

Tensões do Trabalho com Grupos na Estratégia Saúde da Família

Juliana Dal Ponte Tiveron
Carla Guanaes-Lorenzi

Universidade de São Paulo
Ribeirão Preto, SP, Brasil

RESUMO

Este artigo objetiva discutir o emprego de práticas grupais na Estratégia Saúde da Família, com destaque às tensões presentes nas práticas discursivas de profissionais de saúde acerca desse tema. As informações apresentadas foram obtidas a partir da gravação em áudio e transcrição de “grupos de discussão”, realizados com profissionais de saúde da família de um município do interior do estado de São Paulo, e foram analisadas com base em procedimentos qualitativos de análise temática. Resultou dessa análise, a nomeação de três tensões discursivas: Grupo terapêutico *versus* Grupo não terapêutico; Adesão como responsabilidade do paciente ou da equipe; e Manejo Diretivo *versus* Manejo Participativo. Discutimos que tais tensões representam desafios ao emprego dos grupos como ação de cuidado em saúde, pois refletem ainda a presença de uma perspectiva fragmentada de cuidado, um distanciamento na relação dos profissionais com a comunidade, e o predomínio do discurso de responsabilização individual pela adesão ao tratamento.

Palavras-chave: Estratégia saúde da família; Grupos; Trabalho em grupo; Construcionismo social; Psicologia.

ABSTRACT

Tensions of Group Work in the Family Health Strategy

The aim in this article is to discuss the use of group work in the Family Health Strategy, focusing on the tensions present in the discursive practices of health professionals about this theme. The information presented here was obtained from audio recordings and transcriptions of “discussion groups”, held with professionals working in the Family Health Strategy in a town located in São Paulo State, and analyzed based on qualitative procedures of thematic analysis. The nomination of three discursive tensions resulted from this analysis: Therapeutic Group versus Nontherapeutic Group; Adherence as either a patient’s responsibility or a team’s responsibility; and Directive Coordination versus Participative Coordination. We discuss that these discursive tensions represent challenges to using group work as a resource for healthcare practice, since these tensions still indicate a fragmented perspective of care, a distance in the relationship between professionals and community, and the predominance of a discourse of individual responsibility regarding adherence to treatment.

Keywords: Family health strategy; Groups; Group work; Social constructionism; Psychology.

RESUMEN

Tensiones del Trabajo con Grupos en el Programa Salud de la Familia

Este artículo tiene como objetivo discutir el empleo de prácticas grupales en la Estrategia Salud de la Familia, con destaque a las tensiones presentes en las prácticas discursivas de profesionales de salud. Las informaciones fueron obtenidas por medio de la grabación y transcripción de “grupos de discusión”, realizados por profesionales de salud de la familia de una ciudad del interior de São Paulo, y fueron analizadas cualitativamente por análisis temático. Resultó, del análisis, la definición de tres tensiones discursivas: Grupo terapéutico *versus* Grupo no-terapéutico; Adhesión como responsabilidad del paciente o de la equipo; y Manejo Directivo *versus* Manejo Participativo. Discutimos que tales tensiones representan desafíos al empleo de los grupos como acción en salud, pues reflejten la presencia de una perspectiva fragmentada del cuidado, un distanciamiento en la relación de los profesionales con la comunidad, y el predominio del discurso de la responsabilidad individual por la adhesión al tratamiento.

Palabras clave: Estrategia salud de la familia; Grupos; Trabajo en grupo; Construcionismo social; Psicología.

INTRODUÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a valorização da Atenção Primária como eixo do processo de transição do modelo biomédico para o modelo biopsicossocial de atenção em saúde acarretou a necessidade de ampliação dos modos de atuação profissional. Exemplo disso é a proposição da Estratégia Saúde da Família (ESF) como porta de entrada no sistema de saúde, cuja meta é investir em práticas coletivas e preventivas, como alternativa às ações individuais e curativas típicas do modelo biomédico (Ministério da Saúde, 2006).

A atuação na ESF é desenvolvida por equipes compostas, minimamente, por médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde (ACS) que atuam em comunidades específicas. As ações nesse contexto valorizam que as pessoas de uma comunidade se tornem protagonistas nos processos de tomada de decisão sobre sua saúde, desenvolvendo uma postura de corresponsabilidade que favoreça com que se posicionem como atores sociais no processo saúde-doença-cuidado (Camargo-Borges e Mishima, 2009). De forma geral, o processo de trabalho destas equipes é permeado pela interdisciplinaridade e pelo deslocamento do foco de atenção do indivíduo para o coletivo. Diante desse enquadre, o emprego de práticas grupais tem sido descrito como um recurso útil, tanto no trabalho com a comunidade, como no próprio trabalho em equipe interdisciplinar (Guanaes-Lorenzi, no prelo).

Em relação ao trabalho com a comunidade, destacamos os grupos de Educação e Promoção de Saúde, objeto de investigação e reflexão por diferentes autores (Alves, Bohes e Heidemann, 2012; Machado e Vieira, 2009; Pinafo, González e Garanhaní, 2011; Roecker, Budó e Marcon, 2012). À parte as especificidades das análises e discussões empreendidas, comum a seus textos é o reconhecimento de que, a despeito de seu crescente emprego, o trabalho com grupos ainda é, muito frequentemente, influenciado pelo modelo de transmissão de conhecimento e pelas práticas curativas centradas na doença, acabando por sustentar uma hierarquia dos profissionais em relação à comunidade. Trata-se de aspecto importante de ser considerado por evidenciar um nítido contraste entre a proposta da ESF – e, desse modo, entre a opção pelo uso das práticas grupais como dispositivo (construir relações mais horizontais e dialógicas) e o que efetivamente se apresenta como processo e resultado dessa prática.

Refletindo sobre a problemática do trabalho com grupos em saúde, A. Silva, Munari, Lima

W. Silva (2003) apontam também que, nem sempre, os profissionais de saúde estão capacitados para lidar com a tecnologia grupal. Criam-se, assim, relações verticais entre os profissionais e a comunidade, em grupos que privilegiam um enfoque informativo, desestimulando a participação e reflexão crítica dos temas lançados à discussão.

