

Por uma clínica social e política: saúde mental e psicoterapia em perspectivas micro e macrossocial

For a social and political clinic: mental health and psychotherapy from micro and macrosocial perspectives

Paula Romite , Emerson Fernando Rasera 

Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais.

Esta entrevista foi conduzida com Emerson Fernando Rasera, psicólogo, mestre e doutor em Psicologia pela Universidade de São Paulo (USP), com pós-doutorado pela University of New Hampshire (EUA). Atualmente é professor na graduação e pós-graduação do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia (MG), atuando principalmente nos temas: construcionismo social, processo grupal, saúde coletiva e sexualidade. É autor e coautor de diversos artigos científicos e livros, sendo citado nessa entrevista o livro 'Praticando a terapia como construção social' (2024), publicado em colaboração com Sheila McNamee e Pedro Martins.

No diálogo que decorreu por meio desta entrevista, abordou-se a perspectiva construcionista social acerca da saúde mental e da psicoterapia clínica, promovendo um debate crítico acerca do papel do (a) psicólogo (a) e sua interseção nos contextos micro e macrossocial, incitando possibilidades de ativismo deste profissional. Essa entrevista com Emerson Rasera ocorreu de forma on-line em junho de 2025, com transcrição posterior, sendo ajustada para a versão atual, que foi consentida pelos autores para publicação.

Paula Romite: Como compreendemos o conceito de saúde mental a partir da perspectiva do construcionismo social?

Emerson Rasera: Para pensarmos nessa pergunta, é importante entender um pouco o que é construcionismo social. Como diria Kenneth Gergen, o construcionismo social é uma perspectiva em ciências humanas que está interessada em compreender os processos por meio dos quais as pessoas dão sentido ao mundo e a si mesmas. O nosso foco é nos processos de produção de sentido, o qual compreendemos a partir de uma perspectiva social e histórica de construção dos sistemas de significação. O sentido que damos à nossa vida, à nossa sociedade, aos acontecimentos, depende sempre do contexto social e histórico no qual estamos inseridos. Esta é a visão geral do construcionismo social, uma perspectiva utilizada em diferentes disciplinas, em relação a diferentes objetos, questões e práticas.

No caso da pergunta que você traz, como pensamos saúde mental a partir do construcionismo social? Neste sentido, construcionistas se interessam em compreender como as pessoas entendem o que é saúde, o que é doença, o que é sofrimento, o que é desgaste, o que é cansaço, ou seja, os discursos disponíveis socialmente. Ou seja, não trabalhamos em uma perspectiva a priori do que é saúde, do que é doença, a partir de uma definição universal, mas sim de uma perspectiva contextualizada social e historicamente.

Desse modo, quando assumimos essa perspectiva plural, reconhecemos a validade dos diferentes discursos sobre saúde para determinadas comunidades. Por exemplo, temos o discurso biomédico, que é reproduzido pelas profissões de saúde em geral, que tem um modo de funcionamento próprio. Igualmente, reconhecemos os discursos sobre saúde que são expressos pelas diferentes populações, que têm conhecimentos e saberes relacionados ao cuidado de si, do outro, do ambiente, do contexto no qual elas estão inseridas. Da mesma forma, reconhecemos que há discursos religiosos envolvidos nas questões de saúde, no entendimento sobre o sofrimento humano. Assim, compreendemos que não há um único discurso válido, e estamos interessados em entender como esses discursos e sentidos sobre saúde são construídos.

E daí, o que seria saúde mental? Saúde mental tem a ver com o que as pessoas entendem por saúde mental. Na prática clínica, construcionistas sociais não trabalham com a lógica biomédica, portanto, não se orientam pela ideia de diagnóstico-tratamento-cura. Trata-se de uma perspectiva mais ampla, focada em construir junto com o sujeito formas de cuidar da vida, e não focada em “tratar uma doença”.

Paula Romite: Por que construcionistas sociais não se orientam a partir de diagnósticos na prática clínica?

