



UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA
DORALINA ENGE MARCON

**“PRETENDO APENAS SER UM VISITANTE NAQUELE MUNDO”: A
INTERVENÇÃO DE PSICÓLOGOS DA ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA
COM PESSOAS COM PSICOSE**

Palhoça
2011

DORALINA ENGE MARCON

**“PRETENDO APENAS SER UM VISITANTE NAQUELE MUNDO”: A
INTERVENÇÃO DE PSICÓLOGOS DA ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA
COM PESSOAS COM PSICOSE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Psicologia, da Universidade do Sul de Santa Catarina, como requisito parcial à obtenção do título de Psicólogo.

Orientadora: Prof^a. Nádia Kienen, Dr^a.

Palhoça

2011

Dedico este trabalho ao meu pai, que hoje eu sei que olhava para o meu coração e olharia para essa conquista com muito carinho. Sinto sua falta.

AGRADECIMENTOS

Mais uma etapa da vida parece estar indo... E como sozinha nunca estive, quero agradecer a quem se fez presente, do jeito que fez... Apesar de as palavras não exprimirem metade dos sentimentos...

Obrigada mãe, por ter acreditado que eu era capaz. Por todo o apoio em casa. E por você simplesmente estar aqui. Você sabe que é por sua ajuda que estou finalizando essa etapa.

Obrigada pai, porque, além de te amar mais todos os dias, hoje eu entendo que você foi o maior facilitador para que minhas potencialidades fossem desenvolvidas. Devo a você todo o carinho que existe dentro de mim. Você se faz presente em cada respirar meu.

Obrigada Bruno, meu namorado querido. Você é o maior presente que eu podia ganhar. Obrigada por ser meu companheiro. Obrigada por todos os dias me ajudar como podia, com esse seu jeito amado, inclusive traduzindo textos. Escrever todo esse trabalho e poder olhar para o lado e ver você me deu muita força. Toda essa etapa final foi menos dolorida por sua causa.

Obrigada Dani, por hoje ser minha tia/sogra e amiga. Obrigada pelas oportunidades, pelas ajudas, pela compreensão, por me escutar, me fazer rir e dividir um pouco da sua vida e da sua família comigo. Sou muito feliz por estar participando disso tudo.

Obrigada Jason, Adjelson, vó Raquel e vô Loro, por me acolherem desse jeito querido.

Obrigada Jade, por ter me feito companhia tantas vezes em que estava muito chato estudar. Principalmente por deitar no meu colo. Devo agradecer também os meus Vut-vut, Loli e Mido pela alegria que deram sempre ao chegar em casa.

Obrigada Bel, minha amiga. Seu carinho, dedicação e amor alimentam minha alma. Sua amizade é uma pedra preciosa e esse trabalho tem parte de você.

Obrigada Tata, “por esses momentos curtos em que dividimos as nossas angustias. Isso além de nos fortalecer, nos mostra quem realmente está com a gente. Obrigada por estar comigo de verdade”.

Obrigada Ká, minha folhinha, por fazer parte de mim e entender o quanto quis estar ao seu lado nas primeiras vivências de mãe e não pude. A sua compreensão foi um presente lindo. Nossos momentos juntas me dão alegria para continuar.

Obrigada Eli, por ser minha folha, ter me acompanhado nessa caminhada e mesmo distante estar por perto, sinto seu coração batendo. Nossos momentos juntas me dão alegria para continuar.

Obrigada Migalis, Nath, Aline e Marcelo, por serem responsáveis por parte do que sou, e mesmo não nos vendo muito estão aqui dentro de mim.

Obrigada Gêmulô, pela sua incrível capacidade de estar por perto. Por me fazer rir tanto.

Obrigada meus amigos do CEFET, que me ensinaram a abraçar e amar as pessoas todos os dias e não cansar nunca.

Obrigada Fran, por ser uma mistura de sentimentos para mim, inclusive de que te conheço há algumas vidas. Você me ensina a cada dia, obrigada pelo carinho.

Obrigada Mila, por continuar me amando!

Obrigada Camila, por ao me encontrar pela UNISUL me passar uma vontade de me ver, verdadeira. Eu também sempre tenho vontade de ver você. Admiro-te.

Obrigada Babi, cada segundo ao seu lado é um presente. Sua amizade é uma paz. Obrigada por me deixar ser e você ser quem você é.

Obrigada Raquel, por se dividir comigo e eu ver muitas vezes em você, eu mesma.

Obrigada Lingüiça, por ter deixado meus dias na UNISUL mais divertidos e por tantos momentos de companhia.

Obrigada Ká baiana, porque com você eu aprendi o quanto de sentimentos, amor e compaixão podem caber em um único coração.

Obrigada Pathy, por cada abraço, cada sorriso, cada palavra de carinho... por ter existido em minha vida. Você termina essa faculdade comigo.

Obrigada Ester por ter me mostrado que por trás de palavras duras e um abraço não dado existe um coração querendo ser amado e amar. Obrigada por me surpreender. Obrigada por ter me ajudado tanto esse ano com tudo. E por estar ao meu lado. Esse trabalho saiu com partes de você.

Obrigada Ary, por ser sempre tão doce. Vejo uma psicóloga maravilhosa!

Obrigada Tuize, por ter me proporcionado momentos de amizade quando eu já nem sabia o que era ter conversas sobre mim. Obrigada por dividir angustias e pelas risadas!

Obrigada Marli, por ter dividido comigo sua vivência de ser mãe, esposa e mulher. Suas experiências me fazem pensar com carinho.

Obrigada Zete, por me mostrar que posso fazer o que gosto. Te admiro muito!

Obrigada Betânia, por me ensinar o que é força. E por dividir comigo um pouquinho de você.

Obrigada Cayo, por brigar e mostrar sua voz junto com a minha. Você me ensinou muito. A ser irônica inclusive! Obrigada por ter me dado forças para realizar um sonho comigo e acreditar que sou capaz.

Obrigada Ranieri, por ser uma inspiração e sempre me receber com seu sorriso de abraço.

Obrigada à todos os meus amigos da faculdade, é com vocês que estou passando mais essa etapa!

Obrigada à todos meus amigos da dança que dançaram comigo e por isso sempre me deram alegrias!

Obrigada Lú e João, porque vocês se fazem presentes com muito carinho.

Obrigada Tia Arlete e Seu Carlos, por toda a ajuda nessa caminhada, chamada vida. Para mim hoje, vocês fazem parte do que considero família.

Obrigada ao meu chefe Júnior e à todos meu amigos de trabalho, pela compreensão, ajuda, e risadas. Apesar de ser a parte do dia mais enlouquecedora era a mais divertida também. Por causa de vocês tudo ficou mais engraçado.

Obrigada Anita, mais que uma especial coorientadora, minha facilitadora de potencialidades. Com você aprendo a cada encontro, mas aprendo mais ainda sobre mim. Essa caminhada à autenticidade está sendo possível através de você. Obrigada por me ajudar e pegar na minha mão nesse desafio que resolvi enfrentar, pois era o que eu queria, e hoje vejo como faz parte de mim. Sua ajuda, sua facilitação, sua atenção e carinho fizeram com que eu estivesse aqui hoje, finalizando/começando. Muito obrigada.

Obrigada Nádia, minha orientadora, sempre atenciosa e amável. Obrigada por ter aceitado com que eu realizasse esse tema, me dando espaço para ser eu mesma. Toda sua tranquilidade e confiança em mim me ajudaram para que eu conseguisse. Melhor orientadora. Muito obrigada.

Obrigada Maíra, por me ajudar direta e indiretamente nesse trabalho e na minha vida hoje.

Obrigada Joana, por ter aceitado estar presente na minha banca. Sua participação é muito especial.

Obrigada Gabriel, por ter sido marcante na minha graduação e por estar presente na minha banca me acompanhando nesse final.

Obrigada Carol, por ter me ensinado muito sobre Psicologia, sobre ser professora, sobre ser psicóloga e sobre ser amiga. Com certeza durante toda a graduação você foi a professora mais especial para mim.

Obrigada à todos os professores que me acompanharam durante o curso, todos, contribuíram muito para minha formação como psicóloga e pessoa.

Obrigada aos participantes da minha pesquisa, que foram muito atenciosos e amáveis, esse trabalho só está escrito hoje por causa de vocês.

Era uma prova dramática do que todos nós aprendemos – atrás das cortinas de silêncio e alucinação de uma fala estranha, hostilidade e indiferença, em cada caso existe uma pessoa e, se formos habilidosos e tivermos sorte, podemos atingir essa pessoa, e frequentemente, apenas por rápidos momentos, podemos ter uma relação direta de pessoa-para-pessoa com ela. Para mim, esse fato parece dizer alguma coisa sobre a natureza da esquizofrenia. Também diz alguma coisa sobre a natureza do homem e sua ânsia e seu medo de um profundo relacionamento humano. Parece dizer que os seres humanos são pessoas, quer os tenhamos rotulado de esquizofrênicos ou de outra coisa. (ROGERS, 1976, p.224).

RESUMO

A saúde mental é um assunto emergente, uma vez que as redes de saúde mental no país continuam em desenvolvimento, e por esse motivo é importante a produção e renovação de conhecimentos sobre o tema. Verificando a escassez de pesquisas sobre a saúde mental na Abordagem Centrada na Pessoa – especificamente a psicose – pensou-se no tema desse trabalho de conclusão de curso. Dessa forma, essa pesquisa objetiva caracterizar a intervenção de psicólogos que atuam com pessoas com psicose a partir da Abordagem Centrada na Pessoa. Para que este objetivo fosse alcançado, foi realizada uma pesquisa exploratória de caráter qualitativo com delineamento estudo de caso. Foram participantes da pesquisa dois psicólogos que trabalham há mais de 20 anos com pessoas com psicose a partir da Abordagem Centrada na Pessoa. Esses profissionais foram indicados por uma psicóloga da grande Florianópolis que atua a partir da mesma abordagem. Todos os contatos com os participantes foram realizados via e-mail, e desta forma foi enviado e respondido o questionário aberto, composto por três perguntas referentes aos três objetivos específicos delineados. Primeiramente os dados coletados foram categorizados a partir da técnica de análise de conteúdo, seguidos pela análise de acordo com o referencial teórico proposto. Constatou-se que esses profissionais não percebem a psicose como uma doença, mas um estado ou uma situação. Não são estabelecidos objetivos prévios no atendimento, uma vez que a pessoa atendida que dá a direção ao mesmo. O entendimento da linguagem da pessoa com psicose em psicoterapia é fundamental, bem como é importante o envolvimento da família e o uso de medicamentos. Os profissionais percebem como resultado do processo psicoterápico, que a pessoa cria novas relações com seu mundo e com os demais. Conclui-se que, o diagnóstico é secundário na intervenção psicológica, uma vez que a pessoa é colocada em primeiro plano. O envolvimento da família no que diz respeito ao atendimento psicológico com pessoas com psicose é importante para promover esclarecimentos e reflexões sobre familiar com psicose. O uso adequado de medicação é considerado importante, pois atua no alívio de sintomas. Quanto aos resultados da psicoterapia, os psicólogos pontuam que as pessoas com psicose passam a perceber seu mundo particular e fazer uma diferenciação entre seu mundo e o mundo do outro.

Palavras-chave: Psicose. Intervenção psicológica. Abordagem Centrada na Pessoa.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Percepção do psicólogo Belas acerca do conceito de psicose do ponto de vista social, do indivíduo e da pessoa em atendimento.....	53
Quadro 2 – Estratégias de intervenção a partir da percepção do psicólogo Belas.	57
Quadro 3 – Objetivos da intervenção a partir da percepção do psicólogo Belas.	58
Quadro 4 – Comunicação na intervenção a partir da percepção do psicólogo Belas.	59
Quadro 5 – Instrumentos da intervenção a partir da percepção do psicólogo Belas.	61
Quadro 6 – Relação psicólogo/pessoa na intervenção a partir da percepção do psicólogo Belas.....	63
Quadro 7 – Família na intervenção a partir da percepção do psicólogo Belas.....	64
Quadro 8 – Medicação na intervenção a partir da percepção do psicólogo Belas.	66
Quadro 9 – Resultados da intervenção a partir da percepção do psicólogo Belas.	69
Quadro 10 - Percepção do psicólogo Abel acerca do conceito de psicose do ponto de vista social, do indivíduo e da pessoa em atendimento.....	71
Quadro 11 – Estratégias de intervenção a partir da percepção do psicólogo Abel.....	74
Quadro 12 – Instrumentos da intervenção a partir da percepção do psicólogo Abel.	75
Quadro 13 – Resultados da intervenção a partir da percepção do psicólogo Abel.....	76

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	4
RESUMO	9
1 INTRODUÇÃO	3
1.1 PROBLEMÁTICA E JUSTIFICATIVA	4
1.2 OBJETIVOS	13
1.2.1 <i>Objetivo Geral</i>	13
1.2.2 <i>Objetivos Específicos</i>	13
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
2.1 PSICOSE.....	14
2.1.1 <i>Considerações sobre o conceito de psicose</i>	14
2.1.2 <i>Psicose e a sociedade</i>	18
2.3 ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA	25
2.3.1 <i>Conceitos e processos importantes</i>	25
2.3.2 <i>Psicose na Abordagem Centrada na Pessoa</i>	34
2.3.3 <i>Intervenção na Abordagem Centrada na Pessoa</i>	37
3 MÉTODO	44
3.1 TIPO DE PESQUISA	44
3.2 PARTICIPANTES	44
3.3 EQUIPAMENTOS E MATERIAIS	45
3.4 SITUAÇÃO E AMBIENTE	45
3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	45
3.6 PROCEDIMENTOS.....	46
3.6.1 <i>Seleção dos participantes</i>	46
3.6.2 <i>Contato com os participantes</i>	47
3.6.3 <i>Coleta e registro de dados</i>	48
3.6.4 <i>Organização, tratamento e análise de dados</i>	49
4 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	51
4.1 BELAS E SUA CONTRIBUIÇÃO ACERCA DA INTERVENÇÃO COM PESSOAS COM PSICOSE.....	51
4.1.1 <i>Conceito de psicose apresentado por Belas</i>	52
4.1.2 <i>Estratégia de Intervenção apresentadas por Belas</i>	56
4.1.3 <i>Resultados da intervenção com pessoas com psicose apresentados por Belas</i>	68
4.2 ABEL E SUA CONTRIBUIÇÃO ACERCA DA INTERVENÇÃO COM PESSOAS COM PSICOSE.....	70
4.2.1 <i>Conceito de psicose apresentado pelo psicólogo Abel</i>	71
4.2.2 <i>Estratégia de Intervenção com pessoas com psicose apresentadas pelo psicólogo Abel</i>	73
4.2.3 <i>Resultados na psicoterapia com pessoas com psicose apresentados pelo psicólogo Abel</i>	75
CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
REFERÊNCIAS	81
APÊNDICE	87

APÊNDICE A	88
APÊNDICE B.....	92
APÊNDICE C	95
APÊNDICE D	96

1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa tem como objetivo, caracterizar o processo de intervenção de psicólogos que atuam a partir da Abordagem Centrada na Pessoa com pessoas com psicose. Este projeto de pesquisa foi desenvolvido na disciplina Trabalho de Conclusão de Curso I (TCC I), da nona fase do curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL. A pesquisa está vinculada à disciplina do Núcleo Orientado em Psicologia e Saúde, por meio do estágio curricular no CAPS II (Centro de Atenção Psicossocial) em Palhoça/SC.

O tema desta pesquisa surgiu do interesse da pesquisadora em conhecer melhor como pode ser a intervenção com pessoas com psicose de acordo com a Abordagem Centrada na Pessoa, sendo que a pesquisadora estagia em um CAPS, onde pessoas com psicose são atendidas. O interesse por este tema surgiu a partir da junção entre uma perspectiva teórica do humanismo, que desde a quinta fase do curso de Psicologia chama a atenção da pesquisadora, e a intervenção com pessoas com psicose, pessoas essas que lida em seu local de estágio.

Neste contexto, é apresentada no corpo deste trabalho a problemática do assunto, assim como as relevâncias social e científica e a explanação dos objetivos da pesquisa. Na fundamentação teórica é apresentado dois subcapítulos referentes à psicose. O primeiro retrata as considerações sobre o tema psicose. São apresentados brevemente, o histórico e duas perspectivas principais sobre a psicose: da psiquiatria e da fenomenologia. Como segundo ponto da fundamentação teórica é problematizada a questão da desinstitucionalização da pessoa com sofrimento psíquico. São expostas questões sobre a Reforma Psiquiátrica brasileira, bem como suas implicações quanto à participação dos atores envolvidos no processo terapêutico da pessoa com sofrimento psíquico. O segundo capítulo contempla três subcapítulos sobre a Abordagem Centrada na Pessoa, um que explana conceitos importantes da Abordagem, outro que descreve como a psicose é entendida por essa Abordagem e o terceiro e último discute brevemente a intervenção da Abordagem Centrada na Pessoa dando ênfase a intervenção com pessoas com psicose. É então explicada a metodologia adotada. Em seguida são explanadas as categorizações dos dados encontrados através da pesquisa, articuladas com o conhecimento científico sobre a temática. São discutidos os seguintes aspectos: conceito de psicose, intervenção com pessoas com psicose e resultados da intervenção com pessoas com psicose. Por último, são apresentadas as considerações finais, com sugestões para novas pesquisas e conclusões decorrentes do estudo realizado.

1.1 PROBLEMÁTICA E JUSTIFICATIVA

Qual o olhar da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) sobre uma pessoa com psicose? Como é a relação terapêutica entre um psicólogo da ACP e uma pessoa com psicose? Quais intervenções esse profissional pode realizar em atendimento psicoterapêutico com pessoas com psicose? Tais perguntas podem surgir de alunos ao longo da graduação de psicologia e de outros profissionais que tenham contato com a saúde mental. Essas perguntas existem e parecem ainda não ser suficientemente respondidas a partir da literatura científica existente. Respostas a essas perguntas poderiam dar maior amplitude e visibilidade sobre as intervenções do psicólogo com pessoas com psicose.

O modo de entender a psicose sofreu mudanças ao longo da história humana. Inicialmente o louco era conhecido como o “possuído”. Existia uma significação religiosa na qual a pessoa era ignorada, sendo aprisionada nessas concepções místicas. Quando a medicina começou a apresentar-se como detentora de conhecimento, passou-se a considerar esse “possuído” como uma pessoa doente. Nesse momento, o pensamento positivista da medicina da época manifestava-se (FOUCAULT, 1975), sendo considerado que o único pensamento verdadeiro é o científico e comprovado de forma concreta.

Foucault (1975) aponta que a loucura tem uma mistura de compreensões. Desde a medicina grega ela já era entendida também como patologia, e na Idade Média, existiam hospitais que abrigavam jaulas reservadas aos loucos considerados curáveis. No fim do século XV, segundo o autor, a loucura era tão temida quanto a morte. Na época do Renascimento, ocorreu a valorização da loucura nas artes, na literatura e no teatro. Neste período, esse fenômeno circulava livremente pela sociedade, pois a loucura passa a ser mais exaltada do que dominada.

Posteriormente, foram construídos estabelecimentos de internação para os marginalizados da sociedade: os loucos, os velhos e inválidos pobres, mendigos e desempregados, portadores de doenças venéreas, criminosos, etc.. (FOUCAULT, 1975). Esses hospitais gerais não tinham a intenção de tratar essas pessoas, mas sim, o intuito de separá-las do convívio social, por não serem produtivas. Na história, como afirma Foucault (1975), há um período de silêncio, em que a loucura não é tão referenciada. Sabe-se, no entanto, que nos internamentos, nos hospitais gerais, atribuem ao louco, culpas morais, “todos aqueles que, em relação a ordem da razão, da moral e da sociedade, dão mostras de

‘alteração’” (FOUCAULT, 1975, p. 54). Esse período de exclusão de várias pessoas da sociedade logo é posto em revolta por conta do advento da industrialização. Aos poucos, as casas que antes abrigavam todas as pessoas excluídas socialmente, foram transformando-se em casas apenas para loucos.

Nesse momento em que a loucura passa a ser motivo de internação em casas próprias para este fim, a medicina da doença mental aparece com força: a psiquiatria. Médicos como Pinel e Tuke disseminam os tratamentos morais ininterruptos, nos quais os loucos eram submetidos a técnicas cruéis numa tentativa de controle e disciplinamento, pautados em uma ciência positivista. Buscava-se a cura da loucura através da implantação da culpa moral e da humildade nas pessoas consideradas loucas. (FOUCAULT, 1975). Sendo assim, o corpo dessas pessoas submetidas a esses tratamentos não os pertencia mais, pois esse tratamento era feito através desse corpo sem privacidade, por meio de agressões, humilhações, castigos e ameaças. Aqui se deixa para trás a pessoa, seus desejos, suas paixões, o que ela é, e prega-se o isolamento e a despersonalização.

Percebe-se que nesse período da história, referenciado até então, predomina o modelo biomédico, no qual a saúde é entendida apenas na relação médico/paciente, sendo o médico o detentor do conhecimento, que percebe a saúde como ausência de doença. A saúde aparece nos momentos em que ela se encontra fragilizada por um adoecimento e então foca-se o tratamento para a remoção da doença. Esse processo é embasado no modelo mecanicista, no qual a pessoa é percebida como uma máquina e quando em doença investigam-se as partes dessa máquina e quais substâncias podem estar faltando. Nessa perspectiva, a doença é investigada e busca-se a sua cura. Pode-se perguntar: quais as conseqüências dessa concepção sobre o processo de ser pessoa, ou seja, agir de acordo consigo mesmo, quando esta está submetida em um modelo que prioriza o adoecimento e a busca pela cura?

O modelo biomédico passou a ser percebido como insuficiente quando algumas manifestações dos sujeitos passaram a extrapolar as questões biológicas, e os médicos ficaram sem algumas respostas. Começaram, então, a considerar os aspectos subjetivos e sociais como fazendo parte do processo de adoecimento. Essa percepção muda principalmente do conceito de saúde elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que definiu, em 1946, saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças”. (KUJAWA, BOTH, BRUTCHER, 2003, p. 13). Portanto, saúde passa a abranger vários aspectos da vida das pessoas, bem como entender que é um processo que não se restringe ao adoecer, mas também à prevenção e promoção da saúde.

Essa mudança no conceito de saúde teve grande repercussão na história da loucura, a qual chega à Reforma Psiquiátrica. Com o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), conquista da Reforma Sanitária¹, abre-se outras possibilidades de pensar saúde, a partir de um novo conceito de saúde que preconiza a integralidade, acessibilidade e igualdade nos serviços à população (LEMOS; CAVALCANTE JR., 2009). Este novo conceito visa proporcionar saúde através da promoção de saúde e prevenção, recuperação, reabilitação e alívio de sintomas ou doenças, entendendo saúde em seu sentido amplo e abandonando o conceito dicotômico de saúde envolvendo cura/doença. (KUJAWA, BOTH, BRUTSCHER, 2003).

Em busca de outras modificações do sistema de saúde vigente, a Reforma Psiquiátrica sucederá a Reforma Sanitária. Segundo Lemos e Cavalcante Jr. (2009, p.234), a Reforma Psiquiátrica surge em contraposição à redução do sujeito “à condição de objeto” e às intervenções que parecem mais promover o adoecimento do que promover saúde e cidadania. Para redesenhar essa realidade no contexto da Saúde Pública, surgem também os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), como novo modelo de assistência à saúde mental, nos quais ocorrem as intervenções e articulações, de maneira multidisciplinar, com as pessoas em sofrimento psíquico grave. Entre os profissionais que compõem a equipe do CAPS, está o psicólogo, que exerce um dos papéis fundamentais nas intervenções. Nesse espaço, o psicólogo pode construir seu lugar na saúde pública, abrindo portas para a coletividade, para o social.

A partir dessas novas formas de pensar saúde, novas intervenções devem ser realizadas. As equipes de saúde passaram então a ser multiprofissionais, ou seja, compostas por outros profissionais além dos médicos e enfermeiros, entre eles, os psicólogos. De acordo com a nova forma de olhar para a saúde humana, a equipe deve trabalhar em conjunto, não apenas sendo multidisciplinar, mas trabalhando interdisciplinarmente, ou seja, promovendo ações e tomando decisões em conjunto em relação às pessoas e a comunidade atendida. Essa forma de organização das equipes de saúde vai ao encontro do novo conceito de saúde, pois se o sujeito é percebido em diversos aspectos de sua vida. Portanto, não basta apenas um profissional para tratá-lo, mas vários profissionais que juntos possam compreender a pessoa em sofrimento.

¹ O movimento da Reforma Sanitária aparece num contexto no qual o Brasil estava em meio a epidemias e em uma lógica hospitalocêntrica em que o governo visava o aumento dos lucros através da busca por saúde em hospitais. A Reforma Sanitária traz a concepção de saúde como qualidade de vida e é direito de todos os cidadãos. (KUJAWA; BOTH; BRUTSCHER, 2003)

Bacellar, Michel e Flôr (2010) apresentam a Abordagem Centrada na Pessoa não apenas como uma vertente psicológica, mas como modo de ser, o que parece ir de encontro com essa nova forma de lidar com a saúde. As autoras afirmam que uma das dificuldades de trabalhar de maneira interdisciplinar está vinculada à relação entre pessoas, entre os profissionais, pois requer deles uma tolerância e abertura sobre o que os colegas de trabalho concebem e fazem a respeito das pessoas atendidas e da sociedade, sendo essas visões por vezes diferenciadas. A Abordagem Centrada na Pessoa propõe um jeito de ser com “atitudes consideradas positivas incondicionais, empáticas e autênticas, uma postura centrada na pessoa, que considera positiva e incondicionalmente qualquer manifestação do outro, construindo relações permeadas por uma escuta incondicional e uma abertura para o outro.” (p.8)

Vale destacar que a Abordagem Centrada na Pessoa entende que, de acordo com Lemos; Cavalcanti Jr. (2009), quando em doença, a pessoa se apresenta presa em um modo de existir no qual embota seu processo de tornar-se pessoa através da tendência atualizante, essa não aparecendo por conta do distanciamento da responsabilidade de ser. A tendência atualizante é entendida por Rogers (1983, p.40) como “um fluxo subjacente de movimento em direção à realização construtiva das possibilidades que lhe são inerentes.” Essa tendência inerente ao ser humano o move em direção ao desenvolvimento complexo, como que um impulso natural em direção ao aperfeiçoamento (ROGERS, 1983), e principalmente indo em direção às potencialidades da pessoa, ou seja, a favor dela mesma.

