

Psicologia

Humanização na psicologia e a aplicação da Psicologia Positiva

Samuel de Castro Bellini-Leite*
Thula Maria Morais Honório**
Carolina Rodrigues de Faria***
Fabiane Rossi dos Santos****

RESUMO

Nos dias atuais observa-se que o perfil esperado do psicólogo da saúde seja pautado não somente no atendimento clínico, e sim, em um enfoque social e humanizado. Porém, métodos sobre como prestar atendimento sob essa ótica nunca foram muito explícitos. Desde a inserção do psicólogo nas instituições de saúde no século XX, o modelo adotado sempre foi o biomédico, com foco na eliminação de patologias. A implementação da Psicologia da Saúde representou uma mudança de postura perante esse modelo, vindo a adotar o modelo biopsicosocial utilizado pela OMS (Organização Mundial da Saúde) em 1948. Com um novo entendimento da saúde surge a necessidade de teorias que abarquem tal compreensão. Assim, surge a Psicologia Humanista, enfatizando o poder do homem, suas aspirações positivas, a utilização do potencial humano e a noção de integridade da natureza humana. Apesar dessas contribuições, a Psicologia Humanista não se fundou efetivamente como escola de pensamento, possivelmente porque seus pioneiros formam profissionais clínicos, os quais não enfatizaram os estudos teóricos. Já a Psicologia Positiva vem trazer métodos, técnicas e objetivos necessários para se construir uma ciência acerca do lado positivo do ser humano. Este artigo pretende rever um pouco da história da humanização na psicologia, chegando a uma introdução da aplicação do atendimento focado nas qualidades do ser humano, baseado na Psicologia Positiva.

Palavras-chave: Psicologia Positiva. Humanização. Psicologia Humanista.

*Acadêmico de Graduação de Psicologia do CES/JF

**Acadêmico de Graduação de Psicologia do CES/JF

***Acadêmico de Graduação de Psicologia do CES/JF

****Doutoranda em Saúde - UFJF

ABSTRACT

Today psychologists are not only required of clinical activities, but also humanistic and social interventions. However, methods for such interventions were never explicit. Ever since the advent of psychology practices in health institutions in the twentieth century the model used was purely biomedical, in the sense of removing pathologies. The implementation of health psychology represented a change of attitude towards this model, coming to adopt the biopsychosocial model used by WHO (World Health Organization) in 1948. With a new understanding of health comes the need for theories that cover this understanding. Thus Humanistic Psychology was created, emphasizing the power of man, his positive aspirations, the use of human potential and the notion of human nature integrity. But despite the contributions, Humanistic Psychology was not founded as a school of thought, possibly because its practitioners were clinical professionals who did not emphasize theoretical studies. On the other hand, Positive Psychology states that now they have the methods, techniques and objectives required to build a science of the positive side of human beings. This article aims to review some of the history of humanizing in psychology, reaching an introduction to the application of interventions focused on the qualities of human beings, based on Positive Psychology.

Keywords: Positive Psychology. Humanization. Humanistic Psychology.

1 INTRODUÇÃO

Quando se fala de humanização na saúde, em geral visualiza-se um atendimento mais focado no sujeito que na doença e por levar em consideração a qualidade do tratamento, especialmente por se tratar muitas vezes de ambientes que podem ser geradores de angústia e impotência. Espera-se dos profissionais da saúde a possibilidade de ajuda, sensibilizando-se com suas aflições, sem perderem por isso seu profissionalismo e objetividade.

As demandas do mercado de trabalho atual exigem que o psicólogo pautar sua prática em um atendimento humanizado, visando à satisfação dos usuários dos serviços de saúde. Mas como colocar em prática tais preceitos? Baseando-se apenas no bom senso do que significa ser humano e trabalhar positivamente? Seligman, considerado pai da Psicologia Positiva, afirma que atualmente têm-se os métodos, as técnicas e objetivos necessários para se construir finalmente uma ciência do lado positivo do ser humano (SNYDER; LOPEZ, 2002).

