Combate à Psicofobia: A Conscientização do Preconceito Através de Testemunhos e Emoções[1]

Laís GIUPPONI[2]
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ

RESUMO

Este trabalho busca compreender a forma como o testemunho e emoções estão presentes como estratégica de comunicação na campanha de conscientização "Psicofobia – Seu preconceito causa sofrimento", promovida pela ABP em 2018. Para tal, é feita uma breve análise sobre os alargamentos conceituais a que doença mental e preconceito foram alvos na contemporaneidade, e sua relação com testemunho e emoções para a construção publicitária de conscientização. A análise dos cinco vídeos da campanha será feita por análise de discurso de cunho foucaultiana, pautada no conceito de raridade discursiva, onde nem tudo pode ser dito em qualquer tempo e lugar.

PALAVRAS-CHAVE: doença mental; preconceito; campanha de conscientização; psicofobia; comunicação.

INTRODUÇÃO

Psicofobia, termo que, de acordo com a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), significa preconceito contra sofredores de transtornos mentais, tem sido utilizado com o intuito de conscientizar sobre o duplo sofrimento de tais indivíduos. Duplo, pois se refere ao sofrimento não só do transtorno mental como também do preconceito sofrido por apresentar tal condição psicológica.

No ano de 2018, a ABP lançou a campanha "Psicofobia – Seu preconceito causa sofrimento", em virtude do dia nacional de enfrentamento à psicofobia, dia 12 de abril. A campanha, produzida especialmente para as redes sociais, alcançou 2 milhões de pessoas, obteve mais de 592 mil visualizações nos vídeos e 9 mil novas curtidas na página da associação no Facebook, de acordo com um levantamento interno de dados[3]. Os números apresentados são referentes ao primeiro mês de veiculação da campanha, que é composta por cinco vídeos e um *teaser* de divulgação, e posteriormente um vídeo

[1] Trabalho apresentado no GP Comunicação, Divulgação Científica, Saúde e Meio Ambiente, XX Encontro dos Grupos de Pesquisas em Comunicação, evento componente do 43º Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação.
[2] Mestranda em Comunicação e Cultura pelo PPGCOM-UFRJ, e-mail: laisgiupponi@gmail.com.
[3] https://www.youtube.com/watch?v=pSZyIkLfm04&t [Acesso em 08 out. 2020].

final onde são apresentados tais dados obtidos com a circulação do material. Os vídeos são curtos, tendo o menor 50 segundos e o maior, 1 minuto e 32 segundos.

A composição é feita com uma pessoa em foco e frontalmente iluminada e posicionada em frente a um fundo preto. São protagonizados por atores que contam histórias reais ou por pessoas que dão seu próprio relato. Em alguns vídeos aparecem frases ou palavras que auxiliam na ênfase de alguns argumentos, mas a atenção do vídeo é totalmente direcionada para o que está sendo dito. Todo o material foi lançado com a legenda das falas, com a intenção de que a campanha fosse o mais inclusiva possível.

Para se pensar o advento da noção de psicofobia nos dias atuais, é preciso pensar por quais mudanças conceituais doença mental e preconceito passaram para que hoje faça sentido que um conceito como este seja referível a preconceito. É relevante para o trabalho estudar esse discurso contemporâneo e os dispositivos de poder que o rodeiam para a compreensão da forma contemporânea da subjetividade e suas manifestações sociais.

1. DE RECLUSO A SOFREDOR

Em se tratando da figura do doente mental, Foucault (2014) apontou que, com a erradicação da lepra no final da Idade Média, ficou uma lacuna no que tangia à figura do excluído social que antes era relacionado ao leproso. A lepra foi fortemente marcada pela exclusão por estar associada com a salvação divina, ao leproso era atribuída a condição de socialmente abandonado, pois era por intermédio da exclusão social que seria permitida a cura e salvação. Ainda que no século XV as doenças venéreas substituam a lepra no que se refere ao confinamento, mesmo que envoltas de questões morais, não vão se enquadrar em todas as estruturas existentes, principalmente nas estruturas do imaginário social. É esse o lugar que vai ocupar a loucura a partir do século XVII, com o período do Renascimento intermediando tais mudanças. Os loucos vão representar a figura da exclusão social, daqueles que não se encaixam na sociedade e precisam ser afastados e postos em reclusão, onde se mantem em pertinência a imagem anteriormente atribuída ao leproso, ou seja, aquele que era removido do meio social e levado ao asilo.

