

CONTRIBUIÇÕES DA ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA DE CARL ROGERS PARA A ESCUTA MÉDICA EM DEMANDAS DE SAÚDE MENTAL

¹ Francisco Romário Silveira, ² José Mikael Regis Monteiro

¹ Psicólogo e Mestrando em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco. E-mail: sou@marear.online

² Médico graduado pela Universidade Federal de Campina Grande, especializando em Psiquiatria e Saúde Mental. E-mail: mklrsgs@gmail.com

RESUMO

Este estudo teórico visou explorar a interface entre psicologia e medicina a partir dos pressupostos da Abordagem Centrada na Pessoa de Carl Rogers com vistas a um apontamento sobre as possibilidades dessa articulação para a melhoria da escuta médica, sobretudo em demandas de Saúde Mental. Discute a possível influência de Rogers no processo de consolidação da Medicina Centrada na Pessoa e do Método Clínico Centrado na Pessoa tal como são concebidos atualmente pela medicina, reflete a polaridade ciência versus pessoa na psicologia e sugere caminhos para a pesquisa e prática no campo humanista da psicologia contemporânea como forma de reocupação ético-política de alguns espaços. Por fim, abre reflexões pouco exploradas no Brasil localizadas no *hífen* entre psicologia e medicina e conclui que uma escuta médica mais humanizada pode ser alcançada através de processos experienciais e não-teóricos, caminho oposto ao feito pela medicina tradicional contemporânea.

Palavras-chave: Abordagem Centrada na Pessoa, Carl Rogers, Método Clínico Centrado na Pessoa, Psicologia Médica, Psicologia e Medicina.

CONTRIBUTIONS OF CARL ROGERS' PERSON-CENTERED APPROACH TO MEDICAL LISTENING IN MENTAL HEALTH CARE

ABSTRACT

This theoretical study aimed to explore the interface between psychology and medicine based on the assumptions of Carl Rogers' Person-Centered Approach, with a view to highlighting the challenges and possibilities of this articulation for enhancing medical listening, particularly in the context of Mental Health care. It discusses the potential influence of Rogers on the development of Person-Centered Medicine and the Person-Centered Clinical Method as currently understood in medical practice, reflects on the science-versus-person polarity within psychology, and suggests pathways for research and practice within the humanistic field of contemporary psychology as a means of ethically and politically reclaiming certain spaces. Finally, it opens rarely explored reflections in Brazil situated in the hyphen between psychology and medicine and concludes that a more humanized medical listening may be achieved through experiential, rather than theoretical, processes — a path contrary to that taken by contemporary medicine.

Keywords: Person-Centered Approach, Carl Rogers, Person-Centered Clinical Method, Medical Psychology, Psychology and Medicine.

INTRODUÇÃO

Em caminho oposto ao da lógica dos consultórios privados de cuidados psicológicos, a Atenção Primária à Saúde (APS), por meio da divisão das Redes de Apoio à Saúde (RAS), possibilita, facilita e oferece às pessoas e às comunidades o acesso direto aos serviços de saúde de forma pública, universal e igualitária. Na maioria das vezes, o primeiro contato das pessoas com o serviço se dá através do atendimento médico.¹ Em virtude disso, médicos e médicas de família e comunidade ocupam uma posição muito privilegiada em termos de prestação de cuidados em Saúde Mental² e, por consequência, devem ser adequadamente capacitados para manejar essas situações de maneira qualificada no ambiente da APS.³

Os Sofrimentos Mentais Comuns (SMC), termo muito difundido na literatura médica — às vezes designado “Transtornos Mentais Comuns” (TCM) — referem-se aos processos de sofrimentos emocionais vivenciados cotidianamente pelas pessoas, geralmente expressos em queixas como irritação, cansaço, esquecimento, redução da capacidade de concentração, ansiedade e variações mais intensas de humor,⁴ constituindo-se como uma demanda prevalente na Atenção Primária⁵ e na população mundial.⁶ Apesar de haver uma tendência expressiva de prescrição de medicamentos para esses casos na APS,⁷ a intervenção mais indicada é a utilização de abordagens não farmacológicas.³

No contexto da prática médica, inúmeros fatores podem impactar negativamente a qualidade da escuta no atendimento às demandas de saúde mental. Dentre eles, a formação insuficiente,⁸ a dificuldade em gerir os recursos de comunicação e manejo clínico nesse âmbito,² baixo nível de conexão e empatia com os pacientes,^{9,10} ou mesmo questões relacionadas à própria saúde mental desses profissionais.^{11,12} Tomar o cuidado a partir de outras dimensões que não as demarcações biológicas, pressupõe escuta e acolhimento.¹³

Nessa direção, se, por um lado, há uma vasta discussão na literatura mundial acerca da problemática do paradigma biomédico em Saúde¹⁴⁻¹⁷ que, pautado em condutas prescritivas, medicamentaliza a vida e desconsidera a experiência singular e subjetiva do sofrimento humano, por outro, fala-se pouco sobre a maneira como os demais profissionais da saúde (para além da psicologia) podem acolher demandas emocionais. De que maneira, por exemplo, se dá uma escuta médica em contextos de saúde mental? O que significa “centrar-se na pessoa” para esses profissionais? Que caminhos podem ser pensados para uma prática médica realmente implicada no sofrimento das pessoas?

A Abordagem Centrada na Pessoa, fundada por Carl Rogers em 1940 (anteriormente intitulada Terapia Centrada no Cliente)^{18,19} apresenta um modo muito singular de olhar para

estas questões, considerando a potência de crescimento humano com base em alguns princípios norteadores como a compreensão empática, a aceitação incondicional e a congruência/autenticidade do profissional do cuidado. Sua teoria foi muito difundida no Brasil e se expandiu para diversas áreas como a educação,²⁰ grupos de encontro²¹ e em qualquer outro contexto que envolva as relações humanas.²²

Embora os pressupostos rogerianos tenham assumidamente servido de inspiração para Moira Stewart e colaboradores na criação do Método Clínico Centrado na Pessoa,²³ no campo da Medicina, esta perspectiva, predominantemente positivista, se apoia em outros aportes da psicologia, como as vertentes cognitivas e comportamentais, para embasar sua prática.

