

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL**

**ALINE SILVA DE MOURA**

**HABITAR FRONTEIRAS: TRANSBORDAMENTOS DA PRECEPTORIA NOS  
PROCESSOS DE FORMAÇÃO DE RESIDÊNCIAS NA SAÚDE MENTAL**

**SÃO CARLOS  
2023**

**ALINE SILVA DE MOURA**

**HABITAR FRONTEIRAS: TRANSBORDAMENTOS DA PRECEPTORIA NOS  
PROCESSOS DE FORMAÇÃO DE RESIDÊNCIAS NA SAÚDE MENTAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em  
Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São  
Carlos, como parte dos requisitos para a obtenção do  
título de Doutora em Terapia Ocupacional.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Sabrina Helena Ferigato.

Linha de pesquisa 3: Cuidado, emancipação e saúde  
mental.

**SÃO CARLOS**

**2023**

Moura, Aline Silva de

Habitar fronteiras: Transbordamentos da preceptoría nos processos de formação de Residências na Saúde Mental / Aline Silva de Moura -- 2023.  
166f.

Tese de Doutorado - Universidade Federal de São Carlos,  
campus São Carlos, São Carlos

Orientador (a): Sabrina Helena Ferigato

Banca Examinadora: Bruno Emerich, Éllen Cristina

Ricci, Ricardo Burg Ceccim, Teresinha Cid

Constantinidis

Bibliografia

1. Preceptoría. 2. Saúde Mental. 3. Terapia Ocupacional.

I. Moura, Aline Silva de. II. Título.

Ficha catalográfica desenvolvida pela Secretaria Geral de Informática  
(SIn)

DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR

Bibliotecário responsável: Ronildo Santos Prado - CRB/8 7325



## UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional

---

### Folha de Aprovação

---

Defesa de Tese de Doutorado da candidata Aline Silva de Moura, realizada em 30/06/2023.

#### Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Sabrina Helena Ferigato (UFSCar)

Profa. Dra. Éllen Cristina Ricci (UFPEl)

Profa. Dra. Teresinha Cid Constantinidis (UFES)

Prof. Dr. Bruno Ferrari Emerich (UNICAMP)

Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim (UFERSA)

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional.

*Às preceptoras e preceptores que  
equilibram(se), cartografam e intercedem  
nos processos formativos no SUS*

## AGRADECIMENTOS

Chegar à escrita desta página, que me parecia tão distante, significa que sim: estou prestes a finalizar esse processo de doutoramento! É com alegria que gostaria de agradecer (e abraçar)<sup>1</sup> aos bons encontros que favoreceram essa caminhada:

À minha querida orientadora Sabrina Ferigato, pela parceria que se iniciou com um convite à preceptoría até o acompanhamento nesse processo de doutoramento, compartilhando seus saberes com generosidade e alegria, inspirando e me fazendo acreditar que esse caminho da pesquisa era possível de ser trilhado.

Aos professores e professoras componentes da banca: Prof. Dr. Bruno Emerich; Profa. Dra. Éllen Cristina Ricci; Prof.Dr. Ricardo Burg Ceccim; e Profa. Dra. Teresinha Cid Constantinidis. Suas leituras cuidadosas, provocações e reflexões trouxeram contribuições valiosas para a continuidade desta tese.

À Profa. Dra. Soraya Diniz pelo aceite em compor a suplência da banca assim como à Profa. Maria Fernanda Cid, a qual também agradeço pela forma cuidadosa que me recebeu nas disciplinas, acompanhando o início do desenvolvimento do projeto de pesquisa.

Ao Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional e ao Laboratório de Pesquisa La Follia, pela oportunidade de ter cursado o doutorado e pelas boas aprendizagens.

Aos preceptores e preceptoras que participaram dessa pesquisa, produzindo reflexões e compartilhando experiências de sua prática na saúde mental no SUS.

Ao Rick Rodrigues, artista potente e sensível, que me tocou a partir de suas obras, as quais vieram compor essa tese.

À Alana, Éllen, Fernanda, Flávio, Maraísa e Mariana, pelas contribuições em etapa da pesquisa.

À minha família, por apoiar minhas escolhas e que, mesmo de longe, se fazem presentes e são aconchego. Em especial, agradeço meus pais Mariazinha e José, meus irmãos Léo e Mari, assim como a Serena!

Às amigas e aos amigos, que, de perto ou longe, trazem mais cor à vida e vibram juntos(as). Em especial: ao Flávio e Alê, pelo incentivo e apoio para que eu

---

<sup>1</sup> Ao som de “Agradecer e abraçar”, canção dos baianos Vevé Calazans e Gerônimo e interpretação de Maria Bethânia: [https://www.youtube.com/watch?v=nxv\\_pESbgc0](https://www.youtube.com/watch?v=nxv_pESbgc0)

adentrasse nesse mundo; às queridas Ju, Lys, Nanda, Neila, Marilis, Queli, laços que a residência me trouxe e que seguimos juntas. Agradeço, ainda, a querida Manu e nossas trocas nesse nosso devir-pesquisadoras; a Mari e Dani pelas acolhidas e respiros e às conversas inspiradoras com a Cibele. E, ao Lu, pela parceria em boa parte desse percurso.

Aos (às) estudantes de terapia ocupacional e profissionais de saúde com os quais tive oportunidade de acompanhar processos de ensino-aprendizagem nesse período, me motivando a seguir nesse caminho!

E, por fim, expresso meu agradecimento a todas as pessoas que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a realização desta pesquisa.

## RESUMO

As Residências Multiprofissionais em Saúde Mental são formações no/para o SUS que investem na proposição de experiências teórico-práticas que permitem a construção de sentidos dos residentes nos diferentes cenários da Rede de Atenção Psicossocial. O preceptor, nesse contexto, está vinculado a instituições de ensino e serviço e tem a atribuição de acompanhar diretamente as atividades práticas realizadas pelos residentes em campo. A prática de preceptoria na formação em saúde, mais especificamente, nos cenários de prática das residências multiprofissionais em saúde mental, é o objeto do presente estudo. O objetivo geral é analisar as práticas de preceptoria nos processos de formação profissional em saúde mental, a partir da experiência de preceptores vinculados à Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental. Como objetivos específicos temos: caracterizar os profissionais que atuam como preceptores em programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental; identificar e analisar as estratégias educacionais utilizadas para a prática de preceptoria e suas articulações com as políticas públicas de saúde mental; identificar especificidades, potencialidades e desafios enfrentados na formação em saúde mental. Partimos de uma pesquisa de abordagem qualitativa, tomando a cartografia como referência. As técnicas utilizadas para a produção de registro dos dados foram: mapeamento dos programas de residência e da literatura; aplicação de questionário on line (QOL - com a participação de 53 respondentes) e a realização de entrevista grupal virtual, com preceptores de programas de saúde mental que participaram na etapa de preenchimento do QOL (com a participação de 7 preceptores). Os participantes de ambas as etapas eram oriundos de diferentes localidades e categorias profissionais. O diário de pesquisa foi utilizado como instrumento de registro e reflexão da pesquisadora. Como resultados, três dimensões emergiram no percurso da pesquisa, abordando o habitar fronteiras da/na prática da preceptoria em saúde mental: 1) Habitar o mundo do trabalho; onde abordaremos a dimensão do trabalho em saúde e cuidado em saúde mental 2) Habitar o mundo da educação, onde abordaremos a dimensão educacional e pedagógica da preceptoria e 3) Habitar o mundo da residência, dimensão em que identificamos a emergência de práticas da/na preceptoria, através dos personagens: preceptor(a)-equilibrista; preceptor(a)-intercessor e preceptor(a)-cartógrafo. Conclui-se que a preceptoria em saúde mental, embora apresente dimensões objetivas e subjetivas similares à prática do preceptorar nos diferentes campos, em relação à cotidianidade do processo de integração ensino-serviço e de educação em saúde, guarda aspectos específicos do campo relacionados à ampliação da compreensão do processo saúde-doença-intervenção e voltando-se para uma formação crítica e sensível no campo da saúde, loucura e sociedade. Através de práticas pedagógicas que considerem esses aspectos, é possível fortalecer o cuidado, o trabalho em equipe interprofissional e práticas antimanicomiais. Os preceptores reconheceram, ainda, a importância de promover o cuidado e atenção à saúde mental dos residentes durante o processo de formação, criando um ambiente de apoio e acolhimento. Compreende-se, assim, que formar para o cuidado em saúde mental também implica formar para o cuidado de si.

**Palavras-chave:** Preceptoria; Saúde Mental; Formação Profissional em Saúde; Terapia Ocupacional.



## ABSTRACT

The Multidisciplinary Residencies in Mental Health are training courses in/for the SUS (Unified Health System) that invest in proposing theoretical-practical experiences that allow residents to build meanings in the different scenarios of the Psychosocial Care Network. The preceptor, in this context, is linked to teaching and service institutions and has the obligation to directly monitor the practical activities carried out by residents in the field. The practice of preceptorship in health education, more specifically, in the practice scenarios of multidisciplinary residencies in mental health, is the object of this study. The overall objective is to analyze preceptorship practices in professional training processes in mental health, based on the experience of preceptors linked to Multiprofessional Residency Programs in Mental Health. As specific objectives we have: to characterize the professionals who act as preceptors in Multidisciplinary Residency programs in Mental Health; identify and analyze the educational strategies used for the practice of preceptorship and their articulations with public mental health policies; identify specificities, potentialities and challenges faced in training in mental health. We start from a research with a qualitative approach, taking cartography as a reference. The techniques used to record the data were: mapping of residency programs and literature; application of an online questionnaire (with the participation of 53 respondents) and the performance of a virtual group interview, with preceptors of mental health programs who participated in the stage of filling out the questionnaire (with the participation of 7 preceptors). Participants in both stages came from different locations and professional categories. The research diary was used as an instrument for recording and reflecting on the researcher. As a result, three dimensions emerged in the course of the research, addressing the inhabiting frontiers of/in the practice of preceptorship in mental health: 1) Inhabiting the world of work; where we will address the dimension of work in health and mental health care 2) Inhabit the world of education, where we will address the educational and pedagogical dimension of preceptorship and 3) Inhabit the world of residence, dimension in which we identify the emergence of practices of/in preceptorship, through the characters: preceptor-balancer; preceptor-intercessor and preceptor-cartographer. It is concluded that preceptorship in mental health, although it presents objective and subjective dimensions similar to preceptorship practices in different fields, retains specific aspects related to expanding the understanding of the health-disease-intervention process and focusing on critical and sensitive training in the field of health, madness, and society. Through pedagogical practices that consider these aspects, it is possible to strengthen care, interprofessional teamwork, and anti-asylum practices. The preceptors also recognized the importance of promoting care and attention to the mental health of residents during the training process, creating a supportive and welcoming environment. It is understood, therefore, that training in mental health care also implies training for self-care.

**Keywords:** Preceptorship; Mental health; Professional Training in Health; Occupational therapy.

## LISTA DE FIGURAS

|   |     |
|---|-----|
| Figura 1: Afastar por afeto, 2020, Rick Rodrigues. Bordado sobre máscaras descartáveis. Dimensões: 9,5 cm x 28 cm (cada máscara). Fotografia: Junior Luis Paulo.              | 20  |
| Figura 2: Pistas. 2023. Fonte: Autoria própria (2023).  | 26  |
| Figura 3: Evolução do número de vagas ofertadas por ano nos programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental (2010 – 2021).  | 54  |
| Figura 4: Distribuição quantitativa de vagas nos programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, por categoria profissional, com ingresso nos anos de 2020 e 2021. | 55  |
| Figura 5: Caracterização dos(as) preceptores(as) à profissão.   | 63  |
| Figura 6: Caracterização do(as) preceptores(as) quanto à realização de pós-graduação.   | 64  |
| Figura 7: Modalidade da pós-graduação realizada pelos(as) preceptores(as)   | 64  |
| Figura 8: Representação visual dos resultados da pesquisa.  | 72  |
| Figura 9. Referenciais teóricos/conceitos citados como referência para a prática de preceptoria na saúde mental, em proporção visual.   | 102 |
| Figura 10. Sem título, 2020, Rick Rodrigues. Série "Talvez um dia ainda seja possível" Bordado sobre caixa de remédios Dimensões: 19 cm x 22 cm                               | 105 |
| Figura 11. Sem título, 2020, Rick Rodrigues. Série "Talvez um dia ainda seja possível" Bordado sobre caixa de remédios Dimensões: 12,5 cm x 15 cm                             | 110 |
| Figura 12. Sem título, 2020, Rick Rodrigues. Série "Talvez um dia ainda seja possível" Bordado sobre caixa de remédios Dimensões: 18,5 cm x 22 cm                             | 113 |
| Figura 13: Nuvem de palavras sobre a relação preceptor(a)-residente.  | 116 |
| Figura 14. A.FE.TO, 2020, Rick Rodrigues. Bordado sobre cartela de remédio. Dimensões: 3,5 cm x 4,5 cm x 01 cm. Fotografia: Junior Luis Paulo.                                | 118 |
| Figura 15: Nuvem de palavras produzida a partir das falas dos(as) preceptores(as).  | 126 |

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição de vagas e de programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, com ingresso nos anos 2020 e 2021, por regiões e estados brasileiros. 52

Tabela 2: Caracterização dos(as) preceptores(as) quanto ao gênero, idade, raça e local de atuação, 2021. 61

Tabela 3: Caracterização dos(as) preceptores(as) quanto à região, 2021. 62

Tabela 4: Caracterização dos(as) preceptores(as) quanto à instituição empregadora, regime de trabalho e carga horária, 2021. 66

Tabela 5: Caracterização dos(as) preceptores(as) quanto ao tempo de atuação no local e tempo de atuação como preceptor(a), 2021. 67

## LISTA DE QUADROS

|   |    |
|---|----|
| Quadro 1: Caracterização dos participantes da entrevista grupal.                                | 68 |
| Quadro 2: Processo de avaliação dos residentes a partir da perspectiva dos(as) preceptores(as). | 98 |

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS ad III – Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas 24 horas

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

CNRMS – Comissão Nacional das Residências Multiprofissionais em Saúde

CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

COREMU - Comissão de Residência Multiprofissional

EPA - Entrustable Professional Activities (Atividades Profissionais Confiáveis).

HP- Hospital Psiquiátrico

IES – Instituição de Ensino Superior

MAEA - Metodologias Ativas de Ensino Aprendizagem

NASF-AB – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

NDAE - Núcleo Docente-Assistencial Estruturante

PP – Projeto Pedagógico

PPP – Projeto Político Pedagógico

QOL - Questionário Online

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RMS – Residência Multiprofissional em Saúde

RP – Reforma Psiquiátrica

SUS – Sistema Único de Saúde

TBL - Team Based Learning (Aprendizagem Baseada em Equipes)

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TO – Terapia Ocupacional

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

UFSCar – Universidade Federal de São Carlos

## SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>CAMINHO PARA AS ORIGENS: Notas iniciais da pesquisa .....</b>                                    | <b>17</b> |
| 1 Primeiros passos: encontro com a pesquisadora .....   | 18        |
| 2 Habitar a pesquisa em tempos de pandemia .....  | 20        |
| 3 Apresentação da pesquisa .....  | 22        |
| <b>CAPÍTULO 1 - PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>   | <b>25</b> |
| 1 Experimentações cartográficas .....   | 27        |
| 2 Movimentos da pesquisa .....  | 29        |
| 2.1 Gesto 1: Conceituar .....   | 31        |
| 2.2 Gesto 2: Mapear .....   | 31        |
| 2.3 Gesto 3: Compartilhar .....   | 33        |
| 2.3.1 Questionário eletrônico .....   | 34        |
| 2.3.2 Entrevista grupal .....   | 36        |
| 2.4 Gesto 4: Registrar .....  | 42        |
| 2.5 Gesto 5: Analisar .....   | 44        |
| 3 Aspectos éticos da pesquisa .....   | 45        |
| <b>CAPÍTULO 2 – FORMAÇÃO EM SAÚDE E AS RESIDÊNCIAS<br/>MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL .....</b> | <b>46</b> |
| 1 Trajetória das Formações e do Trabalho em Saúde .....   | 47        |

|   |           |
|---|-----------|
| 2 Residências Multiprofissionais em Saúde e Saúde Mental .....                                | 48        |
| 3 Panorama dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental .....                | 50        |
| <b>CAPÍTULO 3 – PRECEPTORIA: ALGUMAS APROXIMAÇÕES .....</b>                                   | <b>57</b> |
| 1 A Prática da Preceptoria: Apontamentos Iniciais .....                                       | 58        |
| 2 Caracterização das Preceptoras e Preceptores Participantes da Pesquisa.....                 | 60        |
| <b>CAPÍTULO 4 – HABITAR FRONTEIRAS: TRANSBORDAMENTOS DA PRECEPTORIA NA SAÚDE MENTAL .....</b> | <b>69</b> |
| 1 Habitar o Mundo do Trabalho .....   | 73        |
| 1.1 Paisagens: Cenários de Prática e Modelos de Cuidado em Saúde Mental em Disputa .....      | 74        |
| 1.2 Borramento de Fronteiras: Desafios para o Trabalho Interprofissional .....                | 78        |
| 1.3 Saúde Mental e Interseccionalidades: Racismo e questões de Gênero .....                   | 80        |
| 1.4 Racionalidade Neoliberal e o Cotidiano do Trabalho em Saúde .....                         | 84        |
| 1.5 Preceptorar no cenário pandêmico .....  | 85        |
| 2 Habitar o Mundo da Educação .....   | 88        |
| 2.1 Tornar-se preceptor .....   | 89        |
| 2.2 Formação para preceptorar .....   | 90        |

|   |            |
|---|------------|
| 2.3 (Re)conhecimento ou a (In)visibilidade do Papel de Educador(a) .....                            | 93         |
| 2.4. Estratégias Educacionais e Referenciais que Sustentam a Prática Cotidiana da Preceptoría ..... | 95         |
| 3 Habitar o Mundo da Residência .....   | 103        |
| Preceptor(a)- Equilibrista .....  | 105        |
| Preceptor(a)-Intercessor(a) .....   | 110        |
| Preceptor(a)-Cartógrafo(a) .....  | 113        |
| <b>CAPÍTULO 5 – PISTAS DE UMA PRECEPTORIA NA SAÚDE MENTAL .....</b>                                 | <b>118</b> |
| <b>CAPÍTULO 6 – DESLOCAMENTOS .....</b>   | <b>125</b> |
| <b>POUSAR: Notas finais da pesquisa .....</b>   | <b>129</b> |
| <b>REFERÊNCIAS .....</b>  | <b>135</b> |
| <b>APÊNDICES .....</b>  | <b>146</b> |
| <b>ANEXOS .....</b>   | <b>162</b> |



## **UMA DIDÁTICA DA INVENÇÃO**

[...]

XXI

*Ocupo muito de mim com o meu desconhecer. Sou um sujeito  
letrado em dicionários. Não tenho que 100 palavras.  
Pelo menos uma vez por dia me vou no Moraes ou no Viterbo –  
A fim de consertar a minha ignorãça, mas só acrescenta.  
Despesas para minha erudição tiro nos almanaques:  
- Ser ou não ser, eis a questão.  
Ou na porta dos cemitérios:  
- Lembra que és pó e que ao pó tu voltarás.  
Ou no verso das folhinhas:  
- Conhece-te a ti mesmo.  
Ou na boca do povinho:  
- Coisa que não acaba no mundo é gente besta e pau seco.*

*Etc.*

*Etc.*

*Etc.*

*Maior que o infinito é a encomenda.*

*Manoel de Barros  
O livro da ignorãças, 1993*

*CAMINHO PARA AS ORIGENS*

*Notas iniciais da pesquisa*

“...ninguém caminha sem aprender a caminhar,  
sem aprender a fazer o caminho caminhando,  
refazendo e retocando o sonho pelo qual  
se pôs a caminhar.”  
(FREIRE, 1992, p.155)

Nesta tese, o objeto de estudo é a prática de preceptoria na formação em saúde, mais especificamente, nos cenários de prática das residências multiprofissionais em saúde mental. A escolha desse objeto permeia minha trajetória profissional, uma vez que, como terapeuta ocupacional e egressa de um programa de residência multiprofissional, pude atuar como trabalhadora do Sistema Único de Saúde (SUS) e me (re)descobrir por meio da prática da preceptoria, implicada com os desafios de contribuir para a formação de novos profissionais.

O intuito de caminhar para as origens<sup>2</sup> da pesquisa é compartilhar com a leitora e o leitor, as inquietações iniciais e os sentidos por nós atribuídos nesse percurso. Para isso, destacarei três aspectos desse processo: 1) Primeiros passos: encontro com a pesquisadora — uma breve apresentação da minha constituição em meu devir-pesquisadora e trajetória como trabalhadora do/no SUS e na área acadêmica; 2) Habitar a pesquisa em tempos de pandemia — em que contextualizarei o período histórico em que grande parte da pesquisa foi realizada; e, por fim, 3) Apresentação da pesquisa — onde foram delineados os caminhos percorridos nesta tese.

## **1 Primeiros passos: encontro com a pesquisadora**

A formação na modalidade residência, realizada logo após ter me graduado em terapia ocupacional, foi uma experiência intensiva e imersiva. De SUS, nos cenários das unidades de saúde da família e do produzir saúde em rede, de relações, da potência da aprendizagem como um processo coletivo e afetivo. Das 60 horas semanais que, embora duras, aspectos que serão abordados ao longo da tese, potencializaram a vivência e afirmação de um certo modo de se pensar/fazer o cuidado, com base na perspectiva de uma clínica ampliada e compartilhada.

---

<sup>2</sup> Inspirado em trecho da entrevista “caminhando para as origens” de Manoel de Barros a Bosco Martins, em 2007, na qual diz: “Eu não caminho para o fim, eu caminho para as origens”.

Inserida em um programa de saúde da família e comunidade, foi por meio dos encontros com os usuários, comunidade, residentes e equipes, preceptores e tutores que fui transformando o meu papel como terapeuta ocupacional, no campo da saúde coletiva. E, no despertar para o que o território demandava, me aproximei (e me encantei) do campo da saúde mental e sua clínica dos afetos.

Durante esse processo, a formação despertou minha atenção. Foi ali, durante a realização da residência, que fui apresentada à perspectiva educacional adotada pelo programa de residência em Saúde da Família e Comunidade da UFSCar, uma abordagem pedagógica construtivista baseada na aprendizagem significativa e voltada para adultos. Essa abordagem enfatizava metodologias ativas de ensino-aprendizagem tanto na formação de residentes quanto na educação permanente de tutores e preceptores.

Os encontros nos cenários de práticas entre residentes, tutores e preceptores foram oportunidades para refletirmos sobre nossas práticas e planejarmos ações conjuntamente. Além disso, nos espaços em pequenos grupos na universidade, tivemos discussões e aprofundamentos teóricos, nos quais tínhamos protagonismo, em vez de seguir os modelos de “aulas tradicionais”. Essa abordagem ampliou minhas possibilidades de atuação e ressignificou os processos de ensino-aprendizagem que eu havia vivenciado até então.

Antes de embarcar no processo de mestrado em Gestão da Clínica e posteriormente o doutoramento em Terapia Ocupacional, na mesma universidade, vislumbrando esse lugar da pesquisa e da academia, foi a prática profissional que sempre fez com que meus olhos brilhassem. Após a residência, trabalhei como terapeuta ocupacional do/no SUS durante dez anos. Inicialmente, atuei em um Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas vinte e quatro horas (CAPS ad III) e, posteriormente, integrei uma equipe de Núcleo Ampliado à Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Ao longo desses anos, identificava-me como uma profissional da prática, e a pesquisa parecia algo mais distante.

A escolha e meu envolvimento com o mestrado se deram pelo fato de ser um mestrado profissional, no qual me parecia mais viável conciliar a pesquisa com a prática profissional. Isso possibilitou que eu conectasse meu objeto de pesquisa com minha atuação profissional, o que me motivou a desenvolver um estudo sobre os leitos de acolhimento noturno recém-implantados na equipe de CAPS ad III em que trabalhava.

Nesse percurso, fui me aproximando cada vez mais do campo da educação, que despertava minha atenção desde a residência. Isso inclui a educação permanente em saúde e a prática da preceptoría nos cotidianos dos serviços de saúde nos quais atuei, bem como espaços formais, como na graduação em Terapia Ocupacional, onde atuei como professora substituta (pela UFSCar), e na pós-graduação, participando de iniciativas educacionais voltadas à formação de profissionais do SUS (pelo Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde/Hospital Sírio Libanês - PROADI-SUS/HSL). Essas experiências enriqueceram minha compreensão sobre a importância da educação em saúde e fortaleceram meu interesse em explorar esses aspectos em minha pesquisa.

Desde então, a tônica da integração ensino-serviço tem constituído minha trajetória profissional nos diversos contextos em que atuei, o que me moveu para a escolha do presente objeto de pesquisa. E, no encontro que tive com os(as) estudantes, nasceu o sonho que me pôs a caminhar nesse processo de doutoramento, alimentada pelo desejo de me dedicar mais à formação de futuros profissionais, o qual acredito que possa oportunizar esses caminhos.

## 2 Habitar a pesquisa em tempos de pandemia

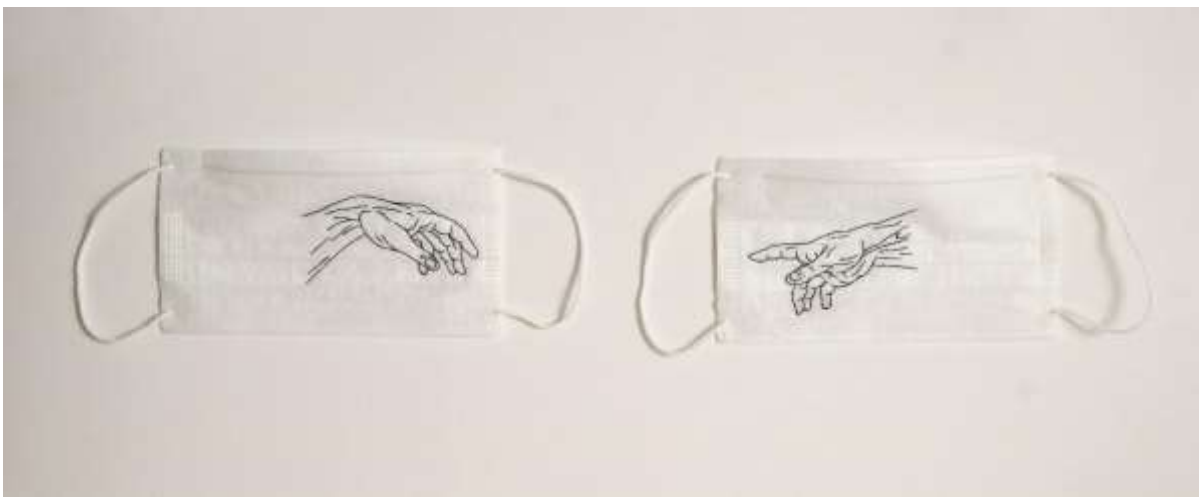


Figura 1: Afastar por afeto, 2020, Rick Rodrigues. Bordado sobre máscaras descartáveis. Dimensões: 9,5 cm x 28 cm (cada máscara). Fotografia: Junior Luis Paulo.

O período em que realizei meu processo de doutoramento ocorreu entre 2019 e meados de 2023, ou seja, esta tese emergiu em um momento marcado pela

pandemia da covid-19 e pelo avanço do conservadorismo e autoritarismo durante o governo do ex-presidente Jair Bolsonaro. Diante de um cenário de retrocesso nas políticas públicas de saúde e educação, habitar a pesquisa e produzir conhecimento em meio a tantas incertezas e em um contexto de um governo hostil em relação à pesquisa e à ciência, além de nefasto em relação às políticas de saúde, foi um processo de resistência, repleto de idas e vindas.

Desenvolver esta tese em um cenário de mortes, escassez de recursos, desvalorizações dos processos de bolsa e de desinvestimentos para a pesquisa me levou a vivenciar esse processo (na maior parte do tempo) trabalhando ora na assistência, ora na docência, ora em ambos. A função equilibrista, que mais adiante será compartilhada para reflexão sobre a preceptoria, também me acompanhou diante de minhas escolhas e circunstâncias que se apresentavam.

Apontar os atravessamentos desse contexto, antes mesmo de apresentar a pesquisa em si, teve o propósito de compartilhar de qual perspectiva essas páginas foram tecidas. Embora tenha sido um período desafiador, é importante ressaltar que a finalização desta tese ocorre no início do governo do presidente Lula, o que traz consigo um esperançar de novas perspectivas para a ciência e saúde. Mesmo ainda diante de um cenário árduo, é possível vislumbrarmos novos caminhos e possibilidades.

Considerando que as pesquisas qualitativas, assim como as práticas de preceptoria, formação e cuidado, são mediadas pelos encontros, a pandemia nos exigiu reconstruir novas formas de trabalho. Quando ela veio à tona, eu estava cursando o início do segundo ano de doutorado, atuando como terapeuta ocupacional em uma equipe de NASF-AB<sup>3</sup> e vivi dias de medo da contaminação, testemunhando o descaso em relação à atenção primária à saúde e a forma irresponsável com que a questão sanitária estava sendo tratada.

Neste momento inicial, quando não tínhamos clareza sobre o que estava por vir, a pesquisa me parecia ter pouca relevância. Como poderia dar continuidade? No entanto, nessa conjuntura, eu percebia, muitas vezes, que eram os espaços da preceptoria, nos quais eu trabalhava com estudantes da graduação, que me traziam

---

<sup>3</sup> Importante ressaltar o contexto de precarização já prévio à pandemia, tal como a perda de financiamento pelo governo federal das equipes de NASF-AB (de acordo com a Nota Técnica n.º 3/2020, de 27 de janeiro de 2020, que revogou as normas que definem os parâmetros e custeio do NASF-AB).

renovação e possibilidades de criação. Esses encontros foram como uma fonte de oxigênio em meio a um cenário desafiador.

Habitar a pesquisa em tempos de pandemia trouxe limitações para os encontros coletivos e individuais de orientação, assim como para o percurso metodológico adotado, explorados no capítulo 1. No entanto, em um movimento de se “afastar por afeto”, referindo-se à obra de Rick Rodrigues<sup>4</sup> que abriu este subcapítulo, em que o cenário de desesperança, também, trouxe possibilidades de reinvenção do/no cotidiano da prática profissional, incluindo a preceptoria e docência. Essas possibilidades surgiram no encontro com modalidades remotas de ensino, bem como através dos rostos mascarados, convocando novos olhares e possibilidades.

### **3 Apresentação da pesquisa**

Compartilhado esse percurso e cenário, retorno ao processo de escrita da pesquisa em si, no qual muitos desses movimentos e de mim se entrelaçaram. Dentre as muitas inquietações nesse contexto, nos processos iniciais da pesquisa, parti da pergunta disparadora: Quais seriam as especificidades, limites e potencialidades na realização de atividades de preceptoria no processo de formação em saúde mental? Ao longo do desenvolvimento da pesquisa, e ao sabor dos múltiplos encontros durante o processo de pesquisar, o que nos mobilizava também se movimentou: Como dar passagem à experiência de preceptores que atuam nos programas de saúde mental? O que se dá no entre – nos diferentes encontros experimentados por preceptores em sua prática?

Como desenvolvem a si e a realidade da qual participam por meio da atividade de preceptoria? Fomos movidas pelo interesse de olhar para como nos desenvolvemos e nos reinventamos a partir do trabalho, como criamos a nós mesmos e a realidade da qual participamos por meio dessa atividade de preceptorar.

Nesse sentido, nosso objetivo geral foi analisar as práticas de preceptoria nos processos de formação profissional em saúde mental, a partir da experiência de

---

<sup>4</sup> Conheci o trabalho de Rick Rodrigues na exposição “Eu vim: aparição, impregnação e impacto”, realizada no espaço Itaú Cultural em São Paulo, a qual reuniu a obra de Artur Bispo do Rosário e alguns artistas da atualidade, em maio/2022. É possível conhecer mais de sua obra pelo link: <https://www.rickrodrigues.com/>

preceptores vinculados à Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental. Já como objetivos específicos buscamos caracterizar os profissionais que atuam como preceptores em programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental; identificar e analisar as estratégias educacionais utilizadas para a prática de preceptoria e suas articulações com as políticas públicas de saúde mental; identificar especificidades, potencialidades e desafios enfrentados na formação em saúde mental.

Para o acompanhamento desses diferentes objetivos, convido os(as) leitores(as) a caminhar por alguns movimentos:

No Capítulo 1, é apresentado o percurso metodológico, o qual partiu de uma pesquisa qualitativa, tomando como referência a cartografia. Os dados produzidos serão compartilhados com o(a) leitor(a) ao longo da tese, sem que possa haver a necessidade de um capítulo específico, em uma tentativa de borrar as fronteiras entre processo e produto da pesquisa.

No Capítulo 2, um panorama de programas de residência multiprofissional em saúde mental realizado no percurso da pesquisa é apresentado, assim como a articulação com as produções nesse campo.

No Capítulo 3, a prática da preceptoria é problematizada a partir de produções da literatura, assim como da articulação com a produção dos participantes da pesquisa. A caracterização dos(as) preceptores também acontecerá nesse momento.

No Capítulo 4, pode-se refletir sobre/com o habitar fronteiras que podem compor a prática da preceptoria na saúde mental a partir de três dimensões que emergiram da pesquisa: 1) Habitar o mundo do trabalho; 2) Habitar o mundo da educação; 3) Habitar o mundo da residência. Na primeira, exploraremos a dimensão do cuidado em saúde mental, seus cenários de prática e o trabalho interprofissional, assim como um olhar para a saúde mental a partir de interseccionalidades como gênero e relações étnico-raciais, impactos da racionalidade neoliberal e do cenário de pandemia para este cuidado.