A partir do século XVIII que surge um novo modelo de governo, ao qual Foucault (2001) chamou de substituição do modelo da lepra pelo modelo da peste. Com

a iminência da peste nas cidades, que as levava a quarentenas, a população doente não era excluída da cidade para que esta se purificasse, a cidade passava a ser "objeto de uma análise sutil e detalhada, de um policiamento minucioso" (Ibidem, p. 56). Não havia separação entre os doentes e sadios no interior da cidade, havia uma checagem constante para que se soubesse quem estava doente ou não. Ao contrário do modelo da lepra, que retirava e excluía os indivíduos, o modelo da peste os incluía no social. É um exercício de poder inclusivo, que se aproxima das pessoas. A peste substitui a lepra como modelo de controle político. Foucault explica que o poder no modelo pestífero tem uma reação positiva, porque "é uma reação de inclusão, de observação, de formação de saber, de multiplicação de efeitos de poder a partir do acúmulo da observação e do saber" (Ibidem, p. 59), enquanto o modelo da lepra teria reação negativa por promover a exclusão. O poder inclui a morte, não mais para afastar os olhos dela, mas para incluí-la e se colocar como quem pode nos salvar dela. É desse sistema que deriva o biopoder. O século XVIII implantou, portanto, uma nova "arte de governar". Um novo aparelho do Estado e novas instituições, com novos dispositivos de poder, em que se buscou "normalizar" a população, baseando-se em uma organização disciplinar. A norma age pela ação positiva do poder, tem função de inclusão e transformação, visa o poder e o saber. São esses novos mecanismos normalizadores que vão produzir avanços científicos e industriais, permitindo o crescimento inclusive do saber médico.

Como resultante desse questionamento das estruturas, a loucura que foi colocada no âmbito das doenças no século XVII, passa a ser questionada e tratada como desvio no século XIX. Com a inclusão no campo da medicina, ela se torna passível de tratamento por meios técnicos, como medicamentos e outros tipos de terapias. Contudo, a forma como o internamento era constituído até o século XVIII entra em crise, suas estruturas passam a não serem mais eficientes tanto por um viés econômico quanto social. Com a evolução do saber médico psiquiátrico no século XVIII, o tratamento tornou-se "mais humano" comparado ao confinamento anterior, parte da posição de Foucault era afirmar que essa humanidade não era tão boa assim e que se, anteriormente, havia violência, pelo menos não havia o autoengano de uma presumida compaixão. Tal mudança permitiu que a medicina alcançasse a loucura e se produzisse saber. É a partir do século XIX, com o nascimento de uma psiquiatria positiva, que o número de pacientes passa a aumentar e a loucura será tratada e medicalizada (VIEIRA, 2007).

A grande mudança nesse cenário ocorre no final do século XX, quando a partir da década de 60, autores como Foucault e Goffman propõem questionamentos sobre as práticas médicas e sobre o modo como a medicina lida com o desvio. Com o advento da antipsiquiatria e a abertura dos asilos, o número de pessoas diagnosticadas com transtornos mentais cresce exponencialmente. Aumenta também o número de "falsos negativos", que seriam caracterizados por pessoas que sofrem de transtornos mentais, mas não possuem diagnósticos (VAZ, 2015). Tais indivíduos estariam em sofrimento e precisando de tratamento, o que faz aumentar o número de conscientizações para que se busque ajuda médica.

Nestes anos, a forma de diagnosticar passou por muitas mudanças. Rose (2006) apontou que a era moderna de classificação diagnóstica começou ainda nos asilos, mas que hoje esse lugar é ocupado pelos manuais diagnósticos desenvolvidos por grandes instituições. Tais diagnósticos têm estado na "fronteira da normalidade" (p. 466), com sintomas que podem alcançar a praticamente todos, dada a proximidade com adversidades que qualquer indivíduo poderá experienciar no decorrer da vida.

Assim como ocorreram mudanças nos diagnósticos e na configuração da presença social dos loucos, mudaram também as formas de lidar com o sofrimento e de perceber o preconceito. Como Vaz (2015) explicou, a psiquiatria atual não está focada necessariamente no desvio de comportamento, mas sim no sofrimento. Pautada em questões como bem-estar e felicidade dos sujeitos, não ser tão feliz quanto se poderia ser, configura uma das formas de desvio contemporâneas. O preconceituoso passa a ser aquele que faz sofrer. Ao contrário de como ocorria anteriormente, quando o preconceito ditava a norma social e era necessário se adequar a ele, hoje é necessário se libertar para ser feliz. O preconceituoso passa a ser a figura que limita a felicidade do outro, sendo necessário superar essa anormalidade que é não ser plenamente feliz como se poderia ser (VAZ, 2014).

