

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS

ESCOLA DE COMUNICAÇÃO

DA HOSTILIDADE À PSICOFOBIA

Uma discussão social de preconceito nos meios de comunicação

LAÍS GIUPPONI DE SOUZA SILVA

RIO DE JANEIRO

2018

DA HOSTILIDADE À PSICOFOBIA: Uma discussão social de preconceito nos meios de comunicação

LAÍS GIUPPONI DE SOUZA SILVA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Comunicação Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Bacharel em Comunicação Social, Habilitação em Publicidade e Propaganda.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Roberto Gibaldi Vaz

Co-orientadora: Nicole Sanhotene Freire da Costa

RIO DE JANEIRO

2018

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S586	<p>Silva, Laís Giupponi de Souza Da hostilidade à Psicofobia: uma discussão social de preconceito nos meios de comunicação / Laís Giupponi de Souza Silva. - 2018. 41 f.</p> <p>Orientador: Prof. Paulo Roberto Gibaldi Vaz Coorientadora: Profª. Nicole Sanchotene Freire da Costa</p> <p>Monografia (graduação) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Comunicação, Habilitação Publicidade e Propaganda, Rio de Janeiro, 2018.</p> <p>1. Mídia social. 2. Publicidade. 3. Preconceito. I. Vaz, Paulo Roberto Gibaldi. II. Costa, Nicole Sanchotene Freire da. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Comunicação.</p> <p style="text-align: right;">CDD: 302.23</p>
------	--

Elaborada por: Érica dos Santos Resende CRB-7/5105

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
ESCOLA DE COMUNICAÇÃO

TERMO DE APROVAÇÃO

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, avalia o trabalho de conclusão de curso **Da Hostilidade à Psicofobia: Uma discussão social de preconceito nos meios de comunicação**, elaborado por Laís Giupponi de Souza Silva.

Monografia examinada:

Rio de Janeiro, no dia/...../.....

Comissão Examinadora:

Orientador: Prof. Dr. Paulo Roberto Gibaldi Vaz
Doutor em Comunicação pela Escola de Comunicação – UFRJ
Departamento de Fundamentos da Comunicação – UFRJ

Co-orientadora: Nicole Sanchotene Freire da Costa
Mestre em Comunicação pela Escola de Comunicação – UFRJ

Prof. Dr. Marcio Tavares D’Amaral
Doutor em Letras pela Faculdade de Letras – UFRJ
Departamento de Fundamentos da Comunicação – UFRJ

Prof. Dr. Henrique Antoun
Doutor em Comunicação pela Escola de Comunicação – UFRJ
Departamento de Fundamentos da Comunicação – UFRJ

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, Rosane, e minha irmã, Fernanda, por todo amor, apoio e confiança que sempre depositaram em mim.

Ao meu orientador, Paulo Vaz, pela grande oportunidade que me foi oferecida em integrar o grupo de iniciação científica, o qual me proporcionou interesse e crescimento nos estudos da área acadêmica. Minha mais sincera gratidão pela paciência e incentivo ao longo destes anos.

À minha co-orientadora, Nicole Sanchotene, pelos grandes conselhos e ajuda em tempos de desespero.

Aos meus professores, que sempre foram minha maior fonte de exemplo e inspiração.

Aos meus amigos que sempre me apoiaram e carinhosamente ofereceram seu companheirismo ao longo da minha formação, tornando essa caminhada mais leve e melhor.

RESUMO

Este trabalho de conclusão de curso tem como objetivo a análise dos deslocamentos do conceito de preconceito e do conceito de doença mental, que permitiram o surgimento do que atualmente se chama “Psicofobia”, ou seja, o preconceito contra os portadores de Transtornos Mentais. A pretensão da pesquisa é compreender qual a função contemporânea da denúncia de preconceito. Para tal, a proposta é analisar uma campanha da Associação Brasileira de Psiquiatria, composta por vídeos postados no YouTube sobre o tema, para entender a dinâmica atual do preconceito e qual a influência dos meios de comunicação nesse processo. As hipóteses supõem que a denúncia de preconceito pode estar ligada com a emergência de novas identidades e/ou aumento de vendas de medicamentos controlados. O YouTube enquanto rede social permite a difusão de conteúdos institucionais, como é o caso da campanha “Psicofobia – Seu preconceito causa sofrimento”, e conteúdos independentes. A mídia manifesta o papel de educadora sobre o íntimo, e é pensada nessa pesquisa como importante desenvolvedora e difusora do conceito de doença mental, e não da própria doença mental. O método de análise empregado é a análise de discurso de origem foucaultiana, pautado no conceito de raridade discursiva.

ABSTRACT

This final paper aims to analyze the displacement of prejudice concepts and mental illness, which allowed the emergence of what is currently called "psychophobia", that is, the prejudice against those with mental disorders. The purpose of the research is to understand the contemporary function of denouncing prejudice. For this, a campaign of the Brazilian Psychiatric Association (Associação Brasileira de Psiquiatria), composed of videos posted on YouTube on the subject, is analyzed in order to understand the current dynamics of prejudice and what is the influence of the media in this process. The hypotheses suggest that the denounce of prejudice may be linked to the emergence of new identities and / or increased sales of pharmaceutical controlled substances. The YouTube, as a social network, allows the dissemination of institutional content, as is the case with the campaign "Psychophobia - Your prejudice causes suffering". In addition, there is also the production of independent content by influencers or ordinary people, not linked to institutions, who speak of their own experiences. Although there is an interpretation of the media in which it plays a role in the production of mental disorders, we are interested in another role of this in relation to the matter. The media manifests the role of educator on the intimate, and is thought of in this research as an important developer and diffuser of the concept of mental illness, and not of the mental illness itself. The method of analysis employed is the discourse analysis of Foucauldian inspiration, based on the concept of discursive rarity.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 A SUBJETIVIDADE PRÉ-MODERNA	10
2.1 OS RECLUSOS	10
2.2 AS TESTEMUNHAS	12
2.3 OS HOSTIS	13
3 A CONSTRUÇÃO SOCIAL DO SOFRIMENTO	15
3.1 OS SOFREDORES	15
3.1.1 A influência dos manuais	16
3.2 OS PRECONCEITUOSOS	19
3.3 OS EDUCADORES	21
4 OS PSICOFÓBICOS	23
4.1 A VÍTIMA	24
4.2 O TESTEMUNHO	25
4.3 PSICOFOBIA – SEU PRECONCEITO CAUSA SOFRIMENTO	26
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
ANEXOS	37

1 INTRODUÇÃO

No dia 16 de abril deste ano a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) lançou a campanha de conscientização contra a psicofobia, intitulada “Psicofobia – Seu preconceito causa sofrimento”. A campanha, que recebeu apoio oficial do Twitter, é composta por cinco vídeos e um *teaser* para divulgação, foi promovida em decorrência do dia 12 de abril, dia nacional de enfrentamento à psicofobia. Os vídeos são caracterizados por relatos de pessoas que sofreram psicofobia, sendo alguns relatos contados por atores, e outros contados pelas próprias vítimas, mas todas as histórias mostradas são reais e foram reunidas em virtude da campanha.

Psicofobia é um conceito recente e pouco trabalhado cientificamente, significando “preconceito contra os portadores de transtornos mentais”¹. O conceito de preconceito, por sua vez, possui extensa bibliografia e é o referencial para esta pesquisa junto com a noção de doença mental, principalmente no que tange ao estudo das suas modificações conceituais e suas atuações na mídia. A campanha “Psicofobia – Seu preconceito causa sofrimento”, postada no YouTube e posteriormente divulgada em diversas redes sociais aparece no contexto da comunicação social como difusora desse sentimento de conscientização contra o preconceito. Além de englobar e legitimar uma rede de sofredores, dando voz a eles e os representando enquanto vítimas de preconceito. A pesquisa trabalha com a passagem do desvio ao preconceito, analisando o lugar do testemunho nesse processo. O estudo da campanha exemplifica de maneira bastante perceptível qual o lugar que o preconceito ocupa na subjetividade contemporânea, sendo possível reconhecer a modificação sofrida pelo conceito. A análise também representa esse lugar da subjetividade atual exemplificado pela dinâmica de contágio.

