental’ não foram, em nenhum programa, entrevistados isoladamente na forma de conversa indireta, sendo que os dois primeiros também não apareceram no formato ECD. Esses formatos foram utilizados principalmente em entrevistas com portadores de transtorno mental e em entrevistas mistas.

A ausência dessas ocorrências pode indicar dois fatos específicos. O primeiro deles se baseia no fato de que as ECIs com portadores de transtorno mental se deram prioritariamente nos dois primeiros programas, nos quais a institucionalização é mais acentuada por meio da internação. A menor quantidade de tempo dedicada às entrevistas diretas individuais nos leva a confirmar as proposições, realizadas nos programas analisados, de que as pessoas em sofrimento mental nesse contexto não são vistas em sua individualidade, ou seja, por seu local de sujeito.

Em condição de institucionalização, a atenção que esses indivíduos recebem se dá principalmente por sua situação de paciente psiquiátrico, de forma que suas falas na maioria do tempo voltam-se a esse papel, o que explica muitas dessas entrevistas terem ocorrido em âmbito coletivo ou com temática indireta, podendo ser os dois. O reforço dessa conclusão se dá ao compreender que uma grande parcela das EDI com portadores de transtornos mentais ocorre no Programa 3, na qual há menor incidência de locais institucionais, e no Programa 4, em que há uma divisão mais homogênea desses locais. É possível entender que fora da institucionalidade, o indivíduo fala por si; dentro dela, a loucura fala por ele.

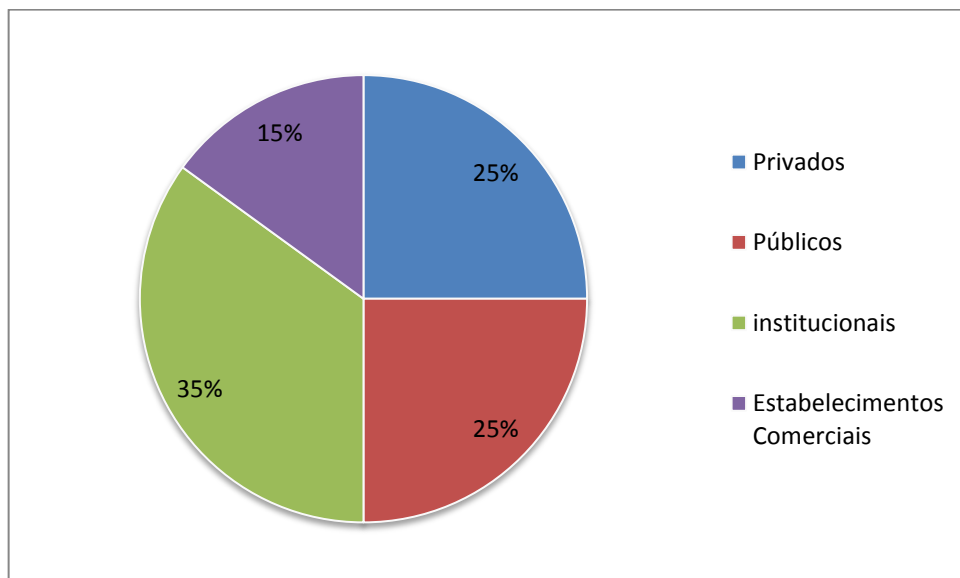
O segundo fato só é perceptível frente ao detalhamento da divisão das entrevistas e dos discursos dos entrevistados. Em todos os programas a somatória de entrevistas de portadores de transtornos mentais é maior, mas seus formatos são flutuantes, mudando de um programa para outro. Com os profissionais de saúde mental o formato utilizado é prioritariamente de EDI, havendo algumas ocorrências de EDC e de entrevistas mistas. Esse formato é, em geral, (e isso ocorre em todos os programas, independente da institucionalização) utilizado para estabelecer uma relação entre aquilo que é dito informalmente ou em entrevista pelos portadores de transtorno e a informação racionalizada acerca do tema, de forma que as entrevistas informais exemplificam aquilo que é dito pelos profissionais de saúde mental. Logo, entrevistas com portadores de transtorno mental são quase sempre seguidas de EDIs com um ou mais profissionais de saúde mental, que falam sobre o mesmo tema tratado com o

portador de transtorno, mas dessa vez com informações científicas, médicas ou estatísticas, conectando a experiência relatada pelo paciente aos dados.

O fato de muitas entrevistas com profissionais de saúde mental racionalizar em aquilo que é mostrado nas interações com portadores de transtorno mental proporcionou a elas uma visualidade semelhante. Tendo a mesma função, as entrevistas nas quais se aplica essa função acabaram por ter, no programa, características semelhantes: são feitas em espaços públicos (rua, praça, parque e outras), sentadas ou enquanto caminham e com o apresentador e entrevistado em quadro. Este padrão de formato mostra que há uma intencionalidade nessas entrevistas: enquanto estas são premeditadas e programadas, as demais entrevistas são resultados dos locais sociais nos quais se inserem ou no seu papel de paciente psiquiátrico. Aos portadores de transtorno, é dedicado mais tempo: contudo, o discurso de credibilidade provém dos profissionais de saúde mental.

A distribuição das entrevistas mantém também conexão estreita com os locais sociais apresentados por cada programa, como podemos ver no GRÁFICO 9. Mesmo com 55% das entrevistas sendo de portadores de transtorno mental, o programa não perde a conexão com o discurso institucionalizado. Os quatro programas, juntos, somam 40 lugares sociais, sendo 35% de lugares institucionais, 25% de lugares privados, 25% de lugares públicos e 15% de estabelecimentos comerciais.

GRÁFICO 9 - Locais todos os programas

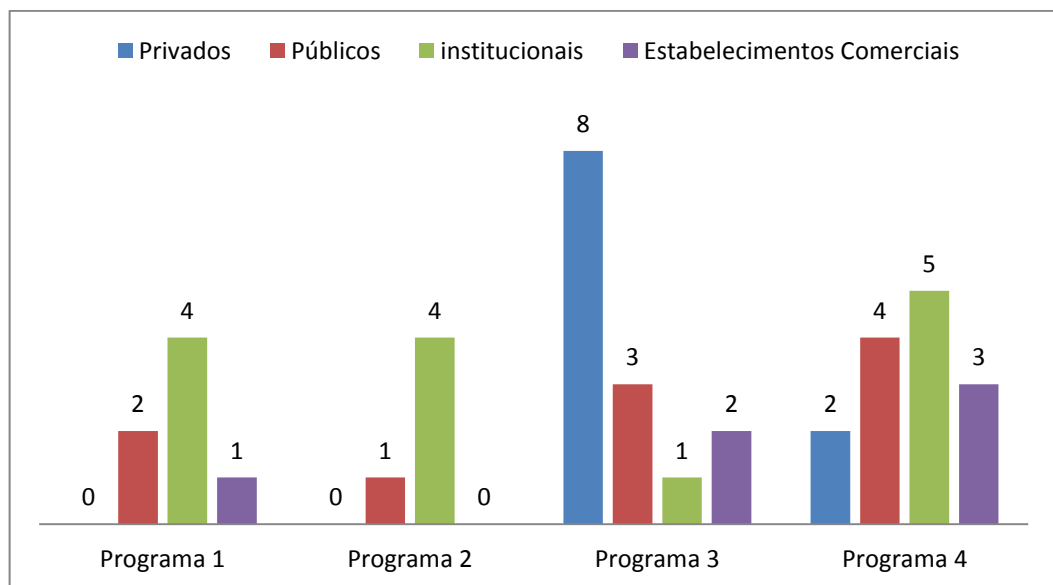


Fonte: Elaborado pela autora.

Estes percentuais podem não soar significativos quando comparados com os gráficos de entrevistas, e isso se dá pelo fato de que os Programas 3 e 4, que juntos significam 70% dos locais sociais, são aqueles nos quais a institucionalização é menor. Estes dados, contudo, se interpretados no contexto total e local de cada programa, indicam que a institucionalização leva também a uma limitação de espaços ocupáveis pelos portadores de transtornos mentais. Isto porque nos Programas 1 e 2, cujo o foco está na institucionalização médica e familiar (falaremos mais frente sobre como as duas se relacionam), a ênfase em locais institucionais é mais pontual, havendo uma menor diversificação dos locais e dedicação.

As entrevistas separadas com profissionais de saúde mental não foram contabilizadas por seus locais sociais por se tratarem de extensão dos subtemas nos quais se encontram e por interferirem diretamente no resultado da contagem de locais sociais. Sendo entrevistas que se ligam a um subtema e que possuem peso institucional, elas ainda assim se dão no espaço público. A intersecção proporcionaria a falsa informação de maioria de espaços públicos, o que não ocorre, já que esses locais públicos só são oferecidos para aqueles que se relacionam profissionalmente com os transtornos mentais, e não para os seus portadores, ou seja, não cabe a loucura propriamente dita. Esta questão nos leva a pensar como as temáticas se distribuí socialmente de acordo com cada abordagem e como elas interferem nos espaços da loucura. O GRÁFICO 10 nos permite ter uma visão geral de como o uso dos locais se dá em cada programa.

GRÁFICO 10 - Locais todos os programas



Fonte: Elaborado pela autora.

O gráfico torna possível visualizar várias questões até aqui abordadas. Observando o todo, é possível perceber como a abordagem adotada para tratar o tema da saúde mental pode gerar alterações em suas configurações. Nos Programas 1 e 2, além de verificar que há um maior uso do formato ECI também fica claro que houve um uso mais acentuado de locais institucionais. Já nos Programas 3 e 4, há uma combinação maior de quantidade de locais, com maior utilização de EDI para portadores de transtornos mentais e de entrevistas mistas. É clara a existência de duas abordagens fundamentais: a da internação (loucura) e a dos transtornos mentais em sociedade (doença mental). Isso se confirma com o fato de que os locais privados só tiveram ocorrências nos Programas 3 e 4, em que ganham destaque os transtornos de forma específica: síndrome do Pânico, TOC, fobias, depressão, esquizofrenia e bipolaridade.

O fato de que as entrevistas de profissionais de saúde mental e portadores de transtorno se conectam para formar um discurso profissional exemplificado permite que a institucionalização se estabeleça mesmo fora do âmbito internatário, como ocorre majoritariamente no Programa 3 e, em menor grau, no Programa 4. Esses programas trazem um enfoque menos institucional, mas isso não significa que se desfaçam totalmente dele; ele é transformado e inserido em novas formas, como ficou claro na análise individual dos programas.

As duas formas de abordagem apontadas são interessantes não por marcar uma mudança gradativa na forma de se representar midiaticamente o tema da saúde mental, já que a alteração mais significativa para o tema da saúde mental no Brasil na última década foi a promulgação da Lei 10.216, fato que já havia ocorrido quando os quatro programas foram ao ar, mas, sim, por mostrar como o mesmo tema pode receber diferentes significações de acordo com o enfoque dado.

Os processos de direcionamento da abordagem e da significação de questões específicas adotados nos programas aqui analisados foram minuciosamente desmembrados na etapa de análise em separado. Sendo, então, possível entender a forma como eles resultaram nos discursos apresentados, personificados pelas listas de palavras mais recorrentes.

A despeito de trabalharmos com uma lista de termos mais recorrentes, que é resultado da somatória dos termos de todos os programas, nesse estágio da análise aqui não mais trabalharemos minuciosamente cada palavra, como havia sendo feito até o momento, já que todas as palavras indicadas na listagem do total de programas também fizeram parte de uma (ou mais de uma) lista parcial de programa. Seus detalhes específicos aqui darão lugar àquilo que essas palavras significam no contexto geral e correlativo nas análises realizadas.