Em vista disso, o presente trabalho objetiva abrir campo para uma reflexão pouco explorada na literatura nacional acerca da intersecção entre psicologia e medicina: de que maneira a Abordagem Centrada na Pessoa de Carl Rogers pode contribuir para a escuta médica em demandas emocionais ou de Saúde Mental?

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Medicina Centrada na Pessoa

As ideias de uma Medicina baseada no paciente²⁴ começam a ser exploradas mais profundamente na década de 60, a partir dos estudos do médico e psicanalista Michael Balint, que, à época, interessou-se na relação médico-paciente, adotando a concepção básica de que a ênfase de um atendimento deveria estar na pessoa em sofrimento ao invés de na doença. Seus grupos de estudos começaram não somente a expandir esta ideia, mas a tornaram referência no meio acadêmico. Especialmente em sua obra mais conhecida, *O médico, seu paciente e a doença* (1957), já é possível perceber, pelo próprio título, uma tentativa de deslocamento do foco exclusivo na patologia. O médico e o paciente aparecem antes da doença, o que sugere uma valorização da relação e do cuidado. No entanto, é interessante notar que, mesmo assim, o paciente ainda não ocupa o primeiro lugar — ele ainda vem depois do médico.

Ian R. McWhinney, um dos autores mais importantes para esta área da medicina, em meados de 1968, nos seus estudos sobre os reais motivos de uma pessoa procurar uma médica ou um médico,²⁵ possibilitou a reflexão sobre abrir espaço para investigar a extensão de todos os problemas da pessoa, sejam eles físicos, sociais ou psicológicos, além de explorar a profundidade, o significado e a maneira como esses problemas se manifestam.²³ Segundo ele, a medicina deu pouca atenção à Filosofia e, baseada nos princípios das ciências naturais,

rompe com a compreensão da experiência humana da doença,²⁶ com as narrativas dos pacientes sobre o próprio adoecer.²⁷

Cerca de vinte anos depois, na década de 80, o trabalho de Moira Stewart, orientanda de doutorado de Ian R. McWhinney, na Universidade de Western, no Canadá, retoma as concepções de Balint e avança na direção de uma formalização e sistematização metodológica do que hoje se chama Método Clínico Centrado na Pessoa. A partir de Stewart e colaboradores, com particular ênfase à obra *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method* (1995), é possível pensar, historicamente, a consolidação da Medicina Centrada na Pessoa, integrando a base de muitos currículos educacionais em todo o mundo, tanto em graduações quanto em pós-graduações.²³

O Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) atualmente é visto como um dos pilares para a atuação dos médicos e médicas de família e comunidade e também pode ser ampliado para as diversas áreas da medicina por possibilitar o compartilhamento de poder na relação médico-paciente, fazendo com que a consulta atenda às necessidades e expectativas de ambos.²⁸ O modelo centrado na pessoa aponta inúmeras vantagens quando comparado a métodos tradicionais de abordagem, possibilitando entre outros aspectos, maior satisfação do paciente, melhor adesão ao tratamento,²⁹ valorização do cuidado,³⁰ melhor desfecho em relação aos sintomas e redução de procura por serviços de saúde.²³

Moira Stewart e cols. propõe quatro componentes estruturantes no MCCP, sendo eles: (1) Explorando a saúde, a doença e a experiência da doença; (2) Entendendo a pessoa como um todo; (3) Elaborando um plano conjunto de manejo de problemas e, por último, (4) Intensificando a relação entre a pessoa e a/o profissional de saúde.

Em seu primeiro componente, o MCCP propõe que a médica ou médico vá além da doença, incluindo a exploração da saúde no seu conceito ampliado (bem-estar físico, emocional, econômico, social), assim como o modo com que o paciente se relaciona com o seu adoecimento. Para isso, é sugerido a utilização de uma abordagem na consulta que contempla o acrônimo SIFE (Sentimentos, Ideias, Funcionamento, Expectativas), explorando os **S**entimentos da pessoa, especialmente o medo de estar doente, suas **I**deias sobre o que está acontecendo na sua situação clínica, o efeito da doença sobre seu **F**uncionamento de vida e, por último, as **E**xpectativas em relação à/ao profissional de medicina.²⁸

Já o segundo componente, busca entender o paciente em seu contexto de vida (social, cultural, familiar), bem como suas crenças (religiosas ou não), histórico e experiências passadas. O terceiro componente busca encontrar um projeto comum que seja razoável tanto para médico/a quanto para paciente.³¹ Para isso, devem entender a definição do problema e, ao chegar a um lugar-comum a respeito do que está acontecendo, definir metas e prioridades do tratamento, bem como os papéis/responsabilidades dos envolvidos. Por fim, o último

componente busca estreitar a relação entre médico/a e pessoa, sendo importantes nesse processo a empatia e a compaixão.^{23,31}

Moira Stewart (e colaboradores) na introdução da obra método Clínico Centrado na Pessoa, ao apresentar o modelo, afirma que seu trabalho “alinha-se aos trabalhos de Carl Rogers”²³ e cita a produção *Terapia Centrada no Cliente* (1951). Posteriormente, ao falar do processo de ensino de seu método, cita *Liberdade para aprender* (1969), trabalho onde Rogers apresenta sua Abordagem Centrada no Aprendiz no campo da educação.³²

Carl Rogers e a Abordagem Centrada na Pessoa

As investigações conduzidas por Carl R. Rogers, principalmente nas universidades de Ohio, Chicago e Wisconsin, entre as décadas de 1940 e 1950, marcaram um avanço significativo para a validação científica de sua prática terapêutica,²² bem como propiciaram a expansão de um amplo campo de estudo tanto na psicologia quanto em outras áreas do conhecimento.

