

# Os fundamentos da Abordagem Centrada na Pessoa na obra de Carl Ransom Rogers e a relevância deles para a prática clínica da Medicina de Família e Comunidade

The fundamentals of the Person-Centered Approach in the work of Carl Ransom Rogers and their relevance to the clinical practice of Family and Community Medicine

*Los fundamentos del Enfoque Centrado en la Persona en la obra de Carl Ransom Rogers y su relevancia para la práctica clínica de Medicina Familiar y Comunitaria*

Rodrigo Caprio Leite de Castro<sup>1</sup> 

<sup>1</sup>Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre (RS), Brasil.

## Resumo

A abordagem centrada na pessoa (ACP) é uma ferramenta clínica estruturante da Medicina de Família e Comunidade (MFC), sendo o seu ensino parte essencial dos programas de residência médica nessa especialidade. A fundamentação teórica da ACP está alicerçada sobre a obra do psicólogo norte-americano Carl Ransom Rogers, considerado o precursor da Psicologia Humanista. O objetivo deste artigo é apresentar os fundamentos da ACP na obra de Rogers e a relevância deles para a prática clínica da MFC. Os principais conceitos são apresentados em três pontos: 1) tendência atualizante (ou formativa); 2) ACP e a produção de *insight*; e 3) os três conceitos-chave (ou atitudes-chave) da ACP: congruência, consideração incondicional positiva e compreensão empática. Existe viva, pela obra de Rogers, a perspectiva de construção e aperfeiçoamento da clínica humanista, de maneira que, por essa razão, justamente, essa referência oferece um enorme potencial de qualificação da clínica da MFC.

**Palavras-chave:** Assistência centrada no paciente. Medicina de família e comunidade. Teoria psicológica.

### Autor correspondente:

Rodrigo Caprio Leite de Castro  
E-mail: rcastro@hcpa.edu.br

### Fonte de financiamento:

não se aplica.

### Parecer CEP:

não se aplica.

### Procedência:

não encomendado.

### Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 28/07/2021.

Aprovado em: 20/04/2022.

### Editora Associada:

Monique Bourget

**Como citar:** Castro RCL. Os fundamentos da Abordagem Centrada na Pessoa na obra de Carl Ransom Rogers e a relevância deles para a prática clínica da Medicina de Família e Comunidade. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2022;17(44):3170. [https://doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)3170](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)3170).



## Abstract

---

The Person-Centered Approach (PCA) is a structuring clinical tool of Family and Community Medicine (FCM), and its teaching is an essential part of Medical Residency Programs in this specialty. The theoretical foundation of PCA is based on the work of the North American psychologist Carl Ransom Rogers, considered the precursor of Humanist Psychology. The purpose of this article is to present the fundamentals of PCA in Rogers' work and their relevance to the clinical practice of FCM. The main concepts are presented in three points: 1) Actualizing (or formative) tendency; 2) PCA and the production of insight; and 3) The three key concepts (or key attitudes) of PCA: congruence, unconditional positive regard, and empathetic understanding. The perspective of construction and improvement of the humanist clinic, through Roger's work, is alive and, precisely for this reason, this reference offers enormous potential for qualifying the FCM clinic.

**Keywords:** Patient-centered care. Family practice. Psychological theory.

## Resumen

---

El Enfoque Centrado en la Persona (ECP) es una herramienta clínica estructurante de la Medicina Familiar y Comunitaria (MFC), y su docencia es parte fundamental de los Programas de Residencia Médica en esta especialidad. El fundamento teórico del ECP se basa en el trabajo del psicólogo norteamericano Carl Ransom Rogers, considerado el precursor de la Psicología Humanista. El propósito de este artículo es presentar los fundamentos del ECP en el trabajo de Rogers y su relevancia para la práctica clínica de la MFC. Los conceptos principales se presentan en tres puntos: 1) Tendencia de actualización (o formativa); 2) ECP y producción de *insight* y 3) Los tres conceptos clave (o actitudes clave) del ECP: congruencia, consideración positiva incondicional y comprensión empática. Está viva, a través del trabajo de Rogers, la perspectiva de construcción y mejora de la clínica humanista, por lo que, precisamente por eso, esta referencia ofrece un enorme potencial para calificar la clínica de la MFC.