Em uma perspectiva crítica, Ferreira-Neto e Kind (2010) problematizam a noção de promoção, reconhecendo sua inserção em um campo dilemático, marcado tanto por dimensões regulatórias e disciplinares, como participativas e emancipatórias. Transpondo essa reflexão para o campo das práticas grupais, apontam para como essa diversidade atravessou historicamente a proposição dos grupos em saúde, ora com foco em grupos centrados na doença, ora em grupos voltados à emancipação e ao empoderamento de seus participantes. Em pesquisa sobre a prática de grupos com equipes de saúde da família de Belo Horizonte, estes autores concluem pela “força do dispositivo práticas de grupo na atenção à saúde”, por potencializar movimentos não intencionados inicialmente, como a transformação do vínculo entre os envolvidos, a alteração nos modos de acesso às unidades de saúde, e a criação de novas redes de apoio e sociabilidade. A partir disso, concluem que, contrariamente à face hegemônica das práticas grupais que ainda seguem o formato de “palestras-perguntas”, “as novas práticas de promoção de saúde têm uma face mais diversificada, constituindo-se em experiências quase singulares” e, por isso, importantes de serem divulgadas (p. 1139).

Além dos grupos desenvolvidos com a comunidade, é possível conceber a própria constituição da equipe de profissionais de saúde e sua forma de atuação como uma prática grupal. Para Fortuna, Mishima, Matumoto e Pereira (2005), por exemplo, trabalhar no formato da equipe de saúde é equivalente a se relacionar, pois os profissionais tendem a elaborar planos de atendimento em conjunto para cada família, e a traçar objetivos e tarefas comuns. Afirmam, a partir disso, a importância de se refletir sobre os processos grupais existentes nas próprias equipes (a equipe como grupo), já que os profissionais podem possuir objetivos individuais contrastantes com a tarefa do grupo como totalidade.

Considerando, conforme a literatura apresentada, a riqueza e a singularidade das práticas grupais no contexto da ESF, neste artigo, buscamos apresentar resultados de uma investigação desenvolvida como o objetivo de refletir sobre o trabalho com/ em grupos no cotidiano das equipes de saúde da família.

OBJETIVO

Objetivamos, neste estudo, compreender como profissionais de saúde significam o trabalho com/em grupos na ESF. Especificamente, buscamos nomear algumas tensões discursivas que se fazem presentes nas práticas discursivas dos profissionais de saúde, refletindo sobre as implicações destas tensões para o trabalho que desenvolvem na ESF.

MÉTODO

Delineamento teórico-metodológico

Neste artigo, adotamos as contribuições do movimento construcionista social ao entendimento da pesquisa em Psicologia, assim privilegiando a investigação acerca do modo como as pessoas, em suas práticas discursivas situadas, produzem significados sobre si mesmas e sobre o mundo em que vivem (Gergen, 1997). Com base nesta perspectiva, entendemos que os significados que as pessoas constroem em seus relacionamentos configuram mundos e práticas sociais e, assim, têm importância central na investigação psicológica. Trata-se do reconhecimento da centralidade da linguagem na construção das realidades conversacionais que organizam nossos modos de vida e relacionamentos sociais – ou seja, a linguagem em seu caráter performático.

Especificamente em relação à análise do processo de produção de sentidos, adotamos a perspectiva dialógica proposta por Spink e Menegon (2004), que reconhece a participação do pesquisador no processo de construção do conhecimento, valorizando a reflexividade como recurso de investigação. Essa perspectiva destaca a dimensão dinâmica, imprevisível e irregular do processo de significação. Ou seja, os processos conversacionais são marcados por ambivalências, inconstâncias e contradições (Spink, 2010), aspectos que devem ser considerados na análise por darem visibilidade a dinâmicas importantes da vida cotidiana.

Partindo desse entendimento, em nossa análise adaptamos o conceito de tensionalidade do discurso desenvolvido por Stewart e Zediker (2002) no campo dos estudos de comunicação para a prática de pesquisa. Esses autores definem diálogo não como consenso, mas como coordenação de ações e significados diversos em um dado momento interativo, sustentando, assim, pólos opostos de negociações.

Ampliando este conceito para a compreensão das trocas dialógicas desenvolvidas nos grupos de discussão, objeto de análise da presente pesquisa, observamos que a negociação de sentidos entre os participantes em torno de alguns temas era marcada por este tipo

de tensionalidade, que envolvia a defesa de diferentes posições e concepções acerca do trabalho com grupos em saúde. A presença marcante de tais tensões nos levou a eleger a análise de tais tensionalidades como principal recurso para dar visibilidade aos sentidos produzidos por estes participantes acerca do trabalho com/em grupos na ESF.

Aspectos éticos, participantes e contexto

O projeto de pesquisa que deu sustentação ao desenvolvimento deste artigo foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE – 0001.0.175.222-09). Depois disso, foi apresentado em cada uma das unidades de saúde da família (USF), para aprovação das equipes. Os participantes foram convidados a participar voluntariamente da pesquisa e, após explicação de seus objetivos, assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para análise e divulgação dos resultados, os nomes dos participantes foram substituídos por nomes fictícios, a fim de serem resguardadas suas identidades.

Participaram desse estudo trabalhadores de três USF de uma cidade de médio porte do interior do estado de São Paulo. Estas USF encontravam-se vinculadas a uma Universidade, contribuindo com a formação de residentes, aprimorandos e estagiários de diferentes especialidades. Assim, foram convidados para participar de nossa pesquisa tanto os profissionais das equipes mínimas (agentes comunitários, auxiliares de enfermagem, médico e enfermeiro) como das equipes ampliadas (médicos residentes, dentistas, nutricionistas e estagiários ou aprimorandos de outras especialidades, que estagiavam nas equipes por ocasião do desenvolvimento da pesquisa). Em média, participaram 15 pessoas por encontro de grupo.

Procedimentos para a construção do corpus

As informações que compõem essa pesquisa foram obtidas através da realização de cinco encontros de grupos de discussão com profissionais de cada uma das três USF participantes do estudo, tendo como tema geral “O emprego de práticas grupais na ESF”. Desse modo, foram realizados 15 encontros de grupo – cinco em cada USF.

Definimos os grupos de discussão como um dispositivo dialógico para produção de conhecimentos sobre o tema investigado. Esse recurso metodológico foi adotado por permitir a valorização da interação entre os participantes da pesquisa, assim dando visibilidade para o processo relacional de produção de conhecimento sobre o tema pesquisado. Neste caso, o coordenador de grupo (pesquisador) atua como um facilitador, conduzindo a conversa baseando-se em um

planejamento predefinido de temas para a discussão (Willig, 2001).