Este artigo se propõe a abordar a mudança de postura que o surgimento da Psicologia de Saúde significou, mostrando um pouco da história da Psicologia Humanista, e da proposta da Psicologia Positiva, a qual conseguiu criar métodos em favor de um atendimento focado na otimização das qualidades boas do ser humano, mostrando as aplicações dessa nova corrente.

2 UM NOVO PARADIGMA: A PSICOLOGIA DA SAÚDE

Devido ao fato de o trabalho do psicólogo em instituições de saúde ter sido iniciado no começo do século XX, com a proposta de auxiliar a medicina, o modelo adotado foi o biomédico, seguindo uma visão cartersiana. Nessa época, as doenças mais comuns eram infecciosas como pneumonia e tuberculose; já hoje em dia estão mais relacionadas a estilo de vida, causas ambientais, padrões de comportamento, como doenças cardiovasculares, câncer, Aids, dentre outras. A Psicologia da Saúde surge com objetivo de promover e compreender a saúde e a doença como um fenômeno social. Dessa forma, a tendência da Psicologia no Brasil foi se transformando através das necessidades da sociedade (GIOIA-

MARTINS; ROCHA JUNIOR, 2001).

Na medicina tradicional, acreditava-se que a doença poderia ter consequências psicológicas, mas as questões psíquicas nunca eram consideradas como causa. Um câncer poderia deixar o indivíduo depressivo, mas isso não influenciaria na progressão do tratamento. Já no decorrer do século XX, muitas abordagens teóricas começaram a quebrar essa visão, como o estudo de doenças psicossomáticas e investigações comportamentais na saúde, mudando a relação entre mente e corpo. Na psicossomática, Freud com seus estudos sobre paralisias histéricas sugeriu que a mente não sofria apenas as consequências da doença biológica, mas que também gerava as patologias, mudando a visão da relação mente e corpo. A manutenção da saúde através de prevenção e manutenção de comportamentos por meios educacionais e mudanças de estilo de vida também sugeria algo contrário ao padrão do entendimento médico. (ODGEN, 2007).

De acordo com Reis, Marazina e Gallo (2004), o modelo de saúde começa a mudar a partir de 1948, com a criação da OMS (Organização Mundial de Saúde), quando ela promove um novo conceito em saúde, em que não só aspectos biológicos eram considerados como os mais importantes. A saúde passa a englobar bem-estar físico, mental e social, substituindo-se também o conceito de higiene mental para saúde mental. A Psicologia da Saúde, seguindo esse ideal, sugere que o ser humano deve ser visto como sistema complexo e que a doença é causada por um número de fatores e não por um apenas. Essa concepção se difere da idéia de que a doença é sempre causada por combinações biológicas, e está de acordo com o modelo biopsicossocial da saúde.

Pelo fato de a doença não ser apenas uma combinação de fatores, o indivíduo não é mais compreendido como vítima passiva, pois o reconhecimento de comportamentos prejudiciais pode levar o indivíduo a ser responsável por seu processo de adoecimento, tendo assim papel ativo. A Psicologia da Saúde acredita que o indivíduo deve ser tratado como um todo, não somente as mudanças que vieram decorrentes da patologia (ODGEN, 2007).

As formas comuns de definir a Psicologia tradicional seriam: a realização de atividades de psicodiagnóstico e ou terapia individual ou grupal; atividades exercidas em consultórios, restrita a uma clientela com maior poder aquisitivo; atividades exercidas de forma autônoma, não inseridas no contexto dos serviços de saúde (GIOIA-MARTINS; ROCHA JUNIOR, 2001).

De acordo com os mesmos autores, esse perfil de atuação já não satisfaz as necessidades do contexto atual em que vivemos. Mas para ser possível o

paradigma holista, é preciso realizar modificações nos referenciais teóricos e nos modelos práticos, com adaptações a nossa realidade.

Dessa forma, as diretrizes que corresponderiam a uma ação de mudança seriam: atuação interdisciplinar, direcionamento do trabalho de saúde para saúde coletiva com caráter educativo; inserção dos indivíduos, grupos e comunidades na promoção da saúde; o enfoque poderia ser de natureza curativa ou preventiva numa perspectiva primária, secundária e terciária, o que teria como consequência um atendimento mais humanizado. (GIOIA-MARTINS; ROCHA JUNIOR, 2001).