Na segunda, é dada ênfase à dimensão educacional, abordando o campo da formação profissional, seja para o preparo para a prática da preceptoria, seja como ocorrem as estratégias pedagógicas e educacionais utilizadas, suas potências e desafios. Já na terceira, a dimensão das emergências de práticas da/na preceptoria nesse habitar residência, através de três personagens conceituais que atualizam



devires-preceptores: preceptor(a)-equilibrista; preceptor(a)-intercessor e preceptor(a)-cartógrafo.

A partir de uma discussão dos dados produzidos, são trazidas no Capítulo 5 pistas para uma preceptoria na saúde mental, abordando possíveis especificidades da prática da preceptoria nesse campo. Na sequência, o Capítulo 6 aborda os deslocamentos desse processo, apontando algumas pistas de efeitos produzidos pela/na pesquisa, seja em seus participantes, seja na pesquisadora. E, para concluir, são apresentadas as notas finais da pesquisa.

Esperamos que esta pesquisa, ao dar visibilidade à experiência de preceptores e preceptoras, possa apontar pistas e reflexões para a prática da preceptoria em saúde mental, contribuindo para uma formação profissional mais qualificada e comprometida com o cuidado à saúde mental.

*CAPÍTULO I*

*PERCURSO METODOLÓGICO*

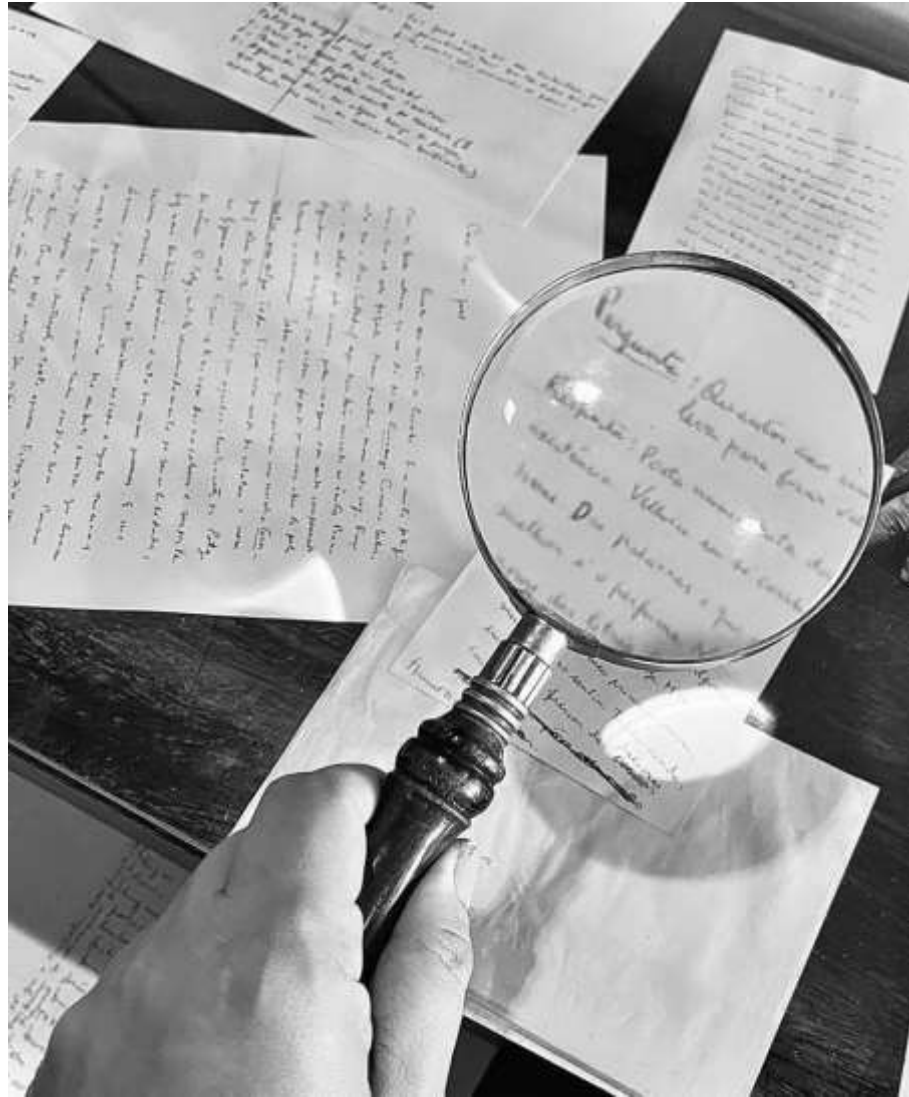


Figura 2: Pistas. 2023. Fonte: Autoria própria (2023).<sup>5</sup>

Abordaremos neste capítulo o percurso metodológico da pesquisa e, para isso, compartilharemos de onde partimos. Não tivemos a intenção de investigar a prática da preceptoria na saúde mental em sua totalidade ou buscar uma interpretação e/ou representação generalizante do que a constitui. A proposta foi dar visibilidade e passagem às experiências de preceptores que atuam em diferentes serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), os quais são cenários de aprendizagem de programas de residência em saúde mental. Quais processos produzem a prática da preceptoria e que processos são produzidos por ela em seus diferentes encontros?

<sup>5</sup> Fotografia registrada em abril/23 na Casa Quintal Manoel de Barros, em Campo Grande/MS, ampliando o olhar para manuscritos do poeta que já me encantava e me acompanhou nesse processo e que pude mergulhar mais em sua obra e histórias na reta final dessa pesquisa.

Nesse sentido, a busca de caminhos metodológicos que pudessem favorecer a processualidade nos orientou. De partida, uma abordagem qualitativa foi adotada, compreendendo que se alinharia a nossas expectativas, considerando que, de acordo com Denzin e Lincoln (2005), a pesquisa qualitativa se concentra no mundo da experiência vivida.

Segundo os autores, a palavra qualitativa enfatiza as qualidades das entidades sobre os processos e significados que não são passíveis de serem medidos experimentalmente em termos de quantidade, quantificação, intensidade ou frequência.

Pelo seu caráter, as pesquisas qualitativas pedem por estratégias metodológicas e procedimentos investigativos mais abertos e inventivos (PASSOS, KASTRUP e ESCÓSSIA, 2015). Nesse sentido, tomamos a cartografia como referência ou como bússola ético-política para nosso processo de produção de conhecimento, dentre as suas possibilidades e limitações para o contexto da pesquisa, os quais serão explorados na sequência.

## **1 Experimentações Cartográficas**

Em busca de processos não hegemônicos de se fazer pesquisa, a cartografia veio ao nosso encontro, a partir das aproximações teóricas e com o campo, assim como uma maior abertura da pesquisadora para/com esse processo.

Inicialmente proposta por Deleuze e Guattari (2011), no campo da filosofia, a cartografia tem o sentido de acompanhar processos e, nessa perspectiva passou, também, a ser utilizado em pesquisas, e pode contribuir para o desenvolvimento de pesquisas qualitativas.

Para Passos, Kastrup e Escóssia (2015), a cartografia é concebida como um método de pesquisa-intervenção. Um método para ser experimentado e não adotado, exigindo uma atitude de abertura do(a) pesquisador(a). Traz como desafio a reversão do caminho (hódos) metodológico da pesquisa, o qual tradicionalmente é definido pelas metas predeterminadas (metá-hódos). Nesse sentido, propõe transformar em hódos-metá, no qual o cartógrafo se orienta por pistas na invenção desse processo de pesquisar sobre o objeto da pesquisa, bem como sobre si e seus resultados.

Para a cartografia, segundo Passos e Barros (2015), toda pesquisa é, também, intervenção, o que revela o caráter de inseparabilidade entre o conhecer e fazer, e o pesquisar e intervir. Para os autores, “conhecer o caminho de constituição de dado objeto equivale a caminhar com esse objeto, constituir esse próprio caminho, constituir-se no caminho. Esse é o caminho da pesquisa-intervenção” (p.31).

Segundo Romagnoli (2009), a cartografia é uma valiosa ferramenta de investigação, e um modo de se conceber a pesquisa e o encontro do pesquisador com o campo, para investigar o coletivo de forças que emergem da pesquisa.

Para acessar o plano coletivo de forças, é necessário que o pesquisador aprendiz-cartógrafo aprenda a habitar o campo da pesquisa com a atenção concentrada e aberta, a fim de desenvolver uma política cognitiva inventiva (PASSOS e KASTRUP; 2016). Kastrup (2015) entende por política cognitiva “um tipo de atitude ou de relação encarnada, no sentido de que não é consciente, que se estabelece com o conhecimento, com o mundo e consigo mesmo” (p.33).

Enquanto aprendiz-cartógrafa, e a partir dos encontros e reflexões estabelecidas com a banca de qualificação, com os textos e com a própria experimentação da pesquisa, nos propusemos a habitar esse devir-cartógrafa do próprio processo de pesquisar (escrevendo sobre a experiência da pesquisa e sobre si na experiência). Em que medida foi possível desenvolver uma pesquisa cartográfica em um contexto pandêmico que impedia a habitação de territórios pesquisados? Como sustentar na academia outros modos de pesquisar que possam escapar de uma lógica produtivista neoliberal? É possível produzir conhecimento construindo perguntas e não certezas, numa perspectiva de hesitação? Como sustentá-la?

Dessa forma, nos propusemos a pensar uma cartografia da hesitação...

Para Stengers (2018), alguém que hesita é alguém que permite a instalação da dúvida, que abre mão das certezas, e, por isso, obriga ao pensamento. Quem hesita, contrapõe-se à figura do especialista que, apegado ao seu arcabouço teórico ou técnico, acaba reduzindo as margens de abertura à reflexão. Ou seja, as certezas teóricas, mas, também, metodológicas, acabam por “impedir que seus representantes sejam obrigados a pensar, que esse caso os coloque em risco” (STENGERS, 2018, p. 452).

Consideramos aqui o hesitar no sentido de revelar as dúvidas sobre algo, ocupando-nos com nosso desconhecer<sup>6</sup>. Hesitar e produzir um caminho que valoriza o processo, valoriza a narrativa do outro, mas que hesita em ser ou não uma cartografia, considerando sua complexidade. Incluir as contradições no/do processo de pesquisar nos importarão, seja das impossibilidades do cenário, seja na percepção das minhas aberturas e resistências nesse percurso, incertezas e encantamentos. Esse *ethos cartográfico*, que diz de uma postura de abertura e que abrange uma reflexão sobre a própria realização da pesquisa, foi nossa bússola nessa trajetória da pesquisa.

Acompanhar processos que habitam dois mundos indissociáveis (do cuidado em saúde e o da formação) assim como dar visibilidade a essa prática de preceptoria, muitas vezes, desvalorizada, direcionaram essa pesquisa. Compreendemos que, conforme Barros e Kastrup (2015), “a processualidade se faz presente nos avanços e nas paradas, em campo, em letras e linhas, na escrita, em nós. A cartografia parte do reconhecimento de que, o tempo todo, estamos em processos, em obra” (p.73).

O cenário pandêmico, já contextualizado, trouxe limites quando ao habitar os campos dos cenários de práticas da preceptoria. Apesar disso, percebemos que foi possível acompanhar processos (com estes limites, certamente), a partir da identificação das processualidades que se anunciavam nas narrativas dos(as) preceptores(as), as quais acessamos por estratégias remotas. Em outros momentos, essa processualidade não pôde ser alcançada como o previsto, mas ainda assim, foi possível acessar distintos planos da produção de conhecimento e encontros. Os movimentos realizados nessa direção serão compartilhados a seguir.

## **2 Movimentos da pesquisa**

Abordaremos os movimentos realizados na pesquisa relacionados ao campo, participantes, produção, registro e análise de dados. Tomamos como campo os cenários de prática das residências multiprofissionais em Saúde Mental no contexto nacional, em suas múltiplas paisagens, nas quais atuavam/atuam os(as) profissionais

---

<sup>6</sup> Aqui faz-se referência ao trecho de um poema de Manoel de Barros, o qual está como epígrafe que abre os caminhos desta tese, extraído de “O livro das ignoranças”, 1993.

de saúde que exercem atividade de preceptoria nesses programas, e que são os participantes da pesquisa. E quais caminhos seguir? Que ferramentas, instrumentos e/ou estratégias favoreceriam o acesso às experiências da prática de preceptoria?

Pelo seu caráter já exposto, as pesquisas cartográficas partem do pressuposto de que os instrumentos vão sendo elencados mediante o caminhar e desenvolvimento da pesquisa. Estes não deveriam surgir *a priori*, mas com o decorrer do trabalho (PASSOS, KASTRUP, ESCÓSSIA, 2015). Construir e (re)construir o caminho da pesquisa em seu percurso, como propõe a cartografia, parecia-me (e ainda é) desafiador, pois, algo que me era mais familiar (numa perspectiva tradicional da ciência) era traçar um caminho conforme os objetivos da pesquisa e segui-lo. Seria possível realizar uma pesquisa cartográfica vivenciando de fato essa reversão do caminho?

Inicialmente, a proposta era realizar uma primeira fase que pudesse acessar os(as) preceptores(as) de diversas localidades e cenários de práticas, através da ferramenta de questionário online, a qual foi realizada. Antes disso, porém, sentimos a necessidade de mapear tanto os programas de residência quanto a literatura, a fim de localizar pistas do campo no qual estávamos adentrando. Onde estão (e onde não estão)? Como se constituem?

Na sequência, imaginávamos uma segunda fase de imersão em um programa de residência específico, para favorecer o acompanhamento dos processos das experiências desses preceptores. O desejo de habitar um território específico, porém, foi atravessado pela pandemia da covid-19, já contextualizado na introdução desta tese. As necessárias restrições diante desse cenário nos convocou a trilhar outros caminhos e nos aventurar em habitar um ambiente virtual, considerando suas limitações, mas com uma aposta na produção de encontro entre participantes que favorecesse uma pluralidade de regiões, atuação profissional etc.

Apresentaremos as estratégias utilizadas nesse percurso na produção e registro dos dados, a partir de uma perspectiva de “colheita de dados”, tendo em vista que a pesquisa “não só descreve, mas sobretudo acompanha processos de produção da realidade investigada” (PASSOS e KASTRUP, 2016, p.210).

Esses movimentos da pesquisa serão apresentados em cinco gestos: conceituar, mapear, compartilhar, registrar e analisar. Embora a apresentação aconteça de forma sequencial, a realização dos movimentos se deu de modo mais

fluido e, por vezes, de forma simultânea, conectando-se à realização de diferentes movimentos.

## **2.1 Gesto 1: Conceituar**

Para adentrar no campo-tema, e ao longo desse processo de pesquisa, buscamos realizar interseções teórico-práticas, de modo a realizar aproximações e aprofundamentos a partir de conceitos-chave que operam na fronteira entre cuidado e formação. Nesse sentido, visamos colocar em diálogo: as políticas de cognição, dando ênfase ao caráter inventivo da aprendizagem (Kastrup, 2015); à prática educativa numa perspectiva de liberdade e autonomia (Freire, 2011; 2021); às relações de saber-poder (Foucault, 2021); à saúde em uma perspectiva de produção de saúde (Teixeira, 2015); além da articulação com autores do campo da educação em saúde (Ceccim e Feuerwerker, 2004). Com base nas produções da pesquisa e das contribuições da banca no momento da qualificação, outros interlocutores foram chamados para compor o processo de escrita, com destaque para a discussão da prática da preceptoria enquanto uma atividade humana, a partir das contribuições de terapeutas ocupacionais (QUARENTEI, 2001, 2007; LIMA; 2020).

## **2.2 Gesto 2: Mapear**

Esse movimento aconteceu tendo em vista que, ao lançar o olhar para a prática da preceptoria nos cenários de residências multiprofissionais em saúde mental, sentiu-se a necessidade de (re)conhecer esses cenários nos quais atuam os preceptores. Quais os programas de residência em saúde mental instituídos no Brasil na atualidade? Onde estão e onde não estão? O que esse movimento revelaria sobre presenças e ausências em diferentes territórios?

Ao iniciar essa busca, encontramos dificuldade em obter esses dados públicos e atualizados. Algo que atravessou esse processo de mapeamento foi o fato de, nesse período de busca (outubro de 2020 a janeiro de 2021), a Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais estar suspensa, questão mais explorada no decorrer da tese.



Assim, sem fontes atualizadas e confiáveis sobre a transparência das políticas públicas de saúde e educação neste período, precisou-se criar movimentos próprios de mapear os programas de residência em saúde mental. Além de buscar informações, procuramos produzir pistas que indicassem elementos sociais, políticos, geográficos e processuais que poderiam ser atualizados mais no processo de mapear do que no mapa em si.

Para isso, realizamos um movimento exploratório documental, com ênfase na análise de documentos institucionais para o mapeamento desses programas de residência multiprofissional em saúde mental no Brasil. De início, solicitamos à equipe técnica da Residência Multiprofissional do Ministério da Educação (MEC), em outubro de 2020, uma relação dos programas de residência em Saúde Mental, resultando em uma lista com 77 programas.

A partir dessa ação, realizamos entre outubro de 2020 e janeiro de 2021, uma busca manual dos editais dos processos de seleção para ingresso em 2020 e 2021 disponíveis na internet, através da plataforma de buscas *Google* e nos sites das instituições.

A busca se deu por programas caracterizados como multiprofissionais e que estivessem ativos (com pelo menos uma turma de residentes em curso em 2020 e/ou 2021), contendo a palavra “saúde mental”; “atenção psicossocial” ou “atenção ao usuário de álcool e/ou outras drogas” no seu título ou em sua área de concentração.

Algo que percebemos nesse processo foi uma dificuldade em encontrar os dados públicos e atualizados e, com isso, realizamos um gesto de artesanias nas buscas, acionando redes pessoais de contatos, as quais levavam a novos contatos, (re)construindo essa rede viva dos programas de saúde mental. Com isso, e a partir da lista inicial de 77 programas, excluímos os uniprofissionais (5), aqueles que estavam duplicados (10), os que não possuíam dados suficientes para localização do programa (2), os inativos (11) ou que não foi possível localizar editais (10). Durante esse processo, incluímos 13 programas não listados no documento oficial enviado pelo MEC, os quais foram identificados em editais integrados com outros programas e/ou em busca manual pela internet. No total, foram identificados 52 programas de residência em saúde mental (em 43 editais), cuja lista encontra-se no Apêndice A.

Realizamos uma sistematização numérica dos programas de saúde mental, sua distribuição geográfica assim como distribuição de vagas por categoria

profissional. Estes dados serão compartilhados no capítulo 2, trazendo um estado da arte dos programas de residência. Neste momento, estamos nos atendo ao percurso.

Realizar essa etapa parecia interessante para iniciar esse mergulho na pesquisa e, ao mesmo tempo, contraditória com o método que estava me propondo experimentar. Essa sistematização e movimento de caráter mais extensionista, os quais possivelmente revelariam mais as formas, caberia em uma pesquisa cartográfica?

Mapear dentro de uma perspectiva cartográfica. Quais são as nuances dessa busca? Como olhar para as entrelinhas? O que dizem os títulos dos programas? Quais profissões estão presentes e quais estão ausentes? O que essas presenças nos dizem sobre as relações de saber-poder interprofissionais? Onde os programas estão e onde não estão? O que essas questões poderiam revelar? (11/01/2021, trecho de diário de pesquisa)

De que modo olhar para o aspecto "quantitativo" dos dados e sua forma, sem apartá-lo de sua força tal como César, Silva e Bicalho (2016) nos provocam a pensar: “é desse modo que podemos, diante de formas constituídas, de sujeitos, objetos e saberes, perguntar: Como se produziu essa forma? Quais forças nela se movimentam? Qual a expressão desse arranjo de forças?” (p. 162).

No encontro com a banca de qualificação, a provocação de que os números podem trazer revelações importantes sobre os caminhos a seguir, aquietou essas questões iniciais, fazendo-nos concentrar nas pistas que a produção de dados a partir do mapeamento nos trouxe, as quais serão exploradas em sua apresentação e discussão.

### **2.3 Gesto 3: Compartilhar**

Após o movimento de mapear os programas, a proposta foi de experimentar uma aproximação com os(as) profissionais que atuam na preceptoría. Nesse gesto, reuniremos as estratégias utilizadas para a para o encontro com os(as) preceptores(as) de residências em saúde mental e compartilhamento de suas narrativas: questionário online e entrevista grupal virtual.

### 2.3.1 Questionário online (QOL)

Utilizamos a ferramenta “*Google Forms*” para elaboração de um questionário *online* (QOL), autoaplicável (APÊNDICE B), destinado à(os) preceptores de programas de residência multiprofissional em saúde mental em âmbito nacional.

O questionário passou por fase de teste, com análise e validação de seis juízes com experiência na área de saúde mental e/ou residência e/ou preceptoria, que trouxeram contribuições para a qualificação do instrumento. Em sua versão final, foi composto por 51 questões e dividido em três blocos, a saber:

I) Caracterização dos(as) preceptores(as): contou com 18 questões, em sua maioria, fechadas e algumas de resposta rápida, para caracterização do perfil geral dos participantes.

II) A prática de preceptoria: com 29 questões, que, na maioria, também eram fechadas ou de resposta rápida, voltadas para as ações concretas praticadas por preceptores e preceptoras. Cinco questões deste bloco foram abertas e tiveram o objetivo de provocar uma reflexão sobre a prática de preceptoria tal como a identificação e nomeação de estratégias educacionais utilizadas.

III) A prática de preceptoria em Saúde Mental: com quatro questões abertas. A intenção desse bloco foi que o participante refletisse sobre a sua prática de preceptoria no campo da Saúde Mental, trazendo as potências e desafios que identificam na realização da preceptoria e suas especificidades na saúde mental, incluindo aspectos da relação preceptor-residente; referenciais teóricos utilizados e sobre a saúde mental dos residentes.

Considerando o contexto de pandemia, a comissão nacional de ética em pesquisa (Conep), do Ministério da Saúde, lançou em 24 de fevereiro de 2021<sup>7</sup>, orientações para pesquisas que utilizavam o ambiente virtual, na qual foram abordadas, dentre outras orientações, a necessidade de garantir ao participante o direito de não responder a qualquer uma das questões, sem necessidade de explicações e/ou justificativas, assim como possibilitar a retirada de sua participação a qualquer momento. Com isso, optamos por não incluir perguntas de respostas obrigatórias, excetuando-se um e-mail de contato e o aceite do termo de

---

<sup>7</sup> OFÍCIO CIRCULAR Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio\\_Circular\\_2\\_24fev2021.pdf](http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf)

consentimento livre e esclarecido (TCLE). Na apresentação do questionário e no TCLE, buscamos uma linguagem que deixasse claro aos participantes que eles possuíam total liberdade de não responder a qualquer uma das questões.

O link de acesso foi enviado aos e-mails institucionais dos programas de residência de saúde mental e foi solicitada a sua divulgação entre os preceptores vinculados. Além disso, foi realizada divulgação via redes sociais (Whatsapp, Facebook e Instagram), buscando favorecer o acesso de diferentes preceptores.

Os dados dos questionários foram armazenados em acervo pessoal da pesquisadora, e as respostas foram tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento foi divulgado o nome dos(as) participantes em qualquer fase do estudo. O tempo estimado para resposta do questionário foi de quinze a trinta minutos aproximadamente.

O questionário ficou aberto para respostas durante um período de três meses aproximadamente (abril a junho de 2021), e, nessa etapa recebemos 56 respostas, das quais, duas foram excluídas por estarem duplicadas, e uma terceira por não ter respondido a nenhuma das questões. Com isso, trabalhamos com 53 questionários. Ao longo da tese, compartilharemos narrativas dos(as) preceptores(as) oriundas dos questionários, incluindo, ao final dos trechos a letra P (de preceptor), seguido do número do questionário correspondente (de 1 a 53), o núcleo profissional do(a) participante e a sigla QOL.

Considerando o caráter não obrigatório de respostas das questões, como já exposto, tivemos perguntas não respondidas por parte de alguns dos participantes (em especial, as abertas), e tais aspectos serão abordados ao longo do compartilhamento dos dados que foram produzidos e suas análises.

Ao final do questionário, foi disponibilizado um *link* que dava acesso a um mural colaborativo (via Padlet) e realizado um convite para participação, no qual constava o seguinte disparador: "Para você, qual o sentido da prática da preceptoría no campo da saúde mental? (você pode inserir fotos, música, poesia, vídeos, escrever algo... fique à vontade)". Embora apenas oito participantes tenham acessado ao mural, consideramos que a ferramenta possibilitou a inclusão de outros modos de narrar, e algumas dessas expressões serão tecidas ao longo da tese.

Foi possível perceber que os questionários permitiram um primeiro contato com os preceptores, aproximando-nos de suas experiências, e, embora trouxessem aspectos importantes para se (re)conhecer a prática da preceptoría, revelaram mais

uma dimensão formal e instituída<sup>8</sup> dessas práticas, possibilitando algumas pistas sobre seus processos, mas, convocando-nos para novos caminhos.

Ao discutir a experiência de aplicação de um questionário online (QOL) nas pesquisas em saúde, e considerando as limitações do contexto pandêmico, Ferigato et al. (2022) propuseram um “questionário em profundidade”, considerando o QOL como um dispositivo que pudesse mobilizar os processos subjetivos de seus respondentes, para introduzir linhas flexíveis nas técnicas de produção de dados. Para tanto, entre outras características, fora “concebido, elaborado e oferecido aos respondentes como uma trilha de reflexão, de tal forma a lhe conferir um certo valor de uso imediato” (FERIGATO et al., 2022, p.128).

Algo considerado no processo de construção do questionário foi a preocupação em acessar a dimensão da experiência dos preceptores e, nesse sentido, as questões abertas, em especial, tiveram a intencionalidade de buscar a produção de uma espécie de trilha de reflexão sobre a prática, favorecendo a passagem às suas experiências e afetos no desenvolvimento da preceptoria. Com isso, concordamos com Ferigato et al. (2022) que, embora seja possível acessar mais o conteúdo do que foi dito do que a experiência do dizer, ficam reduzidas as possibilidades de os pesquisadores interferirem nessas experiências, mas não impedidas.

### **2.3.2 Entrevista grupal virtual**

Conforme compartilhado anteriormente, o desejo de habitar um território específico ficou limitado pelas restrições ante do contexto pandêmico que atravessou não só o mundo da pesquisa, como impactou o mundo todo, em especial, o cotidiano das trabalhadoras e trabalhadores da saúde, que estiveram no front do enfrentamento da pandemia do covid-19. Quais caminhos seguir?

Diferentes possibilidades começaram a ser traçadas para a continuidade da pesquisa tal como propor aos participantes da primeira etapa a realização de entrevistas individuais e/ou coletivas, construção de narrativas, uma troca de cartas

---

<sup>8</sup> Conceito de Lourau (2004) o qual entende por “instituído” o que tende a conservar os modos vigentes de representação e organização. Ao longo da tese o conceito será mais explorado, assim como o de “instituinte”, que pode ser entendido como a capacidade de inovação e contestação. Ambos os movimentos estão presentes nas instituições.

entre eles(as) ou, ainda, a realização de grupo focal. Considerando o perfil dos(as) participantes, a sobrecarga no trabalho e um momento de tantas ofertas à distância, assim como um desgaste ante isso, que estratégias possibilitariam uma adesão? Como realizar esses contatos e escolhas?

Optamos, então, por um encontro virtual com preceptores, utilizando-se da estratégia de uma entrevista grupal, no intuito de aprofundar sobre a experiência da prática da preceptoria. Tedesco, Sade e Caliman (2016) ao abordarem as entrevistas (sejam elas individuais ou coletivas) na cartografia, consideram que não existe uma entrevista cartográfica e sim um manejo cartográfico da entrevista, o qual abordaremos adiante. Nossa proposta foi a de dar passagem à vivência de preceptores singulares que estão falando da experiência deles, mas na compreensão de que não estão isolados, e sim atravessados por um conjunto de forças.

A entrevista grupal foi realizada em agosto de 2021, via plataforma “*Google Meet*”, com duração de uma hora e meia, participação de sete preceptoras(es) e mediação da pesquisadora. O encontro foi gravado na própria plataforma, após aquiescência e consentimento livre e esclarecido, no qual foram garantidos o sigilo e o anonimato das(os) participantes. A entrevista foi, posteriormente, transcrita na íntegra pela própria pesquisadora para sua posterior análise.

Enquanto potência, a estratégia de entrevista grupal virtual se tornou uma possibilidade de reunir preceptores de diferentes formações, locais de atuação, programas de residência e regiões do país. O caminho até chegar a ele, em seu formato final, trouxe muitas inquietações. Como promover esse encontro?

De início, foram disparados convites por e-mail para os participantes da fase da pesquisa, de aplicação do questionário *online* (QOL). No total, foram 48 *e-mails* (considerando que, dos 53 respondentes da primeira etapa, alguns não disponibilizaram e-mail para contato, e para outros, o e-mail voltou). Nesse primeiro contato, realizado com um mês de antecedência à entrevista grupal, foi realizado convite para o encontro virtual, compartilhando sobre seus objetivos e propondo a realização em uma semana específica, solicitando que os interessados sinalizassem os melhores dias e horários para possibilitar sua participação. Desse movimento, tivemos o retorno de 16 pessoas.

Um novo desafio foi posto: conciliar as diferentes agendas. Inicialmente, a proposta era realizar a atividade no período noturno ou em um final de semana, mas foi o horário comercial preferencialmente disponibilizado pelos(as) participantes.

Dentre as disponibilidades apresentadas e a partir de novas consultas, com o intuito de agregar mais participantes, foi proposta uma data e horário para a realização do encontro e 11 preceptores(as) confirmaram a participação.

Realizar uma entrevista grupal de forma remota me trouxe inseguranças, em especial em seu processo de planejamento e a impossibilidade de estar presencialmente, do toque, de preparar um ambiente acolhedor, olhar nos olhos de cada um(a). Como ativar a presença de modo virtual? As pessoas iriam comparecer? Os recursos tecnológicos iriam funcionar (computador, internet, etc. tanto os meus como dos(as) participantes da pesquisa) adequadamente? Outras questões, das quais compartilho, são colocadas por Sousa e Mendonça (2021) diante dos desafios para o desenvolvimento das pesquisas qualitativas em saúde no contexto de pandemia:

[...] Quais são as possibilidades e os limites à realização de entrevistas *online* por meios de videoconferência? E mais, como ter segurança de que as pessoas e comunidades a serem investigadas estariam dispostas a colaborar com o estudo? E as questões éticas para o novo modelo de abordagem? [...] Não se tratava, portanto, de como usarmos ou não as tecnologias, mas de como lidarmos com as pessoas que, de agora em diante, teriam de interagir com essas tecnologias nos cenários mais adversos que pintam o mapa geográfico do nosso país. (SOUSA e MENDONÇA, 2021, p.24 e 25)

Mesmo antes de um cenário pandêmico, Tedesco, Sade e Caliman (2016) já problematizavam a possibilidade do encontro não presencial, tendo em vista o avanço das tecnologias: “Em que medida e como a experiência do dizer em curso é transformada e interferida pela tecnologia utilizada? Como considerar essa especificidade?” (p.124).

Na tentativa de amenizar um pouco esses limites acerca do modo à distância e cultivar o encontro, foram enviados novos e-mails para lembrar do convite na semana anterior e em sua véspera, com dados gerais para participação, link para acesso, assim como compartilhar o desejo em encontrá-los(as) e a aposta nesse encontro. Quando disponibilizado pelo(a) participante, foi realizado, também, contato via WhatsApp, para aproximação. Desse modo, o contato com o grupo teve início antes do encontro propriamente dito.

Foi solicitado que os participantes se organizassem, dentro do possível, para entrar alguns minutos antes, a fim de garantir um respeito ao horário pactuado previamente, tendo em vista que foi sinalizado por parte dos participantes como algo

importante para garantir sua presença. Com isso, a sala foi aberta cerca de 20 minutos antes do programado e, 10 minutos antes, os participantes começaram a entrar. Os minutos que precederam a gravação da entrevista tiveram um clima de receptividade, trocas entre os(as) participantes para além do trabalho, o adentrar em suas casas (o compartilhar sobre a maternidade por algumas das participantes e os desafios com isso no trabalho) e nos seus ambientes de atuação profissional (exigindo que três deles estivessem mascarados). O encontro foi parecendo mais possível de realizar, com afeto, apesar da intermediação das telas e as inseguranças perderam um pouco o seu lugar.

Na véspera do encontro, uma participante enviou um *e-mail* comunicando sua desistência. Na manhã do encontro, um pouco antes do início, um novo *e-mail* de desistência. Em ambos, as justificativas de que haviam sido convocadas para questões de trabalho (reuniões com coordenação de saúde mental, intercorrências em hospital). Outra participante fez contato na véspera, compartilhando que conseguiria participar, mas de seu ambiente de trabalho, e que poderia ter intercorrências que a impossibilitasse estar integralmente. Outras duas informaram que precisariam sair exatamente no horário combinado ou 5 minutos antes, pois já teriam outro compromisso do trabalho na sequência e outros dois não compareceram e não deram notícias.

Com isso, dos 11 que haviam confirmado a participação, 7 estiveram presentes. Os trechos das narrativas dos(as) preceptores(as) provenientes do grupo, também serão compartilhadas no decorrer do texto, registrando ao final dos trechos novamente a letra P (de preceptor), e, considerando que, também participaram da estratégia do QOL, mantivemos a numeração correspondente, seguida do núcleo profissional do(a) participante, seguido da sigla EG (entrevista grupal).