Em nossa pesquisa, os grupos de discussão foram coordenados pela segunda autora desse artigo, e foram orientados por questões predefinidas que buscavam investigar as práticas de grupo desenvolvidas na USF, as técnicas utilizadas, as dificuldades e potencialidades experimentadas na coordenação dos grupos e os resultados produzidos (ver Tabela 1). Tais questões eram trazidas como disparadoras das conversas grupais, porém cada USF desenvolveu estes temas de modo particular, em função de sua história e experiência de trabalho com/em grupos. Essa proposta incluía, ainda, a concepção de que a própria pesquisa caracterizava-se como um contexto de produção de conhecimento sobre o tema – assim também permitindo à equipe ressignificar o próprio trabalho desenvolvido.

TABELA 1
Temas disparadores do processo conversacional desenvolvido nos grupos de discussão

<i>Encontro</i>	<i>Temas disparadores</i>
Primeiro	Definição/Contextualização do trabalho desenvolvido com/em grupos nessa USF.
Segundo	Experiências de trabalho com/em grupos. Como trabalhar com/em grupos: entendendo o que faz um grupo “dar certo”.
Terceiro	Desafios e potencialidades do trabalho com/em grupos na ESF.
Quarto	Experiências marcantes do trabalho com/em grupos: aprendizados da equipe a partir de sua prática.
Quinto	Avaliação e fechamento. Reflexão sobre o próprio grupo de discussão como contexto de produção de conhecimento.

Em todas as USF, houve alguma rotatividade entre os integrantes das equipes ampliadas (médicos residentes, aprimorandos e estagiários), pois eles tinham um cronograma de estágio particular. Como estratégia para permitir a participação de novos integrantes e preservar o senso de continuidade das discussões desenvolvidas, a coordenadora do grupo organizava, para cada encontro, uma síntese das conversas do encontro anterior. Estas eram organizadas como narrativas, trazendo os principais temas discutidos. Assim, cada novo encontro tinha início com uma breve apresentação da pesquisa, com a assinatura de TCLE por novos participantes, e com a leitura da narrativa do encontro anterior.

Em todas as USF, os encontros de grupo aconteceram mensalmente e tiveram cerca de uma hora de duração. As conversas desenvolvidas foram audiogravadas e posteriormente transcritas na íntegra.

Notas de campo também foram realizadas ao longo da pesquisa, contendo observações sobre o contexto da pesquisa e seu desenvolvimento.

Procedimentos de análise do *corpus*

A análise qualitativa das transcrições dos grupos de discussão foi realizada com base nos seguintes passos:

- transcrição das conversas de grupo e edição do material;
- leitura exaustiva das transcrições e construção de três grandes eixos temáticos: Caracterização de Grupo – conversas sobre a proposição e concepção do grupo, seu formato, perfil de participantes, histórico, quem os coordena e as atividades propostas; Desenvolvimento dos Grupos – conversas sobre modo de coordenação dos grupos, as maneiras esperadas de participação e o desenvolvimento do grupo propriamente dito; e Interação de Grupo – conversas sobre a interação deles como equipe.
- Análise das tensões discursivas – os passos iniciais nos permitiram identificar que, nos diferentes eixos temáticos, algumas conversas mobilizavam especialmente o interesse dos participantes da pesquisa. Tais conversas eram marcadas pela presença de uma “tensionalidade” (Steward e Zediker, 2002), marcada pela disputa de diferentes concepções ou posições discursivas acerca da prática dos grupos. Assim, consideramos que este recorte analítico era especialmente rico para dar visibilidade tanto aos sentidos produzidos pelos participantes acerca do emprego de práticas de grupo na ESF, como para ilustrar seu processo de construção nas interações grupais.
- Nomeação das tensões discursivas – buscamos, então, explicitar alguns conteúdos que polarizavam as discussões dos grupos em determinados momentos e, a partir disso, selecionamos alguns trechos ilustrativos do modo como estas tensões se constituíram e foram negociadas entre os participantes da pesquisa.

Em função da especificidade do processo conversacional vivido por cada equipe de saúde, nesse artigo, apresentamos exemplos das conversas desenvolvidas em apenas uma das USF, aqui nomeada como “Unidade 1”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os profissionais de saúde da família que participaram de nossa pesquisa relataram uma grande

experiência de trabalho com grupos, tanto com a comunidade (por exemplo, Grupo de Artesanato, Grupo de atividade física, Grupo de Citologia, Grupo de Hipertensão Arterial e Diabetes, Grupo de Reeducação Alimentar, Grupo de Odontologia), como na própria equipe (reuniões administrativas, reuniões de equipe ou atividades de educação permanente e continuada). Demonstraram também conhecimento em relação a teorias e técnicas de grupo. No entanto, no exercício de significarem o seu cotidiano de trabalho com grupos, algumas tensões discursivas apareceram, permitindo-nos refletir sobre alguns desafios que atravessam ao emprego de práticas grupais no contexto da ESF. Ilustramos estas tensões com trechos de diálogo e discutimos suas possíveis implicações para o trabalho com grupos nesse contexto.

Grupo terapêutico × Grupo não terapêutico

Ao longo dos encontros de grupo, foi grande o esforço dos participantes por definirem o que caracteriza um grupo e especificidades da prática com grupos na ESF. Em nossa análise, observamos uma tensão discursiva quando os participantes questionam a natureza terapêutica dos grupos. Para alguns, a definição de grupo deve ser pensada em função de sua finalidade terapêutica. Para outros, deve-se evitar a construção de espaços terapêuticos nos grupos, seja com a comunidade ou na própria equipe. Para ilustrar essa tensão, selecionamos alguns trechos de conversa desenvolvidos na Unidade 1.

Como indicamos na Tabela 1, no primeiro encontro do grupo de discussão, os profissionais de saúde foram convidados a apresentarem as experiências desenvolvidas por eles em relação ao trabalho com/em grupos. No diálogo acerca de suas práticas, surge no grupo uma discussão interessante, que aponta para as diferentes concepções sobre grupo e seu processo, especialmente no que tange à compreensão de “terapêutico”.