2. HOSTIS E PSICOFÓBICOS

Allport (1995) classificou, na década de 1950, preconceito como uma atitude hostil ou antipática direcionada a um grupo, promovendo sua rejeição geralmente baseada em generalizações inflexíveis. Tais generalizações não dependem de experiências anteriores com o grupo, são atribuídas aos indivíduos por simplesmente

estarem classificados como pertencentes a determinada categoria rejeitada. O preconceito é então a atitude de excluir um grupo baseado em pressuposições negativas já anteriormente atreladas a tais indivíduos. O autor menciona também um caráter positivo do preconceito, explicando que ocorre quando tais atitudes e generalizações são favoráveis a alguém, ou para autopreservação. Embora mencione essa dimensão positiva, sua obra trata sobre as facetas negativas.

A definição de preconceito, tal qual Allport apresentou, não dá conta mais de abranger todas as nuances do fenômeno atual, como sugeriu Haslam (2016). Para o autor, os psicólogos sociais tratavam do preconceito como sendo uma "intolerância descarada", mas quando declarações hostis contra judeus e afrodescendentes começaram a diminuir no final do século XX, o preconceito acabou por ter sua definição ampliada. O alargamento conceitual abrange facetas mais sutis. Não existe, necessariamente, a agressividade direta com o grupo ou indivíduo. Em se tratando de racismo simbólico, por exemplo, os racistas negam a existência do racismo, mas são contra políticas de ações afirmativas, e apresentam comportamentos discriminatórios (SEARS; HENRY; KOSTERMAN, 2000 apud HASLAM, 2016). Não se trata de hostilidade física ou verbal diretamente, mas sim de ações negativas, que ainda sutis, são danosas para o indivíduo ou grupo a que são direcionadas.

Indo além do pensamento de Allport, Eagly e Diekman (2005) vão dizer que as crenças sobre determinado grupo não são tão imprecisas como Allport sugeriu, e que nem sempre o preconceito é uma atitude negativa generalizada. O preconceito como ocorre atualmente seria caracterizado por uma variação de estereótipos precisos e imprecisos, não sendo necessariamente essencial algo específico para que o preconceito se torne real. Estes tipos de preconceito, segundo Haslam (2016) são frequentemente pensados a partir do ponto de vista de quem perpetra o preconceito. Existem pesquisas que mostram que o preconceito também existe aos olhos do alvo, como é o caso das pesquisas sobre microagressões. A ideia de microagressões, tal como o autor apresenta, é baseada no conceito trabalhado por Sue e colaboradores (2007) sobre microagressões raciais. Os autores definem as microagressões raciais como ofensas verbais, comportamentos e indignações "intencionais ou não, que comunicam insultos raciais hostis, depreciativos ou negativos e insultos à pessoa ou grupo alvo"[4] (p. 272, tradução

[4] "(...) whether intentional or unintentional, that communicate hostile, derogatory, or negative racial slights and insults to the target person or group".

minha). De acordo com Haslam (2016) tal conceito amplia as definições de preconceito, pois englobam omissões e "fenômenos que refletem mais a ansiedade do que a hostilidade"[5] (p. 10, tradução minha), como vacilações na voz de um psiquiatra branco ao atender um paciente negro. No que tange às microagressões, é o alvo quem decide se tal discurso ou comportamento é preconceituoso ou não. Mesmo que a atitude tida como preconceituosa seja inocente, ou até mesmo ambígua, ela passa a ser vista como preconceituosa se o alvo a perceber assim.

As microagressões são identificadas em três formas: microassalto, microinsulto e microinvalidação (SUE *et al*, 2007). Microataque é a agressão verbal intencional, como o intuito de menosprezar o indivíduo e/ou excluí-lo. O "micro" se refere a situações em que a pessoa possui certo anonimato ou alguma segurança de impunidade para se sentir livre para produzir tais ataques. Microinsulto "é caracterizado por comunicações que transmitem grosseria e insensibilidade e diminuem a herança racial ou a identidade de uma pessoa"[6] (Ibidem, p. 274, tradução minha). São sutis e mesmo que o perpetrador não os perceba, o alvo perceberá o insulto na mensagem. Os autores exemplificam com situações onde se pergunta a um funcionário negro como ele conseguiu a vaga na empresa, dando a entender que teria sido por reserva de vagas para ações afirmativas. O microinsulto também pode ser não-verbal, como quando um professor não reconhece um jovem negro como um de seus alunos. Por fim, a microinvalidação é "caracterizada por comunicações que excluem, negam ou anulam os pensamentos psicológicos, sentimentos ou realidade experiencial de uma pessoa de cor"[7] (Ibidem, p. 274, tradução minha). Os autores utilizam como exemplo elogiar o inglês de um asiático que nasceu nos Estados Unidos, ou perguntar aonde ele nasceu, porque isso anula sua herança americana e o coloca numa posição de estrangeiro em seu próprio país natal. Outro exemplo usado foi sobre um casal latino que não foi bem atendido em um restaurante, e ao contarem para amigos brancos sobre o ocorrido receberam comentários como "não seja tão sensível" e "não seja mesquinho", o que anula e tira a importância da experiência ruim pela qual passou o casal.