TABELA 12 – Palavras mais recorrentes total

Palavras / termos	Nº
Vida	76
Família/ Familiar	75
Tratamento	68
Medo	68
Remédio/ Medicamento (nome)	56
Transtornos mentais	53
Morte	52
Paciente	47
Crise/ Surto	43
Sufrimento	43
Convivência social	42
Loucura	40

Fonte: Elaborado pela autora.

A TABELA 12 apresenta as 12 palavras mais recorrentes, sendo que duas colocações são ocupadas por duas palavras em simultâneo. Os termos ‘família/familiar’, ‘tratamento’ e ‘vida’ formam o grupo de palavras mais presentes nas parciais da análise (para isso contamos não sua somatória total, mas suas ocorrências entre listas de palavras mais recorrentes parciais); todas estiveram presentes em três listas de palavras mais recorrentes. A palavra “vida”, mais recorrente entre todos os programas analisados, é usada em inúmeras situações, mas está majoritariamente ligada a duas: as consequências dos transtornos na vida dos seus portadores e em oposição a ‘comum’.

Na primeira situação, trabalha-se a consideração de que as consequências dos transtornos afetam a vivência dos indivíduos em sofrimento como um todo, de forma que sua somatória total sofre interferências. Neste sentido, o indivíduo não consegue manter o completo controle de suas experiências cotidianas.

Na segunda situação, ‘vida’ aparece sempre em oposição a comum, trazendo à tona uma estreita correlação entre loucura e anormalidade. Se toda a existência do indivíduo sofre interferências e ele busca o tratamento para conseguir uma vida comum, presume-se que esses indivíduos vivam de forma aberrante. Essa vida anormal explica o destaque ao termo ‘convivência social’, já que mesmo em contextos menos institucionalizados, mesmo em sociedade, esses indivíduos esbarram na pseudoconvivência proveniente de sua anormalidade e associalidade.

No total, mesmo com a ocorrência de programas em que as instituições desaparecem totalmente ou perdem destaque, as marcas da institucionalização são acentuadas, estando nas primeiras colocações na lista, representadas por ‘tratamento’ e ‘família/familiar’. Algumas palavras ou expressões se interligam em uma corrente, de forma que uma explica a ocorrência da outra, como é o caso dos termos provenientes da tutela médica dos transtornos mentais.

A palavra ‘tratamento’ surge na lista por dois motivos distintos: pelo destaque dado à questão médica e por sua posição de limiar entre as crises e o bem estar – sendo usada, na maioria das vezes, pelo primeiro motivo, que é fortemente relacionado com a institucionalidade médica, marcante no âmbito internatário, e também presente no social. Ela está ligada à expressão ‘paciente psiquiátrico’, que carrega consigo a noção de indivíduos institucionalizados e, por isso, sujeitos de menor individualidade. O cerne da tutela médica também nos leva às palavras ‘remédio/medicamento (nome)’, parte fundamental dos tratamentos psiquiátricos medicamente tutelados.

A ‘família’, apesar de aparecer em segundo lugar na listagem de palavras mais recorrentes e na lista de palavras destacadas em tela (TABELA 13), não possui um espaço de fala acentuado dentro dos programas. O Programa 1, no qual a palavra aparece na segunda colocação da lista, não apresenta entrevistas com familiares. No Programa 2 a palavra em está em primeiro lugar, mas ocorrem apenas 49 segundos de entrevistas com familiares. Essas entrevistas serão mais acentuadas somente nos Programas 3 e 4, sendo que, no primeiro deles sequer os termos ‘família/familiar’ aparece na lista. No segundo, o termo aparece, mas somente na oitava posição, com pelo menos dez ocorrências a menos que no Programa 1 e com menos da metade das ocorrências do Programa 2.

Os dados em questão indicam que o programa “A Liga”, apesar de tratar constantemente da concomitância entre o tratamento médico e a participação da família, trabalha com a ideia de institucionalização substitutiva. Quando no âmbito internatário, o discurso da família aparece como necessidade, mas os indivíduos em tratamento não são falantes. Quando no espaço público, a família passa a ser o poder vigente e, portanto, passa a ter espaço de fala. Isso explica o fato de que, na listagem de palavras destacadas em tela após quatro colocações de informações utilitárias, temos ‘família’ e ‘tratamento’ como as palavras mais recorrentes.

Duas palavras devem sua presença na lista total a episódios pontuais em que aparecem com frequência: ‘medo’ e ‘crise/surto’. Ambas têm uma recorrência extremamente alta em programas específicos, porém sem ganhar destaque no restante dos programas. Ainda assim, a

atenção extrema aos subtemas fobia e síndrome do pânico, no Programa 3, e crises, no Programa 4, colocaram-nas entre as palavras com maior ocorrência.

TABELA 13 - Palavras em destaque em todos os programas

Palavras/ informações	Nº
Números	28
Sintomas	15
Frases de entrevistados	12
Atividades	10
Porcentagens	10
Local	10
Família	8
Tratamento	8

Fonte: Elaborado pela autora.

Se algumas palavras ocupam um lugar de destaque no todo por suas pungências localizadas, outras ocupam esse lugar por possuir pungências localizadas combinadas com participações medianas ao longo de todos os programas, como é o caso de ‘sofrimento’. A palavra ganha destaque no Programa 1, mas continua a ocorrer com uma frequência considerável ao longo dos demais episódios. No Programa 1, ela reflete a condição de sofrimento ocasionada pela loucura delirante; nos programas seguintes, ela continua a aparecer esporadicamente, mesmo deslocada dos delírios, expressando o sofrimento gerado pelos transtornos mentais. No segundo programa, este raciocínio é permeado pela ideia de sofrimento irracional, como o trecho seguinte sugere:

Apresentadora: O sofrimento da pessoa? O paciente quando tem uma crise ou quando tem um surto ele não sofre? Ele tem algum sofrimento?

Profissional de saúde mental: Não porque ele tem um rompimento com a realidade, acredito que ele sofra, mas não identifique esse sofrimento como uma coisa real.

Apresentadora: No caso dos pais, de quem presencia esse momento que tem um real sofrimento?

Profissional de saúde mental: Com certeza, porque a pessoa deixa de viver no mundo real e começa a viver em um mundo que pertence somente a ela (Programa 2).

Racionalizado ou não, trata-se da visão do sofrimento como sinônimo da experiência dos portadores de transtorno mental, estando relacionada a todos os âmbitos de vivência do indivíduo, como fica claro nesse trecho: “[...] no Brasil 23 milhões de pessoas sofrem de

algum transtorno mental [...] crises repentinas de ansiedade, delírios e até acreditar ser um super-herói, impõe desafios diários pra quem sofre com essas doenças” (Programa 4).

Ainda que em sofrimento, esse indivíduo continua a ser relacionado com a violência e o perigo, seja esse risco para si mesmo ou para os outros, trazendo sempre para perto discussões acerca da morte. As ocorrências da palavra ‘morte’ e as conjugações do verbo morrer são inúmeras, referentes ao contexto do programa no qual se inserem, mas como um todo elas revelam que o tema da saúde mental é perpassado pelas inseguranças geradas pela imprevisibilidade, cuja consequência máxima é a morte.

Por fim, o programa estabelece um limiar entre o que é loucura e o que é perturbação mental. Ambas as noções são evocadas no programa “A Liga”, como revela o uso tanto da expressão ‘transtorno mental’ quanto do termo ‘loucura’. Ambos aparecem abundantemente no programa e, apesar de teoricamente serem usadas em contextos semelhantes, não são a mesma coisa. A inserção de ambas na lista de palavras mais recorrentes nos deixa uma conclusão: o programa pode buscar tratar dos transtornos mentais, mas em momento algum ele deixa de tratar da loucura; em pequenos ou grandes detalhes ela está lá, por meio do uso de termos como exótica, grotesca e hipnotizante.

8 A LOUCURA, A CIDADANIA E O GROTESCO NO PSEUDOJORNALISMO

8.1 O QUE É A LOUCURA?

A posição imbricada não só no discurso dos apresentadores, como também no dos portadores de transtorno e no dos profissionais de saúde mental, solidifica-se na ideia que, de um lado estão os transtornos mentais – diagnosticáveis e tratáveis - do outro, está a loucura delirante e associal. Como fica claro no trecho a seguir, que mostra a entrevista com uma portadora de transtorno e, posteriormente, com uma profissional do hospital psiquiátrico no qual ela é atendida.

Apresentadora: Você já passou por aqui? Quantas vezes?

Paciente: Umás duas vezes, uma eu pedi alta forçada e a outra eu fugi.

Apresentadora: Por que você fugiu?

Paciente: Porque eu não gosto daqui.

Débora: Mas o importante é o tratamento, não o lugar.

Paciente: Não, não é, menina. **Aqui só dá louco, eu não sou louca. Aqui dá mulher babando. Eu não, eu sei o que eu estou fazendo.**

Apresentadora: **O que ela falou é bastante coerente não é?** (Grifo nosso)

Profissional de saúde mental: Sim, só que assim, muitas vezes o diagnóstico de dependência química não vem sozinho. Porém é muito difícil do próprio paciente compreender isso, ele consegue falar que é dependente químico, mas não consegue falar que ele tem um transtorno psiquiátrico, ou do tipo. (Programa 2).

Os Programas 2 e 3 estabelecem uma relação que ajuda a entender algumas questões cruciais para esta pesquisa. Mesmo indo ao ar com uma distância de cerca de um mês e dez dias entre eles, os dois programas possuem características significativamente diferentes, não havendo nenhuma palavra recorrente em comum entre eles. Enquanto o Programa 2 tem 80% de locais institucionais, o Programa 3 tem apenas 7%. Diferenças expressivas em um período de tempo tão curto, o que aponta para a negatividade de uma explicação prática, como mudança na equipe de produção, são, juntamente com uma análise geral dos demais programas, a chave para responder a pergunta: qual a representação de loucura que o programa “A Liga” apresenta?

O uso pontual de algumas palavras em programas específicos se mostra reveladora com relação ao todo, o mesmo ocorre com a relação entre as presenças e ausências em programas distintos. Desde o primeiro momento este estudo buscava entender qual é a representação de loucura que o programa “A Liga” traz; para isso, foi fundamental entender o que é a loucura para o programa e onde está a intersecção dela com a saúde mental.

Primeiramente trabalhou-se com a ideia da ‘loucura delirante’. Apostamos na ideia de que a loucura habitaria nos delírios e nas vozes. Porém, uma análise comparativa dos Programas 1, 2 e 4 logo revelou que esta hipótese estava errada.

O Programa 4, apesar de ter, entre as palavras mais comuns, os termos ‘vozes’ e ‘crise/surto’, comumente relacionados ao comportamento estereotipado do louco delirante, não mantém constância da palavra ‘loucura’ ou de seus desdobramentos. Uma análise mais aprofundada de todos os programas, cruzando dados acerca das análises de palavras recorrentes e locais sociais, indica que, para o programa, a loucura se define pela institucionalização. Os Programas 1 e 2, nos quais há maior incidência do uso da palavra ‘loucura’ – sexto e quinto lugar, respectivamente, nas listas de ocorrências mais comuns - carregam também a maior presença de locais institucionais: 57% e 80%, respectivamente.