Na época em que Rogers estudou e fundamentou os fenômenos clínicos através de gravações e registros transcritos de sessões, a psicoterapia ainda era prática exclusiva à medicina psiquiátrica. É em virtude disso que se atribui a ele a legitimação da psicoterapia como prática e, conseqüentemente, parte do campo de atuação de psicólogos e psicólogos.^{33,34}

É possível observar, já nas obras iniciais de Carl Rogers, sua inclinação por uma compreensão de centralidade na pessoa. Esta visão atravessa seus trabalhos desde o Aconselhamento Não Diretivo, passando pela Terapia Centrada no Cliente até se tornar Abordagem Centrada na Pessoa, “última designação que Rogers utilizou para nomear o seu construto teórico e prático” (p. 381).³⁵

Passando a palavra a Jhon Wood: “antes mesmo da abordagem ter um nome específico [...] Rogers já aplicava as mesmas intenções, crenças e atitudes para uma psicoterapia eficaz. Ele não estava tentando fazer uma boa terapia, apenas tentava ajudar seu cliente” (p. 16).³³

Na perspectiva rogeriana, “os indivíduos têm dentro de si mesmos amplos recursos para a autocompreensão, para alterarem seu autoconceito, sua atitude básica e seu comportamento autodirigido; esses recursos podem ser mobilizados se lhes for proporcionado um clima definido de atitudes psicológicas facilitadoras” (p. 115).¹⁹

Ainda nesta direção, Rogers, em sua obra *Sobre o poder pessoal* (1977), elenca três condições tidas como necessárias e suficientes para o desenvolvimento de uma relação interpessoal que busque crescimento e mudança. A primeira condição é a congruência ou

autenticidade do terapeuta, que consiste na sua capacidade em “ser ele mesmo”, ou seja, não tentar apresentar uma distorção ou simulação dos sentimentos que ele experimenta naquela relação. Para Rogers, quando o terapeuta não constrói uma fachada, assumindo uma posição genuína diante do outro, existem mais chances de se haver uma mudança, pois “há congruência entre o que está sendo vivenciado no nível visceral, o que está presente na consciência e o que é exposto à pessoa” (p. 18).³⁶

A segunda condição é a aceitação ou consideração positiva incondicional. Esse elemento da abordagem implica que o terapeuta deve tentar manter, com certa frequência, uma atitude positiva em relação a qualquer sentimento que o paciente esteja vivenciando ou sendo naquele momento. Sobre este ponto o psicólogo destaca que o terapeuta não está imune a sentir, em algum momento do contato terapêutico, sentimentos negativos em relação ao cliente. Entretanto, “a mudança construtiva do cliente é menos provável se esse elemento não ocorrer com alguma frequência no relacionamento” (p. 19).³⁶

Por fim, o terceiro aspecto é a compreensão empática, que “significa que o terapeuta sente precisamente os sentimentos e os significados pessoais que estão sendo vivenciados pelo cliente e lhe comunica esta compreensão” (p.19).³⁶ Ou seja, por meio de uma escuta cuidadosa, o terapeuta se torna capaz de se aproximar do mundo interno do paciente e esclarecer questões conscientes e inconscientes, facilitando para ele um entendimento maior de seus próprios comportamentos e demandas.³⁶

O autor conclui que o sucesso da relação depende desses fatores, pois o “processo de mudança do cliente é uma recíproca das atitudes do terapeuta” (p. 20).³⁶ Dessa forma, ao ser congruente com o cliente, a pessoa em acompanhamento percebe que não precisa se esconder atrás de “fachadas”, podendo se colocar no mundo tal como é. Por meio da aprendizagem significativa ocorrida no fluxo do processo de psicoterapia,³⁷ o paciente observa o terapeuta aceitando-o incondicionalmente, mesmo em aspectos seus que considera negativos, experimenta valorização própria e se torna, na medida que o terapeuta escuta com afeição seus sentimentos, capaz de aceitar para si mesmo seus processos, se escutando integralmente.³⁶

Em resumo, estas três condições facilitadoras compõem o processo de “centrar-se” no quadro de referência do paciente. Isso significa que a pessoa é situada no centro da relação de ajuda e que sua perspectiva, suas experiências, seus sentimentos e necessidades são adotados e tomados como guia para a condução do processo. Esta concepção, assim, pressupõe que a experiência subjetiva singular do cliente constitui o ponto de partida e o eixo condutor da relação terapêutica. Para Rogers, a pessoa deve ser reconhecida em sua totalidade, como um ser em processo, dotado de capacidade para compreender-se e transformar-se criativamente. Para ele, “o indivíduo possui dentro de si vastos recursos para

a autocompreensão e para alterar sua autoimagem, suas atitudes e seu comportamento” (p. 350).¹⁹

A confiança nas potencialidades humanas está alicerçada na noção de tendência à atualização — uma força inerente ao organismo humano, voltada ao desenvolvimento, à realização plena e à sua autonomia. Para o autor:

“Há em cada organismo vivo uma tendência inerente para desenvolver todas as suas potencialidades na medida em que tal desenvolvimento favoreça a manutenção ou o aperfeiçoamento do organismo. Esta é a tendência atualizante. É a base da vida humana, assim como da vida das plantas e dos animais” (p. 351).³⁷

Nessa direção, o papel do facilitador não é a condução do processo a partir de interpretações externas ou pressuposições próprias, mas, no encontro, oferecer uma atmosfera relacional marcada por autenticidade ou congruência, aceitação e compreensão, condições que favorecem o florescimento das capacidades internas da pessoa em acompanhamento. Para Rogers:

“A renúncia por parte do terapeuta em exercer um papel de autoridade ou de especialista não é apenas uma decisão política, pois constitui uma pré-condição para seu trabalho, já que no cliente está a fonte, bem como o critério de e progresso [...] como decorrência da tendência à atualização inerente ao ser humano” (p. 272).³⁸

Por não diretividade, podemos compreender a capacidade de não assumir, não controlar o percurso, as escolhas e o caminho da pessoa em processo. Significa deixá-la livre para que ao seu próprio modo possa buscar a melhor solução para aquilo que chama de problema. Dito de outra forma, trata-se de acompanhá-la sem tomar para si a responsabilidade que lhe é própria.³⁹ Somado ao fato de que Rogers compreende esta maneira de estar com o outro como “um jeito de ser”,³³ talvez resida nesse ponto o estigma de que esta abordagem pode ser “fácil” ou simplista demais.

Apesar de a Abordagem Centrada na Pessoa ser popularmente conhecida no Brasil pelas clássicas três condições facilitadoras e estas condições serem igualmente assumidas como o necessário e suficiente para um trabalho eficaz de facilitação nessa perspectiva, destacamos que “a recepção e a circulação desses conhecimentos, atualmente, são parciais para o público brasileiro”.⁴⁰ Para além dessa compreensão, o aporte teórico de Carl Rogers é composto por várias teorias que compõem seu pensamento, distribuídas em inúmeras obras.