**Palabras clave:** Atención dirigida al paciente. Medicina familiar y comunitaria. Teoría psicológica.

## INTRODUÇÃO

A abordagem centrada na pessoa (ACP) é uma ferramenta clínica estruturante da Medicina de Família e Comunidade (MFC), sendo o seu ensino parte essencial dos programas de residência médica nessa especialidade.<sup>1-6</sup>

No âmbito da MFC, a ACP vem sendo estudada e ensinada por meio do método clínico centrado na pessoa (MCCP), sistematização proposta por Stewart et al.<sup>7</sup> e constituída por quatro componentes interativos: “explorando a saúde, a doença e a experiência da doença”, “entendendo a pessoa como um todo”, “elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas” e “intensificando a relação entre pessoa e médico”.

Embora a influência de Rogers sobre a construção e a prática da ACP e, por consequência, do MCCP seja reconhecida, pouca ênfase tem sido dada à relevância dos seus conceitos para a prática clínica da MFC. Alguns são potencialmente importantes para a sua qualificação, especialmente no que se refere ao melhor desempenho do componente “intensificando a relação entre pessoa e médico” do MCCP, ou seja, à relação pessoa-médico.

Dessa forma, após uma breve visão geral sobre a sua obra, serão apresentados os seus conceitos potencialmente relevantes para a prática clínica da MFC, destacados em três pontos:

1. tendência atualizante (ou formativa);
2. ACP e a produção de *insight*; e
3. os três conceitos-chave (ou atitudes-chave) da ACP: congruência, consideração incondicional positiva e compreensão empática.

## Rogers e o desenvolvimento da perspectiva humanista

Por seus livros *Psicoterapia e consulta psicológica*, publicado em 1942, e *Terapia centrada no cliente*, de 1951, o psicólogo norte-americano Carl Ransom Rogers (1902–1987) é considerado o precursor da Psicologia Humanista.

Rogers apresentou, pela primeira vez, a teoria da Psicoterapia Não Diretiva (ou Aconselhamento Não Diretivo) em uma conferência proferida na Universidade de Minnesota, em 1940. Nessa época, trabalhando com crianças, observou nelas um potencial positivo para o desenvolvimento, com base no qual formulou a sua abordagem não diretiva. Segundo esta, competia ao terapeuta oferecer as condições propícias para que esse potencial se desenvolvesse e, à medida que ele fosse se revelando, passasse a orientar a abordagem e o tratamento. Essa perspectiva contrastava com as perspectivas diretivas, em que o terapeuta era quem indicava o curso da abordagem e do tratamento conforme os aspectos, que, na sua avaliação, atendiam às demandas em questão.

Em *Psicoterapia e consulta psicológica*,<sup>8</sup> Rogers mostra, de forma pioneira, uma análise sistematizada da sua abordagem psicoterápica por meio da transcrição de consultas, e em *Terapia centrada no cliente*,<sup>9</sup> expressão cunhada por ele, apresenta a sua teoria acerca da psicoterapia e da personalidade, além de pesquisas que corroboravam a sua abordagem. Dessa forma, nesse seguimento, ele substitui a sua perspectiva de não direcionamento pela de centramento no cliente.

Nos anos seguintes, o autor prosseguiu ampliando o seu âmbito de abordagem, aplicando-a outros campos do conhecimento, incluindo a Educação, a Sociologia e a Política, em livros notáveis: *Tornar-se pessoa*,<sup>10</sup> de 1961, *Liberdade para aprender*,<sup>11</sup> de 1969, e *Sobre o poder pessoal*,<sup>12</sup> de 1977, livro em que cita pela primeira vez o termo “abordagem centrada na pessoa”.

Em *Um jeito de ser*,<sup>13</sup> de 1980, Rogers aproxima a sua abordagem de uma filosofia de vida, uma maneira de ser. Apresenta também uma retrospectiva da evolução do seu pensamento, acabando por rever as mudanças a respeito das terminologias empregadas ao longo da sua obra — psicoterapia ou aconselhamento não diretivo, terapia centrada no cliente, psicoterapia centrada no grupo, administração e liderança centradas no grupo e ensino centrado no aluno (todas expressões e conceitos que se moldaram com base na sua obra) — e concluir: “como os campos de aplicação cresceram em número e variedade, o rótulo Abordagem Centrada na Pessoa parece ser o mais adequado”.<sup>13</sup>

Rogers não se referia mais somente à psicoterapia, mas também às relações e interações sociais e sobretudo a um ponto de vista, a “um jeito de ser”, de estar no mundo, a toda situação em que se tivesse como intenção o desenvolvimento de uma pessoa, de um grupo ou de uma comunidade. O termo ACP seria considerado, desde então, a síntese da sua obra.