Embora os autores trabalhem com a questão do preconceito racial, tais conceituações definem de forma bastante completa o preconceito contemporâneo, sendo

[5] "(...) phenomena that reflect anxiety rather than hostility".
[6] "(...) is characterized by communications that convey rudeness and insensitivity and demean a person's racial heritage or identity".
[7] "(...) characterized by communications that exclude, negate, or nullify the psychological thoughts, feelings, or experiential reality of a person of color".

possível usar seus conceitos para explicar o preconceito contra os sofredores de transtornos mentais. O preconceito não é mais uma atitude antipática e hostil como Allport (1995) definiu. Atualmente ele apresenta expansões no conceito, tal como o sexismo benevolente (preconceito positivo para com as mulheres) e as microagressões.

A relevância de entender as modificações sofridas pelo preconceito e pela denúncia de preconceito se mostra imprescindível nesse cenário de novas colocações, que vão além das formas mais antigas e tradicionais, como preconceito de raça e gênero. Os conceitos de microagressão propostos por Sue e colaboradores (2007) são interessantes para entender o modo do olhar do alvo sobre o preconceito sofrido. No caso da psicofobia, a maioria dos ataques preconceituosos que são denunciados é vista a partir do olhar do alvo, que ao se ofender com tais declarações, enxerga o ocorrido como preconceito.

Outro conceito que é relevante considerar aqui é o conceito de estigma. Pensar no preconceito contra os portadores de transtornos mentais nos remete ao estigma da doença mental. Estigma, que foi conceituado por Goffman em 1963 em um trabalho pioneiro e influente como foi o de Allport, é atrelado ao termo "em referência a um atributo profundamente depreciativo" (GOFFMAN, 2008, p.13). As pesquisas tomaram rumos totalmente diferentes, mas em algum momento podem se encontrar e se referir ao mesmo fenômeno. O conceito de estigma é normalmente utilizado para doenças, e preconceito para questões de raça, nacionalidade e etnia, mas muitas das definições podem ser adaptadas para outros contextos (PHELAN; LINK; DOVIDIO, 2013). É interessante pensar como a questão da psicofobia se refere ao preconceito, e não ao estigma. Provavelmente por uma tentativa de aproximação com outros movimentos de minoria que lutam contra o preconceito, se aproveitando de um discurso que já é socialmente conhecido, além de lidar com a discriminação como uma característica social, e não de saúde.

Trazendo tais conceitos para se pensar a campanha de conscientização da ABP, é possível reconhecer nos discursos apresentados preconceito implícito (DOVIDIO; KAWAKAMI; GAERTNER, 2002 apud HASLAM, 2016) e a denúncia de microagressões (SUE *et al*, 2007). Esse preconceito não intencional, mas que o alvo identifica, é percebido em expressões como "Levanta dessa cama, toma um banho, vai à

luta! Ânimo!", "Gastar energia! Gasta essa energia! E aí tu relaxa depois."[8]; "Você não para quieto!", "Vou te botar de castigo, hein!"[9]. Tais falas, ainda que ditas com preocupação e como forma de cuidado, geralmente em relações afetivas, remetem a preconceitos e são recebidas de forma ofensiva. Os sofredores reivindicam todo o tempo que a psicofobia existe, e que a deslegitimação do sofrimento é preconceito.

Há também os casos mais diretos de preconceito, em que a conceituação de Allport (1995) seria suficiente para dar sentido ao que está sendo classificado como preconceito. São falas como "Depressão não é doença. É preguiça." e "Quem tem esquizofrenia é maluco!"[10] que denunciam uma hostilidade e antipatias diretamente direcionadas para os sofredores de transtornos mentais, na forma de não reconhecimento de seus transtornos enquanto doença de fato.

