

Atenção Básica e Saúde Mental: Relato Praxiográfico de uma Tecnologia de Cuidado

Felipe Lobo dos Santos¹

¹Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

Luís Augusto Vasconcelos da Silva¹

¹Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

Resumo: Este estudo visa relatar as reuniões de um grupo de ajuda mútua organizadas por um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), utilizando a Estratégia Saúde da Família (ESF), no interior da Bahia. O objetivo é entender de que modos a ESF trabalha o cuidado no convívio com pessoas em sofrimento mental, seus cuidadores e os trabalhadores. A escolha por adotar a abordagem praxiográfica como método investigativo foi inspirada nos estudos sobre cuidado de Annemarie Mol. Deste modo, a partir dos registros em um diário de campo, realizados ao longo de um ano, foram produzidas compreensões sobre os efeitos da participação dos usuários e familiares nos grupos, além de suas interações com outros atores não humanos. Ao produzir o reconhecimento minucioso de uma prática, este estudo pôde demonstrar o quanto essa tecnologia se apresenta de forma imprevisível e incerta, pois é mediada e modificada por vários atores, ainda que também os modifique. Essa abordagem tornou possível perceber a fluidez, abertura e imprevisibilidade dessa prática processual de cuidado em saúde mental, atuando na produção de vínculos entre usuários, familiares e profissionais.

Palavras-chave: Saúde Mental, Atenção Básica, Prática de Saúde Pública, Prática de Grupo.

Primary Care and Mental Health: Praxiographic Report of a Care Technology

Abstract: This study aimed at reporting the meetings of a mutual aid group organized by a Family Health Support Nucleus (NASF), with the Family Health Strategy (ESF), in the interior of the state of Bahia. It aimed to understand how ESF works with care in living with people in mental suffering, their caregivers, and workers. This praxiographic approach was adopted as investigative method, inspired by Annemarie Mol's studies about care. Thus, from the records in a field diary, registered throughout a year, understandings were produced about effects of user and family participation in groups, in addition to their interactions with other non-human actors. By producing the detailed recognition of a practice, this study was able to demonstrate how unpredictably and uncertainly this technology presents itself, since it is mediated and modified by several actors, despite also modifying these actors. This approach allowed us to perceive the fluidity, openness, and unpredictability of this procedural practice of mental health care, acting in the production of bonds between users, family members, and professionals.

Keywords: Mental Health, Primary Care, Public Health Practice, Group Practice.

Atención Primaria y Salud Mental: Informe Praxiográfico de una Tecnología de Cuidado

Resumen: Este estudio tiene como objetivo relatar las reuniones de un grupo de ayuda mutua implementado por un Centro de Apoyo a la Salud de la Familia (NASF), utilizando la Estrategia de Salud de la Familia (/ESF), en el interior de Bahía. Se pretende comprender cómo la ESF trabaja

los cuidados para vivir con personas con sufrimiento mental, sus cuidadores y trabajadores. La elección del enfoque praxiográfico como método de investigación se inspiró en los estudios sobre el cuidado de Annemarie Mol. Por lo tanto, a partir de los registros en un diario de campo, registrado durante un año, se produjeron entendimientos sobre los efectos de la participación de usuarios y familias en grupos, además de sus interacciones con otros actores no humanos. Al producir el reconocimiento detallado de una práctica, este estudio pudo demostrar cuán impredecible e incierta se presenta esta tecnología, ya que es mediada y modificada por varios actores, aunque también los modifica a ellos.. Este enfoque nos permitió percibir la fluidez, apertura e imprevisibilidad de esta práctica procesal de la atención de la salud mental actuando en la producción de vínculos entre usuarios, familiares y profesionales.

Palabras clave: Salud Mental, Atención Primaria, Práctica de Salud Pública, Práctica Grupal.

Introdução

A Atenção Primária em Saúde (APS) e suas retaguardas tecnoassistenciais são consideradas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como aliadas no cuidado em Saúde Mental – princípio afirmado na Declaração de Caracas (OMS, 1990) –, uma vez que promove alternativas centradas na comunidade por meio das redes sociais. Deste modo, os casos referentes à saúde mental passaram a dispor do acompanhamento longitudinal e territorial da Atenção Primária, que se configuram como ações preventivas e de promoção em saúde. Essa concepção é apresentada por diversos estudos, em diferentes países (Frateschi & Cardoso, 2016; Frosi & Tesser, 2015; Klein & d'Oliveira, 2017; Moliner & Lopes, 2013; Petersen, Ssebunnya, Bhana, & Baillie, 2011; Shidhaye, Lund, & Chisholm, 2015; Wenceslau & Ortega, 2015).

No Brasil, com a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), a Atenção Básica (AB) passou a integrar a assistência em Saúde Mental articulada com outros serviços existentes (Ministério da Saúde, 2011). Em 2008, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) para a ampliação da abrangência e do escopo das ações da Atenção Básica, a partir da oferta de suporte técnico-pedagógico e assistencial especializado em referência territorial (Ministério da Saúde, 2008). Assim, o NASF pode ser entendido como um dispositivo fundamental para a potencialização da integralidade do cuidado e, portanto, a ampliação das abordagens das questões de saúde na atenção primária, colaborando, consequentemente, com a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e intervindo na cultura dos encaminhamentos desnecessários, ou seja, muitos dos casos que se destinariam à atenção psiquiátrica passariam a

ser atendidos também na Atenção Básica (Sundfeld, 2010; Vannucchi & Carneiro Junior, 2012).

No entanto, a implementação da integralidade necessitou que adotasse uma proposta de processo de trabalho transdisciplinar denominado matriciamento. Este modo de produzir atenção à saúde consiste no desenvolvimento conjunto de atividades entre equipes a fim de proporcionar espaços em que a relação entre profissionais seja horizontal e que o conhecimento seja compartilhado durante os atendimentos e em reuniões periódicas. Esse método objetiva, portanto, o ganho em resolutividade por meio da ampliação da gama de ações dos profissionais da Atenção Primária à Saúde.