Os diversos contatos que antecederam ao encontro trouxeram reflexões que me parecem se aproximar do objeto de estudo. Trouxeram um desejo de habitar a pesquisa, e, ao mesmo tempo, um atravessamento por questões do mundo do trabalho em saúde, num contexto adverso, precarizado e pandêmico, os quais também atravessam os processos formativos da prática da preceptoria: sobrecargas, sobreposições de agendas, imprevistos. Pessoas que se disponibilizam para facilitar a formação em serviço, mas que encontram muitas dificuldades para terem, elas próprias, espaços para sua formação ou para a reflexão sobre o seu processo de trabalho.



Embora tenham ocorrido desistências, foi possível realizar a entrevista grupal com um número suficiente para garantir o que nos era caro nesta etapa: a produção de dados a partir do aprofundamento dos dados produzidos no QOL e a promoção de um espaço de trocas e de reflexões sobre a prática. Consideramos que, por ter sido realizado de forma remota, um número maior de participantes traria desafios quanto ao manejo do tempo, tendo em vista o envolvimento dos participantes e considerando que a questão do tempo, como já abordado, fora uma preocupação dos participantes para viabilizar sua participação.

Nesse sentido e, analisando o perfil dos participantes e as (im)possibilidades de sua participação, optamos pela realização de um único encontro, compreendendo que o propósito não era obter uma saturação dos dados, e sim dar passagem às experiências, abrindo novas questões.

Além dos movimentos de articulação com os participantes, outro desafio era o de planejar esse ambiente virtual de encontro. Os questionários permitiram acessar, em geral, a forma. Conhecer quem são, onde estão (e onde não estão), as profissões, as estratégias utilizadas na prática de preceptoria, dentre outras questões que caracterizavam e traziam algo fixo, objetivo. Foi possível lançar algumas pistas onde os afetos surgiam, em especial, nas questões abertas do último bloco que falavam da relação preceptor-residente, potências e desafios da prática. Ainda assim, na superfície. Como dar língua aos afetos que pedem passagem (ROLNIK, 2016)?

Tedesco, Sade e Caliman (2016) trazem reflexões importantes para o manejo da entrevista, visando favorecer o acesso à experiência e intervir no processo de dizer:

[...] a fala do entrevistado muitas vezes descreve sua vivência numa perspectiva distanciada e desencarnada. Este distanciamento resulta de práticas e formas de vida pautadas na representação, produtoras da separação entre modos de dizer e o dito (expressão e conteúdo). Nesses casos, a entrevista visa intervir, por meio do manejo, para fazer com que os dizeres possam emergir encarnados, carregados da intensidade dos conteúdos, dos eventos, dos afetos ali circulantes. A fala deve portar os afetos próprios à experiência (TEDESCO, SADE e CALIMAN, 2016, p. 100).

Considerando as reflexões dos autores, partimos para o planejamento do encontro para a entrevista grupal, a qual foi estruturada da seguinte maneira: leitura do TCLE para fins da pesquisa, retomando com isso seus objetivos, seguido de um momento de apresentação. Para esse momento, o qual estava ligado à identidade profissional, ou seja, algo que é fixo (e que revelou dados como nome, profissão, local de atuação/cenário de prática), foi inserida uma questão que objetivava dar

movimento a esse momento (levando do fixo para o fluxo): “O que me move na prática da preceptoria?”, na intenção de favorecer com que emergisse de suas falas os afetos de suas experiências, compartilhando onde estavam seus desejos com a prática da preceptoria.

Em pesquisa bibliográfica sobre práticas grupais na esquizoanálise, dentre as quais incluíram a cartografia, Hur e Viana (2016) consideraram que as produções acadêmicas apresentaram como positivos os resultados sobre esses dispositivos de grupos, tendo em vista colocarem em movimento o pensamento, os afetos e corpos e “em sair do instituído para o instituinte, da territorialização para desterritorialização, do fixo para o fluido” (p.7).

A utilização de questões mais abertas na entrevista pode ser vista como “um convite ao entrevistado para falar longamente, com suas próprias palavras e com tempo para refletir” (TEDESCO, SADE E CALIMAN, 2016, p.108). Percebemos que, para chegar ao que move, os(as) preceptores(as) contaram de suas trajetórias até chegar à preceptoria, e deram pistas de um plano comum para essa prática – das trocas, que ampliam suas potências de agir no campo do trabalho, as quais serão compartilhadas ao longo da tese. Assim, trazer para o grupo a questão “o que me move”, favoreceu essa saída de uma apresentação de uma identidade fixa para um movimento, fluidez, em direção aos desejos daqueles preceptores.

Na sequência, a proposta foi de compartilhar alguns dos dados colhidos na primeira etapa da pesquisa e, após esse momento, a aposta foi de não se direcionar a nenhuma nova questão específica, e sim abrir para o que emergisse do grupo a partir do contato com esses dados. A intencionalidade com esse movimento foi a de incluir os participantes em processo e no processo de validação da pesquisa cartográfica, instaurando novos questionamentos e direcionamentos da pesquisa.

A própria pesquisadora foi a moderadora da entrevista em grupo. Por acontecer em ambiente virtual e ter a possibilidade de gravar o encontro, optou-se por não ter observadores e relatores para compor esse espaço entendendo que as gravações possibilitariam esse revisitar. Ao longo do encontro, porém, percebeu-se que o grupo teria uma maior riqueza com a presença de um observador, auxiliando a captar ainda mais o “não dito”, as sensações, assim como poder trocar sobre a experiência.

## 2.4 Gesto 4: Registrar

“Apanhe logo a caneta, comece a escrever e pare de resmungar. Escreva... sabe-se que o que está em movimento não se congela. Por isso, mexa-se. Vá em frente”

(Estés, 2014, p.213)

Desde o início do processo de doutoramento, desenvolvi diários que trouxeram minha trajetória diante do ato de pesquisar, as aproximações e distanciamentos do referencial teórico, as pegadas, caminhos e direções percorridas, implicações, dificuldades e avanços nesse percurso.

Inicialmente, de modo mais intuitivo e com a perspectiva de colocar a pesquisa em movimento, os registros e o lugar dos diários foram sendo delineados no percurso, a partir da perspectiva da cartografia. Assim, o diário nasceu antes da aposta metodológica da pesquisa. E de que diário falamos?

O diário de pesquisa, a partir do referencial teórico e metodológico da Análise Institucional (Lourau, 2004), é abordado por Borges e Silva (2020) como um instrumento potente para o acompanhamento dos deslocamentos da aprendizagem, assim como de análise de implicação do estudante/pesquisador ao longo do desenvolvimento de sua pesquisa, em um processo autoanalítico.

A partir da narrativa do pesquisador em seu contexto histórico-social, a escrita diarística favorece a análise das implicações, deixando clara a não neutralidade do pesquisador (LOURAU, 2004). Permite, assim, “o conhecimento da vivência cotidiana do campo (não o “como fazer” das normas, mas o “como foi feito” da prática)” (LOURAU, 2007, p. 77).

Alguns trechos do diário serão incluídos ao longo da tese, outros, auxiliarão em sua construção, a partir das reflexões disparadas pelas revisitas aos registros. Algo que tem sido muito presente em minha escrita diarística é em relação a minhas aproximações/distanciamentos e implicações com a pesquisa. O início do doutorado também veio com o início do desenvolvimento de novos projetos, associados à minha atuação como terapeuta ocupacional no SUS. A pesquisa ficou em segundo plano enquanto eu equilibrava o trabalho, a preceptoria na graduação e no PET-Saúde e a atividade docente em um curso de especialização para preceptores (enquanto facilitadora e apoiadora de projetos). De certa maneira, o objeto da pesquisa estava ali comigo, trabalhando com ele de outros lugares e não no da pesquisa propriamente

dita. Talvez seja até por isso que esse objeto de estudo surgiu (já no segundo semestre do processo de doutoramento), em busca de mais sentidos para mim.

No início do terceiro ano do doutorado (e já quase um ano em contexto pandêmico), o desejo de mergulhar e habitar a pesquisa fez com que eu tomasse decisões de me dedicar por um período exclusivamente para isso. Sair da assistência direta como terapeuta ocupacional foi um processo intenso, mas que favoreceu que a pesquisadora emergisse. Esse equilíbrio entre diversos mundos vivenciados por/com quem eu pesquisava também estavam sendo vivenciados por mim.

O início do doutorado foi “devagarinho pra poder caber”<sup>9</sup> - fazendo disciplinas a conta gotas para conseguir me equilibrar nos diferentes lugares que ocupava naquele momento: trabalhadora-terapeuta ocupacional–preceptora–facilitadora (dentre outros tantos papéis da vida como mulher-companheira-amiga-filha-irmã...). A “pesquisadora” chegou aos poucos... e, para poder caber, outros processos foram finalizados para que pudesse emergir esse lugar – da escrita, das leituras, das reflexões, conexões, pausas, sonhos... O caminhar que por vezes parecia uma corrida foi dando lugar a passos lentos, pausas, contemplações, busca de novas trilhas...Seguindo no desafio de transformar essas formas já conhecidas de estar no mundo em busca de uma fluidez, sentidos, outros ritmos, novos movimentos... (17/08/2021, trecho de diário de pesquisa).

E, ao final desse terceiro ano, retornei para o lugar que despertou o desejo em iniciar esse processo de doutoramento - atuando como professora substituta na graduação. Foi o encontro com os(as) estudantes que despertou esse desejo de investimento na educação, de contribuir para a formação de pessoas, essa que já fazia parte enquanto terapeuta ocupacional, mas agora de outros lugares e uma nova forma e, com isso...

Os prazos se apertam diante dos descompassos dos tempos subjetivos e objetivos da pesquisa. Voltam os passos apressados e o (des)equilíbrio entre diferentes funções, mas agora com uma leveza e com a sensação de estar mais apropriada ao meu devir-pesquisadora. A pesquisa já estava agarrada em mim, com um objeto que, por vezes, se mistura e me traz tantas memórias e sentidos (02/04/2022, trecho de diário de pesquisa).

Para a escrita do diário, nesse processo de produção de conhecimento, recorreremos à perspectiva trazida por Foucault (2004, p.156) que considera que “escrever é, portanto, ‘se mostrar’, se expor, fazer aparecer seu próprio rosto perto do outro”, trazendo a ideia da escrita de si, enquanto um modo de subjetivação e forma de tecnologia de si.

---

<sup>9</sup> Menção a trecho da música “Tô”, de Tom Zé, 4.<sup>a</sup> faixa do álbum “Estudando samba” de 1976.

Buscar conclusões (mesmo que abertas) em um movimento de redação do texto da tese, tem sido um período intensivo de revisitas ao diário, que foi tomando diferentes formas e intensidades, em um processo de produção de si em relação à produção de conhecimento. Ousar e permitir anotar, de uma forma livre, que “rouba” palavras a partir dos encontros com os textos, com o campo ou, ainda, nas capturas a partir do componente sensível ativado por poemas, músicas, exposições, para, então, ir amadurecendo o que iria tornar público, dialogando não só com as produções da pesquisa, como também com o próprio processo de pesquisar, tornando-se, assim, uma oportunidade de aprendizagem pelo registro dos movimentos e deslocamentos nesse processo de escrever(se) em sua multiplicidade.

## 2.5 Gesto 5: Analisar

Para a cartografia, analisar é um procedimento de multiplicação de sentidos dos objetos de pesquisa e um processo inaugurador de novos problemas. São problemas de pesquisa que movem a análise na cartografia, e são também, problemas seus resultados. (BARROS e BARROS, 2013).

O processamento das experiências vividas tanto pelo pesquisador quanto pelo participante é importante para a análise. Segundo Passos e Barros (2015), pressupõe-se “o traçado desse plano da experiência, acompanhando os efeitos (sobre o objeto, o pesquisador e a produção do conhecimento) do próprio percurso da investigação” (PASSOS e BARROS, 2015, p.18).

O movimento de análise dos dados transcorreu ao longo do desenvolvimento da pesquisa, pois, como aponta Barros e Barros (2013) a análise, na pesquisa cartográfica, é processual, inerente a todos os procedimentos de pesquisa, e sustentado por uma atitude de abertura do pesquisador. Esse *ethos cartográfico*, inclui a análise de sua própria investigação, considerando a análise da implicação da pesquisadora na pesquisa e análise da participação, reposicionando o lugar dos participantes.

Para a validação dos resultados guiados pelo método cartográfico, Passos e Kastrup (2016) consideram a importância de esta ser distribuída, e defendem que, assim como na análise, que o processo de validação deve ser realizado ao longo do processo de pesquisa, e não apenas ao final da investigação. Propõem três níveis

(avaliação da própria pesquisadora; avaliação dos participantes da pesquisa e avaliação por pares, esta última disparada pelo encontro com a banca examinadora) e três indicadores para a validação (o acesso à experiência, a consistência cartográfica e a produção de efeitos). Tais aspectos serão abordados ao longo do texto.

Para compor a escrita, buscaremos interpolar os registros e análises dos dados produzidos a partir de: questionários; entrevista grupal; reflexões registradas em diário de pesquisa e; no diálogo com a literatura. A interpolação de olhares, proposta por Azevedo (2016), como uma atividade de pesquisa e um modo de escrita, busca “exercitar o constante cruzamento de ideias, produzindo camadas não retílineas, rizomáticas, entre os materiais de pesquisa produzidos” (AZEVEDO, 2016, p.38).

### **3 Aspectos éticos da pesquisa**

Considerando que a pesquisa envolveu a participação de trabalhadoras e trabalhadores da saúde que atuavam na preceptoría, o projeto foi submetido à análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos, conforme Resolução 466/2012, e aprovado sob o parecer 4.192.515 de 04 de agosto de 2020 (ANEXO A).

Nas diferentes etapas, as quais serão apresentadas no decorrer do presente capítulo, a participação na pesquisa foi realizada somente após a leitura e assinatura voluntária dos Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE (APÊNDICES C e D). Os(as) participantes da pesquisa não sofreram nenhum dano pessoal, sendo que o compromisso foi o de utilizar os dados e o material produzido somente para esta pesquisa e divulgação em periódicos especializados da área da saúde, mantendo o sigilo e anonimato acerca da identidade deles(as).

A participação foi voluntária, não remunerada e os(as) participantes da pesquisa poderão se beneficiar desta pesquisa pelo retorno dos principais resultados.

*CAPÍTULO 2*  
*FORMAÇÃO EM SAÚDE E AS RESIDÊNCIAS*  
*MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL*

## 1 Trajetória das formações e do trabalho em saúde

Neste subcapítulo, pretendemos discutir sobre o processo de formação em saúde assim como a trajetória das práticas educacionais em saúde, explorando as fronteiras entre a educação e a saúde, incluindo nessa análise a cultura neoliberal.

Tendo como pano de fundo as diretrizes do SUS, novas concepções sobre o processo saúde/doença trazem o desafio de se repensar a prática da clínica hegemônica (e, conseqüentemente, a formação). A autonomia e produção de subjetividade surgem como temas centrais abrindo novos caminhos para a produção de saúde, demandando novas estratégias de gestão e novas estruturas organizacionais (CARVALHO e CUNHA, 2012).

A formação em saúde, hegemonicamente, possui um formato conteudista, com uma pedagogia de transmissão, de desconexão entre núcleos temáticos, com excesso de carga horária para determinados conteúdos em detrimento de outros, desvinculando o ensino da pesquisa e da extensão, predominando um formato enciclopédico orientado pela doença e pela reabilitação (CARVALHO e CECCIM, 2012).

Ao abordarem os desafios na educação dos profissionais de saúde na atualidade, Coelho, Padilha e Ribeiro (2018), além de problematizarem o modelo hegemônico da formação, trazem como macrodesafios: o processo de gestão com baixa eficiência e pouco orientado aos resultados de saúde; a desarticulação ensino-serviço/sistemas (tanto de instituições formadoras como das instituições e órgãos de pesquisa) e, ainda, a baixa incorporação nas práticas educacionais de inovações tecnológicas. Tais desafios expostos refletem uma racionalidade neoliberal, a qual está diretamente atrelada ao modo social de produção capitalista, que afeta, também, os processos formativos.

Gomes et al. (2020) reconhecem a potência educativa do modelo formativo das residências em saúde, que beneficia não apenas os residentes, mas também os tutores, preceptores, supervisores, coordenadores de programas e outros profissionais envolvidos direta ou indiretamente.

Enquanto política de formação para profissionais do SUS, a Educação Permanente em Saúde pode ser estratégica para a educação e trabalho interprofissional em saúde, mas, para isso, é necessário que sua intencionalidade



esteja voltada para o fortalecimento da colaboração. Para Gigante e Campos (2016), ela é fortalecida a partir da pactuação das estratégias construídas, de modo a envolver diferentes atores tanto do setor da saúde (trabalhadores, usuários e gestores) quanto da educação (instituições de ensino, gestores, estudantes dos cursos da área da saúde).

No campo da saúde mental, percebe-se que a interprofissionalidade é algo presente em sua história, no desenvolvimento de práticas comuns dos trabalhadores da saúde mental. Nesse sentido, é importante que os programas de RMS fortaleçam essas práticas.

## **2 Residências Multiprofissionais em Saúde e Saúde Mental**

A Residência em Área Profissional de Saúde, modalidade uniprofissional e multiprofissional, é uma pós-graduação caracterizada pela articulação entre ensino-serviço-comunidade, que favorece a inserção qualificada de profissionais de saúde no/para o Sistema Único de Saúde (SUS). Regulamentada em 2005, por meio da Lei n.º 11.129, pode abranger as seguintes categorias profissionais: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional, além de Física Médica e Saúde Coletiva, incluídas posteriormente (BRASIL, 2006; BRASIL, 2014).

As Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) se apresentam como espaços privilegiados de formação, tendo como questões centrais a integralidade e a interprofissionalidade (SILVA, 2018) em diferentes campos da saúde. Para Garcia Jr e Yasui (2018), seus processos formativos buscam um campo comum de práticas e experiências, embora a exclusão da categoria médica na composição desses programas ainda revele um modo hegemônico de se pensar a saúde.

A necessidade de transformação nos processos de formação para o trabalho é abordada por Ceccim e Feuerwerker (2004), que consideram que o trabalho em saúde possui uma característica que abrange a atenção à saúde, a gestão, o ensino e o controle social, compondo o que denominam de quadrilátero da formação em saúde. O ensino, porém, é um dos pontos menos problematizados, e, tanto gestão quanto

instituições formadoras, ainda, mantêm modelos de formação essencialmente conservadores.

O modo de formação e intervenção em saúde proposto pelas residências multiprofissionais tem a possibilidade de “afetar o cotidiano dos serviços e, ao mesmo tempo, afetar a Universidade com a realidade dos serviços” e, com isso, favorecem a integração ensino-serviço. (GARCIA JR e YASUI, 2018, p.162). Destacamos que, nos programas de residência, outras instituições formadoras e executoras podem estar vinculadas, sendo que a Universidade não compõe a sua totalidade.

Uma das modalidades de Residência Multiprofissional é aquela que caracteriza o campo da Saúde Mental. As residências em saúde mental apresentam potencial transformador de práticas, especialmente, quando em sintonia com a Reforma Psiquiátrica (RP), possibilitando um aprendizado que extrapola o campo do conhecimento teórico e prático, incluindo atitudes, posicionamentos políticos, habilidades e competências para lidar com as especificidades do cuidado em saúde mental, tendo a subjetividade como sua matéria prima (COELHO, NUNES e BARRETO, 2017). Desse modo, é um processo de formação profissional que investe na construção de sentidos para as experiências dos estudantes em campo (EMERICH e ONOCKO-CAMPOS, 2016) e para o fortalecimento do próprio campo da saúde mental nas universidades e na rede pública de saúde.

Caracterizada por uma ruptura em relação ao conceito de loucura e do saber psiquiátrico, a RP coloca o modo asilar em cheque e passa a considerar o sofrimento humano em sua complexidade, não apenas como objeto simples da doença mental (YASUI, 2010). É um processo social complexo, que entrelaça diferentes dimensões: técnico-assistencial, teórico-conceitual, jurídico-política e sociocultural (AMARANTE, 2007).

Emerich e Onocko-Campos (2016), ao considerarem a complexidade da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a qual requer uma transformação do paradigma de cuidado, apontam para a demanda de novos processos de formação

Para novos caminhos, fazem-se necessárias novas perguntas. Para aprender a lidar com novos modos de cuidado, com a complexidade que se apresenta na vida em território a céu aberto, novos percursos de formação devem ser trilhados. [...] Se buscamos transformar os modos como as pessoas são tratadas para transformar seus sofrimentos, havemos de investir na transformação dos modos pelos quais formamos profissionais para atuarem no processo de Desinstitucionalização (EMERICH e ONOCKO-CAMPOS, 2016, p.103)

### 3 Panorama dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental <sup>10</sup>

Sendo o objeto da pesquisa a prática da preceptoria nos cenários de residências multiprofissionais em saúde mental, sentiu-se a necessidade de conhecer esses cenários nos quais atuam os preceptores. Quais os programas de residência na atualidade? Onde estão e onde não estão?

Conforme já abordado na pesquisa, foi a partir de um reconhecimento da dificuldade de encontrar esses dados públicos e atualizados, considerando que um dificultador foi o fato da Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais<sup>11</sup> ter ficado suspensa por mais de dois anos, fizemos o movimento de traçar e reconhecer esse contexto, oriunda de uma rede viva de contatos.

Para isso, partimos de um estudo exploratório documental, com ênfase na análise de documentos institucionais, e de reflexões fundamentadas na atenção psicossocial e educação interprofissional para o mapeamento e análise dos programas de residência multiprofissional em saúde mental no Brasil.

A pesquisa documental é aquela que utiliza materiais que não receberam um tratamento analítico (GIL, 2019) e que permite ampliar o conhecimento a respeito de um determinado fenômeno, o qual necessita de contextualização histórica e sociocultural (SÁ-SILVA, ALMEIDA e GUNDANI, 2009).

Os dados foram coletados entre outubro/2020 e janeiro/2021 a partir dos seguintes documentos: editais dos processos seletivos dos programas de residência em saúde mental; sites das instituições proponentes dos programas e projetos políticos pedagógicos dos programas.

Esse processo se deu inicialmente com a busca ativa dos programas de residência multiprofissional em saúde mental. Para isso, solicitamos à equipe técnica da Residência Multiprofissional do Ministério da Educação (MEC), em outubro de

---

<sup>10</sup> Esse capítulo foi publicado parcialmente na revista *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. Para maiores informações ver: Moura, A. S., Ricci, E. C., & Ferigato, S. H. (2021). Programas de residência multiprofissional em saúde mental e a terapia ocupacional. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 29, e2951. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO2235>

<sup>11</sup> A Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais ficou suspensa por mais de dois anos (entre 2019 e 2021), sendo retomada apenas no final de 2021 (portaria interministerial n.º7, de 16 de setembro de 2021) porém em uma nova conformação. Para maiores informações, ver portaria: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-interministerial-n-7-de-16-de-setembro-de-2021-345462405#:~:text=2%C2%BA%20A%20Comiss%C3%A3o%20Nacional%20de,Sa%C3%BAde%20e%20Resid%C3%Aancia%20em%20%C3%81rea>

2020, uma relação dos programas de residência em Saúde Mental, resultando em uma lista com 77 programas.

A partir dessa ação, realizamos busca manual dos editais dos processos de seleção para ingresso em 2020 e 2021 disponíveis na internet, através da plataforma de buscas Google e nos sites das instituições.

Como critérios de inclusão nessa etapa, estabeleceram-se: Programas caracterizados como multiprofissionais, e que estivessem ativos (com, pelo menos, uma turma de residentes em curso em 2020 e/ou 2021), contendo a palavra “saúde mental”; “atenção psicossocial” ou “atenção ao usuário de álcool e/ou outras drogas” no seu título ou em sua área de concentração.

Foi realizada sistematização numérica dos programas de saúde mental, sua distribuição por região geográfica, distribuição de vagas por categoria profissional. A partir da lista inicial de 77 programas, excluimos os uniprofissionais (5), aqueles que estavam duplicados (10), os que não possuíam dados suficientes para localização do programa (2), os inativos (11) ou nos quais não foi possível localizar editais (10). Durante a busca, incluímos 13 programas não listados no documento oficial enviado pelo MEC, os quais foram identificados em editais integrados com outros programas e/ou em busca manual pela internet.

No total, foram identificados 52 programas de residência em saúde mental, em 43 editais, onde foram coletados dados referentes ao número total de programas de residência em saúde mental com oferta de vagas para ingresso nos anos 2020 e 2021, sua distribuição geográfica, oferta de vagas total e por categoria profissional. Nos sites institucionais, buscou-se o objetivo do programa e/ou sua missão, quando este não estava explícito nos editais.

Os 52 programas de residência em saúde mental identificados, estão distribuídos nas cinco regiões do país, em 19 estados, com uma oferta total de 525 vagas (com ingresso em 2020) e 492 vagas (com ingresso em 2021), como é mostrado na Tabela 1.

Tabela 1: Distribuição de vagas e de programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, com ingresso nos anos 2020 e 2021, por regiões e estados brasileiros.

| <b>Região/Estados</b> | <b>Nº Programas</b> | <b>%</b>     | <b>Vagas 2020</b> | <b>%</b>     | <b>Vagas 2021</b> | <b>%</b>     |
|-----------------------|---------------------|--------------|-------------------|--------------|-------------------|--------------|
| <b>Norte</b>          | <b>4</b>            | <b>7,7%</b>  | <b>40</b>         | <b>7,6%</b>  | <b>42</b>         | <b>8,5%</b>  |
| Amapá                 | 1                   | 1,9%         | 7                 | 1,3%         | 7                 | 0%           |
| Pará                  | 1                   | 1,9%         | 13                | 2,5%         | 13                | 2,8%         |
| Rondônia              | 1                   | 1,9%         | 6                 | 1,1%         | 6                 | 1,3%         |
| Tocantins             | 1                   | 1,9%         | 14                | 2,7%         | 16                | 3,4%         |
| <b>Nordeste</b>       | <b>13</b>           | <b>25%</b>   | <b>150</b>        | <b>28,6%</b> | <b>141</b>        | <b>28,6%</b> |
| Bahia                 | 2                   | 3,8%         | 13                | 2,5%         | 14                | 3,0%         |
| Ceará                 | 3                   | 5,8%         | 68                | 13,0%        | 68                | 14,6%        |
| Paraíba               | 1                   | 1,9%         | 20                | 3,8%         | 20                | 4,3%         |
| Pernambuco            | 5                   | 9,6%         | 36                | 5,9%         | 36                | 7,7%         |
| Rio Grande do Norte   | 1                   | 1,9%         | 3                 | 0,6%         | 3                 | 0,6%         |
| Sergipe               | 1                   | 1,9%         | 10                | 1,9%         | 0                 | 0%           |
| <b>Centro – Oeste</b> | <b>4</b>            | <b>7,7%</b>  | <b>46</b>         | <b>8,8%</b>  | <b>51</b>         | <b>10,4%</b> |
| Distrito Federal      | 3                   | 5,8%         | 43                | 8,3%         | 48                | 10,3%        |
| Mato Grosso do Sul    | 1                   | 1,9%         | 3                 | 0,6%         | 3                 | 0,6%         |
| <b>Sudeste</b>        | <b>17</b>           | <b>32,7%</b> | <b>173</b>        | <b>32,9%</b> | <b>151</b>        | <b>30,7%</b> |
| Espírito Santo        | 1                   | 1,9%         | 20                | 3,8%         | 20                | 4,3%         |
| Minas Gerais          | 4                   | 7,7%         | 32                | 6,1%         | 27                | 5,8%         |
| Rio de Janeiro        | 3                   | 5,8%         | 46                | 8,8%         | 46                | 5,6%         |
| São Paulo             | 9                   | 17,3%        | 75                | 14,4%        | 58                | 12,5%        |
| <b>Sul</b>            | <b>14</b>           | <b>26,9%</b> | <b>117</b>        | <b>22,3%</b> | <b>108</b>        | <b>21,9%</b> |
| Paraná                | 3                   | 5,8%         | 19                | 3,6%         | 18                | 3,9%         |
| Santa Catarina        | 1                   | 1,9%         | 15                | 2,9%         | 15                | 3,2%         |
| Rio Grande do Sul     | 10                  | 19,2%        | 83                | 15,9%        | 75                | 16,1%        |
| <b>Total</b>          | <b>52</b>           | <b>100%</b>  | <b>525</b>        | <b>100%</b>  | <b>492</b>        | <b>100%</b>  |

Fonte: Elaboração própria (2021).

Observamos que há um maior número de programas de residência em saúde mental na região Sudeste (17), seguido do Sul (14) e Nordeste (13). O estudo de

Sarmiento et al. (2017), que analisou a distribuição da oferta de programas de residência multiprofissional em saúde no período de 2009 a 2015, observou um aumento dos programas ofertados no cenário nacional, com tendência de concentração na região Sudeste, em especial, em São Paulo, seguida das regiões Nordeste e Sul. As regiões Norte e Centro-Oeste, também foram as que apresentaram menor número de oferta de programas. Percebemos que, com relação ao número de vagas ofertadas por ano, a região Sudeste continuou a apresentar o maior número, porém seguida da região Nordeste.

Identificamos que, dos 52 programas de residência em saúde mental, 31 são ofertados nas capitais brasileiras, e 21 estão em municípios do interior do Brasil. Dentre esses programas, três são regionais (com ofertas de vagas para diferentes municípios em uma única residência multiprofissional), sendo eles localizados nos seguintes estados: Espírito Santo (com vagas na capital e em outros três municípios); Ceará (com vagas na capital e em outros 11 municípios) e Rio Grande do Sul (com vagas em quatro municípios do interior do estado). Além disso, um dos programas caracteriza-se como interestadual, incluindo nos cenários de prática municípios da macrorregião norte da Bahia e macrorregião de Petrolina, no estado de Pernambuco.

Não localizamos programas de residência em Saúde Mental ativos nos seguintes estados: Acre, Alagoas, Amazonas, Maranhão, Mato Grosso, Piauí e Roraima. Além disso, nos estados de Santa Catarina e Rondônia, há oferta de programas apenas no interior.

Os programas de Residência Multiprofissional em Saúde apresentam como eixos norteadores a regionalização, a descentralização e a interiorização do trabalho em saúde. Desse modo, são uma “proposta de formação com potencial para fixação de profissionais em regiões onde há restrição de oferta de serviços de saúde, fortalecendo os laços de responsabilidade com as comunidades” (SARMENTO et al., 2017, p.421). Observamos que esse processo de interiorização está presente em nove estados (que concentram, como já citado, os 21 municípios com programas de residência em saúde mental). Identificamos, porém, que há a necessidade de estudos para identificação de ociosidade de vagas e se essas ofertas têm favorecido a fixação de profissionais, preconizadas pela RMS.

Onocko-Campos, Emerich e Ricci (2019) apontaram que até o ano de 2010, existiam apenas seis vagas para residência multiprofissional em saúde mental, em um único estado. Houve expressivo aumento de ofertas nos anos de 2013 (95 vagas),

2014 (68 vagas) e 2015 (54 vagas). Em 2017, 29 programas, distribuídos em dez estados brasileiros, contavam com 300 vagas<sup>12</sup>.

Observamos, assim, uma expansão dos programas de residência em saúde mental nos últimos anos, até 2020. Em 2021, obteve-se uma queda na oferta de 33 vagas. A Figura 3 retrata essa evolução do número de vagas por ano.

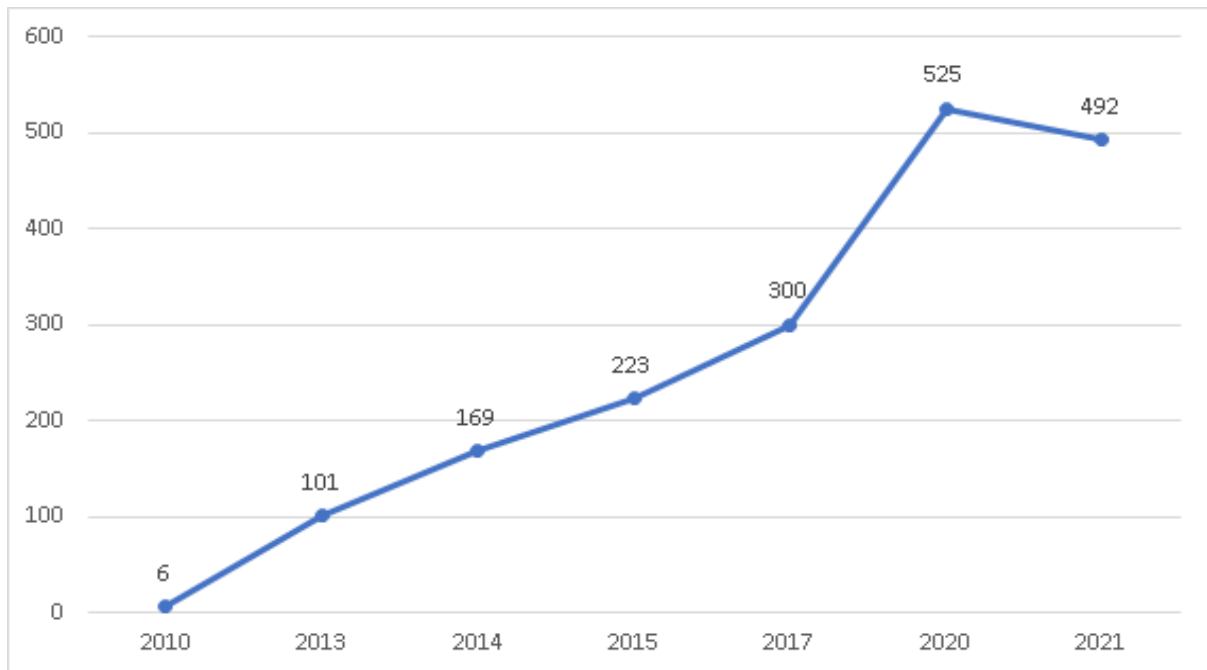


Figura 3: Evolução do número de vagas ofertadas por ano nos programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental (2010 – 2021). Fonte: Elaboração própria (2021) com base em dados de Onocko-Campos; Emerich e Ricci (2019) acrescido dos dados coletados pela pesquisadora de 2020 e 2021.