Paula: (nutricionista): a Ester da TO, docente, pra falar sobre o grupo de artesanato, ela colocou que *na verdade não é um grupo, porque ele não é um grupo terapêutico, mas sim uma oficina*. [...].

Adílson (ACS): Ô Paula, *a intenção pode não ser terapêutico, mas acaba sendo, né?* As pessoas depressivas, que fazem tratamento na Saúde Mental, sai de casa, vem aqui pra conversar. É muito interessante a gente vai fazendo trabalho [...] manual ali, mas conversando, as pessoas falando um pouquinho de si, ouvindo o outro e

eles trabalham o limite ali, trabalham o respeito ao outro e tal. [...].

Coordenadora: esse grupo foi *pensado com quê objetivo inicial* esse grupo da TO? [...].

Rosária (estagiária de TO): *Promoção de saúde aqui para a comunidade, e essa questão de não ser terapêutico, no sentido de não trabalhar conteúdos internos dos sujeitos, mas acaba sendo terapêutico mesmo quando você promove aí os relacionamentos*, tantas coisas que são promovidas ali, e aí *acaba sendo terapêutico mesmo*. É isso que o Adílson colocou, né? (Encontro 1º, pp. 2-3)

Nesse trecho, observa-se, a dificuldade de se articular discursivamente uma definição de grupo, levando os participantes a buscarem esclarecer os objetivos e a natureza terapêutica dos grupos que realizam. Esse recurso é endossado teoricamente por Zimerman (1993), autor clássico da área para quem “o que determina óbvias diferenças entre os distintos grupos é a *finalidade* para a qual eles foram criados e compostos” (p. 75, grifo nosso). Esse autor classifica didaticamente os grupos em operativos (focados sobre uma tarefa, sendo que intervenções de ordem interpretativa devem ser feitas pelo coordenador apenas quando fatores inconscientes ou conflitos interpessoais ameaçam a integridade do grupo) ou psicoterápicos (formas de psicoterapia de grupo voltadas especificamente ao *insight* sobre o funcionamento dos indivíduos ou da totalidade do grupo).

Por um lado, surge entre os participantes a valorização do grupo como recurso de cuidado, que permitiria o relacionamento entre os pacientes e melhoria de suas condições de vida – o que sustenta a concepção de “grupo terapêutico”. Por outro, há a construção do sentido de que não trabalhar com “conteúdos internos do sujeito”, poderia se constituir um limite à sua definição como grupo. A partir disso, no processo de negociação de sentidos acerca desse tema, surgem problematizações acerca da utilidade dessa definição, e do quanto a mesma sustentaria uma definição particular de grupo, própria às ciências “psi”.

Fábio (médico): Mas deixa eu te perguntar um negócio: *por quê que um grupo tem que ser terapêutico? E ele deixar de ser grupo pelo fato de não ser terapêutico?* [...] *Se não tivesse nenhuma intenção terapêutica no grupo e o resultado terapêutico fosse mínimo, ele não seria um grupo, da mesma forma? Esse nome grupo, algumas*

profissões se apropriaram desse nome e elas dão um entendimento particular pra esta terminologia, né? E eu como estou fora disso eu entendo o grupo, assim, na maior naturalidade, assim, sem que eu ele tenha este tipo de objetivo terapêutico. Certo? Eu, por exemplo, coloquei como grupo, nosso próprio grupo da equipe aqui... [...] que exerce uma função super importante no destino das famílias, fazer a educação continuada, e Deus me livre dele ser um grupo terapêutico, né?! (Encontro 1º, p. 3)

A intervenção de Adilson amplia o diálogo desenvolvido pelos profissionais de saúde, permitindo que revisem se o conceito de terapêutico é realmente adequado para definição das práticas grupais desenvolvidas na USF. Tal como fazem Anzieu e Martin (1971) em texto clássico sobre o conceito de grupo, Fábio lembra que são muitos os possíveis usos do vocábulo grupo. É ao longo de um processo histórico atravessado pelas contribuições de disciplinas como a Antropologia, a Sociologia e a Psicologia que a noção de grupo passa a se associar às imagens de laço, coesão e círculo, vindo a se concretizar como objeto específico de estudo das ciências “psi”. Essa noção de grupo – pequeno grupo, reunião de pessoas com objetivos específicos, com características e funcionamento a ele subjacentes – não estaria impregnada de concepções psicologizantes (e psicoterapêuticas) de grupo? Seria essa concepção de grupo adequada à prática na ESF?

Além disso, em seu enunciado Fábio também desloca a discussão dos grupos com a comunidade para as reuniões da equipe, retomando a tensão em torno da questão terapêutica. Enquanto para Fábio o grupo não deve ser considerado em função de sua finalidade terapêutica, sendo tratado com maior “naturalidade”, para Adilson e Lurdes as reuniões de equipe exercem função terapêutica importante, permitindo a discussão e conflitos e relacionamentos interpessoais:

Adilson (ACS): essas reuniões [...] são extremamente importantes, porque, por exemplo, às vezes a gente pensa numa intervenção pra uma família [...] só que aí gente trás pra equipe conversar sobre isso pra ajudar a pensar, e às vezes a equipe toma uma definição totalmente diferente do que eu tinha pensado. Por quê? Porque todo mundo tá pensando junto numa intervenção pra aquela família, então a gente aprende muito com este trabalho em equipe. É lógico que muitas vezes tem conflito...

Gabriela (médica de família): não concordam...

Adilson (ACS): às vezes as diferenças aparecem, mas também a gente trabalha isso. Nós chegamos até criar uma reunião pra discutir problemas, de às vezes tá trazendo um problema aqui pra lavar uma roupa suja aqui dentro da equipe.

Lurdes (ACS): [...] essa é a reunião da equipe mínima, que às vezes se eu tenho um problema é entre nós aqui, tô tendo um problema sério, aí a gente convoca: nós queremos uma reunião com a equipe mínima. Aí nós vamos lavar nossa roupa suja aqui junto. (Encontro 1º, p. 5)

Esses questionamentos (im)pertinentes trazidos por Adilson polarizam a discussão entre os participantes da pesquisa, mostrando como a prática com grupos no cotidiano da ESF (com a comunidade e no interior da própria equipe) é complexa e híbrida, borrando alguns dos limites tão claramente postos na literatura da área.