Nesse sentido, a atuação do profissional necessita ser direcionada à sensibilidade de perceber as potencialidades do indivíduo para facilitar que ele entre num processo de conhecimento de si, fortalecendo assim suas potencialidades de melhora, ou seja, o profissional terá o foco na positividade. (LEMOS; CAVALCANTI JR., 2009). A abordagem Centrada na Pessoa, parece ir de encontro com o novo conceito de saúde que se preconiza nos sistemas de saúde nacionais: olhar para a pessoa com sua singularidade, sem a procura da cura, mas do bem estar, visto pela ótica da pessoa e não pela ótica dos profissionais ou da sociedade acerca do que seja bem estar ou saúde, como anteriormente na época da loucura.

Na Abordagem Centrada na Pessoa se pode entender a singularidade da percepção que a pessoa tem de si e do mundo, ou seja, cada pessoa entende a vida do seu jeito e essa é sua singularidade. Sendo que cabe à ela dizer que jeito é esse e não ao psicólogo através das suas teorias e interpretações. Rogers (198, p.39) diz que

se as pessoas são aceitas e consideradas, elas tendem a desenvolver uma atitude de maior consideração em relação a si mesma. Quando as pessoas são ouvidas de modo empático, isto lhes possibilita ouvir mais cuidadosamente o fluxo de suas experiências internas. Mas à medida que uma pessoa compreende e considera o seu eu, este se torna mais congruente com suas próprias experiências. A pessoa torna-se então mais verdadeira, mais genuína.

Apesar de não ter sido Rogers quem elaborou as teorias sobre novas formas de olhar a saúde e a loucura, seus escritos, como se pode perceber, apontam para um processo da forma em que está sendo discutido, e por isso parece interessante entender como é realizada a intervenção na saúde por meio da Abordagem Centrada na Pessoa e mais especificamente na saúde mental, com pessoas com psicose.

Vale frisar que o positivismo da medicina na época de Pinel, por exemplo, até antes da Reforma Psiquiátrica, privava as pessoas consideradas doentes mentais de sua singularidade, como se nem mesmo o seu próprio corpo as pertencesse (FOUCAULT, 1975; AMARANTE, 2009) dessa forma, as pessoas eram todas tratadas do mesmo jeito, pois eram consideradas loucas, não possuindo um tratamento diferenciado conforme suas singularidades. A partir da Reforma Psiquiátrica e desses novos espaços terapêuticos, passa-se a ter como proposta, olhar para o sujeito com suas características particulares, um corpo seu (REVERBEL, 1996), uma personalidade sua; olhar para sua singularidade (BRASIL, 2004), enfim, concebê-la como pessoa.

Rogers (2009, p.123) fundamenta que a pessoa busca se tornar cada vez ela mesma, “começa a derrubar as falsas frentes, ou as máscaras, ou papéis, com as quais encarou a vida. Parece estar tentando descobrir algo mais básico, algo mais verdadeiramente ela mesma.” O autor chama esse processo de tornar-se pessoa, conceito esse que faz parte da teoria da Abordagem Centrada na Pessoa. Frequentemente as pessoas descobrem que só existem em “resposta às exigências dos outros, que parece não ter nenhum eu próprio, e que está somente tentando pensar, e sentir e se comportar de acordo com a maneira que os outros acreditam que deva pensar, e sentir e se comportar” (ROGERS, 2009, p.124). O mesmo autor ainda afirma que essa uma experiência perturbadora, mas quando a pessoa encontra “liberdade para pensar, sentir e ser, o indivíduo se volta para tal meta” (ROGERS, 2009, 125), tornar-se ele mesmo. Esse conceito de tornar-se pessoa, além de ter forte relação com valorizar o ser humano em sua singularidade, vai ao encontro do conceito de autonomia que hoje fundamenta o trabalho nas redes de saúde mental brasileiras. O termo autonomia aparece em diversos momentos no documento do Ministério da Saúde (2010) sobre os Centros de Atenção Psicossociais, espaços que atendem a demanda de saúde mental pública. Há trechos

nos documentos que indicam que esses espaços devem promover a autonomia das pessoas que buscam esse serviço para a “reconstrução de laços sociais, familiares e comunitários” (BRASIL, 2010, p. 27). Para isso, a pessoa precisa passar pelo processo de tornar-se ela mesma, sendo autônoma e não dependendo do outro para dizer como deve ser e sentir. (ROGERS, 2009). Dessa forma, a abordagem centrada na pessoa parece poder contribuir no campo da saúde mental.

Por meio da Reforma Psiquiátrica, baseada nos preceitos do SUS, tem-se espaço para pensar essas pessoas consideradas loucas como humanas, através da Política Nacional de Humanização (2004), por exemplo. Com base nessas políticas e preceitos, é possível conceber outra forma de olhar a pessoa com sofrimento psíquico, considerando-a como uma pessoa com suas características únicas que necessitam devem ser valorizadas.

Essas mudanças na forma de olhar o ser humano, pensando-o como pessoa, podem ocorrer através dos profissionais que têm contato com as pessoas em sofrimento psíquico. De acordo com Martins (2004, p.22), “a atividade assistencial não pode ocupar-se de seres humanos como se não o fossem. Seres humanos são tanto os clientes como os profissionais, ou seja, ambos têm necessidades, desejos, medos, carências.” Os profissionais quando intervêm com uma pessoa, em qualquer campo ou atividade de trabalho, podem se portar e ter uma forma de lidar com o outro de modo que a pessoa atendida se sinta tratada como uma igual (pessoa), ou ainda como um objeto ou uma pessoa inferior. Martins (2004) apresenta em sua obra que é importante considerar a aliança terapêutica do profissional com o cliente no processo de humanização no atendimento das redes de saúde,

A “aliança terapêutica” é um elemento fundamental, que deve existir no vínculo profissional-cliente, como propulsora de um bom atendimento. A técnica, por mais aprimorada que seja, tenderá a ser inócua ou alienante, se não for veiculada por uma boa relação profissional-cliente. (BALINT, 1988, apud MARTINS, 2004, p. 35).

Para a Abordagem Centrada na Pessoa, segundo Rogers (1977), existem dois pontos que são importantes na atuação de um psicólogo: a formação, ou seja, o conhecimento técnico e os atributos pessoais desse profissional. O autor destaca esse último ponto, pois em sua teoria, a relação entre o psicólogo e a pessoa em atendimento, que é pautada nos atributos pessoais do profissional é fundamental para a intervenção. Portanto, é importante que o profissional tenha atributos pessoais que direcionem sua prática em um sentido humanizador, mantendo uma relação de pessoa para pessoa e não uma relação de superioridade enquanto profissional detentor de saber. Segundo Rogers (2009), a pessoa precisa, de um espaço, de

uma relação na qual se sinta segura e livre e essa sensação virá da relação que o profissional e a pessoa em atendimento estabelecerão. As intervenções de acordo com a Abordagem Centrada na Pessoa parecem corroborar as diretrizes de saúde que estão sendo estabelecidas pelas políticas públicas, sendo pertinentes os questionamentos: será que as intervenções a partir da ACP ocorrem nessa perspectiva? Que características tem essas intervenções?

Cabe ressaltar que o processo da Reforma Psiquiátrica ainda está em andamento. Dados do Ministério da Saúde (2010) apresentam que no Brasil existem 1541 CAPS, 564 residências terapêuticas, 860 ambulatórios públicos de Saúde Mental e 2568 leitos psiquiátricos do SUS em Hospitais Gerais. Esses números representam os locais de serviços disponíveis que pessoas em grave sofrimento psíquico podem procurar, mas ainda assim percebe-se que é apenas um início, pois a realidade apresenta filas de espera, citadas, por exemplo, por Rietra (1999), Dimenstein; Liberato (2009) e Veras (2007), e Hospitais Psiquiátricos ainda sendo necessários (GONÇALVES; SENA, 2001; DIMENSTEIN, et al., 2005; SOARES; SAEKI, 2006). Esses dados parecem indicar que é grande a demanda em saúde mental no país.

Além disso, de acordo com o Ministério da Saúde, no Sistema de Informações Hospitalares do SUS, em pesquisa no período de fevereiro de 2011, houve 22.191 internações, no Brasil, de pessoas com transtornos mentais e comportamentais, ou seja, é grande o número de pessoas em sofrimento psíquico intenso, inclusive pessoas com psicose. Este fenômeno (a psicose) parece presente de forma viva em nossa sociedade e merece ser estudado, inclusive as intervenções possíveis.

Parece importante retomar que, o conceito de psicose apresenta variações ainda hoje, sendo que uma delas é da psiquiatria, que embasa os dados do Ministério da Saúde, que apresenta:

A definição mais estreita de *psicótico* está restrita a delírios ou alucinações proeminentes, com as alucinações ocorrendo na ausência de *insight* para sua natureza patológica. [...] Finalmente, o termo foi conceitualmente definido como uma perda dos limites do ego ou um amplo prejuízo no teste de realidade (DSM IV TR, 2002, p.263).

Silva (2001, p.20) apresenta várias perspectivas possíveis para o tratamento de pessoas com psicose dependendo da forma como esta é compreendida²:

para a Psiquiatria Clínica, cujo objeto de estudo é a doença mental, a intervenção por via medicamentosa constitui-se na via régia para a terapêutica que consiste na eliminação dos sintomas; para a Psicanálise, que parte do conceito de psicose, o tratamento consiste na busca do sentido do sintoma, de modo que a construção do delírio - mal a ser estirpado segundo a perspectiva psiquiátrica - passa a ser o objetivo a ser atingido como possibilidade de cura. Já a perspectiva filosófica impõe que se compreenda o lugar social atribuído à loucura ao longo da história, levando a considerar as práticas de dominação da loucura e dos loucos como estratégias de aniquilamento e de exclusão de algo que é essencialmente humano.

Entende-se a partir do exposto que dependendo da maneira de olhar a psicose, as maneiras de tratamento serão diferentes nas diversas áreas que lidam com a saúde mental. É importante ressaltar que essas diferenciações acontecem na Psicologia e suas diferentes abordagens, as quais percebem o homem de maneira diferente e por isso tem diferentes vertentes de tratamento psicológico.

A perspectiva psicológica que apresenta mais frequentemente pesquisas em revistas científicas indexadas, relacionadas à psicose é a Psicanálise (FREIRE, 1999; BRAUER, 2000; PEQUENO, 2002; GOIDANICH, 2003; HERRMANN, 2004; LACET, 2004; FRANCO, 2005; SANTI, 2004; TOLEDO, 2004). O conceito de psicose nessa perspectiva é o que se assemelha ao da psiquiatria: “implicam um processo deteriorativo das funções do ego, a tal ponto que haja, em graus variáveis, algum sério prejuízo do contato com a realidade. É o caso, por exemplo, das diferentes formas de esquizofrenias crônicas” (ZIMERMAN, 1999, p. 227).

Outros autores com outras perspectivas manifestam sua forma de olhar sobre a psicose, por exemplo, Müller-Granzotto, Müller-Granzotto (2008); Pereira (2008); Carvalho, Costa (2010); Canedo (1996) embasados na teoria da Gestalt-terapia e Santos (2006); Schneider (2009), embasados na teoria Existencialista. Duas perspectivas que tem como base a fenomenologia.

Dentro dessas abordagens ainda pouco divulgadas em meios científicos (revistas indexadas) encontra-se a Abordagem Centrada na Pessoa, criada por Carl Rogers. Parece haver escassez de informações de como é entendida a psicose a partir dessa perspectiva, bem como de quais são as intervenções feitas, apesar de existirem alguns autores com pesquisas

² Apesar do termo psicose ser usado na teoria psicanalítica, segundo Silva (2001), optou-se por usar o termo com mais frequência nessa pesquisa por ser também uma forma de a Psicologia de maneira geral referenciar uma pessoa que apresenta delírios e alucinações numa desorganização psíquica.

sobre isso como, por exemplo, Messias, Cury (2006) e Diniz (2001). A última autora disserta, por exemplo, acerca das dificuldades em perceber de forma teórica e prática a atuação do psicólogo, que tem como perspectiva a Abordagem Centrada na Pessoa, na clínica das psicoses. Em seu estudo, a autora realizou entrevistas que tinham como objetivo problematizar a experiência desses profissionais em sua atuação no campo da psicose. Já Messias e Cury (2006) apresentam o conceito de experiencição como recurso que cabe na intervenção de pessoas com psicose.

Através de buscas sobre estudos da psicose referentes à perspectiva Centrada na Pessoa, pode-se perceber que as discussões existem, apesar de escassas, mas circulam em meios de divulgação da própria abordagem, como sites da ACP³ e livros vendidos em encontros da ACP (KLÖCKNER, 2010).

Conclui-se que, normalmente a intervenção e a conceituação de psicose é divulgada cientificamente pelo olhar psicanalítico, ainda que outras teorias também discorram sobre isso. Por conseqüência, limita as possibilidades de intervenção, pois se as pesquisas baseiam-se na maior parte das vezes pela psicanálise, limitando a possibilidade de novas perspectivas para intervir em pessoas com psicose. Existem, como apresentado anteriormente, diversas formas de perceber a pessoa, e quando se olha apenas por uma perspectiva reduz-se as possibilidades de intervenção.

Portanto, verifica-se a necessidade de novos estudos a partir de diferentes abordagens, para ampliar conhecimentos e possibilidades para a atuação de psicólogos com pessoas com psicose. Conhecimento esse que necessita extrapolar espaços específicos das abordagens, possibilitando maior visibilidade sobre o próprio fenômeno e intervenções possíveis com esses sujeitos para análise de estudantes e profissionais de psicologia a fim de elucidar cada vez mais o fenômeno em questão. Estudar o conceito de psicose e as possíveis intervenções, inclusive a partir da ACP, amplia possibilidades de alternativas de intervenções psicológicas junto às pessoas com psicose.

Diante de todo o exposto parece relevante pesquisar: “Quais as características do processo de intervenção de psicólogos que atuam a partir da Abordagem Centrada na Pessoa com pessoas com psicose?”

³ <http://www.institutodelphos.com.br/instituicao/>, <http://www.jlbelas.psc.br/>.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Caracterizar o processo de intervenção de psicólogos que atuam a partir da Abordagem Centrada na Pessoa com pessoas com psicose.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Conceituar psicose na percepção de psicólogos que atuam a partir da Abordagem Centrada na Pessoa.
- Caracterizar quais as estratégias de intervenção utilizadas por psicólogos que atuam a partir da Abordagem Centrada na Pessoa na intervenção de pessoas com psicose.
- Identificar os resultados que ocorreram com as pessoas com psicose em tratamento com psicólogos da Abordagem Centrada na Pessoa, na percepção desses profissionais.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 PSICOSE

2.1.1 Considerações sobre o conceito de psicose

A loucura – uma das denominações da psicose - foi entendida de diversas maneiras ao longo da história. Ao final do século II d.C a loucura pode ser vista de três formas: 1) causada pelos deuses, 2) como produto dos conflitos dos homens – imposta pelos deuses ou não e 3) como efeito de disfunções somáticas ligadas a aspectos afetivos. Esses três enfoques são modelos conceituais da loucura, que se apresentavam da época de Homero a Galeno. (PESSOTTI, 1995).

Na época do Renascimento a loucura era vista predominantemente como diabólica, como possessão demoníaca. Papas, bispos e padres eram as pessoas que faziam as intervenções em busca da “cura” dessas pessoas acometidas pelo demônio. Nesta época, a loucura ainda era vista de forma mística e não como uma “doença mental”. (PESSOTTI, 1995).

Em sua obra, Pessotti (1995), contempla um exame da loucura a partir século XVII em que começam a surgir conhecimentos médicos sobre a mesma. Nesse século, essa passa a ser uma doença como todas as outras, sendo dessa forma, naturalizada e medicalizada. O conceito de loucura como possessão demoníaca entra em desuso, contribuindo para a construção do conceito de doença mental.

Com o passar do tempo foram produzidos estudos sobre a doença mental a partir dos quais surge a ciência chamada psicopatologia, que segundo o Dicionário de Psicologia (DORON; PAROT, 202, p.634),

tem como objeto as condutas patológicas, e como objetivo descrever seu funcionamento, sua gênese e seus processos, permitindo sua mudança. Como ramo da psicologia, a psicopatologia baseia-se no conhecimento do funcionamento normal para apreender, descrever e analisar esses comportamentos patológicos.

De acordo com Assumpção Jr. (1993), o termo psicose passa a ser utilizado em 1845 por Feuchtersleben, psiquiatra austríaco, com a finalidade de descrever os distúrbios mentais ou de personalidade. Nesse período, a psicose é entendida fundamentalmente como orgânica, principalmente remetida à estrutura cerebral, para médicos como Maudsley (s/ano apud ASSUMPCÃO JR, 1993).

Segundo essa linha de pensamento, começa-se a descrever minuciosamente as síndromes mentais, tendência dos psiquiatras Pinel e Esquirol na primeira metade do século XIX. Kraepelin, psiquiatra alemão, por exemplo, dedicou-se a aspectos descritivos das psicoses utilizando-se de histórias clínicas, porém ainda não considerando aspectos psicológicos, como afirma Assumpção Jr. (1993). O mesmo autor ainda ressalta que mesmo com um processo lógico na construção do conceito de psicose ele permanece vago.

Vários outros autores constroem ao longo história, conceitos sobre a psicose. Assumpção Jr. (1993) traz alguns, tais como: Despert, Anibal Silveira, Michaux, Hinsie, Bradley, Mira y Lopes e Winnicot. Assumpção Jr. (1993, p.14) observa que existe um aspecto comum entre os conceitos desses autores, qual seja, uma “perturbação qualitativa da capacidade de perceber o mundo externo e interno, com uma conseqüente modificação da conduta”.

No decorrer dos estudos sobre doenças mentais, foi criado o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), para os profissionais da saúde mental, o qual contém os critérios diagnósticos para os diferentes transtornos mentais. Sua última versão é o DSM IV TR de 2000. Nesse manual encontram-se conjuntos de critérios diagnósticos descritos de forma breve, incluindo os diagnósticos dos chamados transtornos psicóticos.

O conceito de psicose, segundo o DSM-IV-TR (2002, p.303) é variável conforme a presença de certos sintomas, e, por isso, variável conforme as categorias diagnósticas. Na Esquizofrenia, no Transtorno Esquizofreniforme, no Transtorno Esquizoafetivo e no Transtorno Psicótico Breve, “o termo *psicótico* refere-se a delírios, quaisquer alucinações proeminentes, discurso desorganizado ou comportamento desorganizado ou catatônico”. No Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral e o Transtorno Psicótico Induzido por Substâncias, o termo “*psicótico* refere-se a delírios ou apenas aquelas alucinações que não são acompanhadas de *insight*”. Por último no Transtorno Delirante e no Transtorno Psicótico Induzido, o termo “*psicótico* equivale a delirante”.

No Compêndio de Psicopatologia de Sadock e Sadock (2007, p.508), os autores não definem a psicose, mas caracterizam cada transtorno que está incluído nessa categoria,

sendo o transtorno mais especificado dentre as psicoses, a esquizofrenia. Esses autores trazem a história desse transtorno, e citam os “sintomas fundamentais” de acordo com Bleuler, psiquiatra que cunhou o termo esquizofrenia,

[...] Estes sintomas incluíam perturbações associativas, especialmente frouxidão, perturbações afetivas, autismo, ambivalência, resumidos como os quatro As: associações, afeto, autismo e ambivalência. Também identificou aqueles que Kraepelin considerava os principais indicadores de *demência precoce*: alucinações e delírios (SADOCK; SADOCK, 2007, p.508).

Os manuais diagnósticos dissertam sobre categorias diagnósticas e características sintomatológicas, parecendo não considerar aspectos subjetivos e psicológicos das pessoas que apresentam grave sofrimento psíquico. Quinet (2006, apud KOERICH, 2010, p.15)

posiciona-se frente aos manuais diagnósticos (CID, DSM e Classificação Internacional de Doenças), como “ateóricos”, que servem como descrição compartilhada entre todos os psiquiatras do mundo (...) . Refere-se ainda aos manuais como auxílio para um diagnóstico prático e útil, que serve para comparar a eficácia terapêutica e tornar-se uma coletânea estatística.

Assumpção Jr. (1993) cita em seu texto também autores fenomenológicos que abordam o tema mostrando que existem outras possibilidades de entendimento da psicose, tais como a de Jaspers, que considera as psicoses como “transformações psicológicas anormais que se apresentam a partir de uma vivência” (JASPERS, 1977 apud ASSUMPÇÃO JR., 1993, p. 15). Jaspers (1997), afirma que cada pessoa com esquizofrenia tem um mundo singular, diferenciado de outras pessoas com esse transtorno. A partir desse exposto pode-se perguntar: não seria importante que o profissional pudesse tentar compreender o mundo vivencial de pessoas com psicose para além do diagnóstico?

A psicose é percebida, à luz da psicopatologia, por meio dos sintomas característicos dela, principalmente pela presença de alucinações e delírios. Porém, a psicologia, através de diferentes perspectivas teóricas, entre elas, as com base fenomenológica, pode entender as manifestações psicopatológicas de outras formas.

Laing (1991), como analista existencial, traz em sua obra uma das formas possíveis de entender a psicopatologia através dos estudos fenomenológicos. O autor considera que, de nada adianta um psiquiatra saber todas as características diagnósticas e não

entender que mais do que sintomas de uma doença, a pessoa está expressando sua existência e querendo ser ouvida.

Impossível deixar de ver a pessoa de um modo ou de outro e situar nossas elaborações ou interpretações sobre o seu comportamento tão logo entramos com ele em relacionamento. Isto se dá mesmo no caso negativo de nos encontrarmos detidos ou embaraçados por uma falta de reciprocidade da parte do paciente, quanto sentimos que *não há ninguém ali* para reagir à nossa aproximação. (LAING, 1991, p.32).

Laing (1991) retoma o exemplo de um interpretador de hieróglifos, sendo Dilthey o que mais se destaca em sua época. Ele considera que, mesmo que se analise as características dos traços e se leve em conta o passado, o “nexo sócio-histórico”, deve-se levar em consideração a relação entre tradutor e escrito, considerando a empatia, ou seja, colocar-se no lugar do outro para poder entendê-lo. A partir dessa ilustração, faz uma analogia com a interpretação da psicose, afirmando que a psiquiatria também tenta fazer uma “análise formal” da fala e do comportamento da pessoa que busca atendimento. No entanto é necessário transcender a idéia de um passado estático, ampliando a compreensão do sentido dos sintomas na vida da pessoa. De acordo com Laing (1991, p.33), “nossa visão do outro depende da boa vontade em convocar todas as forças de todos os aspectos de nós mesmos no ato da compreensão”.

O autor em questão, ainda destaca que, quando o psiquiatra observa a pessoa que está sendo atendida buscando sintomas da doença, ou ainda, quando busca explicar seu presente com um passado “imutável”, o médico está impondo categorias de pensamentos suas e dificilmente entenderá o que a pessoa está lhe querendo comunicar. (LAING, 1991, p.33).

Parece que Laing (1991) expressa, em sua visão fenomenológica, a importância da relação entre pessoa em sofrimento e quem a está atendendo. O profissional necessita considerar o que a pessoa busca comunicar-lhe, ao invés de classificá-la de acordo com manuais diagnósticos em características fixas, considerando um passado estático para explicar o presente. A partir dessa perspectiva, é possível pensar que o profissional necessita estar disposto a entender a pessoa através do que tenta expressar, e “possuir versatilidade para transportar-se a uma visão estranha e talvez alienada do mundo. Nesse ato apela para suas possibilidades psicóticas sem renunciar à própria sanidade.” (LAING, 1991, p.35).

Sobre todo o exposto, Laing (1991, p. 35) diz que se deve “amar” a pessoa que se atende. O autor usa essa palavra, mesmo sendo, como ele apresenta, uma palavra “prostituída”. Ele acredita que amar, significa compreender, entender como a pessoa se sente.

Afirma ainda que não se pode amar “um aglomerado de ‘sinais de esquizofrenia’”. (LAING, 1991, p.35). O autor, portanto, diz que é de extrema importância a relação entre profissional e pessoa com psicose, assim como a postura que esse profissional tem com quem ele atende, bem como os sentimentos que permeiam essa relação.

Faz-se importante entender como se deu a relação da pessoa com psicose e a sociedade ao longo da história para que partindo da história possa ser construída uma nova forma de olhar e viver com pessoas com psicose.

2.1.2 Psicose e a sociedade

A Reforma Psiquiátrica traz mudanças significativas na história da saúde mental e uma delas é a mudança de conceitos, na qual a forma de pensar o sujeito em sofrimento psíquico passa por uma transformação. A mudança de enfoque dos conceitos, conforme Ribeiro (1996, p. 16), contribui para que “o asilo, ‘a loucura’, deixem de ser vistos como ponto central do atendimento psiquiátrico” e outros profissionais, novas abordagens e novos conceitos contribuem para novas formas de tratamento. Considerando o sujeito em detrimento da doença mental, ocorre a desinstitucionalização da pessoa em sofrimento psíquico.

De acordo com Hirdes (2009), desinstitucionalização significa deslocar a atenção da instituição para a comunidade. Porém, esse conceito vai além, trazendo a atenção para a pessoa, não em direção à cura, mas sim, para a produção de vida e sentido sem isolá-la, mas inseri-la no meio social e em sua comunidade.

Para Amarante (1996), existem três formulações sobre a desinstitucionalização: desinstitucionalização como desospitalização, como desassistência e como desconstrução. A desinstitucionalização como desospitalização refere-se à substituição dos hospitais psiquiátricos por espaços na saúde pública com caráter preventivo e comunitário. Desinstitucionalização como desassistência é relacionada com o fato de deixar as pessoas usuárias dos hospitais psiquiátricos sem assistência em decorrência da desospitalização. E por último, a desinstitucionalização como desconstrução, que alude sobre a mudança epistemológica relacionada principalmente à crítica do saber psiquiátrico clássico em relação à saúde mental. Essa última formulação tem como intenção substituir o saber positivista para

uma construção da realidade como um processo histórico. É a partir dessa elaboração sobre a desinstitucionalização que a Reforma Psiquiátrica brasileira se pauta.

A Reforma Psiquiátrica, segundo o Ministério da Saúde,

é um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios. (BRASIL, 2005, p.6)

Sendo a Reforma Psiquiátrica um processo tão complexo e envolvendo tantas pessoas e áreas sociais, se faz importante que a desinstitucionalização englobe todas as esferas. De acordo com Basaglia (1982, p.257 apud BARROS, 1994, p.175), “o mal obscuro da psiquiatria está em haver separado um objeto fictício – a doença – da existência dos pacientes e do corpo social, construindo sob essa separação artificiais aparatos científicos, legislativos, administrativos, todos referidos à doença”. Por isso, a desinstitucionalização deve ocorrer nos diversos âmbitos sociais, como citou Basaglia, havendo mudanças de conceitos e perspectivas a respeito das pessoas com grave sofrimento psíquico. Tem-se a proposta de que esses novos conceitos sejam diferentes de uma lógica de cura embasada na concepção de doença, para que a pessoa seja considerada antes da análise de sintomas manifestos.

