



Psicologia em Estudo

ISSN: 1413-7372

revpsi@uem.br

Universidade Estadual de Maringá

Brasil

Cambuy, Karine; Martins Amatuzzi, Mauro
Grupo de reflexão com profissionais do Programa Saúde da Família
Psicologia em Estudo, vol. 13, núm. 3, septiembre, 2008, pp. 613-618
Universidade Estadual de Maringá
Maringá, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=287122110023>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

 redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

RELATO DE EXPERIÊNCIA

GRUPO DE REFLEXÃO COM PROFISSIONAIS DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA¹

Karine Cambuy*
Mauro Martins Amatuzzi#

RESUMO. Este trabalho tem como objetivo descrever uma prática de grupo de reflexão, também denominado grupo de crescimento, dentro de um enfoque da abordagem humanista, e compreender em que sentido esta prática pode ajudar profissionais de saúde a rever suas experiências e se posicionarem de maneira mais atuante em seu contexto de trabalho. Participaram do grupo treze profissionais de uma equipe do Programa Saúde da Família inseridos em uma Unidade Básica de Saúde na região Sul do município de Campinas - SP. A descrição e a compreensão desta experiência partiram de narrativas da coordenadora do grupo sobre as vivências relatadas pelos profissionais e de versões de sentido escritas pelos participantes logo após cada encontro. A reflexão acerca de situações mobilizadoras do exercício profissional contribuiu para repensar aspectos importantes da prática e sugerir soluções criativas para os problemas enfrentados. Os participantes avaliaram ter obtido crescimento pessoal e coletivo, a partir da reflexão de suas experiências.

Palavras-chave: grupo de crescimento, profissionais da saúde, programa saúde da família.

REFLECTION GROUP WITH FAMILY HEALTH PROGRAM PROFESSIONALS

ABSTRACT. Activities of a reflection group, also known as growth group, are described in the context of a humanistic approach, and the manner such practice might help health professionals in reviewing their experiences and behaving more actively in their work's environment is provided. Thirteen professionals from the Family Health Program team of a Basic Health Unit in the southern region of Campinas, SP, Brazil, have taken part. Description and the comprehension of such an experience were provided by narratives of the group's female coordinator on the experience of these professionals and participants' reports written immediately after the meeting. Reflection on mobilizing situations in the exercise of the profession contributed towards the re-thinking of important aspects and the suggestion of creative solutions for the issues involved. Participants reported a personal and collective growth through a reflection of their experiences.

Key words: Growth group, health professionals, family health program.

GRUPO DE REFLEXIÓN CON PROFESIONALES DEL PROGRAMA SALUD DE LA FAMILIA

RESUMEN. Este trabajo tiene como objetivo describir una práctica de grupo de reflexión, también llamado grupo de crecimiento, dentro de un enfoque del abordaje humanista y comprender en qué sentido esta práctica puede ayudar profesionales de salud a que revean sus experiencias y que se posicionen de forma más actuante en su contexto de trabajo. Han participado del grupo trece profesionales de un equipo del Programa Salud de la Familia inseridos en una Unidad Básica de Salud en la región sur de la ciudad de Campinas-SP. La descripción y la comprensión de esta experiencia han partido de narraciones de la coordinadora del grupo sobre las vivencias referidas por los profesionales y de versiones de sentido escritas por los participantes inmediatamente después de cada encuentro. La reflexión sobre situaciones de movilización del ejercicio profesional ha contribuido para repensar aspectos importantes de la práctica y sugerir soluciones creativas para los problemas enfrentados. Los participantes han evaluado haber tenido crecimiento personal y colectivo, a partir de la reflexión de sus experiencias.

Palabras-clave: Grupo de crecimiento, profesionales de la salud, programa de salud familiar.

¹ Apoio: CAPES.

* Doutoranda em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas-PUC-Campinas.

Doutor. Professor do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas-PUC-Campinas.

O Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994, surge como uma estratégia para reorganizar a atenção à saúde da população e reafirmar os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) - universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade. As equipes do PSF são compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade (Ministério da Saúde, 1994).