Ao longo dos capítulos construiremos a mudança sofrida pelos conceitos de doença mental e preconceito, contando como se apresentavam desde o período pré-moderno até os dias atuais. Logo no segundo capítulo será apresentada a história do confinamento dos loucos até que a medicina alcançasse a loucura e lhe atribuisse tratamento (FOUCAULT, 2014). É apresentado também os estudos sobre preconceito de Allport (1995), que o classificava como antipatia e hostilidade.

No terceiro capítulo tentaremos marcar as mudanças que estão presentes na contemporaneidade, como a emergência de novas categorias de transtornos mentais e a influência dos manuais diagnósticos e da indústria farmacêutica neste processo. As mudanças no conceito de

¹ Conceito definido pela Associação Brasileira de Psiquiatria. Disponível em: <https://www.psicofobia.com.br/>. Acesso em 19 out. 2018.

preconceito são apontadas pelas pesquisas de Haslam (2016) e Sue e colaboradores (2007), trabalhando com ideias como ampliação no conceito e a definição de microagressão.

No quarto capítulo iremos trabalhar com a questão da vítima e do testemunho, e será realizada a análise discursiva da campanha. Azevedo (2013) vai dizer que estudar o discurso é colocar em via de análise a língua e sua produção de sentido. Uma das partes mais relevantes neste método, segundo a autora, é compreender como os elementos históricos tem influência na formação discursiva da nossa sociedade contemporânea. Ela salienta a necessidade de encontrar a produção de sentido do discurso, para então ter uma base da relação que as palavras desempenham com as coisas.

No quinto capítulo emitiremos nossas considerações finais a cerca do tema e da análise da campanha, considerando como tais mudanças sofridas influenciaram nos comportamentos, nos modos de ser e de pensar da nossa sociedade atual.

2 A SUBJETIVIDADE PRÉ-MODERNA

Para compreendermos a dinâmica dos diagnósticos de doença mental atuais e a denúncia de preconceito, é preciso entender como eram antes, é preciso historicizar a doença e o preconceito. A produção da subjetividade de cada período tem a influência do regime de verdade em vigência. São séries de práticas que vão fundar o verdadeiro e o falso em cada época, legitimando-os no real, e determinando o que é a normalidade e o desvio (FOUCAULT, 2017).

A subjetividade em Foucault se refere a “modos de agir, a processos de subjetivação modificáveis e plurais” (CANDIOTTO, 2008, p. 88). Esses modos de ser em cada período da história vão nos guiar para a compreensão da subjetividade contemporânea. Por isso esta pesquisa passa pelo estudo da doença mental e do preconceito nas suas formas anteriores, para marcarmos as mudanças ocorridas e que estão presentes atualmente.

2.1 OS RECLUSOS

As formas contemporâneas de pensar a doença mental se deram pela substituição do que antes, até o século XIX, era o crime e o pecado e que estavam no âmbito de controle do Estado e da religião. Como explica Foucault (2014), com a erradicação da lepra ao final da Idade Média, ocorre um vazio no que tange ao confinamento. Ainda que a partir do final século XV as doenças venéreas ocupem o lugar que antes pertencia à lepra, ainda resta o vazio da figura do leproso, o conjunto de imagem e valores que lhe eram atribuídos. O leproso era envolto pela imagem de socialmente abandonado, que com a bondade divina e a salvação poderia restaurar condição. Pensava-se que era essa exclusão social que permitia a cura e salvação do leproso. No âmbito da religião, quem o abandonasse estaria contribuindo para a sua salvação, porque ela operava pela exclusão. Estando salvos quem exclui e o excluído. Embora a lepra tenha sido erradicada, essas estruturas permaneceram e passaram a englobar indivíduos como “pobres, vagabundos, presidiários e ‘cabeças alienadas’” (Ibidem, p. 6).

Ainda como Foucault (2014) descreve, embora as doenças venéreas substituam a lepra no que tange ao confinamento, ainda 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 da Renascença intermediando tais mudanças. Sendo colocados em confinamento, nos asilos instituídos, os lou-

cos 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. A figura da anormalidade que a loucura representava, era, portanto, removida do meio social e levada ao asilo, seguindo o modelo de exclusão do leproso.

É a partir do século XVIII que surge um novo modelo de governo. É que o Foucault (2001) vai chamar 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 do 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” (p. 59), enquanto o modelo da lepra teria reação negativa por promover a exclusão. O poder inclui a morte, não mais para afastar nossos olhos dela, mas para incluí-la e se colocar como quem pode nos salvar dela. Daí é que vem o biopoder. O século XVIII implantou, portanto, uma nova “arte de governar”, ao que Foucault descreve governo como o governo dos outros. Com um novo aparelho do Estado e novas instituições, com novos dispositivos de poder, se buscou “normalizar” a população, 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.

A loucura, que antes estava silenciada nos asilos, passa então, a partir do século XIX, a ser questionada e pensada. É essa ação positiva do poder que a alcança, produzindo saber. 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, a loucura se torna passível de tratamento com medicamentos. Foucault (2014) explica que até o século XVIII não existia a distinção entre corpo e espírito, portanto, quando se falava de loucura, era sobre algo que acometesse essa junção. É a partir do século XIX que se começa a se pensar tal separação, e a pensar a loucura ou como doença do corpo ou da alma. Com essas distinções a loucura vai ser pensada em termos médi-

cos, implicando causalidades sejam orgânicas referentes a problemas no próprio corpo, ou exteriores, como a lua ou ar. Em se tratando de doença mental, só pode ter uma causalidade social – daí surgiu a relação entre loucura e memória, loucura e eventos do passado do indivíduo. Parodiando o perverso sexual, o louco torna-se um personagem.

2.2 AS TESTEMUNHAS

Conforme Foucault (2014) apresenta, quando o grande internamento da lepra, e posteriormente da loucura, ocorreram, as pessoas, as testemunhas, que entregavam os doentes ou loucos ao confinamento, o faziam com a plena certeza de que estavam fazendo o bem e seriam recompensadas por isso. Porque naquele momento era o abandono que levava a pessoa à salvação divina. Então quem os abandonasse, estava lhe fazendo o bem.

É com a mudança ocorrida no século XIX que este cenário terá uma nova configuração. Quando a loucura é englobada pela medicina, mostrando que era passível de tratamento, faz com que a loucura ganhe uma nova imagem perante a sociedade. Agora caracterizada pelo desvio de comportamento, não é mais o abandono que lhe trará salvação, mas sim o tratamento. É essa mudança para o desvio e a passagem para a medicalização, que vai permitir o surgimento da compaixão, e posteriormente, do preconceito.

Quando a doença passa a fazer parte do saber médico, sendo medicalizada na forma de desvio, gerava uma atitude compassiva perante a sociedade. O conceito de doença mental era utilizado para justificar o preconceito, ele gerava um sentimento de querer ajudar ao próximo ao mesmo tempo em que gerava a exclusão e a recusa deste indivíduo perante a sociedade. Foucault (1988) utiliza como objeto de análise a homossexualidade, quando esta estava no campo da religião e do direito, sendo considerada pecado e crime, a consequência cabível pelo Estado era a punição. Mas quando a homossexualidade passa a fazer parte do campo do saber médico, sendo passível de tratamento e cura, sendo vista então como doença, permite que essa exclusão do indivíduo seja feita sob o argumento da compaixão. A mudança na anormalidade, que agora é representada pelo doente que necessita da cura, gera um sentimento de exclusão que não é mais justificável pela bondade divina, já que a cura vem pelo tratamento e não mais pelo abandono. Existia então essa vontade de exclusão, recusa e afastamento do indivíduo, e é o sentimento da compaixão com o doente mental que vai legitimar o preconceito. A compaixão com o próximo o torna digno de pena, cria uma separação entre o do-

ente e o saudável. Não se trata mais de manter o doente excluído em asilos, mas sim de medicalizá-los e tratá-los, e é essa mudança que permite a ascensão do preconceito.