Amarante (1994) aponta como um marco importante no início da Reforma Psiquiátrica no Brasil, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Esse movimento que ocorreu em 1987, lança o lema “Por uma sociedade sem Manicômio” com a intenção de fazer com que a sociedade discuta sobre a loucura, sobre a psiquiatria, a doença mental, manicômios e possíveis experiências de desinstitucionalização, para que se abra “um processo prático de desconstrução dos conceitos e das práticas psiquiátricas”. (AMARANTE, 1994, p. 81).

Segundo Amarante (1994), nesse contexto surge o projeto de Lei 3657/89 do deputado Paulo Delgado, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Quando o projeto torna-se Lei em 2001 (10.216/2001), institui-se a atenção em saúde mental como conjunto de ações de promoção, prevenção e tratamento referentes ao melhoramento, manutenção ou restauração da saúde mental de uma população. Tratamento esse que, de acordo com o

Ministério da Saúde (2005), necessita ser de base comunitária, considerando que as pessoas não devem ser internadas em manicômios, o que faz com que sejam excluídas da sociedade.

Porém, a realidade da saúde mental no Brasil tem demonstrado que não houve, ainda, extinção deste tipo de tratamento. De acordo com o Art. 4º da Lei 10.216/2001, “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.” Antes da aprovação desta Lei, o tratamento comumente imposto às pessoas em sofrimento psíquico era a internação e, na maioria das vezes, ocorria a exclusão. De acordo com a Lei Paulo Delgado, este tipo de tratamento hoje só deve ser realizado quando outros recursos se demonstrarem insuficientes.

Esta Lei é o início jurídico de novas práticas de tratamento, extinguindo, aos poucos, o uso dos manicômios e, buscando tratamentos mais humanizados, com uma equipe multidisciplinar, que ofereçam a oportunidade às pessoas, usuárias do serviço de saúde mental, de construir, juntamente com a equipe, intervenções que busquem seu bem estar. Essa mudança oportuniza que outros profissionais, tais como o psicólogo, o assistente social, o professor de educação física, o enfermeiro, o terapeuta ocupacional e o psiquiatra trabalhem de forma integrada em busca da promoção de saúde. (RIBEIRO, 1996).

Para ocorrer o processo de desospitalização, foi necessária a criação de serviços substitutivos tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as Residências Terapêuticas e o Programa de Volta para Casa para oferecer tratamento adequado as pessoas em sofrimento. Estes serviços preconizam o tratamento com o convívio dos familiares e da comunidade, evitando o isolamento que ocorre nas internações psiquiátricas.

O CAPS é a principal estratégia do processo da Reforma, conforme o Ministério da Saúde. (BRASIL, 2004). Seu propósito é acolher pessoas com transtornos mentais, de forma a promover a integração com o meio social e familiar, buscando autonomia e oferecendo atendimento médico e psicológico. (BRASIL, 2004). Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005, p.8):

É na década de 90, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos.

No CAPS espera-se que ocorra uma comunicação e acompanhamento das pessoas que vivem em residências terapêuticas, além de apoio ao trabalho dos Agentes comunitários

de Saúde e equipe de Saúde da Família no que se refere à saúde mental. (BRASIL, 2004). Além disso, pessoas em sofrimento, tal como nos casos de psicose, encontram nesta instituição projetos terapêuticos e comunitários, possibilitando a reinserção da pessoa na sociedade. (BRASIL, 2004). As práticas realizadas no CAPS buscam ser acolhedoras e em espaços abertos, não se limitando a estrutura física da instituição. (BRASIL, 2004). Assim, percebe-se a realização de intervenções na realidade deste tipo de instituição voltadas à singularidade das pessoas com transtorno mental, diferentemente da prática de internação psiquiátrica.

As Residências Terapêuticas “surtem [...] como componentes decisivos da política de saúde mental do Ministério da Saúde para a concretização das diretrizes de superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico”. (BRASIL, 2005, p. 15). Caracterizam-se por serem residências localizadas em espaço urbano, voltadas às necessidades de moradia de pessoas com transtorno mental que passaram muitos anos internadas e que visam a reinserção destas após o período de internação psiquiátrica, garantindo-lhes seus direitos como cidadãos. (BRASIL, 2005). Entretanto, esta prática interventiva é de pouca abrangência, uma vez que existiam em 2010 apenas 570 residências terapêuticas em todo o Brasil. (BRASIL, 2010).

O Programa de Volta para Casa, por sua vez, visa a reinserir, no convívio com a sociedade, pessoas que passaram muito tempo de sua vida hospitalizadas, através de auxílio financeiro. (BRASIL, 2005). O Programa, criado pela Lei 10.708 de 31 de julho de 2003, “institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações”. (BRASIL, 2003, s/p). Através de um auxílio financeiro, busca-se contribuir para a inserção social, de forma a ampliar a rede de relações do usuário e assegurar sua cidadania, uma vez que exercem seus direitos civis, políticos e de cidadão na forma de recebimento deste auxílio-reabilitação. (BRASIL, 2005). Na implantação do programa, verificou-se que muitas pessoas egressas de longas internações, não tinham nem ao menos os documentos necessários para efetivarem a participação no programa, evidenciando a exclusão dessas pessoas de forma a nem terem direito à cidadania. (BRASIL, 2005).

A partir destes programas substitutivos ocorre o processo de desinstitucionalização uma vez que se busca desvincular as pessoas com transtorno mental das instituições psiquiátricas, voltando-se para programas que busquem a construção da autonomia destas pessoas. Assim, pretende-se substituir, progressivamente, o uso dos

Hospitais Psiquiátricos, utilizando-se de CAPS 24 horas ou hospitais gerais para os casos em que é necessária a internação. (BRASIL, 2005).

Cabe, no entanto, um questionamento: quando esses recursos extra-hospitalares serão suficientes? A Reforma é um processo, mas percebe-se muitas falhas na rede de saúde e em seu fluxo, principalmente por falta de profissionais e estruturas para comportar a demanda, como lembra Fraga et al. (2006). Parece importante pensar nas práticas dos profissionais que vivem essas demandas e que, para atendê-las, tem possibilidades limitadas no cenário novo da saúde mental brasileira. Como esses profissionais trabalham hoje com essa rede de saúde mental que vem sendo construída a partir da Reforma? Os profissionais seriam suficientes para fazerem um trabalho efetivo com pessoas com sofrimento psíquico? A partir desses questionamentos, pode-se falar sobre a participação dos outros atores que fazem parte da rede da pessoa em sofrimento psíquico: a sociedade e a família, por exemplo.

É importante lembrar sobre o papel central do psiquiatra na história da saúde mental. Basaglia et al. (1994) trazem que, as intervenções junto às pessoas internadas eram feitas a partir do diagnóstico do psiquiatra dentro das instituições. A psiquiatria, dessa forma, detinha o poder nas práticas de intervenção junto à psicose. Como citam Basaglia et al. (1994, p. 18), diagnóstico que “assume o valor de uma ‘etiquetagem’ que serve para distanciar quem a usa e para, estabelecer, através desta distância, a natureza *diversa* de uma classe, uma categoria: a dos doentes mentais.” Assim a relação era estabelecida previamente antes mesmo de a pessoa entrar em qualquer instituição: o médico detinha o saber e a pessoa era posta no lugar do “doente mental”. Dessa forma, o “doente mental” só tinha uma possibilidade de ser dentro deste local: ser sujeitoado à condição de objeto (BASAGLIA et al., 1994).

A partir da Reforma Psiquiátrica, novos profissionais devem fazer parte da equipe de saúde mental, sendo tão fundamentais quanto o psiquiatra. Com isso, abrem-se possibilidades de pensar a pessoa usuária do serviço, proporcionando novas possibilidades de ser dentro do espaço em que procura um processo terapêutico.

A mudança de conceitos sobre a psicose requer estudos e novas pesquisas que envolvam a área de saúde mental, além de disseminar as novas idéias, não apenas no grupo científico, mas também entre a comunidade. Assim, se os profissionais da saúde repassarem novas formas de ver as pessoas com psicose através de novos conceitos, pode-se pensar que o movimento da Reforma Psiquiátrica continuará seu processo com as novas possibilidades de perceber a pessoa em sofrimento psíquico.

Outro ator importante nesse processo de desinstitucionalização é a família. Como traz Colvero et al. (2004), a família, dependendo do momento histórico, teve papéis diferentes na participação em relação à saúde mental. Em alguns momentos, segundo o autor, a família se distancia do “doente mental”. Em outros é excluída pelo próprio modelo psiquiátrico que considerava o convívio familiar nocivo no processo de tratamento, e a família afirma não saber como agir diante das situações manifestas pela pessoa em sofrimento. Nesse novo modelo de saúde mental brasileira, baseado na Reforma Psiquiátrica, é preconizado que os familiares construam junto aos usuários as lutas e conquistas, por exemplo, quando fazem acontecer a II Conferência Nacional de Saúde Mental que “fornece substratos políticos e teóricos para política de saúde mental no Brasil.” (BRASIL, 2005, p.10). Então, parece importante que esses familiares façam parte também do processo terapêutico em parceria com a equipe de profissionais que atende o usuário, abrindo-se outras formas de atuar junto às pessoas com psicose.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) é fundamental a participação dos usuários – pessoas em sofrimento psíquico que usam os CAPS – para que os objetivos dos CAPS sejam alcançados. “Os usuários devem ser chamados a participar das discussões sobre as atividades terapêuticas do serviço. A equipe técnica pode favorecer a apropriação, pelos usuários, do seu próprio projeto terapêutico.” (BRASIL, 2004, p.28). Essa equipe deve incentivá-lo a participar dos projetos que o CAPS oferece a fim de promover saúde e resgatar o convívio social.

Os usuários devem procurar os técnicos para tirar dúvidas e pedir orientação sempre que precisarem, entrando direta ou indiretamente em contato com o CAPS mesmo quando não estiverem em condições de ir ao serviço. A participação dos usuários nas Assembléias muitas vezes é um bom indicador da forma como eles estão se relacionando com o CAPS. As associações de usuários e/ou familiares muitas vezes surgem dessas assembléias que vão questionando as necessidades do serviço e dos usuários. Os usuários devem ser incentivados a criar suas associações ou cooperativas, onde possam, através da organização, discutir seus problemas comuns e buscar soluções coletivas para questões sociais e de direitos essenciais, que ultrapassam as possibilidades de atuação dos CAPS. (BRASIL, 2004, p.28)

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2004, p.28), afirma que é importante o papel da família e do usuário no processo de mudança do modelo assistencial brasileiro, principalmente quando participam “ativamente da discussão sobre os serviços de saúde mental e promovendo atividades que visam a maior inserção social, a geração de renda e trabalho e a garantia de seus direitos sociais.”

Considerando a participação das pessoas envolvidas no sofrimento psíquico de uma pessoa, vale frisar que a Reforma Psiquiátrica acontece para além de uma transformação estrutural, é uma mudança epistemológica, ou seja, uma mudança de saberes, de discursos e prática. Nesse sentido, a desconstrução não deve ter seu foco em hospitais psiquiátricos para extingui-los apenas. O foco precisa estar voltado a pensar na saúde mental como um fato social, no qual as mudanças necessitam ocorrer na forma de perceber e de se comportar frente à pessoa com sofrimento psíquico. A intervenção precisa ser voltada para o cuidado, escuta, acolhimento, interação e inserção ao invés de excluir, disciplinar, medicalizar e querer tornar normal. (AMARANTE, 2003).

Amarante (1995) entende que a Reforma Psiquiátrica não trata apenas de fechar hospitais psiquiátricos e deixar as pessoas desassistidas, mas sim, que a desospitalização é apenas uma parte do todo. Ele chama atenção à desinstitucionalização como forma de desconstrução.

Isto é, superação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro, centrado no tratamento da doença como entidade abstrata. Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade a subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. A desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. De uma prática que reconhece, inclusive, o direito das pessoas mentalmente enfermas em terem um tratamento efetivo, em receberem um cuidado verdadeiro, uma terapêutica cidadã, não um cativo. (AMARANTE, 1995, p. 493, 494)

A partir do que disserta Amarante, pode-se retomar a importância da ampliação do serviço com pessoas com sofrimento psíquico, para que haja de forma efetiva uma mudança na intervenção de forma ética, envolvendo todos os atores que fazem parte desse cenário da saúde mental brasileira, principalmente dando voz à própria pessoa com psicose.

Parece haver uma mudança de foco no processo terapêutico de pessoas com psicose. Inicialmente o foco era psiquiátrico, e agora, após a Reforma Psiquiátrica, preconiza-se um processo terapêutico multidisciplinar, em que vários profissionais fazem parte desse processo, além de que a própria pessoa com psicose participa do processo terapêutico, por exemplo, escolhendo oficinas ou grupos que gostaria de participar. A família é considerada parte importante da vida da pessoa e considerada nas intervenções. Parece que as relações

humanas estão sendo foco quanto à intervenção com pessoas com psicose. Relação entre família, profissionais e pessoa; relação entre os próprios profissionais em relação à pessoa.

2.3 ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA

2.3.1 Conceitos e processos importantes

Na história, o Humanismo aconteceu como movimento, com auge no Renascimento e tinha como preceito a liberdade de pensamento. O que se assemelha com o Humanismo dessa época com o que vivemos hoje parece mais nítido nas obras de Erasmo de Roterdã em que ele explicita a crença “na liberdade essencial do homem e no poder criador do indivíduo”. (BÜLHER, 1970, p.3). Já a Psicologia Humanista, de acordo com o Dicionário de Psicologia (VANDENBOS, 2010), é uma “perspectiva que se inicia com a suposição da inerente dignidade e valor da espécie humana”.

Carl Rogers (1902-1987) enquanto lecionava na Universidade de Chicago (1944-1957) desenvolveu e descreveu sua abordagem psicológica conhecida como uma das vertentes do humanismo: a Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) – antes chamada de Teoria Centrada no Cliente. Dessa forma ofereceu outra alternativa às teorias psicológicas dominantes e à intervenção: a psicanálise freudiana e behaviorismo. (VANDENBOS, 2010).

A intervenção psicológica é orientada conforme o modo de entender a pessoa e o conceito do fenômeno foco da intervenção. Como apresenta Gobbi e Missel (1998, p. 85), “subjacente à prática existe uma ‘noção de homem’, que é um modo de se perceber o ser humano. Este modo de percepção dá sustentação e direcionamento ao trabalho”.

Na Abordagem Centrada na Pessoa, de acordo com Gobbi e Missel (1998, p. 85), não existe uma noção estática de homem, mas um interesse na mudança e no modo de funcionamento da personalidade da pessoa, o que significa não haver uma visão de estrutura acabada do ser humano. Para Rogers, segundo os autores, o ser humano possui “uma natureza que lhe é própria, tendo um valor positivo, direcionado para o crescimento e a evolução”. De acordo com a ACP o homem é digno de confiança, sendo capaz de desenvolver “imensas

potencialidades” tendo a capacidade criativa e direcionada para a positividade construtiva, que vai de encontro ao crescimento e à evolução. (GOBBI; MISSEL, 1998, p.85).

De acordo com Bühler (1970), a psicologia humanista – incluindo a ACP - acredita que a busca de valores na vida das pessoas é uma busca central, na qual a pessoa através dessa busca pode desenvolver suas potencialidades. Nesse momento de descoberta de potencialidades, a pessoa pode precisar de ajuda e o psicoterapeuta humanista entra em cena. Sendo assim, o psicoterapeuta não diz o que é certo e errado, mas sim ajuda a pessoa a buscar quais seus valores para desenvolver suas melhores potencialidades, em uma relação de pessoa para pessoa, pois tem como enfoque as relações humanas. (BÜLHER, 1970).

Em uma relação terapêutica, pautada na psicologia humanista, usa-se a abordagem biográfica, a qual Bühler (1970) descreve como uma forma de entender a pessoa através da sua história de vida, como a pessoa criou sua história e fez suas escolhas. É através desse método que se pode compreender a pessoa como um todo, para compreender qual o modo pelo qual vive sua vida e que sentido dá à ela.

A abordagem biográfica dá subsídios para entender um pouco sobre o questionamento que Bühler (1970, p. 47-48) traz sobre como as pessoas funcionam, “como as coisas permanecem coesas para aqueles que sabem o que estão fazendo, e sabem o que querem. *Como é que tudo se apresenta coeso e o que significa isso? Existirão metas totais e fundamentais? Serão aplicáveis à todos ou apenas a alguns?*” (grifos do autor).

Sobre esses questionamentos para entender melhor o funcionamento psíquico do homem pode-se trazer inicialmente a psicanálise, que introduz a teoria da homeostase, na qual se entende que o sujeito está sempre em busca de um equilíbrio interno em relação à satisfação dos seus desejos e à descarga de tensão. (BÜLHER, 1970). Essa teoria foi criticada pelo neurologista Kurt Goldstein em 1939,

o qual analisou em detalhe o fato de só a pessoa doente estar procurando constantemente obter a descarga de tensão, ao passo que a pessoa sadia suporta de bom grado certas quantidades de tensão no interesse de outras metas completamente distintas. Goldstein chamou a essas outras metas o interesse da pessoa em sua auto-realização. (BÜLHER, 1970, p. 49).

Maslow em 1954 se apropria dessa idéia e faz estudos em pessoas consideradas sadias e demonstra que “o principal interesse dessas pessoas residia em tornarem-se *criadoramente ativas* no mundo e que sua auto-realização criadora [...] era a meta que mais lhes importava”. (BÜLHER, 1970, p. 49, grifos do autor).

A partir das descobertas a respeito da autorealização, Bühler (1970) afirma que a psicologia humanista forma as suas convicções básicas, e uma delas é a tendência à realização. Rogers (1977) afirma que essa tendência é básica para a motivação. Para esse mesmo autor, a vida é um processo ativo, voltado no sentido de se manter, crescer e reproduzir. Ele chama de tendência direcional ou tendência formativa o movimento dos organismos vivos ao crescimento. É aqui que se diferencia um organismo vivo de um organismo morto. O ser vivo move-se em direção ao desenvolvimento próprio e a auto-regulação, sendo independente de controles externos.

Em estudos com pessoas em psicoterapia, Rogers (1977) percebeu que quando estimulava essas a criar algo que não existia para elas, como potencialidades que não faziam parte de si, essa intervenção não era eficiente. Mas quando propiciava espaço facilitador, ou seja, condições necessárias para o crescimento das potencialidades que eram suas, essas pessoas produziam resultados construtivos e desenvolviam suas potencialidades. Conclui então que “se lhe for dada a oportunidade, um organismo vivo tende a completar suas mais complexas potencialidades em vez de acomodar-se a satisfação mais simples.” (ROGERS, 1977, p. 228).

Segundo Rogers (1977), existem carências básicas nos seres humanos que precisam ser, pelo menos, parcialmente supridas para que outras necessidades tornem-se urgentes. A esse processo ele chama de tendência orgânica à realização, que rumo em direção ao desenvolvimento. Ou seja, as necessidades corporais para a sobrevivência precisam ser supridas para que haja espaço para outras necessidades aparecerem e haver um movimento rumo ao desenvolvimento.

A capacidade consciente do ser humano, para Rogers (1977), parece ser um dos desenvolvimentos mais recentes da espécie, e ele a explica como sendo uma luz que ilumina todo o funcionamento do humano, que pode funcionar no escuro, como organismo não-consciente. Porém, não deveriam existir barreiras para a pessoa viver subjetivamente tudo que está se passando no seu organismo, segundo o autor. Mesmo pessoas que estão motivadas de modo construtivo e desenvolvedor para si, em alguns aspectos conscientes, parecem estar alienadas do seu próprio organismo e em briga consigo mesmas (ROGERS, 1977). No ser humano, como apresenta o autor, a potencialidade para a consciência pode tornar-se tão persistentemente distorcida de modo a aliená-la da sua natureza orgânica. É como se a pessoa não percebesse seu próprio ser e corpo, sendo alienada dele e sua consciência de si ser distorcida.

O que faz com que as pessoas tornem-se alienadas de si mesmas? Existe sofrimento psicológico nessa alienação? Esse sofrimento psicológico teria relação com a psicose? Rogers (1977) apresenta que as crenças e valores introjetados, rígidos e estáticos, a partir da busca da aceitação do outro, faz com que as pessoas distanciem-se do que são, para serem o que os outros esperam que elas sejam, tornando-se pessoas dissociadas. A pessoa dissociada, ou seja, que não vive de acordo com sua tendência realizadora, para Rogers (1977, p.234, grifos do autor), é “alguém que se comporta *conscientemente* em termos de estática introjetada, de constructos rígidos, comportando-se *inconscientemente*, em termos da tendência realizadora”.

A alienação de si mesmo gera uma dissociação que é a base para as patologias psicológicas e sociais. Rogers (1977, p.235), afirma que “a satisfação ou consecução da tendência realizadora tornou-se bifurcada em sistemas comportamentais incompatíveis, podendo um deles, ser dominante em um momento e o outro em outro momento, mas à custa de um contínuo esforço de tensão e ineficiência.” Rogers (1977, p.236) conclui que o ser humano deveria ser aberto ao seu mundo interno, às suas experiências interiores, bem como as experiências do mundo externo, estando aberto a mudanças para a autorealização e reconhecendo “aproximações mutáveis da verdade”. Quando a pessoa é alienada de si mesmo, podem-se perguntar quais as consequências disso para a saúde psíquica, sendo que essa pessoa tem uma estrutura dissociada que não age de acordo com sua tendência realizadora, e por isso possivelmente desenvolvendo um jeito de ser em sofrimento, pois não é de acordo consigo mesma.

Para Bühler (1970), a atividade criadora parece ser a que mais contribui para a experiência de auto-realização, tendo papel fundamental para que a pessoa não seja alienada de si e com isso não se torne dissociada, indo ao encontro de sua tendência realizadora. A criatividade, de acordo com o autor, não se reduz a grandes criações, mas aos momentos do cotidiano, a reinventar a própria vida nos detalhes que fazem parte dela. De acordo com Bühler (1970, p.54), a “atividade criadora é experimentada pela pessoa como uma auto-expressão em que sentimentos se libertam de forma tal que o resultado é um produto, o qual significa algo de valioso tanto para outras pessoas como para ela mesma.” Quando uma pessoa não se realiza a si mesma, significa que ela está buscando um jeito de ser nos outros, não em si mesma. (BÜLHER, 1970). Quando uma pessoa começa a duvidar das suas intenções por meio do que os outros lhe dizem, se afasta de si mesma e começa a necessitar que o outro lhe diga como fazer, perde assim sua espontaneidade, o seu criativo. Esse jeito de

ser dissociado pode ser percebido em pessoas com psicose, nas quais as situações parecem estar longe de seu potencial criativo, pois não dão conta de reinventar sua vida para desenvolver formas de ser de acordo com sua tendência atualizante e sair de um estado de grande sofrimento psíquico.

A Abordagem Centrada na Pessoa contém duas ideias centrais, Rogers (1977, p.39), defende que o ser humano tem a capacidade, a tendência de “compreender a si mesmo e de resolver seus problemas de modo suficiente para alcançar a satisfação e eficácia necessárias ao funcionamento adequado.” Além disso, “o exercício dessa capacidade requer um contexto de relações humanas positivas, favoráveis à conservação e à valorização do “eu”, isto é, requer relações desprovidas de ameaça ou de desafio à concepção que o sujeito faz de si mesmo.” (ROGERS, 1977, p.40). A primeira ideia refere-se à tendência atualizante a qual ruma ao desenvolvimento da pessoa, a segunda ideia é a condição para que essa tendência se manifeste: as relações humanas positivas que possibilitam espaço para que a tendência atualizante possa se desenvolver e ser.

Cabe ressaltar que a teoria de Rogers é fenomenológica e portanto dá ênfase ao subjetivo. Por isso, o que importa não é como o “eu” do sujeito se mostra na realidade, mas como ele se percebe. (ROGERS, 1977). A partir disso, se faz importante falar da noção do “eu” (self real), para a psicologia humanista rogeriana.

A “noção do eu”, ou self real, refere-se à percepção, organizada e mutável, que a pessoa tem de si mesma em todas as experiências de sua vida. (ROGERS, 1977). A noção do eu e a tendência à atualização determinam o comportamento, segundo o mesmo autor. A tendência à atualização “representa um fator dinâmico” e a noção do eu “representa um fator regulador. Uma fornece a energia; outra a direção”. (ROGERS, 1977, p.44)

De acordo com a forma como a pessoa se percebe, a tendência atualizante (mesmo significado de tendência realizadora) se manifestará. Rogers (1977, p.44) exemplifica isso: se uma pessoa se percebe como “desprovido de dotes artísticos” para participar de um concurso de artes, não irá se inscrever, por mais “dotado que seja”, pois o concurso oferece ameaça à sua noção do eu. Assim, Rogers (1977, p.45), conclui que, “a eficácia da tendência à atualização do eu depende do caráter realista da noção do eu. E esta noção é realista quando há correspondência ou congruência entre os atributos que o indivíduo acredita possuir e aqueles que de fato possui”. Ou seja, se a pessoa não se percebe com determinadas qualidades mesmo as possuindo, não desenvolverá essas e ainda evitará situações em que elas se

demonstrem, pois quando se demonstram a noção que tem de si mesma não corresponde com o que acontece.

Conforme a noção do eu se desenvolve e se exterioriza, desenvolve-se a consideração positiva do outro. À medida que essa consideração positiva é satisfeita no outro – faz o que o outro considera positivamente –, é satisfeita a própria necessidade de ser considerado positivamente para o outro. Essa consideração pode-se tornar “uma força diretriz e reguladora mais forte que o processo de avaliação ‘organísmico’”. Isto é, o indivíduo pode chegar a preferir as direções que emanam destas pessoas, às direções que emanam de experiências suscetíveis de satisfazer sua tendência à atualização” (ROGERS, 1977, p. 198). E dessa forma a pessoa deixa de ser direcionada por uma noção do eu que é construída por si mesma e guiada por sua tendência atualizante, para ser guiada por uma noção do eu que é construída a partir da consideração positiva do outro.

Quando existe satisfação nas experiências da própria pessoa, sem a necessidade da consideração do outro, chama-se isso de consideração positiva de si. Nessa consideração, a própria pessoa é tomada como critério. Dessa forma a consideração positiva de si é diretamente relacionada à imagem do eu – chama-se de self real. (ROGERS, 1977). Nesse sentido, a pessoa não toma o outro como critério, mas ela mesma, agindo de acordo com seu referencial interno e sua tendência atualizante.