O Programa Saúde da Família foi implantado em Campinas - SP em 2001 e recebeu a denominação de Paidéia. Trata-se de um conceito grego que significa desenvolvimento integral do ser humano. A implantação do Programa Paidéia - Saúde da Família obedeceu a algumas diretrizes do PSF do Ministério, mas apresentou algumas peculiaridades. A equipe foi ampliada, ou seja, além dos profissionais que o Ministério da Saúde preconiza, foram também incluídos outros profissionais como dentistas, pediatras, ginecologistas, etc., já que a Secretaria Municipal de Campinas optou por organizar as equipes de Saúde da Família a partir da Rede Básica de Saúde, então já existente. A partir da composição das equipes de Saúde da Família, buscou-se uma transformação nos paradigmas de intervenção, a partir de algumas diretrizes como: acolhimento e responsabilização pelos casos; capacitação continuada; foco no trabalho interdisciplinar e clínica ampliada. Esta última diretriz aponta para a superação de uma abordagem focada na doença individual; nesta perspectiva não se visa apenas ao indivíduo, mas também ao grupo no qual ele está inserido. Isto implica em ampliar os meios de trabalho, a escuta e a intervenção (SMS, 2001).

No entanto, tais mudanças não se referem apenas a questões técnicas. A visão do trabalho pretende ser diferente, e isso levanta, dentre outras, a questão da apropriação desses novos significados pelos profissionais envolvidos, como também pelos próprios usuários do serviço.

Para Dejours e Abdoucheli (1994), o sujeito pensa sua relação com o trabalho, produz interpretações de sua situação, socializa essas interpretações em atos intersubjetivos; reage e organiza-se mental, afetiva e fisicamente a partir de suas interpretações, e assim age sobre o próprio processo de trabalho. Dessa forma, o vivenciado e as condutas são organizados pelo sentido que os sujeitos atribuem à sua relação com o trabalho. Saraceno (1999) considera de fundamental importância a motivação dos trabalhadores de saúde,

as expectativas que têm em relação aos pacientes, o sentimento de fazer parte da construção de um projeto coletivo e a qualidade das relações que se realizam no campo de trabalho.

Levando em conta esses fatores apontados, percebe-se a importância de desenvolver propostas que permitam aos profissionais refletir sobre o significado de suas ações e rediscutir suas práticas. Um trabalho possível que vem ao encontro desses objetivos vem sendo realizado por uma psicóloga, também autora deste artigo, que desenvolve sua prática profissional dentro de um centro de saúde na região Sul do município de Campinas - SP. Tem ela desenvolvido, desde 2005, grupos de reflexão com os trabalhadores de saúde dentro de um enfoque humanista. Este tipo de grupo é também denominado grupo de crescimento.

Trata-se de uma modalidade grupal desenvolvida na clínica-escola de Psicologia da PUC-Campinas em 2001, inspirada em um trabalho comunitário anterior (Amatuzzi, Echeverria, Brisola & Giovelle, 1996; Martins & Amatuzzi, 2005). Este tipo de grupo é caracterizado como psicoeducativo, de caráter semi-estruturado, e visa ao desenvolvimento psicossocial dos participantes através de reflexões sobre vivências cotidianas e a elaboração de seus significados.

O início dos encontros geralmente parte de uma pergunta disparadora: O que mais o(a) tocou nessa última semana? ou Qual fato vivenciado por você durante esta semana foi mais marcante ou significativo? O coordenador conduz o grupo a partir de um roteiro preestabelecido com sete passos. Segundo Martins e Amatuzzi (2005), esses passos podem ser resumidos como segue:

- Sentar: os participantes sentam-se em cadeiras dispostas em círculo, sem espaços vazios, para que todos possam se olhar frente a frente. Este é um momento em que se faz parar a correria do dia-a-dia e passa-se para uma postura mais reflexiva.
- Contar: os participantes contam algo marcante que os tenha tocado durante a semana a partir da pergunta inicial do facilitador.
- Escolher: o grupo escolhe um dos relatos expostos para que ele seja contado de forma mais abrangente para todos. Isso acontece sob a forma de consenso entre os membros do grupo ou quando há algum relato que tenha tocado a todos de forma especial.
- Sintonizar: neste momento os integrantes devem contar outras experiências pessoais que sejam semelhantes à do relato escolhido anteriormente.