Quando se fala em humanização da saúde, de um modo geral, espera-se uma atitude diferenciada frente às pessoas que buscam esse serviço; uma atitude de acolhimento, amparo, que dê significado ao trabalho prestado pelos profissionais dessa área. Quando se fala em saúde mental, pode-se observar que esse foi um dos primeiros campos a implementar o paradigma biopsicosocial da saúde de forma efetiva.

O novo conceito de saúde permitiu uma nova articulação a partir da criação da Declaração dos Direitos Humanos. Este movimento de humanização se configurou em primeira instância como necessidade de integração do social à prática médica, e mudança do foco biológico para uma visão mais global do indivíduo. (ALVARENGA, 1984 apud REIS; MARAZINA; GALLO, 2004).

Os autores destacam também como essa mudança de enfoque, que passou da doença para o fator bem-estar, possibilitou o surgimento de trabalhadores da área de saúde mental, deixando de ser responsabilidade restrita do médico.

Em um plano mais geral do contexto histórico onde se iniciaram essas mudanças de atitude, estava em voga o movimento pós-guerra, que “lutava” para que esta não se repetisse, pregando um bem-estar social necessário a todos. (REIS; MARAZINA; GALLO, 2004). Nesse momento já é possível identificar as influências de uma abordagem que traz o seu foco, como citado anteriormente, na subjetividade do indivíduo, acreditando em suas potencialidades e possibilidades de crescimento, olhando sempre para as atitudes que promovem qualidade de vida.

3 MOVIMENTOS DE HUMANIZAÇÃO NA PSICOLOGIA

A década de 60 no século XX foi para a psicologia uma década de mudanças de paradigma e criações de novos pontos de vista sobre o ser humano. Dentre estas mudanças vale destacar a chamada terceira força, o movimento humanista.

A Psicologia Humanista enfatizava o poder do homem, suas aspirações positivas, a experiência consciente, o livre-arbítrio, a utilização do potencial humano e a noção de integridade da natureza humana. Esse movimento nasceu em oposição às correntes fortes da psicologia, o behaviorismo e a psicanálise. Para os humanistas, a Psicologia Behaviorista era uma visão limitada, artificial, improdutiva da natureza humana. Consideravam o homem um ser muito mais complexo do que animais para serem estudados de forma quantificada em termos de estímulo-resposta. Além dos psicólogos do comportamento, criticavam a psicanálise por apresentar tendências deterministas, minimizar o papel da consciência e por estudar apenas indivíduos neuróticos e psicóticos. Acreditavam que se os psicólogos se focassem nesses aspectos, seria impossível entender a natureza da saúde emocional e outras qualidades positivas do homem, como a alegria, bondade, generosidade. Compreendiam então que, focando no lado escuro da personalidade humana, a psicologia deixava de lado as virtudes e as forças exclusivamente humanas, que seriam as mais importantes para o estudo (SCHULTZ; SCHULTZ, 2005).

Os autores mais influentes da psicologia humanista foram Abraham Maslow e Carl Rogers (SCHULTZ; SCHULTZ, 2005). Será feita, portanto, uma breve exposição de suas teorias centrais.

Maslow é considerado o pai da psicologia humanista, interessado em compreender a capacidade de grandes realizações dos seres humanos. Ele conceitua uma tendência inata à auto-realização (SCHULTZ; SCHULTZ, 2005). Para que um indivíduo a alcance, deve subir todos os degraus de uma pirâmide que ele chamou de hierarquia das necessidades. No nível mais elementar estão as necessidades fisiológicas como oxigênio, água, sexo, alimentos, dentre outras. Logo acima desse nível se encontra a necessidade de segurança, ordem e estabilidade, apenas com essas necessidades preenchidas pode-se passar para a próxima etapa da pirâmide (essa regra vale para cada etapa). Na seguinte fase aparecem as necessidades de pertença e amor, em que se sente necessidade de amigos, relações de afeto, filhos, senso de comunidade. Acima dele está a necessidade de auto-

estima, status, fama, glória, reconhecimento, atenção, reputação, apreciação, dignidade e até mesmo dominância. Com todos esses níveis supridos, o indivíduo chega ao topo da pirâmide de hierarquias, a autorrealização (BOEREE, 2006). Maslow acredita que pessoas autorrealizadas tendem a ter comportamentos como plena aceitação de sua natureza, simplicidade e naturalidade, empatia e afeição pela humanidade, atitude de criatividade, interesse social, percepção objetiva da realidade, resistência ao conformismo, caráter democrático, dentre outros (SCHULTZ; SCHULTZ, 2005).