Quando a pessoa seleciona experiências do eu para agir ou as evita, porque é percebida como mais ou menos digna de consideração positiva do outro, diz-se que essa pessoa agiu de acordo com uma avaliação condicional – criando uma noção de si distorcida formando um self ideal. Pois quando uma pessoa está sujeita a uma avaliação incondicional – consideração positiva incondicional – sua consideração positiva de si e dos outros irá ser de acordo com sua “avaliação autônoma ‘organísmica’” – self real. (ROGERS, 1977, p.199). Sendo assim, a avaliação condicional é baseada no que o outro e sua consideração positiva, enquanto que na avaliação incondicional – autônoma organísmica – a própria pessoa e seu referencial interno é o critério.

A partir do exposto, pode-se explicar sobre a teoria da personalidade de acordo com a ACP. De acordo com Rogers (1977), quando a criança tem alguma atitude é recebida pelo cuidador como aprovada ou não. Para saber se haverá a satisfação que deseja, conforme o autor, ela precisa de algum sinal de quem está perto (cuidador). Aos poucos, a criança vai perceber como essa pessoa demonstra seu afeto por ela, através dos comportamentos que apresenta. Porém, a criança percebe a demonstração de afeto em relação a si mesma como um

todo e não apenas pelo seu comportamento único, segundo Rogers (1977), e assim surge a necessidade da consideração do outro.

Considerando-se que a criança atribui geralmente, uma importância primordial à aprovação de sua mãe, acaba por ser guiada, não pelo caráter agradável ou desagradável das suas experiências e comportamentos (isto é, não por sua significação em relação à sua tendência atualizante), mas pela promessa de afeição que essas encerram. (ROGERS, 1977, p.200).

Em consonância com o que foi apresentado sobre a infância, esse funcionamento se estende para a vida adulta e à sua personalidade total. (ROGERS, 1977). A pessoa tomará outras pessoas como critério durante a vida e acaba por considerar como comportamentos positivos seus, aqueles considerados a partir do outro, ou seja, comportamentos que não são positivos para seu nível “organísmico”; assim como tomará como negativos, comportamentos agradáveis (positivos) para si – que são de acordo com sua tendência atualizante.

Para que a criança não desenvolva a avaliação condicional, baseada na consideração positiva do outro, de acordo com Rogers (1977) seria preciso que as pessoas ao seu redor aceitassem seus sentimentos mesmo que seus comportamentos referentes a esses sentimentos não pudessem ser tolerados. “Se fosse sempre permitido à criança avaliar sua experiência em função daquilo que realmente sente, ela teria ocasião de aprender a harmonizar a satisfação de suas diversas necessidades e de mantê-las em estado de equilíbrio”. (ROGERS, 1977, p. 201).

Porém, percebe-se que a pessoa nem sempre age de acordo com sua tendência atualizante. Assim, a pessoa age de maneira não integrada, pois a experiência não é vivida de acordo com seu eu. A isso se chama de estado de incongruência. (ROGERS, 1977). À medida que a pessoa faz uma avaliação condicional da sua experiência, não está de fato avaliando a experiência como se apresenta, mas sim de maneira alterada, de maneira seletiva conforme as condições a que veio se submeter. (ROGERS, 1977). Ou seja, as experiências que condizem com sua forma de perceber são simbolizadas corretamente na consciência e as experiências que não condizem com isso são percebidas de forma distorcida. Por isso aparece um estado de incongruência, sendo que “existe um desacordo entre o eu e a experiência e um certo grau de vulnerabilidade e desajustamento psíquico aparecem”. (ROGERS, 1977, p.201).

Segundo Rogers (1977), as experiências que não são de acordo com a estrutura do eu (a qual é formada a partir da consideração de si), são chamadas ameaçadoras. A ameaça que Rogers (1977, p. 202) descreve acontece quando uma angústia se apodera do indivíduo.

Isso ocorre quando a experiência ameaçadora não é corretamente simbolizada, pois se o fosse a noção do eu perderia seu “caráter unificado, as condições de avaliação seriam violadas e a necessidade de consideração de si seria frustrada”. É aqui que aparece a alienação de si, autor, pois o indivíduo abdica do que representa para si e falsifica a realidade, a fim de conservar a consideração positiva do outro, dando o mesmo valor que tinha para o outro. (ROGERS, 1977).

Quando o indivíduo tem a percepção seletiva da realidade, deformando-a e/ou quando acontece a interrupção parcial ou total de certas experiências, acontece um processo de defesa. Ao entrar em processo de defesa, o indivíduo pode negar a experiência vivida e criar um mundo artificial, no qual o “organismo” procura manifestar um comportamento que seja condizente com a imagem de si. Rogers (1977, p.203) apresenta esse tipo de comportamento como defensivo, o qual abrange “noções de racionalização, de compensação, de projeção, de fobias, etc., assim como certos comportamentos geralmente classificados como psicóticos, tais como atitudes e comportamento paranóicos e mesmo certos comportamentos catatônicos”.

Rogers (1977) apresenta como acontece o processo de desmoraçamento e de desorganização psíquica. O autor sinaliza que, na época em que escreveu, essa teoria era incompletamente verificada. Porém, nessa pesquisa faz-se necessário que seja descrita minuciosamente o processo de desorganização psíquica. A primeira condição que Rogers (1977) aponta nesse processo é a ineficiência do processo de defesa: quando acontece um desacordo entre o eu e a experiência e alguma experiência crítica surge desvendando esse desacordo. Na segunda condição, o indivíduo experimenta esse estado de desacordo e se torna ansioso, sendo essa ansiedade proporcional ao setor do eu afetado. Como exemplo dessas duas primeiras condições, Rogers (1977) menciona situações em que a pessoa em psicoterapia está ao ponto de exprimir um sentimento que é inegavelmente real, porém oposto à imagem que faz de si mesmo. Apesar de ficar ansioso com essa descoberta, ele está pronto no processo psicoterapêutico para visualizar esse desacordo. Porém isso não acontece quando a pessoa não está pronta e, por isso, ocorre a terceira condição. Nesse momento em que o processo de defesa demonstrou-se impotente ocorre a terceira condição, que é a experiência ser corretamente simbolizada e incidir um choque com a tomada de consciência, ocorrendo a desorganização psíquica. Na quarta condição, em que o indivíduo está em estado de desorganização

manifesta frequentemente um comportamento estranho e instável, determinado algumas vezes, por experiências que fazem parte da estrutura do eu e, outras vezes por experiências que não fazem parte dela [...] Sob condições de desorganização, a tensão e o conflito entre a estrutura do eu (com suas lacunas e deformações experienciais) e as experiências incorretamente simbolizadas, ou assimiladas à estrutura do eu, conduzem a uma luta constante que se traduz por um comportamento incongruente, instável, análogo [...]. (ROGERS, 1977, p. 204, 205).

Observa-se nesse processo, claramente, a incongruência do indivíduo, processo pelo qual passou essa pessoa passou a se pautar, fazendo avaliações condicionais de si e chegando à um ponto em que o processo de defesa fez-se insuficiente, desorganizando-se psiquicamente. Comportamentos desorganizados abrange “diversos tipos de comportamentos psicóticos ‘irracionais’ e ‘agudos’”. (ROGERS, 1977, p.203).

Essas duas classificações – comportamentos defensivos e comportamentos desorganizados - parecem para Rogers (1977) mais fecundas do ponto de vista terapêutico, não correndo o risco de serem consideradas entidades como os conceitos de neurose e psicose.

Nos comportamentos defensivos e nos desorganizados (os desorganizados com menor probabilidade) pode-se “produzir um processo de reintegração que conduz a um restabelecimento do acordo do eu e a experiência” (ROGERS, 1977, p.206). Esse processo de reintegração descrito por Rogers (1977) é relativo ao processo de psicoterapia, que se refere a condições que podem ser proporcionadas também no cotidiano pelas pessoas com que a pessoa convive. Porém, em psicoterapia pode haver uma mudança mais profunda na personalidade. Já quanto apenas às pessoas que convive pode haver mudanças mais superficiais, de opinião por exemplo.

O processo de reintegração para Rogers (1977, p.206), implica em destruir o processo de defesa da pessoa para que a situação ameaçadora seja simbolizada de forma correta e assimilada à estrutura do eu, sendo preciso para isso, que a pessoa “avalie sua experiência de modo menos condicional” e que a “consideração positiva incondicional de si” esteja em um nível mais elevado. A consideração positiva incondicional testemunhada e comunicada, (a pessoa precisa perceber essa consideração positiva incondicional e por isso deve ser comunicada), para a pessoa é um dos meios de realizar essas condições citadas. Essa consideração incondicional se faz através da compreensão empática. Em consequência da estratégia apresentada

o indivíduo é menos sensível às experiências ameaçadoras; o comportamento de defesa é menos freqüente; o acordo entre o eu e a experiência aumenta; a consideração de si aumenta; o sentimento de consideração positiva em face do outro aumenta; o comportamento se baseia cada vez mais num processo de avaliação

“organísmica” e o indivíduo funciona cada vez melhor. (ROGERS, 1977, p.206,207).

É importante destacar que a compreensão empática, colocar-se no lugar do outro, é fundamental nesse processo. Quando uma pessoa tem empatia por alguém que conhece pouco, a partir dessa empatia pode passar a conhecê-lo melhor, deparando-se com características que não considere, porém quando se conhece a pessoa profundamente e se tem a compreensão empática, essa sim é altamente significativa e aproxima-se da aceitação incondicional.(ROGERS, 1977).

2.3.2 Psicose na Abordagem Centrada na Pessoa

Para a Abordagem Centrada na Pessoa, a noção de homem, segundo Rogers, é de “um ser concreto, situado historicamente, criador e transformador da natureza e de si mesmo, através das relações que estabelece com outros homens.” (FREIRE, 1987, p.78, apud GOBBI; MISSEL 1998, p.85). Esse movimento do homem como criador e transformador da natureza e de si mesmo chama-se de Tendência Atualizante, a qual faz parte da Teoria da Personalidade de Rogers que demonstra o quanto a pessoa inicia a vida atualizando a si mesmo, sendo as relações que faz ao longo da vida facilitadoras ou não do crescimento pessoal. (ROGERS, 1977).

A psicose, de acordo com a ACP, “pode representar apenas uma forma de ajustamento *flutuante* a um domínio da vivência de todos, de maneira que, embora a existência de ‘um estado psicótico seja inegável por definição, a palavra ‘psicótico’ é muito discutível””. (SHLIEN, 1976, p.174). Nesse artigo, Shlien (1976) discute inicialmente que a psicose pode ser algo desencadeado por mudanças bioquímicas ou fatores psicológicos, pois não existem comprovações sobre o assunto ainda. Mesmo que não se tenha comprovação de que sejam os fatores psicológicos os principais determinantes da psicose, a psicologia, além de contribuir para qualquer processo de tratamento de alguma “doença”, pode ser uma das vias para se entender a pessoa com psicose.

De acordo com Shlien (1976, p. 177), a ACP não considera o que se chama de “psicose” uma doença. “É um comportamento aprendido, exagerado a um ponto irremediável,

isto é, um ponto em que se perde o controle, e o comportamento exagerado ‘assume temporariamente uma vida própria’”. O autor entende ainda que há uma “situação psicótica” que é uma pré-condição do estado psicótico, que poderá ou não ocorrer depois”. (SHLIEN, 1976, 177). Para a ACP, a origem da psicose permanece desconhecida, como apontam as descobertas, permanecendo, por ora, suposições a seu respeito. (SCHLIEN, 1976). Além disso, o autor entende que a psicose não é uma doença, mas uma situação que se pode cronificar, transformando-se num estado. Psicose é um comportamento que apresenta “um desespero”, como uma falta de controle que pode ter variações de quantidade e qualidade na sua expressão. A ACP não entende o adoecimento como algo que precisa ser priorizado, pois entende-se este como uma desorganização da personalidade, que pode ser demonstrado pelo desenvolvimento do estado de incongruência. Quando a pessoa sustenta seu jeito de ser no referencial externo, aprendem comportamentos que passam a fazer parte dele mesmo, formando um self ideal. (ROGERS, 1977).

De acordo com Barikom (2006, tradução nossa) para o tratamento com pessoas com psicose, são condições necessárias: a atenção ao próprio significado peculiar da psicose, a experiência pessoal e história de vida da pessoa com psicose. “Nesse contexto saúde e doença não devem ser consideradas como opostos, mas como uma unidade dentro daquela única pessoa” (BARIKOM, 2006, p.161, tradução nossa). Bem como é importante levar em consideração que, “a experiência de um eu como uma unidade cheia de significados nunca é um questão individual, uma pessoa se torna ele/ela significando em uma cultura específica”. (BARIKOM, 2006, p.161, tradução nossa). Percebe-se a partir das afirmações de Barikom (2006, tradução nossa) que, na ACP, não se diferencia pessoa de doença, de modo que nos atendimentos ocorre ênfase à doença ou a busca de uma cura, pois a pessoa apresenta-se inteira, com sua história particular, em um contexto cultural.

Quando Barikom (2006, p.164, tradução nossa) cita Rogers, menciona que diagnosticar era uma pequena parcela do que ocorre na Terapia Centrada no Cliente (nome dado anteriormente para a Abordagem Centrada na Pessoa), sendo que o diagnóstico não é o fator principal para o direcionamento da psicoterapia, pois a pessoa em seu inteiro é o foco. Rogers (1977, p.210) mencionou os efeitos do diagnóstico em psicoterapia, os quais colocam o terapeuta num papel de Deus. Além disso, o diagnóstico pode levar a uma perda de confiança da pessoa em si, bem como os tratamentos psicológicos “tendem a ser paliativos e superficiais”. Segundo Barikom (2006, tradução nossa). “o único fundamento que ele [Rogers] ofereceu para o diagnóstico psicológico é que alguns terapeutas sentem-se mais

seguros no relacionamento com o cliente.” Para uma grande parte dos psicoterapeutas centrados na pessoa, essa opinião sobre diagnóstico persiste até hoje.

Mearns (2003 apud BARIKOM 2006, p. 164, tradução nossa), defende que “conhecimento e teoria sobre grupos específicos de clientes não é pré requisito para o trabalho centrado na pessoa com clientes desses grupos, porém isso pode ser considerado um apoio ao entendimento da experiência dos clientes.” Barikom (2006, p.166, tradução nossa) afirma que, o diagnóstico médico é crucial no tratamento das pessoas, porém é importante na Terapia Centrada no Cliente com esquizofrenia que esse diagnóstico não seja usado de maneira taxativa, criando rótulos correndo o risco de que a pessoa seja vista como o próprio transtorno.

De acordo com a experiência de Rogers com pessoas com esquizofrenia, como apresenta Barikom (2006, p.165, tradução nossa), os resultados mais impactantes no processo de terapia foram a falta de “auto exploração e as reservas sobre tornar-se envolvido com suas próprias experiências.” Rogers descreve a psicose em termos psicodinâmicos, “comportamentos de psicose aguda frequentemente parecem ser descritos como comportamentos os quais são consistentes com aspectos negados de experiências ao invés de consistentes com o eu” (ROGERS, 1959 apud BARIKOM, 2006, tradução nossa). Rogers (1973, p 219) afirma que as pessoas com psicose, na sua maioria, agem nos acontecimentos da vida, nas dores, como recebedores passivos, sem se afirmarem como “‘Sinto’, ‘Vivo’, ‘Tenho o direito de ser’” e por isso Rogers diz que o terapeuta precisa ter paciência para que essa “‘ vontade própria’” apareça.

Barikom (2006, tradução nossa) menciona ainda Teusch, que afirma que o fundamental aspecto de desordem esquizofrênica é a profunda distorção no relacionamento com outros seres humanos. Rogers sustenta que pessoas com esquizofrenia tendem a resistir a relacionamentos. Berghofer (1996 apud BARIKOM, 2006, p. 168-169, tradução nossa) defende que o mais importante elemento na psicoterapia com clientes com esquizofrenia é o “ativo estabelecimento e manutenção de uma confiável relação interpessoal por um extenso período de tempo.” A partir desses autores, pode-se perceber que o relacionamento entre psicoterapeuta e cliente é fundamental em processo psicoterapêutico com pessoas com psicose, sendo que essa é uma das maiores limitações destas pessoas. É a partir do relacionamento interpessoal que se pode promover espaço para que as potencialidades da pessoa sejam vividas e desenvolvidas, sem rótulos ou diagnósticos anteriores à própria pessoa e a sua experiência de ser. É nessa relação que a pessoa com esquizofrenia pode viver suas

próprias experiências, dificuldade apontada como existente nas pessoas com esquizofrenia por Rogers.

Barikom (2006, 169, tradução nossa) conclui que a Abordagem Centrada na Pessoa

pode realizar um trabalho imensurável na psiquiatria, ao estabelecer uma relação pessoal com o cliente, na qual o cliente pode achar-se valorizado - não o antigo self, antes do descobrimento da doença, mas um novo self - como a pessoa com severa doença mental e como a pessoa a qual pode recuperar-se dessa doença com uma nova perspectiva de vida.

A partir do exposto pode-se entender que é importante uma relação de pessoa para pessoa com qualquer pessoa em atendimento, seja ela com psicose ou não. Sendo que a valorização não deve ter foco na vivência da pessoa antes de manifestar um estado de psicose, mas sim na pessoa que é hoje e como pode ter uma perspectiva melhor, convivendo com os outros e consigo mesma, formando um novo self.

Considerando a relação terapêutica como central na intervenção com pessoas com psicose percebe-se que, para Rogers, o homem constrói sua forma de viver através das suas relações com outras pessoas,. Essa intervenção/relação anda a caminho de uma construção de um novo self e não a procura da cura do self que se encontra em psicose.

2.3.3 Intervenção na Abordagem Centrada na Pessoa

Carl Rogers, em 1940, contribui para a psicoterapia com sua abordagem que inicialmente era chamada de “Não diretiva”, depois “Centrada no cliente” e por último, “Centrada na pessoa”. Rogers considerava como base de sua teoria que a pessoa possui os recursos para ser autônoma para promover mudança interior e o psicoterapeuta seria um facilitador para que isso aconteça. (PROUTY, 2001).

Não diretividade na ACP significa que o psicoterapeuta não tomará atitudes diretivas nos atendimentos, de modo a não dar uma direção sua, mas sim que a própria pessoa em atendimento possa fazer seu movimento terapêutico à sua maneira. Essa não direção significa a ausência de juízos de valor, ou seja, dar qualidade ao que a pessoa em atendimento narra, como por exemplo, boa ou má, certa ou errada. (ROGERS, 1977).

Ao assimilar essas idéias pode-se concluir que a não diretividade não é sinônimo de inatividade, mas sim que o terapeuta não interfere no processo inerente de desenvolvimento pessoal da pessoa, tendo uma postura de facilitador. (ROGERS, 1977).

Conforme Rogers foi desenvolvendo sua teoria percebeu que o termo centrado na pessoa é mais adequado ao que queria expressar do que o termo “não diretivo”. A atitude do terapeuta nos atendimentos deve ser empática, ou seja, a experiência da pessoa que está sendo atendida é o foco do processo terapêutico. A pessoa em atendimento é o centro, e a expressão “centrada na pessoa” dá o indicativo de que o processo de terapia é enraizado na experiência vivida da pessoa. (ROGERS, 1977).

A essência da ACP encontra-se na forma de ser de modo mais fundamental que no modo de agir. (ROGERS, 1977). Rogers conclui que não é a ausência de diretivas que é o importante da terapia, mas certas atitudes do terapeuta frente às relações humanas. Assim sendo, como descreve Rogers (1977), se o terapeuta não experimentar essa forma de ser no seu eu, não desencadeará a atualização de si na pessoa que atende. A psicoterapia rogeriana, então, requer certos atributos do terapeuta: “a capacidade empática, a autenticidade, e uma concepção positiva e liberal do homem”. (ROGERS, 1977).

A empatia para Rogers (1977) é o colocar-se no lugar do outro, ou seja, ver o mundo como a pessoa o vê. “É a capacidade de imergir no mundo subjetivo do outro e de participar da sua experiência, na extensão em que sua comunicação verbal e não-verbal o permite” (ROGERS, 1977, p.104).

A autenticidade, para Rogers (1977), facilita para o terapeuta a constância na sua prática clínica, pois agindo conforme seu referencial interno sempre haverá uma constância no seu modo de ser nos atendimentos. A autenticidade consiste em falar e agir conforme a representação experimentada, isto é, com a experiência tal como é experimentada. Dessa forma, a “apreensão autêntica de si corresponde muito amplamente à compreensão de si tal como é concebida.” (ROGERS, 1977).

A concepção positiva do homem, de acordo com Rogers (1977), é um modo de pensar e reagir enraizados na personalidade, sendo um estilo de vida. Essa concepção positiva é compreendida a partir da tendência atualizante, por meio da qual o homem desenvolve suas potencialidades direcionadas para o crescimento de si. Ao considerar o homem positivamente, tem-se por ele uma aceitação incondicional, a partir da qual o terapeuta tem uma aceitação afetuosa pela pessoa, “as percepções da pessoa são remetidas ao mais profundo da sua experiência” o terapeuta “pode aceitar no seu íntimo os sentimentos do cliente” (PROUTY,

2001). Outra dimensão importante da aceitação incondicional que Prouty (2001) cita é a compaixão do terapeuta em relação ao sofrimento do cliente, e esse sofrimento é um elemento muito importante nos sofrimentos mentais graves.

Faz-se mister destacar o que significa o diagnóstico para a psicoterapia centrada na pessoa. Segundo Rogers (1977) o diagnóstico não é importante na psicoterapia, sendo muito vezes dificultador dos processos e resultados desta. Rogers (1977, p.210), chegou aos poucos à conclusão de que ao usar o diagnóstico em problemas psicológicos o tratamento tende a ser “paliativo e superficial”, bem como esse “procedimento coloca o clínico num papel quase divino”.

A lógica dessa posição de Rogers é baseada em duas premissas:

1. Todo comportamento tem uma causa, e a sua causa psicológica do comportamento consiste em certas percepções ou em uma certa maneira de perceber.
2. Somente o cliente é capaz de adquirir um conhecimento completo da dinâmica de seu comportamento e de sua percepção. (ROGERS, 1977, p. 210).

Sobre essas duas premissas se pode perceber que para a ACP o que importa é a percepção da pessoa sobre sua vivência e por isso a própria pessoa é capaz de adquirir um conhecimento sobre si e sua dinâmica, não necessitando de um conhecimento externo, por exemplo, do diagnóstico.

Dessa forma, só haverá mudança terapêutica quando, por parte da pessoa em atendimento, houver uma mudança na sua percepção de maneira experimentada, “a compreensão simplesmente intelectual não seria suficiente para esta finalidade” (ROGERS, 1977, p.210). Também por esse motivo o diagnóstico não se faz tão importante, sendo que é a partir da percepção da pessoa que também ocorrem os resultados.

Se for a partir da percepção da pessoa sobre sua estrutura psíquica que ocorrem mudanças e se baseia o processo psicoterapêutico, de nada adiantaria informar qual a causa do seu desajustamento, pois a pessoa só “explorará os aspectos contraditórios da sua personalidade tão logo for capaz de explorar a dor que acompanha tal exploração e que tão logo experimentará uma mudança de percepção tão logo estiver em condições de enfrentar a necessidade dessa mudança.” (ROGERS, 1977, p. 211).

Rogers (1977, p. 211) conclui que o processo terapêutico

termina praticamente quando a dinâmica do comportamento é realmente experimentada e aceita pelo cliente. Por isso o papel do terapeuta rogeriano pode ser definido como consistindo em criar condições nas quais o cliente é capaz de identificar, de identificar, de experimentar e de aceitar, por seus próprios meios, os aspectos psicogênicos de seu desajustamento.

Sobre a psicoterapia com pessoas com esquizofrenia, Gendlin (1976) traz uma importante contribuição. De acordo com Gendlin (1976), na Terapia Centrada no Cliente (momento anterior da Abordagem Centrada na Pessoa), aplicada às pessoas com esquizofrenia, a interação terapêutica entre profissional e pessoa atendida é mais central do que o conteúdo verbal. Dessa forma, a partir dessa perspectiva psicológica, é importante considerar a vivência e os aspectos subjetivos entre as pessoas envolvidas na relação terapêutica, mais do que o diagnóstico, por exemplo. Gendlin (1976) afirma que apesar de a psicoterapia com pessoas neuróticas e psicóticas parecer o mesmo processo, existem diferenças manifestadas por pessoas com esquizofrenia, importantes para levar em consideração.

Rogers propôs três condições necessárias para uma psicoterapia: autenticidade, empatia e aceitação incondicional. A autenticidade “sugere que o terapeuta tenta abandonar toda a artificialidade pessoal ou profissional, quaisquer manobras ou posturas, e continua a ser ele mesmo”. (GENDLIN, 1976, p.139). No trabalho com pessoas com esquizofrenia, Gendlin (1976), afirma que foi percebendo essa condição cada vez mais importante. Quando “se é ele mesmo”, segundo o autor, o psicoterapeuta expressa mais seus sentimentos e vivências e isso é importante. Quando a pessoa em atendimento demonstra seus sentimentos e vivência desse momento, o psicoterapeuta fica com uma postura empática, mas quando a pessoa não se expressa a vivência não fica vazia, pois o psicoterapeuta demonstra sua vivência e seus sentimentos de acordo com ele mesmo, a maioria referente ao cliente e ao momento presente. O psicoterapeuta não precisa esperar para que surja algo importante, do ponto de vista terapêutico, a partir do cliente, mas pode “usar sua vivência do momento, e aí encontrar um reservatório sempre presente, do qual pode servir-se e com o qual pode iniciar, aprofundar e continuar a interação terapêutica, mesmo com a pessoa não motivada, silenciosa ou exteriorizada”. (GENDLIN, 1976, p. 140). O psicoterapeuta não precisa parecer sempre forte e sábio, Gendlin (1976, p.140), conta que em sua experiência pareceu por vezes “tolo” ou “bobo” e isso livra o psicoterapeuta de uma série de artificialidades e permite que a pessoa em atendimento (a pessoa com esquizofrenia) entre em contato com outro ser humano.

A reflexão sobre diagnóstico na psicoterapia rogeriana não tem significado, pois a maneira de intervir irá ser a mesma, proporcionando ao “cliente” (termo que Rogers prefere à paciente) um conjunto de atitudes que o terapeuta terá interiorizado: compreensão empática, olhar condicional positivo e congruência. Qualquer que seja o caso, essas atitudes tem a intenção de despertar na pessoa atendida sua Tendência Atualizante, de forma que possa atualizar suas potencialidades (HIPÓLITO, 2001).