Não tivemos como objetivo, neste momento, mapear os motivos de redução de vagas e a não abertura de novas turmas dos programas. Acreditamos que o cenário de pandemia da covid-19 possa ter impactado no desenvolvimento das residências, assim como um contexto de sucateamento de serviços públicos, porém, há a necessidade de investigação.

Para ser caracterizado como um programa de residência multiprofissional, devem estar presentes, pelo menos, três categorias profissionais distintas. Em nosso estudo, identificamos dez categorias profissionais nos programas de residência em saúde mental: enfermagem; educação física; farmácia; fisioterapia; fonoaudiologia;

<sup>12</sup> Dados informados pelo Ministério da Saúde, via e-SIC (N.º 2368225), em novembro de 2017. Nota Técnica N.º 42- SEI/2017 - CGEAP/DEPREPS/SGTES/MS.

nutrição; odontologia; psicologia; serviço social; e terapia ocupacional. A Figura 4 apresenta a distribuição de vagas por profissão nos anos de ingresso de 2020 e 2021.

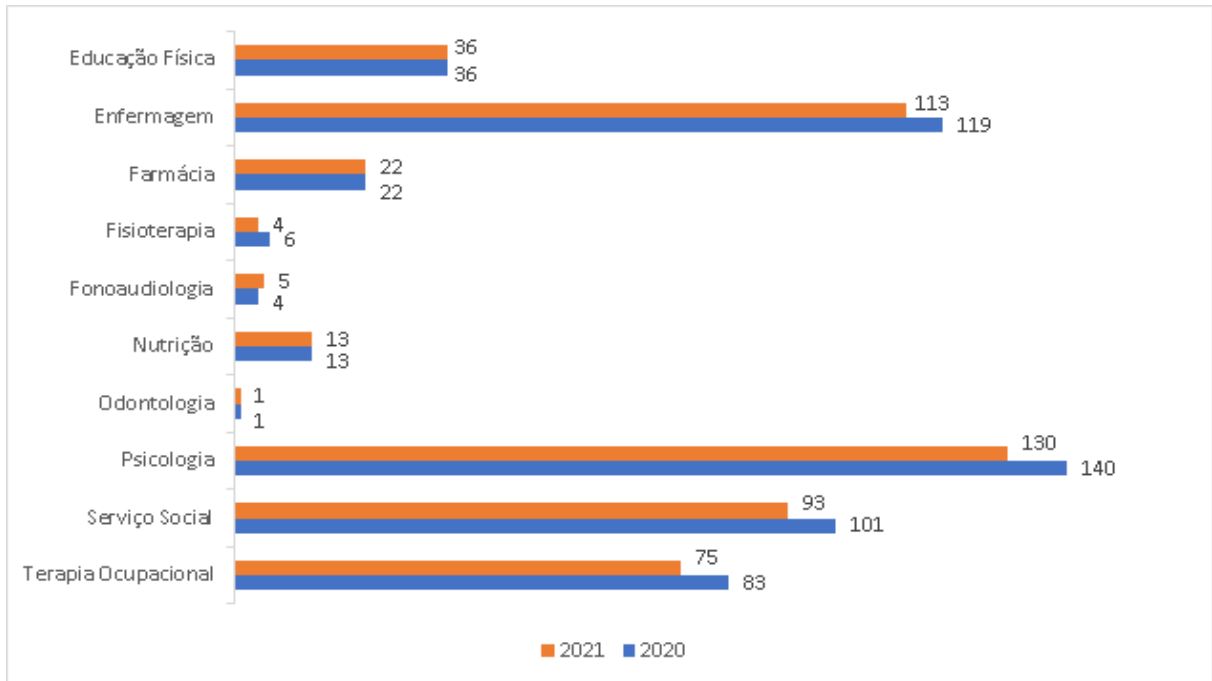


Figura 4 – Distribuição quantitativa de vagas nos programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, por categoria profissional, com ingresso nos anos de 2020 e 2021. Fonte: Elaboração própria (2021).

Os programas de residência multiprofissional em saúde mental ofertaram vagas para, no mínimo, três categorias profissionais e, no máximo, sete. O mais prevalente, identificado em dezoito programas, foi a composição de apenas três categorias profissionais, sendo a psicologia, a enfermagem e o serviço social (respectivamente). Esta composição esteve presente em treze programas de residência.

Quinze programas de residência contavam com cinco categorias profissionais, sendo que, em sete delas, estiveram presentes as três profissões anteriores, a terapia ocupacional e a educação física (respectivamente, o quarto e quinto núcleo profissional com maior oferta de vagas).

A Organização Mundial da Saúde define a educação interprofissional como “[...] o aprendizado que ocorre quando estudantes de duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para possibilitar a colaboração eficaz e melhorar os resultados de saúde” (OMS, 2010, p. 7), os quais são favorecidos nos programas de RMS.



A constituição de equipes interdisciplinares e interprofissionais tem como pressupostos superar a fragmentação do trabalho e da individualização biomédica; buscar a reconstituição da integralidade do trabalho coletivo em saúde e qualificar os profissionais, visando democratizar o contexto do trabalho e a efetivação de um cuidado integral (PEDUZZI et al, 2020).

A finalidade da educação interprofissional está na direção do desenvolvimento do trabalho interprofissional e de práticas colaborativas. Entretanto, ter diferentes composições com as dez categorias profissionais identificadas nos programas de residência multiprofissional em saúde mental não garante que ocorra um trabalho na lógica interprofissional, preconizado pelas RMS.

Dos 52 programas de residência em saúde mental, quatro são de Saúde Mental Coletiva; três estão voltados para a atenção ao usuário de álcool e outras drogas (porém, com diferentes terminologias no nome do programa, tal como “dependência química” e “atenção integral ao usuário de drogas”); um está voltado exclusivamente para a saúde mental de adultos; um para a infância e juventude; dois se caracterizam como programa de residência hospitalar e um como de saúde coletiva, mas ambos com área de concentração na saúde mental; e outro com ênfase na atenção básica. O restante (39) não traz especificações nesse sentido. Porém, traz diferenças nos termos adotados nos nomes de seus programas: Rede de Atenção Psicossocial (4); Saúde Mental no Sistema Público de Saúde (1); e Saúde Mental (34).

O termo “Residência Integrada” caracteriza o nome de treze desses programas de RMS em saúde mental. De acordo com Torres et al. (2019), o termo ainda não foi adotado oficialmente pela CNRMS, embora seja encontrado em alguns programas e represente um modelo de se pensar e fazer as residências.

Para Poellnitz e Silva (2019), os termos são expressões que nomeiam fenômenos e/ou objetos e podem ter conceitos atrelados a eles. O que essas diferentes denominações dos programas de residência dizem dos modelos de atenção em saúde mental?

*CAPÍTULO 3*

*PRECEPTORIA: ALGUMAS APROXIMAÇÕES*

## 1 A prática da preceptoria: apontamentos iniciais

“Eu acredito que o preceptor tem muito de Quirón né. Foi aquele que foi ferido e que não cura a sua ferida. Ou por uma experiência quer queira quer não foi frustrante na nossa graduação, na nossa especialização, esses movimentos né. E aí a gente tenta fazer diferente né. A gente tenta partir de uma outra proposta né”

(P50, terapeuta ocupacional, EG).

Desde a mitologia grega, faz-se menção à figura do preceptor, como pode ser resgatado na fala acima da participante na entrevista grupal. Quirón, um centauro que tinha o domínio da cura e do autoconhecimento, foi atingido por uma flecha envenenada que lhe causou uma ferida incurável, e que, ao mesmo tempo, aprofundou sua sensibilidade quanto ao sofrimento e ao tratamento. Foi preceptor de Asclépio e tinha habilidade para o desenvolvimento de potencialidades de seus discípulos, sendo superado por ele na arte de curar (SIMÕES, 2011).

Na área da saúde, o preceptor é um profissional que acompanha os estudantes em serviço (tanto da graduação como da pós-graduação), enquanto desenvolve suas funções assistenciais. Para Botti e Rego (2008), tem como função principal favorecer o desenvolvimento de habilidades mais voltadas à clínica assim como avaliar o profissional em formação.

De acordo com a resolução CNRMS n.º2, de 13 de abril de 2012 (CNRMS, 2012), o preceptor tem como atribuições:

I.acompanhar a execução do PP, propondo ajustes e mudanças, quando necessários, à coordenação; II.assessorar a coordenação dos programas no processo de planejamento, implementação, acompanhamento e avaliação das ações teóricas, teórico-práticas e práticas inerentes ao desenvolvimento do programa, propondo ajustes e mudanças quando necessários; III.promover a institucionalização de novos processos de gestão, atenção e formação em saúde, visando o fortalecimento ou construção de ações integradas na(s) respectiva(s) área de concentração, entre equipe, entre serviços e nas redes de atenção do SUS; IV.estruturar e desenvolver grupos de estudo e de pesquisa, que fomentem a produção de projetos de pesquisa e projetos de intervenção voltados à produção de conhecimento e de tecnologias que integrem ensino e serviço para a qualificação do SUS.

Ceccim et al. (2018) abordam que a identidade do fazer do preceptor está vinculada à categoria profissional, “ou seja, cuidar da reflexão e da problematização da categoria da qual cada profissional e ele mesmo faz parte, articulando o saber da categoria com a realidade do território” (p.116); já a do tutor na “facilitação da equipe

multiprofissional, visando promover o diálogo entre os diversos saberes, que originariamente se encontram desarticulados, tendo como foco o território, a relação da equipe com a unidade de saúde e com seus respectivos profissionais” (p.115). Consideram, ainda, que, embora tenham oscilações quanto às definições de papéis, ambos são os principais atores das funções do corpo docente- assistencial nas residências.

Como são apontadas na literatura diferenças quanto às diferentes nomenclaturas pelos diferentes educadores nessa interface da saúde e ensino, uma das perguntas de nosso questionário online foi com relação ao termo utilizado para a sua prática pedagógica em serviço e, nesta pesquisa, todos os participantes referiram utilizar o termo preceptoria.

Em estudo sobre a percepção da atividade de preceptoria em um programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS), Souza e Ferreira (2019) abordaram como uma das dimensões as “características do preceptor ideal”, na qual incluíram que ele deve possuir competência técnica e habilidade para ensinar seus alunos. Além disso, ele deve considerar sempre as dificuldades enfrentadas pelos alunos no processo de ensino e aprendizagem, estabelecendo um bom relacionamento interpessoal com a equipe e os alunos. Deve agir com ética e visando promover a interprofissionalidade. Além disso, ele deve ser disponível e acessível aos seus alunos.

Constantinidis e Cunha (2013), ao pensar a formação<sup>13</sup>, para além de uma cisão entre o que é ideal e o que é real, nos convidam a olhar para esses processos “como um espaço aberto, multivetorial, que possa produzir diferenciações, experimentações, afirmar modos de existência singular” (p.153).

Onocko-Campos et al. (2019), partem da perspectiva de que o preceptor tem a função de suporte pedagógico à formação, a partir da disponibilidade para acolher as demandas dos residentes, construindo conjuntamente as estratégias para lidar com as questões cotidianas do trabalho, mais especificamente da clínica de saúde mental. Consideram que não é esperado que o preceptor partilhe dos mesmos referenciais teóricos dos residentes que acompanha ou, até mesmo, tenha todas as respostas de

---

<sup>13</sup> No estudo, as autoras discutiram a formação em terapia ocupacional, ao olhar para o processo de idealização da profissão dos alunos de uma universidade, comparando-o com a realidade das experiências práticas, e estabelecendo uma relação com o processo de formação. Embora não seja específico para a preceptoria, nos trazem elementos para pensar essa relação, que dialogam com nosso estudo.

suas questões. O que se espera é que este profissional “aceite a aventura de participar das descobertas, ora acolhendo, ora ofertando, ora formulando perguntas conjuntamente” (p.9).

## **2 Caracterização das preceptoras e preceptores participantes da pesquisa.**

Antes de dar passagem às dimensões da prática da preceptoria, faremos uma breve caracterização dos preceptores que protagonizaram esse percurso. Como abordado no percurso metodológico, utilizamos como estratégias para o encontro com os(as) preceptores(as) o questionário online (QOL) e uma entrevista grupal. Foram 53 participantes, os quais foram representados em suas narrativas pela letra P e o número correspondente (de 1 a 53), seguido de seu núcleo profissional e da estratégia pela qual produziu-se o dado (QOL ou EG).

Iniciaremos com a caracterização com base no bloco A do Questionário *online*. Ao final do subcapítulo, traremos alguns dados gerais fazendo um recorte dos participantes da entrevista grupal.

Tabela 2: Caracterização dos(as) preceptores(as) quanto ao gênero, idade, raça e local de atuação, 2021.

| <b>Características</b>        | <b>N</b> | <b>%</b> |
|-------------------------------|----------|----------|
| <b>Gênero</b>                 |          |          |
| Feminino                      | 39       | 73,6     |
| Masculino                     | 13       | 24,5     |
| Não binário                   | 1        | 1,9      |
| <b>Faixa etária (em anos)</b> |          |          |
| 25 a 30                       | 7        | 13,2     |
| 31 a 40                       | 28       | 52,8     |
| 41 a 50                       | 8        | 15,1     |
| 51 a 60                       | 6        | 11,3     |
| Acima de 60                   | 3        | 5,7      |
| Não responderam               | 1        | 1,9      |
| <b>Raça</b>                   |          |          |
| Branco                        | 38       | 71,7     |
| Negro                         | 14       | 26,4     |
| Amarelo                       | 1        | 1,9      |

Fonte: Autoria própria (2022).

Tivemos a participação de 53 preceptores(as), sendo a maioria do gênero feminino (73,6%), acompanhando o perfil geral de profissionais de saúde, abordado em outros estudos (MARCONDES, 2013; VIEIRA, ANIDO e KALIFE, 2022).

A maioria (71,7%) se autodeclarou branco(a), e a faixa etária mais prevalente foi entre 31 e 40 anos (52,8%). Tivemos a participação de preceptores(as) das cinco regiões do país, provenientes de 14 estados brasileiros, com a seguinte concentração por região: 41,5% do Sudeste; 34% do Nordeste; 17% do Sul, 5,7% do Centro-Oeste e 1,9% da região Norte. A tabela 3 mostra essa distribuição.

Tabela 3: Caracterização dos(as) preceptores(as) quanto à região, 2021.

| <b>Região</b>       | <b>N</b> | <b>%</b> |
|---------------------|----------|----------|
| <b>Centro-Oeste</b> | 3        | 5,7      |
| Distrito Federal    | 3        | 5,7      |
| <b>Nordeste</b>     | 18       | 34       |
| Bahia               | 2        | 3,8      |
| Ceará               | 1        | 1,9      |
| Paraíba             | 2        | 3,8      |
| Pernambuco          | 8        | 15       |
| Piauí               | 1        | 1,9      |
| Sergipe             | 4        | 7,5      |
| Norte               | 1        | 1,9      |
| Tocantins           | 1        | 1,9      |
| <b>Sudeste</b>      | 22       | 41,5     |
| Espírito Santo      | 1        | 1,9      |
| Minas Gerais        | 1        | 1,9      |
| Rio de Janeiro      | 5        | 9,4      |
| São Paulo           | 15       | 28,3     |
| <b>Sul</b>          | 9        | 17       |
| Rio Grande do Sul   | 8        | 15       |
| Santa Catarina      | 1        | 1,9      |

Fonte: Autoria própria (2022).

Quanto à formação de graduação, estiveram presentes dez, sendo elas: Psicologia (24,5%); Serviço Social (18,9%); Terapia Ocupacional e Enfermagem (15%); Medicina (9,4%); Educação Física, Farmácia, Fonoaudiologia e Pedagogia (3,8%); e Nutrição (1,9%).

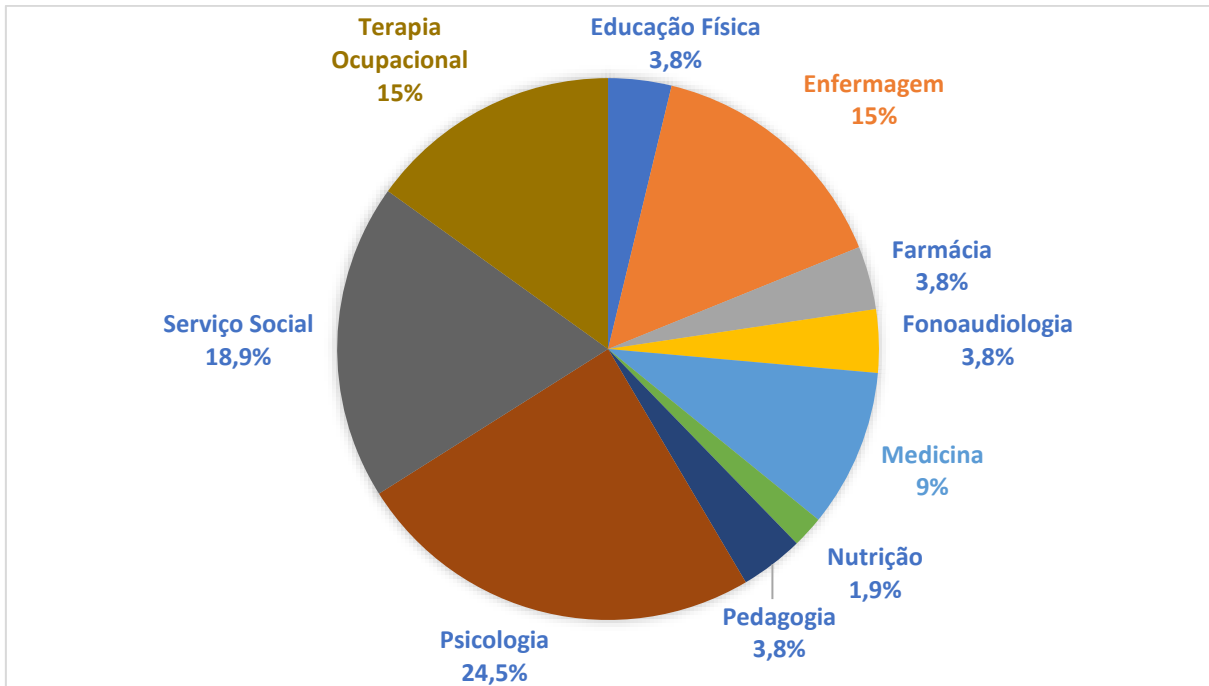


Figura 5: Caracterização dos(as) preceptores(as) quanto à profissão. Fonte: Elaboração própria (2021).

Nota-se que as quatro categorias com maior participação, correspondem às categorias com maior número de inserção nas residências (destinação de vagas).

A maioria (60,4%) fez sua formação de graduação em IES pública, 37,7% em IES privada e uma pessoa não respondeu a essa questão, o que corresponde a 1,9%. Quanto ao tempo de formado(a), 34% se formaram entre 6 e 10 anos; 24,5%, entre 11 e 15 anos; 18,9%, há mais de 20 anos e 11,3%, se formaram entre 16 e 20 anos ou entre 3 e 5 anos. Não houve a participação de recém-formados, o que já era esperado pelo caráter da preceptoría.

Quanto à realização de cursos de pós-graduação, 94,3% afirmaram ter realizado (Figuras 6). Sendo assim, a maioria dos profissionais atende à exigência de título de especialista para exercer a prática da preceptoría em programas de residência.



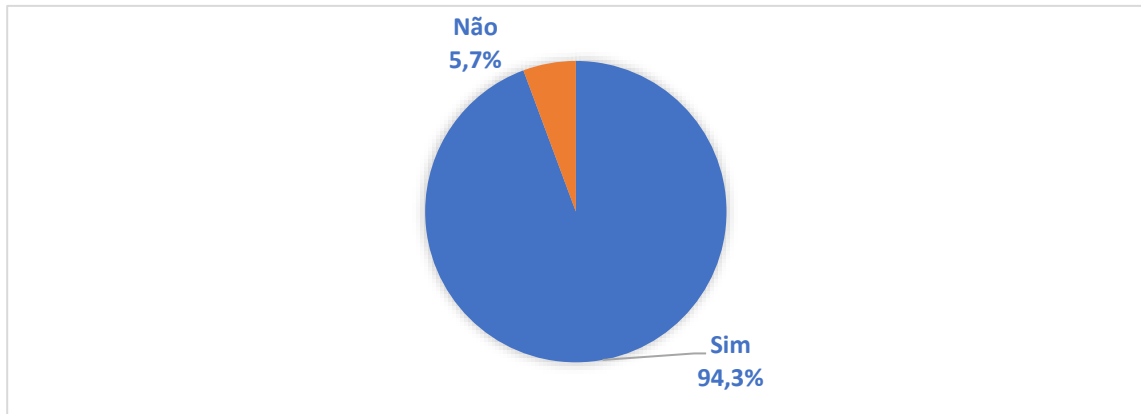


Figura 6: Realização de pós-graduação. Fonte: Elaboração própria (2021).

Destes que realizaram pós-graduação, 52% realizaram mais de uma modalidade. A figura 7 aborda as modalidades de pós-graduação realizada pelos(as) preceptores(as) participantes da pesquisa.

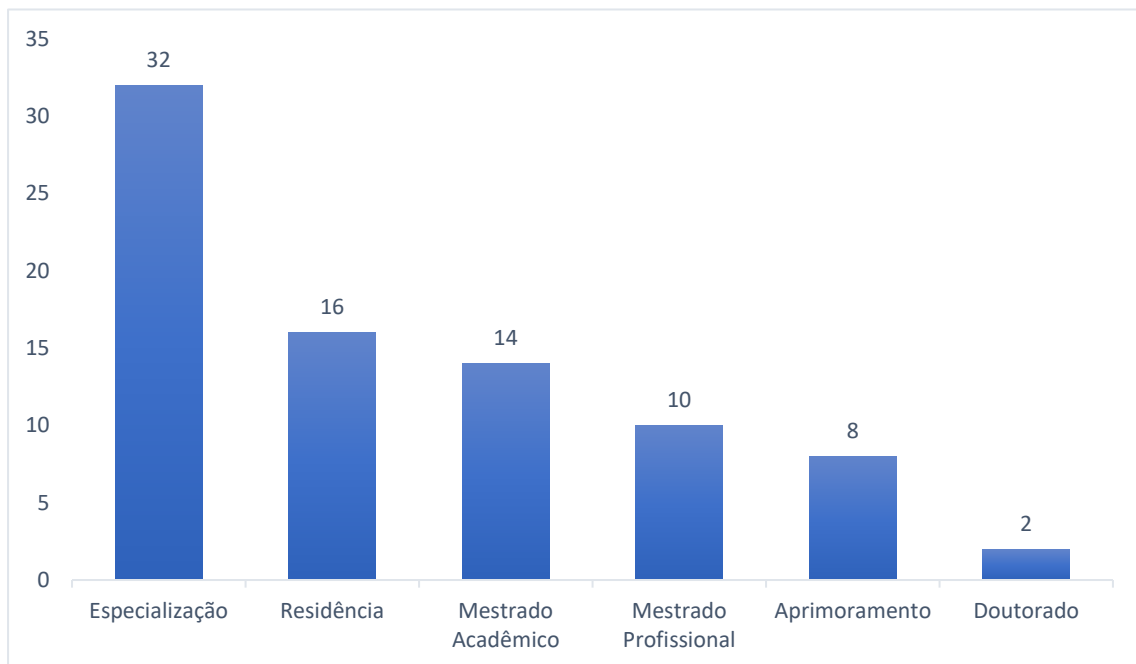


Figura 7: Modalidade da pós-graduação realizada pelos(as) preceptores(as). Fonte: Elaboração própria (2021).

As áreas de concentração dos cursos de pós-graduação foram diversas, sendo a mais prevalente a Saúde Mental. Além dela, as mais citadas foram: Saúde Coletiva, Saúde da Família, Gestão de Políticas Públicas e Planejamento, além de formações específicas aos núcleos profissionais.

Além dessas áreas, a formação específica para a prática da preceptoría (a partir de cursos de especialização ou aprimoramento) foi citada apenas por 11,3% dos(as)

preceptores(as). A formação para preceptorar será explorada no capítulo 4, na dimensão do habitar o mundo da educação.

A tabela 4, a seguir, aborda a caracterização dos(as) preceptores(as) quanto à instituição empregadora, seu regime de trabalho, carga horária e local de atuação. A maioria dos(as) participantes atua em serviço público (81,1%), com regimes de trabalho predominantemente estatutário (49%) seguido de CLT (34%) e carga horária de trabalho de 30 (41,5%) e 40 horas (28,3%).

Quanto ao local de atuação, este se refere ao cenário de prática do residente. Há uma predominância de atuação em CAPS, em suas diferentes modalidades (58,5%). Dos 7 preceptores (13,2%) que atuam na atenção básica, 4 estão em UBS/USF; 2 em NASF e 1 em Centro de Convivência (CECO). Já como “outros” (11,3%) estiveram presentes: serviços de abordagem social, policlínica, hospitais-dias e serviços de urgência/emergência.

Tabela 4: Caracterização dos(as) preceptores(as) quanto à instituição empregadora, regime de trabalho, carga horária e local de atuação, 2021.

| <b>Características</b>                       | <b>N</b> | <b>%</b> |
|--|----------|----------|
| <b>Instituição Empregadora</b>               |          |          |
| Serviço Público                              | 43       | 81,1     |
| Entidade Filantrópica e/ou Terceiro Setor    | 8        | 15,1     |
| Organização Social                           | 2        | 3,8      |
| <b>Regime de Trabalho</b>                    |          |          |
| Estatutário                                  | 26       | 49       |
| CLT  | 18       | 34       |
| Contrato                                     | 5        | 9,4      |
| Outro  | 3        | 5,7      |
| Em branco                                    | 1        | 1,9      |
| Não responderam                              | 1        | 1,9      |
| <b>Carga horária</b>                         |          |          |
| 30h  | 22       | 41,5     |
| 40h  | 15       | 28,3     |
| 20h  | 7        | 13,2     |
| 32h  | 1        | 1,9      |
| 36h  | 1        | 1,9      |
| <b>Local de atuação</b>                      |          |          |
| CAPS   | 31       | 58,5     |
| Atenção Básica                               | 7        | 13,2     |
| Outros                                       | 6        | 11,3     |
| Hospital Psiquiátrico                        | 4        | 7,5      |
| Enfermaria de Saúde Mental em Hospital Geral | 3        | 5,7      |
| Ambulatório de Saúde Mental                  | 2        | 3,8      |

Fonte: Autoria própria (2022).

O número de preceptores(as) formados(as) pela universidade pública, tanto quanto o número de preceptoria ofertadas pela rede pública em relação a privada, leva-nos a inferir que a sustentação das práticas de formação em serviço está sendo viabilizada de forma mais substancial pela rede pública de ensino e de saúde, e no

que se refere à rede de saúde, uma presença mais marcante da rede comunitária do que hospitalar nas residências de saúde mental.

Quanto ao tempo de atuação no cenário que está inserido atualmente, obteve-se uma maior variação, com predominância de até 3 anos (28,3%). Já quanto ao tempo de atuação na preceptoria, até 3 anos também esteve mais presente (30,2%), como é possível observar na tabela 5.

Tabela 5: Caracterização dos(as) preceptores(as) quanto ao tempo de atuação no local e tempo de atuação como preceptor(a), 2021.

| <b>Características</b>                 | <b>N</b> | <b>%</b> |
|--|----------|----------|
| <b>Tempo de atuação no local</b>       |          |          |
| Até 1 ano                              | 4        | 7,5      |
| Até 3 anos                             | 15       | 28,3     |
| Até 5 anos                             | 10       | 18,9     |
| Até 7 anos                             | 9        | 17       |
| Até 15 anos                            | 8        | 15       |
| Até 20 anos                            | 4        | 7,5      |
| Mais de 20 anos                        | 3        | 5,7      |
| <b>Tempo de atuação na preceptoria</b> |          |          |
| Até 1 ano                              | 13       | 24,5     |
| Até 3 anos                             | 16       | 30,2     |
| Até 5 anos                             | 7        | 13,2     |
| Até 10 anos                            | 12       | 22,6     |
| Mais de 10 anos                        | 5        | 9,4      |

Fonte: Autoria própria (2022).

Com relação ao número de residentes para acompanhamento por preceptor, a maioria recebe de 1 a 2 (43,4%), seguido de 3 a 4 (30,2%). Para 26,4% dos preceptores respondentes, esse número foi de 5 ou mais.

Considerando que os(as) participantes da entrevista grupal já estão incluídos na caracterização geral dos(as) preceptores(as), elaboramos o quadro 1, a seguir, que reúne aspectos mais gerais destes participantes, a fim de auxiliar a visualização dos que compuseram esta estratégia de produção de dados, abordando a sua

identificação numérica (que seguirá a mesma de sua participação no QOL, como já exposto), seu gênero, suas profissões, locais de atuação, vínculo de trabalho e cidade.

Quadro 1: Caracterização dos(as) participantes da entrevista grupal.

| <b>Id.</b> | <b>Gênero</b> | <b>Raça</b> | <b>Profissão</b>      | <b>Locais de atuação</b>   | <b>Cidade/Estado</b> |
|------------|---------------|-------------|-----------------------|----------------------------|----------------------|
| P14        | Feminino      | Branca      | Terapeuta Ocupacional | Hospital Psiquiátrico      | Rio de Janeiro/RJ    |
| P18        | Feminino      | Branca      | Psicóloga             | CAPS II e Enfermaria de SM | Porto Alegre/RS      |
| P33        | Feminino      | Branca      | Fonoaudióloga         | CAPS ij                    | Campinas/SP          |
| P46        | Feminino      | Branca      | Enfermeira            | CAPS ad III                | Campinas/SP          |
| P47        | Feminino      | Branca      | Terapeuta Ocupacional | Centro de Convivência      | Campinas/SP          |
| P50        | Feminino      | Negra       | Terapeuta Ocupacional | CAPS ad III                | João Pessoa/PB       |
| P53        | Masculino     | Branco      | Psicólogo             | CAPS ad III                | São Paulo/SP         |

Fonte: Elaboração própria (2022).

No próximo capítulo, voltaremos para alguns aspectos dessa caracterização, além de incluirmos outros dados produzidos nesse percurso em diálogo com o texto, compreendendo que o movimento da pesquisa não se dá em linha reta, e os caminhos percorridos na escrita dos capítulos se entrecruzam.

*CAPÍTULO 4*  
*HABITAR FRONTEIRAS: TRANSBORDAMENTOS DA*  
*PRECEPTORIA NA SAÚDE MENTAL*

*Preceptorar é educar e aprender  
É se lançar a um mar de  
possibilidades e desafios  
É buscar se equilibrar e seguir  
adiante na calma ou na tempestade  
É mergulhar num oceano de  
inspirações e saberes infinitos  
É doar um pouco de si e ganhar  
um mundo do outro  
É nutrir a alma de esperança  
(registro no Padlet de L.C. abril/2021)*

*Círculos,  
ciclos,  
espinhos,  
transformAÇÕES.  
(registro no Padlet,  
maio/2021)*

Neste capítulo, que remete ao próprio título da tese, abordamos a preceptoria na formação profissional em saúde mental, buscando um maior diálogo com as narrativas que emergiram na pesquisa. Inicialmente, o título incluía o termo “práticas” da preceptoria, mas após reflexões durante o momento da defesa, optamos por adotar o termo “transbordamento”. Essa escolha visa evocar a noção de um habitar que vai além das fronteiras tradicionais e que convoca lidar com um conjunto de tensões, considerando a complexidade inerente ao exercício da preceptoria.

Como terapeuta ocupacional e apreciadora dos fazeres<sup>14</sup>, daremos ênfase à atividade humana de preceptorar. Nos apoiaremos na compreensão de Quarentei (2007), sobre as atividades humanas como

**ACONTECIMENTOS DE VIDA**, com dupla vinculação. Estão ligados às necessidades... isto é, ao que é necessário a continuidade seja do ponto de vista da sobrevivência, do crescimento, da sociedade, da cultura, etc.. e ligadas a algo que guarda um **mistério... a CRIAÇÃO DE MAIS-VIDA** em tudo que é vivo (QUARENTEI, 2007, p.9. grifos da autora).

Assim, olharemos para a prática da preceptoria como um conjunto amplo de atividades que habitam fronteiras permeáveis, em conformidade com a ideia de dupla vinculação mencionada pela autora. Neste contexto de habitar fronteiras, consideraremos as atividades de preceptoria a partir de três dimensões de análise, e que emergiram no processo da/na pesquisa: 1) Habitar o mundo do trabalho, 2) Habitar o mundo da educação e 3) Habitar o mundo da residência. A figura 8 abaixo, representa visualmente estes resultados.

---

<sup>14</sup> Fazendo referência a Quarentei (2007, p. 10), a qual diz que “Há que se operar na TO um delicado e intenso processo de **APRECIÇÃO DOS FAZERES**... saber do gosto, do sabor, atribuir valor. Saber o que ilumina o olhar ou o apaga” (grifo da autora).



