



## Uma reflexão a respeito da educação inclusiva e medicalização da infância a partir das ideias de Carl Rogers sobre educação

A reflection on inclusive education and childhood medicalization from Carl Rogers' ideas about education

Lia de Luna Amatto  
Vera Lucia Pereira Alves

Espaço de Estudos e Pesquisas na Abordagem Centrada na Pessoa Dr. John Keith Wood  
Brasil

### Resumo

No decorrer das últimas décadas, as concepções a respeito das deficiências físicas e intelectuais foram se modificando, trazendo implicações para o ambiente educacional. Quando a deficiência passa a ser entendida como uma diferença, transfere para a escola a responsabilidade de incluir as crianças portadoras de deficiência na sala de aula, ocasionando novas exigências nas práticas educacionais. Assim, ao mesmo tempo em que surgem políticas a favor da inclusão escolar, constata-se a prevalência de uma abordagem biomédica nesse processo, procurando superar a nova demanda da educação através de terapêuticas clínicas. O presente estudo visa discutir as Práticas de Inclusão Escolar através do conceito de Aprendizagem Significativa desenvolvido por Carl Rogers que, ao compreendê-la como um processo que pressupõe o envolvimento de toda a pessoa, em seus aspectos sensoriais e cognitivos pode se tornar uma resposta a proposta de inclusão educacional, distanciando-a de práticas estáticas e medicalizantes.

**Palavras-chave:** educação inclusiva; medicalização; terapia centrada no cliente

### Abstract

Over the last few decades, the conceptions about physical and mental disabilities have been changed, bringing some impacts to the educational environment. When the deficiency starts to be understood as a difference, it becomes part of the school's responsibility to include those disabled children in the classroom, bringing forth new requirements to the educational practices. Therefore, at the same time in which policies in favor of School Inclusion come up, the prevalence of a Biomedical approach is noted in this process, trying to overcome the new demand of education through clinical therapeutics. This study aims to discuss School Inclusion Practices through the concept of Significant Learning developed by Carl Rogers, in which understanding it as a process that presupposes an involvement of the whole person, in their sensitive and cognitive aspects, may become an answer to the proposal of educational inclusion, moving it away from static and medicalized practices.

**Keywords:** inclusive education; medicalization; client-centered therapy

A educação brasileira tem se defrontado, nos últimos anos, com um novo desafio: a adoção de Práticas de Inclusão, uma vez que há uma grande diversidade de crianças em



situação de deficiência física e intelectual a serem incluídas na sala de aula, exigindo uma nova concepção de educação.<sup>1</sup>

No decorrer do processo de inclusão, foram se modificando as percepções sobre a deficiência, que, concomitantemente, foram fundamentando as ações perante essa população.

A princípio, com a prevalência do conhecimento científico e com a evolução da medicina, a deficiência fora concebida como doença, anormalidade. Pessoas com deficiência eram institucionalizadas e tratadas sob a óptica do saber médico, concretizando-se, assim, as primeiras atenções à população com deficiência que, enfocando majoritariamente as questões orgânicas, davam pouca importância à interação entre as pessoas e o ambiente e aos aspectos sociais relacionados à deficiência. Conforme os cuidados aos deficientes foram se intensificando, reflexões acerca de uma maior integração dessa população com a vida social foram aumentando, valorizando a ideia de uma educação especial, que visava normatizar ao máximo suas vidas e aumentar sua participação social (Bartalotti, 2010).

A partir do momento em que a deficiência passou a ser vista como uma diferença, e não mais como falta ou doença, entendeu-se que as crianças que apresentavam algum tipo de deficiência deveriam ser inseridas em escolas regulares, tendo início a ideia de inclusão educacional. Entretanto, apesar da mudança na concepção de deficiência, constata-se, ainda, a prevalência, na prática, de uma concepção marcada predominantemente pela medicina, face à presença de uma compreensão biomédica nas questões da inclusão escolar, que mantiveram a tradição das primeiras intervenções neste campo. A escola procura superar suas dificuldades perante as queixas escolares através de terapêuticas clínicas que acabam por inserir a educação em uma prática biomédica.

Deste modo, o surgimento de políticas relacionadas à inclusão escolar foi estabelecendo um novo cenário educacional, constituído, todavia, pela falta de estrutura e pelo despreparo do corpo docente para lidar com essa gama de alunos, acarretando a não consolidação de uma Prática de Inclusão, como refere Bertol (2008).

A proposição de convivência com a diferença em uma escola democrática, que abranja a todos, quando imbricada na ideologia clínica, acabou por não se sustentar, uma vez que apontou para um sentido de educação que, diferente do almejado, não se centra no aluno, e sim na sua dificuldade, ou seja, na sua “doença”; esta forma, não se torna democrática, pois alguns alunos necessitam ser “tratados”.

Em face deste cenário, a intenção do presente texto é refletir acerca da possibilidade de uma educação centrada no aluno para o contexto das Práticas de Inclusão.

---

<sup>1</sup> Agradecemos aos pareceristas que, num exercício de educação à luz dos princípios da ACP, emitiram pareceres em tom construtivo ajudando-nos a aprimorar o presente texto. Todavia, ficam isentos de qualquer responsabilidade sobre as ideias aqui expressas.



As ideias do modelo de educação centrado no aluno foram desenvolvidas pelo psicólogo norte-americano Carl Rogers e originadas de suas ideias aplicadas no contexto da psicoterapia e, posteriormente, estendidas para aplicação em outras esferas. Rogers apresentou propostas para a educação, mas não especificamente para a inclusão educacional. Ele questionou a função da instrução de alunos, a qual foi apropriada pelo ensino, propondo como objetivo de seu modelo de educação a facilitação da aprendizagem, entendendo que a pessoa que se educa é aquela que aprendeu como aprender, como mudar e como buscar conhecimento, sendo capaz de sustentar respostas construtivas para as “mais profundas perplexidades que assediam, hoje o homem” (Rogers, 1969/1975, p. 107).