O Programa 3, em comparação com os dois primeiros – principalmente com o Programa 2, que faz parte da mesma temporada - serve para reforçar esta ideia. Apresentando apenas 7% de locais institucionais, e não havendo nenhum de caráter internatório, a análise do Programa 3 mostrou uma aproximação muito maior com termos médicos e sintomas, bem como, um distanciamento de palavras usadas para definir os transtornos mentais. Um indício comprovativo desse argumento é o não uso dos termos ‘loucura’ e ‘transtornos mentais’, além da recorrência do termo ‘doença’, representativo de ‘doença’ e ‘enfermidade’, que aparece deslocado do termo ‘mental’.

A escolha de psicopatologias para ilustrar cada temática – seja nos programas nos quais as psicopatologias são definidas, como nos Programas 2, 3 e 4, seja no Programa 1, que fala da loucura em geral – e o uso da expressão ‘transtornos mentais graves’ são a prova final para entendermos o que é loucura na perspectiva explorada por “A Liga”. O termo ‘loucura’ é usado não somente em contextos de institucionalização como também de reforço do estereótipo das psicopatologias severas e persistentes, sendo muito fácil identificar que a noção de transtornos graves apresentada pelo programa é um estereótipo ligado à institucionalização.

A definição de DMS (doenças mentais severas) requer que o indivíduo tenha tido aos menos um transtorno psiquiátrico no ano anterior, que não seja transtorno por uso de substâncias, que resulte em prejuízo significativo. O diagnóstico, a disfunção e a duração do transtorno são usados como critérios para a definição de uma DMS. Estas incluem esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo, bipolar, autismo, formas de depressão maior, transtorno de pânico e transtorno obsessivo compulsivo (NATIONAL ADVISORY MENTAL HEALTH COUNCIL, 1993 *apud* JORGE; KHON; MARI, 2007, p. 138).

A partir dessa definição, é possível perceber que, apesar de os ambientes não institucionais também apresentarem portadores de transtornos mentais severos – como o entrevistado depressivo e o portador de síndrome do pânico no Programa 3 - a expressão ‘transtornos graves’, ou ‘transtornos mentais graves’, só é utilizada nos Programas 1 e 2, nas quais há maior incidência de ambientes institucionais de internação. Isso nos indica uma deturpação da representação dos transtornos mentais severos, que, nesse caso, ficariam atrelados aos ambientes de internação, que é exatamente onde está a loucura.

Jorge, Khon e Mari (2007) afirmam que 24,2% da população brasileira (10.188.000 de brasileiros) sejam portadores de transtornos mentais, sendo somente 6% de doentes mentais severos e 3,1% de doentes mentais persistentes. Apesar de a população de DMS constituir uma minoria, não chegando a 50% do todo de portadores de transtorno mental, é nessa porcentagem que aparece a expressão ‘transtornos mentais graves’ na introdução dos programas.

Por fim, resumidamente, o que a análise nos revela é que a representação das doenças mentais severas está restrita à internação e a da loucura está diretamente ligada à institucionalização. Todo DMS é louco, mas nem todo louco é DMS, já que mesmo usufruindo dos direitos adquiridos com a Lei n. 10.216, e realizando seu tratamento em regime aberto, a pessoa em sofrimento mental institucionalizada ainda assim é louca, no melhor uso da taquigrafia coletiva do termo, como nos diria Porter (1987).

8.2 ONDE HABITA O GROTESCO?

Desde o início desta pesquisa, trabalhou-se com a possibilidade de aplicação do modelo da televisão do grotesco ao programa “A Liga”. Este modelo foi, juntamente com a descrição da televisão brasileira, apresentado em suas definições e história nos capítulos de teorização desta pesquisa. Toda a etapa de análise foi permeada por esta questão, posto que somente a partir da análise de conteúdo do material selecionado para a pesquisa seria possível responder à pergunta que dá nome a essa etapa de inferência. Sem a análise de conteúdo seria impossível afirmar ou não que o programa aborda o tema da saúde mental pelo viés do grotesco.

Em um primeiro momento, debruçamos-nos sobre a possibilidade de que a escolha do tema saúde mental fosse, em si, uma demonstração do grotesco. A saúde mental, em geral, é

um tema que não ganha muito destaque na mídia, ficando a cobertura do tema restrita a reportagens sobre dependência química especificamente ou, no total, ligada a denúncias, eventos e notícias envolvendo criminalidade; e, ainda, em raras incursões sobre questões humanitárias. O tema da saúde mental envolve, portanto, questões que não possuem uma ampla cobertura pelos veículos midiáticos brasileiros, o que situa os portadores de transtorno mental no conceito já apresentado de minoria hipomidiatizada.

A partir desse sublugar midiático, uma cobertura manifesta acerca do tema logo se mostra como excepcional. Em suas quatro primeiras temporadas, de 2010 a 2013, o programa apresentou os quatro episódios aqui analisados. A segunda temporada não teve programas sobre o assunto, e a terceira temporada contou com dois episódios em um intervalo de pouco mais de um mês. Em três dos programas que foram ao ar nesses quatro anos, o foco foi a institucionalidade da loucura, historicamente ligada à anormalidade e ao lugar do outro nas sociedades ocidentais pós-medievais.

Sem mais indícios, seria subjetivo afirmar que o programa escolhe seus temas a partir da estética do grotesco; por isso, a análise dos episódios em questão buscou sinais do grotesco permeando as produções dos programas. Trabalhando com a possibilidade representativa do grotesco, que, como aponta Sodré (1977), envolve a comunicação indireta, buscamos aqui três dentre as quatro categorias apontadas pelo autor: escatológico, chocante e teratológico. Vários detalhes foram considerados: imagens, sons, textos, locais e outros. E aqui apresentamos os indícios encontrados sobre a estética e o discurso do grotesco.

O escatológico, primeira das categorias apontadas pelo autor, como já foi explicado, apresenta-se na recorrência de questões que envolvem o corpo humano em suas secreções e necessidades fisiológicas, podendo incluir as partes do corpo relacionadas com os excrementos, como genitálias. A análise dos programas revelou que a abordagem escatológica não aparece diretamente como forma de tema ou subtema, mas surge esporadicamente em entrevistas, em conversas entre personagens do programa ou no texto dos apresentadores. Um exemplo dessa ocorrência se dá no Programa 2, no seguinte diálogo:

Apresentadora: Não se acostumou. Você se lembra quando veio pra cá? Como foi?

Portadora de transtorno mental: Confuso. Fiquei até nervosa sabe? **Bebi urina e chupei o absorvente com sangue.** (Grifo nosso).

Apresentadora: Por quê?

Portadora de transtorno mental: Ah devolve, eu não gosto de perder sangue, não gosto.

Apresentadora: Mas não faz falta, é diferente do sangue que está na veia, esse sangue é aquele sangue que serve pra limpar.

Portadora de transtorno mental: Pra engravidar né?

Apresentadora: Pode perder a vontade que não vai fazer falta. Não precisa ficar nervosa não (Programa 2).

Em momentos como os do trecho anterior, o escatológico é utilizado para apresentar a irracionalidade dos personagens, já que nas sociedades modernas lidar com suas secreções é muitas vezes visto como parte das ações racionais básicas do ser humano. Um uso semelhante ocorre no mesmo programa, em um trecho em que o apresentador descreve o quarto do hospital psiquiátrico por seus cheiros de secreção corporal. “Está um calor intenso aqui, um cheiro forte, são oito homens aqui. Urina, secreção, suor, calor” (Programa 2). A fala é logo acompanhada da imagem de um paciente que urina em uma das paredes do quarto (FIGURA 9).

FIGURA 9 – Programa 2, portador de transtorno mental urina em parede de quarto



Fonte: A Liga, Rede Bandeirantes de Televisão. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=fmtcek2PcPo>. Acesso em 02 de jun. 2014.

Esse momento, juntamente com todas as cenas noturnas de ambientes institucionais mostradas nos Programas 1 e 2, encaixa-se na categoria chocante do grotesco, que é caracterizado pelo uso do escatológico e do teratológico, realizando um esvaziamento do sentido, buscando unicamente chocar o público. Os dois programas citados ocupam uma parcela de seu tempo com cenas noturnas feitas pelos apresentadores que passaram a noite em hospitais psiquiátricos e em residências terapêuticas. Esses trechos trazem quase ou nenhuma informação acerca do tema dos programas e estão centrados unicamente em mostrar o quão ‘anormal’ e agitada é a noite nesses ambientes.

Nas cenas noturnas os apresentadores filmam suas experiências prioritariamente com câmeras amadoras e há poucos momentos com filmagens feitas pelos *cameramans* (FIGURA

10). Assim, os programas adquirem uma estética um pouco diferente daquela usada nos demais momentos. Câmeras de visão noturna, planos de câmera *superclose*, sons ambientes como tosses, roncos e portas batendo, bem como a movimentação de apresentadores e pacientes, unem-se para dar uma atmosfera de terror e imprevisibilidade semelhante à estética cinematográfica de terror documental (FIGURA 11).

FIGURA 10 – Programa 1, apresentadora é filmada pelo *cameraman* segundos antes de iniciar as imagens com a câmera amadora



Fonte: A Liga, Rede Bandeirantes de Televisão. Disponível em DVD cedido pela Rede Bandeirantes.

FIGURA 11 – Programa 2, apresentador filma paciente insone



Fonte: A Liga, Rede Bandeirantes de Televisão. Disponível em:
<https://www.youtube.com/watch?v=fmtcek2PcPo>. Acesso em 02 de jun. 2014.

Utilizada desde a década de 1980 no cinema de terror, a técnica de produção conhecida como *mockumentary* define-se por obras ficcionais apresentadas em formato de documentário. O estilo se popularizou com o filme ‘A bruxa de Blair’ (*The Blair Witch Project*), em 1999 (ROSCOE, 2000). No filme, é constante o uso de câmeras amadoras e do

próprio personagem atuando como câmera – modelo que é amplamente usado nas filmagens noturnas do programa, o que leva a alguns momentos em que a estética é semelhante à do filme, como se percebe nas FIGURAS 12 e 13.

FIGURA 12 - “A Liga”, Programa 2, apresentadores



Fonte: A Liga, Rede Bandeirantes de Televisão. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=fmtcek2PcPo>. Acesso em: 02 de jun. 2014.

FIGURA 13 - Cena do filme ‘A bruxa de Blair’ (1999)



Fonte: Disponível em: <<http://cinemascope.com.br/noticias/diretores-de-a-bruxa-de-blair-em-novo-thriller/>>. Acesso em: 13 de jun 2015.

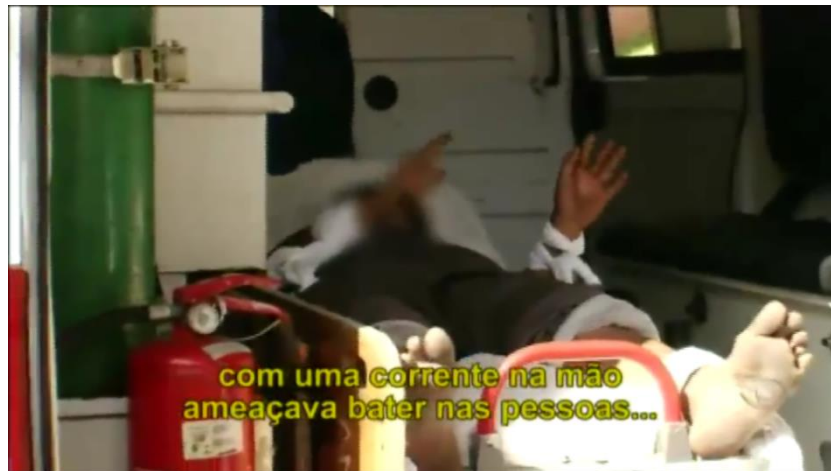
A exposição do grotesco não se limita ao uso das categorias até aqui apontadas, havendo também a presença do grotesco teratológico. Como explicam Paiva e Sodré (2002), o grotesco teratológico se define como um apelo visual à anormalidade, recorrendo à imagem

bestial, animalesca, que se aproxima aquilo que é mostrado como aberração. Diferentemente do chocante e do escatológico, que não são totais em nenhum dos subtemas e aparecem somente nos desdobramentos destes, seja em diálogos ou momentos específicos, o teratológico é marcante em vários momentos do programa “A Liga”. No entanto, é no Programa 4 que ele é totalmente perceptível na extensão total de dois subtemas: o Pronto Socorro Psiquiátrico e o Polo de Atenção Intensiva. Em decorrência da extensão dos programas, esses dois subtemas específicos foram escolhidos para serem detalhados e servirem de exemplo da categorização do grotesco.