2.3 OS HOSTIS

Os modos de entender o preconceito nem sempre foram os mesmos. Haslam (2016) nos mostra que uma das pesquisas pioneiras no assunto foi a de Gordon Allport², publicada na década de 50. O trabalho de Allport impulsionou o surgimento de novos trabalhos e o desenvolvimento da pesquisa neste campo. O preconceito como proposto por Allport (1995) foi definido como antipatia e envolvia hostilidade e rejeição para com um indivíduo ou grupo em particular, geralmente baseados em generalizações inflexíveis. O autor define preconceito como:

uma atitude agressiva ou hostil em relação a uma pessoa que pertence a um grupo, simplesmente porque ele pertence a esse grupo e, portanto, presume-se que tenha as qualidades objetáveis atribuídas ao grupo³ (ALLPORT, 1995, p. 7, tradução minha).

Allport (1995) faz uma distinção entre preconceito positivo e preconceito negativo. O preconceito positivo estaria relacionado a ser preconceito em favor de outros, ou em autopreservação. Nesta situação não se é favorável à vítima de preconceito, mas sim a outra pessoa. O autor cita como exemplo o caso de um antropólogo que possuía dois filhos pequenos e se mudou com a família para que ele pudesse estudar uma tribo indígena americana. O antropólogo foi viver com a tribo, e solicitou que sua família ficasse instalada em uma cidade distante. A família frequentemente o visitava, mas ele não permitia que seus filhos brincassem com as crianças da tribo. A explicação seria a de que crianças haviam morrido recentemente na tribo por conta de tuberculose, logo haveria algum risco para seus filhos contraírem a doença se entrassem em contato com as outras crianças. Allport classifica esse caso como não sendo preconceito, porque o pesquisador até gostava dos índios, mas tinha razões concretas para não oferecer o risco do contágio a seus filhos. O antropólogo não era hostil com os índios, apenas fazia tal proibição.

O preconceito negativo, que é mais comum ao nosso entendimento, é sobre um sentimento que seja desfavorável a uma pessoa ou um grupo. Aqui se aplica a atitude hostil para

² Psicólogo estadunidense (1897-1967).

³ an avertise or hostile attitude toward a person who belongs to a group, simply because he belongs to that group, and is therefore presumed to have the objectionable qualities ascribed to the group.

com o outro. O autor foca em seu trabalho o estudo do preconceito negativo, porque para ele era este que era relevante para seu entendimento do que é preconceito, e trabalha especialmente como a questão do preconceito étnico, estudando casos que hoje chamaríamos de racismo e xenofobia.

Allport (1995) argumenta que o pensamento estereotipado é a base do preconceito. A estereotipação do outro, que imediatamente poderia causar impressões positivas ou negativas, resulta na justificção do preconceito. Em sua pesquisa fala que um julgamento precisa ter um nível de justificativas e de fatos aceitáveis para que seja justificado. Mas ao mesmo tempo poucos julgamentos são baseados em certezas absolutas, o que caracteriza então os julgamentos são conjuntos de probabilidades de algo ser bom ou mau. O preconceito seria a probabilidade das justificativas de algo serem negativas. Mas quando algo oferece algum risco ou perigo para o indivíduo, deixa de se tratar de preconceito e se torna um conflito social.

Como precisamos ao longo da nossa vida decidir rapidamente no dia-a-dia quais coisas são boas ou más, acabamos por criar generalizações preconceituosas. O autor explica que nem tudo isso vai ser preconceito, algumas coisas serão apenas equívocos ou desentendimentos. As pessoas podem mudar seu pensamento preconceituoso quando entram em contato com a informação verdadeira, mas se o pensamento não muda após conhecer a verdade, então de fato tal julgamento é preconceito.

A loucura vista como objeto de preconceito ocorreria num momento onde se reduziu fortemente a internação e a forma maior de tratamento é a medicalização. Nesse momento é que surge a questão do preconceito – e não mais a necessidade de ajudar por excluir ou internar.

3 A CONSTRUÇÃO SOCIAL DO SOFRIMENTO

Até o século XIX a doença mental estava no âmbito de controle do Estado e da religião. Quando o saber médico encontra a loucura, ela passa a ser tratada e medicalizada na forma do desvio. Mas é só a partir do final do século XX que a doença mental vai passar de desvio para sofrimento, o que permite o surgimento da denúncia de preconceito (VAZ, 2014).

Nestes anos, a forma de diagnosticar passou por muitas mudanças, Rose (2006) fala 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” (Ibidem, p. 466), com sintomas que podem alcançar a praticamente todos nós. O aumento de diagnósticos de doenças mentais pode ser a consequência de três causas, como Vaz (2015) propõe. A primeira hipótese seria o “progresso do conhecimento” (Ibidem, p. 55), com o avanço dos estudos envolvidos com a medicina e a psiquiatria, se aprimorou a forma de diagnósticos, podendo reconhecer mais sintomas e, portanto, mais pessoas doentes. A segunda, diria que não foi o aumento do conhecimento, mas sim o aumento de deprimidos no mundo, a produção social do deprimido. E a terceira, que foi o modo como os indivíduos compreendem o sofrimento que mudou, por meio de mudanças sociais e econômicas que alteraram o modo de diagnosticar e tratar as doenças. Esta pesquisa considera a segunda e a terceira hipóteses.

Assim como ocorreram mudanças nos diagnósticos, mudaram também as formas de lidar com o sofrimento e de perceber o preconceito. 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).

3.1 OS SOFREDORES

O internamento como era constituído até o século XVIII entra em crise, suas estruturas passa a ser não 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 auto-

engano 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.

Como Vaz (2015) explica, 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 pode ser seria uma das formas de desvio contemporâneas. Essa mudança permite que os indivíduos se percebam como doentes, façam seu próprio diagnóstico, e procurem ajuda médica com um propósito de tratamento. As mudanças ocorridas no diagnóstico das doenças mentais ao longo dos anos permitiram que os sintomas fossem listados, facilitando o autodiagnósticos por parte do paciente.

3.1.1 A influência dos manuais

Os principais manuais utilizados para diagnósticos são o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) que é publicado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA) e a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID), publicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). O DSM é exclusivo para transtornos mentais, e o CID engloba também doenças orgânicas.

O DSM teve sua primeira edição publicada em 1952, e a mais recente, o DSM-5, foi lançado em 2013. Ao longo das suas edições, o DSM passou a apresentar cada vez mais categorias médicas e ampliações nos sintomas de cada transtorno. Os alargamentos nos sintomas permitiram que cada vez mais indivíduos fossem diagnosticados com transtornos mentais. Frances⁴ (2013) vai criticar o DSM-5 alegando que cada vez mais estamos perdendo o normal

⁴ Psiquiatra americano, presidiu a produção da quarta edição do DSM, o DSM-IV.

ao superdiagnosticar a vida cotidiana, já que muitos indivíduos estão sendo diagnosticados e medicados sem necessidade. O autor também alega que muitas pessoas ficam sem tratamento, já que essa onda de diagnósticos acaba tirando a atenção de transtornos importantes, como a esquizofrenia ou a depressão severa. De acordo com a OMS, em 2015, a prevalência de pessoas com transtornos depressivos em nível global era de 4,4% da população, existindo aproximadamente 322 milhões de pessoas vivendo com a depressão em todo o mundo. Para os Transtornos de Ansiedade a prevalência era de 3,6% da população mundial, e aproximadamente 264 milhões de indivíduos com esses transtornos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017). E existem ainda as pessoas que sofrem com determinado transtorno, mas não possuem diagnóstico clínico. A porcentagem total de sofredores mentais poderia chegar a um quarto da população mundial anualmente (VAZ, 2015).