Estas são propostas que se diferenciam da educação predominante e, notadamente, da forma com que se tem trabalhado para a inclusão educacional, uma vez que são centradas no aluno e que deveriam ser dirigidas pelo próprio estudante, com o objetivo de atender suas curiosidades e anseios. Nessa perspectiva, Rogers pretendia proporcionar o desenvolvimento acadêmico e pessoal da criança, além de sua autonomia no processo de aprendizagem. Considerava que esta deveria ser autoiniciada, pois, desta forma o estudante seria capaz de se autodirigir de acordo com seus interesses e motivações, o que o levaria a obter o que ele denominou de uma Aprendizagem Significativa. É esta proposta que se acredita facilitadora para uma real inclusão educacional, centrada no aluno, em que as peculiaridades por ele apresentadas não são entendidas como obstáculos para o processo de aprendizagem, pois esta visa possibilitar o desenvolvimento da pessoa como um todo.

### **Inclusão educacional**

A história da educação brasileira mostra como sua efetivação no país ocorreu conforme sua importância para a economia e para a política, constituindo-se como meio de ideologização de uma organização social vigente. A princípio, quando a alfabetização se tornou necessária para garantia de poderes, tinham acesso à educação aquelas famílias que podiam enviar seus filhos para estudar na Europa. Com o processo de industrialização, cresceu a necessidade de escolarização da população que correspondia à principal força de trabalho das indústrias. A alfabetização se tornou imprescindível tanto para vida urbana quanto rural (Januzzi, 2012).

As diferenças entre camadas sociais se tornaram, portanto, mais nítidas na escola, predominando, também, a heterogeneidade entre alunos. Como solução, as crianças passaram a ser categorizadas em diferentes classes, baseadas por teorias de inteligência surgidas na época. Essas avaliações eram feitas, principalmente, por médicos e tinham como base o desempenho acadêmico de um padrão considerado por eles como o ideal de normalidade. Januzzi (2012) aponta que



O critério para avaliar a normalidade seria o grau de inteligência, bem como a observação da atenção do aluno, da sua memória. Não se explicitava o que seria inteligência, principal parâmetro para classificação das crianças em supernormal ou precoce, subnormal ou tardio e normal (p. 34).

O percurso da educação foi sendo conduzido de acordo as ideias de serviços ligados ao campo médico, como, por exemplo, o Serviço de Higiene e Saúde Pública, que atingiu as escolas influenciando na formação de classes especiais e formações de profissionais que trabalhassem com esses alunos. Além disso, medidas disciplinadoras baseadas nos preceitos de higiene começaram a ser tomadas (Januzzi, 2012). Percebe-se, assim, o princípio de homogeneização social incorporado no desenvolvimento da educação, bem como a importância do saber médico neste processo.

Nessa mesma perspectiva se desenvolveu a educação de pessoas com deficiência. Conforme a escola foi se ampliando, essa população também foi ganhando a atenção da sociedade, e a medicina foi a primeira área a se preocupar com ela. Antes que surgissem as reflexões a respeito da inclusão, não apenas no ambiente escolar, mas na sociedade, as pessoas ditas deficientes eram vistas como doentes e submetidas a tratamentos. Para este modelo,

a deficiência é a doença, os comportamentos alterados são os sintomas, o tratamento objetiva minimizar os sintomas para que o sujeito possa conviver da melhor forma possível em seu meio familiar e social – temos aqui claramente as bases do modelo médico de deficiência (Bartalotti, 2010, p. 43).

Dessa forma, na educação, as crianças eram tratadas em instituições especializadas e de maneira segregada. A tentativa de institucionalização correspondeu às primeiras medidas voltadas para a deficiência e nasceu de uma preocupação da sociedade civil e de médicos, que, segundo Januzzi (2012), começaram a criar classes anexas a hospitais psiquiátricos e, mais tardiamente, passaram a dar mais importância à pedagogia, abrindo classes específicas para essa população nas escolas.

Em meados dos anos 1960, na Europa, começou a ser questionada a educação fora do sistema de ensino regular para crianças com algum tipo de deficiência. Contudo, neste período, ainda dominava o princípio de normatização, entendido como a possibilidade do deficiente se tornar tão normal quanto possível. Tal princípio chegou às escolas regulares ocasionando um movimento de integração e desinstitucionalização dessas crianças (Sanches & Theodoro, 2006).

O princípio de normalização implicou em criar condições de vida para a pessoa com deficiência semelhante às condições normais da sociedade. Segundo César (1978, citado por



Januzzi 2012)<sup>2</sup>, a normatização diz respeito a minimizar as diferenças e maximizar as semelhanças, isto é, ressaltar as semelhanças entre as crianças ditas normais e as excepcionais e considerar essas semelhanças como potencialidade e possibilidades, apontando para a valorização da integração entre elas. Embora implicasse em uma valorização e potencialização do indivíduo, a proposta de normalização ainda se centrava na modificação do mesmo, havendo pouca atenção a possíveis transformações sociais.

No Brasil, a educação de excepcionais foi inserida na constituição em 1961, como um dos títulos da primeira Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, representando mais um passo em direção à inclusão educacional, pois, com ela, a integração dessa população nas escolas se tornou um direito, intensificando a responsabilidade do país perante a problemática.

A mudança de um princípio integrador para um princípio inclusivo foi marcada pela Declaração de Salamanca, em 1994, que propôs que a modificação ocorresse na estrutura do sistema educacional e não mais no indivíduo. O conceito de necessidades educativas especiais foi ampliado, passando a abranger todas as crianças e jovens que apresentassem alguma necessidade relacionada à deficiência ou dificuldades escolares, como expresso pela própria Declaração de Salamanca (1994)

a expressão “necessidades educativas especiais” refere-se a todas as crianças e jovens cujas carências se relacionam com deficiências ou dificuldades escolares. Muitas crianças apresentam dificuldades escolares e, conseqüentemente, têm necessidades educativas especiais, em determinado momento da sua escolaridade (p. 3).

Isso permitiu um processo de rompimento com um estigma negativo quanto àqueles alunos deficientes ou com dificuldades de aprendizagem, além de atribuir à escola regular a responsabilidade em proporcionar educação para todos.

A partir desse pressuposto, a inclusão nas escolas visou ultrapassar o campo das deficiências, referindo-se a uma educação que atendesse a toda diversidade de alunos. Segundo Esteves (2011), tratou-se “de assumir a heterogeneidade existente entre os alunos, proporcionando-lhes respostas educativas de acordo com a individualidade específica de cada um” (p. 5). Trata-se de uma concepção também que já se fazia presente, como na Escola Nova que, originária das ideias de John Dewey, filósofo norteamericano (que também influenciou Rogers), ressaltava o enfoque nas diferenças entre as crianças com respeito pela individualidade de cada uma, considerando-as aptas tanto a refletir sobre a sociedade como

---

<sup>2</sup>César, S. C. (1978). *Integração de educandos portadores de deficiência mentais, físicas, de visão e de audição, no sistema regular de ensino do 1º grau no município do Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ.



a nela se inserir, considerando, realizando-se, portanto, como uma educação sustentada num indivíduo integrado à democracia.