Emerson Raser: Construcionistas sociais buscam, de alguma forma, assumir uma perspectiva crítica em relação à hegemonia de determinados discursos. Porque, tipicamente, o que acontece é que, na sociedade ocidental, o discurso biomédico acaba organizando o nosso pensamento sobre saúde e gerando uma desqualificação dos outros sentidos.

O construcionismo social adota uma postura crítica, questionando o processo de psicopatologização da experiência dos indivíduos, exatamente por pensar que isso vai empobrecendo a vida, limitando os sentidos possíveis das experiências. Essa psicopatologização transforma qualquer sofrimento, qualquer desconforto em sintoma característico de um diagnóstico. Assim, a tristeza se transforma em depressão, a agitação em ansiedade, resultando em uma maneira limitante de olhar para a vida e suas possibilidades.

Não estou dizendo aqui que alguns diagnósticos não podem ser importantes para as pessoas, pois às vezes elas encontram conforto ao serem diagnosticadas de alguma forma. Tipicamente, isso ocorre no sentido de que as pessoas estavam com dificuldades em entender o que acontecia com elas, muitas vezes se sentindo responsabilizadas e culpadas, e quando recebem um diagnóstico, entendem que não se trata de uma questão individual e de culpa.

Por outro lado, ficar excessivamente orientado pelo diagnóstico, como eu disse, acaba por empobrecer a vida social. Além disso, os diagnósticos tornam-se uma profecia autorrealizadora, porque as pessoas começam a pensar: “ah, sou assim, ele ou ela é assim porque possui tal diagnóstico”, gerando expectativas limitantes sobre o que a pessoa pode ser, que se reproduzem no seu modo de agir com os outros e de fazer planos para a vida, reafirmando o diagnóstico.

Igualmente, do mesmo jeito que compreendemos que existe um jeito de entender saúde, privilegiamos um jeito de cuidar da saúde. Nesse sentido, se adotamos uma perspectiva mais objetivista, biologizante, provavelmente o modo de tratamento também será individualista e biologizante. E quem ganha com isso? Tipicamente, são as indústrias farmacêuticas. Ao adotarmos uma perspectiva crítica sobre os diagnósticos, estamos respondendo a uma questão ética sobre quem ganha e quem perde com eles.

Então, é necessário trabalhar com a pluralidade de conceitos sobre ‘saúde mental’ na prática profissional. Em uma perspectiva construcionista social, consideramos os processos socio-históricos de produção de sentidos sobre saúde mental; adotamos uma reflexão crítica sobre as implicações desses discursos no nosso contexto e buscamos formas de trabalhar junto às pessoas, visando a reautoria em relação à sua própria história, à resignificação do seu sofrimento e à coconstrução de outras narrativas de vida preferíveis.

Paula Romite: Adentrando no campo de atuação de um (a) psicólogo (a) clínico (a) que adota esta perspectiva construcionista social, como que é possível trabalhar com essa pluralidade de discursos junto aos indivíduos, casais e famílias, os quais, na maioria das vezes, adota essa perspectiva de discurso

biomédico como o principal, buscando um processo psicoterapêutico de diagnóstico, tratamento e cura?

Emerson Raser: Vivemos em uma sociedade atravessada por discursos do adoecimento, e isso influencia o modo como as pessoas entendem o que está acontecendo com elas. Kenneth Gergen fez uma análise de como se proliferou esse discurso do adoecimento no último século, descrevendo uma “cultura do déficit”. Segundo ele, na primeira versão do DSM, na década de 1950, havia aproximadamente 60 transtornos identificados. Hoje, passados mais de 70 anos, a gente tem mais de 300. Então, o que acontece? As ciências psi produzem esses conhecimentos, os quais são divulgados pelos meios de comunicação, e as pessoas vão aprendendo esses vocabulários e vão se utilizando deles para dar sentido à sua experiência. Então, as pessoas, começam a sentir desconfortos, incômodos e querem entender o que é, querem nomear e dar um sentido a isto. Assim, ao conversar com outras pessoas, ao acessar diferentes mídias, ao ouvir entrevistas de especialistas, elas concluem: “ah, é isso que eu tenho!”. E assim, as pessoas começam a utilizar esse vocabulário diagnóstico no cotidiano.