O aumento de diagnósticos caminha em paralelo com o aumento de doenças. Como Moynihan e Cassels (2005) explicam, é preciso primeiramente vender a doença para depois vender o tratamento. O aumento nos diagnósticos teria como intuito o aumento na venda de medicamentos, e conseqüentemente, lucro para a indústria farmacêutica. Watters (2010) pesquisa o aumento da depressão no Japão. O autor explica que até o início da década de 90 os japoneses possuíam opiniões muito negativas sobre a existência da depressão, pois para a cultura japonesa sofrer poderia sempre ser pensado como sacrifício pelo bem comum, parte do ethos maior da cultura até então. Ou seja, não podia haver depressão porque não pensavam que sofrer era ruim, algo que precisava ser tratado, e por isso não aceitariam tratamentos com medicamentos para o transtorno, visto que casos da doença eram raros. Enquanto o mundo ocidental vinha aumentando o consumo de antidepressivos, o Japão não parecia ser um mercado em potencial. As grandes indústrias farmacêuticas não quiseram arriscar investimentos no país, visto que a regulação dos medicamentos no país custaria muito dinheiro e não se tinha a certeza se os psiquiatras prescreveriam os antidepressivos e se os japoneses aceitariam tomá-los. Foi no final da década de 90 que uma empresa japonesa, Meiji Seika, iniciou os processos no país para a regulação de antidepressivos ocidentais. Em seguida, com a entrada da GlaxoSmithKline no jogo, começou um trabalho de transmitir novas definições de depressão para os psiquiatras japoneses. Aliando-se ao DSM, o marketing da depressão implantou no país suas novas definições, que não mais correspondiam à visão japonesa de depressão unicamente severa. Fazendo investimentos em pesquisas, financiando trabalhos dos psiquiatras japoneses, e mostrando a eficácia de seus medicamentos, a GSK conseguiu introduzir o mercado dos antidepressivos no país.

A farmacêuticalização exerce importante influência nessa mudança, incorporando para o âmbito da medicina problemas naturalmente humanos, o que permite à indústria farmacêutica fazer campanhas de divulgação de sintomas, ou de conscientização de doenças, para que mais pessoas tenham ciência de determinados transtornos, e possam se pensar como doentes (FAINZANG, 2013).

O CID tem passado pelo mesmo processo. Ao longo de suas edições, houve a criação de novas categorias médicas e de alargamentos nos sintomas dos transtornos já conhecidos. Em sua mais recente edição, o CID-11, lançado em outubro deste ano e que será oficialmente apresentada em maio de 2019, existe, por exemplo, a criação da categoria de *gaming disorder*, onde aparece relacionado aos transtornos dos comportamentos viciantes. O *gaming disorder*, é caracterizado por um comportamento recorrente em jogar jogos online ou offline. O transtorno é composto ainda pela ausência de controle sobre os jogos, pela prioridade dada aos jogos ao invés de outras atividades sociais cotidianas, e pela continuidade em jogar mesmo quando esta acarreta consequências negativas para o indivíduo. O manual ainda explica que os sintomas são evidentes em um período de até 12 meses (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

É importante pensar esse processo de todos os lados, e não encarando como se a indústria farmacêutica ou a psiquiatria fossem grandes vilões. Rose (2006) fala que os pacientes não são pessoas meramente passivas, que são facilmente influenciados pelo marketing farmacêutico que constrói novas categorias médicas para fazer os indivíduos se considerarem doentes. Segundo o autor,

o processo é mais sutil. As empresas exploram e mapeiam os descontentamentos vivenciados dos indivíduos, vincula-os às promessas feitas por seus medicamentos e os incorporam em narrativas que dão significado e valor a esses medicamentos. É esse entrelaçamento de produtos, expectativas, ética e formas de vida, que penso estar envolvido no desenvolvimento e disseminação de drogas psiquiátricas. Ao se envolver com essas imagens e narrativas, nas esperanças, ansiedades e descontentamentos que moldam e fomentam, os indivíduos desempenham seu papel na medicalização dos problemas de vida⁵ (Ibidem, p.480, tradução minha).

⁵ the process is more subtle. Companies explore and chart the experienced discontents of individuals, link these with the promises held out by their drugs, and incorporate those into narratives that give those drugs meaning and value. It is this intertwining of products, expectations, ethics and forms of life, that I think is involved in the development and spread of psychiatric drugs. In engaging with these images and narratives, in the hopes, anxieties and discontents they shape and foster, individuals play their own part in the medicalization of problems of living.

3.2 OS PRECONCEITUOSOS

O preconceito tal como Allport (1995) definiu, como antipatia e hostilidade, não dá mais conta de abarcar o sentido contemporâneo. Como Haslam (2016) menciona, 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, preconceito acabou por ter sua definição ampliada.

O racismo contemporâneo é considerado mais sutil. Não existe, necessariamente, a agressividade direta com o grupo ou indivíduo. Se tratando de racismo simbólico, por exemplo, os racistas negam a existência do racismo, mas são contra políticas de ações afirmativas, e possuem 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.

Para pensar o preconceito hoje, Haslam apresenta em seu artigo duas ideias que ampliaram o conceito: preconceito aversivo (DOVIDIO; GAERTNER, 2004 *apud* HASLAM, 2016) e preconceito implícito (DOVIDIO; KAWAKAMI; GAERTNER, 2002 *apud* HASLAM, 2016). Preconceito aversivo fala sobre aversões não baseadas em antipatia ou medo, onde as pessoas negam serem preconceituosas, mas mantêm tais aversões mesmo que de forma inconsciente. Preconceito implícito fala sobre a associação de estereótipos negativos à pessoas pertencentes a grupos sociais minoritários, os autores focam aqui no preconceito racial.

Indo além do pensamento de Allport (1995), 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 que algo seja específico para que o preconceito se torne real. Embora Allport não tenha dado atenção ao sexismo, as autoras apresentam como a questão do preconceito positivo às mulheres tem sido bastante trabalhada. Exemplificando, mostram como atribuir qualidades como amáveis e delicadas seriam qualificadas como preconceito positivo, por se tratar de um estereótipo que não é danoso para o outro indivíduo. Apesar de discordar de tal colocação, embora controverso, tal conceito tem sido longamente trabalhado e é relevante entendê-lo para compreendermos os estudos atuais em preconceito e a própria subjetividade contemporânea.

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 baseado 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 alvo⁶” (p. 272, tradução 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 hostilidade⁷” (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: microataque, 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 pessoa⁸” (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 cor⁹” (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 ameri-

⁶ whether intentional or unintentional, that communicate hostile, derogatory, or negative racial slights and insults to the target person or group.

⁷ phenomena that reflect anxiety rather than hostility.

⁸ is characterized by communications that convey rudeness and insensitivity and demean a person’s racial heritage or identity.

⁹ characterized by communications that exclude, negate, or nullify the psychological thoughts, feelings, or experiential reality of a person of color.

cana 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 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.

3.3 OS EDUCADORES

É bastante comum ver notícias que listam sintomas de transtornos mentais, ajudando o leitor a se reconhecer como sofredor ou não. Assim como a cada dia aparecem novos questionários online onde pode se descobrir se possuiu sintomas depressivos ou referentes a outros transtornos. São linguagens acessíveis, normalmente em forma de lista, onde o indivíduo pode contabilizar quantos sintomas possui e se autodiagnosticar, e assim recorrer a uma intervenção médica caso ocorra a identificação com algum transtorno.

Ehrenberg (2010) diz que a mídia é responsável por formular conceitos que expliquem a vida interior do sujeito. Somos ensinados sobre o que é o transtorno mental e a nos pensarmos como doentes. Mas esse fenômeno não se resume aos transtornos mentais, ele permeia nossa vida cotidiana, somos ensinados a como ser boas esposas, bons filhos, bons amigos, bons cidadãos. É o que o autor vai chamar de gramática da vida íntima, uma espécie de socialização do sentido dos termos cuja referência é a dimensão psíquica: alegria, tristeza, amor, amizade, sofrimento, sentir-se agredido, etc. A mídia lista os sintomas junto com o alerta de que eles podem estar presentes no dia-a-dia do indivíduo, e se de fato estiverem, basta procurar ajuda profissional, porque os transtornos são tratáveis. Dessa forma, qualquer pessoa passa a ser apta a relatar seu transtorno mental com segurança e domínio do assunto, descrevendo seu estado mental e seu sofrimento com clareza. É essa linguagem simples e acessível que a mídia propaga sobre os transtornos. O que acontece é uma produção social da interioridade. O

que se pensa ser a experiência da vida privada, na verdade é pública e foi socialmente construída. As nossas fronteiras entre normal e anormal são ensinadas pela mídia.

Até aqui foi possível reconhecer as mudanças sofridas no âmbito das doenças mentais e do preconceito. Tais mudanças são visíveis na sociedade atual porque a mídia produziu o conhecimento sobre o assunto. Assim, as pessoas podem se reconhecer como doentes e se sentirem com a responsabilidade de procurar um médico, podem também se reconhecerem vítimas de preconceito e lutarem por mudanças sociais. O que caracteriza o doente e a vítima é mostrado pela mídia, permitindo que se possa identificar como membro de grupos de sofredores. Dessa forma, trabalhamos com o conceito de que a mídia constrói e propaga o conceito de doença mental.