O professor Paulo Coelho Castelo Branco, um dos maiores pesquisadores da teoria rogeriana no Brasil, em sua dissertação de mestrado, defende que

“Além da **teoria da personalidade e do comportamento**, três outras teorias [...] aprofundam alguns dos componentes explicitados [...] Para incorporar todo esse sistema teórico apresentado em uma relação psicoterapêutica, Rogers postula a **teoria da psicoterapia**, ou seja, das condições necessárias e suficientes para a mudança terapêutica de personalidade. No que tange ao funcionamento orgânico ocorrente quando há um alinhamento entre

autorregulação real e a tendência à realização, Rogers elabora a **teoria do conceito de pessoa em funcionamento pleno**. No que diz respeito à expansão e ao desenvolvimento das relações interpessoais, Rogers desenvolve uma **teoria das relações humanas** e suas implicações nas esferas familiares, educacionais, grupais e de conflitos coletivos” (p. 46-47. Grifo nosso).³⁴

Esse conjunto de teorias, elaboradas em fases distintas de seu pensamento, sugere que a Terapia Centrada no Cliente e sua posterior ampliação para Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) está muito bem fundamentada na ciência, sem perder de vista o caráter profundamente humano, dialógico e relacional necessário para uma psicologia humanista, verdadeiramente implicada com a experiência subjetiva das pessoas.

Por fim, a Abordagem Centrada na Pessoa de Carl Rogers é uma maneira muito peculiar de se disponibilizar para estar com alguém. Enquanto abordagem, “ela toma forma de acordo com a demanda”.³³ Em síntese, podemos dizer, em consonância com Tassinari, citando Wood: “que esta abordagem se realiza quando alguém dirige a melhor parte de si mesmo à melhor parte do outro e, assim, pode emergir algo de valor inestimável que nenhum dos dois faria sozinho”.⁴¹

METODOLOGIA

Este estudo teve um delineamento teórico e visou explorar a interface entre psicologia e medicina a partir do paradigma da centralidade na pessoa. Utilizamos como fundamentação teórica dois principais campos do conhecimento: (1) a psicologia, a partir do desenvolvimento da Abordagem Centrada na Pessoa, conforme proposta por Carl Rogers e (2) a medicina, recorrendo a estudos como os de Moira Stewart (e colaboradores) e Ian R. McWhinney, no que se refere a ideia de Abordagem Centrada na Pessoa, tal como é compreendida por esta área do conhecimento. Foram feitos levantamentos bibliográficos nas principais bases de dados nas áreas supracitadas para leitura imersiva, bem como foram revisitados textos clássicos tanto em psicologia quanto em medicina.

Tivemos como objetivo principal aprofundar a discussão sobre os desafios e possibilidades da articulação entre a Abordagem Centrada na Pessoa de Carl Rogers no processo de escuta médica centrada na pessoa em demandas de Saúde Mental, averiguando de que maneira o pensamento psicológico do autor supracitado pode contribuir para a prática médica de maneira mais humanizada na Atenção Primária à Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A escuta clínica enquanto técnica e enquanto atitude e suas implicações na relação ciência-pessoa

Se na Atenção Primária à Saúde a população deseja fortemente ser atendida a partir de uma abordagem centrada na pessoa,⁴² para profissionais da medicina, a concepção do que de fato é esta abordagem pode estar sob o sério risco de um desconhecimento ou uma apropriação inadequada sobre seu real significado e aplicação.⁴³ Obviamente, isso tem implicações diretas não só no modo como é prestada a assistência para as pessoas, mas, sobretudo, na maneira como elas são atendidas no sistema de saúde. Afinal, são elas, as pessoas, que são expostas aos diversos danos provocados por medicações ou tratamentos que deveriam aliviar seus sofrimentos, às realizações de exames e cirurgias caros e desnecessários, e, muitas vezes, aos tratamentos desumanos⁴³ vivenciados dentro dos serviços construídos e desenvolvidos excepcionalmente para o bem-estar e qualidade de vida delas.

Num estudo recente sobre atendimentos de pessoas com sofrimentos mentais comuns por residentes e preceptores de Medicina de Família e Comunidade (especialidade mais inclinada à uma compreensão psicossocial em medicina), Castro e colaboradores² identificam que estes profissionais reconhecem que de fato não aplicam as intervenções de comunicação nos moldes recomendados pela literatura e, ainda, que mesmo conhecendo diversas técnicas, sabem aplicar apenas algumas, com destaque para os componentes do método clínico centrado na pessoa.² A pesquisa revela a fragilidade desses profissionais diante de demandas emocionais e as suas dificuldades no manejo técnico nesses contextos. Também explicita o uso indiscriminado de técnicas conforme a demanda, sem uma compreensão mais aprofundada das teorias que as fundamentam.

Em síntese, mesmo os profissionais que se intitulam centrados na pessoa não dão conta de intervir a partir de uma forma não focada na doença, deixando de aplicar de maneira integral os princípios propostos pelo MCCP. Quanto a isso, a maioria dos estudos na área sugere que isso se dá devido a formação profissional,⁴⁴⁻⁴⁶ mas não apontam caminhos objetivos, concretos e facilmente operacionáveis de como essa formação pode acontecer garantindo que de fato essa abordagem seja experiencialmente vivida pelos profissionais.

É fato que a escuta qualificada possibilita a humanização das práticas de promoção e prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde mental.^{5,47} De igual maneira, também há evidências de que o lugar de poder vivido por médicas e médicos pode influenciar negativamente a escuta clínica e o processo de centralidade na pessoa.³⁰ Porém, como escutar bem o outro quando não se sabe, através da própria vivência, o que é ser escutado genuinamente?