Nesses dois locais, a atmosfera de anormalidade e diferenciação que se faz presente em vários pontos dos programas se corporifica em imagens nas quais portadores de transtorno mental são filmados enquanto recebem atendimento, consultam-se com profissionais de saúde mental ou são medicados. Levados aos locais por estar em crise, eles são mostrados em situações delirantes, seja em estado de agitação ou amarrados em macas e ambulâncias, enquanto arremessam objetos, xingam, cospem, dentre outras atitudes que são interessantes para o programa exatamente porque são incomuns. Nesses momentos, ganham destaque, no Programa 4, os comportamentos violentos.

Na voz dos profissionais de saúde mental, que explicam o quadro clínico dos pacientes, ou de familiares, que contam a trajetória que levou seus entes até o pronto atendimento, as pessoas em sofrimento mental ali retratadas surgem como indivíduos que em situação de crise se mostram sem controle - tal como animais, atacam e agredem, gerando perigo para si e para os demais e, em decorrência disso, necessitam serem contidos para então serem tratados (FIGURAS 14 E 15).

FIGURA 14 – Programa 4, paciente amarrada dentro de ambulância



Fonte: A Liga, Rede Bandeirantes de Televisão. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=06TvtqPSGjE>. Acesso em: 01 de jan. 2014.

FIGURA 15 - Programa 4, câmera dá zoom nas amarras



Fonte: A Liga, Rede Bandeirantes de Televisão. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=06TvtqPSGjE>. Acesso em: 01 de jan. 2014.

Os subtemas do Pronto Socorro Psiquiátrico e do Polo de Atenção Intensiva trazem os portadores de transtorno mental na situação máxima de bestialidade encontrada entre os programas, portando um discurso que se alterna entre a agressividade e o delírio. As duas formas de comportamento adquirem o formato discursivo do teratológico no momento em que o Programa 4 apresenta a tentativa de uma das apresentadoras de entrevistar uma portadora de transtorno mental em crise (FIGURAS 16 e 17).

FIGURA 16 - Programa 4, apresentadora entrevista portadora de transtorno mental em crise que recebe atendimento



Fonte: A Liga, Rede Bandeirantes de Televisão. Disponível em:
<https://www.youtube.com/watch?v=06TvtqPSGjE>. Acesso em : 01 de jan. 2014.

FIGURA 17 - Programa 4, apresentadora fala com a câmera com paciente amarrada ao fundo



Fonte A Liga, Rede Bandeirantes de Televisão. Disponível em:
<https://www.youtube.com/watch?v=06TvtqPSGjE>. Acesso em: 01 de jan. 2014.

A apresentadora, que durante o atendimento emergencial permanece próximo à paciente, seja acompanhando todo o processo ou entrevistando profissionais de saúde mental, direciona perguntas à portadora de transtorno mental, que, suja, descalça e amarrada na maca, em alguns momentos, responde às perguntas e, em outros, profere frases sem conexão visível com o diálogo que a apresentadora tenta estabelecer. Por fim, ainda com a paciente no fundo do quadro, a apresentadora tenta explicar a situação:

Apresentadora: É minha primeira vez numa emergência psiquiátrica então algumas coisas que eu acho...

Portadora de transtorno mental: Íris, deixa eu tomar banho primeiro.

Apresentadora: Oi? Certo. Ela está me chamando de Íris porque foi um dos nomes que ela me deu quando eu perguntei o nome dela. Ela fala algumas coisas que alterna entre a normalidade e a loucura, isso vai em ondas, ao mesmo tempo que ela reconhece a reportagem, que ela sabe que é uma câmera, que ela sabe o que a gente está fazendo ela começa a falar coisas que não tem sentido (Programa 4).

A situação em questão é a máxima de um fluxo grotesco teratológico que se estabelece em todos os programas em detalhes menores: as moradoras da residência terapêutica que discutem por causa de seus delírios (Programa 1); o paciente que rasga a própria roupa e se agride (Programa 2); o paciente que pega restos de cigarro no chão para comer (Programa 2); a mulher que dorme no chão com seus 16 cachorros (Programa 3). Os subtemas que escolhemos analisar a fundo são os extremos. Mostrando portadores de transtorno mental em situações de crise, esses indivíduos são expostos de forma grotesca em imagens bestializantes, sendo que a animalidade é confirmada pela entrevista comentada, que une discurso e imagem.

Se a escolha dos temas deixa dúvidas sobre a estética do grotesco, com a análise dos programas, que mostraram claramente as categorias escatológico, teratológico e chocante, seja de forma pontual ou espaçada, imagética ou textual, tem-se a confirmação. Ciente do apelo do grotesco, cabe agora analisar de que forma o uso dessa estética influi no posicionamento jornalístico que o programa afirma adotar e onde entra a cidadania neste processo.

8.3 O ESPETÁCULO PSEUDOJORNALÍSTICO

Analisar o programa “A Liga” exige realizar reflexões teóricas sobre gênero, já que o programa é, desde sua concepção, um caminhante na fronteira dos gêneros comunicacionais e televisivos. Em geral, a busca pela audiência faz com que programas com gênero único ou híbrido influenciem o surgimento e a transformação de outros programas. Aos poucos, a televisão é transformada em uma colcha de retalhos estilística. Essas mudanças são aplicadas e percebidas, mas raramente analisadas, pois o mercado não dá espaço para reflexões teóricas, cabendo à academia o papel de refletir sobre as construções e hibridizações de gênero e sobre a relação delas com o papel social da televisão.

Na análise teórica deste trabalho, chegamos à conclusão de que a mídia se estabelece nas sociedades modernas como um dos principais espaços de discussão para a conquista de

direitos. Este papel social de cunho ético carrega responsabilidades que diferenciam o jornalismo do entretenimento, já que, enquanto o jornalismo carrega uma função cidadã explícita, para o entretenimento a defesa da cidadania é opcional. Neste contexto, pensar a cidadania por meio do programa “A Liga” é uma questão a mais já que a busca por um local jornalístico para o programa já implica em um estudo da relação que a mídia estabelece com a cidadania moderna. A partir da relação estreita entre o jornalismo e a cidadania, a linha cada vez mais tênue que separa o jornalismo do entretenimento na televisão brasileira e as constantes experiências televisivas de hibridização faz do exercício de pensar os gêneros televisivos um desafio multifatorial necessário. Dentre esses fatores está a espetacularização da realidade. Até onde pode ir o espetáculo sem que jornalismo e cidadania sejam sacrificados?

Essa pergunta só se torna possível pois, acordando com as ideias já expostas de Duarte (2004), o espetáculo é parte fundamental da produção televisiva, de forma que não há televisão sem espetacularização, mesmo no jornalismo. Porém, há um limiar subjetivo que, se transpassado, leva-nos à hibridização. É exatamente esse limiar que nos interessa esclarecer se foi cruzado pelo programa aqui analisado. Trabalhando com a realidade, o programa “A Liga” supõe um trabalho jornalístico diversional utilizando técnica de imersão. Mas, ao mesmo tempo em que se descreve como uma nova forma de jornalismo, utiliza técnicas ficcionais e submerge na estética grotesca. Há muito sabemos que a autodenominação já não é suficiente para definir a qual gênero um programa televisivo corresponde, muitas vezes os próprios produtores não têm noção clara e definida daquilo que produzem.

Uma questão que depõe contra o suposto posicionamento jornalístico do programa é a constante utilização de artifícios dramáticos, chamada por Temer (2009) de ‘novelização’, que desviam a atenção das informações jornalísticas para exterioridades emocionais e estéticas. Como foi o caso das coberturas noturnas, que focaram na anormalidade de uma noite em instituições psiquiátricas variadas. A novelização se dá não só de forma imagética, como também se expressa na forma das relações que apresentadores e entrevistados estabelecem.

Por empregar uma proposta que se aproximaria do uso da imersão em jornalismo diversional, o programa se abre para uma participação ativa dos apresentadores. Eles vivem as situações mantendo relações estreitas com os entrevistados, que, contudo, não se explicam apenas pela busca do jornalismo imersivo. Em muitos momentos, há diálogos que se justificam muito mais pela proximidade do entrevistador com a fonte, que leva a mais desvios no jornalismo, do que pela sua capacidade informativa. Um exemplo desse comportamento é o momento do Programa 3 em que uma das apresentadoras assume ter sido selecionada para

realizar a entrevista com uma portadora de fobia de borboletas por possuir tatuagens desses animais, exibindo-as para a entrevistada enquanto ri (FIGURA 18).

FIGURA 18 - Programa 3, apresentadora mostra tatuagem de borboletas



Fonte: A Liga, Rede Bandeirantes de Televisão. Disponível em:
<https://www.youtube.com/watch?v=pqPHedZ1yNE>. Acesso em: 01 de jan. 2014.

A proximidade mostrada nesta cena é bastante comum nos programas como um todo, repetindo-se de forma variadas e em vários momentos. Em alguns deles, a proximidade proporciona informações e abordagens interessantes e que adicionam informativamente; em outros, o limiar do entretenimento é cruzado, e o programa passa a proporcionar um conteúdo documental espetacular. Nesses momentos, fica perceptível como a falta de experiências jornalísticas por parte dos apresentadores – já que a maioria deles mesmo tendo formação jornalística chega até o programa por se destacar em áreas do entretenimento e das artes – e a falta de uma linha editorial mais rígida jornalisticamente provocam variações no estilo e na qualidade.

O misto de formações profissionais variadas, mais predominantemente entretenedoras e artísticas do que jornalísticas, com a deturpação da proposta de um jornalismo diversional, leva-nos a enxergar no programa “A Liga” um estilo não ficcional de postura grotesca. Temer e Tondato (2009) definem programas não ficcionais como:

[...] programas que não sendo basicamente informativos e estando distantes dos modelos do jornalismo tradicional ou mesmo do documentário, usam recursos jornalísticos e parte de experiências reais ou situações que envolvem retratos ou cortes da realidade (TEMER; TONDATO, 2009, p. 21).

O programa aqui analisado é claramente um fruto do hibridismo que domina a televisão brasileira e que cada vez mais promove a fusão entre o jornalismo e o entretenimento, gerando programas pseudojornalísticos espetaculares, que adotam os mais variados formatos e trabalham com o jogo de imaginário que é a pseudo-objetividade (SODRÉ, 1972). Essa nova categoria de programas nos leva não só a uma discussão sobre gêneros televisivos, como também sobre ética. Os programas não ficcionais, e nisso incluímos o pseudojornalismo espetacular, são o resultado claro de uma desfragmentação do modelo de jornalismo defendido por Chaparro (1994), que consiste em ética, estética e técnica permeadas pela intenção.