O processo de matriciamento no âmbito da saúde mental ocorre, assim, na integração entre equipes de saúde da família, equipes da atenção psicossocial e cuidadores informais ou profissionais de saúde mental na própria Atenção Básica (AB), cujo objetivo é atender conjuntamente pessoas com sofrimento mental – pessoas com algum acometimento que se traduz em sofrimento mental e/ou existencial. Como consequência, o matriciamento permite a lógica do *recovery* como um dos enfoques das ações de atenção em saúde mental, isto é, a atuação das equipes é guiada pelo entendimento do cuidado em saúde mental como um conjunto de ações que se traduzem em processos profundamente pessoais que promovem novos sentimentos identitários – de autodeterminação dos sujeitos –, que fortalecem as pessoas em suas vidas e que ampliam a participação e as contribuições da comunidade (Duarte, 2007).

Por outro lado, Nunes, Torrenté e Landim (2016) afirmam que, mais que do que incluir profissionais *psi* nas equipes, é preciso formar os profissionais para aceitarem e compreenderem os modos diferentes de

estar no mundo, independentemente do grau de alteridade, bem como para refletirem sobre as próprias diferenças. Isso diz respeito à perspectiva não apenas de tolerância ao inconforme, da ampliação da bio-medicalização e da generalização da psiquiatrização, mas também ao alargamento do horizonte da *práxis* e de suas praxiologias. Deste modo, espera-se que os profissionais dos NASF proponham práticas contra-hegemônicas fora da lógica individualizante da atenção psiquiátrica exclusiva. Além disso, é importante considerar os saberes e práticas dos profissionais que não estão diretamente relacionados com sua formação e as diferentes bagagens de profissionais não pertencentes ao campo da saúde.

Assim, a AB também é um espaço para a difusão dos dispositivos de cuidado em Saúde Mental, partindo da promoção da leveza das práticas relacionais da Atenção Psicossocial, que são menos prescritivas – neste caso, compartilhando instrumentos de produção de vínculos, autonomia e de responsabilização. Na AB, as práticas de grupo, as visitas domiciliares e as salas de espera, ou seja, as práticas que promovem tanto o acolhimento quanto os vínculos podem cumprir com esse papel. Esses espaços abertos por práticas de socialização podem, por exemplo, promover mudanças na forma como as pessoas lidam com a diferença radical dos modos de ser de pessoas que vivem em condição de sofrimento mental classificado como “severo e persistente”. Ademais, são estrategicamente abertos para ampliar as formas de atenção e cuidado em redes que multiplicam a malha de possibilidades de acolhimento e descentram os modos de socialização, permitindo a desinstitucionalização das pessoas dos aparatos que instituíram e tornaram as relações estereotipadas nos dispositivos psiquiátricos (Amarante, 2013).

Considerando os aspectos destacados, apresentamos, neste artigo, uma atividade em grupo como ferramenta da atenção com o objetivo de entender de que modos uma prática ofertada por um NASF, junto a uma ESF, em uma cidade do interior da Bahia, produz o cuidado necessário para o convívio com pessoas em sofrimento mental. Para tal fim, optou-se pela realização de um estudo praxiográfico da atenção produzida entre os membros do grupo à luz da Teoria Ator-Rede (TAR). Deste modo, nos detivemos a reconhecer a multiplicidade das tecnologias e dimensões que implicam o cuidado presente na atenção grupal voltada para os usuários de serviços de saúde mental que participavam, também, das práticas de uma

ESF. A abordagem praxiográfica da TAR favorece o reconhecimento das minúcias das práticas, fazendo-se importante para formar entendimentos sobre as relações que se estabelecem a partir das práticas de cuidado, envolvendo as implicações dos seus atores e, portanto, permitindo ampliar o reconhecimento dos efeitos práticos nos cotidianos dos serviços.

Da Teoria Ator-Rede a uma abordagem praxiográfica para o estudo do cuidado em saúde mental

Segundo Law (2009), a TAR se pauta na relacionalidade semiótica, pois a realidade é relacional e os seus entes são produzidos em relação, não existindo fora dela. Nessa concepção de realidade, não importa a “essência” dos atores: não cabe uma divisão entre humanos e não humanos, porque eles estariam enredados de modo que seria impossível separá-los. Apenas para efeito de análise, a realidade é garantida pela sua materialidade. Assim, tal realidade, que é ao mesmo tempo relacional e material, faz com que Law (2009) aproxime a TAR da semiótica. Ou seja, todas as coisas são efeitos ou produtos de relações entre elementos/atores heterogêneos. Neste ponto, é importante ressaltar que as pessoas também são efeitos relacionais, cuja existência se faz com a participação de atores/actantes não humanos (Law, 2004, 2009).

Assim, distinções são rebaixadas, não havendo, a princípio, planos ou níveis especiais separados, como macro, micro, social e técnico, natureza e cultura; os dualismos no foco dos estudos desaparecem. Há nisso uma forma de materialismo em que a heterogeneidade das relações supera as sociologias humanistas e torna possível aproximar o não humano das análises sociológicas, o que é importante, primordialmente, para o entendimento das relações dinamicamente produzidas.

Para Bruno Latour (2012, p. 108), um ator, qualquer que seja, humano ou não humano, é “qualquer coisa que modifique uma situação fazendo diferença”, mas não é a fonte de um ato. É necessário, portanto, pensá-lo em rede, ou seja, “como um alvo móvel de um amplo conjunto de entidades que enxameiam em sua direção” (Latour, 2012, p. 75). Como destaca Pedro (2010, p. 82), o ator é um “efeito de rede”. Esse “encaideamento” pode ser reconhecido como uma rede aberta e dinâmica em que um ator passa a ser entendido como um “efeito performático”, ou seja, efeito do movimento contínuo dessa rede. Segundo Sayes

(2014), no espectro semântico da TAR – com base em algumas das obras de Latour, Callon, Law, Hemant e Woolgar –, o termo não humano, não sendo uma categoria explicativa, seria uma categoria guarda-chuva para um largo espectro de entidades: fenômenos da natureza, seres não humanos, o sobrenatural e até o simbólico na natureza. Desse modo, a categoria não seria definida *a priori*, mas antes pelos seus aparecimentos nos estudos. Esses entes podem ser amplamente presentes nos processos sociais e, consequentemente, no processo saúde-doença-cuidado.