Essa tensão acerca da natureza terapêutica dos grupos volta a aparecer no quarto encontro desta unidade. Na discussão sobre experiências marcantes da prática com grupos, os profissionais de saúde discutem o quanto é difícil o manejo dos grupos em situações em que os participantes fogem do tema e, assim, desviam o grupo de seus objetivos iniciais:

Adilson (ACS): Eu lembro que a gente participava do grupo de “Estilo de Vida Saudável”, a gente elegia os temas pra conversar [...] e aí as pessoas, às vezes, entravam em experiências próprias, né? A gente tava falando disso, genericamente das coisas, mas tinha gente [...], às vezes, começava a chorar, e são coisas que a gente não tá preparado pra aquela situação, né, e é difícil mesmo tentar trazer as pessoas pra aquela discussão que todo mundo tá fazendo, com uma coisa mais genérica [...]. (Encontro 4º, p. 3)

No trecho apresentado, Adilson fala de sua falta de preparação para lidar com a dimensão subjetiva ou emocional do cuidado ao paciente nos espaços de grupo. Fica o receio de se criar um espaço terapêutico, e assim perder a função previamente definida para o grupo. De acordo com Adilson, o grupo elege alguns temas para conversarem, mas estes deveriam ser discutidos de modo genérico. Nesse caso, a personificação da discussão dos temas pelo relato da própria experiência de vida traz dificuldades para o manejo do grupo pelo coordenador, e é vivida como um desvio dos objetivos iniciais. Esse receio da construção de um espaço psicoterápico (Zimmerman, 1997) cria limites para o desenvolvimento das conversas no grupo. Considerando

que a adoção de uma compreensão ampliada de saúde atravessa a proposta da ESF, entendemos ser este um desafio importante de ser superado.

A análise dessa tensão discursiva nos sugere que a divisão entre Grupos Terapêuticos e Grupos Não-terapêuticos parece semelhante à divisão entre Razão *versus* Emoção ou Corpo *versus* Mente. Historicamente, temos na filosofia de Descartes uma das propiciadoras da divisão Corpo *versus* Mente tão comumente empregada na Idade Moderna e que ainda sustenta determinadas descrições acerca da prática médica, como no modelo biomédico (Barros, 2002). Infelizmente, tais divisões tornam estanques aspectos que poderiam ser compreendidos de forma mais relacional no contexto da saúde. A análise dessa tensão discursiva nos permite refletir sobre a aparente dificuldade da equipe em integrar a subjetividade no cuidado em saúde, e os limites que essa cisão traz ao próprio desenvolvimento dos grupos nesse contexto.

Adesão: responsabilidade do paciente ou da equipe

Outra tensão discursiva que atravessou os diálogos desenvolvidos pelos profissionais de saúde refere-se à adesão dos pacientes ao trabalho com grupos. Ao discutirem sobre adesão, ora atribuíram a responsabilidade desse problema à desmotivação dos participantes em não encontrarem no serviço aquilo que esperam, ora à falha da equipe por não prepará-los para estarem e participarem em um Grupo. Em ambos os casos, parece haver uma dificuldade de se conceber a adesão como ação co-responsável (Camargo-Borges e Mishima, 2009), daí a presença de práticas discursivas de culpabilização e responsabilização individual.

Buscamos dar visibilidade à essa tensão a partir da apresentação de um trecho de diálogo desenvolvido pelos profissionais da Unidade 1, no segundo encontro. Logo após a leitura da narrativa sobre o encontro anterior, os participantes iniciam uma discussão acerca da dificuldade de conseguir adesão dos participantes às propostas grupais. Contam dos esforços que fazem na preparação de temas importantes, como DSTs, câncer de mama, citologia. Mas também questionam se o modo como organizam as discussões é adequado, pois alguns pacientes dizem que já “ouviram” falar sobre tais assuntos. Conversam sobre os “grupos-palestra” – seja por uma iniciativa da própria equipe, que organiza aulas fechadas sobre o tema; seja dos próprios participantes, que entendem os grupos como palestras. A partir disso, procuram explicar a falta de adesão dos pacientes às propostas grupais:

Renata (médica residente): e aí no meu grupo teve um paciente que me chamou muita atenção [...] *ele achou que era consulta individual e ele ficou muito aborrecido, porque não era consulta individual. Os outros levaram numa boa, assim, porque no dia eu tive um problema não consegui apresentar o datashow [...]. E aí esse paciente ficou muito bravo. Ele ficou o tempo todo bem sisudo assim, bravo sabe, porque, não ficou interagindo e em alguns momentos parecia até que tava dormindo... [...].*

Bárbara (ACS): *é porque não é falado. Agenda-se uma consulta. [...].*

Lurdes (ACS): Muitas pessoas falam assim: “Ah, eu pensei que fosse uma, eu vou lá ver uma palestra. Eles falam palestra”.

Renata (médica residente): *Então tem alguma coisa errada...*

Gabriela (médica de família): *que não tá ficando claro, né? (Encontro 2º, p. 4).*

Nesse diálogo, a falta de adesão do paciente ao Grupo é justificada pelo fato deste esperar ser atendido individualmente, ou por não verem sentido em assistir a uma palestra. No entanto, no diálogo entre os profissionais, outras causas para a baixa adesão do paciente aos grupos começam a surgir, como por exemplo, a própria concepção de trabalho de grupo (data show, palestra, pouca interação entre os participantes, a proposição de temas pré-estabelecidos pela equipe) e a falta de esclarecimento das atividades pela equipe profissional. Nesse sentido, a equipe começa a refletir e perceber sua parte de responsabilidade pela falta de adesão, considerando como necessidade da USF explicar para os pacientes sobre o funcionamento dos grupos, o que poderia evitar a criação de falsas expectativas e, especialmente, permitiria que escolhessem participar ou não dos grupos.