Quando programas televisivos de entretenimento absorvem funções jornalísticas, introduzindo em sua programação quadros de cunho informativo e de formato jornalístico, eles se apropriam do estilo, mas não necessariamente adotam o corpo ético que rege a atividade jornalística. A credibilidade que o telespectador tem no modelo jornalístico de informação o leva a confiar nos informativos híbridos, gerando um desarmamento crítico. Acreditando assistir a um programa que segue os preceitos éticos jornalísticos, e que, portanto, possui um contrato com a verdade, o telespectador se abre para as informações sem suspeitas sobre a intenção daquilo que é assistido.

Essa relação de confiança estruturada na credibilidade transmitida pelo estilo jornalístico nos leva a crer em uma escolha intencional pelos modelos não ficcionais de pseudojornalismo espetacular por parte dos canais e produtores de televisão, como a Rede Bandeirantes, que veicula o programa, e a produtora Eyeworks, sua proprietária. Com a adoção desses modelos, o sistema produtor se apropria do ganho de audiência proporcionado pelo estilo jornalístico, já credibilizado por experiências que datam do nascimento da televisão, mas se isentando da responsabilidade com a ética profissional, gerando, assim, um maior espaço para atuação. O programa “A Liga” tem conseguido ser convincente nesse sentido, de forma que é possível encontrar estudos acadêmicos que apontam o programa como jornalismo investigativo.

Parecer jornalismo, mas não atuar eticamente como tal, ou se assumir totalmente como o oposto, proporciona ao programa “A Liga” a liberdade de atuação e de diversidade profissional e temática que um telejornal ou documentário comum não possui, mas sem abrir mão da audiência agregada ao jornalismo padrão. São as vantagens técnicas e estéticas do jornalismo sem suas amarras morais da ética, proporcionando o autoperdão e a liberdade de uso que abre espaço para o grotesco agir por meio da espetacularização da realidade.

8.4 A CIDADANIA NEGADA

Esta pesquisa buscou localizar, no programa “A Liga”, o tema da cidadania, tentando entender se o portador de transtorno mental é representado como cidadão ou não. Em um primeiro momento, na etapa de fundamentação teórica, coube-nos definir o que é a cidadania e como ela se aplica aos indivíduos em sofrimento mental, chegando a duas definições básicas. Primeiramente, entendemos que a cidadania se constitui em um conceito historicamente construído, que vem evoluindo com as sociedades. Diferentemente dos direitos humanos, que envolvem direitos universais irrevogáveis, independente de seu lugar no mundo e de suas ações, a cidadania envolve o pertencimento a uma sociedade. Sendo assim, trata de direitos e deveres de um indivíduo em sociedade, do seu pertencimento a essa sociedade e do reconhecimento que ele recebe dela.

Tendo definido o que é a cidadania, partimos para tentativa de responder se os portadores de transtorno mental são cidadãos e/ou qual é seu papel social. A questão é altamente complexa e envolve pensar também os conceitos de subcidadania e de cidadania ativa. Como já vimos, para a leitura positivista, aquela que consequentemente dá suporte à legislação brasileira acerca do assunto, os portadores de transtornos mentais não são cidadãos plenos, pois têm limitações em seus direitos civis e políticos (SOARES, 2004). Mas, ainda assim possuem seus direitos humanos. Essa abordagem, adotada pela legislação brasileira, não faz uma amarra nesse assunto, já que dá ampla abertura para a situação de passividade e tutela desses indivíduos. E nos proporciona a pergunta que buscamos responder aqui: Como a mídia responde às indagações possibilitadas pela legislação brasileira?

A pergunta é pertinente, pois se dá a fim de esclarecer uma situação que se forma em um contexto pós reforma psiquiátrica, que só foi possível graças ao movimento antimanicomial brasileiro, tendo este se iniciado em uma perspectiva de garantia de direitos humanos, logo nos seus primeiros anos tomando contornos de busca por cidadania. Portanto, a reforma psiquiátrica e o movimento antimanicomial estão atrelados à ideia de cidadania dos indivíduos portadores de transtornos mentais. Por ser um conceito que, apesar de abarcar questões práticas, tem sua definição ligada a questões subjetivas, ele foi utilizado como critério de análise da recorrência de palavras.

A primeira questão a se destacar é que a expressão ‘reforma psiquiátrica/ antimanicomial’, que, apesar de não apresentar uma alta recorrência, aparece no conteúdo dos programas 1, 2 e 4, deixando claro que a produção do programa “A Liga” tem conhecimento da reforma e de suas condições. Os apontamentos aqui feitos não são, portanto, fruto de

desinformação, mas sim de leituras e interpretações que o próprio programa faz ou importa de outros meios.

Realizando um breve adendo, permitimo-nos uma análise indiretamente ligada à cidadania. Pudemos perceber que o não uso da expressão ‘reforma psiquiátrica/antimanicomial’ no Programa 3 nos informa disfarçadamente sobre aquilo que o programa representa como o território de extensão da reforma psiquiátrica brasileira. O uso do termo desaparece no programa no qual os locais institucionais são minoria, indicando a noção de que a reforma abarca apenas os portadores de transtorno mental institucionalmente tutelados - tratando, portanto, de portadores de transtornos crônicos e severos. O que não é verdade. A reforma psiquiátrica versa sobre os direitos dos portadores de transtorno mental como um todo, independente da gravidade de seu transtorno. A chamada lei da reforma, citada nos programas 1 e 4, efetiva essa visão totalizante, ficando a especificidade dos portadores de transtornos severos institucionalizados por conta da Lei 10.708, de 31 de julho de 2003, que não é citada em nenhum dos programas.

Retornando à problemática da cidadania, apesar de a questão não aparecer diretamente na fase de análises parciais, ela permeia a análise em seu total. Durante todo o processo de análise de conteúdo buscamos informações que nos apontassem um direcionamento do discurso rumo à cidadania. Mesmo os mais ínfimos pormenores foram considerados; porém, assim como a resposta para os questionamentos acerca da reforma psiquiátrica, a resposta veio exatamente daquilo que não pode ser listado e detalhado: a ausência. O principal indício do não tratamento da temática da cidadania é o quase total desuso das palavras ‘cidadão’ ou ‘cidadania’ durante as quatro edições aqui analisadas: ela surge apenas uma vez no Programa 1.

Se o total desuso em três edições do programa é parte da resposta que buscamos, as condições do uso da palavra ‘cidadão’ no Programa 1 nos leva a um melhor entendimento da questão. A única situação na qual a palavra ‘cidadão’ é usada envolve não o local do portador do transtorno mental no âmbito social, ou seus direitos e deveres, mas sim uma relação de não cidadania: a inimputabilidade do portador de transtorno mental grave.

Apresentador: qual é a diferença entre o hospital psiquiátrico e o manicômio Judicial?

Profissional de saúde mental: O manicômio Judicial tem uma especificidade que é cuidar, acolher, tratar ou prender pessoas com transtorno mental que cometeram algum crime. Algum conflito com a lei, algum ato ilícito, enfim. E aí então quando se entende que a explicação deste ato é o transtorno mental, essa pessoa não responde como um cidadão comum pelo ato que

cometei, e aí ele vai pro manicômio Judicial porque a ele é imputável (Programa 1).

A entrevista em questão é um desdobramento do subtema de um dos entrevistados, que personifica o tema do louco infrator. Na discussão acerca da função dos hospitais de custódia, nomenclatura correta desses locais, surge a questão da cidadania: inconsciente de seu crime, o louco infrator é destituído da cidadania comum, sendo tratado de forma diferenciada perante a lei. Essa é a única passagem em que a cidadania; é discutida, nos demais subtemas, o foco do programa permanece no tratamento do portador de transtornos mentais, não havendo conteúdos direcionados para esclarecimentos acerca da cidadania.

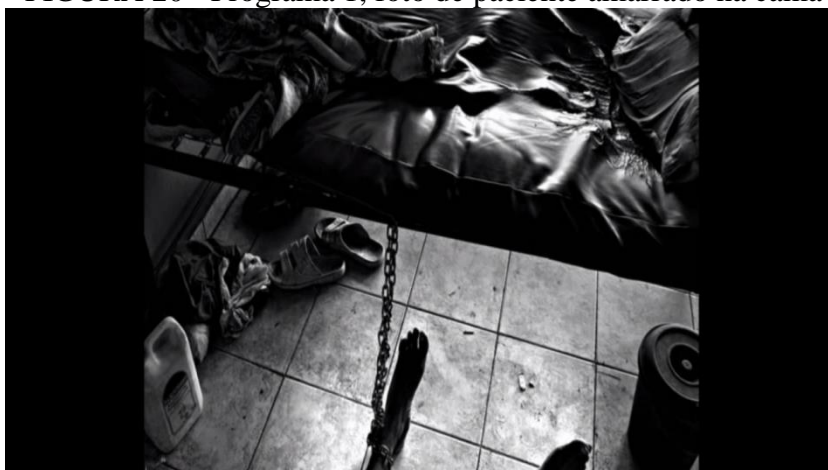
Dentro do destaque dado aos tratamentos psiquiátricos multidisciplinares, abre-se espaço para a problemática dos direitos humanos, discutida a partir das desumanidades causadas pelo modelo internatório tradicional. Também no Programa 1 são levantadas questões pertinentes aos “direitos humanos”: sendo que a expressão aparece cinco vezes. A expressão vem anexa ao discurso do não isolamento e dos antigos hospícios como territórios para violação de direitos humanos. O destaque dado aos direitos humanos é acompanhado de destaques em tela, como a palavra ‘isolamento’ (FIGURA 19) e fotos de violações (FIGURA 20).

FIGURA 19 - Programa 1, palavra ‘isolamento’ destacada em tela



Fonte: A Liga, Rede Bandeirantes de Televisão. Disponível em DVD cedido pela Rede Bandeirantes.

FIGURA 20 - Programa 1, foto de paciente amarrado na cama



Fonte: A Liga, Rede Bandeirantes de Televisão. Disponível em DVD cedido pela Rede Bandeirantes.

As fotos e o texto dão ao tema uma maior dramatização, levando-o por um viés mais apelativo e menos prático, o que acaba por distanciá-lo da cidadania. A diferença que separa a cidadania e os direitos humanos no programa, sendo que um é mostrado em um contexto criminal pouco dramatizado, não permite que as discussões acerca dos direitos humanos se convertam em argumentos pró-cidadania. O programa considera a importância dos direitos humanos, mas não leva a discussão para o campo prático da legalidade, de forma que os direitos e os deveres cidadãos das pessoas em sofrimento mental não são debatidos.

O fato de a expressão ‘convivência social’ surgir em medições variadas dos programas - em alguns aparece tendo destaque em tela e em outros entre os termos mais recorrentes - aponta para uma tentativa de pensar os portadores de transtorno mental socialmente. Porém, isso só se dá no âmbito do tratamento, o que não necessariamente os coloca como cidadãos. Partindo da institucionalidade, o limiar entre a sociedade, que está no ‘lá fora’, e os portadores de transtorno, que se situam em um espaço de anormalidade, põe-se como uma barreira não só para se conquistar a cidadania, mas também para discuti-la midiaticamente.