Curiosamente, muitas pessoas que utilizam esse vocabulário diagnóstico não passaram por uma avaliação diagnóstica propriamente dita. Assim, é importante não tomar como dado que a pessoa foi diagnosticada e que ela precisa de um tratamento específico. Eu tive uma experiência uma vez na universidade, em uma supervisão de estágio de terapia de grupo, e estávamos na etapa inicial de composição do grupo. A prática na clínica escola era seguir a lista de espera dos pacientes inscritos para psicoterapia. Os estagiários foram analisar a lista de espera e viram que os próximos pacientes possuíam como queixa a “depressão”. E então meus alunos me questionaram: “Mas professor, vamos fazer um grupo só com pessoas com depressão, como vai ser isto?”. Eu disse: “Vamos conversar com elas para ver o que está acontecendo”. E, então, a partir do primeiro diálogo com os pacientes, os estagiários perceberam que as queixas na realidade eram muito mais complexas e amplas. Porém, as pessoas utilizavam-se desse vocabulário diagnóstico de uma maneira cotidiana, vamos dizer assim.

Corremos alto risco de gerar muitos mal-entendidos quando compreendemos rapidamente o que o outro está dizendo. É sempre necessário calma e prudência, no sentido de tentar compreender junto com o outro, ao que este se refere com seu discurso. É necessário que o psicólogo clínico ouça o outro, lembrando que esse discurso psicopatologizante está presente na nossa sociedade e as ciências psicológicas têm contribuído para isso. Acredito que cabe fazer aqui uma autocrítica de como nós, das ciências psi, contribuimos para a patologização da experiência por meio de tal difusão, em que as pessoas empobrecem a experiência e acabam repetindo de forma inadvertida o que seriam esses diagnósticos.

Quando a pessoa possui um diagnóstico propriamente dito, o (a) psicólogo (a) clínico (a) deve convidar o paciente a uma reflexão, a entender o que significa para ela receber esse diagnóstico. Para alguns, o diagnóstico gera alívio; para outros, gera ainda mais preocupações. E é claro, dependendo do diagnóstico, as implicações podem ser distintas. A proposta de nos interessarmos em saber mais, para os construcionistas sociais, é adotar uma “postura de não saber”, que significa se colocar numa posição de ser informado pelo outro. Enquanto psicólogos (as), temos nossos estudos, as nossas experiências, e a partir delas, damos sentido às coisas, mas temos de tomar cuidado para que os nossos sentidos não se sobreponham ao dos nossos clientes. Ou seja, é preciso assumir essa “postura de não saber” com um olhar de curiosidade genuína, ao perguntar ao outro: Qual o sentido do diagnóstico para ela? Como é a vida com o diagnóstico? Quais são as vozes que estão ali presentes? As vozes da televisão, da mídia social, dos especialistas, de membros da família, de colegas de trabalho? Como está o diálogo dessa pessoa com todas essas vozes em relação a esse diagnóstico específico?

Então, construcionistas sociais, no trabalho psicoterapêutico, não se pautam em categorias diagnósticas. Trabalhamos com a ideia de que problema é o que as pessoas chamam de problema. O diagnóstico como tradicionalmente entendido em saúde mental não é fundamental para o trabalho do (a) terapeuta construcionista. Contudo, isso não

significa que não conversaremos sobre diagnóstico com nossos clientes. Podemos inclusive, se isso é desejo e faz parte das questões do cliente, conversar sobre diagnóstico, tentando entender como é isso para esse cliente e não pressupondo determinados entendimentos.