Essa tensão discursiva em torno da adesão apareceu, ainda, nas discussões acerca da própria construção de uma proposta de grupo para a comunidade. Em um diálogo desenvolvido no terceiro encontro, Lívia queixa-se da falta de engajamento dos pacientes, que não aderem às propostas feitas pela equipe, ao mesmo tempo em que se esforça em compreender os motivos que corroboram para a construção conjunta dessa realidade:

Lívia (enfermeira): *como é que eu vou detectar essa vontade da população de querer fazer um*

grupo pra discutir alguma coisa, né? Que seja um grupo interessante pra eles, porque se às vezes não é, não tem tanta adesão [...] Por que um grupo não vai pra frente? Então às vezes essas coisas eu fico pensando também, será que era da vontade deles mesmo tá aqui, participar disso? (Encontro 3º, p. 5)

Os sentidos negociados no trecho anterior sobre a falta de adesão do paciente fazem referência à problemática da formação de um grupo, do quanto é complicado para a equipe “detectar” a vontade da comunidade em estar participando de certos grupos. Nesse sentido, parece que a equipe se vê muito distante da comunidade, com dificuldade de saber (magicamente?) o que exatamente eles querem e precisam para participar.

Fábio (médico): a curiosidade da Lívia é assim, por exemplo: *o mais impossível dos grupos aí, por exemplo, grupos de adolescentes, certo? (todos riem), 99% de fracasso e 1% de sucesso, mas isso tem a vê um pouco com isso, quer dizer, como você traz pra esses adolescentes, pra perguntar pra eles o que que é que eles gostariam de fazer? [...] Você já não consegue nem sequer dar o primeiro passo, entendeu [...] e nunca nós conseguimos fazer grupo de adolescentes em nenhum dos núcleos aqui, isto há, desde 1989. Entendeu? Por conta de talvez essa dificuldade, talvez você tem até uma dificuldade até de acesso às pessoas. [...]. (Encontro 3º, p. 5)*

Neste trecho, os profissionais refletem sobre não compreenderem os motivos da baixa adesão aos grupos, questionando o próprio trabalho que desenvolvem junto à comunidade. Lembrando que a ESF se baseia em estratégias que aproximam o usuário-profissional e favorecem a manutenção deste vínculo, não conseguir estabelecê-lo é como se a meta do serviço não fosse cumprida (Gomes e Pinheiro, 2005).

Ao mesmo tempo em que a equipe refletiu sobre possíveis falhas cometidas na construção de propostas de grupo, também refletiu sobre a importância da comunidade assumir sua parcela de responsabilidade no sucesso da ESF. Por exemplo, relataram o processo de construção de um grupo sobre “controle social”, que objetiva construir um espaço de empoderamento para a comunidade lutar por seus direitos. Para a equipe, parece existir uma postura de passividade da população, por não valorizarem esse tipo de proposta.

Adílson (ACS): *É, a gente tem esse problema aí que a Lurdes tá falando há anos. Por exemplo, a gente*

tem a comissão local de saúde, que é o controle social, né, previsto pelo SUS, as pessoas podem ir lá reivindicar melhorias nos serviços de saúde e tal. Não aparece ninguém, né? A gente tem umas representatividades ali que são meio profissionais, são sempre as mesmas pessoas, durante anos, quer dizer, não se renova...

Lurdes (ACS): *Aí quando acontece alguma coisa ele vem ali na recepção e dá bronca.*

Bárbara (ACS): *mas esse grupo, esse chamamento, mais foi estratégico mesmo da gente tentar fortalecer, fazer uma comissão local aqui dentro, e depois buscar representantes, levantar lideranças, né? Então o objetivo maior era esse então. É igual o “Amigos do Quarteirão”, nós iniciamos também, duas vezes reuniões também.*

Muitos falam: *o quarteirão morreu (rindo).* (Encontro 1º, pp. 8-9)

Com base nessa tensão, percebemos o quanto parece ser difícil passar de postura de responsabilização/culpabilização individual (ora direcionada à equipe, ora direcionada à da comunidade), para um discurso mais relacional e co-responsável em relação ao trabalho com grupos (Camargo-Borges e Japur, 2008). Entendemos que esse aspecto é indicativo ainda de certo distanciamento da equipe da comunidade, o que dificulta a compreensão de suas necessidades e na construção de práticas grupais realmente colaborativas em todo seu processo – de sua idealização ao seu desenvolvimento.

Manejo diretivo × Manejo participativo

Outra tensão nas práticas discursivas dos profissionais de saúde refere-se aos modos de manejo dos grupos. Essa tensão nos permite refletir sobre a postura do coordenador de grupo, se ela deve se basear em ações mais diretivas, como a escolha dos temas de conversas e dos objetivos do grupo; ou em ações que promovam a participação, por exemplo, na escolha dos temas e na delimitação dos objetivos dos encontros.

Para ilustrar essa tensão, escolhemos um momento de diálogo entre os profissionais de saúde, no terceiro encontro. Protagonizada por um médico residente, essa discussão traz uma metáfora que serve como imagem da maneira como os profissionais de saúde dessa USF sentem-se na coordenação dos grupos, quando perseguem um manejo mais diretivo:

Teles (residente de Medicina): *toda vez que a gente vinha pro grupo, com uma coisa pré-concebida, era como se fosse uma carroça desgovernada, a gente queria pra um lado e os cavalos queriam ir pra outro.* Então assim, a gente preparava uma explicação, uma tema e no meio do grupo o grupo fazia uma revolução e ia pra um outro lado extremamente oposto (*todos riem*). Aí que eu comecei a observar? Falei, assim, bom, *então vamos chegar no fim de cada grupo e que que vocês gostariam de saber no próximo grupo.* Aí eles falam: “Ah, queríamos saber da importância das panelas no preparo do alimento (*todos riem*). Aí fomos conversar com o pessoal da nutrição: “Olha, eles querem saber se panela de vidro, panela de barro, de ferro, qual que é a importância disso? Era o *top* do momento. *Aí outra vez eles queriam saber o negócio dos chás, e aí a gente queria falar de hipertensão, diabetes, mas aí a gente tentava fazer o vínculo, né?* Foi muito engraçado porque [...] o coordenador ficava ali como uma barata tonta, né? Só fazendo presença, porque o grupo acabava indo pro outro lugar que não era realmente aquele. (Grupo 3, p. 7)