Os cursos de graduação e especialização em medicina tendem a ofertar um modelo teórico e explicativo sobre os modos de se centrar na pessoa, mas não dispõem de

experiências de aprendizagem significativa como, por exemplo, nos trabalhos de Workshop vivenciais desenvolvidos por Rogers onde as pessoas passavam dias imersas numa atmosfera de acolhimento, escuta e cuidado horizontalizados, possibilitando aos integrantes criar um espaço onde os participantes possam se abrir para si mesmos e para os outros, expressando sentimentos e pensamentos sem julgamento, o que favorecia a autoaceitação, a atualização do eu e o desenvolvimento de relações interpessoais mais verdadeiras e profundas.⁴⁸

A abordagem Centrada na Pessoa, como é vista atualmente sob a lente da medicina, tem avançado cada vez mais na defesa de uma aproximação mais verdadeira com a realidade das pessoas, mas tem sido incorporada a uma noção de método ou técnica, um modo de aplicar um determinado conhecimento para se chegar a um determinado resultado. Este é o modo tradicional das ciências naturais, no qual

“A espontaneidade daquele que faz uso da técnica é, na verdade, precisamente através da técnica, cada vez mais interrompida. Ele tem de se submeter às leis dos respectivos temas dessa técnica e nisso renunciar à liberdade. Ele se torna dependente do correto funcionamento da técnica” (p.26).⁴⁹

Uma escuta em saúde mental qualificada precisa, necessariamente, apreender os significados implícitos de uma narrativa, visto que a interpretação (neste sentido, o discernimento do significado) é central para sua compreensão.⁵⁰ Rogers defendia que o mero saber sobre um assunto não é o mais importante nas ciências e que, mais do que isso, é preciso avançar para um saber mais visceral, mais próprio ao ser humano.⁵¹ Dessa forma, ele faz referência a um ouvir muito peculiar, mais aproximado das experiências internas de cada pessoa, numa compreensão que está para além das palavras, ou seja, um ouvir que abrange a pessoa inteira, seus sentimentos, pensamentos e vivências subjetivas:

“Quando digo que gosto de ouvir alguém estou me referindo evidentemente a uma escuta profunda. Quero dizer que ouço as palavras, os pensamentos, a tonalidade dos sentimentos, o significado pessoal, até mesmo o significado que subjaz às intenções conscientes do interlocutor. Em algumas ocasiões, ouço, por trás de uma mensagem que superficialmente parece pouco importante, um grito humano profundo, desconhecido e enterrado muito abaixo da superfície da pessoa. Assim, aprendi a me perguntar: sou capaz de ouvir os sons e de captar a forma do mundo interno desta outra pessoa? Sou capaz de pensar tão profundamente sobre o que me está sendo dito, a ponto de entender os significados que ela teme e ao mesmo tempo gostaria de me comunicar, tanto quanto ela os conhece?” (p.5).⁵¹

Muito embora os achados de Rogers datem de muito tempo atrás, estudos recentes em diversos campos do conhecimento continuam corroborando suas hipóteses o que reitera

a ideia de que eles continuam profundamente atuais, sobretudo se considerarmos os tempos modernos que vivemos. Sabemos, por exemplo, através da literatura, que atualmente há uma relação diretamente proporcional entre o acolhimento ofertado pelo/a profissional de medicina e a intenção ou adesão ao tratamento por parte do paciente⁵²⁻⁵⁴. Sabemos também que aproximar-se do quadro de referência do paciente é crucial para a construção de vínculo e melhoria terapêutica nas áreas da saúde,^{55,56} mas de que maneira objetiva construímos esse jeito tão subjetivo de estar com o outro? De que forma médicas, médicos, psicólogas e psicólogos, profissionais da saúde no geral, apre(e)ndem esse saber-fazer? Dados como este podem ser encontrados em várias fases do pensamento de Rogers em praticamente todas as suas obras.

De fato “centrar-se em alguém”, pode ser entendido como uma técnica, se pensarmos que existem inúmeras formas e teorias de como fazer isso (o próprio Rogers, inclusive, sugere caminhos para se chegar a esse lugar), mas esta atitude é, antes de qualquer outra coisa, uma implicação autêntica do ouvinte, uma abertura à experiência total de se conectar com a alteridade da pessoa escutada. Trata-se de um verdadeiro desejo de ouvir o que está sendo falado para além das palavras. Em termos clínicos, trata-se de sair do acolhimento à queixa, para entrar na real demanda de uma pessoa.⁵⁷

Talvez um dos principais desafios em relação a esta escuta tão peculiar seja o fato de que no processo de ouvir clinicamente, sobretudo em contextos de demandas emocionais, possa haver um conflito em como proceder em termos operacionais com este saber-fazer, uma vez que incorremos no grande risco de, por um lado, através da técnica, mecanizar demais algo tão legitimamente humano, deixando que a escuta se sustente apenas por estruturas rígidas derivadas de evidências científicas; ou, por outro lado, de romantizar demais o processo a partir de uma idealização excessiva, que concebe a escuta como uma prática dotada de profundidade e sensibilidade absolutas. Ambos os extremos podem comprometer a complexidade e a autenticidade de um encontro genuíno com o outro.

Talvez em virtude dessa polaridade, parece haver uma dificuldade por parte de pesquisadores e clínicos humanistas em aderir a práticas baseadas em evidência, muito embora seja completamente possível pensar esse diálogo,⁵⁸ inclusive como Rogers, em seu tempo, tão bem o fez.²² Talvez por esta razão, modelos na medicina como o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) tenham se distanciado tecnicamente dos achados rogerianos, por precisarem se localizar frente ao paradigma científico moderno e, em parte, no modelo biomédico automatizado e naturalizado na prática médica.

É nesta direção que, atualmente, outras áreas da psicologia têm se encarregado de fundamentar as práticas centradas na pessoa na medicina contemporânea, como as linhas cognitivo-comportamentais, que seguem produzindo um vasto conhecimento na literatura,

afirmando seu lugar como uma área profundamente comprometida com a validade científica. Mas será que este lugar não pode ser mesmo ocupado por vertentes humanísticas? Será mesmo que um caminho experiencial não pode dialogar de forma mais direta com o fazer científico?

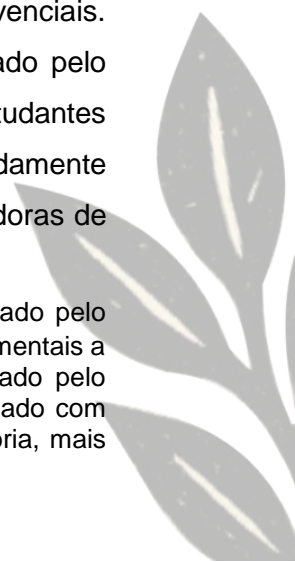
Talvez um caminho do meio entre a técnica (que envolve evidenciar cientificamente um saber-fazer) e a atitude (que envolve um movimento criativo a partir de uma relação), pode ser o cuidado, o comprimento ético e respeitoso com a radicalidade de ser humano na sociedade e na cultura em que vivemos. O próprio Rogers defende que “a ciência apenas existe nas pessoas” (p. 282)³⁷ e, dessa forma, só pode servir a elas. Em outras palavras, a razão de existir ciência só pode ter sentido se for para o bem coletivo e para a compreensão das singularidades e necessidades humanas.