Iluminadas por tais concepções, teve início a ideia de escolas inclusivas. Para Sanches e Theodoro (2006), o princípio fundamental dessas escolas consiste na aprendizagem de todos os alunos juntos, independentemente das dificuldades e diferenças que apresentem. Para tanto, as escolas devem se adaptar a essas diferenças, garantindo educação de qualidade para todos.

Além disso, o conceito de necessidades educativas especiais também propõe que as dificuldades escolares das crianças sejam analisadas não segundo critérios médicos, mas a partir de critérios educativos. Configura-se como uma proposta que, embora semelhante à proposta de integração, está centrada no critério pedagógico e na sua possibilidade de transformação da realidade. Muda-se, assim, a direção do enfoque e passa-se a responsabilizar a agência educativa (Januzzi, 2012).

Deste modo, as políticas de educação inclusiva estabeleceram um novo contexto educacional, em que todos os alunos deveriam ser atendidos pelo mesmo sistema. Porém, a nova configuração do ambiente escolar ocasionou um crescente aumento das queixas escolares, que na realidade brasileira ficaram mais difíceis de serem abordadas ou cuidadas. Diante de uma crise da educação marcada pelas desigualdades socioeconômicas, pela utilização de metodologias de ensino inadequadas ao contexto, pela desvalorização e despreparo dos educadores, pela falta de investimentos e pela indefinição das políticas públicas que, entre outros problemas, acabam por sobrecarregar a instituição, esta acaba se encontrando igualmente sobrecarregada com atribuições pertencentes a outros segmentos da sociedade, intensificando os problemas escolares (Silva & Fleith, 2005).

O sistema educacional não se apresenta suficiente para atender a toda a diversidade de alunos como sugerem os princípios da inclusão, dividindo essa responsabilidade com outras instituições, notadamente com a clínica infantil e com os saberes médicos, que, como já citado, esteve presente durante todo o desenvolvimento das ideias inclusivas.

Nesta perspectiva, a clínica infantil também nasceu como uma forma de lidar com a heterogeneidade das crianças em idade escolar e acabou se constituindo como uma nova tentativa de normatização dessas crianças. Para Kamers (2013), que detém grande parte de sua experiência em Centros de Atenção Psicossocial Infantil e em clínicas privadas, esta é uma demanda que permeia uma lógica em que os

encaminhamentos realizados pelas diversas instâncias que demandam tratamento para a criança consiste em um ciclo repetitivo: a escola, confrontada com as dificuldades de aprendizagem ou indisciplina da criança, solicita à família uma intervenção. Diante da "dita" insuficiência da intervenção parental, a escola, ou encaminha a criança ao neuropediatra ou psiquiatra infantil, ou aciona o conselho tutelar, alegando negligência familiar (p. 2).



A autora indica ainda que a experiência de clínica médica com crianças se iniciou com a reflexão sobre as deficiências mentais e com o surgimento das primeiras instituições para deficientes, estando mais vinculada ao campo da educação especial e, mais especificamente, da medicina moral, como bem reiteram Moyses e Collares (2011) ao apontar que: “Nas sociedades ocidentais, é crescente a translocação para o campo médico de problemas inerentes a vida, com a transformação de questões coletivas, de ordem social e política, em questões individuais, biológicas” (p. 134). Constata-se que a sociedade tem buscado solucionar o problema de uma educação inclusiva por meio da concepção terapêutica que, por sua vez, tem também resultado numa quantidade abusiva de diagnósticos e de prescrições de medicamentos às crianças em idade escolar.

A medicalização da vida de crianças e adolescentes articula-se com a medicalização da educação na invenção das doenças do *não- aprender*. A medicina afirma que os graves – e crônicos – problemas do sistema educacional seriam decorrentes de doenças que ela, medicina, seria capaz de resolver; cria, assim, a demanda por seus serviços ampliando a medicalização (Moyeses & Collares, 2011, p. 136).

Tal processo se configura pela transformação de problemas sociais e institucionais em problemas individuais e em distúrbios orgânicos, mantendo uma concepção de doença diante da diferença e impedindo mudanças sociais, uma vez que essas questões são apresentadas como responsabilidade do campo médico. Desenvolvimentos em pesquisas neurológicas e neurocomportamentais também vêm contribuindo para esse processo, pois justificam a medicalização de comportamentos por meio de processos neuronais e bioquímicos, representando uma legitimação de explicações desprovidas de conteúdo social e cultural para acontecimentos e fenômenos sociais e culturalmente situados (Oliveira, 2013).

Na perspectiva da medicalização, a educação transfere para a saúde ou, mais precisamente, para o aluno, um problema do sistema educacional. Conrad e Schneider (1922 citado por Brzozowski & Caponi 2013)<sup>3</sup> completam que a medicalização faz parte de um fenômeno amplo de nossa sociedade que responsabiliza os indivíduos por problemas sociais, o que significa uma tendência em procurar causas e soluções de problemas sociais complexos nos indivíduos, e não nos sistemas.

A inclusão educacional seguiu o mesmo caminho, isto é, a intenção de ensinar a todos os alunos independente das dificuldades que apresentam e de responsabilizar o sistema escolar pelos fenômenos educacionais. A princípio parece ter tido como objetivo superar a medicalização, o que não se efetivou, pois ela não se tornou capaz de atender as

---

<sup>3</sup> Conrad, P., & Schneider, J. W. (1992). *Deviance and medicalization: From badness to sickness*. Philadelphia: Temple University Press.



peculiaridades de cada criança, atribuindo a culpa de uma educação malsucedida aos comportamentos do aluno, transferindo essa responsabilidade aos saberes médicos. Prevalece, assim, a extensão de uma concepção biomédica para o âmbito das queixas escolares, enquanto o número de diagnósticos na infância e a medicalização em idade escolar têm tomado proporções que podem ser definidas como uma verdadeira epidemia (Kamers, 2013).