Assim, nos estudos da TAR, o campo social não é dado de antemão; o social não antecede as relações porque são as relações que produzem o social. Portanto, enquanto a sociologia se interessa pelos porquês, a semiótica material se interessa pelo como, ou seja, pelos processos em curso. Dessa forma, destaca-se o conceito de *enactment*, que traz a própria produção do conhecimento para o reino da performatividade. Mol (2002, 2009, 2010), tanto em trabalhos solo quanto em parceria (Mow & Law, 2004), vale-se do termo *enact* para dizer que a existência de um objeto está ligada às práticas, ou seja, a realidade é feita/performada no decurso das práticas. Por este motivo, Mol (2002) propôs e realizou seus estudos na forma de uma *praxiografia* ou descrição das práticas, enfatizando que a realidade é múltipla. A autora frisa a importância de noções como a que ela denomina de política ontológica (Mol, 2007). Esta enfatiza as condições de possibilidade como não dadas ou preexistentes, ou seja, a realidade não precede às práticas mundanas com as quais interagimos. Desse modo, para Mol (2009, 2010), as realidades estão localizadas histórica, cultural e materialmente, sendo manipuladas por meio de vários instrumentos em diferentes práticas. Assim, se pode falar em diferentes “versões” do objeto/realidade, as quais os instrumentos ajudam a performar (*enact*). Mol (2010) apresenta como exemplo a anemia. Para a autora, a doença parece ser performada de múltiplas maneiras, havendo, pelo menos, três performances: clínica, estatística e patofisiológica. Ela defende que são três anemias diferentes que podem coexistir. Assim, as performances têm caráter local e, no caso da anemia, cada lócus está associado a uma determinada performance da doença e cada anemia pode ser referida pelo lugar e caracterizada pelo campo de saber com seu modo de fazer. São, portanto, diferentes modos de fazer o cuidado.

Mais especificamente sobre o cuidado, Mol (2008), em *The logic of care: health and the problem of patient*

choice, sugere que o cuidado deve “ser bom para aquele que o demanda”. A autora ressalta um aspecto central dos teóricos da TAR: as ações são distribuídas entre diferentes atores, humanos e não humanos. Destaca-se, assim, sua noção de cuidado como um processo coletivo. As investigações sobre as práticas do viver com diabetes levaram Mol (2008) a apontar os limites da noção de escolha, fundada nos valores dominantes da cultura ocidental, e dar destaque ao que chama de “lógica do cuidado”. O cuidado é, segundo a autora, complexo e errático. Assim, ao acompanhar o cotidiano de convívio com a diabetes e sua cronicidade, Mol observa que o cuidado ocorre como um manejo, e não como controle; ocorre com arranjos e rearranjos das práticas em função da complexidade do convívio do paciente com a doença (Mol & Law, 2004; Mol, 2008).

Mol frisa, assim, que o paciente não é passivo; ele é ativo e figura não primariamente como sujeito das escolhas, mas como sujeito de todo tipo de atividades. A lógica do cuidado, portanto, não tem por cerne as nossas vontades e escolhas terapêuticas. Ela está centrada no que vamos fazer. A autora defende que a questão crucial não é quão ativos nós profissionais somos, mas em que tipo de atividade nos envolvemos nas nossas performances de cuidado. As práticas de tratamento tendem a exigir respostas adaptativas que nem sempre estão de acordo com as escolhas do indivíduo e de todos aqueles que se envolvem.

Aqui, é importante também chamar a atenção para a “política do que” (Mol, 2008), ou seja, a identificação do que é “feito” no cotidiano das atuações e de como elas fazem/performam a saúde-doença, e, consequentemente, para o que seria o “bom cuidado” (Mol, 2008), que também é múltiplo: o que é bom em uma situação pode não ser em outra. Portanto, o bom cuidado não é algo autoevidente na forma de prolongar a vida, por exemplo, à custa de dor e sofrimento. Se o importante é melhorar a vida, “fazer o bem” (Mol, 2008), é preciso lembrar que esse “bem” não é fixo ou dado *a priori*, mas envolve “coletivos” e “práticas situadas” (Spink, 2015). Certamente, conforme será discutido mais adiante, ao trazer a experiência de um grupo em saúde mental, o bom cuidado deve incluir a realidade vivida pelos pacientes/usuários.

O estudo de caso: a experiência de um grupo de cuidado em saúde mental

Esta pesquisa, que tem caráter exploratório, tomou como objeto a atividade de um grupo de

atendimento, que empregou os princípios da ajuda mútua, organizada para familiares e pessoas com sofrimento mental no espectro severo e persistente (Grupo de Saúde Mental). O primeiro autor, ao atuar como psicólogo do NASF e mediador do grupo, registrou as atividades em um diário de campo descritivo. Como recorte das atividades do grupo, foram utilizados registros produzidos entre 15 de maio de 2014 e 25 de maio de 2015. Durante esse período, as pessoas indicadas por seus prontuários ou por profissionais de saúde como usuários do serviço psiquiátrico e residentes no município foram acompanhadas pelo NASF e pela ESF por meio do referido grupo. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

O município no qual a pesquisa foi desenvolvida está situado no semiárido baiano, região sisaleira composta por 20 municípios, com população de 605.550 habitantes – estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para 2019. Segundo o IBGE, a região é classificada como de baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IBGE, 2017; Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia [SEI], 2014).

O município em foco se encontra dividido em seis microáreas de saúde – sede do município e áreas rurais –, cada uma delas com um Programa Saúde da Família (PSF), uma ESF e agentes comunitários de saúde (ACS), havendo também uma equipe de saúde bucal na sede. O grupo estudado estava vinculado às equipes da sede administrativa do município. A equipe NASF, única do município, era composta por dois psicólogos, dois assistentes sociais, duas nutricionistas, duas fisioterapeutas, um educador físico e um farmacêutico. O Grupo de Saúde Mental era frequentado por pouco mais de uma dezena de usuários e familiares – esse valor flutuava de acordo com as reuniões.