O potencial da obra de Rogers é bem sinalizado por Moreira<sup>14</sup> quando a reconhece como um “eixo denso, que merece especial atenção no que se refere à continuidade de sua construção teórica na direção de uma clínica humanista, fenomenológica, crítica e ampliada, que prioriza o acolhimento da alteridade”.

### Primeiro ponto: tendência atualizante (ou formativa)

Rogers formulou, inicialmente, o conceito de “tendência de realização” ou “tendência atualizante” — a tendência natural, inerente, que está presente em todos os seres humanos, para o desenvolvimento completo, em uma direção positiva —, que passou a ser não somente o seu ponto de partida, mas sobretudo, como se verá ao longo da sua obra, o eixo de todo o seu pensamento.<sup>8,9,14</sup>

Em *Sobre o poder pessoal*, o autor amplia a sua perspectiva a todos os organismos vivos: “existe em todo organismo, em qualquer nível, um fluxo subjacente de movimento para uma realização construtiva de suas possibilidades intrínsecas”.<sup>12</sup> E será por meio de inúmeros exemplos advindos da biologia e das ciências físicas, presentes em *Um jeito de ser*, que ele ampliará ainda mais o conceito para o de uma “tendência formativa”, agora identificada no universo como um todo.<sup>13</sup>

Para Rogers, portanto, existe em todo ser humano, assim como em todo ente, uma tendência de atualização do seu potencial para o desenvolvimento ou amadurecimento, correspondendo os sintomas (ou disfunções ou doenças) ao seu desvirtuamento, embora nunca ao seu aniquilamento. Ao terapeuta (ou profissional da saúde) caberia a criação de condições facilitadoras para que a tendência atualizante (ou formativa) retornasse ao seu fluxo original, propiciando a continuidade do amadurecimento da pessoa.

Dessa forma, a premissa da ACP, reconhecida por Rogers em *Sobre o poder pessoal* — a de que o ser humano é um organismo digno de confiança — faz com que a tendência atualizante (ou formativa) seja, por consequência, o fundamento sobre o qual está construída a ACP.<sup>12</sup>

## **Segundo ponto: abordagem centrada na pessoa e a produção de *insight***

Na obra *Psicoterapia e consulta psicológica*,<sup>8</sup> Rogers considera que a busca por uma nova orientação e reorganização do eu é o objetivo primordial da consulta e que a questão principal, que se apresenta com base nessa busca, é a de se saber como o profissional de saúde poderá favorecer esse aumento de autocompreensão, essa nova orientação para novos objetivos.

Rogers argumenta que a técnica fundamental, que leva ao *insight* por parte da pessoa, exige do profissional de saúde um grau máximo de autorrestrrição (e não de iniciativa de ação), de maneira que será pelo encorajamento a expressar sentimentos e atitudes que a pessoa alcançará, espontaneamente, uma intuição compreensiva.<sup>8</sup>

Para o autor, o *insight* mais profundo e, também por isso, o mais útil, o que se revela mais eficaz na reorganização do eu, é o que se exprime espontaneamente. Sendo assim, o objetivo principal do profissional de saúde é ajudar a pessoa a abandonar toda espécie de defesa, toda impressão de que há sentimentos e atitudes que não se devem exprimir abertamente, qualquer preocupação com o fato de o profissional de saúde poder censurá-la. Se esse objetivo puder ser realizado, a pessoa será livre, então, para olhar a situação total na sua realidade, sem ter de se justificar ou proteger, tornando-se capaz de ver as relações com clareza e reconhecer os impulsos, até esse momento, reprimidos no interior de si mesmo.