Assim, para uma boa integração entre ciência e experiência, nos termos do que estamos tratando neste trabalho, é necessário apenas que a pessoa que ouve ou pesquisa na clínica (pesquisar é sempre um ouvir), esteja advertida ética e politicamente de qual é o lugar da ciência e da técnica dentro das relações humanas, quais seus papéis frente à realidade social que nos cerca. Ou seja, para quê, e para quem serve a ciência? Com que ampliações ela pode contribuir em se tratando de uma relação de ajuda? Com quais intenções se mensuram os dados sobre escuta clínica, por exemplo?

Nesse horizonte reflexivo, há uma discussão feita por Carl Rogers no livro *Tornar-se Pessoa* (1954) que abre campo para pensarmos o hífen pessoa-ciência. Diz ele: “na medida em que o cientista procura provar qualquer coisa a alguém [...] creio que ele está se servindo da ciência para remediar uma insegurança pessoal, desviando-a do seu verdadeiro papel criativo a serviço do indivíduo” (p.285).³⁷ É sempre subjetivamente que a pessoa da ciência faz escolhas, interessa-se criativamente pelos fenômenos e busca se aproximar deles. Em síntese: não há ciência sem experiência.

O fato de a medicina precisar estar ancorada no paradigma das ciências naturais não a impede de superar seu modelo biomédico ou pragmatista vigente. Isto foi o que fez o “segundo Rogers”¹, já nos anos avançados da produção de seus achados teórico-vivenciais. Defendemos nesse trabalho que um retorno ao pensamento rogeriano, abandonado pelo MCCP no decorrer de sua consagração empírica, pode conduzir profissionais e estudantes de medicina a um trabalho que pode ser, ao mesmo tempo, técnico-científico e profundamente experiencial. Mais ainda, que não se resuma apenas às clássicas condições facilitadoras de

¹ O termo “Segundo Rogers” aqui empregado faz menção a um trabalho ainda não publicado pelo primeiro autor deste estudo no qual ele divide o pensamento rogeriano em três tempos fundamentais a partir do paradigma ciência versus experiência. A saber: O “Primeiro Rogers” já interessado pelo experiencial, mas imerso no pragmatismo científico, um “Segundo Rogers” cientista renomado com profundo interesse na experiência e, por último, um “Último Rogers”, já em sua aposentadoria, mais distante do mundo acadêmico e com grande ênfase na experiência em sua plenitude.



Rogers para embasar sua prática, mas que garanta uma leitura ampla dos fenômenos da personalidade, que implemente uma compreensão do funcionamento atualizador das relações humanas e que, sobretudo, resgate “a pessoa” em todas as suas dimensões, emocionais, sociais, políticas, culturais e históricas.

É óbvio que empreender essa lógica no funcionamento cotidiano da APS pode parecer, sob um primeiro plano, talvez utópico demais, em virtude da grande demanda de atendimentos, do tempo de consulta precarizado e das demais questões pragmáticas da Assistência à Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Mas referimo-nos aqui a uma mudança das/dos profissionais no contexto de escuta médica. Assim, falamos de uma mudança paradigmática, ou seja, no modo como se assume esse contexto para si e na maneira (também paradigmática) como as formações em medicina podem se apropriar disso em favor de novos modos de operacionalizar seu saber-fazer.

CONCLUSÃO / CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como objetivo explorar a interface entre psicologia e medicina a partir dos pressupostos da Abordagem Centrada na Pessoa de Carl Rogers com vistas a um apontamento sobre os desafios e possibilidades dessa articulação para a melhoria da escuta médica, sobretudo em demandas de Saúde Mental.

Embora médicas e médicos pareçam conhecer apenas superficialmente os fundamentos da Abordagem Centrada na Pessoa de Carl Rogers, para além das clássicas condições facilitadoras — empatia, aceitação incondicional e congruência —, a perspectiva rogeriana e suas teorias em vários campos do saber podem oferecer contribuições muito importantes para a prática da escuta desses profissionais, especialmente em demandas emocionais. A Abordagem Centrada na Pessoa se destaca também por uma compreensão ampliada de pessoa, de personalidade, de constituição subjetiva e de modos de estar no mundo, além de concepções coletivas.

Salientamos que o presente estudo também abre campo para a proposição de uma nova possibilidade teórica, ainda pouco explorada no Brasil, acerca da área da Psicologia Médica enquanto um campo de estudo que pode ser fundamentado por referenciais humanistas, uma vez que se observa preliminarmente que grande parte da bibliografia sobre o tema ainda se baseia em outras perspectivas psicológicas.

Nesse horizonte, ao reconhecermos que o discurso científico também opera como um dispositivo de poder, e que ciência não anula a experiência, entendemos que cabe à psicologia humanista ocupar com responsabilidade e criticidade o lugar da ciência na cultura contemporânea, inclusive como estratégia de afirmação ético-política. Fomentar a produção

e a circulação de publicações que expressem e sustentem esse referencial no campo acadêmico é imprescindível para a nossa área.

Consideramos, por fim, que os processos formativos em medicina — tanto na graduação quanto na residência e especialização em Medicina de Família e Comunidade — se beneficiariam profundamente da incorporação de experiências de aprendizagens significativas que valorizem uma abordagem humanista como eixo estruturante do currículo. A vivência em Grupos de Encontro, Workshops com ênfase experiencial, bem como espaços de preceptoria e supervisão clínica conduzidos sob essa perspectiva, podem oferecer a estudantes e profissionais em formação um campo fértil para o desenvolvimento de uma escuta mais sensível, uma presença mais autêntica e um cuidado verdadeiramente centrado na pessoa.