Como já apontando em estudos anteriores acerca do emprego de práticas grupais na ESF (Alves et al., 2012; Machado e Vieira, 2009; Pinafo et al., 2011; Roecker et al., 2012), muitas vezes o Manejo Diretivo se propõe a trabalhar a educação em saúde de uma perspectiva prescritiva (transmitir um conhecimento à população que não tem conhecimento), de modo que os coordenadores se frustram ao se depararem com as dificuldades da realização desses grupos, principalmente com a falta da adesão dos participantes. No trecho apresentado, Teles reflete sobre a adequação dessa postura, mostrando o quanto pode ser útil valorizar as necessidades dos participantes do grupo em relação aos assuntos a serem discutidos. A metáfora do grupo como “carroça desgovernada” é particularmente interessante nessa reflexão. A carroça deve ter um condutor, que orienta os cavalos em uma dada direção. Em um manejo direito, a falta de controle leva ao desgoverno dos cavalos, e faz do coordenador uma “barata tonta”. No entanto, que outros modos de relacionamento com os participantes de um grupo podem ser possíveis, em que o coordenador possa assumir novas posições e assim também se sentir mais confortável com a condução dessa carroça? Diante disso, os profissionais de saúde refletem que, muitas vezes, as prioridades eleitas por eles para o desenvolvimento dos grupos não são as mesmas eleitas pelos integrantes do grupo, cabendo ao coordenador optar por uma postura mais maleável.

Assim, nesse mesmo diálogo, referem algumas vantagens de assumir uma postura mais flexível no manejo de grupos:

Gabriela (médica de família): [...] *talvez devêssemos considerar em todos os grupos, antes de iniciar, as preferências e disponibilidade das pessoas que vão participar em relação a horário, dias da semana [...].* A outra coisa é expor as ideias que nós estamos pensando e *ver se faz sentido pra aquela comunidade discutir sobre determinado tema e trabalhar com assuntos que sejam do interesse do grupo,* porque se a gente tiver alguma coisa planejada [...] permitir que todos os participantes possam falar e respeitar também quem não quer falar né, as particularidades de cada um. [...]

Adilson (ACS): às vezes, *a gente quer trazer o conhecimento da universidade e colocar, como uma aula né? E [...] isso fica muito chato! [...]* A partir do momento que você pega a experiência da pessoa, [...] aí depois com o conhecimento da universidade você melhorar aquilo ali [...]. Mas aí você pegou a experiência da pessoa, aproveitou, valorizou, pra depois com conhecimento você poder melhorar aquilo. Senão as pessoas acabam se desinteressando, se afastando do grupo. (Encontro 3º, p. 2)

Os profissionais reconhecem, portanto, a importância do conhecimento dos integrantes do grupo ser valorizado. No entanto, a construção dessa prática de valorização do conhecimento da comunidade é atravessada por outros significados, que contradizem essa construção. Por exemplo, nas conversas desenvolvidas nessa USF, os profissionais relatam que os participantes gostam de conversar sobre futilidades, credices populares, e não sobre suas doenças; e que os coordenadores precisam definir previamente o tema a ser discutido nos grupos, senão este vira um bate-papo, “uma conversa de varanda”. Parece, assim, haver uma definição apriorística por parte dos profissionais de quais são as conversas importantes de acontecer no contexto do grupo, e uma conseqüente desvalorização da capacidade dos pacientes participarem das decisões sobre o que é bom para sua saúde.

No entanto, como destacado por Camargo-Borges e Japur (2005) em pesquisa com usuários da atenção primária à saúde, muitas vezes, o que significam como “ter saúde” ou “ter doença” é muito distinto do que os profissionais entendem por isto, sendo que a qualidade do vínculo é aspecto que claramente influencia nessa construção. Assim, a desvalorização do conhecimento

da comunidade parece indicar a presença, em muitos momentos, da manutenção de uma relação hierárquica entre conhecimento científico e conhecimento popular; profissional de saúde e paciente. Além disso, essa tensão discursiva indica a dificuldade enfrentada pelos profissionais na construção de modos de comunicação mais horizontais com a comunidade – seja no aspecto relacional, seja na transposição da linguagem técnica especializada para as relações cotidianas.

Destacamos, ainda, que esta tensão guarda estreita relação com as tensões anteriormente analisadas. O manejo diretivo parece evitar que as pessoas discutam suas próprias experiências (o que traria o risco de construção de um espaço psicoterápico). Ao mesmo tempo, o manejo diretivo parece limitar o a qualidade das interações entre os participantes do grupo, a troca de experiências e, assim, influenciar na adesão às propostas da equipe de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ainda estão em construção práticas de cuidado integrais, que estimulem a participação social e reflexão da comunidade, ancoradas em uma perspectiva de saúde ampliada, em que os aspectos biopsicossociais são considerados na abordagem da pessoa como um todo (Guedes, Nogueira e Camargo Jr, 2006). Entendendo que nos encontramos em uma fase de transição de paradigmas de saúde, pensamos que as tensões discursivas nomeadas nesse estudo são exemplos claros desse momento de transição. Assim, ao longo desse artigo, buscamos demonstrar como as “tensões discursivas” presentes no diálogo dos profissionais acerca das práticas grupais retratam alguns desafios comuns ao emprego dos grupos na ESF, sendo indicativas ainda da presença de uma perspectiva fragmentada de cuidado em saúde, de um distanciamento na relação dos profissionais com a comunidade, e do predomínio de um discurso de responsabilização individual pela adesão ao tratamento.

Acreditamos que os conhecimentos são produzidos e mantidos em nossas relações interpessoais, através da linguagem. Nas conversas com os profissionais de saúde percebemos que eles possuem muito conhecimento sobre as principais teorias e técnicas de coordenação de grupos. Porém, a prática de grupos no cotidiano é marcada por tensões, o que muitas vezes distancia o conhecimento teórico e técnico que possuem, da prática que efetivamente dão conta de desenvolver com a comunidade e, do mesmo modo, no trabalho em equipe.

Refletimos que, partindo de que há um conhecimento a ser transmitido, que é melhor e mais impor-

tante, os profissionais tendem a assumir um manejo diretivo, perdendo de vista a necessidade dos participantes e a possibilidade de valorização de seus conhecimentos, histórias e singularidades. Entendemos que, de certo modo, isso demonstra a manutenção de uma visão fragmentada de cuidado em saúde – o que, no trabalho com grupos, aparece, por exemplo, na separação entre aspectos físicos, cognitivos e emocionais. Além disso, esse entendimento marca um distanciamento entre a equipe e a comunidade, e gera questionamentos na equipe acerca da real necessidade dos grupos que oferecem. É interessante refletirmos, ainda, sobre os sentidos que os profissionais deram para o que consideram como sendo terapêutico no espaço grupal. Chama-nos atenção que por compreenderem terapêutico como subjetivo, e reconhecendo a subjetividade como sendo um campo de atuação reservado aos psicólogos e psiquiatras, os aspectos emocionais da doença parecem não encontrar espaço nos grupos com a comunidade. Tal compreensão gera implicações diretas para o desenvolvimento do trabalho com grupos. Parece existir um receio por parte da equipe em lidar com as emoções, seja nos grupos com a comunidade, seja na própria concepção de equipe como grupo.