- Analisar: neste passo o grupo faz um aprofundamento daquilo que está sintonizando. É o momento de expressar ressonâncias afetivas e reflexões sobre o tema com o qual o grupo está envolvido.
- Agir: os participantes falam o que estão levando da reunião que está chegando ao fim e expõem aquilo que fez sentido para eles no encontro.
- Despedir-se: é o final da reunião. Além das combinações de praxe, o facilitador pode conversar, se necessário, com algum membro do grupo que precise de atenção especial.

CONTEXTUALIZAÇÃO E DESCRIÇÃO DA PRÁTICA

O papel da psicóloga, autora deste relato, nas equipes do Programa Saúde da Família é o de oferecer um suporte técnico na área da saúde mental (denominado apoio matricial), permitindo um compartilhamento e co-responsabilização pelos casos discutidos.

No início de 2005 a coordenação do Centro de Saúde solicitou que fosse realizado um trabalho com algumas equipes locais de referência, com o objetivo de refletir sobre situações mobilizadoras referentes ao exercício profissional. Uma das equipes que poderiam se beneficiar deste tipo de estratégia era uma à qual a psicóloga oferecia o apoio matricial. Nesta ocasião, a equipe se mostrava bastante desmotivada, sendo difícil até mesmo a organização para o horário de reunião. Quando a reunião acontecia, havia pouca discussão sobre processo de trabalho ou sentimentos mobilizados pela prática.

A psicóloga conversou com a equipe no final de abril sobre a proposta do grupo de crescimento e todos se mostraram motivados. Desta forma, combinou-se data e horário para o início do grupo, e quais seriam os possíveis participantes.

O início do grupo aconteceu em maio. Ficou combinado que seriam realizados oito encontros quinzenais, alternando-se com as reuniões para discussões de casos. Os encontros tinham duração de uma hora e meia. O grupo se reuniu entre os meses de maio e setembro de 2005. Participaram dele 13 profissionais: um ginecologista, uma pediatra, uma enfermeira, uma dentista, uma auxiliar de dentista, cinco auxiliares de enfermagem e três agentes comunitários de saúde.

A psicóloga consultou os participantes sobre a proposta de escrever a experiência que estava sendo relatada, e todos concordaram. Ficou acordado, então,

que a experiência do grupo poderia ser escrita e publicada, e em vista disso, um termo de consentimento foi assinado por eles. A realização do relato e sua possível publicação foram aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-Campinas, em 30 de agosto de 2005, conforme protocolo n.º 253/05.

No final de cada encontro a psicóloga registrava o conteúdo que fora objeto de reflexão no grupo, assim como suas impressões pessoais a respeito desse conteúdo. Os profissionais também eram convidados a escrever versões de sentido² que revelassem o que ficara de essencial para cada um logo após a finalização do encontro. Este dois registros – narrativas da psicóloga e versões de sentido escritas pelos participantes - constituíram-se em material para descrição e compreensão da experiência relatada no grupo.

TEMAS VIVENCIAIS EMERGENTES NO GRUPO

Os principais temas vivenciais que surgiram a partir das reflexões do grupo foram: 1) hierarquia *versus* desprendimento para aprender com a experiência do outro; 2) acolhimento *versus* burocratização do acesso; 3) pressão da população por consultas e medicamentos *versus* falta de recursos materiais e humanos para subsidiar o atendimento; 4) concepção assistencialista de saúde *versus* promoção de cidadania; 5) desrespeito entre funcionários e população atendida *versus* necessidade de construção de respeito e vínculo e 6) desgaste emocional *versus* necessidade de cuidado para serem melhores cuidadores.