Agora, quando você pergunta sobre a psicoterapia de família e a questão dos diagnósticos. Eu entendo que quem trabalha com grupo, casal ou família tem um aspecto facilitador em relação aos múltiplos sentidos dos diagnósticos, que decorre exatamente do fato de terem várias pessoas envolvidas na conversa e elas poderem ter opiniões distintas. A ideia é sempre explorarmos quais são os sentidos e as narrativas que orientam o entendimento de cada uma das pessoas envolvidas no grupo e na família. O fato dessas opiniões, perspectivas, pontos de vista distintos aparecerem no diálogo, já ajuda a combater a hegemonia de determinados discursos. E então, nosso trabalho é exatamente ajudar as pessoas a pensarem que o diagnóstico pode ser vivido de diferentes maneiras, e cabe às pessoas refletirem sobre como querem viver, abrindo espaço para múltiplas possibilidades. Então, é essencial analisar junto com eles os prós e contras, as expectativas geradas e como lidar com isso.

Lembrando que essa perspectiva construcionista vai se interessar também pelos movimentos de resistência às categorias diagnósticas. Esses movimentos, que estão dentro da clínica e para além dela, vão propor outros modos de entender os diagnósticos. Cito como exemplo uma experiência muito interessante de um movimento social chamado “Ouvidores de vozes”, composto por profissionais das ciências psi e usuários dos serviços de saúde mental que buscam redefinir o que o discurso biométrico chama de alucinação auditiva. Tipicamente, pensa-se a alucinação auditiva como um sintoma e que deve ser eliminado. O que o movimento dos “Ouvidores de vozes” tem feito é, inicialmente, alterar o vocabulário, e assim, ao invés de chamar “alucinação auditiva”, eles falam de “ouvir vozes”. A partir disso, eles vão começar a questionar como as vozes funcionam, como as vozes podem atrapalhar, como podem ajudar, e propõem então conversações com as vozes. Eles

passam a analisar a relação dos clientes com as vozes, a pensar como lidar com determinadas vozes negativas e como se apoiar em determinadas vozes positivas. Ou seja, é um movimento que apresenta a perspectiva de que ouvir vozes pode fazer parte do cotidiano das pessoas e não precisa ser considerado um sintoma a ser extinguido.

Em termos da prática psicológica em saúde mental, temos outra experiência interessante chamada “Diálogo aberto” que é muito usada em situações envolvendo crises psicóticas, na qual o foco não é no diagnóstico, e sim, na construção de redes sociais por meio das quais as pessoas possam gerar cuidado. O Diálogo aberto propõe que, frente a situações de crise, rapidamente os profissionais organizem reuniões com pessoas da rede daquela pessoa que está em crise e todos juntos vão compartilhando os encaminhamentos. Tal proposta contribui para uma taxa menor de hospitalizações e tenta preservar a autoria da pessoa em relação aos encaminhamentos e aos cuidados de sua própria vida, junto com as pessoas da sua própria rede social. São exemplos de práticas de saúde mental mais socializantes, que compreendem os processos sociais de produção de sentidos sobre o sofrimento humano, refletem criticamente sobre os discursos hegemônicos e suas implicações e propõem formas compartilhadas de cuidado dentro e fora do consultório.

Paula Romite: Nessa perspectiva de atuação do (a) psicólogo (a) na clínica e para além das paredes do consultório, me conecto com o livro “Praticando a Terapia como Construção Social”, do qual você é um dos coautores, junto com a Sheila McNamee e Pedro Martins, e no qual aborda a relação entre os contextos micro e o macrosocial. Nesse sentido, gostaria de saber sobre essa relação e qual é sua implicação para a atuação do (a) psicólogo (a) clínico (a).

Emerson Rasera: Quando você pede para eu falar sobre essa questão do micro e do macrosocial dentro desse contexto que estamos conversando, sobre saúde mental, sobre psicodiagnóstico, temos que ter em mente os processos de produção de sentido. É importante salientar que quando consideramos o processo de produção de sentido, não consideramos a pessoa a partir de uma perspectiva internalista

e individualizante, mas como a linguagem sendo construtora da sua identidade em uma perspectiva social, histórica e relacional. Ou seja, construcionistas sociais observam os relacionamentos, os discursos e tomam o indivíduo como uma construção socio-histórica.