Uma breve praxiografia do Grupo de Saúde Mental

Dos registros do diário descritivo, foram selecionadas passagens sobre o grupo para serem organizadas na forma de “cenas”. As cenas são demonstrativas das performances dos membros do grupo de cuidado de acordo com o contexto das práticas e dos agenciamentos por parte dos diversos atores humanos e não humanos. Essas passagens representam a tentativa de adotar orientações de ajuda mútua (Vasconcelos, 2013), e este

estudo está preocupado em analisar como ocorreram as reuniões e qual a situação delas no espaço-tempo das práticas. O grupo surgiu como um espaço de escuta e convívio para pessoas em sofrimento mental severo e persistente. Os momentos destacados se mostraram fundamentais durante as reuniões por apresentarem os fatores de mobilização e circulação dos afetos e a formação de vínculos (Barbosa & Bosi, 2017; Chakkour, 2001), almejados como produção da prática. A ferramenta de ajuda mútua, ao permitir a articulação das experiências, surgiu como tentativa de produzir identificação entre os participantes do grupo a partir dos seus acontecimentos de vida e potencializou a afiliação/vinculação por meio do discurso, envolvendo não apenas sentido e significado, mas também efeitos afetivos e corporais. Um exemplo desse tipo de situação se encontra na seguinte cena. Todos os nomes são fictícios:

Cena 1: Dona Quirina, uma idosa que aparentava ter mais idade do que realmente deveria ter, de pele branca castigada pelo sol, comparecera com seu filho, Pedrinho. Ela era como mãe e pai para ele, um jovem adulto na faixa dos 30. Não eram assíduos, mas participaram de um número significativo de reuniões, talvez metade. Ela costumava ser bastante participativa com seus depoimentos e sempre foi acompanhada do filho. As cadeiras do tipo escolares estavam distribuídas em círculo; sentaram-se próximos à porta. Dona Quirina e Pedrinho foram os primeiros a chegar. Diana, uma mulher que aparentava estar na faixa de 40, irmã de Carlinhos, um jovem adulto com idade aproximadamente um pouco inferior à dela, chegaram um pouco mais tarde e sentaram-se próximos à Dona Quirina e Pedrinho. Os quatro já haviam comparecido a algumas reuniões. Diana estava ansiosa para falar, e como a palavra não chegara até ela, interrompeu seu irmão com sua queixa. Disse que sua vida havia acabado e que era ela quem cuidava de Carlinhos, mas que, no entanto, não estava mais suportando, pois, apesar de ele ser um adulto na aparência, teria comportamento infantil, era uma “criança grande”. Para demonstrar isso, contou que estavam esperando por um atendimento quando ele a colocou em uma situação constrangedora. Ela disse que ele havia ficado com fome e, ao perceber isso, pediu para ele ter paciência, mas ele respondeu, aos prantos, que estava com fome. Dona Quirina,

que se mantinha voltada para Diana, parecia escutar com todo seu corpo. Ela ficou perceptivelmente excitada com a fala de Diana, demonstrava com seus gestos, quando apontava para Pedrinho quase se levantando da cadeira, e vez em quando soltando um “é ele”. Era perceptível que a palavra estava na ponta da língua, até que, não conseguindo conter a fala, rompeu sua gesticulação com seu depoimento e interrompeu Diana. Ela contou que sentiu muitas semelhanças entre eles, que costumavam sentar-se próximos e até mantinham hábitos e indumentárias parecidas, vestindo-se como crianças.

A escuta livre no espaço aberto pela ajuda mútua foi importante no início das atividades para atenuar a dificuldade que os participantes tinham em ocupar o “lugar de interlocução”, ou seja, de entender que poderiam ocupar diferentes posições naquele contexto, não agindo apenas como queixosos e contribuindo para a produção do sentido das falas por meio da distribuição do poder de fala. No entanto, além do espaço para manifestações, também foi permitida a utilização dos seus corpos na atuação dos seus relatos. Esse espaço foi concebido, primeiramente, pela disposição espacial dos participantes: em vez de centrar a atenção dos participantes em um profissional, todos podiam se escutar e se ver. Neste sentido, os profissionais atuaram além da mediação das falas, pois permitiram a distribuição da fala dentro do arranjo espacial para que o portador da vez pudesse ser, ao mesmo tempo, escutado e visto/focalizado. Desse modo, a mediação também aconteceu na distribuição das produções do grupo pelo espaço.

A implicação dos atores na circulação dos seus afetos era percebida também através dos corpos, no gestual, no modo como suas expressões eram afetadas pelos relatos, nas projeções dos corpos pelo espaço, nos modos como o ocupavam etc. Os assuntos surgiam e emergiam para, posteriormente, serem costurados como uma rede de problemas com aspectos comuns. Na performance do vínculo, os usuários e familiares do grupo, no entanto, com frequência aparentavam produzir rapidamente identificação com as condições de outros usuários, mas isto não necessariamente se traduzia em um vínculo estável.

Neste contexto, o exercício da mediação no sentido do apoio à fala era consumado por tentativas de mostrar paralelos e semelhanças entre as situações relatadas e, por meio dessas, permitir que o vínculo

se estabelecesse entre os participantes do grupo enquanto uma rede.

Predominavam nas reuniões as situações de discriminação, momentos repletos de sentimento de desamparo em função das condições de vida dos usuários, produzidas pelas iniquidades, pela desigualdade de oportunidades, pela violência, entre outras vulnerabilidades. Inicialmente, um dos principais focos foi o uso de medicações com ênfase sobre os efeitos adversos. Muitos participantes se apresentavam resignados e aceitavam os efeitos colaterais, pois, em geral, acatavam as orientações médicas e os efeitos dos tratamentos sem questionamentos – apenas uma usuária apresentava comportamento resistente. Para alguns, entretanto, o uso de medicações e tratamentos surgia como entrave no desenvolvimento de estratégias para o estabelecimento de uma rotina plena de atividades.