Cabe reconhecer, como limitação desta investigação, o seu caráter ainda incipiente no campo, o que demanda cautela quanto à generalização dos achados e reforça a necessidade de aprofundamentos futuros. Também reforçamos que nosso delineamento pode ter impossibilitado o acesso a estudos mais específicos. Quanto a isso, sugerimos uma revisão bibliográfica sobre o tema.

REFERÊNCIAS

1. Kates N, Craven M, Bishop J, Clinton T, Kraftcheck D, LeClair K, et al. Shared Mental Health Care in Canada. *Can J Psychiatry*. outubro de 1997;42(8):i–xii.
2. Castro FAGD, Wenceslau LD, Ferreira DC. Entre “centrado na pessoa” e “freestyle”: a abordagem do sofrimento mental comum em residências de medicina de família e comunidade. *Interface (Botucatu)*. 2024;28:e230141.
3. Peh A, organizador. *Effective psychological interventions in primary care*. Singapore: Eastern Health Alliance; 2016.
4. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cad Saúde Pública*. fevereiro de 2008;24(2):380–90.
5. Menezes ALDA, Athie K, Favoreto CAO, Ortega F, Fortes S. Narrativas de sofrimento emocional na Atenção Primária: contribuições para uma abordagem integral culturalmente sensível em Saúde Mental Global. *Interface (Botucatu)*. 2019;23:e170803.
6. Skapinakis P, Bellos S, Koupidis S, Grammatikopoulos I, Theodorakis PN, Mavreas V. Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece. *BMC Psychiatry*. 4 de junho de 2013;13:163.
7. Lima TN, Sousa MNAD. Uso Abusivo de Psicotrópicos e Fatores Associados com a Má Utilização na Atenção Primária à Saúde / Abuse of Psychotropics and Factors Associated with Misuse in Primary Health Care. *IDonline*. 28 de fevereiro de 2021;15(54):92–103.

8. Rotoli A, Silva MRSD, Santos AMD, Oliveira AMND, Gomes GC. Mental health in Primary Care: challenges for the resoluteness of actions. *Esc Anna Nery*. 2019;23(2):e20180303.
9. Catarucci FM, Carvalho TH, Andrews S, Burdmann EA, Patrício KP. Empatia em estudantes de Medicina: efeitos de um programa de gerenciamento do estresse. *Rev bras educ med*. 2022;46(2):e056.
10. Batistella AOA, Bonamigo ÉL, Souza W, Serna JMGG, Perini CC. Empatia médica e valores éticos da profissão: estudo quantitativo. *Rev Bioét*. 2023;31:e3577PT.
11. Gracino ME, Zitta ALL, Mangili OC, Massuda EM. A saúde física e mental do profissional médico: uma revisão sistemática. *Saúde debate*. setembro de 2016;40(110):244–63.
12. Cruz LTS, Gonçalves IM, Moura RS, Sousa MRD, Figueiredo Júnior HSD. Síndrome de Burnout, transtornos mentais e suicídio em médicos: uma revisão de literatura. *Acervo Saúde*. 24 de maio de 2022;15(5):e10218.
13. Bezerra IC, Jorge MSB, Gondim APS, Lima LLD, Vasconcelos MGF. “Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá”: processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. *Interface (Botucatu)*. 2014;18(48):61–74.
14. Gama CAPD, Lourenço RF, Coelho VAA, Campos CG, Guimarães DA. Os profissionais da Atenção Primária à Saúde diante das demandas de Saúde Mental: perspectivas e desafios. *Interface (Botucatu)*. 2021;25:e200438.
15. Schiavi CEN, Meinhart M, Fagundes De Souza L, Ribeiro Da Silva E, Wolski De Oliveira R. Saúde mental sobre as águas: concepções de uma equipe de Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF). *Saúde Redes*. 13 de agosto de 2024;10(2):4573.
16. Almeida PJR, Caldeira FID, Gomes C. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: a formação de profissionais da saúde no Brasil. *REBESDE [Internet]*. 2022 [citado 31 de março de 2025];3(2). Disponível em: <https://revista.unifatecie.edu.br/index.php/rebesde/article/view/131>
17. Quiroz-Hidrovo AL, Larrea-Killinger C, Rodríguez-Martín D. La hegemonía del modelo biomédico desde las representaciones del personal de salud en el contexto de un modelo de atención en salud con enfoque intercultural en Chugchilán, Ecuador. *Saude soc*. 2024;33(1):e230087es.
18. Tambara N, Freire E. *Terapia Centrada no Cliente - Teoria e Prática - Um caminho sem volta...* 1º ed. Vol. 1. Porto Alegre: Delphos; 1999. 192 p.
19. Rogers CR. *Terapia centrada no cliente*. São Paulo (SP): Martins Fontes; 1992.
20. Rogers CR. *Liberdade para aprender*. 2º ed. Vol. 1. Belo Horizonte: Interlivros de Minas Gerais; 1972.
21. Rogers CR. *Grupos de encontro*. 9º ed. Bela Vista, São Paulo: WMF Martins Fontes; 2009. 216 p.
22. Branco PCC. As pesquisas clínicas coordenadas por Carl Rogers: apontamentos metodológicos e repercussões. *Psipesq*. 27 de fevereiro de 2022;16(2):1–24.