Como Frances (2013) coloca, cada vez mais comportamentos comuns estão virando sintomas, mas ao mesmo tempo a saúde mental tem se colocado com um objetivo a ser alcançado (EHRENBERG, 2005). O indivíduo contemporâneo passa a ser visto como o ator da sua doença e empreendedor da sua vida, se espera que ele tome suas decisões e aja por conta própria na busca pela sua felicidade e bem-estar. Neste cenário ocorre uma desvalorização do social, e o sujeito se torna um indivíduo privado. A saúde mental passa a ser perseguida a todo custo, enquanto o sofrimento psíquico é algo que precisa ser evitado. O discurso midiático atua colocando a felicidade como alcançável a partir do momento em que o indivíduo vence seus problemas e os preconceituosos, porque na atualidade o preconceito também faz sofrer (VAZ, 2014).

4 OS PSICOFÓBICOS

A psicofobia, definida como preconceito contra os portadores de transtornos mentais¹⁰, tem recebido campanhas de conscientização produzidas pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) desde 2011. A campanha veiculada em 2018 foi chamada de “Psicofobia – Seu preconceito causa sofrimento”. De acordo com a ABP, a campanha deste ano alcançou 2 milhões de pessoas, obteve mais de 592 mil visualizações nos vídeos, e 9 mil novas curtidas na página da associação no Facebook¹¹. Embora tenha sido lançada em abril, a campanha foi um sucesso de compartilhamento nas redes sociais e até hoje é comum ver alguns vídeos da campanha sendo compartilhados, especialmente dada a proximidade do “setembro amarelo”, mês dedicado à prevenção ao suicídio.

A ABP atribui a criação do termo “psicofobia” ao humorista brasileiro Chico Anysio, que lutou contra a depressão durante muitos anos de sua vida. Como não encontrei outras fontes, e achei um tanto questionável tal atribuição, visto que a palavra existe em inglês “psychophobia” e em espanhol “psicofobia”, o trabalho foca na definição utilizada que fala sobre o preconceito. Não foram encontradas pesquisas que trabalhavam com o termo em outras nacionalidades, apenas algumas pesquisas brasileiras publicadas nos últimos anos, como a pesquisa de Pereira e Gomes (2017) sobre o olhar do paciente sobre a psicofobia e a pesquisa de Harayama (2015) sobre o projeto de lei para criminalização da psicofobia, e ambas utilizam a definição de psicofobia como preconceito. É provável que a definição tenha surgido por extensão a partir de termos prévios de uso reconhecido e que indicam preconceito, como a homofobia.

Embora seja aparentemente uma questão pequena, o estudo da psicofobia é importante porque nos permite ver as transformações que ocorreram no âmbito das doenças mentais, acarretando assim mudanças nas formas de subjetividade contemporânea. Assim como compreende de forma alargada a questão do preconceito, e a questão das minorias e dos movimentos sociais. É possível ver outro ângulo da questão de vítimas de preconceito, que anteriormente tratava de questões como raça, gênero e sexualidade e hoje ganha novas colocações, como a própria psicofobia, a gordofobia e a cristofobia, por exemplo. Essa ampliação do conceito de preconceito acaba por permitir que cada vez mais pessoas se incluam nesta categoria

¹⁰ Conceito definido pela Associação Brasileira de Psiquiatria. Disponível em: <https://www.psicofobia.com.br/>. Acesso em 19 out. 2018.

¹¹ Dados divulgados pela Associação Brasileira de Psiquiatria. Disponível em: <https://www.psicofobia.com.br/>. Acesso em 19 out. 2018.

de vítima. Os meios de comunicação são cruciais para a construção da subjetividade da vítima de preconceito, por ser um novo lugar onde os indivíduos vão poder dar seus testemunhos e receber apoio emocional, e com isso, legitimar seu sofrimento (VAZ, 2010; 2014).

É interessante analisar o lugar do testemunho e a dinâmica de se tornar vítima de preconceito, como é positivo esse processo de se reconhecer sofredor, o que permite que se possa lutar contra os que fazer sofrer. A doença também funciona como um dispositivo de força moral (RICE, 1998), colocando a vítima em um lugar de razão, onde não se está errado, mas sim doente. O testemunho ocupa então esse lugar de autoconstrução do indivíduo sofredor, onde reforça sua bondade moral contra um mundo preconceituoso que o faz sofrer.

4.1 A VÍTIMA

As novas conceituações sobre preconceito permitem que cada vez mais pessoas se pensem e se reconheçam como sofredoras e vítimas de preconceito. Segundo Sarti (2011) a vítima contemporânea tem origem nas políticas de reparação do pós-guerra e, com esse papel significativo de vítima, elas conseguem atribuir “legitimidade moral à suas reivindicações” (Ibidem, p. 4). A vítima ocupa, portanto, um lugar moralmente favorável para reivindicar o que lhe seja conveniente, como justiça, reparação social e moral, ou o fim do preconceito.

Vivemos em uma cultura que cultua o bem-estar e a felicidade como objetivo primordial da vida, como notamos estar representado pela vida perfeita divulgada nas redes sociais. Mas é notável também o aumento de relatos autobiográficos sobre o sofrimento, onde os indivíduos contam as coisas difíceis pelas quais tem passado e buscam desmitificar a tal existência da vida perfeita, neste caso, a vítima recebe valor moral, principalmente por estarmos numa sociedade que estima e valoriza a identidade de vítima (VAZ; SANTOS; ANDRADE, 2014).

Pensar no preconceito contra os portadores de transtornos mentais nos remete ao estigma da doença mental. Estigma foi conceituado por Goffman em 1963 em um trabalho pioneiro e influente como foi o de Allport, o autor utiliza o 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. É interessante notar como 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 pen-

sar como a questão da psicofobia se refere ao preconceito, e não ao estigma. Talvez seja 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.

Ao falar sobre a categoria de vítima é importante lembrar que o sofrimento é socialmente construído e que nem todo sofrimento vai ser legitimado, nem toda vítima vai ser reconhecida e ouvida. A categoria da vítima de psicofobia, por um lado, faz parte desse esquema. As campanhas de conscientização fazem um grande esforço para garantir que o sofrimento seja legitimado. A questão é que esse tipo de sofrimento costuma ser legitimado para um determinado grupo social, mais favorecido. O sofrimento psíquico em grupos sociais mais desfavorecidos acaba não recebendo atenção, sendo menosprezado e silenciado. Frases como “depressão é coisas de rico” ou “quem trabalha o dia todo não tem tempo para depressão” são facilmente escutadas no cotidiano e mostra como até mesmo a ocupação da posição de vítima requer algum privilégio social. É claro que isto não é uma regra e os movimentos sociais e psiquiátricos trabalham para mudar esse cenário, mostrando que a doença mental pode acometer qualquer indivíduo independente da condição social.

A própria causalidade do sofrimento mudou com a passagem da modernidade para a contemporaneidade. Antes o argumento seria “sofro por minha culpa”, relacionado a uma fé católica onde os próprios pecados levariam a uma penitência. O discurso atual seria “sofro por culpa do outro”, onde se liberta da culpa pelo seu próprio sofrimento, colocando a culpa em outra pessoa que promove o sofrer, como um preconceituoso (VAZ, 2014). A vítima contemporânea não é a causadora do seu próprio sofrimento, existe um agente externo que a atinge e faz sofrer, seja ele uma pessoa, doença, crise financeira, dentre outros.

4.2 O TESTEMUNHO

Os discursos autobiográficos contemporâneos representados pelo testemunho tem aparente origem nos discursos de conversão protestante, caracterizados pela descoberta da fé, resultam numa súbita mudança de comportamento. Converter-se é reconstruir a biografia, adotando uma nova identidade (RICE, 1998). Os convertidos elaboram seus discursos de descoberta da fé e testemunham aos outros fiéis. Os relatos da conversão são públicos, contados para outros fiéis em relações de igualdade, sem hierarquia como havia na relação entre padres e fiéis (YOUNG, 2002). Esses relatos vão formar as práticas testemunhais dos movimentos sociais.