A empatia é uma das atitudes base que Rogers apresenta em sua teoria de intervenção psicológica, e esta é fundamental para compreender o outro. Prouty (2001, 12) apresenta que é provável que o terapeuta desconheça a experiência psicótica – se nunca experienciou em seu ser vivendo uma situação psicótica. Dessa forma, precisa assimilar gradualmente a experiência psicótica “por dentro”, ou seja, compreender totalmente o fenômeno psicótico por meio da empatia.

Prouty (2001, 12;13) apresenta como deve-se agir no caso da psicoterapia com pessoas com psicose:

Ao captar uma alucinação, é primeiramente exigido ao terapeuta a percepção do que é para o cliente a presença da alucinação. Isto envolve a percepção da espacialidade e da temporalidade da experiência visual e auditiva. Pode implicar acompanhar o olhar fixo de cliente, a postura do corpo, as reações corporais e outras. Em segundo lugar, exige a compreensão rigorosa da experiência. O terapeuta necessita sentir a percepção de real que o cliente tem daquela visão. É necessário que o terapeuta reconheça, como se fossem seus, o espaço percebido, o movimento, o tamanho, a forma, a cor, as sombras luminosas e outros pormenores.

Depois, é necessário experienciar o que o cliente experienciou perante a alucinação [...]. Finalmente o terapeuta precisa de conhecer a posição do sentimento na alucinação, que sentimentos estão contidos nela.

Ser autêntico no processo terapêutico implica em ser sincero, sendo que a opinião do terapeuta deve ser expressa com cuidado, percebendo que a pessoa atendida está pronta para recebê-la e o terapeuta atentando para que não seja uma necessidade sua, mas da pessoa que atende. (PROUTY, 2001). Para Prouty (2001), ser sincero e exprimir seus sentimentos é muito importante na psicoterapia, pois ao ser incongruente, ou seja, trazer sentimentos ou pensamentos contraditórios, o terapeuta pode estar colocando a pessoa em risco de uma desordem psíquica. “Por outro lado, demasiada congruência pode assustar o cliente psicótico. A intimidade interpessoal traz, muitas vezes, extrema ansiedade para o cliente. É uma procura e um equilíbrio difíceis para o terapeuta de clientes psicóticos” (PROUTY, 2001).

A experiencição é uma teoria sobre um forma de atuar com pessoas com psicose por meio da ACP e tem como fundamento filosófico a fenomenologia existencial, teoria que foi melhor formulada por Gendlin (1964). (PROUTY, 2001). A experiencição, segundo Prouty (2001, p.20) é concreta por ser sentida no organismo, ou seja, pode-se viver uma “experiência imediata e compreendê-la e relacioná-la com sua fenomenologia imediata”, sentindo de fato as emoções que essa experiência causa.

Para Gendlin (1979 apud PROUTY, 2001), o processo de experiencição tem quatro etapas fundamentais. A primeira é o desenvolvimento do sentir físico, o qual tem origem no corpo. É mais do que sentimento e emoção, é como se a pessoa escutasse o próprio *self*. A palavra que Gendlin usa para referenciar essa etapa é “suporte”. A segunda etapa é a diferenciação, na qual o sentir físico se torna mais claro, pois são atribuídos conhecimentos a essa experiência do corpo. A terceira etapa é o transporte, pois existe uma mudança de registro, relaxando o corpo e aliviando a tensão, momento esse que aparecem novos pensamentos e sentimentos. A quarta etapa é quando o organismo torna-se um “potencial de novas percepções”, e com as novas percepções, afeta a outra pessoa que está na interação e, por isso, essa etapa se chama interação. (PROUTY, 2001).

Entendendo melhor esse processo, a pessoa vive uma experiência e sente essa experiência no corpo. Na segunda etapa, a pessoa inclui o conhecimento que tem a respeito da situação que vivencia, “a compreensão intelectual, perceptiva e cognitiva da situação”. (PROUTY, 2001, p.24). Para ilustrar melhor essas etapas, segue um exemplo de Prouty (2001, p. 24, grifo do autor):

Um cliente, durante uma sessão de psicoterapia, poderá dizer: “Passa-se qualquer coisa com a minha família. Não sei exatamente o que é”. O terapeuta poderá reformular o que escutou: “Sente que se passa qualquer coisa com a sua família”. O cliente pode, então, fazer a diferenciação e o transporte, dizendo: “É isso, tem a ver com a maneira como eles me fazem sentir mal”. *A reformulação incide sempre naquilo que sente.*

Percebe-se a primeira etapa quando a pessoa sente “que se passa qualquer coisa com a sua família”, pois está no corpo, o “sentir”. Depois a segunda e a terceira etapa aparecem: diferenciação, na qual a pessoa percebe o que sente, e transporte quando existe uma mudança de registro e surgem pensamentos e sentimentos novos ao dizer: “É isso, tem a ver com a maneira como eles me fazem sentir mal”. A quarta etapa é evidenciada pela nova percepção do que sente e da situação que possibilita um potencial para que novas percepções

sejam feitas e permitindo que exista uma troca entre outras pessoas a partir da sua nova percepção.

A partir de todo o exposto percebe-se que a intervenção na Abordagem Centrada na Pessoa é não diretiva e centrada na pessoa não no diagnóstico, na qual o psicoterapeuta precisa ter três atitudes principais: empatia, autenticidade e aceitação incondicional. E com essas atitudes promover uma relação facilitadora com a pessoa em atendimento.

Na psicoterapia com pessoas com psicose, as atitudes facilitadoras do psicólogo e a relação estabelecida continuam sendo centrais. Apresenta-se também a teoria sobre a experiência que fornece maiores subsídios para a atuação com pessoas com psicose.

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE PESQUISA

A pesquisa é de caráter qualitativo, pois, de acordo com Richardson (1999), tenta compreender as características e os significados que os participantes da pesquisa apresentaram, bem como permite verificar a relação entre as variáveis encontradas, sendo que a obtenção dos dados será de forma interativa com os participantes (NEVES, 1996).

O presente trabalho de pesquisa se caracteriza por ser uma pesquisa exploratória. A pesquisa exploratória, segundo Gil (2002, p.41), tem como objetivo “proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses.” O autor ainda enfatiza que esse tipo de pesquisa tem como “objetivo principal o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições. Seu planejamento é, portanto, bastante flexível, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado.” (GIL, 2002, p.41).

A classificação desse trabalho como sendo exploratório está de acordo com os objetivos do mesmo, uma vez que o mesmo foi feito através de questionários abertos com vistas a conhecer quais as características do processo de intervenção de psicólogos que atuam a partir da Abordagem Centrada na Pessoa com pessoas com psicose.

Sendo assim, o delineamento desse trabalho é um estudo de caso, pois “é um estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos de maneira que permita o seu amplo e detalhado conhecimento”. (GIL, 1991, p.58).

3.2 PARTICIPANTES

Responderam os questionários abertos dois profissionais de psicologia que trabalham com pessoas com psicose sob o enfoque da Abordagem Centrada na Pessoa.

Um dos participantes tem vinte e seis anos de atuação com pessoas com psicose e atendeu aproximadamente cem pessoas com psicose. O segundo participante tem quarenta e quatro anos de atuação com pessoas com psicose e afirma já ter atendido centenas de pessoas com psicose.

3.3 EQUIPAMENTOS E MATERIAIS

Os questionários abertos foram enviados via correio eletrônico e foram utilizados os seguintes materiais: computador com acesso à internet e questionário aberto, termo de consentimento livre e esclarecido e posteriormente a declaração sobre a permissão da divulgação dos nomes dos participantes – todos os documento digitalizados.

3.4 SITUAÇÃO E AMBIENTE

Os questionários abertos foram enviados via correio eletrônico para os participantes, pois estes moram em outro Estado do país. Junto ao questionário foi enviado um texto explicativo sobre a pesquisa o qual explica sobre o instrumento de coleta de dados.

3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados um questionário aberto, o qual se caracteriza pela elaboração *a priori* de perguntas abertas para que as pessoas que respondessem se sentissem livres em suas respostas. Para que os objetivos da pesquisa fossem atingidos, os participantes foram comunicados que realizar-se-ia (m) contato (s) recorrente (s) caso houvesse alguma lacuna ainda a ser preenchida a partir das respostas dos mesmos.

Os aspectos que foram investigados a partir dos questionários referem-se a: conceito de psicose para os profissionais, intervenções realizadas com pessoas com psicose e os efeitos de mudanças nas pessoas com psicose em tratamento com psicólogos da Abordagem Centrada na Pessoa, na percepção desses profissionais.

Anterior ao processo de coleta dos dados foi feito um teste piloto com o questionário. O teste foi realizado com uma psicóloga de Florianópolis que usa a Abordagem Centrada na Pessoa para guiar seus atendimentos psicológicos, mas que ainda não havia completado o tempo mínimo de formação na abordagem (quatro anos), mas já havia atendido pessoas com psicose. A partir das suas respostas e com base da mesma sobre o questionário não houve mudanças para a aplicação do mesmo com os participantes da pesquisa. Foi planejado, por meio das lacunas identificadas a partir das respostas ao questionário piloto, um questionário para contato recorrente com perguntas mais objetivas a respeito das dúvidas que correspondentes aos objetivos específicos da pesquisa. Esse modelo foi usado como base para sanar possíveis lacunas que viessem a aparecer nas respostas dos participantes.

3.6 PROCEDIMENTOS

3.6.1 Seleção dos participantes

Os profissionais foram selecionados por indicação de uma psicóloga que tem como perspectiva norteadora da sua prática a ACP. Essa profissional é referência na região da Grande Florianópolis, sendo responsável por uma instituição de formação em ACP. Foram considerados como critérios para a seleção dos profissionais que esses tenham realizado intervenções com pessoas com psicose e tenham experiência com intervenção como psicólogos a partir da ACP por pelo menos quatro anos. Os profissionais não se restringiram ao Estado de Santa Catarina, sendo que as indicações foram de profissionais de outros Estados.

Foram delimitados três profissionais para a pesquisa para que houvesse maior aprofundamento no tema da pesquisa. Além disso, essa quantidade de participantes foi

considerada também dada a dificuldade de contato com esses profissionais, uma vez que, em sua maioria, residem em outros Estados que não o da pesquisadora. Devido ao não retorno de contato com outros 2 psicólogos contatados, apenas dois participaram da pesquisa.

3.6.2 Contato com os participantes

Após a aprovação do projeto de pesquisa do Comitê de Ética da Universidade do Sul de Santa Catarina (CEP UNISUL), a aplicação do questionário piloto, bem como os ajustes necessários depois dessa aplicação, foram efetuados contatos com os participantes. O contato aconteceu por meio de correio eletrônico disponibilizado pela psicóloga que indicou as pessoas a serem pesquisadas.

O primeiro contato por correio eletrônico foi realizado para esclarecer quem é a pesquisadora, por meio de quem havia conseguido o contato e conhecido a Abordagem Centrada na Pessoa e porque se interessou em continuar estudando sobre essa perspectiva teórica. Explicou-se o tema da pesquisa e foi efetuado o convite para a pessoa a participar. Após uma resposta positiva da pessoa foi enviado o questionário (Apêndice A) e o termo de consentimento (Apêndice B) anexado ao email. Depois dos cumprimentos iniciais, foi escrito o seguinte texto explicativo:

Como instrumento de coleta de dados, utilizarei um questionário aberto (em anexo). Desejo que se sinta à vontade para responder as questões. Se tiver quaisquer dúvidas, pode recorrer a mim.

Após essa primeira coleta de dados, lerei suas respostas com atenção e caso perceba que existe algum ponto importante a ser mais explorado para poder responder os objetivos da minha pesquisa, farei novo contato por email com você explicitando minhas dúvidas.

Em anexo segue também o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual existe o esclarecimento da pesquisa e da sua participação nela. Não será necessário que você o assine. O retorno do questionário respondido será considerado como anuência de sua participação na pesquisa. Coloco-me à disposição para quaisquer dúvidas que desejar esclarecer quanto ao processo de pesquisa.

3.6.3 Coleta e registro de dados

Foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), o qual contém explicações sobre o processo de pesquisa aos participantes. Como os profissionais que responderam a pesquisa via internet receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por email, o consentimento foi considerado a resposta dos sujeitos confirmando que leram e concordam com a participação na pesquisa.

Ao enviar o email com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi explicado por email aos participantes os objetivos da pesquisa, bem como as informações contidas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, cujo objetivo é guiar a pesquisa eticamente. Além de explicar que, se fosse necessário, seriam feitos novos contatos para aprofundamento de alguns temas em relação aos quais ficassem lacunas para responder a pergunta de pesquisa.

Ao receber o questionário respondido, analisar suas respostas e verificar a necessidade de um dos participantes esclarecer algumas lacunas, foi enviado por email, para esse participante, um novo conjunto de perguntas para complementar as respostas fornecidas inicialmente por um dos sujeitos, para garantir que os objetivos da pesquisa sejam respondidos (complemento do Apêndice A).com o seguinte texto:

Como havia comentado com você, talvez eu precisasse entrar em contato novamente para aprofundar alguns aspectos de sua experiência na intervenção com pessoas com psicose.

Segue em anexo algumas questões.

Quaisquer dúvidas estarei a disposição.

Agradeço muito sua participação e disponibilidade!

Abraços

Nessa parte do processo não foi obtido resposta por parte desse participante.

Ao evidenciar a impossibilidade de incluir um terceiro participante à pesquisa por falta de retorno aos contatos feitos pela pesquisadora, constatou-se que, para maior destaque e

enriquecimento dos dados, a pesquisa seria classificada como estudo de caso, a fim de que se pudesse dar maior ênfase a experiência e aos dados fornecidos pelos participantes. Essa constatação se deu a partir de leituras dos materiais escritos pelos já participantes da pesquisa a respeito do tema que está sendo pesquisado.

A fim de referenciar o nome dos participantes durante a pesquisa, foi enviado um terceiro email solicitando o preenchimento da declaração (Apêndice C) que foi em anexo ao email. Segue o texto do corpo do email:

Olá,

Novamente entro em contato, pois gostaria de solicitar autorização para divulgação de seus nomes e obras em meu trabalho. Ao estudar as respostas fornecidas por vocês ao questionário enviado, assim como ao examinar seus escritos, percebi que o trabalho poderia ser muito enriquecido caso pudesse explorar aspectos de sua história profissional (que é muito rica quanto à intervenção com pessoas com psicose) a fim de aprofundar a análise de meus dados. No entanto, a exploração desse material implicaria em uma possível identificação de vocês. Minha pergunta é: poderia identificá-los no trabalho, assim como as obras e escritos de vocês? Pensamos nessa possibilidade inclusive como uma forma de atribuir-lhes mérito do precioso trabalho que desenvolvem.

Caso aceitem que seus nomes sejam divulgados no TCC, solicito que preencham o documento em anexo, sendo considerada a anuência de vocês o preenchimento desse documento, juntamente com a devolução dele por e-mail a mim.

Mais uma vez, Muito obrigada.

Apenas um participante respondeu o email com a declaração (Apêndice D), e por isso apenas o nome dele é divulgado na pesquisa.

3.6.4 Organização, tratamento e análise de dados

Os dados coletados para a pesquisa foram obtidos e organizados a partir das respostas dos psicólogos ao questionário aberto da pesquisa. Após a obtenção das respostas foram criadas categorias de análise, com base no conteúdo das respostas, sendo analisadas por meio da técnica de análise conteúdo que, segundo Minayo (1999, p. 203), “parte de uma

literatura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado”, articulando e analisando as características do que foi apresentado. Dessa maneira, essa análise possui como objetivo caracterizar o processo de intervenção de psicólogos que atuam a partir da Abordagem Centrada na Pessoa com pessoas com psicose.

Com intuito de fazer a análise de dados, foram realizadas leituras constantes dos escritos dos participantes, a partir das quais foi possível fazer um agrupamento das informações em categorias, informações essas separadas por psicólogos e divididas em quadros a partir do caráter dessas informações e dos objetivos específicos propostos. Partindo da identificação das categorias e subcategorias criadas de acordo com os objetivos da pesquisa foi feita a articulação com a fundamentação teórica que embasa esse trabalho.

4 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Neste capítulo serão apresentados os dados referentes às características das intervenções de psicólogos que atuam com pessoas com psicose a partir da Abordagem Centrada na Pessoa.

Os dados foram coletados por meio de questionário aberto online, sendo os participantes dois psicólogos que atuam a partir da Abordagem Centrada na Pessoa em atendimentos com pessoas com psicose.

Os dados foram categorizados a partir dos objetivos específicos: conceituar psicose a partir da percepção dos psicólogos que atuam a partir da Abordagem Centrada na Pessoa; caracterizar quais as estratégias de intervenção utilizadas por psicólogos que atuam a partir da Abordagem Centrada na Pessoa na intervenção de pessoas com psicose e identificar os resultados que ocorreram com as pessoas com psicose em tratamento com psicólogos da Abordagem Centrada na Pessoa, na percepção desses profissionais. E dessa forma, responder ao objetivo geral: caracterizar o processo de intervenção de psicólogos que atuam a partir da Abordagem Centrada na Pessoa com pessoas com psicose.

Os dados de cada psicólogo foram tratados e analisados em separado a fim de fornecer maior visibilidade e condições de análise para aprofundar o que foi exposto por eles. Sendo assim, o capítulo está organizado de modo a apresentar uma breve história sobre os psicólogos participantes da pesquisa, posteriormente são apresentados os quadros com as categorias, suas descrições e a análise desses dados.

4.1 BELAS E SUA CONTRIBUIÇÃO ACERCA DA INTERVENÇÃO COM PESSOAS COM PSICOSE

José Luiz Belas⁴ tem 71 anos de idade, é psicólogo, formado há 41 anos, com pós-graduação ("Lato-Sensu"): Especialização em Teorias e Práticas Psicológicas em Instituições

⁴ José Luiz Belas autorizou em declaração que seu nome fosse divulgado na pesquisa.

Públicas Área II - Ambulatorial - UFF - Universidade Federal Fluminense. Já trabalhou por 33 anos no Hospital Estadual Psiquiátrico, em Jurujuba, Niterói- RJ. E acredita já ter atendido algumas centenas de pessoas com psicose. No momento trabalha em seu consultório particular, em Icaraí-Niterói, RJ. Trabalha com pessoas com psicose desde 1967 (ainda era estagiário no Hospital de Jurujuba). Atualmente atende 4 pessoas com psicose.

4.1.1 Conceito de psicose apresentado por Belas

A psicose para a ACP não é considerada uma doença, mas sim um estado em que a pessoa apresenta dificuldades de relacionar-se com os outros e com suas próprias experiências. No quadro 1 apresenta-se o conceito de psicose a partir da percepção de Belas. O conceito de psicose está dividido em três categorias. A primeira: o conceito de psicose na percepção do psicólogo “do ponto de vista social”, a qual foi subdividida em quatro subcategorias: “desconhecimento sobre a doença”; “preconceito”; “frustração por não entender as oscilações”; “dificuldades em se relacionar com as pessoas”. A segunda: “do ponto de vista do indivíduo”, com duas subcategorias: “autopreconceito”; “oscilações do entendimento de si próprio”. A terceira: “do ponto de vista da pessoa em atendimento psicoterapêutico”, com duas subcategorias: “ambiguidade no discurso”; “não diferenciação de pessoas com ou sem psicose”.

(continua)

CONCEITO DE PSICOSE		
CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UCE
Do ponto de vista social	Desconhecimento sobre a doença	“ainda existe muito pouca informação sobre a doença.”
	Preconceito	<p>“uma visão bastante preconceituosa em relação a pessoa com tais transtornos.”</p> <p>“As dificuldades maiores são localizadas na visão preconceituosa que ainda existe numa parcela grande de nossa sociedade. Esse modo de perceber o psicótico prejudica sua inserção nos grupos sociais e reduz suas chances de viver produtivamente e realizar-se sexualmente.”</p> <p>[Entretanto, se para ele este modo de viver é ‘sadio’, não o ajuda muito quando precisa se relacionar com os outros] “Nessas horas, as pessoas o vêem como o ‘doente’.”</p>

(conclusão)

	Frustração por não entender as oscilações	“Essa ‘fragmentação’ frustra muito as pessoas que não entendem, ou não conseguem aceitar, o que leva esses pacientes a se comportarem assim. Quase sempre são os familiares os que mais se frustram nessas situações.”
	Dificuldades em se relacionar com as pessoas	“Entretanto, se para ele este modo de viver é “sadio”, não o ajuda muito quando precisa se relacionar com os outros.”
Do ponto de vista do indivíduo	Autopreconceito	“Não raro o próprio paciente é vítima desse mesmo preconceito, ou seja, um autopreconceito (principalmente naqueles melhor estruturados psicicamente).”
	Oscilação do entendimento de si próprio	“percebo que essas pessoas costumam apresentar níveis de consciência da doença que oscilam muito.” “Parece, para muitos, que ele É e NÃO É, ao mesmo tempo.”
Do ponto de vista da pessoa em atendimento Psicoterapêutico	Ambiguidade no discurso	“Essa ambigüidade dá origem a expectativas em relação ao paciente: no meio de um discurso organizado surge um outro totalmente oposto ao primeiro.”
	Não diferenciação de pessoas com ou sem psicose	“quase não vejo diferença entre os [atendimentos] de pessoas, psicóticas ou não psicóticas.” “o psicótico é uma pessoa e, como tal, receberá de mim a mesma atenção e o mesmo modo de agir que norteia meu trabalho como psicoterapeuta.” “Não me atenho ao diagnóstico que lhe deram, e com o qual, na maioria das vezes, até concordo.”

Quadro 1 – Percepção do psicólogo Belas acerca do conceito de psicose do ponto de vista social, do indivíduo e da pessoa em atendimento.

Fonte: Elaboração da autora, 2011.

Do ponto de vista social, o psicólogo apresenta que existe um desconhecimento sobre a psicose. Esse desconhecimento pode estar relacionado à própria história da loucura, em que é possível observar que esse fenômeno foi concebido, inicialmente, como algo causado por deuses, passando a ser compreendido como possessão demoníaca para, só em meados do século XVII, surgiram conhecimentos científicos considerando a psicose como doença mental. (PESSOTI, 1995). No entanto, atualmente ainda existem muitas lacunas a serem preenchidas no que diz respeito ao conhecimento sobre esse fenômeno, existindo diversas teorias, mas não uma verdade absoluta sobre a psicose. Schlien (1976), quando discute a psicose na ACP, ao referir-se à sua causa, comenta que ainda não existem comprovações sobre o assunto. Bem como Rogers (1976) que também se refere ao campo da psicose como um campo de pouco desenvolvimento de teorias ou conceitos. Isso pode estar vinculado ao próprio desconhecimento social do fenômeno.

O preconceito social, segunda subcategoria apresentada no quadro da categoria “do ponto de vista social”, pode estar relacionado à incompreensão do fenômeno. Conforme a

fala de Belas, “nessas horas, as pessoas o vêem como o ‘doente’”. Isso pode fazer com que a pessoa deixe de ser uma pessoa, para ser considerada “um doente”. A ACP não considera a psicose uma doença. A partir do momento que o profissional entende a psicose como uma patologia, ele acredita que a pessoa possui uma doença, neste caso, crônica, possivelmente incurável, logo as intervenções tenderão a se restringir a melhorar a forma como essa pessoa lida com sua doença. Diferente, por exemplo, de um profissional orientado por uma perspectiva que entende a pessoa como uma pessoa com psicose, não como alguém que possui uma doença, mas uma pessoa “inteira” e com potencialidades que podem ser desenvolvidas, que é o caso do pensamento de Rogers:

No pensamento de Rogers o conceito de “pessoa” representa uma evolução nas suas proposições, principalmente no tocante as **aplicações**. A partir do conceito de ‘pessoa’ vai cambando seu modelo psicoterápico para uma concepção mais abrangente. *“Na década de 70, a expressão centrada na pessoa impôs-se com relação a centrada no cliente. O termo é utilizado para refletir a atitude do terapeuta em relação a pessoa. O terapeuta não vê o paciente que está doente, nem o cliente que é um freguês, o terapeuta centra sua atenção, não na teoria, ou em si próprio, mas no outro, na pessoa inteira.”* (WOOD, 1983, p.47 apud , GOBBI; MISSEL, 1998, p.118, grifo do autor).

Dessa forma, não haveria razão para se ter preconceito com relação a uma pessoa com psicose, uma vez que ela não é a psicose, mas está vivendo uma situação de incongruência, sendo considerada igual à outra pessoa qualquer.

De acordo com Shlien (1976), a psicose é um comportamento com suas características de perda de controle e exagero que assume uma “vida própria”, sendo uma situação que pode se cronificar, transformando-se em um estado. Tanto a psicose como uma situação, quanto como um estado pode variar em qualidade e quantidade. A essa variação de comportamento é que Belas pode estar se referindo quando afirma: “Essa ‘fragmentação’ frustra muito as pessoas que não entendem, ou não conseguem aceitar, o que leva esses pacientes a se comportarem assim. Quase sempre são os familiares os que mais se frustram nessas situações”.

Quanto à categoria do “ponto de vista individual”, Belas refere-se ao autopreconceito, afirmando que a pessoa com psicose parece ter preconceito em relação a si mesmo. Ao mencionar isto, afirma que essa percepção surge como consequência da forma como outras pessoas vêem a pessoa com psicose e expressam seu preconceito em relação a elas. Nessa mesma categoria, “do ponto de vista individual”, Belas refere-se à uma oscilação do entendimento de si mesmo, afirmando que “Parece, para muitos, que ele É e NÃO É, ao

mesmo tempo”. Essa instabilidade é evidenciada na teoria de Rogers (1977) quando trata de desorganização psíquica na qual a pessoa apresenta comportamentos instáveis em que ora é determinado pela estrutura do eu, ora pelas experiências que não fazem parte dessa estrutura

Sob condições de desorganização, a tensão e o conflito entre a estrutura do eu (com suas lacunas e deformações experienciais) e as experiências incorretamente simbolizadas, ou assimiladas à estrutura do eu, conduzem a uma luta constante que se traduz por um comportamento incongruente, instável, análogo [...]. (ROGERS, 1977, p. 204, 205).

Dessa forma, percebe-se no processo de desorganização psíquica descrito por Rogers, essa instabilidade, que também é evidenciada na fala de Belas: “essa ambigüidade dá origem a expectativas em relação ao paciente: no meio de um discurso organizado surge um outro totalmente oposto ao primeiro”. E essa ambigüidade não só aparece para as pessoas que convivem com a pessoa com psicose, mas também está presente para a própria.