No acompanhamento, à medida que a pessoa se revela a si mesmo, cada vez de uma maneira mais plena ao longo das entrevistas, o profissional de saúde começa a elaborar o seu *insight* a respeito dos problemas da pessoa, passando a experimentar também, a partir desse momento, uma grande tentação de informar a pessoa sobre o seu modelo de conduta, de interpretar as suas ações e a sua personalidade. É precisamente aqui que Rogers faz uma advertência: “quanto mais adequada for a interpretação tanto mais provável será a resistência de defesa”.<sup>8</sup> Não ceder, portanto, à tentação de interpretar e reconhecer que o *insight* é uma experiência a ser realizada e que não pode ser imposta passam a ser aspectos fundamentais do processo terapêutico.

O *insight*, segundo Rogers, é uma nova maneira de percepção do eu, das relações e das opções de escolha. O amadurecimento acontece quando a pessoa descobre que pode tornar o seu crescimento um tipo compensador de satisfação. O êxito em psicoterapia ocorre quando a pessoa se torna capaz de enfrentar a escolha de uma maneira livre, sem atitudes defensivas, preferindo as satisfações que

provêm de um caminho geralmente mais difícil, alcançadas em longo prazo, àquelas mais imediatas. Por ser a escolha pela mudança, justamente, o caminho de resposta às demandas atuais, que significa um adiamento das satisfações (que estão sendo em parte atingidas pelo sintoma adaptativo em questão), é que essa escolha, que representa o êxito da terapia, não pode ser dada por um tipo de terapia diretiva. Isso porque implica, precisamente, opções que ninguém pode fazer pela pessoa. À medida que o *insight* evolui, que a pessoa toma decisões com as quais se orienta para novos objetivos, essas decisões tendem a efetuar-se por meio de ações que a dirigem ao alcance desses novos objetivos.<sup>8</sup>

Dessa forma, dessa perspectiva, o processo terapêutico autêntico confia, enquanto motivação, nos impulsos para o crescimento e para a normalidade que existem em todas as pessoas. Se esses impulsos não forem suficientemente fortes para tornar possíveis escolhas positivas, é duvidoso que se possa esperar algum êxito no processo terapêutico.

Cabe, aqui, destacar as precauções feitas por Rogers aos profissionais de saúde e que podem ser particularmente úteis para a prática da MFC.

1. Quando o profissional de saúde se sentir inseguro de si mesmo, mais vale evitar qualquer tipo de interpretação.
2. Em qualquer interpretação, é preferível utilizar as expressões e os símbolos da pessoa.
3. É sempre melhor lidar com atitudes já expressas, ou seja, interpretar atitudes não expressas é nitidamente perigoso.
4. Não se ganha nada em se discutir uma interpretação. Se esta não for aceita, a não aceitação é um fato importante. A interpretação deve ser abandonada.
5. Se foi alcançado um autêntico *insight*, a pessoa verá espontaneamente a sua aplicação em outros domínios. Se isso não se verificar, o profissional de saúde pode ficar seguro de que foi ele, e não a pessoa, quem atingiu o *insight*.
6. Depois de a pessoa alcançar um significativo *insight*, o profissional de saúde deve estar preparado para observar uma recaída temporária. É importante, nesse momento, reconhecer e aceitar esses sentimentos e ter paciência e ser compreensivo. Desse modo a pessoa demonstrará, em breve, que se tratava de uma retirada momentânea da luta envolvida no desenvolvimento para a maturidade.

Da mesma forma, são particularmente úteis à prática da MFC as orientações dadas por Rogers para o caso de falta à consulta. Nessas situações, conforme ele, o profissional de saúde tem duas coisas importantes a fazer. A primeira é estudar as suas notas, de modo especial as que se referem à última consulta, e se fazer as seguintes perguntas: as suas técnicas eram do tipo de forçar, suscetíveis de criar resistências? Houve uma interpretação muito prematura? A pessoa enfrentou uma escolha muito difícil antes de estar preparada para ela? Mostrou por meio dos seus progressos que estava preparada para terminar o acompanhamento e essa nova independência não foi reconhecida nem aceita? A segunda coisa a fazer é facilitar tanto quanto possível o retorno, ajudando a pessoa ao mesmo tempo a compreender que, se ela escolher não voltar, essa solução será também aceita pelo profissional de saúde.