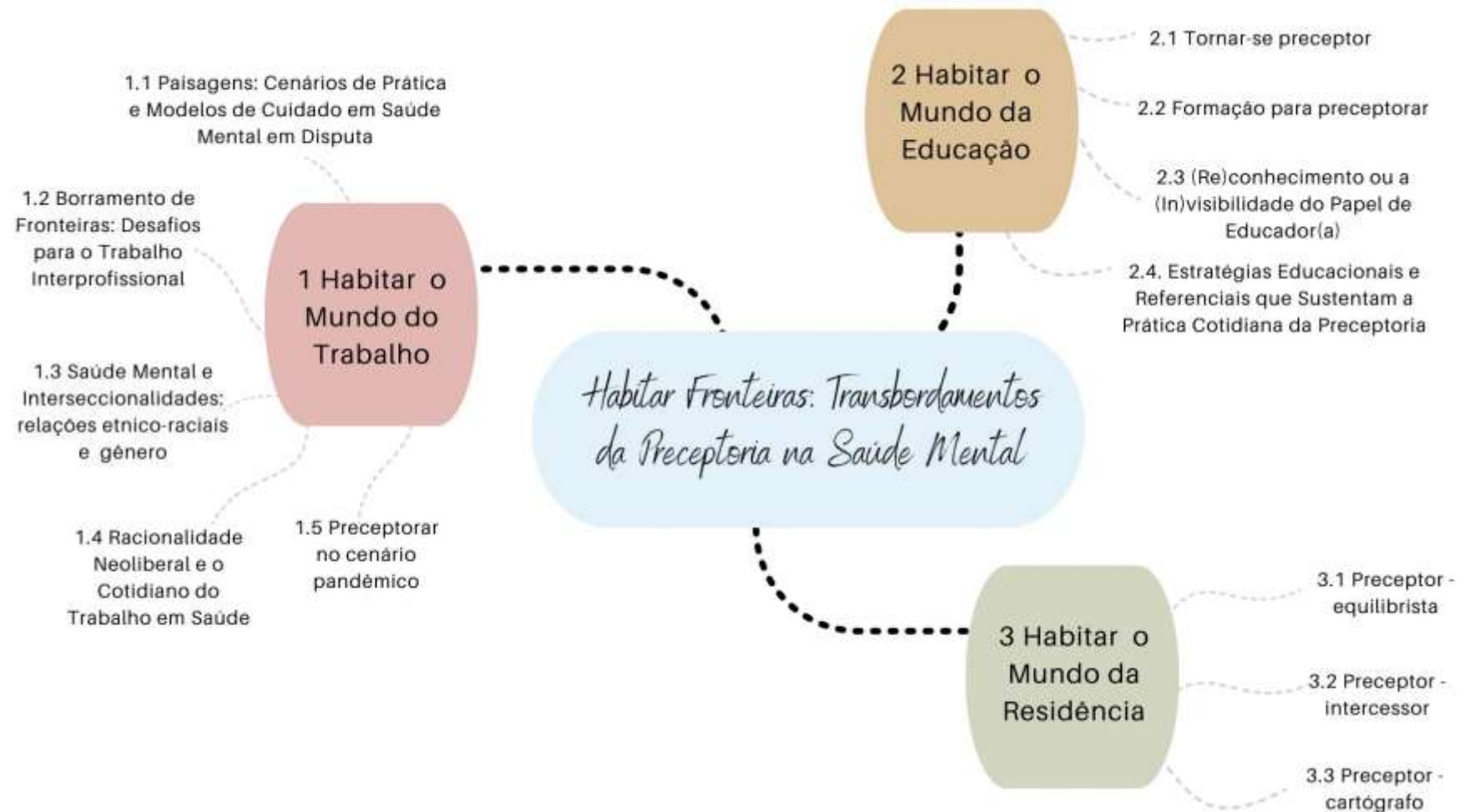


Figura 8: Representação visual dos resultados da pesquisa. Autoria própria (2023).

O primeiro abordará a dimensão do campo da saúde e as ações (ou fazeres) que compõem e estão envolvidas no trabalho dos profissionais da saúde, mais especificamente, no campo da saúde mental. O segundo trata do âmbito da formação, incorporando a dimensão educacional e/ou pedagógica da prática da preceptoria. Por fim, o último aborda a dimensão da emergência de práticas da preceptoria, destacando que essa separação é feita para fins de apresentação, reconhecendo que na prática essas dimensões se entrelaçam. Nosso objetivo foi problematizar as questões que atravessam e transbordam da preceptoria, dando passagem ao devir-preceptor(a).

Partimos da compreensão de que uma das atribuições dos(as) trabalhadores(as) do SUS é contribuir para a formação, seja no âmbito da graduação, seja no da pós-graduação. No entanto, através dos dados colhidos no campo e a partir da literatura, observamos que a importância e a visibilidade da educação são frequentemente negligenciadas. Assim, essa separação no texto visa dar destaque a essas posições, propondo uma terceira dimensão que integre esses mundos (trabalho e educação) e que o habitar residência convoca.

Como já exposto no percurso metodológico, buscaremos interpolar os registros dos diferentes dados produzidos ao longo da pesquisa, seja a partir dos QOL, entrevista grupal assim como a partir das reflexões em diário de pesquisa e da articulação com a literatura. Segundo Ferigato, Carvalho e Teixeira (2016), a interpolação de olhares é também um reflexo da interpolação das linhas de força, de criação, de enunciados e de visibilidades do que é produzido na pesquisa. Dessa forma, os dados produzidos acerca da prática da preceptoria e formação profissional em saúde mental se conectam de forma assistemática nesta escrita, incluindo as considerações da autora do texto.

## **1 Habitar o Mundo do Trabalho**

Inicialmente, iremos explorar a dimensão do cuidado em saúde, nesse habitar o mundo do trabalho que compõe a prática da preceptoria, seus cenários, projetos e modelos de cuidado em saúde mental em disputa. Como trabalhador(a) da saúde, o(a) preceptor(a) vivencia desafios relacionados ao cuidado em saúde mental, os quais são compartilhados com os residentes que apoiam a formação. Abordaremos a

dimensão das formas (do que está instituído) e das intervenções (os fazeres em saúde mental instituintes) com base em cinco ideias-força: os cenários de prática e os modelos de cuidado em saúde mental em disputa; o borramento de fronteiras e os desafios para o trabalho interprofissional; saúde mental e interseccionalidades; os impactos da racionalidade neoliberal no cotidiano do trabalho em saúde; e, por fim, os atravessamentos com a pandemia da covid-19 na prática da preceptoria.

### **1.1 Paisagens: cenários de prática e modelos de cuidado em saúde mental em disputa**

Chamamos de paisagens os locais de atuação dos(as) preceptores(as), que são os cenários de prática dos(as) residentes: territórios habitados por relações de saber, de poder e de produção de subjetividade. O que estes cenários revelam? Existem diferentes modelos de cuidado em saúde mental em disputa? Neste subcapítulo, reuniremos o que os(as) participantes revelaram sobre esses aspectos.

Conforme apresentado previamente, o principal local de atuação dos(as) preceptores(as) participantes da pesquisa, o qual é cenário de prática dos residentes, foram os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diferentes modalidades (58,5%).

Scafuto, Saraceno e Delgado (2017) discutem e problematizam os espaços de formação e educação permanente em saúde mental, com foco na perspectiva da desinstitucionalização e da atenção psicossocial. A consolidação de um cuidado territorial e de base comunitária exige cada vez mais da formação dos trabalhadores, e um dos principais desafios é que essa formação favoreça de fato o trabalho intersetorial e interdisciplinar, contribuindo para a superação do paradigma asilar. Nesse sentido, destacamos a importância política da preponderância na pesquisa da formação dos residentes em espaços comunitários, tanto no que se refere à mudança de cultura das práticas de cuidado, por meio da formação, quanto pela predisposição de esses espaços comunitários se abrirem como espaços de formação, fortalecendo o trabalho de suas equipes.

Para Lima e Passos (2019), os programas de residência em saúde mental possuem um potencial significativo para fortalecer a atenção psicossocial, apostando na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) não apenas como um cenário de oferta de

cuidados aos usuários, mas também como um ambiente propício para a formação de profissionais. Ao considerar a RAPS como um cenário privilegiado de formação, os programas de residência direcionam a atenção para as necessidades reais dos usuários e para a promoção de uma assistência mais integral e contextualizada. Com isso, visam favorecer a transformação de práticas tradicionais e estagnadas, efetivando-se por meio da interprofissionalidade e de práticas colaborativas entre os diversos profissionais envolvidos.

No processo de construção do QOL, uma das questões propostas era a que identificava o local de atuação do(a) preceptor(a), no qual recebe/acompanha os residentes. Pelo caráter da questão, algo objetivo pairou na listagem dos diferentes serviços da RAPS: CAPS, NASF-AB, UBS/USF, Centro de Convivência, Consultório na Rua, Enfermaria de Saúde Mental em Hospital Geral, Serviços Residenciais Terapêuticos; Unidades de Acolhimento; Oficinas de Geração de Renda; Ambulatórios de Saúde Mental e um campo para “Outros”. O meu primeiro movimento, enquanto profissional que acredita e defende um cuidado em liberdade foi deixar o Hospital Psiquiátrico (HP) de fora. No entanto, durante o processo de construção coletiva do questionário (em orientação e a partir da contribuição de juízes), o HP foi incluído nas opções de respostas estruturadas do questionário, uma vez que existem e, ainda, são incorporados como cenários de prática.

Amarante e Nunes (2018), ao traçarem um percurso histórico e epistemológico da construção das políticas públicas de saúde mental e atenção psicossocial a partir do SUS, reconhecem avanços alcançados pela reforma psiquiátrica brasileira. Esses avanços incluem a expressiva diminuição de leitos psiquiátricos, que passaram de 80 mil na década de 1970 para 25.988 em 2014. Além disso, houve um aumento significativo dos investimentos com atenção psicossocial, que representava 24,76% em 2002 e passaram a ser de 79,39% em 2013, resultando em uma redução de gastos hospitalares de 75,24% para 20,61% no mesmo período. Essas mudanças caminham para uma lógica de reorientação dos cuidados em saúde mental.

Apesar dos avanços apresentados pelos autores, eles nos chamam a atenção para retrocessos que o SUS e a Reforma Psiquiátrica (RP) têm sofrido. Mais especificamente, no campo da saúde mental, em dezembro de 2017, a Comissão Intergestores Tripartite aprovou resolução que “praticamente resgata o modelo manicomial e dá início a um processo de desmontagem de todo o processo construído

ao longo de décadas no âmbito da RP brasileira” (AMARANTE e NUNES, 2018, p. 2073).

Consideramos que a transformação dos modelos de cuidado é um processo gradual e complexo e, dessa produção para os dias atuais, os retrocessos se ampliaram. Em nossa pesquisa, o HP esteve presente na prática de quatro preceptores(as) participantes da primeira etapa, conforme é possível observar na caracterização quanto ao local de atuação. Embora essa representação fosse menor em comparação com os CAPS, isso me parecia representar muita coisa. Ao compartilhar os dados dos cenários com os(as) preceptores(as) participantes do da entrevista grupal, emergiriam essas questões? Embora duas participantes que atuam em HP se dispuseram a participar do encontro virtual, apenas uma delas compareceu. Essa participante foi a primeira a se apresentar no grupo e trouxe esses questionamentos logo de início.

“E aí quando eu retorno como profissional eu começo a me aproximar ali dos residentes. Éééé... porque, principalmente, porque é um lugar muito duro... É um hospital psiquiátrico. E aí assim o instituto de psiquiatria ele tem inúmeras vertentes ali de pesquisa, de pensamentos e de lógicas de cuidado. Então, quando eu retorno como profissional, para mim era muito importante estar próxima né das pessoas que pensam a atenção psicossocial, apesar de ser um hospital psiquiátrico. E dos produtores de conhecimento nessa linha. E aí eu sempre muito próxima dos residentes, porque de fato é um grupo que move muito essa potência de desinstitucionalização e de atenção psicossocial dentro dessa instituição, principalmente dentro das enfermarias [...]. E aí o que me move é isso, né, o desejo de desmontar essa instituição que é centenária, e que é enfim muito dura, ainda muito médica centrada, nesse lugar especificamente, então para mim a única forma da gente poder transformar esse lugar é dali de dentro e partir da formação de novos profissionais. É isso que me move” (P14, terapeuta ocupacional, GF).

Reconhecer a sua existência e apostar nas relações para transformá-lo foi explicitado nessa primeira fala das participantes, na qual com o encontro com o residente emergiu “a possibilidade de furar a instituição, de forçar o vazamento e recriar o ambiente (...) de estar em movimento, de acolher os furacões afetivos” (DALLEGRAVE e CECCIM, 2018, p.882). Percebo que essa fala ressoou no grupo (corporalmente e em falas), produzindo um sentido comum naqueles participantes sobre o tipo de cuidado que se desejava produzir em suas práticas

“[...] o que me move é por acreditar no cuidado, no cuidado respeitoso, digno e tudo que realmente prega as boas práticas de saúde mental. Por não acreditar mais no esquema obsoleto, de institucionalizar vidas, medicar vidas, né, então muito o que me move é por acreditar que ainda virão muitas outras pessoas que vão contribuir com essa luta, com essa ética profissional né, essa ética do cuidado”. (P50, terapeuta ocupacional, EG).

Dimensão que, também, foi compartilhada por participantes que acessaram os questionários, trazendo uma dimensão da defesa de práticas emancipatórias e em liberdade, incluindo a dimensão da militância que transversaliza as práticas de cuidado e de formação, em especial, na saúde mental, expressa pela luta antimanicomial.

“Formar profissionais comprometidos com a saúde mental, dedicados ao SUS e à saúde da população que utiliza serviços de saúde mental, estimular a criticidade na construção e aplicação dos conhecimentos adquiridos no percurso formativo, promover a clínica ampliada, a interprofissionalidade e a intersetorialidade nas práticas com os residentes, atuar no território para o fortalecimento do sistema comunitário de saúde mental brasileiro e as práticas antimanicomiais, fomentar a educação permanente com a equipe e o compromisso dos residentes em continuarem buscando aperfeiçoamento após o término do período de aprendizado formal” (P22, médica, QOL).

Uma das narrativas que emergiu dos questionários, porém, trouxe divergências quanto a essa dimensão:

“A preceptoria em saúde mental é um desafio principalmente em programas que o projeto pedagógico é muito embasado na Reforma Psiquiátrica, pois além dos desafios da preceptoria em si, que tem que lidar com residentes adoecidos, ainda precisamos lidar com a luta antimanicomial, fato que fica mais presente em que trabalha nos Hospitais psiquiátricos como eu. Não basta termos atitudes pró-reforma, os residentes esperam que nós sejamos militantes também”. (P42, nutricionista, QOL)

Nardi e Ramminger (2007), trazem um questionamento nessa direção “Como a Reforma Psiquiátrica, enquanto um regime de verdades, acolhe aqueles trabalhadores formados prioritariamente fora deste campo e que não têm a disponibilidade de implicação que a reforma exige?”

Em texto que aborda a dimensão da implicação dos profissionais de saúde, por vezes, confundida com o imaginário da militância, embora muitos deles também engajados no movimento antimanicomial, que Vasconcelos e Paulon (2014) trazem essa dimensão da construção de uma ética, “[...]que nos possibilite transpor o limite de experimentar apenas o condicionado pela sociedade da qual fazemos parte, nos aventurando à criação[...].” (VASCONCELOS e PAULON, 2014, p.233). Essa exigência ética do cuidado emergiu como uma potência da preceptoria:

“A aposta no diálogo, e da responsabilidade ético-político, buscando por implicação e responsabilidade com a formação em serviços públicos me parece que é a grande potência desta função.” (P52, psicóloga, QOL).

Nesse sentido, e considerando o investimento público nos programas de Residência em Saúde Mental, enfatizamos a necessidade de que seus processos formativos estejam ancorados no âmbito da Reforma Psiquiátrica.

## **1.2 Borramento de fronteiras: desafios para o trabalho interprofissional**

O trabalho interprofissional, as especificidades do núcleo profissional e do campo da saúde mental estiveram presentes nas falas dos(as) preceptores(as). Adotamos a concepção de núcleo e campo segundo Campos (2000), onde o “núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas” (CAMPOS, 2000, p.220).

Das 53 participantes, 24% referiram que realizavam preceptoria de núcleo, 21%, de campo e 55%, de ambos, demonstrando uma grande prevalência de ações em equipe interprofissional. A cultura interdisciplinar e interprofissional na saúde mental se destaca em relação às outras redes, sendo característico esse borramento das fronteiras.

Para Nardi e Ramminger (2007), no trabalho em equipe nos serviços de saúde mental (excluindo-se o modelo de hospital psiquiátrico) há maior circulação dos lugares nas relações de saber-poder. Discutem, ainda, fazendo referência a Foucault, que neles há uma tentativa “não de negar ou anular as relações de saber/poder, mas de posicionar-se nessas relações com o mínimo de dominação possível” (p.278).

No entanto, percebemos que existem núcleos mais ou menos diluídos em suas especificidades na construção dessa relação interprofissional com o campo. Uma discussão que surgiu na entrevista grupal foi referente às diferenças na residência médica e multiprofissional, pautando inicialmente a questão da remuneração mais presente nas preceptorias médicas. Há tensionamentos nessas relações de saber-poder das profissões, o que, também, é expresso no isolamento/exclusividade da categoria médica nas residências médicas, reforçando um modelo hegemônico do cuidado.

No contexto desta confluência entre ações do campo e do núcleo, uma das questões que surgiu foi a respeito da existência de profissões reconhecidas por uma “tradição no cuidado em saúde mental” (mais voltada à psiquiatria, psicologia e T.O.)

e outras não, e que essa “tradição” dizia respeito, fundamentalmente, ao maior enfoque oferecido em saúde mental na formação graduada e não necessariamente com o tempo de investimento das profissões no campo assistencial.

Novamente, essas relações de saber poder nos chamam a atenção, tendo em vista que a enfermagem, por exemplo, a qual está como a segunda categoria com oferta de vagas nas residências multiprofissionais em saúde mental, não se reconhece, e não tem um reconhecimento como "profissão tradicionalmente da saúde mental", embora seja uma das profissões mais antigas no campo assistencial psiquiátrico (com a medicina).

“Porque na graduação de enfermagem, na maioria delas, a gente tem pouca grade horária na formação de saúde mental. A gente passa muito superficial (...) então é difícil encontrar enfermeiros que gostem, que topem e que têm uma formação qualificada, né, na saúde mental. Então quando eu tô num lugar que pode garantir isso, que pode proporcionar isso, né, de ter mais profissionais se formando e construindo uma formação bacana, é algo que me move, poder ta junto, participando dessa formação em saúde pro núcleo da enfermagem.” (P46, enfermeira, EG)

“Quando eu falo que sou fono já causa um estranhamento. Nossa, mas uma fono na saúde mental? Que diferente, o que você faz? As próprias colegas de faculdade dizem que não sou fono, que larguei a fono para ir para a saúde mental. E não, eu sou uma fono da saúde mental”. (P33, fonoaudióloga, EG)

Para Ceccim (2004), é importante que o processo educacional que visa à formação de profissionais de saúde considere tanto o desenvolvimento de capacidades gerais da área da saúde quanto as especificidades de cada profissão, além de desenvolver a capacidade de trabalho em conjunto desses profissionais, promovendo um deslocamento de um “eixo - recortado e reduzido - corporativo-centrado, para o eixo - plural e complexo - usuário-centrado” (CECCIM, 2004, p.261).

Buscar esse borramento de fronteiras, tão necessário para o cuidado em saúde mental, considerando a complexidade das necessidades de saúde dos usuários acompanhados, também, surgiu como uma preocupação para os encontros de preceptoria, que favorecessem essa articulação e integração entre diferentes profissões:

“[...] aqui no CAPS a gente ta esse ano com duas residentes [...] uma da psicologia e uma da enfermagem. A gente faz as preceptorias em momentos diferentes, individualmente. Mas a gente também tem procurado fazer alguns encontros no mês que são com as duas preceptoras e as duas residentes. Para a gente também ter uma conversa um pouco mais multi, que possa ter essa construção entre os núcleos” (P46, enfermeira, EG).



### **1.3 Saúde Mental e Interseccionalidades: relações étnico-raciais e gênero**

O conceito de interseccionalidade como um sistema de opressão interligado é abordado por Akotirene (2019), autora que traz contribuições importantes na perspectiva do feminismo negro. Ainda que tardia e insuficiente, a pauta das interseccionalidades na saúde mental vem ganhando força enquanto política e produção intelectual. Colocaremos em diálogo, neste subcapítulo, as intersecções com relações étnico-raciais e gênero no trabalho em saúde mental.

Conforme apresentado, e corroborando o perfil da população geral de profissionais de saúde, a maioria das participantes da pesquisa é do gênero feminino (73,6%) e se autodeclarou branca (71,7%). Este foi um dos dados compartilhados com os preceptores(as) na entrevista grupal, dentre outros dados da pesquisa. Nos momentos finais do grupo, uma das participantes trouxe essa questão:

“Quando vi esse número fiquei muito impactada. A gente ainda constitui uma saúde mental muito embasada na branquitude. (...) Como é que a gente se posiciona sendo um preceptor profissional branco, que faz saúde mental num país de maioria negra?” (P14, terapeuta ocupacional, EG)

De acordo com Duarte (2021), no campo da saúde mental, os saberes “foram vistos (e ainda são), como dispositivo de poder, e, portanto, cúmplice do racismo, produzindo conhecimento que o legitimasse, validando teorias eurocêntricas discriminatórias” (p. 30). O autor ainda destaca “o silenciamento, a invisibilidade e a omissão sobre essa temática nas produções acadêmicas e no trabalho profissional nas instituições de saúde” (p. 30).

As contribuições de Franz Fanon, psiquiatra e intelectual negro, desempenharam um papel fundamental da compreensão do racismo como um fator central no processo de adoecimento psíquico de pessoas negras. O autor aborda o racismo através de uma análise sociogênica, partindo de uma análise do mundo social sobre as individualidades, considerando a soberania das instituições hegemônicas e seus efeitos na subjetividade (FANON, 2020). Embora com contribuições inegáveis, este autor é ainda negligenciado nos processos formativos, ao qual não tive acesso em minha formação graduada e pós-graduada.

Gouveia-Damasceno e Zanello (2018) abordam a dificuldade de os profissionais da saúde mental de reconhecerem os sinais de seu próprio racismo velado, seja na linguagem, seja no comportamento e por atitudes racistas internalizadas. As mesmas autoras, em recente trabalho, buscaram se aproximar do entendimento e/ou experiência de profissionais de saúde (mais especificamente psicoterapeutas autodeclarados(as) brancos e brancas) no atendimento de pessoas negras, um dos achados foi a questão de o racismo não ser considerado no tratamento por não ter sido correlacionado como causador de sofrimento psíquico. Essa invisibilidade do racismo como fator de sofrimento, foi, também, relacionado pelos participantes da pesquisa como lacunas na formação profissional, as quais não exploraram/problematizaram relações étnico-raciais (GOUVEIA-DAMASCENO e ZANELLO, 2022).

O encontro com os residentes pode desvelar tais questões, favorecendo uma abordagem de saúde mental antirracista, tal como é possível perceber na fala da mesma preceptora que levantou tal questionamento.

“Os meus residentes têm trazido muito a questão do racismo e isso é graças a possibilidade de troca com eles” (P14, terapeuta ocupacional, EG).

No desenvolvimento do trabalho e contato com outros estudos que discutiram a preceptoria, ao abordar a caracterização do preceptor, não incluíram (ou não compartilharam em seus achados) o quesito de cor/raça (Aguiar, 2017; Souza e Ferreira, 2019; Giroto, 2016). Embora este critério tenha sido considerado em nossa pesquisa desde o início, é possível que ela não tivesse ganhado uma maior força se não tivesse emergido essa questão no encontro com preceptores. Apesar de ter sido colocada em discussão, não foi possível aprofundá-la com o grupo, o que me desestabilizou, levando reflexões para o diário de pesquisa:

Estávamos ao final do grupo quando essa questão é colocada. Quem trouxe a questão foi uma preceptora branca de um grupo com uma única preceptora negra, ao se deparar com o número que retratava os participantes. Não tivemos tempo hábil pra explorar tais aspectos, mas percebo nos gestuais dos corpos (mediados por tela) de que aquilo os convocava e produzia um sentido, assim como para mim. Também fora no encontro com estudantes que uma discussão racializada do cuidado passou a vir mais à tona e a me exigir uma postura e constante reflexão diante disso, ética e politicamente. Como profissional da saúde, mulher branca, tenho reconhecido os sinais de

meu próprio racismo velado em minhas práticas? (19/08/2021, trecho de diário de pesquisa).

Para dar seguimento às discussões propostas, a segunda intersecção que faremos é com relação ao gênero. De acordo com Campos e Zanello (2016), podemos compreender gênero como um termo que é constituído por contextos sociais, culturais, políticos e econômicos e é relacional (entre homens e mulheres).

As autoras revelam em seu estudo transversal a partir de dados de prontuários de homens e mulheres atendidos em um CAPS II, a presença da medicalização e psiquiatrização da vida, sobretudo no caso das mulheres. Embora nossa ênfase tenha sido na prática da preceptoria e não tenha emergido dos dados produzidos essas questões diretamente, afirmamos a necessidade dos processos de formação considerarem as relações de gênero para se qualificar o cuidado, considerando as forças de um modelo hegemônico que invisibiliza e naturaliza os impactos dessas relações. Como aborda Zanello (2014)

o diagnóstico psiquiátrico é, pois, a consolidação, confluyente, de muitas esferas e de diversas maneiras, dos valores das relações de gênero. Ele não apenas retrata esses valores de forma invisível, naturalizando-os, mas os reafirma. Ele pode disciplinar comportamentos inscrevendo-os numa idealidade moral, gendrada. É perpassado, assim, quer queira quer não, por um caráter higienista [...] (ZANELLO, 2014, p.55)

Uma outra camada, é a predominância de mulheres no trabalho em saúde, o que vai ao encontro do perfil de nossos(as) preceptores(as) e, a intersecção entre o papel social de gênero e o cenário pandêmico amplifica os impactos sofridos por elas nesse contexto (VIEIRA et al, 2022).

A ideia do ato de cuidar como atribuição feminina é uma construção social e histórica, o que leva à sobrecarga de mulheres na área da saúde (GUEDES e DAROS, 2009) e da e da educação. Em muitas sociedades, elas são as principais responsáveis pelos cuidados com crianças, idosos e outras pessoas em condições de dependência. A carga de trabalho doméstico, escolar e os cuidados familiares, somados ao machismo, à discriminação e várias formas de violência de gênero, têm impacto nas trajetórias profissionais das mulheres em diversos campos (LIMA e MACHADO, 2022).

Ao analisar a feminização do trabalho no contexto da saúde pública, com recorte para a atuação nas áreas da medicina e serviço social em um hospital

universitário em São Luís, no Maranhão, Dias (2013) avalia que a entrada das mulheres nessas áreas profissionais ocorreu em um contexto de conflitos e continuidades, tanto pelo aumento da participação feminina quanto pelas mudanças promovidas pelo movimento feminista no papel social da mulher. A feminização observada na Saúde Pública, em particular, no contexto estudado pela autora, não foi um fenômeno natural, mas, sim, resultado dos processos mais amplos mediados pela lógica do capital, que não provocaram rupturas definitivas nas relações sociais existentes nem com as desigualdades presentes na divisão sexual do trabalho.

Vieira et al. (2022), considerando que a força de trabalho na área da saúde é predominantemente composta por mulheres, trouxeram, ainda, os impactos significativos da pandemia devido ao papel de gênero atribuído às mulheres na sociedade, resultando em preocupação, exaustão física, carga mental elevada e uma série de consequências em várias profissões da saúde.

No encontro da entrevista grupal, composto majoritariamente por mulheres, esses elementos ganharam força, em especial enquanto nos organizávamos para iniciar a “entrevista propriamente dita”<sup>15</sup>, no qual elas compartilharam suas experiências pessoais relacionadas ao cuidado, realizando trocas, num clima de confiança mútua, bem como tiveram suas participações interrompidas para a execução destes papéis de cuidado (materno e profissional).

“[...] Mas que também muitas vezes e eu tô vivendo isso recentemente aqui no local onde eu trabalho. De uma certa monopolização de certos profissionais pela preceptoria. (ao fundo o som de uma criança que chama pela Mãe, que se volta para ela). Você dá um tempinho pra mamãe? E aí é muito nesse sentido. Eu me perdi um pouco, peço perdão (risos). Fui interrompida. É, sim (e segue sua fala...)” (P50, terapeuta ocupacional, EG).

“Eu queria só aproveitar e me desculpar de antemão que eu estou no CAPS nesse momento, então as coisas tão acontecendo ali (acena ao seu redor) então talvez eu precise sair, mas vou estar aqui conectada, então eu vou participando na medida do possível”. (preceptora usa fones de ouvido e ao fundo aparece um armário do serviço e ruídos de pessoas ao redor) (P46, enfermeira, EG)

---

<sup>15</sup> Consideramos aqui que a entrevista já havia iniciado antes, tal qual nos provoca Tedesco, Sade e Caliman (2016): “Ao longo dos encontros no campo de pesquisa, no café, no corredor, mesmo não pretendendo “fazer uma entrevista”, conversamos com as pessoas. Quando começa a entrevista? Já não estaríamos entrevistando? Ao fazer o convite por telefone para uma conversa posterior, já não teríamos iniciado a entrevista e o acesso à experiência compartilhada do dizer?” (p.123)

#### 1.4 Racionalidade neoliberal e o cotidiano do trabalho em saúde

Considerando a lógica do capitalismo neoliberal como pano de fundo, abordaremos, nesta parte, as estruturas dos serviços e a reprodução do instituído no cotidiano do trabalho em saúde. Por ser um arranjo de formação que se dá pelo e para o trabalho em saúde, os programas de residência são atravessados pela conjuntura de desmonte das políticas sociais.

De acordo com Silva (2018)

É a característica central da RMS – ser ensino em serviço – que a torna, de um lado, uma possibilidade de formação interdisciplinar conectada com o cotidiano concreto das necessidades de saúde e, de outro, tão vulnerável à sua apreensão como trabalho precário. É justamente por sua característica central que os parâmetros postos na regulamentação dessa formação são indicativos dos sentidos que a RMS vem assumindo no SUS (SILVA, 2018, p.207).

Algumas das questões que estiveram muito presentes nas narrativas se relacionaram a esse contexto: sobrecarga, precarização do trabalho e dos vínculos. Como pensar na prática da preceptoria de forma que agregue e produza potência (numa perspectiva emancipatória), estando inserido numa lógica que fragmenta e individualiza (no cuidado aos usuários em saúde mental e na lógica da prática educativa)?

“Os profissionais nos campos de prática, em especial, nos campos geridos por OSS, se veem submetidos à uma lógica em que, muitas vezes, se colocam em uma postura passiva e pouco questionadora na relação com as chefias, já que se veem com receio de perderem seus empregos. Penso que isso talvez possa impactar na condução da preceptoria, num movimento de silenciamento também dos residentes”. (P49, terapeuta ocupacional, QOL)

“Aqui é uma OSS, somos contratados, tem algo comum que é o trabalho desenvolvido no CAPS, mas ainda tem essa diferença de discurso, que eles vão tomar contato sim. Cabe quem ocupa esse lugar [da preceptoria] questionar o residente. Muitos já trazem suas próprias questões. Mas eles vão se deparando com essas práticas e repensando qual o modelo de cuidado que a gente pode ofertar aqui? O que é que se depara. O que que se acredita” (P53, psicólogo, EG)

“Existe uma necessidade imensa de cumprirmos metas, números, procedimentos. Somos engolidos e atropelados pela demanda dos serviços, cobranças, tudo vira cobrança para fazer e ‘ter que dar conta’. A remuneração é ruim, há boa vontade, mas, às vezes, faltam pernas... só um desabafo!” (P36, terapeuta ocupacional, QOL).

“Profissionais cansados e desmotivados, RH escasso, muitos profissionais aposentando sem reposição, outros de licença médica e/ou exonerando dos

cargos. Sucateamento dos serviços de saúde, e adoecimento dos profissionais. A saúde mental da saúde mental não está legal! Ironia, né!?” (P36, terapeuta ocupacional, QOL)

E é neste cenário que está inserido o residente, o qual também se encontra em situações de precariedade. Considerar os efeitos na produção da subjetividade (de preceptores e residentes) pela cultura neoliberal, racista e hetero-cis-patriarcal é necessária. Como não se deixar capturar em uma identificação de precariedade e visar à garantia de aspectos formativos que busquem linhas de fuga?

“A questão do horário. 60 horas é muito puxado. Eu sinto muito. Existe um contrato feito com o governo e eu presto contas. Não cabe a mim flexibilizar isso. E essas questões assim me cansam bastante, sabe? Eu acho horrível 60 horas, não gostaria que fosse, mas não tá na minha gerência. E quando começam assinam um contrato que vai ser, então vai ser. Eu sou 40 horas, eu não posso pedir para a minha chefia para trabalhar menos, porque eu tenho um contrato com o [instituição]. Então assim, essa visão, mas eu entendo que isso também faz parte da formação, né. A ideia é uma formação em serviço. E eles também estão aprendendo sobre o mundo do trabalho. E é isso, a gente tem um contrato, existem coisas que são negociáveis, existem coisas que não são, né. Como é que a gente vai fazer ou que não são pelo menos nesse âmbito, né? Que é o que a gente diz. É ruim 60 horas, vai reclamar lá com o MEC né, vai para as instancias que podem mudar isso, mas não pra cá. Pra cá não adianta, né? Eu inclusive vou apoiar, né, se tiver algum documento, alguma coisa, eu vou querer escrever junto, mas não adianta ficar aqui num embate individual, sabe?” (P18, psicóloga, EG)

Considerando o mapa cartográfico realizado em que é revelado que a preceptoria se dá, em sua maioria, em instituições públicas com profissionais atuando em cenários públicos. Como fica a dimensão da resistência? Quais linhas de fuga deste projeto neoliberal?