Mesmo em um contexto de valorização do coletivo, ideal para que brotassem discussões acerca da cidadania desses indivíduos, a abordagem grotesca e o gênero pseudojornalístico espetacular afastam o programa de um possível posicionamento analítico sobre a problemática, de forma que a discussão permanece alheia a isso. Os portadores de transtorno mental são, por fim, representados como indivíduos com seus direitos humanos e garantias de tratamentos dignos reconhecidos, mas ainda não são concebidos como cidadãos. Isso se dá principalmente porque a saúde mental, uma questão de saúde pública, ainda é representada intimamente ligada à loucura, uma construção social.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi uma longa caminhada que nos trouxe às conclusões desse trabalho. Cidadania, saúde mental e televisão esmiuçados em inúmeras outras temáticas se entrecruzaram na tentativa de esclarecer um quadro midiático pouco estudado: a loucura na televisão. O estudo trouxe, desde o momento de sua idealização, o desejo de começar a preencher academicamente a lacuna deixada pelo campo da comunicação com relação ao tema da saúde mental no Brasil. Multidisciplinar, o tema é recorrente em estudos de outras áreas de conhecimento, porém, as relações entre a loucura e a mídia são terreno ainda pouco explorado.

O tema pouco explorado no Brasil e o interesse em se pensar os gêneros televisivos nos levou ao programa “A Liga”, um programa com perfil ideal para a pesquisa: características híbridas, uma premiação de jornalismo e quatro edições do programa sobre saúde mental. Com os três troncos temáticos escolhidos e o material para análise selecionado, três questionamentos se fizeram necessários e se solidificaram como guias para a análise: O programa “A Liga” é jornalismo? Ele se dá nas condições da comunicação do grotesco? Os portadores de transtorno mental são representados como cidadãos?

Em um primeiro momento, o levantamento nos levou a diversos conceitos, como cidadania, saúde, saúde mental, loucura, estigma, gêneros e jornalismo. Em meio a tantos conceitos, uma análise de conteúdo multifacetada se mostrou como o ideal para a realização de um estudo completo e objetivo. Exatamente por isso, quatro quesitos de análise foram selecionados, cada um servindo a propósitos específicos e todos eles permeando a saúde mental e os gêneros televisivos.

Para pensar a saúde mental foi imprescindível primeiramente definir aquilo que temos como saúde, bem como problematizar e refletir acerca da loucura. Antes de chegarmos a um conceito de saúde da mente e do corpo e a um quadro científico e médico que possibilitasse pensar os alienados, as sociedades ocidentais passaram vários séculos mantendo-os em um espaço associal de exclusão e anormalidade que não foi totalmente desconstruído. A cientificidade evoluiu, a medicina estabeleceu padrões mais concretos e apurados para a identificação e o tratamento de transtornos mentais, mas a loucura ainda está aí. Ela habita socialmente cada pessoa em sofrimento mental e carrega de estigmas a vida desses indivíduos.

Desde o início, a abordagem se direcionou a pensar socialmente a saúde mental, portanto, as definições médicas indicadas neste estudo apenas servem de base para entender como o tema chega ao social. A análise nos trouxe o entendimento de que loucura, transtorno mental e doença mental não carregam o mesmo significado. Se transtornos mentais é usado como termo médico, nos âmbitos de institucionalidade, e doença mental, nos espaços extrainstitucionais, a loucura continua a carregar o sentido de anormalidade. Dessa forma, não foi de todo surpreendente a constatação de que, mesmo em um cenário pós reforma psiquiátrica e de efetivação dos direitos dos portadores de transtorno mental, o programa “A Liga” ainda guarda para esses indivíduos um espaço de tutela, seja pela família ou pelas instituições psiquiátricas, não havendo, portanto, espaço para se discutir a cidadania.

Também se mostrou pouco surpreendente atestar a presença maciça e diversificada do grotesco em três de seus formatos: escatológico, teratológico e chocante. Tendo como base para a discussão da saúde mental a institucionalização – que, ao ser criada durante o período do Renascimento, tirou os loucos do território do lúdico, trazendo-os para a anormalidade passível de exclusão –, os programas analisados revelaram incursões recorrentes ao modelo grotesco. Seja como texto ou imagem, a atmosfera bizarra e aberracional se intercala com a abordagem médica para formar um quadro na qual o louco é portador de direitos humanos, merece tratamento digno, mas ainda permanece no local social reservado à anormalidade, ou seja, à margem. Muito próximos à linha da normalidade estão os doentes mentais não institucionalizados, indivíduos cuja normalidade depende de seu tratamento e da ocorrência de crises.

Nesse cenário de constante apelação aos recursos grotescos, o jornalismo é tragado pelo hibridismo e o entretenimento ganha espaço. A autodenominação como jornalismo, mais precisamente a tentativa de se estabelecer como produtor de um jornalismo inovador que teoricamente se aproxima do diversional fazendo uso da técnica de imersão, é contraditória, mediante as abordagens subjetivas de apresentadores-artistas. A adoção de um conceito informativo pseudo-objetivo, que se baseia na adoção da estética e da técnica jornalísticas, se abstendo do uso da ética e permeado pela intenção de espetacularizar e entreter enquanto informa, dá a noção de autoperdão. Assim, não se colocando como jornalismo padrão, os deslizos são automaticamente reconhecidos como resultado do estilo de produção proposta – portanto, perdoados.

O programa caminha constantemente entre o entretenimento e o jornalismo, alternando entre momentos de abordagens com foco na informação e momentos de extremo grotesco. A experiência do programa nos mostra que é possível realizar um telejornalismo

mais intimista, que se aproxime do diversional, porém, para acontecer, ele precisa de uma linha editorial bem delimitada e de profissionais completamente cientes do papel social do jornalismo. Caso contrário, o que vemos é algo que parece ser jornalístico, mas eticamente não o é.

Apesar dos resultados que apontam para a perpetuação da televisão do grotesco que teve origem na década de 1970, a análise aqui empreendida, por fim, complementa a ideia defendida no capítulo 5.1 ‘Por um novo pensar’, de que é necessário encontrar um caminho teórico que implique no abandono do extremismo que permeia os estudos de televisão. Entendemos que pensar a televisão é buscar entender uma mídia múltipla de valores e conceitos que se completa na recepção e que tem em sua comunicação indireta um canal no qual o receptor é ativo e o ‘é isso que o povo gosta’ perca força entre os produtores de televisão.

A partir desta perspectiva, nos cabe assumir que o programa “A Liga” avança em trazer o tema da saúde mental para a televisão, porém ainda peca em vários pontos quando a questão é a forma como o aborda. Fica claro que, em alguns pontos, o assunto é tratado considerando vieses ainda pouco explorados pela mídia, como a sexualidade, os relacionamentos amorosos, o mercado de trabalho, o cotidiano de um portador de transtornos, dentre outros. Mas esses se misturam ao grotesco e perdem força argumentativa e informativa. Os estigmas que o programa trabalha para perpetuar ou erradicar não são criados por eles, mas reflexo de representações que a própria sociedade tem e que, por isso, devem ser filtrados e não automaticamente perpetuados.

É papel fundamental dos produtores televisivos propor uma nova televisão, que consiga trazer ao público programação de qualidade e que não fique restrita às ditaduras da audiência e dos patrocinadores. Neste sentido, cabe ao espectador enxergar a mídia em seu papel de espaço para o reclame de cidadania e conquista de direitos e, em função disso, se posicionar para exigir uma programação condizente com esse papel social. Por fim, é necessário entender que, independente daquilo que a televisão brasileira em sua postura e programação nos faz crer, ela não é só de quem a produz e de quem compra seus horários; ela depende de concessão pública e, portanto, é de todos, cidadãos ou subcidadãos, sãos ou loucos.

REFERÊNCIAS

- AARTS, Bas; BAUER, Martin W. A construção do corpus: um princípio para a coleta de dados qualitativos. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George (Org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2011. p. 39-63.
- ALMEIDA FILHO, Naomar de. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
- AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- ARAÚJO, Inesita Soares de; CARDOSO, Janine Miranda. **Comunicação e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro, genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- ASSIS, Francisco de. Jornalismo com traços de literatura: alguns apontamentos sobre o gênero diversional. In: Congresso brasileiro de ciências da comunicação, 32., 2009, Curitiba. Anais eletrônicos. Curitiba: Intercom, 2009. p. 1-14. Disponível em: <<http://www.intercom.org.br/papers/nacionais/2009/resumos/R4-0967-1.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2014.
- _____. **Periodismo diversional: presupuestos para su clasificación**. Revista Latinoamericana de Ciencias de la Comunicación, Sao Paulo, v. 10, n. 19, p. 42-51, jul./dez. 2013. Disponível em: <<http://www.alaic.net/revistaalaic/index.php/alaic/article/view/512/294>>. Acesso em: 11 set. 2014.
- _____. **Primórdios do jornalismo diversional no Brasil: uma introdução à luz de desacordos**. In: Anais eletrônicos do Encontro Nacional de História da Mídia. Guapuava, Paraná, 28 a 3- abr. 2011. Disponível em: file:///C:/Users/Bruna%20Ribeiro/Downloads/Primordios%20do%20jornalismo%20diversional%20no%20Brasil%20uma%20introducao%20a%20luz%20de%20desacordos.pdf. Acesso em 10 fev. 2015.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Loyola, 2010.
- BALLONE, Geraldo José. Conceitos fundamentais em psicopatologia. In: BALLONE, Geraldo José; GUIMARÃES, Liliana; SOUZA, José Carlos (Org.). **Psicopatologia e psiquiatria básicas**. São Paulo: Vetor, 2004. p. 27-35.
- BARRETO, Lima. **Diário do hospício: cemitério dos vivos**. São Paulo: Cosac Naify, 2010.
- BAUER, Martin W. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George (Org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2011. p. 189-217.
- BOURDIEU, Pierre. **Sobre a televisão**. Trad. Maria Lúcia Machado. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

BRASIL. **Constituição da república federativa do Brasil - Texto promulgado em 05 de outubro de 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/con1988_05.10.1988/con1988.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2014.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. 2010. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso em: 5 maio 2014

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da reforma psiquiátrica**. Relatório de Gestão: 2007-2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gestao2007_2010.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2014.

_____. Presidência da República. Secretaria de Comunicação Social. **Pesquisa brasileira de mídia 2014: hábitos de consumo de mídia pela população brasileira**. Brasília: Secom, 2014. Disponível em: <<http://observatoriodaimprensa.com.br/download/PesquisaBrasileiradeMidia2014.pdf>>. Acesso em: 11 de fev. 2014.

CANGUILHEM, George. **O Normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

CHAPARRO, Manuel. **Pragmática do jornalismo: buscas práticas para uma teoria da ação jornalística**. São Paulo: Summus, 1994.

COUTINHO, Iluska. **Dramaturgia do telejornalismo: A narrativa da informação em rede e nas emissoras de televisão de Juiz de Fora – MG**. Rio de Janeiro: Mauad X, 2012.

COSTA, Jurandir Freire. **História da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Documentário, 1976.

DALGALARRONDO, Paulo. **Civilização e loucura, uma introdução à história da etnopsiquiatria**. São Paulo: Lemos, 1995.

DALLARI, Dalmo de Abreu. Um breve histórico dos direitos humanos. In: CARVALHO, José Sérgio (Org.). **Educação, cidadania e direitos humanos**. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 43-84.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho *et al.* Reforma psiquiátrica no Brasil – Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. In: MELLO, Marcelo Feijó de; MELLO, Andrea de Abreu Feijó de; KOHN, Robert (Org.). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 39-84.

DIÁRIO DO GRANDE ABC. **APCA divulga lista de premiados deste ano**. Disponível em: <www.dgabc.com.br/Noticia/153463/apca-divulga-lista-de-premiados-deste-ano>. Acesso em: 5 maio 2014.

DUARTE, Elizabeth Bastos. **Televisão: ensaios metodológicos**. Porto Alegre: Sulina, 2004.