Além disso, a concepção biomédica continua se mantendo como homogeneizadora das diversidades sociais. Segundo Kamers (2013), atualmente, “a medicação tem sido utilizada não apenas como a principal forma de 'tratamento da criança', mas também como um dispositivo de vigilância e controle que as instâncias tutelares realizam sobre a família e a criança” (p. 5), funcionando também como um regulador para os comportamentos aceitos socialmente.

Trata-se de uma tendência voltada para a normatização das crianças em uma forma de controle social, como ressaltam Brzowski e Caponi (2013): “quando pensamos especificamente na escola, a medicalização dos processos de aprendizagem pode representar uma ajuda em sala de aula, pois resulta em crianças mais calmas e concentradas” (p. 7).

Esta tendência parece bem exemplificada no diagnóstico e tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção (TDAH). Trata-se de uma atenção às queixas de comportamentos indesejados e dificuldades de aprendizagem que resulta em tratamento medicamentoso. Ao atribuir a uma criança um diagnóstico, ocorrem, como consequência, duas possíveis reações: ou a criança começa a ser vista como doente, o que pode resultar em um tratamento mais paciente por parte dos adultos a sua volta, ou a criança pode passar a justificar seu comportamento através do diagnóstico e viver em função deste, isto é, agindo de acordo com o que se espera dela. Consequentemente, o diagnóstico também acaba por afastar da criança a responsabilidade pessoal por suas escolhas e comportamentos (Brzowski & Caponi, 2013).

Conhecimentos científicos, como aponta Oliveira (2013), passaram a confirmar e justificar a classificação de crianças como Alunos Especiais mesmo sem apresentar comprometimentos efetivos em sua inteligência ou capacidade de aprender. Segundo a autora, apesar de haver pais e educadores que insistiam em formas alternativas de educar, o que pareceu indicar um início de mudanças nas perspectivas dos fenômenos educacionais, a medicalização ainda prevaleceu sendo validada por um cientificismo biomédico. Isto reforça a constatação de que, apesar de esforços para transformações nas concepções de inclusão educacional, continua prevalecendo uma ação medicalizante.

A partir das proposições apontadas, é possível concluir que as políticas públicas que buscam promover a inclusão no ambiente escolar nasceram com o desejo de integração de deficientes na escola e foram desenvolvendo um novo paradigma, no qual a deficiência não é mais vista como doença ou falta, mas sim como uma diferença, aspecto inerente ao ser





humano. No entanto, essas políticas não se consolidaram e acabaram por transformar em doenças não apenas as deficiências, mas também quaisquer tipos de comportamentos tidos como desviantes da normalidade.

Frente ao breve panorama traçado, conclui-se que a demanda da educação inclusiva que via o desenvolvimento e a aprendizagem de acordo com as necessidades de cada indivíduo requer uma nova postura. Com isso, pretendemos discutir os princípios de uma educação centrada no aluno, propostas por Carl Rogers, como uma possibilidade para a prática da inclusão educacional.

### **As ideias de Carl Rogers para a educação**

As ideias de Carl Rogers acerca da educação foram formalmente apresentadas em 1969 com a publicação de *Freedom to Learn. Liberdade para aprender* é a primeira obra de Rogers, segundo a perspectiva histórica traçada por Wood e outros (1994), em que suas ideias inicialmente desenvolvidas para o contexto psicológico, notadamente para o atendimento psicoterápico, são estendidas para outras aplicações, no caso, para a educação. Segundo Wood, este livro marca a transição da Terapia Centrada no Cliente para a Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), pois os princípios norteadores desenvolvidos para a clínica psicológica estavam, neste período, se mostrando de “espantosa” aplicação para diversas áreas, como destacava o próprio Rogers (Wood e outros, 1994, p. vi).

Suas ideias sobre educação foram, depois da obra inicial, redigidas apenas como reflexões sobre as repercussões ou sobre a nuance política que portavam. Tais reflexões podem ser encontradas em dois capítulos de outros de seus livros.

Em *Sobre o Poder Pessoal*, de 1977, insere o capítulo *A abordagem centrada na pessoa e o oprimido* no qual se refere à coincidência de suas ideias com as de Paulo Freire: “eu estenderia os princípios básicos, sobre os quais ambos parecemos estar de acordo, a todas as situações de aprendizagem” (Rogers, 1977/1986, p. 111).

Já no livro *Um Jeito de Ser* de 1980, em que publica o capítulo *Para além do divisor de águas: onde agora?* reflete acerca das repercussões e aplicações do que havia exposto em *Liberdade para aprender*. Trata-se de um texto em que refere ter reconhecido tardiamente o poder político de suas propostas para a educação que estavam sendo vistas como ameaçadoras já que, segundo elas, os professores consideravam que não mais teriam “poder sobre outros indivíduos” (Rogers, 1983/2003, p. 91). Reconhecer a importância política de suas ideias, seja para a educação, seja para o trabalho com grupos de todos os tamanhos, é uma postura que denota como suas reflexões foram acompanhando as aplicações práticas de sua teoria: de um centramento no cliente de psicoterapia para a ampliação que centrar-se na pessoa implicava - considerando esta pessoa qualquer que fosse o contexto em que estivesse inserida.



Neste capítulo ele também apresenta pesquisas que comprovavam a eficácia da aplicação de seus princípios teóricos à educação já delineados na obra de 1969, ao mesmo tempo em que reconhece a necessidade de não subestimar uma tendência da educação à época para o estilo conservador e tradicional. Reconhece que caminham paralelamente novas alternativas de práticas educativas, que constata terem sido desenvolvidas no período destes dez anos ao lado de alguma insistência em modelos tradicionais.

São as ideias centrais do pensamento de Rogers expostas nas obras *Liberdade para aprender* e *Liberdade para aprender em nossa década* que norteiam o diálogo traçado aqui entre a concepção de uma educação centrada no aluno e a proposta de inclusão educacional. A crença e a confiança na tendência das pessoas em se atualizarem e aprenderem por si mesmas permite entender atitudes de autenticidade, aceitação e compreensão empática como facilitadoras de um processo de aprendizagem autodirigida, em que os alunos se apropriam da direção de seus processos educativos, correspondendo às condições para uma aprendizagem significativa. Tais princípios correspondem à base da educação centrada no aluno.