23. Stewart M, organizador. Patient-centered medicine: transforming the clinical method. Third edition. Boca Raton: CRC Press, Taylor & Francis Group; 2017.
24. Carrijo APB, Brandão J, Junior JET. Introdução aos grupos Balint. Em: Comunicação Clínica: aperfeiçoando os encontros em Saúde. Porto Alegre: Artmed; 2021.
25. McWhinney IR. Beyond Diagnosis: An Approach to the Integration of Behavioral Science and Clinical Medicine. N Engl J Med. 24 de agosto de 1972;287(8):384–7.
26. Oliveira CC. Para compreender o sofrimento humano. Rev Bioét. agosto de 2016;24(2):225–34.
27. Piccardi T. Transformando sofrimento em narrativa e narrativa em uma nova vida. MEDICA REVIEW: International Medical Humanities Review / Revista Internacional de Humanidades Médicas. 2014;3(1):1–11.
28. Ceratti Lopes JM, Dias LC. Consulta e abordagem centrada na pessoa. Em: Gusso G, Ceratti Lopes JM, Dias LC, organizadores. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática, 2e [Internet]. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2023 [citado 7 de abril de 2025]. p. 114–23. Disponível em: accessartmed.mhmedical.com/content.aspx?aid=1202115090
29. Costa TC, Rodrigues JX, Ramalho LTR, Souza Junior PCD. Medicina baseada na pessoa: a prática do acolhimento e a conduta voltada à subjetividade na intervenção em saúde. Rev Bras de Edu e Saude. 1º de fevereiro de 2024;14(1):96–104.
30. Ribeiro MMF, Amaral CFS. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. Rev bras educ med. março de 2008;32(1):90–7.
31. Dohms M, Gusso G. Comunicação Clínica: Aperfeiçoando os Encontros em Saúde. Artmed Editora; 2020. 283 p.
32. Rogers CR. Liberdade para aprender. Belo Horizonte: Interlivros de Minas Gerais; 1972. 329 p.
33. Wood JK, Doxsey JR, Assumpção LM, Tassinari MA, Japur M, Serra MA, et al. Abordagem Centrada na Pessoa. 1º ed. Vitória: Fundação Ceciliano Abel de Almeida; 1994.
34. Branco PCC. A noção de organismo no fieri teórico de Carl Rogers: uma investigação epistemológica [Internet]. [Fortaleza]: Universidade Federal do Ceará; 2010 [citado 12 de abril de 2025]. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/2483>
35. Pinheiro RF, Branco PCC. Pesquisas Clínicas em Abordagem Centrada na Pessoa no Brasil: Revisão sistemática. Psicodebate. 2 de outubro de 2024;10(2):379–92.
36. Rogers CR. Sobre O Poder Pessoal. 2º ed. São Paulo: Martins Fontes; 2001. 329 p.
37. Rogers CR. Tornar-se pessoa. WWF Martins Fontes; 2017. 528 p.
38. Cury VE. Abordagem centrada na pessoa : um estudo sobre as implicações dos trabalhos com grupos intensivos para a terapia centrada no cliente [Internet]. [s.n.]; 1993 [citado 7 de abril de 2025]. Disponível em: <https://repositorio.unicamp.br/acervo/detalhe/71838>

39. Rogers CR. Significant aspects of client-centered therapy. *American Psychologist*. 1946;1(10):415–22.
40. Branco PCC. Análise das teorias da personalidade e da psicoterapia de Carl Rogers. *Gerais : Revista Interinstitucional de Psicologia*. junho de 2022;15(1):1–21.
41. Tassinari MA. A clínica da urgência psicológica: contribuições da Abordagem Centrada na Pessoa e da Teoria do Caos. [Rio de Janeiro]: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2003.
42. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ*. 20 de outubro de 2001;323(7318):908–11.
43. Lopes JMC, Ribeiro JAR. A pessoa como centro do cuidado na prática do médico de família. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 31 de março de 2015;10(34):1–13.
44. Rossi PS, Batista NA. O ensino da comunicação na graduação em medicina: uma abordagem. *Interface (Botucatu)*. junho de 2006;10:93–102.
45. Silva PRD. A comunicação na prática médica: O seu papel como componente terapêutico. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. 1º de julho de 2008;24(4):505–12.
46. Rocha SR, Romão GS, Setúbal MSV, Collares CF, Amaral E. Avaliação de Habilidades de Comunicação em Ambiente Simulado na Formação Médica: Conceitos, Desafios e Possibilidades. *Rev bras educ med*. 13 de janeiro de 2020;43:236–45.
47. Santos AB. Escuta qualificada como ferramenta de humanização do cuidado em saúde mental na Atenção Básica. *APS*. 24 de julho de 2019;1(2):170–9.
48. Rogers CR, Proença JL. Grupos de encontro. Em: Grupos de encontro [Internet]. 1994 [citado 14 de abril de 2025]. p. 165–165. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1085783>
49. Gadamer HG. O caráter oculto da saúde. Petrópolis: Vozes; 2021. 176 p. (Textos Filosóficos).
50. Greenhalgh T. Narrative based medicine: narrative based medicine in an evidence based world. *BMJ*. 30 de janeiro de 1999;318(7179):323–5.
51. Rogers CR. Um jeito de ser. São Paulo: EPU; 2007.
52. Erazo-Coronado AM, Arroyave Cabrera JA, Garcés Prettel ME. Calidez en la relación médico-paciente: análisis del efecto de la empatía como variable mediadora en la intención de adherencia al tratamiento del paciente. *Pacla*. 18 de julho de 2024;27(3):1–28.
53. Chikodiri Nwosu L, Iruoghene Edo G, Alpha Jalloh A. Mediating role of patient trust in the impact of perceived physician communication on treatment adherence and its implication in healthcare industry. *SEHS*. 31 de dezembro de 2023;23050026.
54. Bins TB, Bins RB, Santos ACSD. O impacto da comunicação na relação médico-paciente e suas repercussões. Em: *Ciência, Cuidado e Saúde: contextualizando saberes* [Internet]. 1º ed Editora Científica Digital; 2025 [citado 14 de abril de 2025]. p. 462–71. Disponível em: <http://www.editoracientifica.com.br/articles/code/241218502>

55. Kuroiwa AY, Duarte BS, Cunha GBR, Dias RP, Mello DRB, Vitarelli AM. A relação médico-paciente e os aspectos envolvidos na adesão ao tratamento. Revista Interdisciplinar Pensamento Científico [Internet]. 2018 [citado 14 de abril de 2025];4(1). Disponível em: <https://reinpec.cc/index.php/reinpec/article/view/182>
56. Benigno NDS, Soares PHL, Morais IRVD, Lucena LC, Sousa EG, Souza MGFD, et al. A importância do atendimento centrado na pessoa na adesão ao tratamento de transtorno de ansiedade. Braz J Hea Rev. 13 de janeiro de 2025;8(1):e76751.
57. Branco PCC. Do acolhimento da queixa à compreensão da demanda na terapia centrada no cliente. Revista Brasileira de Psicoterapia [Internet]. 2019 [citado 15 de abril de 2025];21(3). Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/2318-0404.20190011>
58. Stenzel LM. Habilidades terapêuticas interpessoais: A retomada de Carl Rogers na prática da psicologia baseada em evidências. Psicologia Clínica. dezembro de 2021;33(3):557–76.