A concepção de vínculo de Pichon-Rivière, em a *Teoria do vínculo*, parece trazer alguma luz sobre a vinculação como prática do reconhecimento de si no outro e como um ator se implica na rede do seu cuidado. O vínculo se desenvolve como uma “circularidade de afetos” (Chakkour, 2001, p. 23; Barbosa & Bosi, 2017, p. 1011) que ocorre, primeiramente, entre trabalhador e usuários a partir da afetação entre os objetos internos – representações e fantasias do mundo interno – dos envolvidos, que era performada em intervenções que apresentavam as experiências dos membros com as situações de sofrimento mental. Para Pichon-Rivière, o indivíduo é resultante do que ele chama de “interjogo” entre o sujeito e os objetos internos e externos em relação de interação dialética. Na teoria do vínculo, a tomada de decisão aparenta ser virtualmente diferente da escolha por se tratar de um movimento que se estabelece entre as coleções de objetos dos atores, tornadas redes pelo desenvolvimento na mediação e na produção de vínculos, e não como uma “virtude” individual prévia que move os participantes. Assim, os sujeitos vão ao encontro de suas potencialidades favorecidas pela reciprocidade de experiências (Santos, Assis, Nascimento, & Jorge, 2008).

Por outro lado, a mediação das falas como condução da reunião nem sempre surtia o mesmo efeito que o proposto pelo modelo de Vasconcelos (2013). Muitas vezes, os usuários mais articulados ou mais falantes tomavam para si a mediação. Não parecia, também, haver uma simples questão de ordem ou de papéis, mas a emergência do empoderamento, que poderia

ser uma dimensão da própria performance da condição saúde-doença-cuidado.

Por fim, a participação era dificultada pela centralidade nos depoimentos, o que pode ter afetado a presença e as falas com regularidade, havendo, portanto, a necessidade de estimular os participantes a se manifestarem. A falta de participação de alguns acarretou a busca por outras formas de interação e produção de vínculos. A inclusão de dinâmicas ampliou as possibilidades da participação. Em geral, nossa expectativa em relação às dinâmicas era de que ela permitisse que eles falassem uns dos outros ou de si mesmos.

Durante a primeira das dinâmicas sugeridas, os participantes deveriam escrever seus nomes e uma qualidade do seu acompanhante/familiar. Houve dificuldade por parte de alguns em função de não serem alfabetizados ou aparentarem déficit cognitivo. Partindo das qualidades listadas por cada um, desenvolvemos a discussão sobre características que desejavam observar nos cuidadores. No entanto, frequentemente a fala era retida por alguma das pessoas. Um exemplo desse fato é encontrado no seguinte fragmento:

Cena 2: Nos dividimos na distribuição dos materiais. Enquanto [o psicólogo] distribuía as tiras de papel que o assistente social trouxe, ele se incumbiu de distribuir as canetas que havíamos conseguido emprestadas da Secretaria de Saúde. Quando o assistente social explicou a dinâmica, ainda durante a distribuição do material (eles foram instruídos a escrever uma palavra que descrevia o seu familiar e seu nome), descobrimos que algumas pessoas não sabiam ler e escrever. Tentamos, assim, distribuir as pessoas, e alguns se voluntariaram a escrever. Mesmo com essas dificuldades, notamos que havia interesse das pessoas em participar. Sugerimos uns minutos para que pudessem cumprir com a tarefa. Logo em seguida, foram instruídos a trocarem os papéis. Ao lerem os papéis, a pessoa cujo nome estava escrito deveria detalhar a característica escolhida. No entanto, ainda durante o início das leituras, Carlinhos interrompeu as falas dos outros, atrasando o fluxo da atividade e do debate. Ele interrompeu várias vezes as pessoas para falar sobre sua irmã, Diana.

A partir deste período, não utilizávamos exclusivamente as orientações de ajuda mútua (Vasconcelos, 2013) e as dinâmicas de grupo não eram realizadas

apenas para aquecimento: em alguns encontros, essas dinâmicas tomavam todo o tempo da reunião.

Ao longo do tempo, notamos que o interesse inicial pelas dinâmicas de grupo não resultou em um acréscimo sustentável de participação. Alguns dos participantes mais antigos do grupo deixaram de comparecer às reuniões e, ao recorrermos à busca ativa, constatamos que as pessoas tinham diversos motivos que os levaram ao afastamento e que esses demandavam outras modalidades de atenção. Entre os principais problemas estavam: a pessoa não se sentia confortável para compartilhar suas questões; problemas financeiros; divergência em interesse em relação à prática. Essas ocorrências demandavam outras práticas, como visitas domiciliares e escuta ambulatorial. Desse modo, a prática do grupo se deu por uma rede de práticas – ou diferentes performances – de cuidado em saúde mental que formaram a rede de diferentes performances de saúde-doença.

Decidimos, durante uma reunião, sobre a reorientação da prática. A solução havia surgido durante uma visita à usuária Dara. Ela desenvolvera, auxiliada por uma amiga de sua mãe, Dinha, habilidade para confeccionar peças em crochê e tricô. Havíamos decidido convidar alguma pessoa com sofrimento mental que pudesse servir como modelo no uso de habilidades manuais e julgamos que Dara cumpriria esse papel e também seria articulada o bastante para demonstrar suas habilidades aos participantes do grupo. No momento do convite, outras pessoas se prontificaram em trazer peças prontas ou materiais para realizar artesanato durante as reuniões. A Cena 3 exemplifica como foi realizada uma dessas reuniões, trazendo as múltiplas atuações de atores – humanos e não humanos – que constituíam, produziam ou performavam o próprio grupo:

Cena 3: [...] Dona Quirina chegara com palhas; ela havia prometido trazer um abano, mas trouxera muito mais que isso. Além do pequeno abano de palha de licuri, ainda verde, Dona Quirina trouxera uma pequena esteira feita em palha de ariri e palhas de licuri para tecer. Ela explicou que aquela, além da agricultura de subsistência na pequena propriedade rural, era uma de suas atividades, mas que não estava realizando tanto, pois dividia a produção com o ex-marido. Além disso, ainda preparava óleo de coco sob encomenda. Sentada no seu lugar habitual na roda, começou