A narrativa abaixo revela o próprio encontro com o residente como uma possível linha de fuga

“como é revigorante e muitas vezes é o ar pra enfrentar o descaso com a saúde mental, com a saúde pública, os desmontes. O residente vem trazendo esse ar que às vezes nos é tirado” (P50, terapeuta ocupacional, EG)

## 1.5 Preceptorar em cenário pandêmico

“Outro desafio é a precariedade em que os serviços de saúde mental se encontram. Esse ano específico, a pandemia apresentou-se como um importante desafio. (P12, psicóloga, QOL)

“[...] ainda mais nesse contexto de pandemia né, que está trazendo outros percalços. (P47, terapeuta ocupacional, EG)

Considerando a temporalidade desta tese, as quais escancararam os desafios colocados anteriormente, uma das perguntas do questionário foi sobre como estava a prática da preceptoria no contexto de pandemia da covid-19, na qual a maioria (52,8%) respondeu que ela estava “Mantida, da mesma forma”, 26,4% referiram “Outras adaptações”, 11,3% “Mantida, de forma remota”, 7,5% não responderam à questão, e 1,9% referiram que elas estavam “Suspensas”.

Pela prática da preceptoria se dar nos cenários de práticas, a manutenção das atividades esteve presente em algumas narrativas, as quais salientaram a manutenção do cuidado em saúde, revelando um “não parar”:

“Como profissionais de saúde, não paramos. Acho natural que a preceptoria tenha se mantido da mesma maneira” (P24, médica, QOL).

“Nosso serviço de CAPSi não parou” (P25, pedagogo, QOL).

Embora a resposta predominante tenha sido o “mantido, da mesma forma”, o contexto de pandemia trouxe profundas mudanças nos serviços e processos de trabalho. Deparar com esses dados, atravessou-me:

Percebo que, mesmo tendo continuado meu trabalho como terapeuta ocupacional de uma equipe de NASF-AB totalmente presencial (durante o primeiro ano pandêmico, antes de minha saída), nada mais foi o mesmo. Atuando em uma região de grandes vulnerabilidades, escancarou-se as desigualdades sociais e econômicas Além disso, foram colocadas “barreiras” nessa relação do cuidado, extremamente necessárias para preservação da vida, mas as quais têm impactos diretos na saúde mental. A suspensão de grupos presenciais, a necessidade de muitos cuidados de biossegurança antes não previstos, o uso de máscara. E quais as novas pontes? O sorrir com os olhos, as alternativas para encontros e acompanhamento ... E nesse cenário, experimentei a prática da preceptoria remota, realizando ações com as estudantes com adaptações para o mundo remoto, quando possível. Criando outras formas de cuidar e (r)existir (04/09/2021, trecho de diário de pesquisa).

Percebo que tais aspectos pouco foram abordados nas respostas, porém, avalio que a questão pode não ter provocado tal situação ou os efeitos da pandemia ainda não eram amplamente percebidos no momento da aplicação do QOL. Que mudanças houve nesses processos, também, na prática da preceptoria? O campo aberto para comentários, referente à essa questão, foi comentado por 71,7% dos participantes da etapa dos questionários. Estes revelaram os arranjos realizados nesse período, tal como abordam as narrativas abaixo:

“O serviço continuou funcionando com demanda reduzida. Os residentes se somaram a equipe neste sentido” (P28, pedagoga, QOL).

“Inicialmente, o sistema estava híbrido. Atualmente, todos os turnos no serviço são presenciais, assim como a equipe” (P23, farmacêutica, QOL).

“Inicialmente suspensas, não só dos residentes, mas como de todos os estagiários que participavam do serviço, conforme orientação da secretaria, da instituição e protocolo de cuidados devido à pandemia. Este semestre retomamos gradativamente algumas atividades com os residentes, de forma restrita, reduzida e cuidadosa” (P36, terapeuta ocupacional, QOL).

“As atividades em geral com os residentes estão mantidas presencialmente, mas reuniões com coordenadores de programas e da coordenação da Residência se dão remotamente até o momento” (P39, psicóloga, QOL).

“No início tivemos que fazer de forma remota, mas, pela queda de qualidade da preceptoria, voltamos a fazer presencialmente” (P15, médico, QOL).

Alguns ajustes (ou manutenções) estiveram ligadas ao número de residentes, considerando os espaços restritos dos serviços e a necessidade de distanciamento social.

“Algumas discussões, reuniões e atividades foram adaptadas para o formato remoto. Os turnos dos residentes no Caps foram reduzidos já que temos cerca de dez estudantes entre residentes e graduando estagiando no serviço” (P22, médica, QOL).

“Não houve alterações porque temos um grupo pequeno de residentes” (P17, enfermeiro, QOL).

A necessidade de adaptações diante de necessidades em face de fazerem parte do grupo de risco, seja de preceptores ou de residentes, também foi algo abordado, assim como a necessidade de EPI para a manutenção das atividades (recurso escasso inicialmente, pela forma irresponsável como a questão foi sendo tratada pelo governo da época. A contrapartida da universidade com esse apoio a disponibilidade de EPI também esteve presente).

“Por situação de risco fiquei em trabalho remoto durante toda a pandemia, realizando a preceptoria desta forma” (P14, terapeuta ocupacional, QOL)

“Estamos com residentes em home office por fazer parte do grupo de risco, portanto adotamos a preceptoria em serviço na modalidade home office para contemplar a todos” (P51, assistente social, QOL)

“No primeiro momento as atividades presenciais foram suspensas, contudo, retomadas após a universidade disponibilizar EPIs” (P53, psicólogo, QOL).



Em sua dissertação que, dentre outros objetivos, buscou caracterizar as estratégias utilizadas para a preceptoria de residentes no contexto de um hospital universitário, Frazão (2021) destacou a suspensão das atividades teóricas presenciais, o uso do ensino remoto e a manutenção das atividades práticas somente para os residentes que atuavam em especialidades compatíveis com o atendimento aos pacientes com covid-19, além da capacitação desses profissionais para cumprir as normas de biossegurança.

A Comissão Nacional de Residência Multiprofissional, que é a instância de regulação, supervisão e avaliação das residências, esteve desativada durante um período de dois anos, ficando os residentes e as residências sem direcionamentos para atuação ante a pandemia. Diversas notas e manifestos do Fórum Nacional de Residentes em Saúde através de suas redes sociais<sup>16</sup> reivindicaram e denunciaram situações que contribuíram para precarizar, ainda mais, esse cenário, tal como atraso de bolsas e medidas e direcionamentos concretos para enfrentamento da pandemia.

Fora o Conselho Nacional de Saúde (CNS) que amparou a partir de parecer técnico com recomendações sobre o trabalho/atuação dos residentes durante a pandemia. E, na retomada da CNRMS, este fora excluído da participação.

## 2 Habitar o Mundo da Educação

Formar é formar-se!  
 Ser preceptor é estar aberto a trocar,  
 aprender, compor, compartilhar,  
 construir, ver e ver de novo...  
 deparando-se com a força  
 do que é produzido  
 coletivamente!  
 (registro no *Padlet*,  
 junho/2021)

No habitar o mundo da educação, abordaremos a prática educadora do preceptor, explorando mais fortemente as interfaces entre cuidar e formar(se). Abordaremos essa dimensão educacional da prática da preceptoria a partir de quatro ideias-força: (1) tornar-se preceptor(a); (2) a formação para preceptorar; (3) o

---

<sup>16</sup> Acesso pelo perfil do instagram @fnrsoficial.

(re)conhecimento ou a (in)visibilidade do papel de educador; (4) estratégias educacionais e referenciais que sustentam a prática cotidiana da preceptoria.

## 2.1 Tornar-se preceptor(a)

“Ninguém começa a ser educador  
numa certa terça-feira às quatro da tarde.  
Ninguém nasce educador ou marcado para ser educador.  
A gente se faz educador, a gente se forma, como educador,  
permanentemente, na prática  
e na reflexão sobre a prática”  
(FREIRE, 1991, p.58)

Sobre a sua atuação na preceptoria, a maioria se tornou preceptor(a) a convite da instituição que trabalha (34%) ou do programa de residência (20,8%). Outras formas de chegada à preceptoria foram por escolha do(a) residente (11,3%), tal como é possível ver pela narrativa:

“A gente aqui no CAPS hoje está com duas residentes, da residência multi da [instituição]. Então é uma psicóloga e uma enfermeira. Então a enfermeira...Pela [instituição] elas podem escolher os preceptores de acordo com o núcleo de formação então elas passam um tempo né, conhecendo o espaço, conhecendo os profissionais, experimentando aí os espaços de atuação e aí eu também recebi o convite para ser preceptora né” (P46, enfermeira, EG).

Segundo Lima e Padilha (2018), grande parte dos profissionais se torna preceptor “da noite para o dia”, e poucos conseguem se aprofundar no estudo da aprendizagem humana. Com isso, é comum que recorram ao repertório das próprias experiências educacionais, advindas desse modelo hegemônico. Superar a fragmentação curricular e adotar novas estratégias educacionais é algo necessário, mas que encontra resistência de diferentes ordens.

Ter prestado um processo seletivo e passado para a atuação na preceptoria também esteve presente (9,4%), assim como aspectos da própria instituição (tal como ser uma instituição escola), e não necessariamente pelo desejo de ocupar tal função.

“Fui convocada no concurso sem opção de não exercer a preceptoria” (P19, profissional de educação física, QOL)

“Como atuo em um Hospital Dia Escola e este é campo de prática da residência, praticamente toda a equipe ocupa esse lugar” (P49, terapeuta ocupacional, QOL).

Ao compartilharem a experiência vivida na preceptoria na entrevista grupal, um ponto de intensidade e que ganhou visibilidade, desdobrando reflexões, foi a dimensão da escolha:

“A gente sabe que tem uma diferença na remuneração e muitas vezes os médicos vão acabar escolhendo ser preceptores simplesmente para ter um adicional ali financeiro na conta mas eu entendo a preceptoria como uma escolha, uma escolha que exige um posicionamento e um engajamento político. Que vai além do trabalho mesmo, que vai além da sua rotina, que vai te exigir um estudo, uma carga horária extra. Então se você não está disposto, é melhor que você de fato escolha não ser. Né então muita gente fala né qual é a contrapartida né. Não vai além do dinheiro. Especificamente na saúde mental, a gente ta falando de posicionamento político, a gente ta falando de postura né. E muitas vezes isso se mistura e acaba ficando uma coisa bem difícil né então você que é o preceptor, você que cuida disso, e eu não tenho nada a ver com isso”. (P33, fonoaudióloga, EG)

Juntamente com desejo de contribuir para a formação de novos profissionais, compreendendo seu papel técnico-ético-político, a narrativa revelou também as diferenças entre o que é prescrito (tarefa) e o trabalho real da preceptoria (o que de fato o preceptor executa), conforme a noção de trabalho prescrito e trabalho real proposta por Dejours (2008).

Fajardo (2011), em sua tese, aborda que é perceptível que o trabalho dos preceptores transcende o que é prescrito, o que pode resultar em uma sobrecarga de tarefas, o que pode ser exaustivo tanto físico quanto emocionalmente. Por um lado, há um absoluto compromisso com o trabalho, o que vai contra a visão social comum dos serviços públicos de saúde. O caráter de educador na preceptoria, intensifica sua implicação com o trabalho e traz novas relações com os usuários, gestão e cuidado.

## **2.2 Formação para preceptorar**

Perguntamos aos participantes da pesquisa se haviam recebido alguma formação pedagógica para atuar na preceptoria. Entre os 30,2% que responderam afirmativamente, foram referidas formações na modalidade de curso de

especialização, aprimoramento e atualização sobre preceptoria, além de serem apontados espaços de encontro (entre preceptores e/ou tutores) com essa intencionalidade. Algumas narrativas tratam da influência positiva dessas formações:

“No meu caso, fui privilegiada por ter feito um curso de aperfeiçoamento de quase 300h pelo [instituição], além de ter feito um curso de preceptoria em metodologia ativa pela [instituição], mas a maioria dos preceptores não tem essa formação, ou não se procuram especializar na preceptoria”. (P42, nutricionista, QOL)

“A especialização em preceptoria no SUS deu bastante subsídio para a minha atuação como preceptora, assim como as demais pós-graduações. Obviamente nunca estamos totalmente prontos para exercer qualquer papel, mas a formação continuada nos prepara”. (P44, enfermeira, QOL)

Após o compartilhamento de alguns dados dos QOL com os participantes da entrevista grupal, foi sobre a formação para preceptorar que os participantes deram seguimento à discussão do grupo, como é possível observar com base nos trechos de falas abaixo.

“(…) e aí não tem algo definido em relação a essa formação e ao preparo para ser preceptor. (…) a minha postura enquanto preceptora é o que eu achei bacana de como a minha preceptora foi comigo na época que eu era residente assim. Né e aí eu to partindo disso, mas outros preceptores podem estar partindo de outros lugares, e de outras bagagens assim”. (P46, enfermeira, GF)

“Porque é isso né, é uma baita responsabilidade. A gente ta formando o pessoal pro SUS, formando, né, quem vai ta ai conduzindo o Brasil no futuro. Então a gente aqui se preocupa bastante. [...] Alguns mais, outros menos mas num geral a gente não teve na nossa formação, a gente não teve como é que se educa, como é que se ensina. A gente vai passando pelas nossas experiências, pelo o que a gente vai vivendo. Os residentes vão dando feedbacks, a gente vai construindo... mas acaba tudo muito empírico” (P18, psicóloga, GF).

Embora uma parcela menor tenha afirmado ter recebido formação pedagógica, 86,8% dos participantes consideraram se sentir preparados para a prática da preceptoria, abordando que um dos principais motivos era a experiência prática e trajetória profissional.

A experiência prévia como residente foi um aspecto que influencia a prática da preceptoria, colaborando com essa preparação.

“Ao me pós-graduar em um programa de residência, e como residente, ter vivido em ato a questão da preceptoria, como preceptoranda, e após, como preceptora, me marcou profundamente na construção da profissional que sou. Assim, acredito que acabei por desenvolver habilidades para pensar

sobre a formação e a tarefa de acompanhar residentes” (P52, psicóloga, QOL).

Assim como é apontado como desafio o fato de muitos dos preceptores não terem essa experiência de residente egresso

“ [...]ter preceptores com residência e com qualificação para fazer o papel de preceptor” (P24, médica, QOL)

Achado presente, também, na pesquisa de Fajardo (2011), na qual os preceptores egressos de programa de residência consideraram que “essa vivência se atualiza e faz lembrar que também estão formando futuros preceptores” (p.95)

Uma dicotomia entre os mundos do trabalho e da educação esteve presente em outras narrativas, apontando um preparo técnico, porém, não pedagógico (e não considerar como docência a prática da preceptoria):

“me sinto preparada enquanto preceptora, porém, não enquanto docente... assumir a proposta de dar aula para residentes ainda me deixa insegura” (P3, assistente social, QOL)

Um caráter que também é apontado foi o de se colocar em processo de aprendizagem constante, como abordado por Freire (1991, p.58) “a gente se faz educador”. Nesse sentido e pensando na prática do preceptor, torna-se imprescindível que este tenha espaços legítimos de (trans)formação.

“(…)Outro ponto que me chama a atenção, é a necessidade de receber formação técnica e pedagógica oferecida pela (instituição) para que o preceptor não seja um mero profissional que irá transmitir experiências. Proporcionando ferramentas pedagógicas e sensíveis a formação profissional, acredito que estaremos valorizando não só o preceptor, mas implicando equipes e residentes na tentativa de transformação institucional/ e política no encontro entre cultura organizacional, construção de políticas públicas, processos de trabalho em equipe e o cuidado em saúde da população brasileira” (P52, psicóloga, QOL).

Outra perspectiva foi a da formação na perspectiva da educação permanente em Saúde.

“No meu caso especificamente eu também não tenho formação em preceptoria né. Mas a gente tem no colegiado, a nossa experiência né é de uma educação permanente do colegiado. E isso nos ajuda muito a construir o trabalho de preceptoria. Então por exemplo, quando eu cheguei no programa como residente era entendido naquele programa que qualquer profissional do campo ali poderia ser preceptor do campo. Era essa a concepção do programa assim. Porém, como eu disse, é um programa que

concentra muitas atividades do primeiro ano na internação psiquiátrica em Hospital psiquiátrico. Então o colegiado começou a perceber que nem sempre todas as pessoas que tavam no campo e teriam potencial, né, para serem preceptores de campo compactuavam com a mesma direção de trabalho da atenção psicossocial. Então isso era um impasse ali, né? E a gente ainda convive com isso, né? E aí quando eu chego a gente já tinha um movimento acontecendo ali nas enfermarias de um concurso que tinha acontecido ali mais específico da enfermagem por exemplo para a saúde mental que foi um ganho para a instituição. E chegaram algumas pessoas com uma formação mais específica em saúde mental e aí o colegiado começa a entender uma necessidade naquele momento de se aproximar um pouco mais de profissionais que tinham uma formação específica em saúde mental né, na perspectiva da atenção psicossocial, pra ajudar nesse processo de preceptoria de campo. aí é nesse momento que a gente se vincula ao colegiado. Então foi uma estratégia desse colegiado também que os profissionais que estivessem mais perto dos residentes fossem profissionais que compactuasse com essa lógica de cuidado e essa perspectiva ética de cuidado para que a gente pudesse fazer alguma movimentação mais potente. Então foi uma forma estratégica de conduzir. No R2 os residentes vão para os serviços territoriais. Então a gente já fica um pouco mais confortável de que os preceptores não estejam dentro do colegiado. Apesar da gente fazer reuniões bimensais para poder discutir o processo de trabalho e discutir a questão da formação que é muito cara para a gente, mas já é mais tranquilo que eles não sejam pessoas tão participadas das discussões do colegiado e do projeto político pedagógico ali mais concentrado. Foi uma estratégia que a gente criou". (P14, terapeuta ocupacional, EG)

Pereira e Dallegrave (2018) destacam a importância do contato com ferramentas de ensino e aprendizagem, como destacado em vários cursos de formação. No entanto, e dialogando com a perspectiva da narrativa acima, a integração do ensino ao trabalho em saúde acontece de maneira contínua e progressiva, por meio da reflexão sobre a prática educadora no serviço, sendo uma responsabilidade compartilhada pela equipe.

## **2.2 (Re)conhecimento ou a (in)visibilidade do papel de educador(a)**

Autonomo et al. (2015) consideram que o preceptor exerce um papel importante na formação em saúde, porém, identificam que a perspectiva pedagógica é algo pouco presente na formação profissional dos que exercem a função de preceptoria. Abordam, ainda, que possui a função de interlocução entre ensino e serviço, embora tenham considerado que há falta de clareza acerca do papel de preceptor.

O estudo de Giroto (2016) realizado com 327 preceptores do SUS, apontou que eles demonstraram clareza sobre a natureza da prática da preceptoria assim como reconhecem seu papel de educadores. Vale destacar que o seu público-alvo

foram preceptores que haviam concluído um curso de especialização em educação na saúde para preceptores.

Embora tenha representação incluída no Núcleo Docente-Assistencial Estruturante (CNRMS, 2012), o não reconhecimento desse lugar de docente (seja por si próprio, seja por outros atores) ganhou força na pesquisa. Ao abordarmos se os preceptores se sentiam valorizados em sua função, 54% responderam afirmativamente. Ao descreverem como poderiam se sentir mais valorizados na prática da preceptoria, foram citados: carga horária protegida para dedicar-se à preceptoria; espaços coletivos e trabalhos conjuntos com demais atores envolvidos; participação nos processos de decisão do programa; reconhecimento pela gestão local; auxílio financeiro; plano de cargos e salários; certificação; investimento na formação do preceptor: capacitação, supervisão clínico-institucional, participação em cursos etc. Embora apenas 13% tenham referido receber uma remuneração específica, o auxílio financeiro foi apontado como uma forma de valorização, mas nos chamou atenção que estiveram mais presentes os aspectos relacionados ao investimento na formação e na participação de processos de decisão coletiva. Sentir-se assim, incluído e reconhecido como docente.

Ao tratar da valorização da função docente nas residências em saúde (tanto pelos preceptores como tutores), Ceccim et al. (2018) abordaram: a certificação, incentivo à participação em eventos e aos encontros do fórum de representação, assim como educação permanente.

Ao serem questionados sobre a existência de algum tipo de contrapartida por parte da instituição para qual atuam na preceptoria, a maioria respondeu que não (71,7%). Dos que responderam afirmativamente (28,3%), as especificações abordadas foram: pontuação em currículo para o plano de cargos e carreira, suporte teórico e metodológico pela tutoria, reserva de carga horária para a preceptoria, diminuição dos atendimentos individuais, participação em cursos e disciplinas, recebimento de certificado pela prática de preceptoria e possibilidade de educação continuada com a equipe técnica. Essas contrapartidas dialogam com os aspectos relacionados à valorização, seja abordado por eles como pela literatura. A narrativa, a seguir, conduz a reflexões diante dessa temática:

“O que a gente vai entendendo como contrapartida e a gente se alimentar a isso, né? Assim, a gente também fazer pedidos e às vezes pedidos possíveis inclusive. Eu vou dar um exemplo muito bobo, mas assim para mim assim é super legal ter um certificado sabe assim. Pra mim isso é importante, nesse

momento de vida que eu tô. Então já é algo que eu sinto como contrapartida interessante. Acho importante também dimensionar essas coisas. Tenho pensado nisso sabe” (P47, terapeuta ocupacional, EG).

A função invisível de formação dos profissionais da saúde, sua relação com as IES e a invisibilidade/desvalorização de sua prática para a gestão do SUS foram alguns dos aspectos que emergiram das narrativas de preceptores.

“Ser incluído nos espaços de discussão dos processos. Ser incluído na construção de trabalhos - relatos de experiência, artigos etc. dos quais já fez parte na prática. Ser convidado para bancas de TCR. Ser respeitado pelos residentes, e não apenas criticado. Incentivo financeiro por parte do Ministério da Educação.” (P44, enfermeira, QOL).

“Fortalecendo espaços coletivos de construção e garantindo que na prática as decisões pactuadas sejam claras e de acordo com o que foi elaborado no coletivo” (P19, professora de educação física, QOL).

“Acredito que o preceptor possa ser valorizado quando na possibilidade de reservar carga horária para poder refletir, escutar, e acompanhar o residente de modo que se possa construir ações junto a equipe na qual ambos estão inseridos (...).” (P52, psicóloga, QOL).

### **2.3. Estratégias educacionais e referenciais que sustentam a prática cotidiana da preceptoria**

Daremos ênfase, nessa parte, na prática pedagógica do preceptor, a qual foi abordada, em especial, em três perguntas do QOL: (1) “Quais estratégias educacionais você utiliza na sua prática de preceptoria?”; (2) “Como se dá o processo de avaliação do residente no programa em que você está inserido?”; (3) “Você adota algum referencial teórico-metodológico específico para a preceptoria em saúde mental? Qual ou quais?”. Ao nos depararmos com as respostas, percebemos que elas se misturam, sem haver uma distinção clara da dimensão de cada uma delas.

Percebemos que surgiram diferentes atividades/estratégias educacionais que favorecem o desenvolvimento de áreas de competência do residente: cuidado individual, cuidado coletivo, gestão do trabalho e educação em saúde. Além disso, estratégias transversais de encontro, com ênfase no diálogo e na troca.

As metodologias ativas de ensino-aprendizagem (MAEA) foram citadas por parte dos preceptores, por vezes, de forma genérica. Quando especificadas, surgiram diferentes estratégias, dentre elas: TBL (team based learning/aprendizagem baseada



em equipes); PBL (problem based learning); sala de aula invertida; portfólio. Não foi explorado, porém, como elas acontecem na prática.

Em uma revisão de escopo sobre o uso de metodologias ativas por preceptores de residências multiprofissionais em saúde, Fernandes et al. (2021) identificou o uso de 14 metodologias ativas, sendo as mais prevalentes a Tenda Invertida, o Projeto Terapêutico Singular, a roda de núcleo, a roda de campo e a educação interprofissional. As rodas citadas se referem às discussões temáticas e/ou acerca da atuação profissional, entre residentes do mesmo núcleo profissional ou do campo cenário de prática, facilitados por um preceptor. Percebemos que tais estratégias também surgiram a partir de outras nomeações.

Percebemos que algumas das estratégias citadas estão relacionadas ao cuidado, e não ao ensino. Como o artigo não explora o modo como cada um deles é utilizado, uma hipótese é que a estratégia de cuidado seja utilizada como uma oportunidade de aprendizagem com o residente.

O uso de MAEA em programas de residência foi abordado pelas autoras com potencialidade para favorecer o cuidado interprofissional, estimular a troca de experiências e a aprendizagem significativa (FERNANDES et al, 2021).

De forma mais relacionada ao desenvolvimento da área de competência do cuidado coletivo, tivemos a explicitação de estratégia que pudesse favorecer o raciocínio epidemiológico, tal como é possível identificar na fala abaixo:

“(...) Construção de ferramentas epidemiológicas para que possamos entender uma certa estrutura sanitária do equipamento onde estamos alocados(...)”. (P52, psicóloga, QOL)

Percebemos uma ênfase em estratégias educacionais que valorizavam os encontros, remetendo a uma perspectiva da aprendizagem como experimentação, invenção de si e do mundo (KASTRUP, TEDESCO e PASSOS, 2015).

“Diálogo, experimentação e troca” (P46, enfermeira, QOL)

E com essa disponibilidade para o encontro, lidar com as demandas que surgem e favorecer o desenvolvimento crítico-reflexivo do residente, seja individual, seja em grupo:

“Preceptoria individual semanal: A partir do contato e dificuldades decorrentes do campo buscamos refletir os manejos e condutas que os residentes têm tomado, assim como a supervisão e acompanhamento dos casos visando a construção do raciocínio clínico e propostas de intervenção. Preceptoria em grupo quinzenal: Espaço de discussão teórica no qual buscamos trabalhar a bibliografia específica e temas que foram levantados nas preceptorias individuais” (P53, psicólogo, QOL).

O quadro 2 abaixo foi produzido com base nas respostas sobre o processo de avaliação dos residentes, sendo categorizado de acordo com a periodicidade, tipo, características, instrumentos e critérios de avaliação.

Quadro 2 – Processo de avaliação dos residentes a partir da perspectiva dos(as) preceptores(as).

|                                     |  |   |
|-------------------------------------|--|---|
| <b>Periodicidade</b>                |  | Mensal;<br>Trimestral;<br>Semestral.  |
| <b>Tipos de avaliação</b>           |  | Formativa;<br>Somativa  |
| <b>Características da avaliação</b> | <b>Processo de avaliação em si</b>         | Processual;<br>Longitudinal;<br>Contínua;<br>Participativa;<br>Singular;<br>Qualitativa;<br>Objetiva;<br>Subjetiva.   |
|                                     | <b>Modo de realização/<br/>Avaliadores</b> | Preceptor em conjunto com: tutor(es); residente; tutor e residente; coordenador do serviço e programa de residência; supervisor da residência;<br>Articulação entre preceptor de núcleo, preceptor de campo, tutor e residente;<br>Por toda a equipe;<br>Residente avalia o programa; |
| <b>Instrumentos de avaliação</b>    |  | Autoavaliação;<br>Avaliação 360º;<br>Avaliação prática (Mini-Cex);<br>Avaliação teórica (Prova);<br>Avaliação teórico-prática;<br>Avaliação de desempenho;  |

|                                      |  |                                |                |  |  |
|--------------------------------------|--|--------------------------------|----------------|--|--|
|                                      | <p>EPA (EPA (Entrustable Professional Activities/ Atividades Profissionais Confiáveis);</p> <p>Portfólio;</p> <p>Projeto aplicativo;</p> <p>Plano de melhoria.</p>   |                                |                |  |  |
|                                      | <table border="1"> <tr> <td data-bbox="691 548 1155 633">Instrumento/formulário próprio</td> <td data-bbox="1155 548 1361 633">Elaborado por:</td> </tr> <tr> <td data-bbox="691 633 1155 934"></td> <td data-bbox="1155 633 1361 934"> <p>Instituição;</p> <p>Residente;</p> <p>Programa de Residência;</p> <p>COREMU</p> </td> </tr> </table>  | Instrumento/formulário próprio | Elaborado por: |  | <p>Instituição;</p> <p>Residente;</p> <p>Programa de Residência;</p> <p>COREMU</p> |
| Instrumento/formulário próprio       | Elaborado por:   |                                |                |  |  |
|                                      | <p>Instituição;</p> <p>Residente;</p> <p>Programa de Residência;</p> <p>COREMU</p>   |                                |                |  |  |
| <p><b>Critérios de avaliação</b></p> | <p>Presença;</p> <p>Participação;</p> <p>Comprometimento;</p> <p>Interesse;</p> <p>Iniciativa;</p> <p>Comunicação;</p> <p>Atitudes;</p> <p>Interação/relação com equipe;</p> <p>Capacidade para trabalhar em equipe multidisciplinar;</p> <p>Conhecimento teórico;</p> <p>Conhecimento teórico-prático;</p> <p>Cumprimento das atividades do programa;</p> <p>Avaliação das competências;</p> <p>Propostas e contribuições ao serviço;</p> <p>Raciocínio clínico;</p> <p>Condução dos casos;</p> <p>Relacionamento com usuários.</p> |                                |                |  |  |

Fonte: Autoria própria (2022).

Lima (2005) destaca o lugar estratégico da avaliação:

A relação educacional, como constrói e ressignifica saberes, requer maior horizontalização, ação cooperativa, solidária e ética, postura ativa, crítica e reflexiva, desenvolvimento da capacidade de aprender a aprender, identificação dos próprios valores e abertura para a superação de limites e constrições. A avaliação ocupa um espaço estratégico tanto no desenvolvimento e melhoria do processo ensino-aprendizagem, como na própria gestão curricular. (LIMA, 2005, p. 377)

Pudemos identificar algumas questões relacionadas à avaliação, porém, de uma forma mais ampla, sem aprofundamento de como ela se dá na relação de ensino-aprendizagem. O uso de instrumentos de avaliação emergiu em diversas narrativas, embora tenham sido poucas as que exploraram o processo da utilização da ferramenta:

“(...) o próprio residente construiu uma ferramenta na qual elencou pontos que gostaria de aprimorar e posteriormente, avaliar. Assim, com este instrumento, fizemos uma avaliação semestral, e nos seis meses subsequente, corrigimos pontos e retomamos a rota que era de desejo do residente ao pensar suas dificuldades e habilidades. Ainda, o processo avaliativo feito em equipe foi bastante importante. A equipe pode participar deste processo, o que me parece ter proporcionado que mais pessoas além do preceptor tenham tido espaço importante na formação do residente não só no momento da avaliação, mas em todo o período que se deu a entrada do residente em campo. Apostar que as impressões e construções que o residente trazia precisavam estar alicerçados nas devolutivas construtivas da equipe também foram bastante importantes para o amadurecimento deste profissional” (P52, psicóloga, QOL).

“A avaliação é trimestral, baseada em um formulário construído pela coordenação da residência com os preceptores. Uma parte o preceptor avalia e, na outra, o aluno se auto avalia. Entendo que a avaliação é bilateral, inclusive para que o preceptor ajuste o projeto pedagógico às necessidades específicas daquele aluno” (P12, psicóloga, QOL).

Ao abordarem a avaliação, os termos processual, contínua e formativa estiveram presentes. Gomes, Petta e Pereira (2018) retomaram questionamentos de House e Howe, para reunir dimensões técnicas e políticas da avaliação, numa perspectiva democrática:

Os interesses de todas as partes envolvidas na avaliação estão sendo levados em conta? (2) A maior parte dos interessados na avaliação está representada? (3) Há alguma parte excluída? (4) Há sérios desequilíbrios do poder? (5) Há procedimentos para o controle dos desequilíbrios? (6) Como fazer para que as pessoas participem da avaliação? (7) Como tornar a participação autêntica? (8) Como as partes interessadas na avaliação estão

envolvidas? (9) Há uma deliberação reflexiva? (10) Como é considerada e estendida a deliberação? (GOMES, PETTA e PEREIRA, 2018, p. 108)

Surgiram, ainda, dúvidas sobre como é o processo de avaliação dos residentes, assim como apontamentos da necessidade de se aprimorar e revistar os processos de avaliação, como é possível observar nas falas abaixo:

“Nunca entendi muito bem esse processo” (P31, psicólogo, QOL)

“A avaliação ainda precisa ser revisitada, cada campo utiliza suas próprias estratégias avaliativas, com poucos instrumentos ofertados por alguns dos programas e sem a orientação direta para aplicação das ferramentas pelos preceptores.” (P22, médica, QOL).

Assim como foi considerado um processo desafiador, em especial, ao lidar com feedbacks relativos aos residentes de aspectos a serem melhorados.

“manter práticas constantes de avaliação, dar feedback principalmente quando o feedback é negativo”. (P22, médica, QOL)

Com relação aos referenciais teóricos-metodológicos, 30,2% referiram não utilizar um referencial específico para a prática da preceptoria na saúde mental e 11,3% não respondeu à questão.

Dentre os 58,5% que responderam afirmativamente, percebemos que alguns termos citados pelos(as) participantes não são referenciais teóricos no sentido stricto senso, tal como conceitos-chave e populações alvo. Não apresentaremos de modo a quantificar cada referencial que emergiu da pesquisa. Abordaremos aqui a sua multiplicidade, do que tem sido desenvolvido pelos preceptores participantes e aos afetos a que essa multiplicidade dá passagem, a partir de duas dimensões: 1) as áreas de conhecimento/conceitos-chave, a qual será representada pela figura 9; e 2) os autores que foram citados como referências que contribuem para a atuação na preceptoria em saúde mental.