Na esfera da educação, Carl Rogers reconhece dois tipos de aprendizagem: um em que o significado pessoal se faz ausente; outro, que ele denominou de aprendizagem significativa, caracterizado por ocorrer de forma experiencial e cheio de sentidos para quem aprende (Rogers, 1983/1985). Esta forma de aprendizagem contrapõe-se à advinda de uma educação mais tradicional. Na educação tradicional ocorre apenas uma transmissão de conhecimento, não envolvendo qualquer tipo de significado para o aluno, podendo, portanto, ser facilmente esquecida, caracterizando-se assim como uma educação centrada nos conhecimentos de quem ensina, e não naquilo que o aluno tem curiosidade em aprender.

Ao falar de uma educação tradicional, ou convencional, Rogers não faz referência a uma corrente específica da educação, mas a define como qualquer forma de educar em que os professores são entendidos como os possuidores de conhecimento, enquanto os alunos são os receptores, havendo, inclusive, uma grande diferença de status entre educadores e alunos, existindo uma relação de poder em que o controle é exercido pelos professores e ocorrendo uma dominação pela autoridade destes. Nesses casos, a confiança é mínima, pois não se espera que os alunos produzam satisfatoriamente sem a constante fiscalização do professor. Os alunos não participam da escolha de suas metas ou estilos de estudo individuais, sendo valorizados apenas os intelectos, e não a pessoa inteira (Rogers, 1983/2003).

Para o autor, numa abordagem convencional ocorre uma transmissão de conhecimento baseada em tarefas semelhantes destinadas a todos os estudantes. As palestras correspondem ao único modo de instrução e os estudantes são externamente avaliados por testes padronizados, o que torna improvável uma aprendizagem significativa. Em seu entendimento, a aprendizagem decorrente dessa forma de ensino “envolve apenas a mente.



É uma aprendizagem que se processa ‘do pescoço para cima’, não envolvendo sentimentos ou significados pessoais, não tendo, portanto, relevância para a pessoa integral” (Rogers, 1983/1985, p. 29).

Em contrapartida, a segunda forma de aprendizagem corresponde a uma aprendizagem significativa, que “tem uma qualidade de envolvimento pessoal - com toda a pessoa, em seus aspectos sensórios e cognitivos, achando-se dentro do ato de aprendizagem” (Rogers, 1983/1985, p. 29). Trata-se de uma aprendizagem experiencial, envolvendo o pensar e o sentir e que é totalizadora, isto é, provoca mudanças no comportamento ou até mesmo na personalidade do educando. Caracteriza-se também por ser centrada no aluno, ou seja, mesmo quando o primeiro estímulo vem de fora, o senso da descoberta, do alcance e da compreensão vem de dentro. É uma aprendizagem avaliada pelo próprio educando, já que é ele quem sabe se está indo na direção do que quer aprender (Rogers, 1969/1975).

Nesta perspectiva, Rogers indica que a aprendizagem significativa não pode ser ensinada, pois não se trata de mera transmissão de conteúdo, e sim de uma busca ativa do aluno. Ele sugere que a aprendizagem deve ser facilitada, e isso corresponde ao objetivo maior da educação, como aponta:

Vejo a facilitação da aprendizagem como o fim da educação, o modo pelo qual desenvolveremos o homem entregue ao estudo, o modo pelo qual podemos aprender a viver como pessoas em processo. Vejo-a como a função capaz de sustentar respostas construtivas, experimentadas, mutáveis, em processo, às mais profundas perplexidades que assediam, hoje o homem (Rogers, 1969/1975, p. 107).

A fim de criar um ambiente facilitador da aprendizagem significativa, Rogers propõe três atitudes, pensadas a partir de sua experiência como psicoterapeuta, mas que, com o decorrer do desenvolvimento de sua teoria, passaram a ser aplicadas a qualquer relação de ajuda.

A primeira atitude se refere à congruência ou autenticidade, que diz respeito à transparência na relação, em que o facilitador se apresenta em um encontro pessoal com o aprendiz, como uma pessoa real sem ostentar fachadas. “Isto significa que os sentimentos que experimenta estão ao seu alcance, que estão disponíveis ao seu conhecimento, que ele é capaz de vivê-los, de fazer deles algo de si, e, eventualmente, de comunicá-los” (Rogers, 1969/1975, p. 108). Portanto, quanto mais autêntico for o educador, maior a probabilidade de ser eficiente em propiciar um processo de aprendizagem ao seu aluno.

A compreensão empática corresponde à segunda atitude e consiste na capacidade de imergir no mundo subjetivo do outro e participar de sua experiência, isto é, de se colocar no lugar do outro como se fosse este outro, porém sem perder a noção do “como se”. Assim, “quando o professor tem a habilidade de compreender as reações íntimas do aluno, quando tem a percepção sensível do modo como o aluno vê o processo de educação e aprendizagem,



então, cresce a probabilidade de aprendizagem significativa” (Rogers, 1969/1975, p. 114). A compreensão empática se refere ao oposto da avaliação ou dos julgamentos e envolve a compreensão do mundo subjetivo do outro tendo este outro como referencial.

A terceira atitude é a denominada aceitação incondicional. A pessoa que oferece ajuda deve aceitar sem julgamentos as experiências comunicadas pela pessoa a quem presta ajuda, considerando-a integralmente. Na relação de ajuda em psicoterapia, Rogers (1983/2003) assim aponta: “Quando o terapeuta está tendo uma postura positiva e aceitadora, em relação ao que quer que o cliente seja naquele momento, a probabilidade de ocorrer um movimento terapêutico ou uma mudança aumenta” (p. 39). Ou seja, para que uma pessoa volte a confiar em si, é necessário que se sinta aceita integralmente por outra pessoa. Na relação de ajuda para a aprendizagem escolar, a condição de aceitação não é diferente, já que ela se refere a uma confiança no ser humano, em seu potencial para o crescimento.

Nas relações entre facilitador e estudante, o facilitador deve ter apreço pelo aprendiz, por seus sentimentos e por suas opiniões, aceitando o outro como pessoa, com seus próprios valores e confiando que esse outro é fundamentalmente merecedor de crédito. Esta atitude corresponde ao que Rogers (1969/1975) assim define:

Apreço pelo aprendiz como ser humano imperfeito, dotado de muitos sentimentos, muitas potencialidades. O apreço ou aceitação do facilitador em relação ao aprendiz é uma expressão operacional da sua essencial confiança e crédito na capacidade do homem como ser vivo (p. 111).