Os relatos no espaço público geram uma dinâmica de contágio. Muitos movimentos sociais acabam disseminando campanhas online testemunhais, onde outros indivíduos são estimulados a também contarem suas experiências (VAZ; SANTOS; ANDRADE, 2014). São campanhas como “Chega de Fiu Fiu”, “#MeuPrimeiroAssédio”, “#MeuAmigoSecreto”, “Ah, branco, dá um tempo!”, “#ITooAmHarvard” e “It Gets Better” que viralizaram no cenário nacional e internacional e tinham como intuito denunciar racismo, machismo e homofobia e xenofobia. Os indivíduos, ao ouvirem os testemunhos dos outros, podem reavaliar seu passado e adotar um novo sistema causal, podendo descobrir, ou não, algo novo sobre o seu passado, e assim compartilham suas descobertas de si no espaço público, hoje bastante caracterizado pelas redes sociais, para que mais pessoas se reconheçam como vítimas e lutem contra isso. É essa nova dinâmica testemunhal que permite o surgimento da denúncia de preconceito.

O testemunho é a forma de discurso autobiográfico contemporâneo. Derivou das práticas confessionais modernas, baseadas na fé católica. Antes se confessava para o padre, a figura de autoridade, mas com a crise do poder pastoral e a passagem para o testemunho, as práticas de contar sobre si passam a ser em igualdade entre os interlocutores. Antes estava restrito ao ambiente privado do confessor, e hoje o testemunho ocorre no espaço público, apresentando ainda dimensão terapêutica em se libertar e falar sobre si para os outros (VAZ, 2014).

4.3 PSICOFOBIA – SEU PRECONCEITO CAUSA SOFRIMENTO

Como já mencionado, a campanha da Associação Brasileira de Psiquiatria foi lançada em razão do dia nacional de enfrentamento à psicofobia, comemorado em 12 de abril. A campanha tem o intuito de conscientizar a população de que os transtornos mentais existem e os portadores são alvo de preconceito. Os vídeos são curtos de duração, o menor tem 50 segundos e o maior, um minuto e 32 segundos. A composição é feita com uma pessoa em foco e frontalmente iluminada com um fundo preto, dando uma dimensão bastante dramática para os relatos. Em alguns vídeos aparecem frases ou palavras enquanto o relato é contado, mas a atenção do vídeo é totalmente direcionada para o que está sendo dito. Todos os vídeos foram lançados já com a legenda do que os indivíduos estão falando, para que a campanha fosse o mais inclusiva possível.

A abordagem utilizada nos vídeos é a afirmação constante de que tanto os transtornos mentais, quanto a psicofobia, existem. É curioso pensar em como é necessária a afirmação de

que o transtorno mental exista em uma sociedade onde a cada ano o número de diagnósticos só aumenta.

A ABP lançou cinco vídeos com relatos de vítimas de psicofobia, alguns contados por atores enquanto outros são relatos autorais. O primeiro vídeo¹² é representado por um ator, e frases classificadas como psicofóbicas são contadas por ele. Aparecem frases como “Cara, é difícil conviver com você. Cada hora você tá de um jeito!”, “Depressão não é doença. É preguiça.” e “Você tá exagerando...”. São frases que tentam deslegitimar tanto o sofrimento psíquico quanto a psicofobia. É um padrão que se repete nos vídeos seguintes.

O segundo vídeo¹³ já é um relato autoral, Fernanda conta sua experiência com a depressão na adolescência. Assim como no vídeo anterior, o relato é sobre a deslegitimação do transtorno mental, “o que eu ouvia mais é que era apenas uma preguiça ou uma fase na adolescência”. Neste relato ela reitera a importância de procurar ajuda médica, porque segundo ela, a depressão não é uma fase, é um problema que possui solução, mas a solução necessita da ajuda médica.

No terceiro vídeo¹⁴ um ator fala frases psicofóbicas que costumam ser direcionadas a determinados transtornos. Em depressão, por exemplo, ele fala “Levanta dessa cama, toma um banho, vai à luta! Ânimo!” que pode não ser considerado uma ofensa em determinadas situações, mas neste caso, se torna negativo aos olhos do alvo, porque anularia o sofrimento dele com uma solução simples como levantar da cama e tomar banho. A definição de micro-insulto de Sue e colaboradores (2007) se encaixa nesse cenário: a pessoa que pronuncia essa frase pode não ter intenções de ofender o sofrido, mas a frase é percebida como preconceito, e é tão percebida como que acaba por fazer parte de uma campanha de conscientização. Outro exemplo seria a frase “Qual o sentido de você ter medo de morrer a qualquer momento?” dita em relação ao Transtorno de Pânico. Nesta há a intenção de realmente anular o transtorno, questionando seus sintomas, existe uma certa antipatia e ataque direcionado, podendo ser classificada como microataque.

O quarto vídeo¹⁵ também é composto de relatos ditos por um ator e são sobre transtornos específicos. Esse é o único vídeo em que o ator é uma criança, então o conteúdo das frases é remetido à infância. Para o Transtorno de Hiperatividade e Distúrbio de Atenção (TDAH) são ditas frases como “Você não para quieto!” e “Vou te botar de castigo, hein!”. É muito interessante perceber como esse tipo de frase é considerado preconceito, porque são

¹² Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=k5sdMYSCnik> Acesso em 19 out. 2018.

¹³ Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=24ewB3lkMZg> Acesso em 19 out. 2018.

¹⁴ Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=e4Z2MjSXU7k> Acesso em 19 out. 2018.

¹⁵ Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=loN1180-g6g> Acesso em 19 out. 2018.

frases passíveis de serem ditas a qualquer criança, não necessariamente uma criança que sofra de hiperatividade, já que temos em mente que crianças naturalmente apresentam comportamentos mais agitados e voltados para as brincadeiras infantis. Sobre Transtorno Alimentar, é dito “Esse menino ta comendo demais. Ele é um guloso!” em que, no contexto do transtorno, a frase realmente pode ser um microataque ao tentar diminuir a doença da criança, mas fora desse contexto também seria uma afirmação comum e passível de ser dita a qualquer pessoa. Se a frase for dita por alguém que saiba da condição da criança, é um microataque. Mas se a pessoa que perpetra não souber, é um microinsulto, porque será ofensivo para o alvo mesmo que o perpetrador não tenha intenções negativas, em situações em que a frase poderia ser dita em tom de brincadeira, por exemplo.

O quinto e último vídeo¹⁶ é outro relato autoral, nele Eduardo conta sua experiência de ter crescido com TDAH e como o transtorno sempre foi um obstáculo a ser superado na sua vida e na sua carreira como ator. Ele conta que sua família dizia “esse aí não vai dar em nada” quando ele era criança, e como isso foi um problema para ele. Nesse caso o preconceito é claro, não se trata de uma microagressão, a atitude hostil e negativa para com a criança fica clara, não precisando ser somente percebida aos olhos do alvo.

A relevância de entender as modificações sofridas pelo preconceito e pela denúncia de preconceito se mostra imprescindível nesse cenário das novas colocações de preconceito, 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. O que Allport (1995) propôs como preconceito não daria conta de explicar o cenário atual, porque esse preconceito não é uma hostilidade física ou verbal, ele é muito mais sutil e implícito. O conceito de microinvalidação não apareceu na análise porque ele trata de comportamentos, mas imagino que se realizássemos uma entrevista com sofrendores de transtornos mentais, tal conceito apareceria nas descrições como pessoas que são evitadas por seus transtornos ou tem vivências anuladas por apresentá-los.

Retornando ao que Ehrenberg (2010) chamou de gramática da vida interior, se referindo ao papel da mídia na construção do pensamento sobre si, tal conceito não inclui somente o ensinamento sobre se reconhecer como doente, mas também como se reconhecer como vítima

¹⁶ Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=OSa6SxFLsKA> Acesso em 19 out. 2018.

de preconceito. Como o preconceito percebido aos olhos da vítima acaba sendo muito subjetivo e pessoal, é necessário ensinar para a sociedade o que é o preconceito, o que está enraizado na cultura que pode ser ofensivo e que deve ser desconstruído. A própria dinâmica da denúncia de preconceito é estimulada, convidando os indivíduos a também compartilharem suas experiências para que esse processo de reconhecimento do preconceito atinja mais pessoas e ganhe dimensões mais democráticas, tornando esse reconhecimento mais fácil para outros.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A passagem do desvio para o sofrimento marcou um novo momento no modo de conceber e lidar com a doença. Os avanços da psiquiatria nas formas de diagnóstico e tratamento dos transtornos psíquicos mudou a experiência contemporânea de sofrimento e de preconceito. E a nova forma de autobiografia, o testemunho, mudou a percepção de si mesmo e do mundo ao redor, permitindo o surgimento das denúncias de preconceito no espaço público.