Tanto nos vídeos feito por atores, quanto os vídeos testemunhais, apresentam esse caráter de denúncia da invisibilidade do sofrimento. Como se os transtornos não fossem reais. Reivindicam então uma dupla mudança em razão desse duplo sofrimento. Que a doença mental seja levada a sério e vista em sua completude como um transtorno que acomete diversos indivíduos, e que ocorra o fim do preconceito contra essas pessoas, visto que qualquer indivíduo poderia passar pela mesma situação de sofrer com um transtorno mental. A constante afirmação de que a psicofobia existe vem para tentar dar conta dessas duas questões.

3. TESTEMUNHO E DENÚNCIA DE PRECONCEITO

O falar sobre si na narrativa testemunhal é a prática autobiográfica contemporânea. A narrativa de sua própria experiência apresenta uma relação de igualdade entre os interlocutores, sem hierarquias. Derivou das práticas testemunhais protestantes, diferente da confissão católica em que havia uma relação de poder entre o padre e o fiel (VAZ, 2014).

A dimensão autobiográfica contida nos relatos de sofrimento trazidos pela ABP apresenta não só caráter terapêutico como também uma dinâmica de contágio, para que outras pessoas se identifiquem e confrontem a psicofobia normalizada na sociedade. A exposição do sofrimento no espaço público, o ato de falar sobre sua superação, e desta

[8] Vídeo 3. https://www.youtube.com/watch?v=e4Z2MjSXU7k [Acesso em 08 out. 2020].
[9] Vídeo 4. https://www.youtube.com/watch?v=loNl180-g6g [Acesso em 08 out. 2020].
[10] Vídeo 1. https://www.youtube.com/watch?v=k5sdMYSCnik [Acesso em 08 out. 2020].

maneira ajudar outras pessoas, auxiliam no processo de cura, como sugerem Lerner e Vaz (2017) em seu trabalho sobre testemunhos de sobreviventes do câncer.

A campanha é construída por testemunhos, mas em apenas dois dos cinco vídeos são contados pelos sujeitos que viveram aquelas experiências. Os outros três são retratados por atores. Por isso tracemos uma separação entre testemunho e denúncia, sendo o primeiro para quando o próprio sujeito conta sua história, e o segundo para convocação de mudança por intermédio de testemunhos de outros sujeitos. Nos dois relatos testemunhais presentes nessa campanha, a dimensão da superação se faz presente, assim como a indicação de que o mesmo pode ser reproduzido por outras pessoas em sofrimento. O preconceito, a falta de compreensão, a deslegitimação do sofrer, tudo isso pode ser superado com a tomada de consciência.

O testemunho ocupa lugar central na campanha "Psicofobia – Seu preconceito causa sofrimento", não apenas por seu caráter de autoconstrução do indivíduo sofredor, onde reforça sua bondade moral contra um mundo preconceituoso que o faz sofrer, como também por seu importante papel mobilizador ao induzir reconhecimento e compaixão.

4. IMAGENS E EMOÇÕES DA PSICOFOBIA

A construção do discurso presente na campanha da ABP pretende o tempo todo denunciar o preconceito contido em relatos que são cotidianamente ouvidos por pessoas que sofrem de diferentes transtornos mentais. Não só relatos autobiográficos, mas também relatos anônimos recolhidos pela associação para a construção da campanha. A utilização da denúncia em um cenário tão dramático tenta mobilizar a fala, a identificação e, por sua vez, a denúncia de quem também sofre tais preconceitos. Não se trata apenas de conscientizar sobre a existência e identificação do preconceito para quem produz tais discursos, mas também motivar o reconhecimento de quem também sofre por isso. Em todos os vídeos aparecem a afirmação, escrita ou falada, "psicofobia existe".

É necessário fazer o exercício de ver a campanha de conscientização ainda como uma propaganda, composta por uma linguagem publicitária, que possui público alvo e intenções diretas. Ainda que bem intencionada, é dotada de técnicas publicitárias, como

o uso de cor, trilha sonora, enquadramento, luz e sombra, e outros elementos que visam atender a determinada estratégia de comunicação.

Como Guttman e Salmon (2004) reiteram, a comunicação de saúde pública está entrelaçada em questões éticas, e seria ideal analisar cada etapa do processo de criação de uma propaganda de saúde antes de torná-la pública. Questionando quais aspectos éticos e morais aparecem nas mensagens. A comunicação de saúde pode precisar de fortes apelos emocionais para receber atenção do público alvo. Em seu trabalho, os autores analisam propagandas de saúde que evoquem medo, culpa ou estigmatização dos doentes, onde alegam que essas questões passam por questões tanto éticas quanto morais de caráter duvidoso.