Nesta perspectiva, a ACP ressalta um modo de ser nas relações, pois propõe atitudes, e não técnicas, para a facilitação da aprendizagem. Amatuzzi (2010) aponta que, “Rogers considerou que as disposições (atitudes) são mais decisivas do que o comportamento na caracterização da abordagem centrada na pessoa” (p. 21), ressaltando para a importância dessas atitudes como manifestação de uma intenção real, e não uma técnica, um comportamento mecânico, correspondendo, ainda, aos únicos fatores necessários para a promoção do desenvolvimento da pessoa.

Assim, pensar em um processo de aprendizagem centrado no aluno e dirigido por ele só se torna possível a partir de uma concepção otimista e engrandecedora do ser humano. Trata-se de considerar que as qualidades e potenciais positivos manifestos pelos homens são valorizados como a própria essência humana (Boainain, 1998). Esse princípio corresponde à autonomia, que na concepção da psicologia humanista, diz respeito à capacidade do ser humano em transcender àquilo que é posto: “o ser humano tem algum poder sobre as determinações que o afetam, esse poder é, na verdade, mais relevante para o desenvolvimento do que àquelas determinações” (Amatuzzi, 2010, p. 17), ou seja, ele é entendido como um ser responsável por suas escolhas e, conseqüentemente, por sua existência.



Sendo assim, é necessário que o facilitador acredite que os recursos para o desenvolvimento estão no próprio indivíduo, sendo ele autônomo e responsável por suas escolhas. A essa tendência do ser humano atualizar seu potencial, Rogers denomina de atualizante, indicando que “todo organismo é movido por uma tendência inerente para desenvolver todas as suas potencialidades e para desenvolvê-las de maneira a favorecer sua conservação e o seu enriquecimento” (Rogers & Kinget, 1965/1977, p. 159).

O efeito da tendência atualizante é dirigir o desenvolvimento no sentido da autonomia e unidade, regendo a totalidade do organismo. Ela se manifesta na experiência da pessoa conforme um indivíduo se relaciona com o mundo, vivencia e experimenta acontecimentos e, a partir dessa vivência, forma a estrutura de seu “eu”. A experiência corresponde a “tudo que se passa no organismo em qualquer momento e que está potencialmente disponível à consciência” (Rogers & Kinget, 1965/1977, p. 161). Trata-se de uma definição de ordem psicológica, isto é, sempre será atribuído um significado à experiência.

Rogers e Stevens (1967/1976) apontam que a criança introjeta o juízo de valor do outro aceitando-o como seu, abandonando a sabedoria de seu organismo, desistindo do centro de avaliação e, assim, comportando-se de acordo com os valores estabelecidos por outros porque deseja conservar o amor que estes lhes destinam. Dessa forma, a criança guia suas ações segundo as expectativas das pessoas a sua volta, criando uma imagem distorcida de si:

Os elementos da experiência que concordam com a imagem do eu tornam-se disponíveis à consciência, enquanto que os que não concordam com essa imagem são interceptados. A ideia do eu aparece, pois, como um mecanismo regulador do comportamento (Rogers & Kinget, 1965/1977, p. 167).

Quando ocorre o desacordo entre a experiência e a autoimagem, isto é, quando a experiência é indevidamente simbolizada, o indivíduo se sente ansioso e vivencia o que Rogers chama de incongruência. Em contrapartida, quando a simbolização das experiências relativas ao “eu” corresponde à imagem que a pessoa tem de si, elas podem ser integradas à estrutura do “eu” e o sujeito permanece em estado de acordo, congruente, autêntico à sua experiência. É possível concluir, então, que é no relacionamento com o outro, pelas reações das pessoas a nossa volta, que nos tornamos mais ou menos abertos às nossas experiências, influenciando, igualmente, a confiança em nós mesmos.

A partir do pressuposto da tendência atualizante e da formação da imagem de si, Rogers propõe atitudes que promovam o amadurecimento da criança, atitudes que criem um ambiente livre, que facilitem o desenvolvimento da criança de acordo com sua experiência. São estas condições que tornam possível uma aprendizagem significativa, totalizadora, direcionada para a formação de sujeitos autônomos.



## As ideias de Carl Rogers e a educação inclusiva

Ao criar o conceito de aprendizagem significativa, Rogers acaba por apontar uma nova relação entre ensino e aprendizagem, em que acredita possibilitar a formação de sujeitos mais autônomos e críticos. Ao mesmo tempo, contrapõe-se a uma forma predominante de ensino, indicando que a maneira tradicional de educação tem sentido apenas em um meio imutável, já que esta tem sido a função, inquestionada, do ensino tradicional (Rogers, 1969/1975).

Essa perspectiva estática do que o autor define de educação tradicional é justamente o que mantém a medicalização no ensino atualmente. Crianças que não reproduzem os conhecimentos transmitidos são tratadas com medicamentos e terapêutica e, assim, a educação continua imutável, normalizadora e controladora.

Brzozowski e Caponi (2013) afirmam que

O processo de medicalização está diretamente ligado ao que é considerado um desvio social e ao controle social. Ao mesmo tempo em que a área da saúde foi entrando na vida familiar e escolar, a Medicina foi assumindo o papel de agente de normalização dos desvios, ficando responsável por comportamentos que até então eram da esfera de outras instituições, tais como aprendizagem e criminalidade (p. 4).

Entretanto, o conceito de aprendizagem significativa pode se contrapor à concepção biomédica da educação na medida em que indica uma forma autônoma de ensino, baseada na curiosidade e vivência do aluno e, conseqüentemente, envolvendo as mudanças ocorridas no mundo contemporâneo. Rogers afirma que: “Enfrentamos, a meu ver, situação inteiramente nova em matéria de educação, cujo objetivo, se quisermos sobreviver, é o de facilitar a mudança e a aprendizagem. O único homem que se educa é aquele que aprendeu como aprender” (Rogers, 1969/1975, p. 107).