a trançar a palha verde de licuri, parecia empolgada. E mal sentou, começou a trançar a palha, mostrou que no princípio se faz uma cruz e uma palha deve ser dobrada sobre a outra. Assim as palhas deveriam ser encaixadas. Dara chegou em seguida acompanhada de Dona Conceição, que passou a acompanhá-la às reuniões após o falecimento de sua mãe, Dinha. Dei a Dara os novelos e a agulha. Dionísio, o único artesão entre os usuários, não compareceu, apenas sua irmã, que não demonstrou ter habilidades manuais. O assistente social trouxera peças de xadrez esculpidas de cabos de vassouras. Enquanto o assistente social contava sobre a origem das peças, iniciamos a rodada de apresentações. Como na maioria das vezes, as pessoas começavam a trazer seus depoimentos enquanto se apresentavam. Pedimos para os que trouxeram as peças de artesanato que explicassem seus trabalhos e como haviam feito as peças. Algumas eram produções espontâneas feitas para passar o tempo, outras eram conhecimentos transmitidos de geração em geração, e algumas produzidas em oficinas do CRAS. Eram colchas de retalhos, bolsas, sandálias personalizadas e algumas peças ornamentais. Dara, que estava tricotando lenta e precisamente, ao se apresentar, falou que estava apaixonada pelo trabalho com palha. Dona Quirina disse que poderia ir até a casa dela e ensiná-la. Questionei ao filho de Dona Quirina, Pedrinho, sobre o seu interesse, mas ele disse que não se interessava. O assistente social esclareceu que Pedrinho tinha deficiência visual, algo que eu não havia percebido até então. Dona Quirina demonstrou como produzia uma esteira grande de palha; ela disse que conseguia fazer uma esteira que cobriria todo o chão da Sede da Associação. Ela, agilmente, sentou-se ao chão, esticou os braços e começou a imitar os movimentos que realizara no trançado da palha. Ao retornar à cadeira, Dona Quirina explicou que a confecção de peças de palha era realizada pelas mulheres que se reuniam nas casas umas das outras. Contou-nos que, enquanto faziam as peças, elas entoavam cantigas como a do “abano”, além disso, ela entoou a cantiga e todos aplaudiram ao final. Assim, a reunião ficou dividida entre os relatos de novos familiares e usuários e as apresentações dos trabalhos manuais.

A prática do Grupo de Saúde Mental nos permitiu conhecer outros atores que afetavam ou coproduziam suas histórias de vida e que estavam inseridos nas práticas cotidianas e na performance do grupo por meio dos seus membros entendidos como atores. Além dos atores humanos, havia atores não humanos, como as palhas de licuri e ariri, os tecidos, os adereços que, sob a atuação dos usuários e familiares, tornaram-se abanos para atizar brasas, chapéus – com os quais enfrentariam o sol escaldante – e esteiras para reforçar as camas ou sobre as quais dormiriam na ausência delas.

Ademais, é possível entender que as cadeiras dispostas em círculo, que permitiam que os participantes fossem vistos em suas performances, também atuavam. Assim, além da abordagem dos vínculos apresentada por Pichon-Rivière, Bruno Latour (1994 apud Santaella & Cardoso, 2015), partindo da sociologia que inclui os atores não humanos, amplia a compreensão da influência desses atores como agentes vinculantes que superam a relação sujeito-objeto, performando como atores-redes. Desse referencial, é possível compreender que esses atores não humanos produzidos nos cotidianos e/ou introduzidos nas cenas também produzem agenciamentos, modificando as formas como os atores humanos experimentavam suas realidades e se relacionavam com outros atores.

Considerações finais

Ao produzir o reconhecimento minucioso de uma prática/tecnologia comum da Atenção Básica, este estudo buscou demonstrar o quanto um grupo na atenção em saúde mental se apresenta de forma imprevisível e incerta, ainda que mediada por vários atores, modificando e também sendo modificado por esses atores. A abordagem utilizada permitiu perceber a fluidez, abertura e imprevisibilidade dessa prática processual de cuidado, orientada pelo modo psicossocial (Costa-Rosa, Luzio, & Yasui, 2003) e envolvendo atividades de matriciamento, distintas tecnologias, trocas de experiências e saberes e produções locais. O desenvolvimento da prática do Grupo de Saúde Mental (GSM) foi mediado por atores que se constituem em rede, afetando-se mutuamente e promovendo transformações no modo como o grupo e o cuidado passam a existir.

O escrutínio do processo saúde-doença-cuidado, por meio de uma abordagem praxiográfica, colocou em cena as contribuições de profissionais, usuários e familiares, mas também deu visibilidade a atores

heterogêneos, tais como medicamentos, documentos e objetos do cotidiano, da produção local e da cultura nas condições de vida e de saúde mental. Foi essa complexidade que fez o grupo acontecer e sua existência persistir como experiência vivida e recuperada pelos registros de um pesquisador em sua atuação como profissional do NASE.

À prática do GSM, apesar de iniciada pelas orientações dos profissionais, foi se impondo uma lógica do cuidado via “empoderamentos possíveis” dos membros do grupo e das situações locais – e contingências – que reconfiguravam o cuidado em saúde mental. A multiplicidade de atuações e abertura para outros atores dessa prática, reorientada pelo modo psicossocial (Costa-Rosa, Luzio, & Yasui, 2003), demonstrou ter mais força que as prescrições do método de ajuda mútua. Ademais, a prática de grupo mostrou ser performada em distintas versões, a saber: para os que chegam com a aflição e o desejo de falar, o grupo foi um espaço de fala; para os que se sentiam vilipendiados ou os que sentiram seus direitos usurpados, foi um espaço de denúncia; para aqueles que não têm domínio da fala, a expressão das suas experiências com a produção manual ou cultural material; para outros, um espaço de ludicidade.

Desse modo, o grupo mostrou as formas do cuidado, que se configura como um processo fluido e coletivo e que vai além das formas compartimentais de conceber e organizar tecnologias de cuidado – por exemplo, tecnologias leves, leve-duras e duras (Merhy & Franco, 2003).

Destaca-se também que, por meio do modo psicossocial, não se pretende eliminar os conflitos e contradições, mas aprender como mediá-los e conviver com suas ocorrências, pois são constitutivos das pessoas em sofrimento contingentes (existência-sofrimento). As ações de atenção, portanto, se mostram mais efetivas no que tange à sua abertura, capacidade de se constituírem relacionalmente e às agências que envolvem.