Na categoria “do ponto de vista da pessoa em atendimento psicoterapêutico”, é apresentada que a subcategoria “ambigüidade no discurso”, também apresentada no Quadro 1, a qual parece estar relacionada com a oscilação de entendimento de si, sendo que essa oscilação é representada no discurso da pessoa com psicose. Belas diz que “essa ambigüidade dá origem a expectativas em relação ao paciente: no meio de um discurso organizado surge um outro totalmente oposto ao primeiro”, e Rogers (1976, p.220) disserta sobre a linguagem que parece ser complicada de entender, e afirma que essa diferença de linguagem entre pessoa atendida e psicólogo “é mais de grau que de espécie”, não dando tanta importância a ela. Rogers (1976) cita ainda o exemplo da criança, destacando que na ludoterapia, sua linguagem é seu comportamento, o que implica em o terapeuta atentar-se para seu comportamento quando estão em momento lúdico. Dessa forma podemos perceber que para além da fala da pessoa com psicose, necessita-se perceber outras formas de linguagem para que haja uma compreensão efetiva da pessoa que se expressa. Isso implica em atribuir menos importância à ambigüidade do discurso que, como cita Belas existente e causa expectativas no psicólogo que atende a pessoa com psicose.

Ainda na categoria “do ponto de vista da pessoa em atendimento psicoterapêutico”, Belas menciona a “não diferenciação de pessoas com ou sem psicose”. Na ACP, não se diferencia a “pessoa” da “doença”, sendo que essa pessoa apresenta-se inteira, com sua história e os contextos em que vive (BARIKOM, 2006, tradução nossa). Por isso, nos atendimentos pretende-se tratá-la primeiramente como pessoa, sem considerar a situação de

psicose como primeiro plano, assim como em buscar uma cura. Rogers (1977) destaca que os problemas psicológicos, em geral, não são superficiais para que se possa pautar-se em um diagnóstico, em uma lógica médica. No caso da psicose, por exemplo, não se considera o adoecimento como algo que deva ser priorizado, uma vez que o mesmo é compreendido como um estado de incongruência, no qual ocorreu uma desorganização da personalidade, esta decorrente de uma vivência não correspondente com a experiência vivida de fato e não baseada em sua tendência atualizante, mas no *self* ideal. Precisando, por isso, ser realizada uma intervenção mais profunda, facilitando um processo de reintegração da personalidade, no qual a pessoa entra em contato com sua tendência atualizante e seu referencial interno. Processo no qual o terapeuta precisa ter uma consideração positiva incondicional, agindo de forma empática com a pessoa em atendimento. (ROGERS, 1977).

4.1.2 Estratégia de Intervenção apresentada por Belas

Rogers (1977) afirma que a essência da ACP encontra-se na forma de ser de modo mais fundamental que no modo de agir. Dessa forma, certas atitudes do terapeuta frente às relações humanas são fundamentais na psicoterapia, são elas: “a capacidade empática, a autenticidade, e uma concepção positiva e liberal do homem”, a aceitação incondicional. (ROGERS, 1977). Assim sendo, como descreve Rogers (1977), se o terapeuta não experimentar essa forma de ser no seu eu, não desencadeará a atualização de si na pessoa que atende.

Dessa forma, a partir da ACP, é importante considerar a vivência e os aspectos subjetivos entre as pessoas envolvidas na relação terapêutica, mais do que o diagnóstico, por exemplo. A autenticidade, “sugere que o terapeuta tenta abandonar toda a artificialidade pessoal ou profissional, quaisquer manobras ou posturas, e continua a ser ele mesmo”. (GENDLIN, 1976, p.139). No trabalho com pessoas com esquizofrenia, Gendlin (1976), afirma que foi percebendo essa condição cada vez mais importante. Quando “se é ele mesmo”, segundo o autor, o psicoterapeuta expressa mais seus sentimentos e vivências, relação importante para a ACP em psicoterapia.

No quadro 2 apresentam-se as estratégias de intervenção que Belas relata utilizar com pessoas com psicose. Essas estratégias foram organizadas em duas categorias. A primeira

é o “contrato dos encontros psicoterapêuticos”, que se divide em duas subcategorias: “contrato na presença da família” e “encontros semanais”. A segunda categoria é a “comunicação como estratégia de intervenção”, sendo sua subcategoria: “compreender o discurso”.

ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO		
CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UCE
Contrato dos encontros psicoterapêuticos	Contrato na presença da família	“No primeiro contato, a família costuma estar presente caso este paciente não tenha condições para definir plenamente o nosso “contrato”.”
	Encontros semanais	“A frequência que proponho, habitualmente, é de uma sessão por semana deixando em aberto a possibilidade de alterarmos este número para mais, raramente para menos.”
Comunicação como estratégia de intervenção	Compreender o discurso	“Por isso, logo no início da terapia, recolho as palavras que não entendo e solicito ao paciente me descreva melhor o que está tentando me dizer.” “Faço um ‘dicionário’ com elas e as uso nas sessões posteriores.”

Quadro 2 – Estratégias de intervenção a partir da percepção do psicólogo Belas.

Fonte: Elaboração da autora, 2011.

Sobre a categoria “comunicação como estratégia de intervenção”, a qual apresenta a subcategoria “compreender o discurso”, pode-se citar Rogers (1977), que enfatiza o quão importante é entender a fala da pessoa em atendimento, para que haja de fato, uma compreensão do terapeuta sobre essa pessoa, agindo dessa forma de maneira empática. O mesmo autor diz que o papel de um psicoterapeuta rogeriano “consiste em captar e refletir sobre a significação pessoal das palavras do cliente – bem mais do que responder a seu conteúdo intelectual” (ROGERS, 1977, p.104).

No quadro 3 apresentam-se os objetivos da intervenção psicológica com pessoas com psicose a partir da percepção de Belas. A categoria apresentada acerca dos objetivos é chamada de “não diretividade”, que se divide em três subcategorias: “objetivos surgem a partir dos encontros”; “permissão para participar do universo da pessoa”; “pessoa atendida dá a direção”.

OBJETIVOS DA INTERVENÇÃO

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UCE
Não diretividade	Objetivos surgem a partir dos encontros	“Não viso nenhum objetivo previamente. Eles surgem ao longo dos nossos encontros e dependerão da dinâmica do nosso relacionamento.”
	Permissão para participar do universo da pessoa	“Gosto de ser convidado e participar daquele novo universo.” “numa teoria que se volta prioritariamente para a Pessoa (psicótica ou não) respeitando seu mundo, tentando penetrar no universo do paciente como um convidado e não como um invasor ou um técnico.”
	Pessoa atendida dá a direção	“Ele dá o tom do nosso encontro e eu procuro acompanhá-lo com um bom companheiro de viagem.” “O que falei acima mostra um pouco do modo como intervenho, ou melhor, não intervenho.” “Pretendo apenas ser um visitante naquele mundo.”

Quadro 3 – Objetivos da intervenção a partir da percepção do psicólogo Belas.

Fonte: Elaboração da autora, 2011.

Na ACP, a não diretividade começou sendo o conceito inicial que guiaria as intervenções. A não diretividade é evidenciada na fala de Belas na categoria “Objetivos surgem a partir dos encontros”: “Não viso nenhum objetivo previamente. Eles surgem ao longo dos nossos encontros e dependerão da dinâmica do nosso relacionamento.”. O psicoterapeuta não tomará atitudes diretivas nos atendimentos, de modo que a própria pessoa possa fazer seu movimento terapêutico, acreditando na sua tendência atualizante, e o terapeuta apresentando a consideração positiva do homem. Essa não direção significa a ausência de juízos de valor, ou seja, não dar qualidade ao que a pessoa em atendimento narra, como por exemplo, boa ou má, certa ou errada. (ROGERS, 1977).

Esse movimento de não diretividade faz com que a pessoa se sinta à vontade e, como Belas refere, o terapeuta é um convidado no universo da pessoa: “Gosto de ser convidado e participar daquele novo universo”, assim a pessoa não sente como se fosse guiada por um técnico, mas alguém que ela aceita que faça parte da sua caminhada, na qual ela é o foco, como cita Belas: “numa teoria que se volta prioritariamente para a Pessoa (psicótica ou não) respeitando seu mundo, tentando penetrar no universo do paciente como um convidado e não como um invasor ou um técnico” bem como nessa fala: “Ele dá o tom do nosso encontro e eu procuro acompanhá-lo com um bom companheiro de viagem”. O

conceito de não diretividade, não se refere ao fato de o psicoterapeuta ser inativo, mas sim de que este não interfere no processo inerente de desenvolvimento da pessoa, sendo sim um facilitador deste. (ROGERS, 1977). Rogers (2009) ainda enfatiza que se deve buscar compreender e descrever, com a mente aberta, a psicoterapia, de modo que o psicólogo não falseie a terapia para que se adapte às necessidades clínicas dele mesmo e não da pessoa que está atendendo.

No quadro 4 apresentam-se categorias a partir do tema comunicação na intervenção psicológica com pessoas com psicose a partir da percepção do psicólogo Belas. As categorias elaboradas a partir do tema comunicação são três. A primeira denomina-se “linguagem própria da pessoa”, tendo como subcategoria: “decodificação da linguagem própria da pessoa”. A segunda categoria denomina-se “respeito à linguagem da pessoa”, sendo sua subcategoria: “ir de encontro à pessoa atendida”. A terceira categoria denomina-se “devolução da percepção como terapeuta”, e a subcategoria, “visão do terapeuta quando solicitada”.

COMUNICAÇÃO NA INTERVENÇÃO		
CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UCE
Linguagem própria da pessoa	Decodificação da linguagem própria da pessoa	<p>“eu preciso aprender a decodificar a linguagem do meu paciente, que surge nos delírios, nas alucinações. Ele possui uma fala que lhe é própria. Nela um vocabulário bastante singular é utilizado.”</p> <p>“Essa fala obscura tem um sentido. Somente quando começamos entender o significado de algumas das palavras contidas nela é que passamos a compreender, mais precisamente, o que ele nos comunica”</p> <p>“O discurso é dele, e descreve o mundo no qual ele habita”</p>
Respeito à linguagem da pessoa	Ir de encontro à pessoa atendida	<p>“Minha forma de falar com ele precisa ser a dele e não a minha.”</p> <p>“Nunca tento impor o meu discurso, minha visão da realidade.”</p> <p>“conseguia entender o discurso dele, coisa que não acontecia, nem na casa dele, nem entre outras pessoas com as quais se relacionava.”</p>
Devolução da percepção como terapeuta	Visão do terapeuta quando solicitada	<p>[Nunca tento impor o meu discurso, minha visão da realidade.]</p> <p>“Somente quando ele me solicita eu lha dou. Falo o que penso, o que sinto, meu mundo.”</p>

Quadro 4 – Comunicação na intervenção a partir da percepção do psicólogo Belas.

Fonte: Elaboração da autora, 2011.

Rogers (1976) explana que a fala da pessoa com psicose é algo que não se deve levar tanto em consideração, pois assim como é difícil entender a comunicação verbal de uma

criança e usa-se da ludoterapia para compreendê-la por meio de outras formas de expressão, o mesmo necessita ser feito com pessoas com psicose. Belas afirma que “Minha forma de falar com ele precisa ser a dele e não a minha”, ou seja, cada pessoa tem sua forma específica de se comunicar e precisa ser entendida por essa, pelo meio a partir do qual se expressa, assim, o psicoterapeuta precisa ir de encontro a pessoa. Belas afirma isso dizendo que “eu preciso aprender a decodificar a linguagem do meu paciente, que surge nos delírios, nas alucinações. Ele possui uma fala que lhe é própria. Nela um vocabulário bastante singular é utilizado” e “Nunca tento impor o meu discurso, minha visão da realidade”. Esse entendimento é gradual e é importante para a pessoa que está envolvida nesse processo terapêutico, sendo que por muitas vezes apenas o terapeuta consegue entendê-lo, como evidencia a fala de Belas: “conseguia entender o discurso dele, coisa que não acontecia, nem na casa dele, nem entre outras pessoas com as quais se relacionava”.

Ainda sobre a fala de Belas: “Minha forma de falar com ele precisa ser a dele e não a minha”, Prouty (2001, p.17) afirma que “escutar e devolver o conteúdo da comunicação do cliente é uma ajuda importante, porque o conteúdo pode ser estranho ou irreal”. Além disso, muitas vezes o conteúdo das comunicações é a única entrada possível ao mundo psíquico da pessoa com psicose, sendo que pessoas com grande sofrimento psíquico, por vezes tem o embotamento afetivo. “A reformulação dessas comunicações pode também dar ao cliente alguma segurança psicológica, desde que não envolva diretamente o sentimento. Esses clientes têm muitas vezes medo de experienciar ou comunicar suas emoções.” (PROUTY, 2001, p. 17).

A empatia é uma das atitudes base que Rogers apresenta em sua teoria de intervenção psicológica, e esta é fundamental para compreender o outro. Prouty (2001, 12) apresenta que é provável que o terapeuta desconheça a experiência psicótica – se a nunca experienciou em seu ser, vivendo uma situação psicótica. Dessa forma, precisa assimilar gradualmente a experiência psicótica “por dentro”, ou seja, compreender totalmente o fenômeno psicótico. Deve-se “ir de encontro a pessoa atendida” como é apresentada na subcategoria e na fala de Belas: “Nunca tento impor o meu discurso, minha visão da realidade”.

Quanto à subcategoria “Visão do terapeuta quando solicitada”, esta pode estar relacionada a sinceridade na relação terapêutica, a que Prouty (2001) destaca que precisa existir no processo. Sinceridade essa que faz parte da autenticidade. O cliente precisa estar preparado para receber bem como essa partilha deve ser um ato profissional, ou seja, o

terapeuta precisa se policiar para não usar esse momento para demonstrar suas próprias necessidades. É provável que seja também por esse motivo que Belas afirma que só exprime sua opinião quando solicitada.

No quadro 5 apresentam-se quatro categorias a partir do tema instrumentos da intervenção psicológica com pessoas com psicose a partir da percepção do psicólogo Belas. A primeira denomina-se “a linguagem”, com duas subcategorias: “através da fala”; “na tentativa de compreender o discurso”. A segunda categoria denomina-se “modo solto”, que referencia a maneira “solta” do psicoterapeuta em atendimento psicoterápico. Essa categoria contém três subcategorias: “autenticidade”; “risadas”; “uso de recursos lúdicos”. A terceira denomina-se “meios expressivos diretos” e a quarta, “aceitação incondicional”.

INSTRUMENTOS DA INTERVENÇÃO		
CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UCE
A linguagem	Através da fala	“A fala, a linguagem”
	Na tentativa de compreender o discurso	“a tentativa de compreender o discurso fragmentado que ele me traz”
Modo solto	Autenticidade	“A qualidade da relação, o modo solto com o qual costumo estar durante as sessões.” “falamos sobre qualquer tema”
	Risadas	“Rimos”
	Uso de recursos lúdicos	“usamos o computador, jogamos damas, futebol de botões, cartas, desenhamos, contamos piadas”

Quadro 5 – Instrumentos da intervenção a partir da percepção do psicólogo Belas.

Fonte: Elaboração da autora, 2011.

A categoria “modo solto” remete imediatamente à subcategoria “autenticidade”, sendo que a partir do momento que o terapeuta age de acordo com ele mesmo, com sua referência interna de si, está agindo de forma solta, pois não está preso em teorias que o colocam como técnico, mas como pessoa que se apresenta como é. A esse respeito Rogers apresenta (1976, p.216, 217)

Agora quero passar as lições mais pessoais, que nos influenciaram mais profundamente como terapeutas individuais. Talvez a mais profunda destas lições seja uma confirmação e uma extensão do conceito de que a terapia liga-se a relação, e tem uma relação relativamente pequena com técnicas, com teoria ou ideologias.

[...] Acredito que é a autenticidade do terapeuta na relação que é o elemento mais importante.

Através dos estudos de resultados em psicoterapias, Rogers (1976) identificou que quando o terapeuta é autêntico, ele é mais eficiente. Por exemplo, se ele é uma pessoa mais objetiva, isso aparecerá na psicoterapia, se é uma pessoa mais carinhosa, também demonstrará isso nos atendimentos, cada um da sua forma. “Nossa vivência reforçou e ampliou profundamente nosso ponto de vista de que a pessoa é abertamente capaz de ser ela mesma naquele momento, como é capaz de ser nos níveis mais profundos, é o terapeuta eficiente” (ROGERS, 1976, p. 217).

Belas dá exemplos de recursos lúdicos que usa em seus atendimentos com pessoas com psicose: “usamos o computador, jogamos damas, futebol de botões, cartas, desenhamos, contamos piadas”. Em estudos com pessoas em psicoterapia, Rogers (1977) percebeu que apenas quando propiciava espaço facilitador, condições necessárias para a pessoa desenvolver suas potencialidades, essas pessoas produziam espaços construtivos de crescimento, de modo que eram guiados por sua tendência atualizante. Em contrapartida, quando as estimulava a criar algo que não existia para elas, não era eficiente. Dessa forma, parece não ser eficiente propor atividades as quais não servem de espaço facilitador para a pessoa com psicose, pois muitas vezes são atividades que não condizem consigo mesmas e por isso não há crescimento pessoal por ser espaço artificial a ela.

No quadro 6 apresenta-se a relação psicólogo/pessoa na intervenção psicológica com pessoas com psicose, a partir da percepção do psicólogo Belas. A primeira categoria denomina-se “relação genuinamente humana”, com a subcategoria: “condição para a psicoterapia”. A segunda categoria denomina-se “qualidade da relação psicólogo/pessoa”, a qual contém a subcategoria: “aceitação de si mesmo”.

(continua)

RELAÇÃO PSICÓLOGO/PESSOA NA INTERVENÇÃO		
CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UCE
Relação genuinamente humana	Condição para a psicoterapia	“Acredito que uma psicoterapia acontece positivamente quando conseguimos construir uma relação terapeuta/cliente genuinamente humana, com tudo que isso possa significar.”

(conclusão)

Qualidade da relação psicólogo/pessoa	Aceitação de si mesmo	“É a qualidade dessa relação que poderá levar meu paciente a se sentir o que ele é de fato, aceitar sua condição de “diferente” sem que isso o deprecie”
---------------------------------------	-----------------------	--

Quadro 6 – Relação psicólogo/pessoa na intervenção a partir da percepção do psicólogo Belas.

Fonte: Elaboração da autora, 2011.

Para Rogers (1976) a teoria específica do terapeuta é menos importante que o próprio encontro existencial. Na categoria “Relação genuinamente humana”, pode-se pensar sobre essa vertente, na qual se a teoria preceder o próprio encontro existencial, não haverá uma relação genuinamente humana, pois o que irá preceder será a técnica e a teoria desta. Rogers (1976) afirma que a teoria consciente é inútil no momento em que se está com a pessoa em atendimento, pois o mais importante é ser participante daquela relação entre pessoa atendida e psicólogo, e quando toma-se a teoria consciente e presente, o psicólogo passa a ser espectador.

Quando a pessoa com psicose está silenciosa, por exemplo, Rogers (1976) afirma que o terapeuta pode demonstrar seu sentimento a fim de compartilhar com ela aquele momento, mesmo que silencioso, dizendo o que o silêncio lhe causa sem soar como exigência. É através da demonstração de sentimentos de uma pessoa que está ali disposta a entendê-lo, oferecendo um relacionamento e que tem sentimentos, que se pode estabelecer uma relação genuinamente humana. Ser genuíno, para Rogers (2009, p.38), “envolve a disposição para ser e expressar, em minhas palavras e em meu comportamento, os vários sentimentos que existem em mim”. O mesmo autor completa que quanto mais genuíno for em uma relação psicoterapêutica, mais útil essa será.

O psicoterapeuta, segundo Rogers (1976, p.219) necessita ter paciência para que a pessoa com psicose possa desenvolver uma “vontade positiva” que nunca foi exercitada, ou seja, essa pessoa geralmente é passiva nas suas relações nas situações e age na sua maioria, como receptora das dores e acontecimentos da vida, não dizendo “sinto”; “vivo”. Segundo Belas, “É a qualidade dessa relação que poderá levar meu paciente a se sentir o que ele é de fato, aceitar sua condição de “diferente” sem que isso o deprecie”. Dessa forma, percebe-se que é através de uma relação genuinamente humana, que Belas trás, entre psicoterapeuta e pessoa atendida, que pode ser desenvolvida essa vontade positiva, na qual a pessoa com esquizofrenia possa se perceber, sentir o que é de fato, para depois aceitar sua condição, sem se depreciar por isso.

No quadro 7 apresenta-se a participação da família na intervenção psicológica com pessoas com psicose a partir da percepção do psicólogo Belas. São duas as categorias referentes ao tema. A primeira categoria denomina-se “início do atendimento com a família”, com a subcategoria “esclarecimentos e reflexões com a família”. A segunda categoria denomina-se “encontros com a família”, a qual contém três subcategorias: “momentos de crise da pessoa atendida”; “pessoa atendida ciente da participação da família”; “importância da família em compreender o que acontece com aquela pessoa que vive com eles”.

FAMÍLIA NA INTERVENÇÃO		
CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UCE
Início do atendimento com a participação da família	Esclarecimentos e reflexões com a família	“Geralmente convido a família a vir ao consultório, principalmente no início do atendimento do psicótico. Esclareço, da melhor maneira que posso, as características da doença, falamos sobre os preconceitos sobre ela, debatemos sobre as dificuldades que enfrentam no dia a dia. Refletimos também sobre os sentimentos de frustração que costumam experimentar diante de um familiar que apresenta tais problemas...”
Encontros com a família	Momentos de crise da pessoa atendida	“Esses encontros com a família ocorrem várias vezes durante o trabalho psicoterápico, principalmente nos momentos de crise, quando lidar com o paciente se torna muito mais desgastante e difícil.”
	Pessoa atendida ciente da participação da família	“Todas às vezes em que mantenho contato com a família, o paciente é informado sobre esse encontro. Eventualmente deseja participar deles, e tal participação é sempre bem vinda.”
	Importância da família compreender a pessoa com psicose	“Quando a família está longe do processo de terapia do psicótico, tudo fica mais complicado. Mas, tudo muda. e começam a participar do tratamento, no momento em que percebem a importância de compreender o que acontece com aquela pessoa que convive com eles.”

Quadro 7 – Família na intervenção a partir da percepção do psicólogo Belas.

Fonte: Elaboração da autora, 2011.

Melman (2006) discute em sua obra que dificilmente nos serviços de saúde a família é englobada no tratamento, ou seja, dificilmente essa é percebida como importante nesse processo terapêutico, até mesmo na rede de saúde mental. O mesmo autor cita um exemplo de um CAPS em que a família foi introduzida no serviço de modo que dessa forma

permitiu-se “múltiplas narrativas, criando pontos de contato, relações, linhas transversais para pensar os diferentes níveis de complexidade nesse processo” enriquecendo a qualidade da convivência entre profissionais, familiares e pessoa atendida. (MELMAN, 2006, p.110). A importância da participação familiar é evidenciada por Belas, que traz em suas falas que nos atendimentos que realiza, a família participa, tanto nos momentos de esclarecimento e reflexão sobre a pessoa com psicose, bem como em outros momentos participação constante, a qual se pode perceber na fala: “Quando a família está longe do processo de terapia do psicótico, tudo fica mais complicado. Mas, tudo muda e começam a participar do tratamento, no momento em que percebem a importância de compreender o que acontece com aquela pessoa que convive com eles”.

O distanciamento das relações entre pessoas é uma característica marcante em uma pessoa com psicose e por isso pode-se pensar em uma relação com o déficit nas comunicações com as pessoas, mesmo as mais próximas como a família. Dessa forma, parece importante que ocorram mudanças na comunicação em atendimento e a família. A participação da família nos atendimentos pode auxiliá-los nisso, como cita Belas na categoria “Encontros com a família” na subcategoria “Importância da família compreender a pessoa com psicose”: “Quando a família está longe do processo de terapia do psicótico, tudo fica mais complicado. Mas, tudo muda e começam a participar do tratamento, no momento em que percebem a importância de compreender o que acontece com aquela pessoa que convive com eles”. Para Rogers (2009), no decorrer da experiência terapêutica parece haver uma mudança na forma de se relacionar com os familiares. Essa mudança parece estar relacionada com a comunicação, havendo uma aprendizagem em como manter uma comunicação real nos dois sentidos – entre familiares. (ROGERS, 2009). Essa comunicação é entendida como autêntica, sendo que a pessoa é compreendida profundamente em seus sentimentos e em relação aos significados que as experiências têm para essa pessoa. (ROGERS, 2009). Faz-se mister destacar que o amor e a compreensão da família contribuem para que a pessoa seja ela mesma, promovendo mudanças no comportamento da pessoa e de todos os membros da família. (ROGERS, 2009).

Fazendo referência ao quadro anterior em que se apresenta a fala de Belas sobre aceitação de si mesmo, Rogers (2009) afirma que à medida que a pessoa aceita a si mesma, ela está mais preparada para aceitar o outro do jeito que é, permitindo que seja ele próprio.

Isso significa que o círculo familiar tende a encaminhar-se no sentido de se tornar um complexo de pessoas independentes e únicas, com valores e objetivos

individualizados, mas unidas por verdadeiros sentimentos – positivos e negativos – que existem entre elas e pela satisfação do laço da compreensão recíproca de, pelo menos, uma parte do mundo particular de cada um dos outros. (ROGERS, 2009, p.379).

Percebe-se, dessa forma, a implicação da família ser ativa quanto à participação no processo terapêutico da pessoa com psicose, sendo que através desse processo todos os membros têm ganhos quanto às relações familiares e individuais.

No quadro 8, apresenta-se dados sobre a medicação na intervenção psicológica com pessoas com psicose, a partir da percepção do psicólogo Belas. São duas as categorias referentes ao tema. A primeira categoria denomina-se “medicação como parte do tratamento”, que se subdivide em duas subcategorias: “remédios como coadjuvantes no processo psicoterápico”; “medicação abrandando sintomas”. A segunda categoria denomina-se “trabalho multidisciplinar”, com duas subcategorias: “trabalho em conjunto com o psiquiatra”; “trabalho multidisciplinar pouco existente na prática”.

MEDICAÇÃO NA INTERVENÇÃO		
CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UCE
Medicação como parte do tratamento	Remédios como coadjuvantes no processo psicoterápico	<p>“Possivelmente por haver trabalhado tanto tempo em Hospital Psiquiátrico, a medicação desses pacientes é, para mim, algo que ‘faz parte’ do tratamento.”</p> <p>“Nunca achei que os remédios prejudicassem o andamento do processo psicoterápico com psicóticos, pelo contrário, sempre os vi como coadjuvantes desse trabalho.”</p>
	Medicação abrandando sintomas	<p>“Ainda que os remédios disponíveis no mercado estejam longe de solucionar o problema do paciente psiquiátrico, já contribuem bastante para abrandar um número significativo de sintomas que dificultam a vida dessas pessoas.”</p>
Trabalho multidisciplinar	Trabalho em conjunto com o psiquiatra	<p>“Meu trabalho com psicótico é sempre paralelo ao do psiquiatra.”</p> <p>“Mas, é bom lembrar que é muito importante que o paciente esteja muito bem medicado e seja assistido por um profissional competente nessa área.”</p>
	Trabalho multidisciplinar pouco existente na prática	<p>“Ainda que a literatura atual enfatize a importância do trabalho multidisciplinar, na prática essa integração quase não existe, o que é lamentável.”</p>

Quadro 8 – Medicação na intervenção a partir da percepção do psicólogo Belas.