O autor aponta para a necessidade de um novo formato de educação que acompanhe as mudanças contemporâneas e as novas demandas da escola inclusiva, ressaltando que isso é possível apenas em uma educação que facilite a autonomia do aluno. Deste modo, quando sugere o ensino centrado no aluno, ele atribui, também, liberdade e responsabilidade ao educando diante de seu processo de aprendizagem, já que sua apreensão do conhecimento será guiada por seus próprios questionamentos e curiosidades, resultando na formação de sujeitos críticos e indagadores.

Da mesma forma, Brzozowski e Caponi (2013) definem que a medicalização de queixas escolares, assim como as explicações médicas a respeito de fatores sociais têm mudado nossas ideias sobre liberdade de escolha, desejos e responsabilidade pessoal por nossos comportamentos. A criança, conforme é diagnosticada e medicada, perde a liberdade de escolher sua forma de ser, pois esta passa a ser determinada pelo parecer médico.



Neste contexto, a medicalização do ensino acaba correspondendo a um fator determinante das relações no ambiente escolar, pois

Ao mesmo tempo em que muitos problemas foram sendo incorporados ao campo médico, e que essa prática foi transformada em aceita e socialmente desejável, ocorreu também mudança de postura frente ao indivíduo medicalizado. De malvados, irresponsáveis, preguiçosos, mal-educados, dentre outros atributos, os indivíduos passaram a ser considerados doentes, não mais culpados por seu comportamento (Brzozowski & Caponi, 2013, p. 6).

As autoras supracitadas ainda apontam que o aumento do diagnóstico atribuído às crianças corresponde a uma consequência desse modelo de compreensão das questões escolares. Indicam que, ao ser diagnosticada, a criança pode passar a justificar seu comportamento por meio do transtorno e que ela própria e sua família podem se considerar capazes de determinadas atividades apenas se a criança estiver em tratamento, podendo, também, se tornar dependente do diagnóstico quando adulta. Isto é: o indivíduo vai agir apenas de acordo com que se espera dele enquanto portador de um transtorno (Brzozowski & Caponi, 2013).

Esta influência pode ser compreendida segundo os apontamentos de Rogers quando considera que, dependendo da maneira em que vão se estabelecendo suas relações em seu meio social, a criança pode ir se distanciando de sua experiência e perdendo a confiança em seu centro de avaliação, vez que ela passa a guiar suas ações de acordo com juízos de valor dos outros (Rogers & Stevens, 1967/1976). Assim, quando uma criança é diagnosticada, as pessoas de seu convívio escolar e todo o meio social em que está inserida passam a se relacionar de uma mesma maneira que resulta na perda de sua confiança em si mesma e no prejuízo de seu processo de aprendizagem.

A esse respeito, Rogers e Stevens (1967/1976) ainda complementam que o distanciamento entre nossas experiências e nossas ações guiadas por conceitos fixos, ou seja, valores externos, explicam grande parte das tensões e inseguranças contemporâneas, conduzindo a reflexão de que a concepção biomédica na educação contribui para a formação de indivíduos inseguros, alheios a si mesmos e ao seu processo de aprendizagem, impossibilitando o amadurecimento pessoal e o desenvolvimento de sujeitos ativos e responsáveis por transformações sociais.

Em contrapartida, como afirma Esteves (2011), os princípios da inclusão educacional têm como base as necessidades das crianças como um todo, e não apenas como aluno. Dever-se-ia então proporcionar uma educação apropriada e orientada para o desenvolvimento máximo das potencialidades da criança, respeitando tanto os níveis de desenvolvimento acadêmico, como o social, o emocional e o físico. Trata-se da necessidade de uma forma de



educação que envolva o desenvolvimento pessoal dos alunos, e não apenas o desenvolvimento intelectual.

Duarte (2004) reafirma a contribuição das ideias de Rogers no desenvolvimento integral do aluno quando indica que, no contexto da sala de aula, uma visão global do estudante recupera as emoções e os sentimentos, valorizando o componente afetivo e enriquecendo o relacionamento interpessoal. Para ela, esta parece ter sido a grande contribuição de Rogers para a educação.

As atitudes facilitadoras, quando propostas para a situação de aprendizagem, designam que o facilitador deve ter, em primeiro lugar, a crença de que os seres humanos têm natural potencialidade de aprender. Concomitantemente, o facilitador deve se colocar como uma pessoa real e adentrar a relação com o aprendiz sem ostentar aparências ou fachadas, compreendendo, também, as reações íntimas do aluno e a forma pela qual este vê seu processo de aprendizagem (Rogers, 1969/1975). Tais concepções permitem não apenas um olhar amplo da pessoa, mas também uma forma de contemplar todas as diferenças existentes na sala de aula. A diversidade de crianças encontradas na escola, como já apontado, corresponde uma demanda das escolas inclusivas, que podem ser supridas através das atitudes facilitadoras para uma aprendizagem significativa, uma vez que valorizam a aprendizagem autodirigida, em que cada educando é responsável por conduzir seu processo de aprendizagem.

### **Considerações finais**

As mudanças ocorridas no âmbito escolar, decorrentes do processo de inclusão, transformaram a concepção de educação e o seu próprio objetivo, exigindo uma forma diferente de educar. Fez-se, então, necessário o desenvolvimento de novas metodologias que conseguissem incluir as diferenças pessoais e promover uma aprendizagem totalizadora, da qual resultasse a formação dos alunos enquanto sujeitos, e que efetivasse aquilo a que se propõe a educação inclusiva.

As dificuldades encontradas no processo de inclusão social, de estrutura das instituições, despreparo profissional, inconsistências metodológicas e etc., têm sido enfrentadas por meio de procedimentos alheios ao âmbito educacional e acabam por não consolidar a proposta de inclusão escolar, que são evidenciados pelo aumento de encaminhamentos de crianças em idade escolar a tratamentos medicamentosos e terapêuticos. Nessa perspectiva, a aprendizagem significativa proposta por Rogers se constitui como uma forma de conceber a educação que pode se tornar uma possível resposta à proposta de inclusão escolar. Uma proposta de inclusão escolar à luz das ideias de Carl Rogers para provocar uma mudança de atitude, e até mesmo de personalidade, durante um





processo de aprendizagem profundo e experiencial, que ao mesmo tempo, demanda mudanças na maneira de se educar em que a escola tem se estruturado.