Esse não foi somente um quadro de subversão do método de ajuda mútua, mas uma demonstração da ruptura da normatividade que os modelos de atenção psicossocial podem promover em seu sentido teleológico. Dessa forma, com tal abertura, o que se desenha é o questionamento sobre os sentidos das condições de possibilidade tradicionais em que se produzem o cuidado e seus destinos.

Assim, é possível concluir que esta pesquisa apresenta uma perspectiva sobre as formas de cuidado que se desenham e se assumem criativamente sobre

o universo em potencial que é o espaço das intervenções para pessoas em sofrimento mental severo e persistente, que pode ser assentado na Atenção Básica de municípios de pequeno porte. Essas ações podem ocorrer no vácuo entre a atenção substitutiva especializada dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e a saúde em geral, foco da Atenção Básica. Tal vácuo demanda capacidades adaptativas que extraem do modo psicossocial (Costa-Rosa, Luzio, & Yasui, 2003) seu potencial de reorientar as práticas de modo objetivamente inclusivo.

Finalmente, é importante enfatizar que uma abordagem praxiográfica se apresenta de forma pertinente no campo da Atenção Básica e da Saúde Mental, porque estes são territórios de conhecimentos e práticas complexos e que, tendo suas práticas emaranhadas, necessitam ser “magnificadas”, ou seja, necessitam de formas de produção de atenção e conhecimento que permitam acompanhar em extensão tal complexidade e entrelaçamento.

Praxiografias – descrições minuciosas das práticas –, como sugeridas por Mol, podem permitir o debate sobre as práticas de cuidado na Atenção Básica. A praxiografia de Mol, ao mesmo tempo que enfatiza a multiplicidade das experiências, aponta a necessidade para localizar/situar os eventos-em-prática. Essa forma de produzir conhecimento, portanto, é privilegiada para atuar conjuntamente com tecnologias que façam incidir o cuidado e a socialização simultaneamente, como a tecnologia dos grupos, uma das ferramentas comumente encontradas na Atenção Básica.

Por sua vez, o campo da Saúde Mental pode colaborar para o desenvolvimento de grupos/pessoas de diferentes enfermidades em sua pluralidade de experiências e que se apresentam ligados, inicialmente, pelos seus diagnósticos e suas tecnologias de cuidado. Outro aspecto a ser considerado em relação aos grupos, tendo como referência a TAR, é o fato de que os atores afetam uns aos outros, modificando suas práticas, podendo também, por suas implicações, modificar as práticas envolvidas nas políticas e nos cotidianos das pessoas envolvidas com os cuidados.

Além disso, é importante destacar a participação dos atores não humanos, a exemplo de medicações, das orientações do Ministério da Saúde na forma de manuais e até mesmo os transtornos presentes nos consensos psiquiátricos – o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e a Classificação Internacional de Doenças (CID) –, que incidem nos

prontuários e são incorporados pelos usuários, bem como por familiares, nas suas práticas, discursivas ou não – ou seja, nos vários instrumentos em diferentes práticas que compõem as vidas –, ao serem articulados com humanos em um processo de cuidado possível e,

ao mesmo tempo, empoderador. Essas reflexões podem colaborar mais sensivelmente no reconhecimento de práticas de cuidado mais longitudinais, promotoras de vínculos apontadas como mais eficazes para lidar com a saúde mental (Frateschi & Cardoso, 2016).

Referências

- Amarante, P. (2013). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Fiocruz.
- Barbosa, M. I. S., & Bosi, M. L. M. (2017). Vínculo: Um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 27(4), 1003-1022. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400008>
- Chakkour, M. (2001). *Processo de trabalho em saúde: Uma cartografia de fluxos e tempos trabalhador-centrada* [Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas]. SophiA. <https://bit.ly/3S8xRoy>
- Costa-Rosa, A., Luzio, C. A., & Yasui, S. (2003). Atenção psicossocial: Rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In P. Amarante (Org.), *Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial* (pp. 13-44). Nau.
- Duarte, T. (2007). Recovery da doença mental: Uma visão para os sistemas e serviços de saúde mental. *Análise Psicológica*, 25(1), 127-133. <https://doi.org/10.14417/ap.434>
- Frateschi, M. S., & Cardoso, C. L. (2016). Práticas em saúde mental na atenção primária à saúde. *Psico*, 47(2), 159-168. <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2016.2.22024>
- Frosi, R. V., & Tesser C. D. (2015). Práticas assistenciais em saúde mental na atenção primária à saúde: Análise a partir de experiências desenvolvidas em Florianópolis, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(10), 3151-3161. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.10292014>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2017). *Cidades: Biritinga*. IBGE. <https://bit.ly/3So49fz>
- Klein, A. P., & d'Oliveira, A. F. P. L. (2017). O “cabo de força” da assistência: Concepção e prática de psicólogos sobre o Apoio Matricial no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(1). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00158815>
- Latour, B. (2012). *Reagregando o social: Uma introdução à teoria do ator-rede*. Edufba.
- Law, J. (2004). *After method: Mess in social science research*. Routledge.
- Law, J. (2009). Actor network theory and material semiotics. In B. S. Turner (Org.), *The new Blackwell companion to social theory* (pp. 141-158). Wiley-Blackwell.
- Merhy, E. E., & Franco, T. B. (2003). Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. *Saúde em Debate*, 27(65), 316-323.
- Ministério da Saúde. (24 jan. 2008). Portaria GM n. 154, de 24 de janeiro de 2008. *Diário Oficial da União*. <https://bit.ly/3CJ34J4>
- Ministério da Saúde. (23 dez. 2011). Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. *Diário Oficial da União*. <https://bit.ly/3g3qAJd>
- Mol, A. (2002). *The body multiple: Ontology in medical practice*. Duke University Press.
- Mol, A., & Law, J. (2004). Embodied action, enacted bodies: The example of hypoglycaemia. *Body & Society*, 10(2-3), 43-62. <https://doi.org/10.1177/1357034X04042932>
- Mol, A. (2007). Política ontológica: Algumas ideias e várias perguntas. In J. A. Nunes & R. Roque (Orgs.), *Objectos impuros: Experiências em estudos sociais da ciência* (pp. 63-75). Afrontamento.
- Mol, A. (2008). *The logic of care: Health and the problem of patient choice*. Routledge.
- Mol, A. (2009). Living with diabetes: Care beyond choice and control. *The Lancet*, 373(9677), 1756-1757. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60971-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60971-5)
- Mol, A. (2010). Actor-network theory: Sensitive terms and enduring tensions. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 50(1), 253-269.