Fonte: Elaboração da autora, 2011.

Hipólito (2001) argumenta que no passado, em muitas pesquisas sobre psicose, a medicação era considerada o elemento principal no tratamento, sendo a psicoterapia apenas coadjuvante. Logo em seguida, afirma que em pesquisas realizadas em 1999, constatou-se que com pouco uso de medicamento e um grande “potencial relacional terapêutico”, tem-se igual eficácia. Belas apresenta na categoria “Medicação como parte do tratamento”, a concepção que os medicamentos são coadjuvantes no tratamento: “Nunca achei que os remédios prejudicassem o andamento do processo psicoterápico com psicóticos, pelo contrário, sempre os vi como coadjuvantes desse trabalho.” Dessa forma, percebe-se que a medicação faz parte do tratamento a partir da Abordagem Centrada na Pessoa em psicoterapia com pessoas com psicose, mas não é o fator principal do tratamento, essa vez que foi referenciado como uma maneira de abrandar os sintomas: “Ainda que os remédios disponíveis no mercado estejam longe de solucionar o problema do paciente psiquiátrico, já contribuem bastante para abrandar um número significativo de sintomas que dificultam a vida dessas pessoas”. Como lembra Hipólito (2001), o tratamento farmacológico tem efeitos ótimos em questão de sintomas, porém não substitui as outras necessidades do tratamento, como a psicológica.

Belas apresenta o trabalho multidisciplinar em sua fala: “Ainda que a literatura atual enfatize a importância do trabalho multidisciplinar, na prática essa integração quase não existe, o que é lamentável.”. O Ministério da Saúde (2004, p.26), no manual sobre os CAPS, enfatiza a importância do trabalho multidisciplinar com pessoas em sofrimento psíquico. Esse trabalho é possível por meio de uma equipe multiprofissional composta por profissionais de nível superior e de nível médio. “Os profissionais de nível superior são: enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física ou outros necessários para as atividades oferecidas nos CAPS”. Já os profissionais de nível médio podem ser: “técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores e artesãos. Os CAPS contam ainda com equipes de limpeza e de cozinha.” Como se pode perceber esse seria o ideal para um trabalho dentro de um serviço público de saúde mental, mas não somente, essa interação deveria acontecer em qualquer área que trabalhasse com pessoas com grande sofrimento psíquico e Belas evidencia que isso nem sempre é possível.

4.1.3 Resultados da intervenção com pessoas com psicose apresentados por Belas

Como resultado da relação entre psicoterapeuta e pessoa atendida, Rogers (2009, 40), acredita que a pessoa precisa “descobrir dentro de si a capacidade de utilizar essa relação para crescer”. Esse autor percebe que a pessoa desperta em si a tendência atualizante como real e não apenas como potencial, e caminha rumo à maturidade. Nesse movimento, consegue compreender o que lhe causa sofrimento em sua vida, “uma compreensão que investiga, por detrás do conhecimento consciente de si mesmo, aquelas experiências que escondeu de si devido à sua natureza ameaçadora” (ROGERS, 2009, p.40). A partir dessa percepção pode reorganizar sua personalidade rumo à autorealização, tendência essa que Rogers acredita que todas as pessoas possuem, mas que está escondida atrás “de fachadas elaboradas que negam sua existência”, precisando de condições apropriadas para ser expressa – condições que são dadas na psicoterapia a partir da ACP.

No quadro 9 apresentam-se os resultados da intervenção psicológica com pessoas com psicose, a partir da percepção do psicólogo Belas. Os resultados da intervenção estão divididas em sete categorias. A primeira categoria denomina-se “relação com o mundo”; a segunda categoria denomina-se “linguagem do outro e aceitação”; a terceira: “resultados pouco visíveis publicamente”; a quarta “percepção dos resultados através dos profissionais que fizeram parte do processo de psicoterapia”; a quinta: “consciência da doença”; a sexta: “não cura”; a sétima: “diferenciação entre seu mundo e o mundo dos outros”.

(continua)

RESULTADOS DA INTERVENÇÃO	
CATEGORIAS	UCE
Relação com o mundo	<p>“É como se ele, aos poucos, pudesse estabelecer uma ponte entre seu mundo e o dos demais.”</p> <p>“Ele, então, precisa aprender a estabelecer pontes entre seu mundo e o dos demais. O resultado de um trabalho que deu certo com um psicótico pode ser avaliado pela qualidade das pontes que ele conseguiu estabelecer com o mundo das outras pessoas com as quais convive. Melhor ainda quando consegue ampliar essa conquista mantendo um bom contato com as pessoas em geral.”</p>
Linguagem do outro e aceitação	<p>“Ele aprende a falar a linguagem do outro quando precisar fazer-se compreendido. Passa, aos poucos, a perceber que só dessa forma é compreendido e aceito.”</p>

(conclusão)

Profissionais e os resultados	“Poucas pessoas se interessam por este tema, a psicoterapia de psicóticos, pois a gratificação, a realização e a demonstração pública dos resultados do trabalho do profissional que se dedica a essa tarefa pouco aparece.”
Percepção dos resultados através dos profissionais que fizeram parte do processo de psicoterapia	“Acredito mesmo que só aqueles profissionais, que tiveram a oportunidade de acompanhar, por longo tempo, pessoas com esses transtornos, conseguem perceber as transformações que ocorrem com elas em decorrência de terem vivenciado um processo ao qual damos o nome de psicoterapia.”
Consciência da doença	“O que me parece mais visível é a progressiva consciência de sua doença”
Não cura	“Nunca pretendi ‘curar’ um psicótico. Ele encontrou na psicose uma forma equilibrada de ver o seu mundo.”
Diferenciação entre seu mundo e o mundo dos outros	<p>“Um cliente me falava: ‘cada pessoa tem um mundo’ e percebia que ele também possuía seu mundo particular, distinto de muitos outros ‘mundos’.”</p> <p>“O que me parece mais visível [...] e do quanto seu modo de perceber o mundo e as pessoas é bastante diferente da maioria.”</p> <p>“Volta-se para “seu mundo” naturalmente, sabendo que ele é diferente do mundo dos outros.”</p>

Quadro 9 – Resultados da intervenção a partir da percepção do psicólogo Belas.

Fonte: Elaboração da autora, 2011.

A relação entre a pessoa com psicose com outras pessoas é uma das maiores limitações dessas pessoas. Barikom (2006, tradução nossa) traz Teusch, que afirma que o aspecto fundamental da esquizofrenia é a profunda distorção no relacionamento com outras pessoas. Barikom (2006, tradução nossa) cita Rogers, que sustenta que pessoas com esquizofrenia tendem a resistir a relacionamentos. Berghofer (1996 apud BARIKOM, 2006, p. 168-16, tradução nossa) defende que o mais importante elemento na psicoterapia com clientes com esquizofrenia é o “ativo estabelecimento e manutenção de uma confiável relação interpessoal por um extenso período de tempo.” Por meio dos autores apresentados, pode-se perceber que, como apresenta Belas, nas categorias: “Relação com o mundo”, “Linguagem do outro” e “Diferenciação entre seu mundo e o mundo dos outros”, o estabelecimento de relacionamentos com outras pessoas, é um dos resultados mais importantes e alcançados na psicoterapia da Abordagem Centrada na Pessoa.

Para que possa se relacionar com outras pessoas, é importante, como apresenta Belas, que a pessoa com psicose possa conhecer melhor seu mundo, para que assim possa se

diferenciar do mundo do outro, e se relacionar com ele. Rogers descreve a psicose em termos psicodinâmicos, "comportamentos de psicose aguda frequentemente parecem ser descritos como comportamentos os quais são consistentes com aspectos negados de experiências ao invés de consistentes com o eu" (ROGERS, 1959 apud BARIKOM, 2006, tradução nossa). Dessa forma, percebe-se um desconhecimento de si como característica da maioria das pessoas com psicose. Barikom (2006, p.165, tradução nossa) afirma que Rogers destaca que na psicoterapia com pessoas com psicose, havia dificuldades com relação à “auto exploração e as reservas sobre tornar-se envolvido com suas próprias experiências.”.

Sobre a categoria “não cura” na qual Belas diz que não pretende encontrar a cura da pessoa com psicose, podemos evidenciar na obra de Rogers (2009) um estudo com pessoas com esquizofrenia, na qual médicos que não buscavam a cura da pessoa, mas sim seu trabalho estava voltado para a personalidade da pessoa, buscando uma participação pessoal ativa, uma relação de pessoa para pessoa. Esses médicos tinham mais sucesso com esse tratamento, do que médicos que agiam da forma tradicional, ou seja, de maneira contrária a descrita. Dessa forma, percebe-se que é mais importante que a pessoa estabeleça uma relação de pessoa para pessoa, na qual possa confiar e desenvolver suas potencialidades, do que psicoterapeuta agir com interpretações que busque a cura de uma doença. Sendo que é a partir da relação que se estabelece com a pessoa nos atendimentos que se cria espaço facilitador, em que a pessoa tenha confiança e se sinta segura para que sua tendência atualizante se expresse.

4.2 ABEL⁵ E SUA CONTRIBUIÇÃO ACERCA DA INTERVENÇÃO COM PESSOAS COM PSICOSE

O segundo psicólogo participante da pesquisa tem 46 anos e se formou há 23 anos. Possui especialização em Psicossomática, na ACP e MBA em Gestão de Pessoas. Atualmente trabalha na Secretaria de Saúde de um município do Rio de Janeiro, como consultor de organizações empresariais em geral e na área da saúde. Trabalha com pessoas com psicose há aproximadamente 26 anos, e afirma já ter atendido mais de cem pessoas com psicose. Atualmente, afirma atender algumas pessoas com psicose.

⁵ Nome fictício do psicólogo participante da pesquisa.

4.2.1 Conceito de psicose apresentado pelo psicólogo Abel

No quadro 10 apresenta-se o conceito de psicose a partir da percepção de Abel. À semelhança da organização feita em relação aos dados apresentados por Belas, as categorias elaboradas a partir do discurso do segundo psicólogo participante da pesquisa foram organizadas em três categorias. A primeira categoria: o conceito de psicose na percepção do psicólogo “do ponto de vista social”, com a subcategoria “preconceito”. A segunda: “do ponto de vista do indivíduo”, com a subcategoria “limitações existenciais”. A terceira: “do ponto de vista da pessoa em atendimento psicoterapêutico”, com duas subcategorias: “complexidade quanto às áreas afetadas”; “cuidados globais e singulares”.

CONCEITO DE PSICOSE		
CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UCE
Do ponto de vista social	Pessoas marcadas pelo diagnósticos	“Acredito que são pessoas marcadas por diagnósticos.”
Do ponto de vista do indivíduo	Limitações existenciais	Pessoas “que trazem limitações existenciais importantes e não apenas clínicas”
Do ponto de vista da pessoa em atendimento Psicoterapêutico	Complexidade quanto às áreas afetadas	Pessoas “que são afetadas em um nível de complexidade grande, com várias áreas comprometidas”
	Cuidados Globais e singulares	Pessoas “que requerem ações de Cuidado globais, individualizadas em seu território, singulares, onde estas pessoas e familiares possam se reencontrar nas possibilidades de lidarem com o próprio Cuidado, com o diferente, com o outro, reencontrando vias de significação continuada e possível para suas experiências.”

Quadro 10 Percepção do psicólogo Abel acerca do conceito de psicose do ponto de vista social, do indivíduo e da pessoa em atendimento.

Fonte: Elaboração da autora, 2011.

Do “ponto de vista social”, o psicólogo afirma que pessoas com psicose são marcadas por diagnósticos. Na ACP o diagnóstico é apenas uma pequena parcela da

psicoterapia, sendo que Rogers (1977) considera que o diagnóstico coloca o terapeuta num papel de Deus e isso leva a uma perda de confiança da pessoa em si. Por isso o diagnóstico não se faz importante e pode inclusive atrapalhar os atendimentos psicoterapêuticos. Além disso, Rogers (1977, p.210), entende que nas psicoterapias em que os atendimentos são pautados exclusivamente no diagnóstico, os tratamentos aos problemas psicológicos “tendem a ser paliativos e superficiais”. Pode-se perceber que para a ACP o diagnóstico não é considerado em primeiro plano para a psicoterapia, sendo que o foco é sempre a pessoa, independente de qual seja a análise feita sobre sua saúde mental a partir de critérios diagnósticos.

Na psicoterapia pautada na ACP, entende-se que o comportamento humano tem uma causa psicológica que consiste em certas maneiras da pessoa perceber a realidade, e somente a pessoa é capaz de “adquirir um conhecimento completo da dinâmica de seu comportamento e de sua percepção” (ROGERS, 1977, p. 210). Para que aconteça uma mudança de comportamento, é preciso que uma nova percepção seja experimentada, porém essa

modificação da percepção, a reorganização do eu e o estabelecimento de novas aprendizagens necessárias a um melhor funcionamento devem se efetuar pela ação de forças residentes essencialmente no cliente; e é pouco provável que estes objetivos sejam realizáveis a partir do exterior. (ROGERS, 1977, p.211).

Tendo em vista que o diagnóstico feito por uma avaliação externa de um especialista, o mesmo não tem função na psicoterapia orientada pela ACP. Isso porque na ACP a psicoterapia está baseada na mudança de percepção para que aconteça uma reorganização do eu, e é o indivíduo que pode dizer sobre as percepções que tem, logo, o diagnóstico não tem função na psicoterapia orientada pela ACP.

A fala do psicólogo participante na pesquisa remete a ideia de que as pessoas com psicose, apesar de serem “marcadas pelo diagnóstico”, não devem ser compreendidas da própria pessoa, a qual se apresenta com sua forma única de perceber. Quando se faz um diagnóstico, é como se o especialista soubesse mais da pessoa do que ela mesma. É como se o indivíduo não fosse capaz de se orientar sobre ele mesmo, partindo de verdades sobre si que são externas. (ROGERS, 1977). Essa forma de lidar com a pessoa, a partir de um diagnóstico, remete a um controle social desses seres humanos, uma vez que a orientação sobre si é externa e não orientada pela própria pessoa como conhecedora do seu ser.

Quando o psicólogo expõe “limitações existenciais”, subcategoria relacionada à categoria do conceito de psicose “do ponto de vista individual”, parece que se refere ao processo de desorganização psíquica, no qual a pessoa se apresenta incongruente, ou seja, não age de acordo com sua tendência atualizante e, dessa forma, é alienada de si mesmo apresentando crenças e valores introjetados rígidos e estáticos, limitando sua forma de ser, pois se distanciam de si mesmos. (ROGERS, 1977).

Na categoria “do ponto de vista da pessoa em atendimento psicoterapêutico, o psicólogo menciona que as pessoas “são afetadas em um nível de complexidade grande, com várias áreas comprometidas”. Pode-se remeter a Rogers (1977, p.204), que ao mencionar a desorganização psíquica, afirma que a “angústia é proporcional à extensão do setor do eu afetado pela ameaça”. Assim sendo, quanto maior o desacordo entre a estrutura do eu e a experiência vivida, maior a ameaça à imagem que a pessoa tem de si e, dependendo da área dessa imagem que é afetada, maior a complexidade das áreas comprometidas.

Sobre os cuidados globais e a referência da família na fala do psicólogo Abel: Pessoas “que requerem ações de Cuidado globais, individualizadas em seu território, singulares, onde estas pessoas e familiares possam se reencontrar nas possibilidades de lidarem com o próprio Cuidado, com o diferente, com o outro, reencontrando vias de significação continuada e possível para suas experiências.”, pode-se citar Rogers (2009, p.374) que explana sobre o cuidado familiar e sua influência na personalidade da pessoa. Quando o indivíduo expressa seus verdadeiros sentimentos na situação em que ocorrem e suas relações familiares são baseadas nos sentimentos no momento que estão presentes, “o indivíduo abandona suas defesas e pode realmente ouvir e compreender os outros membros da família”. Entende-se dessa forma, que a família e a pessoa com psicose podem encontrar uma maneira verdadeira de se relacionar, ao aprenderem a expressar seus sentimentos verdadeiros nos momentos em que surgem, precisando de um movimento de mão dupla, no qual são aceitos por essa expressão.

4.2.2 Estratégia de Intervenção com pessoas com psicose apresentada pelo psicólogo Abel

No quadro 11 apresentam-se as estratégias de intervenção que o participante da pesquisa relata utilizar com pessoas com psicose. Essas estratégias foram organizadas na categoria “tipos de intervenções”, na qual o participante dá exemplos dos tipos de intervenções possíveis em atendimentos com pessoas com psicose, sendo subdividida em cinco subcategorias: “atendimento psicoterápico com grupos”; “oficinas terapêuticas expressivas”; “atendimentos familiares”; “festas”; “treinamento de profissionais”.

ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO		
CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UCE
Tipos de intervenção	Atendimento psicoterápico com grupos	“At. Psicoterápico em Grupo”
	Oficinas terapêuticas expressivas	“Oficinas Terapêuticas Expressivas(Pintura, Colagem, Dança, Sensibilização Corporal)”
	Atendimentos familiares	“Atendimentos Familiares”
	Festas	“Festas”
	Treinamento de profissionais	“treinando pessoas e profissionais dentro da ótica do Cuidado e da Clínica Ampliada através do trabalho Transdisciplinar e Inter-Setorial”

Quadro 11 – Estratégias de intervenção a partir da percepção do psicólogo Abel.

Fonte: Elaboração da autora, 2011.

Todos os tipos de intervenção que o psicólogo traz são referenciadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), como ações que devem conter em um serviço de saúde mental, sendo eles: atendimento psicoterápico individual, atendimento psicoterápico em grupo, oficinas terapêuticas, familiares como participantes desse processo.

No quadro 12 apresentam-se duas categorias a partir do tema instrumentos da intervenção psicológica com pessoas com psicose a partir da percepção do psicólogo Abel. A primeira denomina-se “meios expressivos diretos. A segunda categoria denomina-se “aceitação incondicional”.

INSTRUMENTOS DA INTERVENÇÃO	
CATEGORIAS	UCE
Meios expressivos diretos	[“localização existencial em seus vários níveis, como o social familiar, laborativo, através da capacidade de aceitação incondicional e] da facilitação de meios expressivos diretos.”

Aceitação incondicional	[“localização existencial em seus vários níveis, como o social familiar, laborativo] através da capacidade de aceitação incondicional.”
-------------------------	---

Quadro 12 – Instrumentos da intervenção a partir da percepção do psicólogo Abel.

Fonte: Elaboração da autora, 2011.

Sobre a categoria “meios expressivos diretos”, pode-se trazer Bühler (1970), que afirma que a atividade criadora é uma auto expressão na qual a pessoa pode libertar sentimentos que podem significar algo de valioso para ela mesma. Através de meios expressivos a pessoa pode desenvolver sua capacidade de criação para assim poder se autorealizar-se e dessa forma, existir uma localização existencial como traz Abel em sua fala: “localização existencial em seus vários níveis, como o social familiar, laborativo, através da capacidade de aceitação incondicional e da facilitação de meios expressivos diretos.”

Rogers (2009, p.38) cita a aceitação incondicional como importante na atitude do psicoterapeuta, pois “quanto mais aceitação e apreço sinto com relação a esse indivíduo, mais estarei criando uma relação que ele poderá utilizar”. Essa aceitação que Rogers refere, é uma consideração afetuosa, um respeito e um apreço, uma aceitação de suas atitudes naquele momento pela pessoa em atendimento. Essa relação com aceitação incondicional contribui para construir uma relação de segurança e afeto na qual é prezado como uma pessoa e pode se sentir seguro para fazer uma avaliação incondicional de si. (ROGERS, 2009). Nesse sentido a pessoa pode através da aceitação incondicional se localizar existencialmente em quaisquer níveis da sua vida, como apresenta o psicólogo na fala: “[localização existencial em seus vários níveis, como o social familiar, laborativo] através da capacidade de aceitação incondicional”.

4.2.3 Resultados na psicoterapia com pessoas com psicose apresentados pelo psicólogo Abel

No quadro apresentam-se os resultados da intervenção psicológica com pessoas com psicose a partir da percepção dos psicólogos participantes da pesquisa. Os resultados da intervenção estão divididas em três categorias. A primeira categoria denomina-se “relação com o mundo” que apresenta como subcategoria: “potencializar o estabelecimento de uma ponte/relação entre seu mundo”. A segunda categoria denomina-se “diferenciação entre seu

mundo e o mundo dos outros”, que se subdivide em “percepção do mundo e das pessoas”. A terceira categoria denomina-se “localização existencial”.

RESULTADOS DA INTERVENÇÃO	
CATEGORIAS	UCE
Relação com o mundo	“Potencialização das possibilidades de contato, de encontro, de relação”
Diferenciação entre seu mundo e o mundo dos outros	“Modificando o meu eu para melhor perceber o outro em suas condições de sofrimento ou retraimento existencial.”
Localização existencial	“localização existencial em seus vários níveis, como o social familiar, laborativo”

Quadro 13 – Resultados da intervenção a partir da percepção do psicólogo Abel.

Fonte: Elaboração da autora, 2011.

Para Bühler (1970), a atividade criadora parece ser a que mais contribui para a experiência de auto-realização do ser humano, tendo papel fundamental para que a pessoa não seja alienada de si e com isso não se torne dissociada, indo de encontro com sua tendência atualizante. A criatividade, de acordo com o autor, significa reinventar a própria vida nos detalhes que fazem parte dela, expressando-se com o que sente e o que pensa.

Quando uma pessoa não se realiza a si mesma, significa que está buscando um jeito de ser nos outros, não em si. (BÜLHER, 1970). Quando uma pessoa começa a duvidar das suas intenções por meio do que os outros lhe dizem, se afasta de si mesma e começa a necessitar que o outro lhe diga como fazer, perde assim sua espontaneidade, o seu criativo. Por isso parece ser importante o que o psicólogo trás na categoria “Diferenciação entre seu mundo e o mundo dos outros” em que diz: “Modificando o meu eu para melhor perceber o outro em suas condições de sofrimento ou retraimento existencial.” A pessoa que não se realiza a si mesma está agindo conforme referenciais externos, ou seja, não existe uma diferenciação sobre o seu mundo e o do outro, é como se não conhecesse a si mesma, nem mesmo consegue identificar o que é do outro. Por esse motivo, é importante que nos resultados da psicoterapia é importante que exista essa modificação do eu – percebendo-se melhor – e assim perceber o outro.

Ao perceber-se e perceber o outro começa a existir uma localização existencial a qual o psicólogo cita na categoria “Localização existencial”: “localização existencial em seus vários níveis, como o social familiar, laborativo”. A partir disso começa a fazer relações com os outros e o mundo, como trás o psicólogo: “Potencialização das possibilidades de contato, de encontro, de relação”.

Rogers (2009) acredita que como resultado da psicoterapia na ACP a pessoa pode se organizar tanto no nível consciente, quanto nos mais profundos, de modo que a pessoa possa viver sua vida de maneira mais socializada. Esse trecho de Rogers pode ser associado com a fala do psicólogo participante da pesquisa na categoria “localização existencial”: “localização existencial em seus vários níveis, como o social familiar, laborativo”. A partir da psicoterapia a pessoa ao se organiza psicologicamente, estará mais situada na sua existência, sendo mais evidente na psicose, já que é uma situação característica por essa distância das experiências vividas. E através da sua localização existencial, poderá visualizar as suas vivências de modo a ser o ator principal da sua vida, podendo desenvolver maior participação social, familiar e também laborativa.

A Abordagem Centrada na Pessoa contém duas ideias centrais, consoante com Rogers (1977, p.39), defende que o ser humano tem a capacidade, a tendência de “compreender a si mesmo e de resolver seus problemas de modo suficiente para alcançar a satisfação e eficácia necessárias ao funcionamento adequado.” Além disso, “o exercício dessa capacidade requer um contexto de relações humanas positivas, favoráveis à conservação e à valorização do “eu”, isto é, requer relações desprovidas de ameaça ou de desafio à concepção que o sujeito faz de si mesmo.” (ROGERS, 1977, p.40). A partir desse excerto, pode-se perceber a importância da compreensão de si e dos outros, sendo as relações humanas positivas facilitadoras nesse processo, resultados esses que o psicólogo cita no seu depoimento: “Potencialização das possibilidades de contato, de encontro, de relação” e “Modificando o meu eu para melhor perceber o outro em suas condições de sofrimento ou retraimento existencial”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa teve como objetivo geral caracterizar o processo de intervenção de psicólogos que atuam a partir da Abordagem Centrada na Pessoa com pessoas com psicose, a fim de explorar os dois campos: a psicose e a Abordagem Centrada na Pessoa. O tema se faz relevante ao constatar pouca bibliografia envolvendo os dois campos. Além de que, a pesquisa proporciona maior amplitude a respeito da saúde mental, área ainda em desenvolvimento na saúde brasileira.

Sobre o primeiro objetivo da pesquisa, no tocante ao conceito de psicose na percepção dos psicólogos participantes, o “ponto de vista social”, os profissionais apresentaram categorias sobre o “desconhecimento da doença” o “preconceito”, bem como “pessoas marcadas pelo diagnóstico”, além da “dificuldade em relacionamentos”. A respeito do “ponto de vista do indivíduo”, foram verificadas categorias como “limitações existenciais” e “autopreconceito”. Enquanto sobre o “ponto de vista da pessoa em atendimento psicoterapêutico” foram identificadas as categorias “ambiguidade no discurso”, “cuidados globais e singulares à pessoa com psicose”, além da “não diferenciação da pessoa com ou sem psicose nos atendimentos”. Evidenciou-se a partir da análise das categorias apresentadas que, a psicose não é uma doença, e sim um estado ou situação da pessoa que, por conta das suas experiências e relações, desorganizou-se psiquicamente e não está agindo conforme sua tendência atualizante, mas de acordo com o referencial externo. Quando age de acordo com seu referencial externo, está agindo conforme a consideração condicional positiva do outro, e por isso não age de acordo consigo mesmo, dessa forma a tendência atualizante não é expressa e seu referencial interno não é seguido.