Figura 9. Referenciais teóricos/conceitos citados como referência para a prática de preceptoria na saúde mental, em proporção visual.<sup>17</sup>

Quanto às áreas de conhecimento/conceitos-chave tivemos: Reabilitação Psicossocial; Atenção Psicossocial; abordagem psicossocial; Reforma psiquiátrica; Redução de danos; Psicanálise; Esquizoanálise; Análise Institucional; Pensamento Sistêmico; Trabalho em equipe e em rede; Matriciamento; Clínica Ampliada; Promoção da Saúde; Círculo de Cultura; Política Nacional de Humanização; referências a leis e portarias da Saúde Mental e SUS.

Especificamente, em relação ao campo da Educação, foram citados: Construtivismo; Sociointeracionismo; Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem (MAEA); Espiral Construtivista; Problematização; Aprendizagem Significativa; processos avaliativos; integração ensino-serviço.

Foi citado, também, por alguns participantes a não utilização de nenhum referencial específico, apenas os de seu núcleo profissional, porém, sem especificar quais seriam. Mais especificamente surgiram os referenciais da psicanálise (psicologia) e produção de vida (terapia ocupacional).

Sete autores foram referenciados, sendo que Gastão Wagner Campos, Paulo Amarante e Paulo Freire foram citados duas vezes, e os demais, uma vez: Antônio Lancetti, Emerson Merhy, Gustavo Tenório e Rosana Onocko-Campos.

É possível identificar que os referenciais/conceitos e autores citados se referem a três grandes campos do conhecimento, que foram as interfaces que mais se destacaram nos resultados: Educacional; Saúde Mental e Saúde Coletiva.

<sup>17</sup> Nuvem de palavras elaborada com recurso online, disponível em <http://www.mentimeter.com>

Ao mapear esses referenciais adotados, procuramos identificar uma das correlações de forças que se expressa no cotidiano da preceptoria, uma vez que os referenciais teóricos praticados explicitam, em parte, os enunciados, os regimes de verdade em disputa, os conceitos e as discursividades constitutivas da formação residente - elementos tecnosemióticos (Teixeira, 2001) em disputa, tanto nas IES quanto nos serviços de saúde.

Discutir o encontro entre referenciais teóricos e práticas de preceptores, é, de algum modo, entrar em contato com a dimensão técnica da educação em saúde e por tanto, das culturas tecnológicas produzidas e/ou reproduzidas (TEIXEIRA, 2001).

### **3 Habitar o Mundo da Residência<sup>18</sup>**

“Habitar Residência [...] é mergulhar no lugar movente em que se dá o encontro com as pessoas a quem se dirige o nosso cuidado, o encontro com as outras profissões, outras disciplinas e outros saberes envolvidos nesse cuidado [...] Habitar Residência é dar passagem aos acontecimentos, ao movimento, à afetação pelo outro, produzindo mudanças de lugar, produzindo transformação” (PALOMBINI, 2021)

Nesta terceira e última dimensão, abordaremos o habitar o mundo da Residência, com ênfase na emergência de práticas da preceptoria. Retomando à discussão da preceptoria como atividade humana, nos recorreremos a Lima (2020) que, ao abordar as atividades no campo da terapia ocupacional, em uma perspectiva ontológica, considera-as como elemento constitutivo da vida das pessoas e, por meio delas “criam e recriam as relações que estabelecem entre si, o mundo em que vivem juntas e uma multiplicidade de formas de vida, ao mesmo tempo em que perseveram na existência, perpetuando a vida que atravessa seus corpos” (p.1).

Como os preceptores se constituem nessa prática, criando e recriando a partir das relações estabelecidas? Considerando, ainda, a vida humana como um continuum incessante de atividades, como nos diz Quarentei (2001), abordaremos

---

<sup>18</sup> O “habitar o mundo da residência” foi inspirado no evento inaugural do Fórum Residências da Rede Unida, intitulado “Habitar e o Processo Criativo na Saúde”, ocorrido no dia 17 de julho de 2021 na modalidade online. Contou com a mediação de Ricardo B. Ceccim e a participação de Itamar Lages, Maria Nicoli, Matheus Madson Avelino, Rafael Wolski, Ana de Cassia Lima e Analice Palombini, esta última da qual foi compartilhado trecho de sua fala (PALOMBINI, 2021). Para saber mais, acesse o evento completo pelo link: <https://www.youtube.com/watch?v=l-yysVafniM>.



aqui que essa atividade de preceptorar se atualiza em, pelo menos, três atividades: equilibrar, interferir, cartografar ou três personagens conceituais<sup>19</sup> (ou os que ganharam mais força nesse processo da pesquisa), para os quais nos deteremos: preceptor(a)-equilibrista, preceptor(a)-intercessor(a) e preceptor(a)-cartógrafo(a).

Apesar de apresentarmos esses personagens de forma separada, eles se entrelaçam e se complementam, considerando o habitar o mundo da residência como esse lugar movente em que se dão múltiplos encontros. Para compor cada um deles, traremos imagens de bordados em caixas de remédios<sup>20</sup> que, em busca de uma direção oposta à hegemonia da medicalização da vida, nos convidam a tecer uma trama técnico-ética-política, abrindo caminhos para a criação e a inovação no cuidado e formação em saúde mental.

---

<sup>19</sup> Para Deleuze e Guattari (1992), os personagens conceituais são do devir e como agentes de enunciação “constituem os pontos de vista segundo os quais planos de imanência se distinguem ou se aproximam, mas também as condições sob as quais cada plano se vê preenchido por conceitos do mesmo grupo” (p.98).

<sup>20</sup> Novamente imagens do artista capixaba Rick Rodrigues, ambas sem título, de 2020, da série "Talvez um dia ainda seja possível" Bordado sobre caixa de remédios.

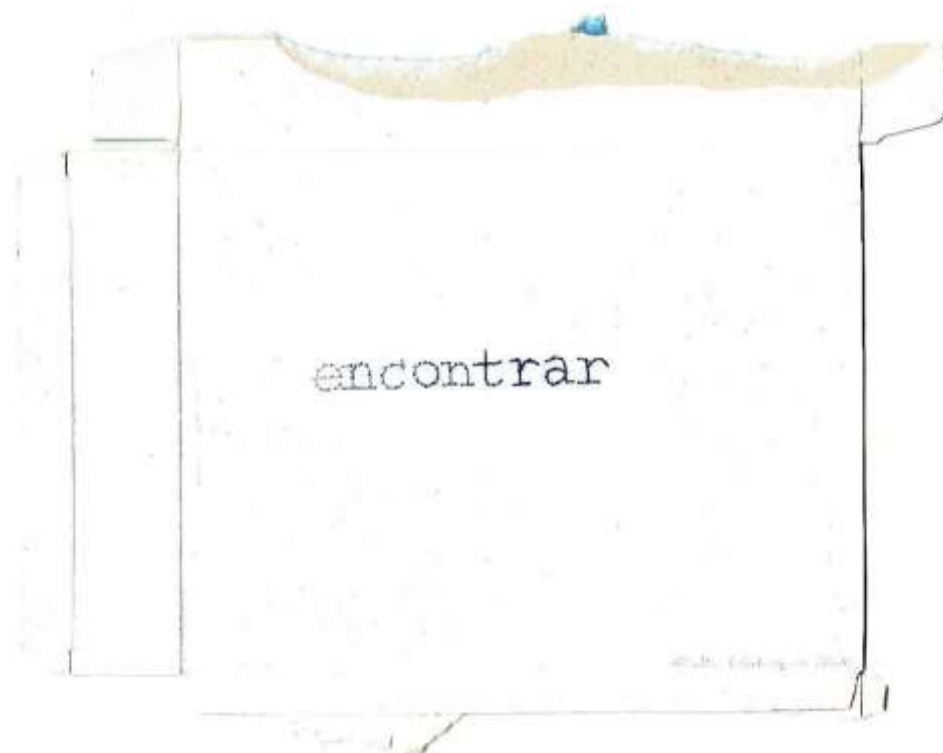


Figura 10. Sem título, 2020, Rick Rodrigues. Série "Talvez um dia ainda seja possível" Bordado sobre caixa de remédios Dimensões: 19 cm x 22 cm

“Em tempos de tempestades  
diversas adversidades  
eu me equilíbrio e requebro”  
Lenine

Equilibrar-se pode ser definido como “pôr(-se) ou manter(-se) em equilíbrio”; “recuperar o equilíbrio ou a posição normal”; “fazer que não exceda; compensar, contrabalançar”; “tornar(-se) proporcional; adequar(-se), harmonizar(-se)” (DICIONÁRIO MICHAELIS, 2015, s/p).

Como preceptor(a)-equilibrista tratamos da dimensão de habitar as fronteiras do encontro de dois mundos (o do trabalho e o da educação). Estar com um pé em cada um desses mundos está no cerne da preceptoria, compreendendo o SUS, também, como espaço de formação e que essas fronteiras podem ser fluidas e interconectadas. A atividade de equilibrar, na preceptoria, traz o desafio da busca de um equilíbrio entre as atividades e demandas das diferentes esferas do trabalho e da vida. O que o preceptor equilibra além de si?

Araújo et al (2017), abordam que, entre outras coisas, as inúmeras configurações que a atuação do preceptor pode assumir em residências multiprofissionais em saúde gera incertezas, desconfortos e falta de confiança em relação ao seu papel e suas responsabilidades, aspectos presentes nas narrativas abaixo.

“[...]o que me desafiava era não me deixar engolir pelo fluxo da unidade, e assim, tratar a preceptoria como um espaço menor e irrelevante dentro das minhas atribuições como psicóloga no equipamento” (P52, psicóloga, QOL).

“Tenho pouco tempo alocado para as atividades da preceptoria” (P18, psicóloga, QOL)

“demandas da instituição e pouco tempo explicitamente definido para a preceptoria, de modo que algumas atividades às vezes se atropelam” (P39, psicóloga, QOL).

“demanda excessiva do trabalho que por vezes impede as reflexões do processo”. (P51, assistente social, QOL).

A sobrecarga de trabalho é apontada no estudo de Antunes, Daher e Ferrari (2017), assim como a pouca valorização da atividade de preceptoria pela gestão e déficit de recursos humanos, com a utilização do residente como mão de obra.

Ao considerar que a vivência entre residentes e profissionais de saúde nos programas de residência é intensiva e se dá o tempo todo no cotidiano dos serviços, Romcy (2018) aponta que essa questão se desdobra em tensões e disputas de projetos. O preceptor, então, desempenha um papel importante ao lidar com essas questões, buscando articular as diferentes perspectivas e necessidades dos residentes e profissionais do serviço.

A autora considera assim a prática da preceptoria como “a construção micropolítica de espaços de mediação no processo de formação das RMS” (ROMCY, 2018, p.75). Desse modo, podemos compreender o preceptor(a)-equilibrista com a função de mediar, experimentar e assim, equilibrar diferentes encontros e (des)encontros: preceptor-residente; preceptor-equipe; preceptor- técnicas; preceptor-território; preceptor-tutor; preceptor-coordenação da residência, preceptor-residente, em múltiplos territórios com seus agenciamentos concretos. Articular o encontro com as instituições de ensino e seus representantes (tutores, coordenadores etc.), seus objetos e seus discursos, com o habitar a fronteira destes mundos, emergiu de narrativas de preceptores.

“Mas aí me fez pensar também um pouco sobre o processo de trabalho do profissional preceptor, porque aí eu acho que isso também se modifica. Pelo menos eu percebo alguma modificação. Desde o lugar mesmo que você às vezes ocupa na equipe, das relações, da intermediação, de uma certa costura a depender né” (P47, terapeuta ocupacional, EG).

“Acho que a articulação entre os tutores e os preceptores nos diversos campos de prática seria um tema interessante a ser abordado, por aqui é um grande desafio essa pouca conexão entre os espaços teóricos, práticos e os serviços que compõem o programa”. (P22, médica, QOL)

“[...] falha de comunicação com coordenadores dos Programas, de maneira que eventualmente recebemos residentes no campo sem estarmos esperando, e sem nos planejarmos para tal” (P39, psicóloga, QOL).

“Professores que não conhecem o cenário das práticas e a realidade dos serviços discutindo e conduzindo reflexões a partir somente do relato dos residentes e do seu conhecimento teórico - a tutora de campo é presente, mas os tutores de núcleo, em geral, são bastante distantes do serviço. Muitos sequer participam das reuniões de tutores e preceptores” (P44, enfermeira, QOL).

“Residentes que não se percebem como profissionais e sim como alunos. A inserção dos residentes na equipe. Muitos chegam desvalorizando o conhecimento dos técnicos” (P8, assistente social, QOL)

Quais as saídas para manter o equilíbrio diante da complexidade da prática da preceptoria e seus múltiplos encontros? Compartilhar esses processos com as

equipes, reconhecendo a função formadora do SUS, foram possibilidades de sustentação e equilíbrio.

“[...]Neste serviço nós temos um diferencial . A equipe toda é preceptora. O que faz nosso serviço CAPS ser referência[...]” (P34, assistente social, QOL).

“[...]No questionário aparece como se dá também a preceptoria, se é só quem está enquanto preceptor ou a equipe. Aqui a gente vai fazendo a partir do que que o residente vai vivenciando, qual que é o tema que ele vai se deparando dentro do próprio campo... as questões que vão emergindo. Temos nós preceptores, mas a partir das questões que emergem, a partir da aproximação com outros profissionais. A equipe vai convidando ele a compor esses espaços, de preceptoria coletiva. Poder discutir algum tema, poder discutir algum caso. Poder pensar uma intervenção... Até algo, eu digo ainda em como experiencia por ser algo novo, a gente foi discutindo aqui em reuniões gerais, preceptores, coordenação que a residência no campo ainda não está fechada. A gente está construindo esse modelo. Então recebemos são 5 turmas, cada turma vem com algo diferente. A gente vai testando, isso aqui é interessante a partir do que os residentes trazem talvez seja legal a gente mudar isso aqui. Tem um outro profissional da categoria x. A gente vai fazendo essa construção no coletivo. Mas junto com os residentes. Sim.. tentando priorizar o olhar que se tem da Reab, psicossocial. Mas considerando que existem outros discursos que atravessam. Então não dá pra ter todo esse controle da instituição” (P53, psicólogo, EG)

O equilíbrio de outras funções no âmbito da residência também esteve presente:

“Além de preceptora eu também sou tutora do núcleo [...]” (P47, terapeuta ocupacional, EG)

“Hoje eu sou vinculada ao colegiado da residência, né. Então é até um pouco diferente assim do formato dos demais preceptores que atuam no mesmo programa né que não são vinculados”. (P14, terapeuta ocupacional, EG)

Além disso, há de se considerar que o papel da preceptoria se dá no acompanhamento de processos de ensino-aprendizagem que são passageiros, tendo em vista que os residentes têm um período pré-determinado de formação (em geral, o período é de dois anos de residência, porém, este período é variável em cada cenário de prática, a depender do programa). Aspecto que foi levantado como um desafio:

“A troca de residentes a cada ano, fazendo com que tenhamos que reiniciar alguns processos diversas vezes” (P44, enfermeira, QOL).

Tendo em vista esse caráter transitório de entradas e saídas de residentes, a preceptoria tem o caráter de contribuir para a longitudinalidade dos processos de cuidado intermediados pelos residentes.

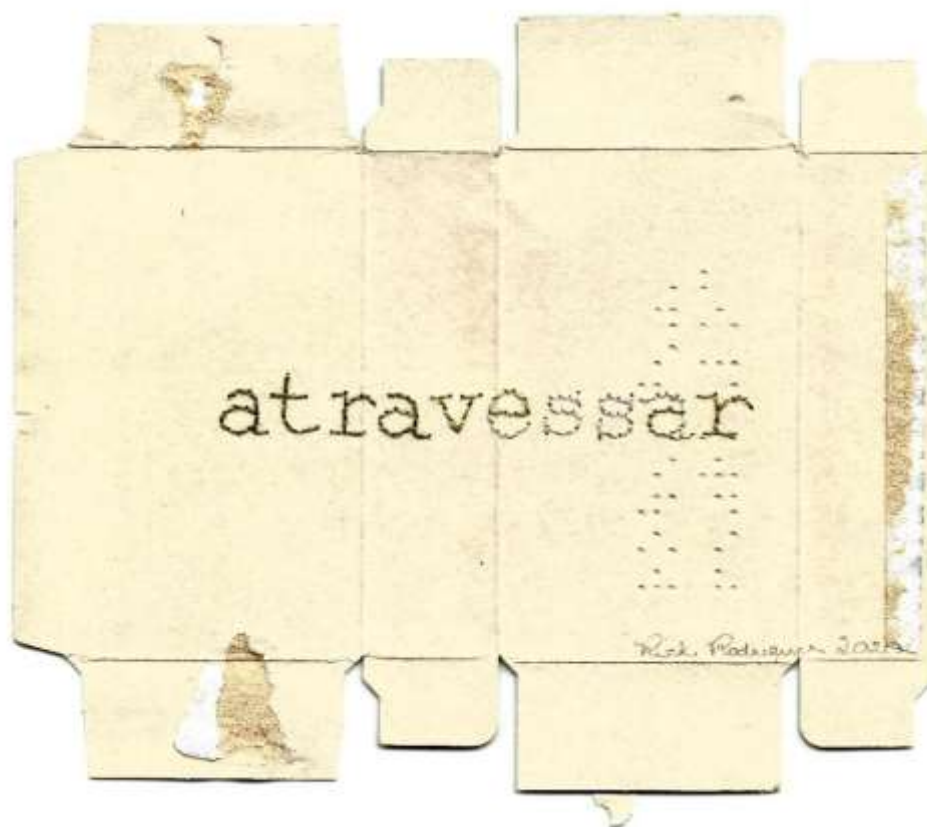


Figura 11. Sem título, 2020, Rick Rodrigues. Série "Talvez um dia ainda seja possível" Bordado sobre caixa de remédios Dimensões: 12,5 cm x 15 cm

*Preceptor(a) -intercessor(a)*

Em nosso(a) segundo(a) personagem, preceptor(a)-intercessor(a), nos apoiaremos na noção de intercessor atribuída por Deleuze, que considera que a intercessão se dá quando a relação que se estabelece entre dois ou mais termos é de interferência, de intervenção através do atravessamento desestabilizador de um domínio qualquer (disciplinar, conceitual, artístico, sociopolítico, etc.) sobre outro. A relação de intercessão é uma relação de perturbação, e não de troca de conteúdo (DELEUZE, 1992; CARVALHO et al, 2013).

Ao recorrer ao trabalho de Antoine Hennion, Kastrup (2019) sugere que o professor (e aqui traremos para o preceptor) ao acompanhar o processo de ensino-aprendizagem do aprendiz (residente), possa despertar nele “o curioso gosto pela experiência de problematização” (p.99). Parte da noção de gosto como uma atividade reflexiva, no sentido de um espaço-tempo de reverberação e ressonância.

“Aqui é uma OSS, somos contratados, tem algo comum que é o trabalho desenvolvido no CAPS, mas ainda tem essa diferença de discurso, que eles vão tomar contato sim. Cabe quem ocupa esse lugar questionar o residente. Muitos já trazem suas próprias questões. Mas eles vão se deparando com essas práticas e repensando qual o modelo de cuidado que a gente pode ofertar aqui? O que é que se depara. O que que se acredita ...”(P53, psicólogo, EG).

Ceccim (2004), partindo dessa concepção de intercessores como interferências que constituem agenciamentos, convocações ou ainda modos de sentir-pensar-querer, aponta três intercessores que intervêm na formação do profissional de saúde: o primeiro, a alteridade com os usuários; o segundo, a experimentação em equipe; e o terceiro, a prática de saúde como afirmação da vida.

“[...]Eu tô aqui há 8 anos, então a gente começa a fazer sempre a mesma coisa, então, assim eles vêm e vão provocando essas mudanças. Eu acho que, além dessa questão com os alunos, a residência, também provoca uma outra relação com os colegas de trabalho, então, mesmo quando não é com os residentes, eu tenho uma outra relação com os preceptores que também provocam esse trabalho multi, esse trabalho integrado, e eu acho que isso é graças à residência. Eu acho que provoca uma mudança não só no trabalho de formação, mas também no trabalho da equipe[...] E ver a ação deles com os usuários, né? Que acho que também isso é um negócio que tu começa a ver também que os usuários têm outra resposta, né.” (P18, psicóloga, EG).

Para Passos e Carvalho (2015), compreender a formação em saúde a partir dessa ideia de intercessão “impõe que se utilizem estratégias pedagógicas que superem a mera transmissão de conhecimentos”, e, orientando-se “por premissas éticas, políticas e clínicas, devem ser recriados considerando as especificidades de cada realidade, instituição e equipe de saúde” (PASSOS e CARVALHO, 2015, p.96).



Para que o preceptor-intercessor possa compor essa experimentação no processo de formação, estar neste lugar na preceptoria convoca às desestabilizações e exige um olhar para si.

“Os residentes sempre têm muito a contribuir nos serviços. São profissionais formados, com um gás novo que nós já estamos quase "institucionalizados" já perdemos. Nos trazem questionamentos e nos fazem sair da zona de conforto” (P36, terapeuta ocupacional, QOL).

“Eu sou muito movida pelas questões produzidas, assim, daquele - nossa essa pergunta é muito interessante da gente poder pensar e construir uma nova prática em cima disso, né” (P47, terapeuta ocupacional, EG).

“O que vai me movendo, já apareceu nas falas anteriores, eu acho bastante interessante o lugar do residente e o quanto que ele introduz questões para a gente mesmo enquanto equipe, enquanto profissional” (P53, psicólogo, EG).

“Fiquei pensando aqui que o que me move são as trocas que eu acho que a troca com a pessoa né, a residente, é uma troca bastante positiva, pq é alguém que vem de fora do serviço, é alguém que mobiliza e questiona coisas que a gente já tá vivendo na rotina, né, e acaba não percebendo algumas coisas e aí a pessoa chega de fora e fala “mas, por quê isso?” “mas e se fosse assim?”. E aí eu acho que isso é algo bastante positivo, estando no lugar de preceptora, poder me rever e poder aproveitar dessas trocas junto com o profissional que chega né, o profissional residente”. (P46, enfermeira, EG).

“Trata-se de um diálogo entre profissionais em momentos diferentes do seu percurso profissional, e em posições diferentes dentro do serviço, o que promove boas condições para uma construção de conhecimento significativa. Entretanto, falta uma integração melhor.” (P31, psicólogo, QOL)

“A cada turma de residentes que chega pra mim isso me constitui, isso me reformula, isso me movimenta” (P14, terapeuta ocupacional, EG).

Silva et al. (2016) consideram que a RMS constitui um espaço intercessor para ações de educação permanente em saúde, tendo um papel fundamental na criação de espaços coletivos, uma vez que possibilita encontros entre sujeitos (residentes, usuários, equipe de saúde e preceptores) “que desenvolvem suas ações fundamentadas em uma formação pedagógica e pautadas na educação permanente” (SILVA et al., 2016, p.1). Essa dinâmica proporciona a oportunidade de explorar novas abordagens na produção de saúde, nas quais compartilham as dúvidas, questionamentos e problematizações das práticas em saúde, incentivando à transformação das práticas profissionais e à promoção de ações inovadoras no campo da saúde.



Figura 12. Sem título, 2020, Rick Rodrigues. Série "Talvez um dia ainda seja possível" Bordado sobre caixa de remédios Dimensões: 18,5 cm x 22 cm

*Preceptor(a) - cartógrafo(a)*

“Mas sempre muito junto, acompanhando um processo. Fazendo junto, modificando a partir do que vai se deparando”. (P53, psicólogo, GF)

[...] possibilidade de acompanhar a formação do residente auxiliando na construção de seu percurso profissional; aprendizado (“formar é formar-se) na medida em que somos convidados a refletir sobre o nosso fazer a partir dos questionamentos dos residentes”. (P49, terapeuta ocupacional, QOL)

Com o intuito de dar ênfase à dimensão de acompanhamento de processos de ensino-aprendizagem, propusemos um(a) terceiro(a) personagem, o(a) preceptor(a)-cartógrafo(a). Reconhecemos a complexidade que o termo 'cartografia' implica, conforme explorado em nosso percurso metodológico. Nossa intenção aqui foi evidenciar a dimensão processual. Consideramos que cada um dos personagens apresentados se interconectam o tempo todo e que este terceiro talvez represente uma síntese dos três. Enquanto o primeiro (equilibrista) enfatiza o habitar (e se equilibrar em) diferentes mundos e o segundo (intercessor) dá ênfase às interferências, o cartógrafo explora a dimensão dos processos de acompanhamento na preceptoria (embora estes, também incluam os anteriores).

Se cartografar é acompanhar processos e dar língua aos afetos que pedem passagem (Rolnik, 2016), o exercício da preceptoria convoca uma trajetória de acompanhamento também de um processo, o de ensino-aprendizagem. A prática de preceptoria se dá no acompanhamento de processos de ensinar e aprender com os residentes, que passam a habitar um território específico, em algum ponto da RAPS, no caso de nosso estudo.

Uma diferença percebida é que, se o ponto de chegada na cartografia, apontado por Kastrup (2015), é a imprevisibilidade, no exercício da preceptoria tem-se algumas pistas dessa chegada (ou do que seria esperado nessa chegada), baseando-se num perfil de competência, ou noutra desenho já esperado pelo projeto político-pedagógico do programa.

O imprevisível, porém, é o caminho, o que acontece no encontro, no “entre” preceptor-estudante-rede. Isso não significa, porém, que não se deva dispor de técnicas, ferramentas, dispositivos, para se acompanhar os processos de ensino-aprendizagem, tal como foi abordado no “habitar o mundo da educação”. A ênfase dada aqui é a perspectiva da aprendizagem como um processo de produção de subjetividade, de invenção de si e do mundo (KASTRUP, 2005).

Em um estudo sobre ensino e aprendizagem em programas de residência, Dallegre e Ceccim (2018) apresentam o conceito de “encontros de aprendizagem”,

o qual acontece no cotidiano de trabalho e que se refere à uma ética de acompanhamento.

Ética essa que acontece em uma relação entre o residente e o preceptor (englobando todas as denominações supostas nesta função docente), uma relação que, muitas vezes, é mediada por conflitos, outras por admiração mútua, ou ainda uma relação apaixonada, de amizade. Poder-se-ia dizer, então, de uma relação que se dá entre preceptor e residente, uma relação de acompanhamento, permeada por uma ética da amizade, “uma relação ainda sem forma”, tal como em Foucault, quando refere – quanto à amizade – uma ligação sem filiação e sem intenção de paternidade ou maternidade. Na formulação desse modo de permitir a relação de amizade, há infinitas possibilidades de dar passagem às inquietações daquilo que afeta, ao que produz fidelidade entre amigos, ao que é a amizade, o que provoca o carinho e o companheirismo. Nessa ética da amizade, que é estabelecida entre residente e preceptor, estão as possibilidades de sacudir a instituição, de violentar o já instituído, de produzir novos sentidos para o cotidiano do cuidado (aprendizados) (DALLEGRAVE E CECCIM, 2018, p.882).

Freire (2011) parte de uma concepção da educação como uma prática de liberdade e de autonomia. E, para que tudo isso possa ocorrer, recorro a Maturana (2009), o qual refere que se deve garantir a legitimidade do outro para ser e aprender, reconhecendo e aceitando o “outro como legítimo outro”. Reflexões que percebo serem necessárias e oportunas para se construir uma função de preceptoria que favoreça o acompanhamento dos processos de ensino-aprendizagem nessa ética de acompanhamento.

Se a preceptoria está para acompanhar processos, esta implica uma atitude de abertura ao imprevisível

“Eu me sinto preparada para ser preceptora pelo fato de que tenho certeza de que não estou pronta. Nosso processo de preceptoria é construído singularmente com cada turma em um processo de ensino-aprendizagem horizontal. O processo formativo se dá ao mesmo tempo que eu também me construo preceptora. Esse é um posicionamento teórico, ético e político que eu assumo nesse processo de construção de aprendizagem e de conhecimento mútuo” (P14, terapeuta ocupacional, EG).

Zanelatto (2018) traz a preceptoria como um dispositivo<sup>21</sup>, ao considerar que agrega ao cenário pedagógico uma potência de invenção (partindo do referencial de aprendizagem inventiva de Kastrup). Para a autora, a preceptoria é um dispositivo de

---

<sup>21</sup>Para Foucault, dispositivo é “um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos” (FOUCAULT, 2021, p. 364).

saber e de cuidado, pois “é um espaço que permite a construção de saberes, que se fazem mediante conexões do uso das diversas tecnologias do cuidado e se entrecruzam com as relações e competências afetivas.” (ZANELATTO, 2018, p.95)

Ao discutir sobre a relação professor-aluno, para a qual pensaremos também a de preceptor-residente, e que dialogam com o preceptor-cartógrafo, Rolnik (1993), aborda que o professor transmite um aprender, um criar (e não um saber):

O que este professor aprendiz/criador visa com seu ensino é autorizar e suscitar no aluno este aprendiz/criador, que evidentemente não será igual à sua pessoa e não falará nem das mesmas coisas, nem com o mesmo estilo, já que o que se produz desde esta posição é necessariamente singular, pois singulares são as marcas que conduzem esta produção e o estilo é exatamente esta singularidade encarnada (ROLNIK, 1993, p.13).

O encontro com o residente foi apontado em nossa pesquisa como algo que amplia a potência de agir dos profissionais nos serviços, trazendo a dimensão da potência da (re)invenção, criação e oportunidade de refletir sobre a prática. A nuvem de palavras abaixo apresenta de forma visual e perspectiva, os aspectos considerados importantes nessa relação preceptor-residente, que foram principalmente: respeito; confiança; empatia; vínculo; interesse; diálogo; parceria; abertura; troca; cuidado; horizontalidade; e acolhimento.



Figura 13: Nuvem de palavras sobre a relação preceptor(a)-residente. Fonte: Elaboração Própria (2022)<sup>22</sup>

<sup>22</sup> Nuvem de palavras produzida com o auxílio de uma ferramenta de tipografia online, disponível em <https://www.edwordle.net/>.

Através da aproximação com a residência, os preceptores trazem a ampliação de sua potência de agir a partir da experiência de preceptorar. Considerando a experiência como “a possibilidade de que algo nos aconteça ou nos toque” (Bondía, 2002, p. 24), um encontro que parece favorecer a criação de experiências instituintes com capacidade de interferir no instituído.

Freire (2011) reuniu diversos aspectos que considera essenciais e que o ensinar exige, tais como, saber escutar, disponibilidade para o diálogo, querer bem aos educandos, tomada consciente de decisões, estética e ética, criticidade, respeito aos saberes dos educandos, dentre tantos outros aspectos importantes para esse desenvolvimento da prática docente.

Algo que o autor apontou como fundamental na relação professor-aluno (e que aqui irei transpor para a relação preceptor-residente/estudante) foi o aspecto da curiosidade, o qual se refere à necessidade de o profissional assumir uma postura “dialógica, aberta, curiosa, indagadora e não apassivada, enquanto fala ou enquanto ouve. O que importa é que professor e alunos se assumam epistemologicamente curiosos” (p. 83).

“Acho o trabalho extremamente desafiador. Penso que a construção do vínculo com os residentes e um contato afetivo e acolhedor sejam fundamentais para um encontro potente. Acredito que o papel do preceptor é identificar as potências do residente, valorizá-las e aperfeiçoá-las e também identificar suas vulnerabilidades para trabalhá-las com cuidado, desta forma o sujeito pode superar as dificuldades e ir aperfeiçoando seu trabalho e conhecendo novas possibilidades” (P14, terapeuta ocupacional, QOL).



Figura 14. A.FE.TO, 2020, Rick Rodrigues. Bordado sobre cartela de remédio. Dimensões: 3,5 cm x 4,5 cm x 01 cm. Fotografia: Junior Luis Paulo.

*CAPÍTULO 5*  
*PISTAS DE UMA PRECEPTORIA*  
*NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL*

As atividades e os personagens apresentados anteriormente emergiram desta pesquisa por meio do encontro com preceptores da saúde mental e, embora possam revelar aspectos do habitar residência em diferentes campos, pareceu-nos que existem aspectos que estão mais profundamente ligados ao campo da saúde mental.

Neste capítulo, resgataremos as potências e desafios identificados pelos preceptores em relação à prática da preceptoria em saúde mental. É importante destacar que, embora muitos desses aspectos já tenham sido abordados ao longo da tese, faremos uma retomada da questão inicial em busca de uma certa especificidade em relação à preceptoria no campo de estudo: “Quais seriam as especificidades, limites e potencialidades na realização de atividades de preceptoria no processo de formação em saúde mental?”.

Abordaremos as potências e desafios de forma conjunta, considerando a relação com o processo saúde-doença-intervenção na saúde mental, a formação do residente e a integração ensino-serviço.

Considerando que as práticas desenvolvidas nos diferentes serviços de atenção à saúde estão intrinsecamente ligadas a determinadas concepções do processo saúde-doença-intervenção (Batistella, 2007), uma potencialidade apontada da prática da preceptoria na saúde mental foi a ampliação da compreensão desse processo. Essa ampliação se direcionou para práticas que fortaleceram o cuidado, o trabalho em equipe interprofissional, em rede e territorial, com práticas antimanicomiais. Aspectos como considerar a saúde como um processo historicamente construído e buscar a superação de estigmas e preconceitos no cuidado foram considerados relevantes na prática da preceptoria na saúde mental.