Essencialmente Rogers acreditava que o que importa não é algum tipo de conceito da realidade objetiva, ou verdadeira, mas sim, a forma como uma pessoa percebe a realidade. Para entender o comportamento de um ser humano, dever-se-ia então compreender a noção subjetiva da pessoa, dela mesma e do resto do mundo em que ela vive. Tal postura tem como concepção básica a idéia de que o subjetivo de uma pessoa merece o mais profundo respeito, mesmo que para outros possa parecer bizarro (THORNE, 2003).

Em sua clinica, Rogers tinha receios com relação ao uso de teorias pré-estabelecidas, pois tinha medo de chegar a achar que saberia mais do sujeito do que ele próprio. O modelo das terapias para ele teria que necessariamente se fundar num valor de respeito ao cliente e a sua verdade. (THORNE, 2003).

Ainda segundo o mesmo autor, no entendimento de Rogers (nesse aspecto bem semelhante ao de Maslow) o humano, assim como outros seres, tem uma tendência fundamental e inerente de se manter e de se mover construtivamente para o máximo de seu potencial, chegando ao nível mais alto possível de humanização. Os únicos motivos que o tiram desse caminho de crescimento vêm do meio em que vive, da mesma forma que uma tulipa sempre se expande para o crescimento, mas se não houver o sol ou solo adequado, a tendência de crescimento não será a mesma.

Rogers acreditava que, com as condições psicológicas corretas, o indivíduo descobre como e porque ele sofre. Essa descoberta implicará em uma descoberta do que significa ser verdadeiramente humano e como melhor utilizar os recursos, tanto com si mesmo como com os outros, para funcionar no nível mais alto (THORNE, 2003).

Apesar de Rogers ser um psicólogo clínico, tinha vontade de que seu ponto de vista humanizador influenciasse toda a compreensão de saúde mental. Em consequência disso, vários psicólogos das áreas de educação, de saúde, do social e das organizações admitem exercer atividades no modelo de Rogers

(THORNE, 2003).

As teorias humanistas contribuíram para um deslocamento de foco da doença no estudo dos seres humanos, para um foco na saúde, nas qualidades do ser humano. Tal chamada de atenção teve repercussões em diversas áreas da psicologia, sendo muito importante para os fundamentos precursores da humanização da saúde.

Já na década de 70, poderia se afirmar que, apesar dessas contribuições, a Psicologia Humanista não se fundou como escola de pensamento, possivelmente por seus praticantes serem profissionais clínicos que não deram sequência teórica aos estudos, não tendo também acesso às universidades como os pesquisadores de outras linhas. Mas na psicologia atual (fim da década de 90) um movimento muito semelhante com propostas de humanização ganha cada vez mais força, a chamada Psicologia Positiva (SCHULTZ; SCHULTZ, 2005). Seligman, considerado pai da Psicologia Positiva, acredita que apesar do humanismo ter falhado, agora existem os métodos, as técnicas e objetivos necessários para se construir finalmente uma ciência que tem como foco o lado positivo do ser humano (SNYDER; LOPEZ, 2002).

Seligman (SNYDER; LOPEZ, 2002) diz que o propósito da Psicologia Positiva é proporcionar uma mudança na psicologia em relação à preocupação com o foco nas piores coisas da vida, para a construção das melhores qualidades na vida. A mensagem do movimento é para lembrar que a psicologia foi deformada, devendo-se estudar, também, essa deformação com virtude e da força. O campo da Psicologia Positiva em um nível subjetivo trata das experiências positivas, no passado e presente, do bem-estar e satisfação, alegria, felicidade e para o futuro, otimismo, esperança e fé. No nível individual, trata da capacidade de amar, de desempenho, coragem, relacionamento interpessoal, perdão, talento e sabedoria. Já no nível grupal, trata de virtudes civilizadas, e instituições que movem os indivíduos para melhor cidadania, responsabilidade, altruísmo, moderação, tolerância, e ética.