No primeiro encontro os participantes discutiram a importância de uma atitude de abertura e sabedoria para aprender uns com os outros numa equipe de trabalho. Embora eles não tenham falado explicitamente de si próprios, esse tema foi um disparador para o início do grupo de crescimento. Eles estavam se dispondo a estabelecer trocas e valorizar a experiência de trabalho do outro a partir do contato com as diferenças de formação e competências técnicas.

Mesmo com a proposta de um trabalho em equipe, a experiência da autora vinha mostrando a existência de uma clara hierarquia de poder no seu interior, de acordo com a formação técnica e profissional. Isto pôde ser observado principalmente

² Versões de sentido são relatos livres, que não têm a pretensão de ser um registro objetivo do que aconteceu, mas sim uma reação viva a isso, escrita ou falada, imediatamente após o encontro ocorrido (Amatuzzi, 2001).

entre profissionais com formação acadêmica, como, por exemplo, médicos e enfermeiros, e aqueles que não dispunham desta formação e contavam apenas com uma capacitação para se inserir nas equipes no Programa Saúde da Família, como era o caso do agente comunitário de saúde. Este último, incorporado recentemente à equipe, com a implantação do Programa Saúde da Família em Campinas, sofria de certa indefinição de seu papel profissional dentro da unidade de saúde. Esta indefinição fazia com que ele sentisse mais fortemente a hierarquização de poder e a necessidade de impor constantemente o valor de seu trabalho na equipe. Isto pôde ser observado pela psicóloga nesta situação e também em uma pesquisa realizada a partir de entrevistas com os agentes comunitários de saúde da mesma instituição (Cambuy, 2005).

De acordo com Peduzzi (2001), a equipe multidisciplinar tem como objetivo ser um espaço para a troca de saberes e uma estratégia para enfrentar o intenso processo de especialização na área da saúde; entretanto, muitas vezes ela tem sido utilizada para o estabelecimento de divisão de trabalhos, fortalecendo a individualização dos profissionais e a hierarquização em detrimento de relações mais horizontais e coletivas.

Se as trocas e parcerias entre os profissionais forem possíveis, a equipe emergirá como uma estrutura em que todos os saberes estarão entrelaçados e serão igualmente importantes. A interdisciplinaridade compartilhada pela equipe existirá se mobilizar as pessoas a dialogar, apesar das diferenças e divergências (Sundfeld, 2000).

Outro tema bastante presente nas discussões do grupo foi a realização do acolhimento segundo diretrizes do Programa Paidéia - Saúde da Família. De acordo com o modelo de saúde vigente, a unidade básica de saúde deveria ser resolutiva em relação aos problemas de saúde da população. De acordo com um documento da Secretaria Municipal de Campinas de 2001, o acolhimento deveria ser a porta de entrada para os usuários, com o objetivo de avaliar riscos e necessidades de saúde, resolvendo os casos conforme sua complexidade ou encaminhando os usuários, dependendo da gravidade, para atendimento na própria unidade de saúde. Nenhum caso deveria ser agendado sem avaliação de risco (SMS, 2001).

Não obstante, apesar da existência dessas orientações, o acolhimento não vinha sendo realizado com toda essa amplitude, segundo as reflexões do grupo. A falta de recursos humanos impossibilitava que um profissional pudesse estar disponível a qualquer hora do dia para qualquer paciente que

entrasse na unidade de saúde necessitando de uma escuta mais cuidadosa ou especializada. Geralmente, o que acontecia era a simples marcação de consultas médicas após distribuição de senhas num determinado horário estipulado. Esta forma de organização da demanda no acolhimento foi observada também em um estudo realizado por Schmith e Lima (2004). Estas autoras afirmam que este tipo de estratégia acaba mantendo a forma excludente de atendimento, tendo a prioridade quem chegar primeiro.