Então, é muito importante que, quando estivermos em um atendimento clínico, nós contextualizarmos a fala do cliente a partir desses discursos mais amplos e mantenhamos uma postura dialógica. Quando falamos da relação entre o micro e o macro significa que, em uma sessão psicoterapêutica, as relações e os sentidos que ocorrem ali no contexto microssocial estão atravessados pelo contexto macrossocial, pois, ressaltando o que já foi dito, produzimos sentido a partir desses discursos socialmente disponíveis que foram historicamente construídos.

Agora, a psicoterapia possui uma origem e história individualizante. Essa relação entre o individual e o social foi sendo mais ou menos revista dependendo da abordagem teórica. Para construcionistas sociais, o micro e o macro estão sempre interconectados, e os discursos presentes na prática psicoterapêutica são sempre pautados por relações de poder, há sempre alguém que ganha e alguém que perde com determinado discurso. Nesse sentido, os construcionistas sociais estão interessados e preocupados com essas relações de poder, com a opressão e com a resistência que ali se encontra.

Historicamente, os (as) psicólogos (as) se interessaram mais pelos aspectos micro do que macro na terapia. Entendo que é importante rever esse desequilíbrio. A preocupação com os aspectos macro se refere ao reconhecimento de como o sofrimento pode estar associado a discursos sociais que limitam as possibilidades de vida das pessoas. Nesse sentido, não se trata o sofrimento de uma paciente mulher, por exemplo, sem considerar sua relação com as condições de gênero da nossa sociedade. Isso não significa que na prática clínica temos de assumir uma postura de psicoeducação junto aos nossos clientes, de ensiná-los o que é machismo, sexismo, racismo, homofobia. O convite é para refletir como esses discursos estão presentes no nosso modo de ouvir o que os clientes trazem e que vão influenciar nas perguntas que

fazemos a eles. Então, se trata aqui, eu diria, de um ativismo dialógico, uma forma de produzir mudança junto com o outro e não uma mudança a despeito do outro. Um ativismo do (a) psicólogo (a) que reconhece as opressões e trabalha junto com o outro nas formas de lidar com essas opressões.

Quando falamos de um ativismo do (a) psicólogo (a) clínico (a), a pergunta que surge é: “É possível mudar o social a partir das práticas clínicas?” Essa pergunta merece um maior investimento por parte dos (as) terapeutas. Inicialmente, entendo que ao assumir uma posição crítica, apostamos na possibilidade de transformar discursos, sendo que, a cada conversa, vamos transformando sentidos que podem reverberar em outras relações.

Também é importante pensar nas possibilidades de politização dessas conversas. Temos na história psi vários exemplos, como o movimento antimanicomial e a reforma psiquiátrica, em que profissionais inseridos nos serviços de saúde mental adotaram uma postura política na produção de outras formas de cuidado. É preciso enfatizar a importância desse compromisso. Se compreendemos que o sofrimento humano tem a ver com determinados discursos sociais, com determinadas condições de vida, nos importa transformar não apenas a narrativa das pessoas individualmente, mas transformar discursos sociais e transformar condições de vida. Os (as) psicólogos (as) clínicos (as) têm um papel fundamental nesse processo.

Alguns autores da chamada “Just Therapy” dizem que os (as) psicólogos (as) clínicos (as) são “termômetros da dor”. Os (as) psicólogos (as) clínicos (as) ouvem as dores das pessoas, e muitas delas têm dores compartilhadas, justamente devido às condições da sociedade em que elas vivem. Então, estes profissionais estão num lugar privilegiado para ecoar essas vozes e criar alternativas para que elas possam ser ouvidas para além do contexto do consultório. Não se trata de compartilhar depoimentos individuais de pacientes, mas questionar discursos e práticas promotoras do sofrimento.