Para Seligman (SNYDER; LOPEZ, 2002), tratar não significa consertar o que está errado, e sim construir o que é certo. A psicologia não tem como foco somente a doença ou a saúde, mas também a educação, amor, crescimento, lazer. Na missão para encontrar o melhor, a Psicologia Positiva tenta aplicar o que se tem de melhor no método científico para os problemas únicos que o comportamento humano apresenta em toda sua complexidade.

O bem-estar é visto como algo subjetivo e de importância para a

Psicologia Positiva. É um componente que possibilita do indivíduo a enxergar a si mesmo e as outras pessoas, proporcionando uma melhor satisfação em vivenciar e experimentar o dia-dia. Uma das idéias que se concluídas através de pesquisas é que as pessoas com um grau elevado de bem-estar são mais felizes nas suas relações sociais, comparando-as com as pessoas que possuem diminuição no bem-estar. (PASSARELLI; SILVA, 2007).

Linley e Joseph (2004) afirmam que a maior contribuição da psicologia positiva foi possibilitar uma identidade coletiva, com pesquisadores e profissionais com interesse na saúde e na melhora da doença, assim como o desenvolvimento do potencial humano. Por isso, eles defendem que qualquer profissional da área pode ser um psicólogo da linha positiva independente de sua área de atuação, por esta ser uma forma integradora de trabalho.

Essa nova ciência vem destacando a necessidade da ênfase não só na cura e no tratamento das doenças, mas também na promoção e prevenção da saúde, enfatizando desenvolvimento sadio (CALVETTI, MULLER; NUNES, 2007).

A Psicologia Positiva hoje é uma abordagem muito presente nas áreas de saúde no mundo. Em função disto, a revista científica *American Psychologist* em 2000 dedicou sua edição especial à Psicologia Positiva e o estudo da emoção positiva, caráter positivo e instituições positivas (PASSARELLI; SILVA, 2007). Este estudo propõe métodos científicos para um enfoque no aprimoramento das qualidades positivas do seres humanos, ajudando também na prevenção e na conscientização da necessidade de humanizar a área da saúde, assim como a psicologia como um todo.

4 APLICAÇÕES DA PSICOLOGIA POSITIVA

Segundo Calvetti, Muller e Nunes (2007), a prática da Psicologia Positiva tem o objetivo de motivar a população a se desenvolver impulsionada por sua força positiva que é apresentada como algo inerente à vida, focando o desenvolvimento sadio do indivíduo. A resiliência é um fator importante focado por tratar da capacidade que o indivíduo tem para superar as situações adversas. Compreendendo a forma que o indivíduo reage em relação ao meio em que vive, se torna mais fácil identificar e compreender as condições de risco na construção da saúde e doença.

Estudiosos da Psicologia Positiva aplicada a definem como a junção da pesquisa na área com a facilitação do ótimo funcionamento, que pode ser obtido por indivíduos, organizações, sociedade, grupos, família, sempre com o objetivo de desenvolver a completa realização humana. Para que aconteça, destacam-se seis aspectos importantes: facilitação; que seria a principal característica da psicologia positiva, facilitar a maneira que as pessoas encontram para atingir seus objetivos. Ótimo funcionamento; em que a vida do indivíduo será totalmente baseada na temática de uma fluidez no funcionamento em todos os aspectos, tanto socialmente (agindo como um bom cidadão) até o entendimento de que pensamentos positivos e um ritmo de vida saudáveis o ajudarão a manter o equilíbrio. Outro passo é assumir uma posição de valores frente à vida, onde o próprio indivíduo, além de ter um posicionamento aberto frente às críticas, também levará uma vida com valores que ele mesmo considera importantes. O nível de aplicação também deve ser bem claro, pois como dito anteriormente, a Psicologia Positiva pode ser aplicada em vários contextos. Funções humanas totalmente desenvolvidas: teóricos acreditam que o papel do psicólogo não termina quando a patologia se extingue, esta é apenas metade de suas funções, acredita-se que a partir desse ponto é possível ajudar seus pacientes a desenvolver seus potenciais. O último aspecto é a identidade coletiva e não uma nova especialidade e, com isso, defende-se que a Psicologia Positiva serve para todas as áreas, como uma única linguagem que deveria ser usada por todos (LINLEY; JOSEPH, 2004).