O preconceito atual passou por muitas mudanças desde que Allport (1995) iniciou a conceituação neste campo. Ideias como o preconceito positivo são praticamente impossíveis de serem aceitas no cenário atual. Pensando nos atuais movimentos sociais, é muito difícil acreditar que tal ideia seria aceita, que seja permitido ser preconceituoso se isso favorecer alguém. Na prática, nem o preconceito positivo às mulheres é bem visto: o estereótipo da mulher delicada e feminina, que Eagly e Diekman (2005) alegam não ser danoso para as mulheres, é constantemente desconstruído pelo movimento feminista atual por colocar a mulher numa posição fragilizada e que precisaria de proteção. Assim como reafirma padrões sociais em que a mulher deve ser feminina e delicada.

A antipatia e hostilidade ainda figuram o preconceito atual. Somos noticiados constantemente de casos de racismo e xenofobia ocorrendo no Brasil para sabermos disso. Mas hoje, o preconceito vai muito além. Hoje as pessoas possuem mais informação e mais espaço para denunciarem aquilo que as atingem. O aumento das denúncias de preconceito não significa que houve um aumento no número de preconceituosos, mas sim que agora é possível que as pessoas se reconheçam como vítima e possam revogar seus direitos. Embora a posição de vítima ainda seja um privilégio para poucos, as campanhas de conscientização e os movimentos de minoria se esforçam para mudar esse cenário. Ainda que as hipóteses mencionem que se conceber doente e vítima possua interesses econômicos maiores envolvidos, esse reconhecimento não é sempre algo negativo, ele permite que os indivíduos construam sua identidade e se conectem com semelhantes.

A psicofobia, ainda que seja uma nova e pequena colocação do preconceito, nos permite ver de forma clara as mudanças pela qual a subjetividade passou nos últimos tempos. No que tange à campanha selecionada, foi possível notar o grande esforço que ainda é necessário fazer para que se reconheça a legitimidade do transtorno mental. Isso se torna mais simbólico ainda se pensarmos que foi uma campanha produzida por psiquiatras. Os próprios médicos estão precisando afirmar que a doença é real e que possui uma solução, mas somente com o tratamento.

A maioria dos relatos que a campanha traz como sendo preconceituosos são frases que buscam normalizar comportamentos considerados sintomas. E o que a campanha faz é afirmar que essa normalização, na verdade, é preconceito e que o sofrimento é legítimo. Como a sociedade contemporânea transformou o preconceituoso em uma monstruosidade, esse discurso acaba sendo naturalizado, e a normalidade permanece no lugar do sintoma. O mero questionamento se tal sintoma é realmente um sintoma é considerado preconceito, pois colocaria em questão o sofrimento alheio.

Os conceitos de microagressões são essenciais para pensarmos as novas faces do preconceito contemporâneo. Como o alvo passou a ser quem determina o que é ou não preconceito. É interessante pensar até nas implicações legais, como Harayama (2015) apresenta, existe o projeto de lei nº 2.002, de 2015 do deputado federal pelo Paraná, Luciano Ducci, que pretende acrescentar a psicofobia à Lei nº 7.716, de 5 de janeiro de 1989, que define os crimes resultantes de preconceito de raça ou de cor (BRASIL, 2015). O que classificaria o crime de psicofobia se o preconceito é na maioria das vezes percebido apenas ao olhar do alvo? A vítima seria incontestável?

As campanhas de conscientização constituem a gramática da vida interior ao mesmo tempo em que ensinam o que é o transtorno mental e o que é o preconceito. As mudanças que ocorrem na conceituação do preconceito faz com que seja necessário o surgimento dessas campanhas, para que as pessoas sejam ensinadas sobre o que é o sofrimento experimentado na cotidianidade.

A própria plataforma do YouTube, onde os vídeos foram inicialmente veiculados, permite uma interação entre sujeitos nos comentários dos vídeos. Como a campanha recebeu apoio oficial do Twitter e foi divulgada no Facebook pela página oficial da ABP e por diversas páginas que abordam o assunto, a campanha permitiu uma série de debates que são possíveis graças às redes sociais. Após o lançamento da campanha em abril, uma série de outros vídeos, feito por canais específicos de saúde mental, ou por pessoas que simplesmente se identificaram como sofredoras, emergiram no YouTube. São vídeos que ensinam o que é a psicofobia, e como é importante o seu reconhecimento para que os portadores de transtornos mentais não sofram mais com tamanho preconceito. Também apresentam a mobilização em instruir as pessoas a não se calarem diante do preconceito, visto que o sofrimento psíquico é normal e pode acometer qualquer um, mas a intolerância não deve ser normalizada.

Este é um tema que permite muitas interpretações e que precisam ser pensadas com cuidado por se tratar de um assunto delicado. Ele permite acompanhar as mudanças na produ-

ção de subjetividade ao mesmo tempo em que possibilita um questionamento sobre as novas produções de verdade. Acredito que ainda irá acrescentar considerável material para futuras pesquisas, com novos questionamentos e percepções.

Este trabalho não tem a pretensão de ser conclusivo sobre as definições contemporâneas de preconceito e de psicofobia. A intenção é reconhecer a mudança sofrida e pensar como ela influi no processo de construção da subjetividade contemporânea. Por ser um tema que carece de análises mais profundas sobre o assunto, este trabalho tenta trazer à tona alguns pontos de vista, e suscitar novas reflexões e contribuições para o estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

BRASIL. **Projeto de Lei nº. 2.002, de 2015**. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/1357340.pdf>> Acesso em 10 nov. 2018.

CANDIOTTO, Cesar. Subjetividade e Verdade no Último Foucault. **Trans/Form/Ação**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 87-103, 2008.

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

EHRENBERG, Alain. La plainte sans fin. Réflexions sur le couple souffrance psychique/santé mentale. **Cahiers de recherche sociologique**, Quebec, n. 41-42, p. 17-41, 2005.

_____. **The Weariness of the Self: Diagnosing the History of Depression in the Contemporary Age**. Quebec: McGill-Queen's University Press, 2010.

FAINZANG, Sylvie. The Other Side of Medicalization: Self-Medicalization and Self-Medication. **Culture, Medicine, and Psychiatry**, Berlim, v. 37, n. 3, p. 488–504, set. 2013.

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

_____. **História da Sexualidade I: A vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1988

_____. **Microfísica do poder**. 5. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2017.

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

FRANCES, Allen. **Saving Normal: An Insider's Revolt against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life**. 1. ed. Nova Iorque: William Morrow Paperbacks, 2013.

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

HARAYAMA, Rui Massato. Psicofobia: Pequena história da associação entre associações científicas e a indústria farmacêutica. In: **IV Seminário Internacional "A educação medicalizada: desver o mundo, perturbar os sentidos"**. Salvador, 1 a 4 set. 2015.

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

MOYNIHAN, Ray; CASSELS, Alan. **Selling Sickness: How drug companies are turning us all into patients**. 1. ed. Sydney: Allen & Unwin, 2005.

PEREIRA, Luciano Formentin; GOMES, Karin Martins. O olhar do paciente do CAPSII sobre a psicofobia. **Revista de Extensão UNESC**, Espírito Santo, v. 2, n.1, 2017.

PHELAN, Jo; LINK, Bruce; DOVIDIO, John. Estigma e preconceito: um animal ou dois? In: MONTEIRO, Simone; VILLELA, Wilza. **Estigma e Saúde** [livro eletrônico]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013.

RICE, John Steadman. **A Disease of One's Own: Psychotherapy, Addiction, and the Emergence of Co-Dependency**. Nova Brunsvique: Transaction Publishers, 1998.

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

SARTI, Cynthia. A Vítima Como Figura Contemporânea. **Caderno CRH**, Salvador, v. 24, n. 61, p. 51-61, 2011.