Este fenômeno ocorreria porque os pressupostos da ACP se baseiam justamente na heterogeneidade e individualidade e visam ao desenvolvimento da autonomia e aceitação entre facilitadores e alunos. Além disso, rompem com o pressuposto de educação controladora e compartilham com a ideia de uma educação emancipatória. Assim sendo, a educação inclusiva se distanciaria de uma prática estática de educação podendo distanciar igualmente a medicalização, uma vez que fomentando a crença na atualização das crianças em processo de inclusão. Crianças estas, que, por sua vez podem retomar também a confiança em si próprias.

## Referências

- Amatuzzi, M. M. (2010). *Rogers: ética humanista e psicoterapia*. Campinas, SP: Alínea.
- Bartalotti, C. C. (2010). *Inclusão social das pessoas com deficiência: utopia ou possibilidade?* (2a ed.). São Paulo: Paulus. (Original publicado em 2006).
- Bertol, D. P. (2008). Alunos especiais no ensino regular: qual a percepção desses alunos acerca da inclusão escolar? Em *Congresso Nacional de Educação- Educare, VIII*. Curitiba: PUCPR. Recuperado em 16 de setembro, 2014, de [www.pucpr.br/eventos/educere/educere2008/anais/pdf/223\\_82.pdf](http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2008/anais/pdf/223_82.pdf)
- Boainain, J.R.E. (1998). *Tornar-se transpessoal: transcendência e espiritualidade na obra de Carl Rogers*. São Paulo: Summus.
- Brzozowski, F. S. & Caponi, S. N. C. (2013). Medicalização dos desvios de comportamento na infância: aspectos positivos e negativos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(1), 208-221. Recuperado em 30 de agosto, 2013, de [www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932013000100016&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932013000100016&script=sci_arttext)
- Declaração de Salamanca. (1994, 10 de junho). Sobre princípios, políticas e práticas na área das necessidades educativas especiais. Salamanca, ES: Unesco.
- Duarte, V. C. (2004). Relações interpessoais: professores e alunos em cena. *Psicologia da Educação*, 19, 119-142. Recuperado em 23 de setembro, 2014, de [pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1414-69752004000200007&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1414-69752004000200007&script=sci_arttext)
- Esteves, M. L. M. (2011). *Leitura vs auto-conceito de alunos com dificuldades de aprendizagem (DAE)*. Dissertação de Mestrado, Área de Especialização em Dificuldades de Aprendizagem Específicas, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Januzzi, G. M. (2012). *A educação do deficiente no Brasil: dos primórdios ao início do século XXI*. (3a ed. rev.). Campinas, SP: Autores Associados.



- Kamers, M. (2013). A fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança. *Estilos Clínicos*, 18(1), 153-165. Recuperado em 30 de agosto, 2013, de [pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141571282013000100010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141571282013000100010&lng=pt&nrm=iso)
- Moysés, M. A. A. & Collares, C. A. L. (2011). O lado escuro da dislexia e do TDAH. Em M. G. D. Facci, M. E. M. Meira & S. C. Tuleski. (Org.s). *A exclusão dos incluídos: uma crítica da psicologia da educação à patologização e medicalização dos processos educativos* (pp. 133- 196). Maringá, PR: Eduem.
- Oliveira, I. B. (2013). O conhecimento na era dos transtornos: limites e possibilidades. Em C. A. L. Collares, M. A. A. Moysés & M. C. F. Ribeiro (Org.s). *Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos* (pp. 79- 92). São Paulo: Mercado das Letras.
- Rogers, C. R. (1975). *Liberdade para aprender* (3a ed.). (E. G. M. Machado & M. P. Andrade, Trad.s). Belo Horizonte: Interlivros. (Original publicado em 1969).
- Rogers, C. R. & Stevens, B. (1976). *De pessoa para pessoa: o problema do ser humano, uma nova tendência na psicologia* (Vol. 1). (M. L. M. Leite & D. M. Leite, Trad.s). São Paulo: Pioneira. (Original publicado em 1967).
- Rogers, C. R. & Kinget, G. (1977). *Psicoterapia e relações humanas* (Vol. 1). (M. L. Bizzotto, Trad.). Belo horizonte: Interlivros. (Original publicado em 1965).
- Rogers, C. R. (1985). *Liberdade de aprender em nossa década* (J. O. A. Abreu, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1983).
- Rogers, C. R. (1986). *Sobre o poder pessoal* (2a ed.). (W. M. A. Pentead, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1977).
- Rogers, C. R. (2003). *Um jeito de ser* (5a ed.). (M. Kupfer, H. Lebrão & Y. Patto, Trad.s). São Paulo: Pedagógica e Universitária. (Original publicado em 1983).
- Sanches, I. & Teodoro, A. (2006). Da integração à inclusão escolar: cruzando perspectivas e conceitos. *Revista Lusófona de Educação*, 8, 63-83. Recuperado em 08 de agosto, 2013, de <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/rle/n8/n8a05.pdf>
- Silva, S. S. & Fleith, D, S. (2005). Desempenho escolar e autoconceito de alunos atendidos em serviços psicopedagógicos. *Psicologia Escola e Educacional*, 9(2), 235-245. Recuperado em 10 de março, 2016, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282321816006>
- Wood, J. K., Doxey, J. R., Assumpção, L. M., Tassinari, M. A., Japur, M., Serra, M. A, Rosenthal, R. W., Loureiro, S. R. & Cury, V. E. (Org.s). (1994). *Abordagem centrada na pessoa*. Vitória: Fundação Ceciliano Abel de Almeida.



### **Nota sobre as autoras**

*Lia de Luna Amatto.* Psicóloga da instituição Sociedade Educativa de Trabalho e Assistência - SETA. Psicoterapeuta em prática provada. Especialista em Psicologia do Desenvolvimento Promoção e Intervenção na Área da Saúde pela UNICAMP. Formação em psicologia clínica pelo Espaço de Estudos e Pesquisas na Abordagem Centrada na Pessoa Dr. John Keith Wood. E-mail: [lialamatto@gmail.com](mailto:lialamatto@gmail.com)

*Vera Lucia Pereira Alves.* Pesquisadora do programa de Pós-Doutorado do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Psicóloga, psicoterapeuta. Coordenadora do Espaço de Estudos e Pesquisa na Abordagem Centrada na Pessoa Dr. John Keith Wood. E-mail: [vera@alves.com.br](mailto:vera@alves.com.br)

Data de recebimento: 30/10/2014

Data de aceite: 31/03/2016