Em se tratando da psicofobia, o uso das emoções atravessa caminhos diferentes ao do medo e do risco. A psicofobia não é crime, então o medo não funcionaria como possibilidade de penalidade em razão de preconceito. Também não é uma doença que oferece algum risco e dependeria da responsabilidade individual. O combate a psicofobia depende do uso de empatia frente ao sofrimento do outro. O que a ABP procura desempenhar na campanha de 2018 é convocar uma empatia coletiva frente ao sofrimento que tais indivíduos precisam lidar nas suas vidas cotidianas, trazendo visual e verbalmente as emoções contidas nesses sofrimentos, como tristeza, desprezo e medo. A campanha se usa das emoções para causar a comoção no seu público alvo e por consequência uma mudança positiva no seu modo de agir. Ainda segundo Guttman e Salmon (2004), a comunicação em saúde é feita sob medida para o público alvo a que se destina, procurando conscientizar ou mobilizar tais públicos específicos com estratégias também específicas de comunicação, estipulando assim que em consequência desses arranjos, haverá uma compreensão por parte de quem recebe a mensagem.

A imagem da pessoa com transtornos mentais representada em propagandas de medicamentos psiquiátricos costuma ser representada como sofredora, desviante, que comumente está vinculada a um antes e depois de superação. O antes que representa uma pessoa deprimida, e o depois com a mesma pessoa feliz e com ares de superação, aparecia em propagandas de medicação psiquiátrica veiculada em revistas profissionais de medicina, segundo Foster (2010). Entretanto, de acordo com a autora, isso não ocorria em propagandas de medicamentos não-psiquiátricos, onde a imagem atrelada aos indivíduos eram de uma pessoa “retratada como feliz e ativamente envolvida, seja no emprego (p. ex., vestido de terno, esperando um trem; policial; trabalhador do

mercado de peixes) ou em atividades de lazer ao ar livre (p. ex., empinando uma pipa; jardinagem; caminhar)”[11] (p. 28, tradução minha).

No que se refere à campanha da ABP, é perceptível a representação do doente mental como sofredor, que por vezes aparece chorando, sempre com um semblante descontente e melancólico, o que se mantém nos padrões estigmatizados já identificados por Foster (2010). Os vídeos da campanha, contudo, não apresentam um “depois” de felicidade. A felicidade do sofredor depende do fim do preconceito que eles estão reivindicando. A construção visual e sonora dos vídeos contribui para esse tom dramático. O uso do fundo preto, cor do luto e do sofrimento, e a iluminação unicamente frontal acrescentam dramaticidade ao protagonista, assim como a trilha sonora instrumental que acompanha os relatos. Em todos os aspectos o vídeo é construído de forma que cause comoção na audiência.

Segundo Lupton (2015) as campanhas publicitárias de saúde buscam promover uma resposta emocional. No estudo da autora isso se refere ao medo ou vergonha de contrair uma doença, por exemplo. Caracterizando então uma resposta emocional derivada do risco. Ainda que a eficácia desse tipo de abordagem não seja comprovada ou posta em questão, é importante entender as intenções por trás da criação de tais campanhas, que emoções buscam evocar.

Mesmo que a campanha de conscientização use das emoções para motivar uma mudança no seu público alvo, seu uso também faz reforçar certas relações de poder e estereótipos. Ahmed (2014) fala que as emoções podem trabalhar na construção de coletividade ao transformar o ser pelo sentimento compartilhado. Elas não estão em determinado sujeito ou objeto, circulam entre eles a partir de suas interações. No capítulo em que a autora trabalha com o sentimento de dor, é utilizado como exemplo um texto da *Christian Aid*, uma organização religiosa, em que se pede doações para a remoção de minas terrestres pelo mundo. A carta busca motivar um sentimento de compaixão e generosidade no leitor baseado no sofrimento e dores do outro. A emoção de dor não está presente no termo “minas terrestres”, mas a organização busca envolver o leitor nessa emoção para justificar a necessidade de doações. Utilizando o mesmo raciocínio do exemplo para pensar a campanha de conscientização da ABP, ambas vão pelo mesmo caminho. A partir do sofrimento de determinados indivíduos, busca-se uma