DUARTE, Márcia Yukiko Matsuuchi. Comunicação e cidadania. In: DUARTE, Jorge (Org.). **Comunicação pública: estado, mercado, sociedade e interesse público**. São Paulo: Atlas, 2009. p. 95-115.

ERBOLATO, Mário L. **Técnicas de codificação em jornalismo: redação, captação e edição no jornal diário**. São Paulo: Ática, 1991.

EYEWORXS. **Catalogue Eyeworks Cuatro Cabezas: the team**. 2015. Disponível em: <www.eyeworks.tv/catalogue/catalogue_item/t/the_team>. Acesso em: 5 maio 2014.

FONSECA JÚNIOR, Wilson Corrêa da. Análise de conteúdo. In: BARROS, Antonio; DUARTE, Jorge (Org.). **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. São Paulo: Atlas, 2005. p. 280-304.

FOUCAULT, Michel. **Doença mental e psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

_____. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2008.

_____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1996.

_____. **Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise**. Organização e seleção de textos, Manoel Barros da Motta; tradução de Vera Lúcia Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010. (Ditos e Escritos, v. 1).

GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. São Paulo: LTC, 1988.

GROTH, Otto. **O poder cultural desconhecido: fundamentos da ciência dos jornais**. Petrópolis: Vozes, 2011.

GRUPO BANDEIRANTES. **História**. 2009. Disponível em: <<http://www.band.uol.com.br/grupo/historia.asp>>. Acesso em: 18 ago. 2014.

HALL, Stuart. **The spectacle of the 'other'**. In: _____ (Org.). **Representation: cultural representation and signifying practice**. London: Sage, 1997.

HAMBURGER, Esther. **O Brasil antenado: a sociedade da novela**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

HERSCOVITZ, Heloiza Golspan. Análise de conteúdo em jornalismo. In: BENETTI, Marcia; LAGO, Cláudia (orgs.). **Metodologia de pesquisa em jornalismo**. Petrópolis: Vozes, 2010. p. 123-139.

JODELET, Denise. **Loucuras e representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2005.

JORGE, Miguel Roberto; KOHN, Robert; MARI, Jari Jesus. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos em adultos. In: MELLO, Marcelo Feijó de; MELLO, Andrea de Abreu Feijó de;

KOHN, Robert (Org.). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 119-141.

KODATTO, Sérgio; VIETTA, Edna Paciência. Representações sociais de doença mental em enfermeiros psiquiátricos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 28, n. 5, p. 233-242, 2001. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol28/n5/artigos/art233.htm#autor>>. Acesso em: 6 jun. 2015.

KRETTE JÚNIOR, Wilson. Perspectivas históricas do jornalismo do literário ao new journalism chegando à polêmica do jornalismo gonzo. In: Congresso De História Da Mídia Do Sudeste - Memória, Espaço e Mídia, 1., São Paulo, 2010. **Anais eletrônicos...** São Paulo: Mackenzie, 2010. p. 88-105. Disponível em: <http://www.mackenzie.br/fileadmin/Graduacao/CCL/Eventos/I_Congresso_de_Historia_da_Midia_do_Sudeste29-04.pdf>. Acesso em: 10 out . 2014.

KUCINSKI, Bernardo. Jornalismo, saúde e cidadania. **Interface**, Botucatu, v. 4, n. 6, p. 181-186, 2000.

LEADER, Darian. **O que é loucura?** São Paulo: Zahar, 2013.

LIMA, Fernando Barbosa. **Nossas câmeras são seus olhos**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2007.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Experiência da loucura**. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

MARQUES DE MELO, José. **A opinião no jornalismo brasileiro**. Petrópolis: Vozes, 1985.

_____. **Estudos de jornalismo comparado**. São Paulo: Pioneira, 1972.

_____. **Telemania, anestésico social**. São Paulo: Edições Loyola, 1981.

MARSHALL, Thomas Humphrey. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1963.

MARTÍN-BARBERO, Jesús. **Dos meios às mediações: comunicação, cultura e hegemonia**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2013.

MARTÍN-BARBERO, Jesús; REY, Germán. **Os exercícios do ver: hegemonia audiovisual e ficção televisiva**. São Paulo: Senac, 2001.

MONTEIRO, Simone; VILLELA, Wilza. **Apresentação – Desafios teóricos, epistemológicos e políticos da pesquisa sobre estigma e discriminação no campo da saúde**. In: MONTEIRO, Simone; VILLELA, Wilza (Org.). **Estigma e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 13-24.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Nova Iorque: ONU, 1948. Disponível em: <<http://www.unhchr.ch/udhr/lang/por.htm>>. Acesso em: 13 ago. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Nova Iorque: Organização Mundial de Saúde, 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 16 ago. 2014.

_____. **Relatório sobre a saúde mental no mundo 2001 – saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002. Disponível em: <http://www.abebe.org.br/wp-content/uploads/oms2001.pdf>. Acesso em 10 ago. 2014.

PAIVA, Raquel; SODRÉ, Muniz. **O império do grotesco**. Rio de Janeiro: Mauad, 2002.

PARKER, Richard. Intersecções entre estigma, preconceito e discriminação na saúde pública mundial. In: MONTEIRO, Simone; VILLELA, Wilza (Org.). **Estigma e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 25-46.

PORTER, Roy. **Uma história social da loucura**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1987.

PRADO FILHO, Kleber Prado; LEMOS, Flavia Cristina Silveira. Uma breve cartografia da luta antimanicomial no Brasil. **Contemporânea** – Revista de Sociologia da UFSCar, São Carlos, v. 2, n. 1, p. 45-63, jan./jun. 2012.

REIMÃO, Sandra. Introdução. In: TEMER, Ana Carolina Rocha Pessoa; TONDATO, Márcia Perencin. **A televisão em busca da interatividade: uma análise dos gêneros não-ficcionais**. Brasília: Casa das Musas, 2009. P. 7-14.

RITTER, Eduardo; ROCHA, Vinícius Waltzer. Jornalismo gonzo: medo e delírio no new journalism. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO, 35., 2012, Fortaleza. **Anais eletrônicos**. São Paulo: Intercom, 2012. Disponível em: <<http://www.intercom.org.br/sis/2012/resumos/R7-0362-1.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2013.

ROCHA, Tiago Humberto Rodrigues; SILVA, Maira Rodrigues. A estrutura familiar e a infantilização no cuidado de sujeitos psicóticos. **Analytica**, São João Del Rey, v. 2, n. 2, p. 117-141, 2013. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/analytica/v2n2/v2n2a07.pdf>> Acesso em: 7 jun. 2015.

ROSCOE, Jane. The Blair Witch Project: mock-documentary goes mainstream. **Jump Cut: a review of contemporary media**, n. 43, p. 3-8, jul. 2000. Disponível em: <<http://www.ejumpcut.org/archive/onlinessays/JC43folder/BlairWitch.html>>. Acesso em: 5 jun. 2014.

ROSE, Diana. Análise de imagens em movimento. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George (Org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2011. p. 243-264.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>>. Acesso em: 1 set. 2014.

SANTAELLA, Lúcia. Da cultura das mídias à cibercultura: o advento do pós humano. **Revista Famecos**, Porto Alegre, v. 1, n. 22, p. 24-32, dez. 2003.

SOARES, Maria Victória Benevides. Cidadania e direitos humanos. In: CARVALHO, José Sérgio (Org.). **Educação, cidadania e direitos humanos**. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 43-84.

SOARES, Rosana de Lima. Mídias e estigmas: narrativas audiovisuais em telejornais diários. **Revista Ciberlegenda**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 20, jun. 2008. Disponível em: <http://www.uff.br/ciberlegenda/artigososana.pdf>. Acesso em: 15 de ago. 2014.

SODRÉ, Muniz. **A comunicação do grotesco**: um ensaio sobre a cultura de massa no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes, 1972.

_____. **O monopólio da fala**. Rio de Janeiro: Vozes, 1977.

SOUZA, Jessé. **A construção social da subcidadania**: para uma sociologia política da modernidade periférica. Belo Horizonte: UFMG; Rio de Janeiro: IUPERJ, 2003.

SOUZA, José Carlos Aronchi de. **Gêneros e formatos na televisão brasileira**. São Paulo: Summus, 2004.

TEMER, Ana Carolina Rocha Pessoa. De tudo um pouco: o telejornalismo e a mistura dos gêneros. **Anuário Unesco/Metodista de Comunicação Regional**, São Bernardo do Campo, ano 13, n. 13, p. 97-111, jan./dez. 2009.

_____. O jornalismo e a cidade: vínculos e desafios. In: PAIVA, Raquel; TUZZO, Simone Antoniaci (Org.). **Comunidade, mídia e cidade**: possibilidades comunitárias na cidade hoje. Goiânia: FIC/UFG, 2014. p. 127-150.

_____. Revendo elementos clássicos da pesquisa empírica: gênero e análise de conteúdo como bases de pesquisas empíricas em comunicação. In: BARBOSA, Marinalva; MORAES, Osvaldo (Org.). **Quem tem medo da pesquisa empírica?** São Paulo: Intercom, 2011. p. 411-432.

TEMER, Ana Carolina Rocha Pessoa; TONDATO, Márcia Perencin. **A televisão em busca da interatividade**: uma análise dos gêneros não-ficcionais. Brasília: Casa das Musas, 2009.

_____. **Mídia e cidadania**: uma relação na perspectiva histórica. Inter-ação (UFG. Online), v. 34, 2009. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/bitstream/ri/1171/1/6555-24444-3-PB.pdf>. Acesso em 04 jan.2014.

TEMER, Ana Carolina Rocha Pessoa; TONDATO, Márcia Perencin; TUZZO, Simone Antoniaci. **Mulheres do sol e da lua**: a televisão, a mulher e o trabalho. Goiânia: PUC Goiás, 2012.

TEMER, Ana Carolina Rocha Pessoa; TUZZO, Simoni Antoniaci. Estética televisiva: da arte ao grotesco. In: Anais do Colóquio Internacional Sobre a Escola Latino-americana de Comunicação, 16., 2012, Bauru . Bauru:UNESP, 2012.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan./abr. 2002.

TONDATO, Márcia Perecin. Identidades múltiplas: meios de comunicação e a atribuição de sentido no âmbito de consumo. In: TEMER, Ana Carolina Rocha Pessôa (Org.). **Mídia, cidadania e poder**. Goiânia: Facomb/Funape, 2011.

THOMPSON, John B. **A mídia e a modernidade**: uma teoria social da mídia. Petrópolis: Vozes, 2008.

TUZZO, Simone Antoniacci *et al.* O lado sub da cidadania a partir de uma leitura crítica da mídia. In: PAIVA, Raquel; TUZZO, Simone Antoniacci (Org.). **Comunidade, mídia e cidade**: possibilidades comunitárias na cidade hoje. Goiânia: FIC/UFG, 2014. p. 151-180.

VERMEREN, Patrice. O que é um louco? In: FONSECA, Márcio Alves da; MUCHAIL, Salma Tannus; VEIGA-NETO, Alfredo (Org.). O mesmo e o outro – 50 anos de História da loucura. Belo Horizonte: Autêntica, 2013. p. 11-22. (Estudos Foucaultianos).

WAHL, Otto F. **Media madness, public images of mental illness**. New Brunswick: Rutgers University Press, 1995.