- Moliner, J., & Lopes, S. M. B. (2013). Saúde mental na atenção básica: Possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental. *Saúde e Sociedade*, 22(4), 1072-1083. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000400010>
- Nunes, M. O., Torrenté, M. C. H., & Landim, F. L. P. (2016). Saúde mental e atenção básica: Transvetores de articulação. In M. O. Nunes & F. L. P. Landim (Orgs.), *Saúde mental na Atenção Básica: Política e cotidiano* (pp. 123-143). Edufba.
- Organização Mundial da Saúde. (14 nov. 1990). Declaração de Caracas. OMS. <https://bit.ly/3s5R7sh>
- Pedro, R. (2010). Sobre redes e controvérsias: Ferramentas para compor cartografias psicossociais. In A. A. Ferreira (Org.), *Teoria ator-rede e psicologia* (pp. 78-96). Nau.
- Petersen, I., Ssebunnya, J., Bhana, A., & Baillie, K. (2011). Lessons from case studies of integrating mental health into primary health care in South Africa and Uganda. *International Journal of Mental Health Systems*, 5(8), 1-12. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-5-8>
- Santaella, L., & Cardoso, T. (2015). O desconcertante conceito de mediação técnica em Bruno Latour. *MATRIZES*, 9(1), 167-185. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1982-8160.v9i1p167-185>
- Santos, A. M., Assis, M. M. A., Nascimento, M. A. A., & Jorge, M. S. B. (2008). Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, 42(3), 464-470. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102008005000025>
- Sayes, E. (2014). Actor-network theory and methodology: Just what does it mean to say that nonhumans have agency? *Social Studies of Science*, 44(1), 134-149. <https://doi.org/10.1177/030631271351186>
- Shidhaye, R., Lund, C., & Chisholm, D. (2015). Closing the treatment gap for mental, neurological and substance use disorders by strengthening existing health care platforms: Strategies for delivery and integration of evidence-based interventions. *International Journal of Mental Health Systems*, 9(40), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s13033-015-0031-9>
- Spink, M. J. P. (2015). Clientes, cidadãos, pacientes: Reflexões sobre as múltiplas lógicas de cuidado na atenção à saúde. *Saúde e Sociedade*, 24(1), 115-123. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015S01010>
- Sundfeld, A. C. (2010). Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: Relato de uma experiência. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 20(4), 1079-1097. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000400002>
- Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia. (2014). *Estatísticas dos municípios baianos*. SEI. <https://bit.ly/3T8dV6p>
- Vannucchi, A. M. C., & Carneiro Junior, N. (2012). Modelos tecnoassistenciais e atuação do psiquiatra no campo da atenção primária à saúde no contexto atual do Sistema Único de Saúde, Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 22(3), 963-982. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000300007>
- Vasconcelos, E. M. (Coord.). (2013). *Manual de ajuda e suporte mútuos em saúde mental: Para facilitadores, trabalhadores e profissionais de saúde e saúde mental*. Ministério da Saúde. <https://bit.ly/3g4lht0>
- Wenceslau, L. D., & Ortega, F. (2015). Saúde mental na atenção primária e saúde mental global: Perspectivas internacionais e cenário brasileiro. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 19(55), 1121-1132. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.1152>

Felipe Lobo dos Santos

Psicólogo e mestre em Saúde Comunitária pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador – BA, Brasil,

E-mail: felipelobodossantos@yahoo.com.br

 <http://orcid.org/0000-0003-3973-7643>

Luís Augusto Vasconcelos da Silva

Psicólogo e Doutor em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador – BA, Brasil.

E-mail: gugavascon@gmail.com

 <http://orcid.org/0000-0003-0742-9902>

Endereço para envio de correspondência:

Rua Basílio da Gama, s/n - Canela. CEP: 40110-040. Salvador - BA.

Recebido 01/09/2020

Aceito 13/05/2021

Received 09/01/2020

Approved 05/13/2021

Recibido 01/09/2020

Aceptado 13/05/2021

Como citar: Lobo dos Santos, F; Silva, L. A. V. (2022). Atenção básica e saúde mental: Relato praxiográfico de uma tecnologia de cuidado. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 42, 1-12. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003243075>

How to cite: Lobo dos Santos, F; Silva, L. A. V. (2022). Primary care and mental health: Praxiographic report of a care technology. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 42, 1-12. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003243075>

Cómo citar: Lobo dos Santos, F; Silva, L. A. V. (2022). Atención primaria y salud mental: Informe praxiográfico de una tecnología de cuidado. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 42, 1-12. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003243075>

No artigo “Atenção Básica e Saúde Mental: Relato Praxiográfico de uma Tecnologia de Cuidado”, com número de DOI: 10.1590/1982-3703003243075, publicado na Revista Psicologia: Ciência e Profissão, 42:

Nas páginas ímpares, no cabeço, onde se lia:
“Santos, F. L.”

Leia-se:
“Lobo dos Santos, F.”

Na página 11, onde se lia:
“Doutor em Saúde Pública pelo Instituto de Humanidades, Artes e Ciências da Universidade Federal da Bahia (UFBA).”

Leia-se:
“Psicólogo e Doutor em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA).”

Na página 12, onde se lia:
“Endereço para envio de correspondência:
Travessa 2ª Rua Félix Laureano Pires, 85, Vasco Filho. CEP: 46900-000. Seabra – BA. Brasil.”

Leia-se:
“Endereço para envio de correspondência:
Rua Basílio da Gama, s/n - Canela. CEP: 40110-040. Salvador - BA.”

Na página 12, onde se lia:
“*Como citar*: Santos, F. L.”
“*How to cite*: Santos, F. L.”
“*Cómo citar*: Santos, F. L.”

Leia-se:
“*Como citar*: Lobo dos Santos, F.”
“*How to cite*: Lobo dos Santos, F.”
“*Cómo citar*: Lobo dos Santos, F.”