### **Terceiro ponto: os três conceitos-chave (ou atitudes-chave) da abordagem centrada na pessoa: congruência, consideração incondicional positiva e compreensão empática**

No livro *Sobre o poder pessoal*,<sup>12</sup> Rogers apresenta três conceitos-chave (ou atitudes-chave) que devem permear o encontro entre pessoas. São três condições que devem ser atendidas para que se atinja o

clima necessário para a promoção do crescimento e do desenvolvimento da pessoa, seja no relacionamento entre terapeuta e pessoa, seja naquele entre líder e grupo, professor e aluno, administradores e equipe, isto é, em qualquer situação na qual o desenvolvimento da pessoa for um objetivo.

O primeiro conceito-chave (ou atitude-chave) consiste na autenticidade, veracidade, ou o termo que será preferido pelo autor: “congruência”.<sup>12,13</sup> Isso quer dizer que, “quanto mais o terapeuta for ele mesmo no relacionamento, não colocando uma fachada profissional ou pessoal, maior será a probabilidade de que a pessoa se modificará e crescerá de uma maneira construtiva”.<sup>12</sup> Por meio da congruência, o terapeuta estará vivenciando abertamente os seus sentimentos e atitudes no momento da consulta.

O termo “transparente” conota esse elemento, “o terapeuta torna-se transparente para a pessoa, a pessoa pode ver claramente o que o terapeuta é no relacionamento, a pessoa não percebe nenhum bloqueio por parte do terapeuta”.<sup>12</sup> Dessa forma, “há congruência entre o que está sendo vivenciado no nível visceral, o que está presente na consciência e o que é expresso à pessoa”.<sup>12</sup>

O que significa esse conceito em termos práticos? Significa que, “quando a pessoa está sofrendo ou está aflita, o terapeuta é capaz de sentir ternura, compaixão ou compreensão. Entretanto, em outros momentos da relação terapêutica, poderá sentir tédio, raiva ou mesmo medo de uma pessoa destrutiva”.<sup>12</sup> Desse modo, “quanto mais o terapeuta tiver consciência de si — e puder assumir e expressar esses sentimentos, sejam positivos ou negativos — mais provavelmente será capaz de ajudar a pessoa”.<sup>12</sup> Para Rogers, portanto, são os sentimentos e as atitudes que promovem a ajuda quando expressos, e não as opiniões ou os julgamentos sobre a outra pessoa. As opiniões e os julgamentos são discutíveis, porém o terapeuta apenas pode ser congruente e útil quando expressa os sentimentos que possui. À medida que o terapeuta vivencia, reflete e exprime o que ocorre com ele é que será capaz de facilitar o crescimento e o desenvolvimento da pessoa. É como se o terapeuta dissesse: “aqui estou como sou”.<sup>12</sup> E a pessoa, “descobrimo que o terapeuta está se permitindo ser como ele é, possa também descobrir a mesma liberdade”.<sup>12</sup>

O segundo conceito-chave (ou atitude-chave) na criação de um clima para a mudança é a aceitação, o interesse ou a consideração — a “consideração incondicional positiva”.<sup>12,13</sup> Esse elemento da abordagem significa que, “quando o terapeuta está tendo uma atitude positiva, aceitadora, em relação ao que quer que a pessoa esteja sendo naquele momento, a probabilidade de ocorrer um movimento terapêutico ou uma mudança aumenta”.<sup>13</sup>

No entanto, um terapeuta que é real frequentemente terá sentimentos muito diferentes, até mesmo negativos, em relação à pessoa. Por conseguinte, assegura Rogers, isso não deve ser considerado uma imposição, isto é, que seja necessário que o terapeuta tenha consideração positiva incondicional a todo tempo pela pessoa. Trata-se do fato de que “a mudança construtiva da pessoa é menos provável se esse elemento não ocorrer com alguma frequência no relacionamento”.<sup>12</sup>

O terceiro conceito-chave (ou atitude-chave) da relação terapêutica é a “compreensão empática”.<sup>12,13</sup> Esse terceiro elemento implica o seguinte movimento: “o terapeuta capta com precisão os sentimentos e significados pessoais que a pessoa está vivenciando e comunica essa compreensão à pessoa”.<sup>13</sup> Isso acontece, principalmente, por meio de uma escuta ativa e sensível, que “faz o terapeuta ser capaz de entrar no mundo interno da pessoa e esclarecer não só o que está consciente como também o que se encontra abaixo do nível da consciência”.<sup>13</sup>