ANEXOS

ANEXO A – Perfil de Audiência A Liga

Programação	Dia	Horário	Sexo		Faixa Etária					Classe Social		
			HH	MM	4-11	12-17	18-24	25-49	50+	AB	C	DE
A Liga	ter	23:00/00:00	52	48	9	9	13	44	25	42	47	11
Agora é Tarde	ter/qua/qui/sex	00:15/01:15	53	47	7	12	15	46	20	36	49	16
Band Esporte Clube	dom	13:30/15:00	64	36	6	7	12	41	34	29	52	19
Band Esporte Clube - Sábado	sáb	13:00/14:30	64	36	7	9	9	44	31	23	54	23
Band Kids	seg/sex	10:10/11:10	51	49	18	23	12	31	16	19	61	21
Brasil Urgente	seg/sex	17:00/18:50	52	48	5	5	7	34	49	32	52	16
Brasil Urgente - Sábado	sáb	16:50/18:50	52	48	5	6	7	37	45	28	53	20
Café com Jornal	seg/sex	08:00/09:00	51	49	6	10	7	42	34	31	48	21
Canal Livre	dom	00:00/01:00	57	43	8	17	16	42	18	35	50	15
Cinema na Madrugada	sáb	01:00/03:00	59	41	7	8	10	48	28	23	53	24
Como Eu Conheci Sua Mãe	seg/ter/qui/sex	21:30/22:00	52	48	14	15	9	41	21	27	50	23
CQC	seg	22:30/01:00	54	46	6	10	14	47	24	47	45	9
CQC - Reprise	sáb	21:20/22:20	59	41	7	9	9	44	31	28	50	22
Dia Dia ²	seg/sex	09:00/10:10	45	55	10	12	8	38	32	27	53	21
Futebol - Liga dos Campeões	qua	16:00/18:00	69	31	4	11	10	38	37	22	54	24
Futebol Campeonato Brasileiro	qua	21:30/00:00	62	38	5	11	12	41	32	35	50	14
Futebol Campeonato Brasileiro	dom	15:30/17:50	63	37	6	8	10	37	39	33	53	15
Gol Grande Momento	dom	15:00/15:30	68	32	6	7	10	42	35	30	52	18
Jogo Aberto ²	seg/sex	11:10/12:30	66	34	8	11	11	42	27	25	50	25
Jornal da Band	seg/sáb	19:20/20:25	56	44	5	5	6	34	50	41	45	15
Jornal da Noite	seg/sex	01:00/01:45	54	46	7	10	12	47	24	33	47	20
O Mundo Segundo os Brasileiros	ter	22:00/23:00	53	47	11	10	9	41	29	37	47	16
Os Simpsons	seg/ter/qui/sex	22:00/22:30	52	48	17	19	11	38	16	26	54	21
Pânico na Band	dom	21:00/00:00	55	45	8	18	20	41	14	33	55	13
Pânico na Band - Reprise	sex	22:45/00:15	53	47	9	15	15	42	18	29	53	18
Polícia 24 horas	qui	22:45/00:15	52	48	11	9	14	45	22	37	51	12
Power Rangers (madrugada)	seg/qua/sex	02:15/03:00	62	38	12	15	10	45	18	14	57	29
Power Rangers ²	sáb/dom	06:00/07:00	62	38	12	15	10	45	18	14	57	29
Pré Jogo	qua	21:20/21:30	57	43	9	11	7	38	36	24	48	28
Sabe ou Não Sabe	seg/sex	15:00/15:30	55	45	8	10	14	36	32	26	57	17
Show Business	sáb	00:10/01:00	59	41	6	7	10	44	33	27	52	21
Show Business - Reprise ²	dom	01:35/02:25	55	45	9	17	14	43	17	32	51	18
Só Risos - Sábado/Domingo	sáb	14:30/15:00 e 12:30/13:30	60	40	7	10	10	42	32	23	53	24
Tá na Tela	seg/sex	15:30/17:00	52	48	6	8	11	38	37	27	56	17
Terceiro Tempo	dom	17:50/20:00	67	33	6	8	10	41	35	30	53	17
Top 20	dom	20:00/21:00	60	40	10	13	16	42	20	23	58	19
Top Cine	sáb	22:20/00:10	56	44	9	7	11	45	28	25	51	24
Trip TV	qui	02:15/02:45	53	47	7	9	15	49	20	26	55	19
Trip TV - Reprise ¹	ter	02:15/02:45	58	42	1	13	11	46	29	18	38	43
Faixa Horária - seg/dom												
07:00/12:00			54	46	11	13	9	40	27	24	53	24
12:00/18:00			59	41	7	8	10	38	36	29	52	19
18:00/00:00			55	45	7	9	10	38	34	34	49	17
Média 07:00/00:00			57	43	8	9	10	39	34	31	51	18
Universo da População: 175.668.795												

(ne) Programa não exibido no período

Fonte: IBOPE/Media Workstation - Nacional (Junho a Agosto/14)

1. Dados com base na faixa horária de acordo com a exibição da praça Gde São Paulo

Pesquisa de Mídia TV

2. Dados com base na faixa horária de acordo com a tabela vigente de Abril 2013

APÊNDICES

APÊNDICE A – Listas de legendas

Programa 1		
Entrevistado	Legenda	Categoria
Márcia	há seis anos em residência terapêutica (60 anos)	Portador de transtorno Mental
Luzia	44 anos	Portador de transtorno Mental
Izildinha	54 anos	Portador de transtorno Mental
Lígia	49 anos	Portador de transtorno Mental
Mariazinha	57 anos	Portador de transtorno Mental
Odete	Idade	Portador de transtorno Mental
Valdinei	41 anos	Portador de transtorno Mental
Artêmio	50 anos	Portador de transtorno Mental
Madalena	cuidadora Res. Terapêutica	Profissional de saúde mental
Elisa Zaneratto	Psicóloga	Profissional de saúde mental
João estrela	Sem Legenda	Outros
Rogéria	Assistente social	Profissional de saúde mental
Valéria	Paciente do Hosp. Psiquiátrico	Profissional de saúde mental
Sueli	Paciente do Hosp. Psiquiátrico	Profissional de saúde mental
Iana Ribeiro	Coord. Da. Res. Terapêutica	Profissional de saúde mental
Joanan	Coord. Da. Res. Terapêutica	Portador de transtorno Mental
Marcos	Paciente do Hosp. Psiquiátrico	Portador de transtorno Mental
Yolanda Muñoz	Prof. De Filosofia PUC SP	Profissional de saúde mental
Maria Terezinha	Terapeuta ocupacional	Profissional de saúde mental
Aparecido	pai de Marcos	Familiar
Efigênia	cuidadora res. Terapêutica	Profissional de saúde mental
Nina Pereira	Psiquiatra	Profissional de saúde mental

Programa 2		
Entrevistado	Legenda	Categoria
Michele Jimen	Terapeuta ocupacional	Profissional de saúde mental
Júlio	Em tratamento por esquizofrenia	Portador de transtorno mental
Flavinho "Capitão"		Portador de transtorno mental
Maiara carvalho	Psicóloga	Profissional de saúde mental
Greta	Em tratamento por atraso mental	Portador de transtorno mental
Eder Assunção	Musicoterapeuta	Profissional de saúde mental
Margareth Marcos	Assistente social	Profissional de saúde mental
Luiz	Em tratamento por paralisia cerebral	Portador de transtorno mental
Joelma	Em tratamento por paralisia cerebral	Portador de transtorno mental
Gabriel	Em tratamento por paralisia cerebral	Portador de transtorno mental
Alcides	Morador do hosp. Francisca Júlia	Portador de transtorno mental
Jefferson	Em tratamento por paralisia cerebral	Portador de transtorno mental
Wanda	Em tratamento por esquizofrenia	Portador de transtorno mental
Sr. Pinheiro	Em tratamento por esquizofrenia	Portador de transtorno mental
Silvana	Ex paciente de Internação	Portador de transtorno mental
Sílvio	Ex paciente de Internação	Portador de transtorno mental
Sr. Inesio	Em tratamento por Psicose	Portador de transtorno mental
Larissa Gaia	Terapeuta ocupacional	Profissional de saúde mental
Claudia	Paciente	Portador de transtorno mental
Paciente	Não identificada	Portador de transtorno mental
Marido	Não identificado	Familiar

Programa 3		
Entrevistado	Legenda	Categoria
Juceli	Convive com 58 cães	Portador de transtorno Mental
Dra. Juliana diniz	Psiquiatra	Profissional de saúde mental
Basil	Portador de TOC	Portador de transtorno Mental
Dr. Odair Comin	Psicólogo	Profissional de saúde mental
Pérsio	Há 11 anos em depressão	Portador de transtorno Mental
Ani	Tem (possui) fobia de borboletas	Portador de transtorno Mental
Sidnei	Portador da (possui) síndrome do pânico	Portador de transtorno Mental
Dra. Elvira Gross	Psicóloga	Profissional de saúde mental
Helena	Mora com 16 cães	Portador de transtorno Mental
Paulina Arce	Bióloga	Outros
Andréa	Sem Legenda	Portador de transtorno Mental
Lúcia	Esposa de Sidnei	Familiar
Flávia	Sem Legenda	Portador de transtorno Mental

Programa 4		
Entrevistado	Legenda	Categoria
Wagner	Tem Esquizofrenia	Portador de Transtorno Mental
Margarida	Avó do Wagner	Familiar
Wagmar	Pai do Wagner	Familiar
Caio	Tem Esquizofrenia	Portador de Transtorno Mental
Jeni	Gestora do Caps/ São Bernardo	Profissional de Saúde Mental
Mariza Miguel	Tem Depressão	Portador de Transtorno Mental
Célia Gallo	Médica Psiquiatra	Profissional de Saúde Mental
Paulo Gaspar filho	Médico Psiquiatra	Profissional de Saúde Mental
Benedita	Tem Esquizofrenia	Portador de Transtorno Mental
Robson	Tem Esquizofrenia	Portador de Transtorno Mental
Rosalvo	Marido de Maria do Carmo	Familiar
Maria Do Carmo	Tem Transtorno Bipolar	Portador de Transtorno Mental
Eduardo Guedes	Médico Psiquiatra	Profissional de Saúde Mental
Shirley	Tem Transtorno Bipolar	Portador de Transtorno Mental
José Fábio	Tem Esquizofrenia	Portador de Transtorno Mental
Manoel	Psiquiatra da Shirley	Profissional de Saúde Mental
Aristides	Paciente do CAPS	Portador de Transtorno Mental
Fátima	técnica de enfermagem CAPS/Itapeva	Profissional de Saúde Mental
Cidinha	Paciente do CAPS/itepeva	Profissional de Saúde Mental
Adriano	Paciente do CAPS	Profissional de Saúde Mental
Aguinaldo	Pai de Adriano	Familiar
Cibele	Namorada do Wagner	Portador de Transtorno Mental
Diomar	Tia do Paciente	Familiar
Letícia	Técnica de enfermagem/ CAPS	Profissional de Saúde Mental
Tadeu	Paciente do CAPS	Portador de Transtorno Mental
Gilmar	Paciente do CAPS	Portador de Transtorno Mental
Alexandre Valverde	Psicoterapeuta	Profissional de Saúde Mental
José Orsi	Diretor da ABRE	Portador de Transtorno Mental
Lineu	Tem Esquizofrenia	Portador de Transtorno Mental
Ana Miranda	Psicóloga	Profissional de Saúde Mental
Roberto	Tem Esquizofrenia	Portador de Transtorno Mental
Divaldo	Tem Esquizofrenia	Portador de Transtorno Mental
Ana Paula	Tem Transtorno Bipolar	Portador de Transtorno Mental
Juninho	Jogador do Palmeiras	Outros
Magda Pereira	Terapeuta	Profissional de Saúde Mental