SUE, Derald Wing; CAPODILUPO, Christina M.; TORINO, Gina C.; BUCCERI, Jennifer M.; HOLDER, Aisha M. B.; NADAL, Kevin L.; ESQUILIN, Marta. 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, Paulo. A vida feliz das vítimas. In: FREIRE FILHO, João. **Ser Feliz Hoje: reflexões sobre o imperativo da felicidade**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010.

_____. 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.

VAZ, Paulo; SANTOS, Amanda; ANDRADE, Pedro Henrique. Testemunho e Subjetividade Contemporânea: narrativas de vítimas de estupro e a construção social da inocência. **Revista Lumina**, Juiz de Fora, v. 8, n. 2, p. 1-33, 2014.

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

WATTERS, Ethan. **Crazy Like Us: The Globalization of the American Psyche**. Nova Iorque: Free Press, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates**. Geneva: World Health Organization Document Production Services, 2017.

_____. Gaming disorder. In: **ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (ICD-11 MMS) 2018 version: Version for preparing implementation**. [Browser de busca para as doenças no CID-11] 2018. Disponível em: <<https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1448597234>> Acesso em: 05 nov. 2018.

Vídeos

TEASER. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=q3-XvvIxDKo>> Acesso em 19 out. 2018.

VÍDEO 1. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=k5sdMYSCnik>> Acesso em 19 out. 2018.

VÍDEO 2. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=24ewB3lkMZg>> Acesso em 19 out. 2018.

VÍDEO 3. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=e4Z2MjSXU7k>> Acesso em 19 out. 2018.

VÍDEO 4. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=loN1180-g6g>> Acesso em 19 out. 2018.

VÍDEO 5. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=OSa6SxFLsKA> Acesso em 19 out. 2018.

ANEXOS

I – Texto dos vídeos da campanha “Psicofobia – Seu preconceito causa sofrimento”

Vídeo teaser: Ator chorando enquanto as frases vão sendo ditas. 34 segundos.

“Teu medo não faz sentido!”; “Eu não tenho tempo pra ter depressão”; “Isso é frescura”; “É coisa de gente mimada”; “Eu não confio em você porque você esquece tudo”

- É isso que eu ouço...

“12 de abril: Dia nacional de enfrentamento à psicofobia. Lançamento oficial da campanha ABP 2018: dia 16 de abril.”

Vídeo #1: Ator falando frases de psicofobia enquanto periodicamente aparecem mensagens de identificação na tela. 56 segundos.

[Pessoas com Transtornos Mentais ouvem absurdos]

- Eu vou te contar os meus problemas pra você ver o que é depressão.

“Cara, é difícil conviver com você. Cada hora você tá de um jeito!”

[Todos os dias]

“Não dá pra viver com as suas maluquices! Não dá!”

“Depressão não é doença. É preguiça.”

“Cara, ficar assim não vai ajudar em nada! Vai arrumar uma namorada!”

“Você tá exagerando...”

“Quem ter esquizofrenia é maluco!”

“Transtorno de Ansiedade, pra mim, é falta de exercício físico.”

[E você?]

“Ah... você tem TDAH? Então você é burro, né?”

[Já ouviu?]

- Eu só queria ter nascido sem TDAH

“Meu nome é Pedro, eu sou publicitário e essas histórias são reais. Elas acontecem todos os dias em todo lugar. Psicofobia existe.”

Vídeo #2: Fernanda narra o que de fato aconteceu com ela. 1:18 minutos

- Eu tive depressão na adolescência, ninguém sabia o que era. Meus pais não sabiam como me ajudar. O que eu ouvia mais é que era apenas uma preguiça ou uma fase na adolescência. A depressão é como se fosse uma nuvem que cobrisse os seus olhos e você não conseguisse enxergar mais nada à sua frente. Quando eu comecei a fazer o tratamento essas nuvens pesadas e escuras começaram a se dissipar e alguns caminhos foram abertos na minha frente. E aí eu pude entender de fato o que eu tive. Que não era preguiça, não era bobagem. Não é ruim você pedir ajuda quando você precisar. Não é fracasso você pedir auxílio a alguém. Você não é louco se você procurar auxílio médico. Procure! Se trate! Porque tem solução, você consegue sair dessa. Mas com ajuda!

Meu nome é Fernanda e eu sou atriz. Essa história aconteceu comigo, é real. Tal qual aconteceu comigo, pode acontecer com qualquer pessoa todos os dias em qualquer lugar.

Vídeo #3: Aparece na tela o nome do transtorno enquanto o ator fala frases de psicofobia dirigida a tais transtornos (agrupei as frases de acordo com cada transtorno, mas no vídeo estão fora de ordem). 1:32 minutos.

Depressão: “Levanta dessa cama, toma um banho, vai à luta! Ânimo!”

“Eu não tenho tempo para depressão”

“Levanta! Ânimo!”

Transtorno de Pânico: “Qual o sentido de você ter medo de morrer a qualquer momento?”

“Tem um dia que você acorda com medo e não levanta da cama... É isso?”

“De repente no meio da rua tudo fica estranho? E é isso? Assim? Não vai mais atravessar a rua!”

“Vira uma ‘chavezinha’ e *tloc* Travei! Travei!”

Transtorno Bipolar: “Confia nele não porque ele é bipolar!”

Transtorno de Ansiedade: “Todo mundo tem ansiedade! Isso aí é exagero seu.”

“Gastar energia! Gasta essa energia! E aí tu relaxa depois.”

Esquizofrenia: “É falta de religião.”

TDAH: “Você tirou uma nota boa na prova?! Eu não tirei uma nota boa na prova, como é que você tirou uma nota boa na prova?!”

“É isso que eu ouço.”

- Meu nome é João Lucas, eu sou ator. Mas as histórias são reais e acontecem todos os dias e em todo lugar. Psicofobia existe. Vamos combater a Psicofobia.

Vídeo #4: Aparece na tela o nome do transtorno enquanto o ator fala frases de psicofobia dirigida a tais transtornos (agrupei as frases de acordo com cada transtorno, mas no vídeo estão fora de ordem). 1:12 minutos.

[Pessoas com Transtornos Mentais ouvem absurdos que deixam marcas pra toda a vida.]

TDAH: “Já falei mil vezes que não é assim que se faz.”

“Você não para quieto!”

“Vou te botar de castigo, hein!”

Transtorno Alimentar: “Esse menino ta comendo demais. Ele é um guloso!”

Autismo: “Não quer ter amigos? Então fica aí sozinho.”

Transtorno de Ansiedade: “A professora falou pra eu parar de besteira porque era só uma prova.”

Não nomeados: “Você é um preguiçoso.”

“Minha mãe disse que você não vai mais na minha casa porque você é estranho.”

[Mas o que essas pessoas tem a dizer?]

“Eu me sinto melhor quando falo sobre os meus sentimentos.”

“Eu posso ser o que eu quiser quando crescer.”

“Eu quero ser piloto de avião”

“Eu queria ser convidado para ir nas festas.”

“Ser chamado para brincar.”

“Ninguém me chama para jogar futebol.”

“No dia do meu aniversário ninguém foi na minha festinha.”

“Sempre que eu fico triste eu falo com meus pais e eles me ajudam.”

- Meu nome é Zaion Salomão e eu sou ator. Mas as histórias são reais e acontecem com várias crianças. Psicofobia existe.

Vídeo #5: Eduardo narra o que de fato aconteceu com ele. 50 segundos.

- Eu me chamo Eduardo Fraga, tenho 31 anos, sou ator de teatro e tenho diagnóstico de TDAH. Isso sempre foi um problema desde criança porque a minha família olhava pra mim e falava: “esse aí não vai dar em nada”. E o fato de ter TDAH atrapalha muito a minha profissão! É uma luta! Imagina ter que pegar um texto enorme e descobrir que você tem que decorar quarenta, cinquenta páginas. Mas nem por isso eu sou uma pessoa má sucedida. É uma luta! Bate depressão, bate tristeza, mas é uma coisa que tem que fazer. Eu luto muito mais do que meus amigos pra decorar o texto. Mas eu faço. O TDAH não impede a minha profissão, não impede que a minha carreira funcione. E de burro... eu não tenho nada.