Vale destacar que, segundo vivências atuais da psicóloga no seu contato com a instituição, esta forma de acolhimento (mero agendamento de consultas) vem sendo amplamente discutida, não somente por aqueles que participaram do grupo de crescimento, mas por todos os profissionais da unidade básica de saúde, com o objetivo de que este acolhimento possa ser, de acordo com Matumoto (citado por Camargo-Borges & Cardoso, 2005), uma forma de intervenção que propõe o apoio à pessoa que procura o serviço em todo o seu processo de atendimento, e não somente no que diz respeito ao acesso. Deve abranger o encontro do profissional com o usuário, num processo de negociação das necessidades deste último, promovendo acesso e buscando o estabelecimento de vínculo.

Outro tema bastante presente no grupo, ligado à questão do acolhimento, foi a dificuldade de negociação com o usuário de saúde, principalmente devido à sua grande pressão por consultas e medicamentos. Esta demanda foi também constatada em um estudo realizado por Pedrosa e Teles (2001). Segundo os relatos dos participantes do grupo de crescimento, o grande problema recaía sobre a falta de recursos materiais básicos e recursos humanos, o que impossibilitava, muitas vezes, a oferta de um atendimento de melhor qualidade à população. As diversas deficiências no serviço de saúde angustiavam os profissionais, fazendo com que se sentissem mais vítimas do que agentes de transformação da realidade.

Schmith e Lima (2004) observaram em seu estudo que a falta de medicação, por exemplo, acaba impossibilitando a continuidade do atendimento. A equipe se sente insatisfeita com estas condições de trabalho, revelando sentimentos de indignação quando se depara com o sofrimento e não consegue agir. No entanto, segundo as autoras, ao se colocar numa posição de espectador, o profissional de saúde acaba não assumindo a responsabilidade com o usuário e não reconhecendo os seus direitos de cidadão.

Percebeu-se, ao longo do grupo de crescimento, a necessidade de os profissionais reconhecerem seus limites internos e externos. Durante as discussões de

grupo, pareciam sentir-se pressionados pessoalmente pelo fato de o Serviço não dispor de materiais ou recursos humanos adequados para atender o usuário. No entanto, na discussão do grupo ficou clara a importância de não tomarem as críticas feitas pelos usuários como pessoais, mas fazer delas um espaço micropolítico para discussão de direitos, saindo de seu papel passivo para o de agentes transformadores da realidade. Ao longo da reflexão do terceiro encontro, os participantes pensaram em como poderiam mobilizar a população a lutar por melhorias no sistema de saúde. Naquele momento, transcendiam a concepção assistencialista de saúde e perceberam-se como agentes promotores de cidadania.

Sordi e Bagnato (1998) ressaltam a importância da formação crítico-reflexiva do profissional de saúde, exigindo dele uma tomada de posição clara em favor da emancipação do homem. Schmith e Lima (2004) ressaltam que um dos papéis do trabalhador de saúde seria a construção da cidadania, estimulando as pessoas a participar do Conselho Municipal de Saúde para que elas possam lutar por seus direitos.

Outro tema bastante presente nas discussões, que acompanhou a questão da pressão da população, foi a falta de respeito por parte da mesma população para com o funcionário. Schmith e Lima (2004) relatam fatos semelhantes em sua pesquisa. Estas autoras questionam a visão dos profissionais de que o usuário deve cumprir o estabelecido pela equipe e observam que é pouco provável estabelecer vínculo enquanto o trabalhador necessitar da obediência do usuário. As autoras concluem que, se concebermos o usuário como sujeito, este poderá vir a ser mais autônomo e formar um juízo crítico sobre as orientações recebidas, podendo manifestar assim um respeito mais consciente.

No segundo encontro, a situação destacada acima foi trazida e discutida. A partir daí houve um salto qualitativo nas concepções dos profissionais acerca do significado de se estabelecer uma relação de respeito. Sentimos que a equipe pôde tomar consciência de que o respeito só era possível ser construído em uma relação de vínculo, de considerar o outro como pessoa e colocar-se diante dele desta mesma forma.

Percebeu-se ainda, a partir desta experiência, o quanto os profissionais de saúde sentem a necessidade de serem cuidados para que possam também ser melhores cuidadores. Neste sentido, o grupo de crescimento representou uma alternativa importante para os profissionais lidarem com situações mobilizadoras decorrentes do processo de trabalho. Tais situações, muitas vezes, por não serem discutidas em um espaço de conversa significativo, acabam

tornando-se propiciadoras de sofrimento aos profissionais de saúde, e consequentemente, impedindo a própria concretização das diretrizes do Programa Saúde da Família.