A necessidade da aplicação da Psicologia Positiva surgiu, segundo Linley e Joseph (2004), desde os anos 70, a partir da observação por pesquisas, onde houve um grande crescimento em assuntos sobre ansiedade e depressão, o mesmo não ocorreu sobre bem-estar psicológico e subjetivo. Isso pode ser um retrato da vivência dos profissionais que não demonstraram interesse em desenvolver o bem-estar do indivíduo, apenas o de extrair sua patologia.

Para esses autores o importante a se considerar sobre a aplicação da Psicologia Positiva é saber que o ser humano é propenso a "bondade", e ao desejo de uma vida boa. Além disso, o uso dessa técnica deve levar em consideração as vivências do indivíduo, ou seja, os autores lembram que muitos profissionais já a "utilizam" sem saberem que ela faz parte da aplicação da Psicologia Positiva (LINLEY; JOSEPH, 2004).

Uma das mais bem estruturadas formas de aplicação da Psicologia Positiva são os métodos de aumentar felicidade. Apesar de se ter evidências de que cada pessoa tem um ponto básico de felicidade ao qual é provável que retornem,

também há evidências de que mudanças na volição podem proporcionar aumentos de felicidade sustentáveis. A maioria de intervenções em aumento da felicidade que foram testadas empiricamente foram modificações únicas de comportamento de volição, chamado de exercícios (PARKS-SHEINER, 2009).

Esses exercícios têm o objetivo de aprimorar constructos e forças estudados pela Psicologia Positiva. Lembrando que as qualidades a serem trabalhadas dependem do objetivo da intervenção baseado no cliente, devem-se aprimorar as qualidades que irão ajudar o indivíduo no que for melhor para ele. Se necessário, pode-se até mostrar todas as atividades para o cliente, para juntos escolherem quais serão mais pertinentes para o mesmo. (MAGYAR-MOE, 2009).

Os exercícios, então, fornecem um meio para aumentar essas qualidades positivas, alguns exemplos são: exercícios de perdão; expressão de gratidão; altruísmo; flow, que de acordo com Csikszentmihalyi (2009), é um conceito que se remete ao estado de completo interesse em algo, a ponto de esquecer o tempo, o cansaço e de tudo, menos a atividade; e exercícios de reconhecer características do emprego que o tornem um trabalho vantajoso. Eles não devem ser usados sozinhos, de preferência devem ser incluídos em alguma das formas de intervenção mais elaboradas da psicologia positiva (MAGYAR-MOE, 2009).

Essas formas são: Aconselhamento baseado nas forças; Terapia centrada nas forças; Psicoterapia Positiva; Terapia da qualidade de vida; terapia do bem-estar e terapia da esperança (MAGYAR-MOE, 2009).

O aconselhamento baseado na força será agora explicado, para uma maior compreensão de seu funcionamento efetivo. De acordo com Magyar-Moe (2009), existem dez etapas da intervenção. As três primeiras são a Construção da aliança terapêutica, a identificação de forças, e a tomada de conhecimento sobre problemas apresentados. A identificação de forças pode ser realizada por um inventário chamado via survey, o qual ainda não tem sua versão em português, podendo ser encontrado em inglês.

Esse inventário fornece informações importantes e uma linguagem comum para psicólogos sobre descrição de forças. Preenchendo o inventário de 240 questões, que tem uma aplicação em torno de 30 ou 40 minutos, obtem-se 24 tipos de forças, para se identificar quais dessas são mais presentes no indivíduo e quais devem ser trabalhadas. As 24 forças são divididas em 6 grupos: Forças de conhecimento e sabedoria, forças de coragem, forças de humanidade, de justiça, temperamento e transcendência. Alguns exemplos são:

criatividade, persistência, honestidade, capacidade de amar, inteligência social, generosidade, liderança, humildade, gratidão, apreciação de beleza, dentre outras. Outra possibilidade de aplicação é a versão reduzida do inventário para crianças e adolescentes de 9 a 17 anos. (MAGYAR-MOE, 2009). Peterson e Seligman (2004 apud MAGYAR-MOE, 2009) afirmam ainda que no manual do inventário existem informações sobre como trabalhar e aplicar cada força, intervenções que fomentam essas forças, o estudo teórico delas, as correlações conhecidas e consequências das forças, como se manifestam e desenvolvem durante a vida, as diferenças entre gênero, e aspectos culturais destas forças. Evidentemente, todos esses resultados não podem ser tratados como verdades absolutas, devem ser considerados dentro do contexto global da pessoa para verificação. Magyar-Moe (2009) afirma que outra forma de descobrir forças sem usar o inventário é pedindo ao cliente para narrar histórias de vida baseado nas forças, ajudando-o a se perceber como sobreviventes ao invés de vítima.

De acordo com Smith (2006 apud MAGYAR-MOE, 2009), durante o processo de reconhecimento das forças, é necessário construir a relação terapêutica e identificar a percepção que o indivíduo tem dos seus problemas, esta segunda pode ser feita perguntando: Qual é sua teoria sobre o porquê de você ter esse problema? E se tivesse uma pergunta que você estivesse querendo que eu perguntasse, qual seria?

Ainda de acordo com Smith (2006 apud MAGYAR-MOE, 2009), na quarta etapa o psicólogo pode passar esperança para os clientes focando e reforçando os clientes, baseado nos seus esforços, ou melhoras, ao invés do resultado dos esforços. Magyar-Moe (2009) acrescenta que mesmo este não obtendo um resultado significativo, é importante trabalhar a esperança, fazendo os esforços serem bem vistos pela pessoa. Até mesmo ir para o atendimento pode ser reforçado como um esforço, independentemente de ter sido voluntário ou não.

Na quinta etapa são estabelecidas, juntamente com o cliente, formas de solução para os problemas, em uma conversa de construção de soluções (MAGYAR-MOE, 2009). De acordo com Smith (2006 apud MAGYAR-MOE, 2009), o foco de tal conversa deve ser sobre como os clientes estão trabalhando e compreendendo seus problemas, ao invés dos problemas propriamente ditos. Perguntas como estas podem ser feitas: como vem tentando resolver o problema? O que funciona para você, nem que seja por pouco tempo? Teve algum momento que este problema não existiu? O que estava acontecendo quando o problema não existia? Magyar-Moe (2009) diz que esta etapa pode

ser essencial para a intervenção.

A sexta etapa, construção de forças e competências, fomenta o desenvolvimento de potências dos clientes, ajudando-os a perceber que possuem o poder para produzir mudanças efetivas em suas vidas. Isso é realizado ao focar nas forças pessoais do indivíduo durante o processo e descobrindo os recursos do ambiente que podem ser utilizados. (MAGYAR-MOE, 2009).

As etapas sete, oito e nove são potencialização, mudança e construção de resiliência, usadas para facilitar o ato de completar metas. Aspectos centrais dessas etapas são: ajudar o cliente a ver como a mudança é um processo, não um evento isolado; usar forças para facilitar a mudança; ver erros em tentativas de mudança como uma oportunidade para aprender, ao invés de serem consideradas falhas. Para eventos traumáticos Smith (2006 apud MAGYAR-MOE, 2009) aponta certos aspectos para a recuperação: reconhecimento do evento traumático; aceitação; entendimento; aprender que sempre há escolha em como perceber as adversidades; mudar o significado relacionado a um evento; aprender lições de eventos; reconhecimento de si próprio baseado em forças; agir de forma construtiva, baseado no aprendizado sobre forças próprias.

A última etapa, avaliação e finalização, permitem ao cliente e ao psicólogo identificar as forças que tiveram mais valor para a mudança e para reforçar tudo o que foi valioso para a pessoa (MAGYAR-MOE, 2009).

Essa é apenas uma forma de intervenção dentro do vasto campo da Psicologia Positiva. Existem diversos métodos que sempre devem ser estudados para que as intervenções psicológicas possam efetivamente focar nas qualidades de nossos clientes.