[11] “(...) portrayed as happy and actively engaged, either in employment (e.g., dressed in a suit, waiting for a train; police officer; fishmarket worker) or in outdoor leisure pursuits (e.g., flying a kite; gardening; walking)”.

motivação num outro que tem o poder de fazer parar esse sofrimento. No exemplo da *Christian Aid*, por meio de doações, e no caso da campanha da ABP, fazendo parar a psicofobia. Como a autora explicita em sua obra, as emoções atuam nas relações de poder. Discursos como esse, em que se reforçam a necessidade de compaixão, colocam na posse de um outro a possibilidade de cessar o sofrimento de um indivíduo. A dor só poder ser superada quando esse outro estiver de acordo, quando permitir, já que depende de suas ações.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em se tratando de um tema tão delicado como a psicofobia, em que sua denúncia busca reivindicar os direitos básicos de um indivíduo, como não ser rejeitado por sua própria condição como doente, as abordagens da sua comunicação são tão delicadas tanto. A campanha "Psicofobia – Seu preconceito causa sofrimento" é constituída em torno das emoções testemunhais dos sofredores e das emoções que buscam motivar no telespectador. Como foi revisada neste trabalho, essa é uma estratégia comumente utilizada em propagandas de saúde. Contudo, é importante reforçar que o modo como emoções são representadas na campanha, de forma estereotipada, podem reforçar padrões de comportamento e relações de poder.

Outra característica da campanha em questão é que ela não possui uma voz de ação, não sugere diretamente uma atitude que mude a condição atual da psicofobia. Tem-se a representação do sofredor, sempre com uma aura muito emotiva, e estes personagens reivindicam a luta contra o desprezo, contra a deslegitimação do seu sofrimento. Reivindicam a compreensão de que se trata de desprezo negar que o sofrimento deles seja real. A própria afirmação de que "psicofobia existe" também precisa reforçar que o preconceito, assim como o sofrimento do transtorno mental, também é real. O tempo inteiro é reafirmado que as coisas que estão sendo ditas existem e merecem ser reconhecidas enquanto sofrimento. Mas a campanha não oferece uma possibilidade de mudança específica. No vídeo 2, Fernanda conta seu próprio relato em viver com depressão, e ao longo de sua fala, diz: "Você não é louco se você procurar auxílio médico. Procure! Se trate! Porque tem solução, você consegue sair dessa. Mas

com ajuda!”[12]. Em se tratando do sofrimento vindo do transtorno, essa fala é uma atitude de resposta ao sofrimento, mas não em relação ao combate à psicofobia. O mesmo acontece no vídeo 4, quando o ator Zaion Salomão fala: “Eu me sinto melhor quando falo sobre os meus sentimentos”[13]. Tais soluções são concebíveis ao se pensar que a campanha é produzida pela Associação Brasileira de Psiquiatria, logo a ajuda médica como intervenção. O vídeo 3 é o único que traz algum posicionamento diretamente verbal em relação a psicofobia. Ao final do vídeo é dito “Vamos combater a Psicofobia”[14]. Ainda que tal fala contenha um potencial de mudança, não é sugerida a maneira como isso possa ser feito.

A campanha busca envolver tanto seus protagonistas quanto seus telespectadores em uma trama emocional e não direciona uma maneira de cessar esse desconforto. No exemplo da *Christian Aid* apresentado por Ahmed (2014), a solução seriam as doações em dinheiro para a organização. No caso da ABP não fica clara a maneira como eles pretendem mudar o comportamento do público, talvez por instaurar o sentimento de culpa em quem assiste aos vídeos, e por consequência, uma mudança comportamental. O uso de emoções pode desempenhar papéis importantes no modo como determinados assuntos são recebidos pelo público, mas precisa estar presente em discursos construídos de formas e intenções claras para que a mensagem não seja distorcida no processo comunicacional. Tais estudos sobre emoções são relevantes para compreender as estratégias discursivas e de que maneiras a mensagem pode ser concebida pelo receptor.

Outra característica que vale ser destacada é a importância do testemunho atrelado às emoções para que a campanha se faça eficiente, que gere engajamento nas redes sociais, o que ficou destacado pelo rápido alcance nativo e pelo seu poder de viralização desempenhado em tão pouco tempo. Ainda que sem voz de ação, a campanha se torna eficaz na mobilização sentimental, o que se provou pela sua capacidade de fácil inserção no ambiente virtual, mostrando que está de acordo com o pensamento ativista das pessoas envolvidas na luta por direitos.