A reflexão grupal possibilitou crescimento pessoal e coletivo, segundo os participantes. Houve mudanças significativas na equipe de trabalho, que hoje se relaciona de uma maneira mais solidária e mais positiva, em comparação com o processo vivenciado antes da implantação do grupo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho com grupo de crescimento permitiu não só a reflexão pessoal em busca de um melhor posicionamento diante dos problemas do cotidiano, mas também o fortalecimento do sentimento de fazer parte de um coletivo onde foi possível buscar soluções conjuntas para questões que afetavam toda a equipe.

A experiência aqui relatada mostrou que este tipo de espaço reflexivo grupal foi importante para os profissionais, já que se sentiram acolhidos e escutados em suas demandas e puderam adotar estratégias mais criativas para prevenir possíveis desgastes.

Acreditamos que a abertura para a reflexão sobre as experiências permite aos trabalhadores de saúde examinarem sua prática, buscando significados ao seu fazer profissional. Isto possibilita um posicionamento mais atuante no ambiente de trabalho e o desenvolvimento de ações mais criativas e transformadoras da realidade.

REFERÊNCIAS

- Amatuzzi, M. M., Echeverria, D. F., Brisola, E. B. & Giovelle, L. N. (1996). *Psicologia na Comunidade*. Campinas: Alínea.
- Cambuy, K. (2005). *Vivências de trabalho de Agentes Comunitários de Saúde em Campinas*. Dissertação de Mestrado não publicada, Programa de Pós Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.
- Camargo-Borges, C. & Cardoso, C. L. (2005). A Psicologia e a estratégia saúde da família. Compondo saberes e fazeres. *Psicologia & Sociedade*, 17(2), 26-32.
- Dejours, C. & Abdoucheli, E. (1994). Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. Em C. Dejours, E. Abdoucheli, C. Jayet (Orgs.) (M. I. S. Betiol, Trad.), *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho* (pp. 119-145). São Paulo: Atlas.
- Martins, S. M. V. & Amatuzzi, M. M. (2005). Grupos de crescimento: uma prática sob o enfoque fenomenológico. Em V. A. Angerami (Org.), *As várias faces da psicologia fenomenológico-existencial* (pp. 85-96). São Paulo: Pioneer Thomson Learning.

- Ministério da Saúde. (1994). *Programa Saúde da Família*. Recuperado em 10 de outubro de 2003, de <http://www.saude.gov.br/psf/programa/index.asp>
- Pedrosa, J. I. S. & Teles, J. B. M. (2001). Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, 3(35), 303-311.
- Peduzzi, M. (2001). Equipe Multiprofissional de Saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*, 1(35), 103-109.
- Saraceno, B. (1999). *Libertando identidades - da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. RJ: Tecorá/IFB.
- Schmith, M. D. & Lima, M. A. D. S. (2004). Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(6), 1487-1494.
- Sordi, M. R. L. & Bagnato, M. H. S. (1998). Subsídios para uma formação crítico-reflexiva na área da saúde: o desafio da virada do século. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 6(2), 83-88.
- Sundfeld, A. C. (2000). *O desafio de conviver na diferença: o saber-fazer nas equipes interdisciplinares de saúde mental*. Dissertação de Mestrado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.
- SMS - Secretaria Municipal de Saúde. (2001, 26 de outubro). *1ª Conferência Municipal de Saúde Mental de Campinas* [caderno de textos], (pp. 1-24), Campinas: Prefeitura Municipal de Campinas.

Recebido em 20/12/2006

Aceito em 16/02/2007

Endereço para correspondência : Karine Cambuy. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida - Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Campus II, Prédio Administrativo, último piso. Avenida John Boyd Dunlop s/nº- Jardim Ipaussurama, CEP 13060-904, Campinas-SP.
E-mail: kcamb@uol.com.br