O autor demonstra, por meio dos seus inúmeros relatos de casos, que uma pessoa que busca ajuda muda para melhor quando está envolvida num relacionamento com um profissional de saúde que possui esses elementos. E mais, que o processo de mudança na pessoa é uma recíproca das atitudes do terapeuta, ou seja, à medida que a pessoa “depara-se com o terapeuta escutando com aceitação seus

sentimentos, torna-se capaz de escutar com aceitação a si mesma — ouvir e aceitar a raiva, o medo, a ternura, a coragem, que está sendo vivenciada. À medida que a pessoa observa o terapeuta apreciando e valorizando, mesmo os aspectos ocultos e desagradáveis que foram expressos, ela vivencia apreço e afeição por si mesma. À medida que o terapeuta é percebido como sendo real, a pessoa é capaz de abandonar fachadas, para mostrar mais abertamente sua vivência interna”.<sup>12</sup>

Dessa forma, com Rogers, o foco da abordagem clínica deslocou-se das teorias às atitudes, ou seja, ao respeito, à autenticidade, ao interesse, à aceitação e à compreensão empática.

No livro *Tornar-se pessoa*,<sup>10</sup> ele refere que, no início da sua carreira, ele se perguntava como poderia tratar ou curar ou mudar uma pessoa, porém, naquele momento, anunciava a questão de outra maneira: como poderia proporcionar uma relação que a pessoa pudesse utilizar para o seu próprio crescimento pessoal?

Outra característica marcante da sua abordagem é a ponderação da autoridade do terapeuta: “é a própria pessoa que sabe aquilo de que sofre, qual a direção a tomar, quais problemas são cruciais, que experiências foram profundamente recalçadas. Comecei a compreender que, para fazer algo mais do que demonstrar minha própria clarividência e sabedoria, o melhor era deixar, à pessoa, a direção do movimento no processo terapêutico”.<sup>10</sup>

E, ao percorrer essa perspectiva, conclui: “não posso fazer mais do que tentar viver segundo a minha própria interpretação da presente significação da minha experiência, e tentar dar aos outros a permissão e a liberdade de desenvolverem a sua própria liberdade interior para que possam atingir uma interpretação significativa da sua própria experiência”.<sup>10</sup>

A respeito dos três conceitos-chave (ou atitudes-chave) da ACP, o autor considera que o terceiro elemento, o da compreensão empática, seja talvez o mais facilmente aperfeiçoado.<sup>12</sup> Os profissionais de saúde podem aprender a serem melhores ouvintes, mais sensíveis, mais empáticos, pois isso, em parte, é uma habilidade tanto quanto uma atitude. Entretanto, para tornar-se mais autêntico e congruente e mais atencioso e interessado pelas pessoas que atende, o profissional de saúde deve mudar vivencialmente, o que é um processo mais lento e mais complexo.<sup>12</sup>

## CONCLUSÃO

Rogers inovou não somente em conceitos e perspectivas, mas também na investigação e pesquisa no campo da psicologia, sendo igualmente pioneiro na aplicação de metodologias de gravação, transcrição e análise de entrevistas e consultas. Além disso, manteve-se sempre em diálogo com a sua própria experiência clínica, de maneira que todos os seus livros são atravessados por relatos de casos, dos quais invariavelmente partem as suas análises ou com os quais elas são exemplificadas ou concluídas — característica que faz com que os seus livros ofereçam, também, uma leitura agradável e fluida, com excertos ou vinhetas de casos que a todo tempo socorrem o leitor, facilitando a compreensão dos conceitos.

Ao leitor da obra de Rogers, dois aspectos vão-se avolumando. O primeiro é que, à medida que se avança na leitura, acompanha-se a crescente abrangência que a sua perspectiva vai tomando, desde o trabalho com crianças e a tendência atualizante, passando pelo centramento no cliente, no grupo, na equipe, no educando, até o centramento na pessoa, o tornar-se pessoa, terapeuta, um jeito de ser no mundo, a política, a tendência formativa presente na natureza, no universo. O segundo é que vai ficando cada vez mais claro, para o leitor, que a preocupação de Rogers não estava em descrever algum tipo de técnica psicoterápica propriamente dita, mas sim em delinear uma postura ou uma atitude em frente ao paciente, à pessoa, ao outro, à alteridade e, mais amplamente, à vida. Dessa forma, encontramos,

na obra de Rogers, os conceitos que devem balizar a relação terapêutica, que devem operar a todo tempo o encontro entre médico/a e pessoa, contribuindo, portanto, para o melhor desempenho dos quatro componentes do MCCP, particularmente para o “intensificando a relação entre pessoa e médico”.