Considerando o conjunto destas informações, pensamos ser importante o desenvolvimento de espaços de capacitação dos profissionais, mais voltados para questões práticas de seu trabalho, em uma perspectiva mais relacional e corresponsável de compreensão do desenvolvimento de grupos com a comunidade. Essa pesquisa, construída em uma perspectiva social crítica, foi idealizada e desenvolvida como uma intervenção – partilhando da concepção de que, ao conversar em grupos sobre grupos, os profissionais de saúde poderiam se beneficiar da construção de um espaço colaborativo, propício à reflexão e transformação de suas práticas cotidianas. Acreditamos que sustentar, entre os profissionais de saúde, espaços grupais para a reflexão sobre suas experiências de trabalho com grupos se constitui recurso fundamental para alimentar o contínuo fluxo de transformação dos modos como produzimos o cuidado na relação que estabelecemos no contexto da própria equipe e, especialmente, na relação com a comunidade atendida.

REFERÊNCIAS

- Alves, L.H. de S., Boehs, A.E. & Heidemann, I.T.S.B. (2012). A percepção dos profissionais e usuários da Estratégia de Saúde da Família sobre os grupos de promoção da Saúde. *Texto Contexto Enferm*, 21(2), 401-408.
- Anzieu, D. Y. & Martin, J. Y. *La dinámica de los grupos pequeños*. Buenos Aires: Kapeluz, 1971.

- Barros, J.A.C. (2002). Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde e Sociedade* (São Paulo), 10(4).
- Camargo-Borges, C. & Japur, M. (2005). Promover e recuperar saúde: sentidos produzidos em grupos comunitários no contexto do Programa de Saúde da Família. *Interface-Comunic, Saúde, Educ*, 9(18), 507-519.
- Camargo-Borges, C. & Japur, M. (2008). Sobre a (não) adesão ao tratamento: ampliando sentidos do autocuidado. *Texto Contexto Enferm.* (Florianópolis), 17(1), 64-67.
- Camargo-Borges, C. & Mishima, S.M. (2009). A responsabilidade relacional como ferramenta útil para a participação comunitária na atenção básica. *Saúde e Sociedade*, 18(1), 29-41.
- Ferreira-Neto, J.L. & Kind, L. (2010). Práticas Grupais como dispositivo na promoção de saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 20(4), 1119-1142.
- Fortuna, C.M., Mishima, S.M., Matumoto, S. & Pereira, M.J.B. (2005). O trabalho de equipe no programa de Saúde da Família: Reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Rev Latino-am Enfermagem*, 13(2), 262-268.
- Gergen, K.J. (1997). *Realities and relationships: soundings in social construction*. (2nd ed.). Cambridge: Harvard University Press.
- Gomes, M.C.P.A. & Pinheiro, R. (2005). Acolhimento e Vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface-Comunic., Saúde, Educ.*, 9(17).
- Guañas-Lorenzi, C. (no prelo). Working with groups to work as a group. Reflections on group practice in the Family Health Strategy. In Rasera, E.F. (Org.). *Constructionist perspectives on group work: practices and reflections*. Chagrin Falls, Taos Publishing.
- Guedes, C.R., Nogueira, M.I. & Camargo-Jr, K.R. (2006). A subjetividade como anomalia: contribuições para a crítica do modelo biomédico. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11(4).
- Machado, M.F.A.S. & Vieira, M.F.C. (2009). Educação em Saúde: o olhar da equipe de saúde da família e a participação do usuário. *Rev. Latino-am Enfermagem*, 17(2).
- Ministério da Saúde. (2006). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF, Série Pactos pela Saúde.
- Pinafo, E., Nunes, E. de F.P. de A., González, A.D. & Garanhani, M.L. (2011). Relações entre concepções e práticas de educação em saúde na visão de uma equipe de saúde da família. *Trab. Educ. Saúde*, 9(2), 201-221.
- Roecker, S., Budó, M. de L.D. & Marcon, S.S. (2012). Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. *Rer. Esc. Enferm. USP*, 46(3), 641-649.
- Silva, A.L.A.C., Munari, D.B., Lima, F.V. & Silva, W.O. (2003). Atividades grupais em saúde coletiva: características, possibilidades e limites. *Rev. Enferm. UERJ*, 11, 18-24.
- Spink, M.J.P. (2010). Ser fumante em um mundo antitabaco: reflexões sobre riscos e exclusão social. *Saúde Soc.* 19(3), 481-496.
- Spink, M.J.P. & Menegon, V.M. (2004). A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In Spink, M.J.P. (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas* (3^a ed.) (pp. 93-122). São Paulo: Cortez.
- Stewart, J. & Zediker, K. (2002). Dialogue as tensional, ethical practice. *Southern Communication Journal*, 65, 224-242.
- Willig, C. (2001). *Introducing qualitative research in psychology: adventures in theory and method*. Buckingham: Open University Press.
- Zimmerman, D.E. (1993). Classificação geral dos grupos. In Zimmerman, D.E. & Osório, L.C. (Org.). *Como trabalhamos com grupos* (pp. 75-81). Porto Alegre: Artes Médicas.

Recebido em: 22.9.2012. Aceito em: 23.01.2013.

Autores:

Juliana Dal Ponte Tiveron – Psicóloga, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (USP).
 Carla Guañas Lorenzi – Doutora, Docente do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP.

Enviar correspondência para:

Carla Guañas Lorenzi
 Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP
 Departamento de Psicologia
 Av. Bandeirantes, 3900 – Monte Alegre
 CEP 14040-901, Ribeirão Preto, SP, Brasil
 E-mail: carlaguañas@ffclrp.usp.br – jutiveron@yahoo.com.br