Isso pode implicar ações amplas e variadas. Por exemplo, implicar que um (a) psicólogo (a) clínico (a) participe de debates públicos sobre determinada

questão de saúde; questione o horário de funcionamento dos serviços de saúde; faça seu trabalho de forma articulada com instituições como escolas, empresas, serviços da assistência social ou sistema judiciário; participe de protestos públicos; atue junto a vereadores e deputados para pensar e alterar questões em relação à saúde mental; dê entrevistas para os diferentes meios de comunicação para refletir sobre essas questões; promova a participação social de seus pacientes. Ou seja, há diferentes formas de pensar a transformação dos discursos e práticas por meio de um ativismo mais claro e explícito do (a) psicólogo (a) clínico (a).

Quanto a isso, é importante chamar a atenção de que, muitas vezes, no contexto da clínica se fala sobre uma neutralidade do (a) psicólogo (a), porém, para construcionistas sociais não é possível essa neutralidade, no sentido de que, mesmo que você seja muito cuidadoso com as observações que você faz, com as perguntas que você faz, elas sempre partem de um ponto de vista. E, portanto, temos que assumir, na verdade, uma postura reflexiva sobre como é que estamos participando dessas conversas.

Então, quando falamos de uma prática ativista dentro e fora do consultório, isso é só uma ampliação daquelas conversas do consultório. Ela deve se pautar sempre em uma postura dialógica, de convite ao outro, pois cada paciente vai se envolver com essas situações, essas questões, no seu ritmo e na sua possibilidade. Contudo, a ideia é entender que tudo isso é forma de cuidado, e não apenas uma escuta atenta, generosa, pautada na construção de novos sentidos e novas narrativas.

Essa postura socializante e politizante que estamos conversando se baseia em uma reflexão ética. Não estamos falando aqui de uma ética burocrática, de uma ética tecnicista. Claro que devemos respeitar o nosso código de ética, isso é muito importante, mas estamos falando além, para o compromisso com a sociedade em que vivemos, lembrando que os (as) psicólogos(as) clínicos(as) têm essa responsabilidade. Sabemos que, por vezes, há determinadas culturas terapêuticas que vão prezar por uma postura do terapeuta como neutro, em que nada pode se saber sobre o profissional e em que ele não deve

se posicionar publicamente. Para construcionistas sociais, a perspectiva é distinta, é uma outra forma de trabalhar, é falar de um (a) psicólogo (a) clínico (a) sensível ao mundo e que do mesmo jeito que aposta no cuidado com os seus clientes, aposta também na transformação das condições da sociedade.

Paula Romite: Sinto vontade de deixar um espaço aberto para algumas palavras finais, destinadas aos leitores, psicólogos (as) e outras formações, que realizarão a leitura desta entrevista.

Emerson Rasera: Quero finalizar agradecendo a oportunidade de participar dessa conversa com você. Gostaria de deixar o convite para pensar a questão da saúde mental, os diagnósticos, as relações entre o contexto micro e macrosocial e do ativismo a partir de uma clínica social e política. Ou seja, que reconheça as condições sociais que produzem determinadas formas de adoecimento e saúde, de sofrimento e felicidade. E que nos ajuda a lembrar que cada uma das nossas práticas psi, por mais que em alguns contextos possam parecer que elas sejam relacionadas a indivíduos, na verdade elas sempre são parte e contribuem para uma determinada forma de vida social. Então, o que a gente faz com cada cliente, com cada relação, é produzir uma certa forma de vida social e, sendo assim, essas práticas têm consequências não apenas para pessoas com as quais a gente está em interação, mas para todas as outras pessoas que estão inseridas no contexto que elas e que a gente está vivendo. Espero que sigamos refletindo e que possamos rever nossos currículos, nossas práticas profissionais e nossas instituições. Obrigado!

Paula Romite

Psicóloga e mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Uberlândia - MG.

E-mail: paularomite@gmail.com

Emerson Fernando Rasera

Psicólogo e doutor, professor do curso de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia - MG. *E-mail:* emersonrasera@ufu.br