[12] Vídeo 2. https://www.youtube.com/watch?v=24ewB3lkMZg [Acesso em 08 out. 2020].
[13] Vídeo 4. https://www.youtube.com/watch?v=loNl180-g6g [Acesso em 08 out. 2020].
[14] Vídeo 3. https://www.youtube.com/watch?v=e4Z2MjSXU7k [Acesso em 08 out. 2020].

REFERÊNCIAS

AHMED, S. **The Cultural Politics of Emotion**. Edimburgo: Edinburgh University Press, 2014.

ALLPORT, G. **The nature of prejudice**. Cambridge: Addison-Wesley, 1995.

EAGLY, A. H.; DIEKMAN, A. B. What is the Problem? Prejudice as an Attitude-in-Context. In: DOVIDIO, J. F.; GLICK; P.; RUDMAN; L. A. (Orgs.). **On the Nature of Prejudice: Fifty Years after Allport**. Malden: Blackwell Publishing, 2005.

FOSTER, J. L. H. Perpetuating stigma?: Differences between advertisements for psychiatric and non-psychiatric medication in two professional journals. **Journal of Mental Health**, Londres, v. 19, n.1, p. 26-33, fev. 2010.

FOUCAULT, M. **História da Loucura: na Idade Clássica**. 10. ed. São Paulo: Perspectiva, 2014.

_____. **Os anormais: Curso no Collège de France (1974-1975)**. 1. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

GOFFMAN, E. **Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada**. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GUTTMAN, N.; SALMON, C. T. Guilt, Fear, Stigma and Knowledge Gaps: Ethical Issues in Public Health Communication Interventions. **Bioethics**, West Sussex, v. 18, n. 6, p. 531-52, nov. 2004.

HASLAM, N. Concept Creep: Psychology's Expanding Concepts of Harm and Pathology. **Psychological Inquiry**, Londres, v. 27, n.1, p. 1-17, jan/mar. 2016.

LERNER, K.; VAZ, P. "Minha história de superação": sofrimento, testemunho e práticas terapêuticas em narrativas de câncer. **Interface**, Botucatu, v. 21, n.61, p. 153-63, 2017.

LUPTON, D. The pedagogy of disgust: the ethical, moral and political implications of using disgust in public health campaigns. **Critical Public Health**, v. 25, n.1, p. 4-14, 2015.

PHELAN, J.; LINK, B.; DOVIDIO, J.. Estigma e preconceito: um animal ou dois? In: MONTEIRO, S.; VILLELA, W. **Estigma e Saúde** [livro eletrônico]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013.

ROSE, N. Disorders Without Borders? The Expanding Scope of Psychiatric Practice. **BioSocieties**, Londres, v. 1, n. 4, p. 465-484, 2006.

SUE, D. W.; CAPODILUPO, C. M.; TORINO, G. C.; BUCCERI, J. M.; HOLDER, A. M. B.; NADAL, K. L.; ESQUILIN, M. Racial microaggressions in everyday life: Implications for clinical practice. **American Psychologist**, Washington D.C., v. 62, n. 4, p. 271-286, maio/jun. 2007.

VAZ, P. Do normal ao consumidor: Conceito de doença e medicamento na contemporaneidade. **Ágora**, Rio de Janeiro, v. XVIII, n. 1, p. 51-68, jan/jun. 2015.

_____. Na distância do preconceituoso: narrativas de bullying por celebridades e a subjetividade contemporânea. **Galáxia**, São Paulo, n. 28, p. 32-44, dez. 2014.

VIEIRA, P. P. Reflexões sobre A História da Loucura de Michel Foucault. **Revista Aulas**, Campinas, n.3, dez. 2006/mar. 2007.

Vídeos da campanha

Teaser. https://www.youtube.com/watch?v=q3-XvvIxDKo [Acesso em 08 out. 2020].

Vídeo 1. https://www.youtube.com/watch?v=k5sdMYSCnik [Acesso em 08 out. 2020].

Vídeo 2. https://www.youtube.com/watch?v=24ewB3lkMZg [Acesso em 08 out. 2020].

Vídeo 3. https://www.youtube.com/watch?v=e4Z2MjSXU7k [Acesso em 08 out. 2020].

Vídeo 4. https://www.youtube.com/watch?v=loNl180-g6g [Acesso em 08 out. 2020].

Vídeo 5. https://www.youtube.com/watch?v=OSa6SxFLsKA [Acesso em 08 out. 2020].

Vídeo Final. https://www.youtube.com/watch?v=pSZyIkLfm04 [Acesso em 08 out. 2020].