5 CONCLUSÃO

A Psicologia Humanista, embora não tenha se concretizado efetivamente enquanto escola nas universidades por seus seguidores serem predominantemente clínicos e não pesquisadores, influenciou de forma significativa o processo de compreensão das qualidades do indivíduo. Posteriormente, a Psicologia Positiva veio então trazer uma estrutura teórica criada a partir de pesquisas e com interesse

na criação de métodos bem fundamentados, para poder assim, trabalhar as qualidades humanas, tentando novamente retirar o foco da doença, e enfatizar técnicas para aumentar o potencial do indivíduo, tendo como consequência uma prática de saúde mais humanizada.

A Psicologia Positiva de forma alguma pretende ser ingênua olhando apenas o positivo e negando as patologias. Critérios diagnósticos podem ser usados para ajudar no tratamento de doenças, e outras formas de terapias podem ser utilizadas como intervenção, quando o nível da patologia é muito alto. Assim, ela é uma ciência que vê o ser humano como sendo equilibrado entre forças negativas e positivas, sendo que as duas devem ser reconhecidas, e a segunda mais trabalhada sempre que possível.

Ao introduzir a aplicação da Psicologia Positiva, os dados obtidos a partir desta revisão da literatura nos mostram a necessidade de uma conscientização sobre a importância de se trabalhar a humanização, as qualidades do ser humano, o lado positivo, mas também de se conhecer as técnicas específicas para tal intervenção, as quais podem ser usadas em todos os ambientes de trabalho que o psicólogo pode se inserir seja na clínica, no hospital, na escola, em comunidade e em outros diversos campos de atuação psicológica.

REFERÊNCIAS

BOEREE, C. G. **Personality theories**. Pennsylvania: Shippensburg University, 2006.

CALVETTI, P. Ü.; MULLER, M. C.; NUNES, M. L. T. Psicologia da saúde e psicologia positiva: perspectivas e desafios. **Psicologia ciência e profissão**, Brasília, v. 27, n. 4, p. 706-717, dez. 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br>>. Acesso em 14 ago. 2009.

CSIKSZENTMIHALYI, M. Flow. In: LOPEZ, S. J. (Ed). **The encyclopedia of positive psychology**. Oxford: Blackwell Publishing, 2009. v. 1, p. 394-400.

GIOIA-MARTINS, D.; ROCHA JÚNIOR, A. Psicologia da saúde e o novo paradigma : novo paradigma? **Psicologia da saúde e o novo paradigma**, São Paulo, 2001, p. 35-42. Disponível em: < <http://www3.mackenzie.br/editora/index.php/ptp/article/viewFile/1098/810>>. Acesso em: 25 jul. 2009.

LINLEY, P. A.; JOSEPH, S. **Positive psychology in practice**. Hoboken: John Willey & Sons Inc, 2004.

MAGYAR-MOE, J. L. **Therapist´s guide to positive psychology interventions**. Burlington: Elsevier, 2009.

OGDEN, J. **Health psychology: a textbook**. 4.ed. Nova York: Open University Press, 2007.

PARKS-SHEINER, A. C. Applied positive psychology. In: LOPEZ, S. J. (Ed). **The encyclopedia of positive psychology**. Oxford: Blackwell Publishing, 2009. v. 1, p. 394-400.

PASSARELI, P. M.; SILVA, J. A. Psicologia positiva e o estudo do bem-estar subjetivo. **Estudos de psicologia**, Campinas, v. 24, n. 4, p. 513-517, dez. 2007.

REIS, A. O. A.; MARAZINA, I. V.; GALLO, P. R. A humanização na saúde como instância libertadora. **Saúde sociedade**, v. 13, n. 3, p. 36-43,

2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902004000300005&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 31 jul. 2009.

SNYDER, C. R.; LOPEZ, S. J. **Handbook of positive psychology**. Oxford: Oxford University Press, 2002.

SCHULTZ, D. P.; SCHULTZ S. E. **História da psicologia moderna**. 8. ed. São Paulo: Thomson, 2005.

THORNE, B. **Carl Rogers: Key figures in counseling and psychotherapy**. 2. ed. London: Sage Publications, 2003.