A respeito do segundo objetivo específico da pesquisa referente às estratégias de intervenção de psicólogos da ACP com pessoas com psicose, foram analisados os aspectos adiante relacionados. Os psicólogos pesquisados destacam a não diretividade nos atendimentos a pessoas com psicose, sendo que os objetivos surgem a partir dos encontros, pois é a pessoa em atendimento que dá a direção ao atendimento psicológico. Quanto a comunicação na intervenção, a linguagem da pessoa em atendimento deve ser decodificada indo de encontro à pessoa atendida. Relativamente aos instrumentos da intervenção são baseados no “modo solto” do psicoterapeuta que evidencia sua autenticidade e aceitação incondicional, usando, por exemplo, recursos lúdicos através dos quais a pessoa possa se

sentir à vontade, bem como meios expressivos. No tocante à relação do psicólogo com a pessoa atendida, precisa ser uma relação genuinamente humana sendo possível pela autenticidade do psicólogo, na qual a qualidade dessa relação é geradora de uma aceitação de si mesmo à pessoa atendida. Quanto à família na intervenção se mostrou importante quanto a esclarecimentos a respeito dos momentos de crise, por exemplo, bem como a importância para a própria pessoa atendida e o desenvolvimento de uma melhor relação com a família. Em relação à medicação figurou como coadjuvante do tratamento de pessoas com psicose, sendo que abranda sintomas. Outro aspecto importante destacado pelos profissionais pesquisados foi a necessidade de realização do trabalho multidisciplinar, uma vez que a medicação é receitada por psiquiatras e essa faz parte do tratamento com pessoas com psicose.

Em relação ao último objetivo específico referente aos resultados da intervenção com pessoas com psicose, foram apresentadas categorias como a “localização existencial”, e a compreensão de si, a fim de compreender o outro, fazendo com que o sujeito melhore sua relação consigo e com o mundo. No discurso dos psicólogos pesquisados ficou evidente o quanto é importante a melhoria das relações interpessoais dos indivíduos em atendimento, fazendo-os perceber que existe um mundo seu e um mundo do outro, e que entre esses mundos pode haver uma ponte, em que podem se comunicar.

No processo de intervenção de psicólogos que atuam a partir da Abordagem Centrada na Pessoa com pessoas com psicose foi percebida uma visão de psicose diferenciada, relatada pelos profissionais e embasada na teoria de Rogers, sendo que este diagnóstico não é central nos atendimentos. A pessoa que se apresenta tem maior importância nos encontros, e não o diagnóstico. Para a psicoterapia rogeriana, a pessoa com psicose precisa entender seu mundo como diferente dos demais, ou seja, que cada pessoa tem seu mundo; e assim, desenvolver sua comunicação com os outros. Nesse sentido, a intervenção é pautada na não diretividade do psicoterapeuta, pois a direção quem estabelece é a pessoa em atendimento, sendo ela com psicose ou não. Bem como, foi percebida a importância da autenticidade do psicoterapeuta, para que ele possa agir de maneira “solta”, e a pessoa em atendimento possa se expressar do seu jeito. Dessa forma o psicoterapeuta pode ter acesso ao seu psiquismo e ter a possibilidade de ajuda-la a entrar em contato com sua tendência atualizante.

Um dos fatores dificultosos da pesquisa deu-se em razão de os contatos com os psicólogos terem sido feitos por meio de correio eletrônico, sendo assim, não havia uma estimativa de tempo para resposta. Ademais, os participantes enfrentaram problemas pessoais

que os impossibilitaram de responder algumas mensagens enviadas. Por estes motivos, inviabilizou-se o contato com o terceiro participante da pesquisa, sendo inexitoso inclusive o contato telefônico. As facilidades dessa pesquisa se evidenciaram em dois principais fatores: no amor da pesquisadora pelo que estava sendo estudado e nas pessoas que fizeram essa caminhada junto à pesquisadora, sendo essas, facilitadoras e contribuintes para que esse processo fosse finalizado.

Esta pesquisa possibilitou produzir conhecimentos que são pouco divulgados cientificamente, sendo assim, configura-se como uma oportunidade de estudo e ampliação de conhecimentos para estudantes e profissionais que desejam explorar a área de saúde mental, a intervenção com pessoas com psicose ou ainda aspectos relativos à Abordagem Centrada na Pessoa, pois explana sobre todas essas áreas a partir da teoria rogeriana e da percepção de profissionais que trabalham na área de saúde mental à muitos anos e por isso apresentam uma vasta experiência sobre o tema em discussão.

Seria pertinente a realização de pesquisas sobre a Abordagem Centrada na Pessoa bem como a divulgação dos resultados obtidos, a fim de ampliar os estudos acerca do tema. A psicose é um campo fértil, misterioso e desafiador, o qual tem ainda diversos aspectos a serem investigados. Faz-se pertinente organizar teoricamente conceitos sobre a psicose e como esse fenômeno é entendido na ACP. Pode-se investigar a participação da família e suas implicações nos atendimentos com pessoas com psicose, além de pesquisas referentes ao trabalho multidisciplinar, incluindo o trabalho de psicoterapeutas da ACP, uma vez que o trabalho multidisciplinar é um tema em voga na saúde mental.

Abrir maiores possibilidades de estudo em diferentes abordagens amplia conhecimentos e possibilidades para a atuação de psicólogos com pessoas com psicose. Conhecimento esse que necessita extrapolar espaços específicos das abordagens, possibilitando maior visibilidade sobre o próprio fenômeno e intervenções possíveis com essas pessoas para análise de estudantes e profissionais de psicologia a fim de elucidar cada vez mais o fenômeno em questão. Estudar o conceito de psicose e as possíveis intervenções, inclusive a partir da ACP, amplia possibilidades de alternativas de intervenções psicológicas junto às pessoas com psicose.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: SCLIAR, Moacyr et al. **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU, 2003.

AMARANTE, Paulo. Reforma psiquiátrica e epistemologia. **Cad Bras Saúde Mental**. 2009.v. 1, n.1. Disponível em: <http://www.abrasme.org.br/cbsm/artigos/artigos/04_Paulo_Amarante>. Acesso em: 30 mai. 2011.

AMARANTE, Paulo. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, jul/set 1995. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v11n3/v11n3a11.pdf>>. Acesso em: 30 mai. 2011.

AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 1996.

AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria social e Reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 1994.

ASSUMPCÃO JR., Francisco B. Psicoses: Crítica dos Conceitos. **Revista de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência**, v. 1, n. 2, p. 13-18, 1993. Disponível em: <http://www.psiquiatriainfantil.com.br/revista/edicoes/Ed_01_2/in_02_05.pdf>. Acesso em: 3 abr. 2011.

BACELLAR, Anita; MICHEL, Lessandra Pinto; FLÔR, Maira de Souza. Políticas de Saúde na Prática: contribuições da ACP. In: FÓRUM LATINO AMERICANO DA ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA. Ouro Preto, MG, 2010.

BARROS, Denise Dias. Cidadania *versus* periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução do saber social. In: AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria social e Reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 1994.

BASAGLIA, Franco et al. Considerações sobre uma experiência comunitária. In: AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria social e Reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 1994.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 10 mai 2011.

BRASIL. **Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003**. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm>. Acesso em: 10 Mai. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Publicações**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_textocfm?idtxt=24364&janela=1>. Acesso em: 05 mai. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Morbidade Hospitalar no SUS – por local de internação – em Santa Catarina**. Disponível em:
<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/niSC.def>> Acesso em: 05 mai 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em 05 mai. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica**. Relatório de Gestão 2007/2010. Ministério da Saúde: Brasília. Janeiro de 2011, 106 p.

BUHLER, Charlotte. Psicologia Existencial e Humanista: Respostas a desafios contemporâneos. In: GREENING, Thomas C. **Psicologia Existencial-Humanista**. Rio de Janeiro: Zahar, 1970.

BRAUER, Jussara Falek. Entre a inibição e o ato: fronteiras do trabalho analítico com crianças. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 11, n. 1, 2000. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642000000100013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 abr. 2011.

CANEDO, Ingrid Robinson. Atendimento a pacientes psicóticos: uma experiência em processo. **Psicologia Ciência e Profissão**. v.16, n.2, p.13-17 maio/ago. 1996. Disponível em:
<<http://newpsi.bvs-psi.org.br/cgi-bin/wxis1660.exe/iah/>>. Acesso em: 30 mai. 2011.

CARVALHO, LÍlian Cherulli de; COSTA, Ileno Izídio da. A clínica gestáltica e os ajustamentos do tipo psicótico. **Rev. abordagem gestalt.**, Goiânia, v. 16, n. 1, jun. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672010000100003&lng=pt&nrm=iso>. acesso em: 24 abr. 2011.

COLVERO, Luciana de Almeida. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Rev Esc Enferm USP**, v. 38, n. 2, p. 197-205, 2004. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n2/11.pdf>>. Acesso em: 03 mai. 2011.

DIMENSTEIN, Magda; LIBERATO, Mariana. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersectorialidade do trabalho em rede. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. V. 1, n. 1, jan-abr. 2009. Disponível em:
<http://www.cbsm.org.br/artigos/artigos/21_Magda_dimenstein.pdf>. Acesso em 21. Abr. 2011.

DIMENSTEIN, Magda et al . Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. **Mental**, Barbacena, v. 3, n. 5, nov. 2005 . Disponível em:
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272005000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 jun. 2011.

DINIZ, Mara das Graças. **Uma possibilidade de re-significação da clínica das psicoses através dos depoimentos de psicoterapeutas-supervisores**. 124 f. Dissertação. (Mestrado em psicologia clínica) – Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2001.

DORON, Roland; PAROT, Françoise. **Dicionário de Psicologia**. São Paulo: Ática, 2002.

DSM-IV. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Trad. Dayse Batista, Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

FRAGA, Maria de Nazaré de Oliveira. Reforma psiquiátrica brasileira: muito a refletir. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 19, n. 2, June 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 June 2011.

FRANCO, Sérgio de Gouvêa. Estela, a psicose, um caminho entre pedras. **Aná. Psicológica**, v. 20, n. 4, p.381-390, out 2005. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312005000400003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 abr. 2011.

FREIRE, Ana Beatriz. Considerações sobre a letra: a psicose em questão. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 12, n. 3, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79721999000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 abr. 2011.

FOUCAULT, Michel. **Doença mental e Psicologia**. Rio de Janeiro: ed. Tempo Brasileiro LTDA, 1975.

GENDLIN, Eugene T. Comunicação subverbal e expressividade do terapeuta: tendências da terapia centralizada no cliente com esquizofrênicos. In: ROGERS, Carl; STEVENS, Barry. **De pessoa para pessoa: o problema de ser humano**. São Paulo: novos umbrais, 1976.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1991.

GODDI, Sérgio Leonardo; MISSEL, Sinara Tozzi. **Abordagem Centrada na Pessoa: Vocabulário e noções básicas**. Tubarão: Unisul, 1998.

GOIDANICH, Marcia. Configurações do corpo nas psicoses. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, dez. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822003000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 abr. 2011.

GONÇALVES, Alda Martins; SENA, Roseni Rosângela de. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, abr. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 abr. 2011.

HERRMANN, Maurício Castejón. O real na psicose. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 15, n. 1-2, jun. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642004000100025&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 abr. 2011.

HIPÓLITO, João. Ante-prefácio à edição portuguesa. In: PROUTY, Garry. **Evolução teórica na terapia experiencial / Centrada na pessoa: suas implicações nas psicoses esquizofrênicas e de atraso mental**. Lisboa: Encontro, 2001.

HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. **Ciência & Saúde Coletiva** vol.14 n°.1 Rio de Janeiro jan./fev. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v14n1/a36v14n1.pdf>>. Acesso em 20 abr. 2011.

JASPERS, Karl. **Psicopatologia geral**. 8. ed. São Paulo: Atheneu, 1997. v. 1.

KLOCKNER, Francisca Carneiro de Sousa. **Abordagem Centrada na Pessoa: A psicologia humanista em diversos contextos**. Londrina: Unifril: 2010.

KOERICH, Bárbara Lobo. **Ruptura da Realidade? A Compreensão de Estudantes de Psicologia Acerca da Psicose**. 2010. 107 f. Monografia (Graduação em Psicologia) – Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça, 2010.

KUJAWA, Henrique; BOTH Vandevir; BRUTSCHER, Volmir. **Direito à Saúde com controle social**. Passo Fundo: Fórum Sul de Saúde (PR SC RS), Centro de Assessoramento Popular de Passo Fundo (CEAP), 2003.

LACET, Cristine. Da forclusão do Nome-do-Pai à forclusão generalizada: considerações sobre a teoria das psicoses em Lacan. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 15, n. 1-2, jun. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642004000100023&lng=pt&nrm=iso>. acesso em: 21 abr. 2011.

LAING, Ronald D. **O Eu Dividido**: estudo existencial da sanidade e da loucura. Trad. Áurea Brito Weissenberg. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 1987.

LEMONS, Patrícia Mendes; CAVALCANTE JUNIOR, Francisco Silva. Psicologia de orientação positiva: uma proposta de intervenção no trabalho com grupos em saúde mental. **Ciência e saúde coletiva**. 2009, v.14, n.1, pp. 233-242. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100029&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 24 mar. 2011

MARTINS, Maria Cezira Fantini Nogueira. **Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de saúde**. 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004

MELMAN, Jonas. Família e doença mental: **Repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares**. São Paulo: Escrituras, 2006.

MESSIAS, João Carlos Caselli; CURY, Vera Engler. Psicoterapia centrada na pessoa e o impacto do conceito de experiencição. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 19, n. 3, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722006000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 apr. 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

MÜLLER-GRANZOTTO, M.J. & MÜLLER-GRANZOTTO, R. L. Clínica dos Ajustamentos Psicóticos, uma proposta a partir da Gestalt-terapia. **Revista IGT**. vol. 5, n. 8, 2008.

Disponível em:

<http://74.125.155.132/scholar?q=cache:kU918vUgcj4J:scholar.google.com/&hl=pt-BR&as_sdt=0>. Acesso em: 28 mai. 2011.

NEVES, José Luiz. Pesquisa Qualitativa – Características, usos e possibilidades. **Caderno de Pesquisas em Administração**: São Paulo, v. 1, n. 3, 1996.

PEQUENO, Angela. Os demônios do gozo: uma contribuição para a psicanálise da esquizofrenia. **Ágora (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, jun. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982002000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 abr. 2011.

PEREIRA, Mabel. Gestalt-terapia e saúde mental: contribuições do olhar gestáltico ao campo da atenção psicossocial brasileira. **Revista IGT**, v. 5, n. 9, p.168-184, 2008. Disponível em: <<http://www.igt.psc.br>>. Acesso em: 25 abr. 2011.

PESSOTTI, Isaias. **A loucura e as épocas**. São Paulo: Ed. 34, 1994.

PROUTY, Garry. **Evolução teórica na terapia experiencial / Centrada na pessoa: suas implicações nas psicoses esquizofrênicas e de atraso mental**. Lisboa: Encontro, 2001.

REVERBEL, Carmem Maria Fernandes. Desinstitucionalização: a construção de cidadania e a produção de singularidade. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 16, n. 1, 1996. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931996000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 jun. 2011.

RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. **Saúde Mental: dimensão histórica e campos de atuação**. São Paulo: EPU, 1996.

RICHARDSON, Roberto Jarry et. al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

RIETRA, Rita de Cássia Paiva. **Inovações na gestão em saúde mental: um estudo de caso sobre o CAPS na cidade do Rio de Janeiro**. 1999. 141f. Dissertação. (Mestre em Ciências na área de Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública /FIOCRUZ Rio de Janeiro (RJ); 1999. Disponível em: <http://74.125.155.132/scholar?q=cache:rxcm74oVI2kJ:scholar.google.com/+INOVA%C3%87%C3%95ES+NA+GEST%C3%83O+EM+SA%C3%9ADE+MENTAL&hl=pt-BR&as_sdt=0,5>. Acesso em: 30 mai 2011.

ROGERS, Carl. R.. Algumas lições de um estudo de psicoterapia com esquizofrênicos. In: ROGERS, Carl; STEVENS, Barry. **De pessoa para pessoa: o problema de ser humano**. São Paulo: novos umbrais, 1976.

ROGERS, Carl R.; RINGET, G. Marian. **Psicoterapias e Relações Humanas**. Belo Horizonte: Interlivros, 1977. V. 1.

ROGERS, Carl R.; RINGET, G. Marian. **Psicoterapias e Relações Humanas**. Belo Horizonte: Interlivros, 1977. V. 2

ROGERS, Carl. **Tornar-se pessoa**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2009.

SADOCK, Benjamin J.; SADOCK Virgínia A. **Kaplan & Sadock Compêndio de Psiquiatria – Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SANTOS, Ívena Pérola Do Amaral. Sonho e alucinações visuais: Propostas fenomenológicas para sua compreensão, interpretação e intervenção psicológica. **Aná. Psicológica**, jul. 2006, vol.24, no.3, p.343-352. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0870-82312006000300008&script=sci_abstract>. Acesso em 30 mai. 2011.

SHLIEN, John M. O estudo da esquizofrenia pela terapia centralizada no cliente: Primeira aproximação. In: ROGERS, Carl; STEVENS, Barry. **De pessoa para pessoa: o problema de ser humano**. São Paulo: novos umbrais, 1976.

SCHNEIDER, D. R. Caminhos epistemológicos na elucidação da loucura: contribuições da fenomenologia e existencialismo. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 1, p. 62-76, 2009. Disponível em: <<http://psiclin.ufsc.br/publicacoes/>> Acesso em: 08 abr. 2011.

SILVA, Laura Belluzzo de Campos. **Doença mental, psicose, loucura: Representações e práticas da equipe multiprofissional de um Hospital-Dia**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

SOARES, Sandra Regina Rosolen, SAEKI, Toyoko. O Centro de atenção psicossocial sob a ótica dos usuários. **Rev Latino-am Enfermagem**. São Paulo: 2006, v.14, n. 6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/pt_14.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2011.

TEIXEIRA, José A. Carvalho. Introdução às abordagens fenomenológica e existencial em psicopatologia (II): As abordagens existenciais. **Análise Psicológica**. jun. 1997, v.15, n.2, p.195-205. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82311997000200001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 abr. 2011.

VANDENBOS, Gary R. **Dicionário de psicologia da APA**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

VERAS, Marcelo. Saúde mental: uma clínica sem privilégios. **CliniCAPS**, Belo Horizonte, v. 1, n. 3, dez. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-60072007000300007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 abr. 2011.

ZIMERMAN, David E. **Fundamentos Psicanalíticos: Teoria, técnica e clínica**. Artmed: Porto Alegre, 1999.

APÊNDICE

APÊNDICE A**QUESTIONÁRIO ABERTO**

- 1) Idade: _____
- 2) Sexo: _____
- 3) Qual é a sua formação?
- 4) Há quanto tempo você se formou?
- 5) Além da sua formação em Psicologia, você possui alguma especialização?
- 6) Em que tipos de instituições você já trabalhou? E atualmente, onde você trabalha?
- 7) Atualmente você atende pessoas com psicose?
- 8) Desde quando você realiza atendimento psicológico com pessoas com psicose? Aproximadamente quantas pessoas foram atendidas?
- 9) Qual sua compreensão acerca da pessoa com psicose? (socialmente, individualmente, em atendimento psicológico...)?
- 10) Como você realiza a intervenção psicológica com pessoas com psicose (os atendimentos, os objetivos, a comunicação, as formas de intervenção, instrumentos, a relação psicólogo/pessoa atendida, família, medicação, facilidades e dificuldades...)?
- 11) Quais os resultados que você percebe por meio das suas intervenções com pessoas com psicose?

COMPLEMENTO

- 12) Como você entende a pessoa com psicose (socialmente, individualmente, em atendimento psicológico...)?
- 13) Como é a intervenção psicológica com pessoas com psicose (os atendimentos, os objetivos, a comunicação, as formas de intervenção, instrumentos, a relação psicólogo/pessoa atendida, família, medicação, facilidades e dificuldades...)?
- 14) Como foi/está sendo sua experiência de atendimento com pessoas com psicose?
- 15) O que é psicose para você?
- 16) Para a sociedade, quem é a pessoa com psicose?
- 17) Para você, quem é pessoa com psicose?
- 18) O que você acha do uso de medicamentos em pessoas com psicose?
- 19) Que critérios você utiliza para definir o tipo de intervenção com pessoa com psicose?
- 20) Quais os objetivos das intervenções com pessoas com psicose?
- 21) Quais as características da relação do psicólogo com pessoas com psicose durante a intervenção?
- 22) Quais tipos de estratégias de comunicação você utiliza durante o atendimento psicológico com a pessoa com psicose?

- 23) Quais as facilidades encontradas na utilização dessas estratégias de comunicação com a pessoa com psicose na intervenção psicológica?
- 24) Há dificuldades de comunicação durante o atendimento psicológico com os pessoas com psicose? Quais?
- 25) Que estratégias foram pensadas para a superação dessa dificuldade durante o atendimento psicológico com a pessoa com psicose?
- 26) Você utiliza algum tipo de instrumento na intervenção psicológica a pessoa com psicose? E quais são esses instrumentos?
- 27) Com que frequência você utiliza esses instrumentos durante o atendimento psicológico com a pessoa com psicose?
- 28) Quais as facilidades de utilizar esses instrumentos na intervenção com pessoas com psicose? Por quê?
- 29) Em uma intervenção psicológica, há instrumentos mais adequados que outros a serem usados com pessoa com psicose? Quais? Por quê?
- 30) Quais as técnicas de intervenção você utiliza com pessoas com psicose?
- 31) Quais as facilidades encontradas na utilização dessas técnicas de intervenção com a pessoa com psicose?
- 32) Há dificuldades encontradas na utilização dessas técnicas de intervenção com a pessoa com psicose? Quais?
- 33) Que estratégias foram pensadas para a superação dessas técnicas de intervenção com a pessoa com psicose?

34) Em algum momento você chamou alguma pessoa de apoio da pessoa com psicose para participar no atendimento psicológico junto com ela? Por quê?

Se sim, quando?

35) Qual foi a importância da pessoa de apoio neste atendimento?

36) Você percebe resultados durante o processo psicológico com pessoas com psicose? Quais? Como você avalia esses resultados?

37) Você gostaria de acrescentar alguma coisa?

APÊNDICE B

UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP UNISUL
Cep.contato@unisul.br, (48) 3279.1036

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), em uma pesquisa que tem como título “Características do processo de intervenção de psicólogos que atuam a partir da Abordagem Centrada na Pessoa com pessoas com psicose.”. A pesquisa tem como objetivo saber quais as características do processo de intervenção de psicólogos que atuam a partir da Abordagem Centrada na Pessoa com pessoas com psicose.

É muito importante pesquisar a respeito desse assunto para poder para ampliar conhecimentos e possibilidades para a atuação de psicólogos com pessoas com psicose. Conhecimento esse que necessita extrapolar espaços específicos das abordagens, possibilitando maior visibilidade sobre o próprio fenômeno e intervenções possíveis com esses sujeitos para analisar estudantes e profissionais de psicologia a elucidar cada vez mais o tema em questão. Estudar o conceito de psicose e as possíveis intervenções, inclusive a partir da ACP, possibilita diversidade de alternativas de intervenções psicológicas junto às pessoas com psicose.

Esta pesquisa será realizada com três psicólogos que tem como orientação em sua intervenção a Abordagem Centrada na Pessoa e que tenham trabalhado com pessoas com psicose. As pessoas serão entrevistadas sendo que perguntas serão feitas sobre a intervenção com pessoas com psicose e a Abordagem Centrada na Pessoa. A entrevista será gravada, durará cerca de trinta minutos e será feita num lugar onde você possa sentir-se à vontade para responder as perguntas. Depois o pesquisador fará a transcrição fiel da gravação evitando mudar o que você disser na entrevista.

Você não é obrigado (a) a responder todas as perguntas e poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento (antes, durante ou depois de já ter aceitado participar dela ou de já ter feito a entrevista), sem ser prejudicado (a) por isso. A partir dessa pesquisa, como

benefício, você poderá divulgar a forma de intervir com pessoas com psicose embasado na Abordagem Centrada na Pessoa. Como o objetivo da pesquisa é saber sobre a intervenção com pessoas com psicose, não são previstos desconfortos durante a entrevista. Mas, caso você se sinta desconfortável durante a entrevista, é importante que diga isso à pesquisadora para que ela possa auxiliá-lo(a).

Você poderá quando quiser pedir informações sobre a pesquisa à pesquisadora. Esse pedido pode ser feito pessoalmente, antes ou durante a entrevista, ou depois dela, por telefone, a partir dos contatos da pesquisadora que constam no final deste documento.

Todos os seus dados de identificação serão mantidos em sigilo e a sua identidade não será revelada em momento algum. Em caso de necessidade, serão adotados códigos de identificação ou nomes fictícios. Dessa forma, os dados que você fornecer serão mantidos em sigilo e, quando utilizados em eventos e artigos científicos, assim como em campanhas de prevenção, a sua identidade será sempre preservada.

Lembramos que sua participação é voluntária, o que significa que você não poderá ser pago, de nenhuma maneira, por participar desta pesquisa.

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar desse estudo como sujeito. Fui informado(a) e esclarecido(a) pelo pesquisador _____ sobre o tema e o objetivo da pesquisa, assim como a maneira como ela será feita e os benefícios e os possíveis riscos decorrentes de minha participação. Recebi a garantia de que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me traga qualquer prejuízo.

Nome por extenso: _____

RG: _____

Local e Data: _____

Assinatura:

Pesquisador Responsável (professor orientador): Nádia Kienen.

Telefone para contato: (48) 99661441

Outros Pesquisadores (aluna orientanda): Doralina Enge Marcon

Telefone para contato: (48) 84514936

APÊNDICE C**Declaração**

Eu, nome completo, nacionalidade, profissão, portador do RG nº, declaro para os devidos fins que concordo com a vinculação e eventual publicação de meu nome, bem como das obras as quais detenho direitos autorais, no trabalho acadêmico de conclusão de curso de Psicologia pertencente à graduanda Doralina Enge Marcon, para fins acadêmico-científicos.

Local, dia de mês de 2011

Nome Completo e CPF

APÊNDICE D**Declaração**

Eu, *JOSÉ LUIZ BELAS*, brasileiro, psicólogo, portador do RG nº, CRP-05/00218, declaro para os devidos fins que concordo com a vinculação e eventual publicação de meu nome, bem como das obras as quais detenho direitos autorais, no trabalho acadêmico de conclusão de curso de Psicologia pertencente à graduanda Doralina Enge Marcon, para fins acadêmico-científicos.

Niterói, 22 de outubro de 2011



José Luiz Belas
Psicólogo
CRP - 05/00218 - CPF 101.900.157-72

JOSÉ LUIZ BELAS
CRP-05/00218