A perspectiva humanista, ao indicar como eixo da sua abordagem o reforço dos aspectos positivos e o estímulo à capacidade de regeneração, representa, por fim, um contraponto à clínica biomédica hegemônica, assentada sob a orientação do combate à doença. Existe viva, pela obra de Rogers, a perspectiva de construção e aperfeiçoamento da clínica humanista, de maneira que, por essa razão, justamente, essa referência oferece um enorme potencial de qualificação da clínica da MFC.

## AGRADECIMENTOS

À Camila Giugliani, que, quando lhe contei sobre a minha leitura da obra de Carl Ransom Rogers, sugeriu que eu escrevesse este artigo.

## CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

## REFERÊNCIAS

1. Rodrigues RD, Aguilera CE, Anderson MIP. Formação e qualificação do Médico de Família e Comunidade através de programas de residência médica no Brasil, hoje: considerações, princípios e estratégias. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2005.
2. Anderson MIP, Castro Filho ED, Rodrigues RD, Dalla MDB, Bourge MMM. Bases para expansão e desenvolvimento adequados de programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade. Rev Bras Med Fam Comunidade 2007;3(11):180-98. [https://doi.org/10.5712/rbmfc3\(11\)336](https://doi.org/10.5712/rbmfc3(11)336)
3. Anderson MIP, Rodrigues RD. Formação de especialistas em Medicina de Família e Comunidade no Brasil: dilemas e perspectivas. Rev Bras Med Fam Comunidade 2011;6(18):19-20.
4. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Currículo baseado em competências para Medicina de Família e Comunidade. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2015. Disponível em: [http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf)
5. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Recomendações para a qualidade dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade. Manual de orientações. Grupo de Trabalho de Ensino da SBMFC. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2020. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Recomendac%CC%A7o%CC%83es-para-a-qualidade-dos-Programas-de-Reside%CC%82ncia-em-Medicina-de-Fami%CC%81lia-e-Comunidade.pdf>
6. Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Resolução nº 1 de 25 de maio de 2015. Regulamenta os requisitos mínimos dos programas de residência médica em Medicina Geral de Família e Comunidade — R1 e R2 e dá outras providências. Diário Oficial da União de 26 de maio de 2015, Seção 1; p. 11. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=20741-res01-25052015-cnrm-regulamenta-requisitos-pdf&category\\_slug=setembro-2015-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=20741-res01-25052015-cnrm-regulamenta-requisitos-pdf&category_slug=setembro-2015-pdf&Itemid=30192)
7. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.
8. Rogers CR. Psicoterapia e consulta psicológica. Tradução: Ferreira MJC. São Paulo: Martins Fontes; 1997. Disponível em: [https://gmeaps.files.wordpress.com/2017/05/carl-rogers-psicoterapia-e-consulta-psicol3b3gica\\_transcrito.pdf](https://gmeaps.files.wordpress.com/2017/05/carl-rogers-psicoterapia-e-consulta-psicol3b3gica_transcrito.pdf)
9. Rogers CR. Terapia centrada no cliente. Tradução: Bartalotti CC. São Paulo: Martins Fontes; 1992. Disponível em: <https://gmeaps.files.wordpress.com/2016/07/carl-rogers-terapia-centrada-no-cliente-1.pdf>
10. Rogers CR. Tornar-se pessoa. Tradução: Ferreira MJC. São Paulo: Martins Fontes; 2012. Disponível em: <https://gmeaps.files.wordpress.com/2019/02/tornar-se-pessoa-carl-r-rogers.pdf>
11. Rogers CR. Liberdade para aprender. Belo Horizonte: Interlivros; 1978.
12. Rogers CR. Sobre o poder pessoal. São Paulo: Martins Fontes; 1989.
13. Rogers CR. Um jeito de ser. São Paulo: E.P.U.; 2012.
14. Moreira V. Revisitando as fases da abordagem centrada na pessoa. Estud Psicol (Campinas). 2010;27(4):537-44. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2010000400011>