“[...] Mas algo que num primeiro momento assusta muito alguns residentes que chegam [no cenário do CAPS ad] é a questão da própria violência. É um campo que é atravessado por situações de violência e aí também valores morais, o estigma, o quanto já vem contaminado com essas questões. Alguns trazem do medo de estar nesse campo. Desejar, mas ter medo com o que se deparar. Poder ir desconstruindo esse lugar. Como é que a violência aparece na história dos usuários e que por vezes se repercute aqui dentro.” (P53, psicólogo, GF).

A criação de um ambiente crítico e reflexivo, comprometido com a prática profissional antimanicomial, que articula prática clínica (atenção psicossocial) com movimento social (movimento da luta antimanicomial) favorece a produção de diferentes formas de atuação críticas e sensíveis relacionadas à saúde, à loucura e à



sociedade. Isso potencializa a criação de uma rede vibrante de práticas pedagógicas inovadoras e criativas que podem dialogar com essas questões. No processo de formação do residente, a potencialidade de contribuir para a formação de profissionais críticos, reflexivos e comprometidos com a saúde mental e com os direitos humanos foi evidente. Ainda que não garantida, favorece a formação de profissionais que, após a residência, atuarão em serviços públicos (ou espera-se isso), trazendo consigo uma abordagem qualificada e engajada.

Alguns aspectos desafiadores surgiram nesse processo, especialmente, lidar com questões relacionadas à avaliação e formação do residente, como o controle de frequência, o reconhecimento da própria identidade como profissional de saúde inserido no contexto de formação, bem como lidar com as interações entre a equipe, os cenários de prática e os programas de residência.

“[...] a parte mais desgastante se refere ao controle de frequência/assiduidade/pontualidade; outro desafio se coloca quando o residente não está implicado com seu processo de formação” (P49, terapeuta ocupacional, QOL).

“A imaturidade de muitos residentes, que criticam demais o serviço sem propor soluções ou contribuir para sanar os problemas” (P44, enfermeira, QOL).

Ainda em relação à formação dos residentes, outro aspecto considerado desafiador é o reconhecimento de defasagens na formação, e a necessidade de acompanhamento e aprofundamento em relação ao campo da saúde mental. Em estudo que objetivou investigar as representações sociais da loucura por parte de profissionais da saúde mental, universitários da área da saúde e estudantes do ensino médio, Sousa et al. (2018), identificaram que a percepção dos dois últimos grupos estava enraizada no paradigma biomédico, o que resulta na exclusão e perpetuação do estigma social em relação a essas pessoas. Apesar dos avanços da Reforma Psiquiátrica, o cuidado em saúde mental no Brasil ainda enfrenta desafios em relação à percepção negativa da sociedade em relação aos indivíduos com sofrimento psíquico, o que demanda que a formação em saúde seja pautada no paradigma psicossocial.

Além disso, a questão de ter ou não um perfil adequado para atuar nessa área foi mencionada em algumas narrativas. Surge, então, a pergunta: o que é dado e o que pode ser construído?

“um dos maiores desafios é observar que os alunos têm chegado com uma defasagem importante na formação da graduação. O que nos exige um tempo preliminar de trabalho” (P12, psicóloga, QOL).

“Alguns residentes ressaltam que ao serem inseridos nos campos não dispõem de conhecimentos específicos que possibilitem desempenhar a prática, de modo que buscamos trabalhar as dificuldades a partir de discussões teóricas e manejo dos casos” (P53, psicólogo, QOL).

“[...] o perfil , nem todo residente se identifica com saúde mental, existem os estigmas , medos e preconceito” (P34, assistente social, QOL).

Um outro aspecto que se destacou nas narrativas dos preceptores foi relacionado à saúde mental dos próprios residentes, seja em diálogo com a questão sobre a existência de alguma prática focada na saúde mental dos residentes, seja de forma diluída ao longo do questionário, trazendo suas potências e desafios. Os preceptores reconheceram a necessidade de promover práticas que visassem o cuidado e à atenção à saúde mental dos residentes durante o processo de formação.

A mais recente revisão global sobre saúde mental pela Organização Mundial da Saúde (OMS) revelou que, em 2019, quase um bilhão de pessoas (incluindo 14% dos adolescentes em todo o mundo) estavam vivendo com algum transtorno mental. Tal situação foi agravada com o contexto de pandemia de covid-19 e, em seu primeiro ano houve um aumento de 25% na prevalência global de ansiedade e depressão. Algo que chamou atenção foi o impacto significativo na saúde mental dos jovens, aumentando seu risco desproporcional de comportamentos suicidas e automutilação (WHO, 2022).

Formar para o cuidado em saúde mental é também compreender a dimensão de formar para o cuidado de si. Essa dimensão é fundamental para que os residentes possam estar mais preparados para enfrentar os desafios da área. Assim, uma pista é que os preceptores, por serem profissionais da saúde mental, desempenham um papel fundamental e podem estar mais disponíveis para criar um ambiente de apoio e acolhimento, permitindo que os residentes se sintam seguros para compartilhar suas experiências e buscar suporte quando necessário.

“Na preceptoria, por estarmos no campo da saúde mental, busco acolher e cuidar de como os atendimentos ou relações com equipe/rede afetam os residentes, propondo uma reflexão acerca disso, o que considero ter um impacto importante no cuidado na saúde mental dos residentes. O programa conta com tutorias semanais (gerais ou específicas) nas quais os tutores estão bem próximos dos residentes e, caso seja observada a necessidade de algum cuidado em saúde mental mais específico, é feita uma conversa individual com o residente e uma sensibilização para esse cuidado, podendo

encaminhá-lo para o programa de atendimento ao residente da (nome da IES)". (P49, terapeuta ocupacional, QOL).

"Sempre que emergem situações de crise em que os residentes são expostos, buscamos acolhê-los e verificar o modo como foram afetados, bem como a indicação de realizar atendimentos compartilhados ou auxiliar na interlocução com a equipe. Caso avaliemos que estes não dispõem de recursos internos para lidar com a situação, sugerimos um período para pensar a continuidade ou interrupção da intervenção" (P53, psicólogo, QOL).

"Tentamos, no programa, ficar atentos às questões de saúde mental de cada residente. O trabalho de tutoria foca mais nesses aspectos, mas isso não escapa ao preceptor. Nós trocamos muito sobre as preocupações com a saúde mental dos estudantes que recebemos e buscamos acolher e orientar em relação a cuidados e demandas específicas, caso seja necessário". (P14, terapeuta ocupacional, QOL).

"A instituição conta com unidades específicas para atendimento e acolhimento psicológico de estudantes e de trabalhadores, para as quais os residentes também podem ser encaminhados quando necessário" (P39, psicóloga, QOL).

"[...] Residentes, por vezes, também têm sua saúde mental fragilizada em meio ao programa, e é muito difícil avaliá-los e ajudá-los em meio ao processo de cuidar dos usuários do serviço[...]" (P18, enfermeiro, QOL)

Silva e Moreira (2019) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar o estresse vivenciado pelos residentes de um programa de residência multiprofissional em uma maternidade-escola, bem como compreender os significados atribuídos por eles diante desse processo. Abordaram que, dentre outros achados, os residentes podem se sentir angustiados com o papel da preceptoria, especialmente, quando os preceptores não estão preparados para lidar com as demandas gerais do programa, dificultando a construção do conhecimento de práticas em saúde.

A falta de preparo dos preceptores pode gerar sentimento de frustração e desamparo nos residentes, comprometendo o processo de aprendizagem e a construção de práticas em saúde. Diante disso, a importância da formação dos preceptores para desempenharem efetivamente o seu papel dialoga com essa questão, como é possível ver na narrativa abaixo.

"Eu já passei por serviços assim que tinham profissionais que nunca "Ah eu não vou ser preceptor". Como que é isso? Então passa por um desconhecimento porque as vezes não teve a experiência. Então eu fiquei pensando na importância desses espaços assim e até de espaços de educação permanente. O que venho sentindo nessa trajetória é que a gente também tá diminuindo esses espaços de educação permanente para gente. E eu acho que potencializa quando a gente tá como preceptor. Eu fiquei pensando um pouco disso. Que seria interessante para gente se instrumentalizar também para além de uma formação específica mas que a gente também experimente esse lugar o tempo todo. A gente nessa experimentação. Assistência, estar em lugares que a gente também receba outras coisas. A gente troque outros saberes. Acho que é interessante. E que

eu venho percebido que tem diminuído, ainda mais nesse contexto de pandemia né, que está trazendo outros percalços aí que, às vezes, a gente não tem perna mesmo, né, então, isso também me fez pensar um pouco” (P47, terapeuta ocupacional, EG).

A educação permanente, enquanto prática pedagógica, tanto para os preceptores quanto para as equipes em geral, foi considerada uma potencialidade e, ao mesmo tempo, um desafio no sentido de garantir/manter espaços dedicados à reflexão da prática.

O encontro entre residentes e preceptores foi percebido como uma possibilidade de ampliar a potência de agir nos serviços, trazendo um caráter criativo e inventivo para as práticas de saúde mental. Essa interação permitiu a troca de experiências, enriquecendo o processo de formação dos residentes e fomentando a busca de soluções inovadoras no cuidado em saúde mental.

“o residente renova a equipe com sua vitalidade e interesse em aprender [...]” (P33, fonoaudióloga, QOL).

“[...] somos revigorados com novas visões e formas criativas de trabalho, além do desafio de se manter sempre aberto a novas possibilidades” (P17, enfermeiro, QOL).

“Identifico na residência uma potência transformadora para o resgate da construção de novas práticas em saúde” (P6, psicóloga, QOL).

A integração ensino-serviço foi reconhecida como uma oportunidade para estabelecer parcerias, porém, enfrenta diversas dificuldades na articulação. Esses desafios se manifestaram tanto na comunicação entre os envolvidos, no distanciamento de tutores e na coordenação dos programas, como também na desarticulação entre o que é visto na teoria e na prática.

“algumas práticas de tutoria/estudo teórico desligado da realidade dos serviços, trazendo um pensamento muito descaracterizado do que é o serviço vivo e real”. (P48, terapeuta ocupacional, QOL)

Essas questões ressaltam a necessidade de fortalecer os vínculos e a colaboração entre os diferentes atores envolvidos no contexto da residência, a fim de promover uma integração mais efetiva que beneficie a formação dos residentes em saúde mental.

Além disso, a precarização dos serviços de saúde mental, como a falta de investimento, recursos humanos insuficientes e falta de suporte adequado, também, contribui para os desafios enfrentados na prática da preceptoria. A escassez de

profissionais qualificados, a sobrecarga de trabalho e a falta de estratégias de apoio podem dificultar a atuação dos preceptores, comprometendo o acompanhamento do processo de ensino-aprendizagem dos residentes.

“Carências dos serviços que impactam na prática do preceptor (carência de recursos humanos e de recursos materiais e terapêuticos)” (P26, médica, QOL).

“a falta de estrutura do local onde trabalho - falta espaço físico adequado para fazer reuniões e atividades em conjunto (para além das reuniões de equipe)” (P44, enfermeira, QOL).

Retomadas as potências e desafios para a preceptoria em saúde mental, destacamos ainda a importância de resgatarmos a necessária aproximação entre produção de conhecimento e produção de cuidado, realizando tessituras entre o saber, fazer e cuidar, como nos provoca Ferigato (2022):

Separar a atividade acadêmica do cuidado é a forma de fazer ciência instituída por homens brancos ao longo da história, é separar a produção de conhecimento da produção da vida cotidiana. Pensar uma Ciência com devir-mulher, construída por homens, mulheres e por toda a diversidade que ultrapassa esse binarismo é compreender que produzir conhecimento é cuidar e que cuidar produz conhecimento (FERIGATO, 2022,p.11).

Pesquisar formação em saúde mental, nessa perspectiva de pensar a ciência com devir-mulher, é também afirmar um compromisso técnico-ético-político para/com a formação e cuidado, juntos, em defesa da vida e da liberdade.

*CAPÍTULO 6*  
*DESLOCAMENTOS*

Como já abordado no percurso metodológico, a validação da pesquisa cartográfica deve incluir a avaliação dos efeitos produzidos pela intervenção em três níveis: autoavaliação; avaliação dos participantes e avaliação dos pares (distribuindo assim, a expertise da avaliação entre pesquisadora, pesquisados e pares).

Neste capítulo, buscamos abordar algumas pistas de efeitos produzidos pela pesquisa, seja em seus participantes, seja na pesquisadora (incluindo as implicações), da/na pesquisa.

Percebemos que reunir os preceptores a partir da estratégia da entrevista grupal agiu como dispositivo para a produção de encontro. Ao final, fizemos um breve momento de avaliação do encontro, o qual trouxe algumas pistas dos efeitos produzidos nos participantes. Após o encontro, criou-se uma nuvem com as palavras-avaliação, que foi compartilhada com os(as) participantes.



Figura 15: Nuvem de palavras produzida a partir das falas dos(as) preceptores(as). Fonte: Elaboração Própria (2022).<sup>23</sup>

“A palavra pra mim foi inspiração. Eu saio muito inspirada a estudar. É muito bom quando a gente tem um encontro tão potente” (P33, fonoaudióloga, EG).

“(…) se fosse definir em uma palavra seria ‘troca’. Pelo tanto que foi rico esse encontro, poder falar com outros preceptores de outros estados. Entender como esse processo é realizado em outros locais. Saio daqui com mais motivação e provocado de toda discussão” (P53, psicólogo, EG).

“Eu queria agradecer. Foi um encontro muito potente, estou muito lisonjeada de estar aqui, de poder ouvir as experiências dos colegas. Eu acho que em uma palavra, é resistência. Resistir para existir. Tá todo mundo aqui comprometido para uma saúde pública de qualidade. Com um SUS que de fato seja universal, que respeite qualquer vida humana que chegue para gente” (P14, terapeuta ocupacional, EG).

<sup>23</sup> Nuvem de palavras elaborada com recurso online, disponível em <http://www.mentimeter.com>

“Eu me senti acolhida. É, no sentido de ver que tem outras pessoas que também estão vivendo coisas parecidas ou até coisas diferentes, mas que estão nessa mesma, nesse mesmo lugar da luta, da resistência, de tentar pensar algo melhor, uma formação melhor pro SUS” (P46, enfermeira, EG).

“Me inquietou muito.... eu ainda estava em fase de digestão das informações (...) A palavra de hoje é estar grata por ter conhecido essas realidades” (P50, terapeuta ocupacional, EG).

“Pra mim a palavra foi provocações e acolhimento também” (P47, terapeuta ocupacional, EG)

“Acho que a palavra seria colaboração. E acho que é um pouco do que esse encontro propõe, né? Assim, que a gente possa trabalhar juntos e colaborar uns com os outros pra poder construir” (P18, psicóloga, EG).

Além disso, algo que esteve presente nas narrativas de diversos preceptores foi o impacto de ter experimentado esse processo formativo enquanto residente. Alguns aspectos comuns de uma certa “identidade de residente concluinte”, mas uma identidade que é movente, que produz (bons) encontros, e que é algo que também compartilho.

“E aí a coisa foi acontecendo naturalmente né, porque eu tinha sido residente do programa e os docentes e coordenadores do curso apostavam muito que eu podia contribuir ali por ter passado pelo programa e fui me integrando dessa forma na preceptoria” (P3, terapeuta ocupacional, EG).

“Ao me pós-graduar em um programa de residência, e como residente ter vivido em ato a questão da preceptoria, como preceptoranda, e após, como preceptora, me marcou profundamente na construção da profissional que sou. Assim, acredito que acabei por desenvolver habilidades para pensar sobre a formação e a tarefa de acompanhar residentes” (P52, psicóloga, QOL).

Na véspera do encontro com os preceptores, e provocada pelo seu planejamento e a questão do que move, fiz um movimento de olhar para mim e o que me move nesse processo implicado de pesquisar, minhas escolhas e caminhos percorridos. Entre reflexões e inquietações, trago aqui um trecho que dialoga com essa questão.

As marcas em meu corpo de residente concluinte trazem a intensidade das práticas vivenciadas, mas, mais do que isso, da intensidade nas relações... com as equipes, usuários, comunidades, com meus/minhas parceiros(as) de residência, um encontro com a militância e defesa do SUS... de vivenciar onde e como gostaria de estar e atuar. Os encontros (e desencontros) com os preceptores que favoreciam (ou nem tanto) uma proatividade, o fortalecimento do trabalho em equipe, da invenção na produção do cuidado... E me ver depois na prática, enquanto profissional de saúde contratada do



serviço, por vezes silenciada e capturada pelo o que estava instituído – precarização do trabalho, sobrecarga, desvalorização e invisibilidade... (trecho de diário de pesquisa, 17/08/2021).

Esses relatos mostram o próprio processo de residências como um dispositivo para a formação de preceptores e para a sensibilização dos processos de educação em saúde. Para Silva (2019), o Corpo-residente pode funcionar como caixa de ressonância dos afetos que circulam no corpo adoecido dos usuários por ele acompanhados. Nesta pesquisa, identificamos que ele pode ser, também, de ressonância de práticas de formação e educação permanente do SUS.

*POUSAR*

*Notas finais da pesquisa*

Escrever é um caso de devir, sempre inacabado, sempre em vias de fazer-se, e que extravasa qualquer matéria vivível ou vivida. É um processo, ou seja, uma passagem de Vida que atravessa o vivível e o vivido. A escrita é inseparada do devir... (DELEUZE, 2011, p. 11).

Diante da temporalidade de um processo de doutoramento, olharemos para as notas finais dessa pesquisa como um pouso, uma oportunidade para revisitarmos as trilhas percorridas até aqui. No entanto, consideramos que elas não representam um ponto de chegada definitivo, certas de seu inacabamento, mas, sim, um convite para novos pontos de partida, explorações e reflexões.

A aposta na cartografia, como bússola ético-política neste percurso, buscou valorizar os processos, as incertezas, os encontros e desencontros na produção de conhecimento e no meu (re)conhecimento como aprendiz-cartógrafa em meu devir-pesquisadora. Tendo em vista sua complexidade e densidade, consideramos os limites no desenvolvimento dessa busca por aproximações de um modo não hegemônico de se fazer pesquisa, assim como lidar com a impossibilidade de habitar os campos dos cenários de práticas da preceptoria ante o cenário de pandemia da covid-19.

A busca de dar passagem à experiência de preceptores que atuam nos programas de residência em saúde mental foi o que nos direcionou nesta pesquisa. Com base no encontro com preceptoras e preceptores oriundos de diferentes localidades e categorias profissionais, seja pelos questionários online, seja pela entrevista grupal, abordamos a prática da preceptoria na saúde mental em seu habitar fronteiras de diferentes "mundos", que foram as dimensões que emergiram nesse processo: 1) habitar o mundo do trabalho; 2) habitar o mundo da educação e 3) habitar o mundo da residência.

No "habitar o mundo do trabalho", abordamos a dimensão do cuidado em saúde mental a partir de cinco ideias-força: os cenários de prática e os modelos de cuidado em saúde mental em disputa; o borramento de fronteiras e os desafios para o trabalho interprofissional; saúde mental e interseccionalidades; os impactos da racionalidade neoliberal e, por fim, o cenário de pandemia da covid-19 em diálogo com a prática da preceptoria. Iniciamos com a discussão dos modelos de cuidado e cenários de prática dos programas de residência, nos quais os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) se destacaram como principais locais de atuação dos(as) participantes na prática da

preceptoria. Enfatizamos a importância da formação em espaços comunitários e da interprofissionalidade na/para a transformação das práticas de cuidado.

A partir da produção de dados, discutimos as intersecções entre saúde mental, relações étnico-raciais e gênero. Em diálogo com a literatura, reconhecemos a importância de abordar o racismo e suas consequências para o sofrimento psíquico das pessoas negras. Destacamos, ainda, as lacunas na formação profissional em relação às relações étnico-raciais e a necessidade de uma abordagem de saúde mental antirracista. A literatura revela, também, a predominância de mulheres no trabalho em saúde, indo ao encontro do perfil de nossos(as) participantes, e a interseção entre o papel social de gênero e o cenário de pandemia amplifica os impactos sofridos por elas.

Ainda nesta dimensão, abordamos a lógica do capitalismo neoliberal como pano de fundo, analisando as estruturas dos serviços e a reprodução do instituído no cotidiano do trabalho em saúde. Por ser um arranjo formativo voltado para o trabalho em saúde, os programas de residência são afetados pela conjuntura de desmonte das políticas sociais. Dentre as questões recorrentes nas narrativas dos preceptores, os quais estão inseridos em serviços públicos de saúde, tiveram força a sobrecarga, a precarização do trabalho e dos vínculos. Como podemos pensar na prática da preceptoria para agregar e produzir potência, em uma perspectiva emancipatória, numa lógica que fragmenta e individualiza tanto no cuidado aos usuários em saúde mental quanto na prática educativa?

Nesse cenário, os residentes também enfrentam situações de precariedade. É necessário considerar os efeitos da cultura neoliberal, racista e hetero-cis-patriarcal na produção da subjetividade dos residentes e preceptores. A resistência e as possíveis linhas de fuga dentro desse projeto neoliberal foram questionadas, especialmente, no contexto da pandemia da covid-19, onde a prática da preceptoria teve que se adaptar e enfrentar desafios adicionais.

No “habitar o mundo da educação”, abordamos a dimensão educacional da prática da preceptoria, explorando as interfaces entre cuidado e formação, com base em quatro ideias-força: tornar-se preceptor(a); a formação para preceptorar; o (re)conhecimento ou a (in)visibilidade do papel de educador; estratégias educacionais e referenciais que sustentam a prática cotidiana da preceptoria.

No que diz respeito a tornar-se preceptor(a), observa-se que a maioria assumiu esse papel por convite da instituição de trabalho ou do programa de residência. A

formação pedagógica específica para a preceptoria foi um desafio comum, presente na minoria dos(as) participantes. Apesar disso, a experiência prática e a trajetória profissional foram consideradas preparações para a função. O reconhecimento do papel de educador(a) foi variável, sendo que alguns se identificavam em sua função educativa, enquanto outros enfrentam falta de clareza sobre seu papel e, em especial, apontaram uma desvalorização e invisibilidade do reconhecimento por outros atores, seja por parte de pares, seja pela gestão dos serviços e atores vinculados às instituições de ensino.

Os(As) participantes abordaram diferentes atividades/estratégias educacionais que utilizam na prática da preceptoria e que favorecem o desenvolvimento das áreas de competência do residente: cuidado individual e coletivo, gestão do trabalho e educação em saúde. A utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, também, emergiu das narrativas, porém não foi explorada pelos(as) participantes. A avaliação dos residentes e os referenciais teórico-metodológicos utilizados na preceptoria foram abordados, destacando a necessidade de aprimoramento e revisão dos processos de avaliação. Quanto aos referenciais, conceitos e autores mencionados pelos participantes, observamos que abrangem três principais áreas de interface: Educação, Saúde Mental e Saúde Coletiva.

Em relação à terceira e última dimensão, "habitar o mundo da residência", destacamos a emergência das práticas de preceptoria a partir de três personagens: preceptor-equilibrista; preceptor-intercessor e preceptor-cartógrafo. Referente ao preceptor como um equilibrista, abordamos a busca de manter o equilíbrio entre as diferentes atribuições da preceptoria, além de lidar com as incertezas e desconfortos relacionados ao seu papel e responsabilidades. A sobrecarga de trabalho e a falta de valorização da preceptoria são desafios enfrentados, mas a preceptoria também foi vista como uma construção micropolítica de espaços de mediação no processo de formação das residências.

Na perspectiva do preceptor como um intercessor, abordamos que este contribui para a constituição de agenciamentos, intervindo na formação profissional em saúde mental. Nesse encontro com os residentes, ocorre uma dinâmica de interações e afetações mútuas, em que o preceptor é influenciado e modificado por eles, e vice-versa. Essa intercessão envolve interferências e perturbações que podem estimular a mudança de práticas e impulsionar ações inovadoras no campo da saúde mental.

Por fim, abordamos o preceptor como um cartógrafo, dando ênfase ao acompanhamento dos processos de ensino-aprendizagem. Consideramos aqui a aprendizagem como um processo de produção de subjetividade, de invenção de si e do mundo, e a preceptoria como um dispositivo de saber e cuidado, possibilitando a construção de saberes-fazer por meio de conexões e competências afetivas.

Foi por meio dos encontros com preceptores da saúde mental que emergiram os personagens apresentados anteriormente. Embora possam apresentar elementos relacionados à residência em diversos campos, pareceu-nos que existem aspectos especialmente conectados ao campo da saúde mental.

Os preceptores destacaram a ampliação da compreensão do processo saúde-doença-intervenção como uma potencialidade da preceptoria na saúde mental. Isso envolve práticas que fortalecem o cuidado, o trabalho em equipe interprofissional, em rede e territorial, e práticas antimanicomiais. Além disso, a preceptoria pode contribuir para a formação de profissionais críticos, reflexivos e comprometidos com a saúde mental e os direitos humanos.

A potência dos encontros, não só da função preceptoria para o processo de ensino-aprendizagem, mas da ampliação de potência de agir para o preceptor, trabalhador da saúde mental, imerso em um projeto neoliberal de desmontes, sucateamento das políticas públicas e, por vezes, capturado pelo instituído, fortalece a importância da educação permanente em saúde. Garantir espaços dedicados à reflexão da prática com os residentes, preceptores e equipes, emerge como aspecto essencial para o desenvolvimento da preceptoria em saúde mental, qualificando o cuidado e (re)invenção de práticas.

Considerando a necessidade de (re)conhecer os cenários nos quais atuam os preceptores e a dificuldade em encontrar esses dados públicos, o mapeamento dos programas de residência multiprofissional em saúde mental realizado por este estudo, num movimento de artesanaria, trouxe contribuições neste sentido. Observamos que há uma concentração na região Sudeste, em especial, em São Paulo, seguida das regiões Sul e Nordeste. Além disso, identificamos diversos locais no cenário nacional nos quais essa modalidade formativa ainda não chegou. Apostando na potência dessa formação intensiva para/no mundo do trabalho, acreditamos que a expansão de programas de residência em saúde mental se torna uma necessidade para o SUS e fortalecimento da RAPS.

Após o cenário da pandemia de covid-19, a importância da saúde mental tem se destacado ainda mais. Em 2023, durante o encontro na Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em comemoração ao Dia Nacional da Luta Antimanicomial em 18 de maio, intitulado “Desinstitucionalização, Direitos Humanos e o Cuidado em Liberdade”, foram realizadas discussões sobre a restauração de direitos e cidadania. Houve manifestação para um compromisso com o investimento em serviços territoriais para fortalecer o cuidado nessa área.

Destacamos que, para a efetivação da qualificação das práticas, o investimento na formação em saúde mental se torna essencial. A preceptoria em saúde mental desempenha um papel relevante nesse contexto, ao poder contribuir para a formação de profissionais comprometidos com os princípios da reforma psiquiátrica e para a construção de práticas de cuidado que promovam a autonomia, a inclusão social e a qualidade de vida.

Pesquisar formação em saúde mental é também afirmar um compromisso técnico-ético-político (para/com a formação e cuidado) em defesa da vida e da liberdade. Consideramos que houve limites na realização, diante do cenário já exposto, impossibilitando-nos de habitar os territórios presencialmente, o que favoreceria a emergência de outros caminhos, afetos e produções. Apesar disso, esperamos que esta pesquisa possa apontar pistas e reflexões em busca de um fortalecimento da prática da preceptoria em saúde mental, visando uma formação profissional mais qualificada e comprometida com o cuidado à saúde mental.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, A.C. (org). Preceptoria em Programas de Residência: ensino, pesquisa e gestão. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ, 2017. 207p
- AKOTIRENE, K. Interseccionalidade. São Paulo: Polém, 2019. 150 p.
- AMARANTE, P. Saúde Mental & Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. 123p.
- AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, pp. 2067-2074, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/tDnNtj6kYPQyvT4JfLvDF/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 19 fev. 2021.
- ANTUNES, J.M.; DAHER, D.V.; FERRARI, M.F.M. Preceptoria como locus de aprendizagem e de coprodução de conhecimento. *Revista enfermagem UFPE online*, v. 11, n. 10, p. 4256-4265, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/22612>. Acesso em: 13 abr. 2021.
- ARAÚJO, T.A.M.; VASCONCELOS, A.C.C.P.; PESSOA, T.R.R.F.; FORTE, F.D.S. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. *Interface*, v. 21, n. 62, p. 873-884, jul.-set. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0295>. Acesso em: 02 abr. 2023.
- AUTONOMO, F.R.O.M. et al. A Preceptoria na Formação Médica e Multiprofissional com Ênfase na Atenção Primária – Análise das Publicações Brasileiras. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v.39, n.2, p.316-327, abr./jun., 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/DwMD7XfdCV5JLh9xkGpFWCD/>. Acesso em: 13 mar. 2021.
- AZEVEDO, B.M.S. A aposta no encontro para a produção de saúde. Tese (Doutorado). Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2016.
- BARROS, L.M.R.; BARROS, M.E.B. O Problema da análise na pesquisa cartográfica. *Fractal, Revista de Psicologia*, v. 25, n. 2, pp. 373-390, mai/ago. 2013.
- BARROS, L. P. B. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2015. p. 17-31.
- BATISTELLA, C. E. C. Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D. (Org.). *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 25-49. (Coleção Educação Profissional e Docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 1).



BONDÍA, J.L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. Rev. Bras. Educ. [online]. 2002, n.19, pp.20-28. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbedu/a/Ycc5QDzZKcYVspCNspZVDxC>. Acesso em 10 jan. 2023.

BORGES, F. A.; SILVA, A. R. N. O diário de pesquisa como instrumento de acompanhamento da aprendizagem e de análise de implicação do estudante/pesquisador. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 24, p. e190869, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190869>. Acesso em: 17 mar. 2021.

BOTTI, S.H.O.; REGO, S. Preceptor, Supervisor, Tutor e Mentor: Quais são Seus Papéis? Rev. Bras. Educ. Med., v. 32, n. 3, pp. 363-373, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/7SdHGKFv9VMkyBdtqGfLYMv/>. Acesso em: 13 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 414 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 16, de 22 de dezembro de 2014. Altera a Portaria Interministerial nº 1.077/MEC/MS, de 12 de novembro de 2009, a Portaria Interministerial nº 1.320/MEC/MS, de 11 de novembro de 2010 e revoga a Portaria Interministerial nº 1.224/MEC/MS, de 3 de outubro de 2012, para atualizar o processo de designação dos membros da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) e para incluir áreas profissionais para a realização de Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde. 2014

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Ciência e Saúde Coletiva, v. 5, n. 2, pp. 219-230, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mvLNphZL64hdTPL4VBjnrLh/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 04 fev. 2021.

CAMPOS, I. O.; ZANELLO, V. Saúde mental e gênero: o sofrimento psíquico e a invisibilidade das violências. Vivência: Revista de Antropologia, v. 48, p. 105-118, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/vivencia/article/view/11505>. Acesso em: 20 mar. 2023.

CARVALHO, Y.M.; CECCIM, R.B. Formação e Educação em Saúde: Aprendizados com a Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (orgs.). Tratado de Saúde Coletiva. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 137-170.

CARVALHO, S.R.; CUNHA, G.T. A gestão na atenção à saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (orgs.). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012. p. 871.

CARVALHO, S.R.; LIMA, E.A.; FERIGATO, S.; EICHELBERGER, M.; AZEVEDO, B.M. de S.; PENA, R.S. Explorando possibilidades en la intercesión entre el arte y la investigación cualitativa en salud. In: SALGADO, C.M.; CHAPELA, M.C.; VELASCO, V.R. (Org.). En el juego de los espejos. Multi, inter, transdisciplina e investigación cualitativa en salud. 1. ed. México: Universidad Autónoma Metropolitana, 2013. p. 121-135.

CECCIM, R.B. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004. p. 259-278.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.14, n.1, pp. 41-65, 2004. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/27642>. Acesso em: 13 out. 2020.

CECCIM, R.B.; MENESES, L.B.A.; MENESES, J.R.; ALVARENGA, J.P.O. Preceptoria e tutoria: ação docente nas residências em saúde. In: CECCIM, R.B. et al. (orgs.). Formação de formadores para residências em saúde: corpo docente-assistencial em experiência viva. Porto Alegre: Rede Unida, 2018. p. 113-123.

CÉSAR, J. M.; SILVA, F. H.; BICALHO, P. P. G. O lugar do quantitativo na pesquisa cartográfica. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; TEDESCO, S. Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum. Porto Alegre: Sulina, 2016. p. 203-237.

COELHO, I.B.; PADILHA, R.Q.; RIBEIRO, E.C.O. Desafios na educação de profissionais de saúde no século XXI. In: LIMA, V.V.; PADILHA, R.Q. (orgs.). Reflexões e Inovações na Educação de Profissionais de Saúde. 1 ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2018. pp. 1-13.

COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE (CNRMS). Resolução CNRMS n.º 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde. Brasília, DF, 16 abr. 2012. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15448resol-cnrms-n2-13abril-2012&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448resol-cnrms-n2-13abril-2012&Itemid=30192). Acesso em: 28 ago. 2020.

CONSTANTINIDIS, T.C.; CUNHA, A.C. A formação em terapia ocupacional: entre o ideal e o real. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 24, n. 2, p. 149-54, maio-ago. 2013. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/52334/84599>. Acesso em: 10 dez. 2022.

DALLEGRAVE, D., CECCIM, R. B. Learning meetings and singular pedagogical projects in Health residency programs. Interface - Comunicação, Saúde, Educ., Botucatu, v. 22, n. 66, pp. 877-887, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/Rv7y5VqVp3YTNtyWdpSVx7Q/abstract/?lang=en>. Acesso em: 29 fev. 2021.

DEJOURS, C. Avaliação: uma problemática hesitante. In: SZNELWAR, L. I.; MASCIA, F. L. (Orgs.). Cadernos de TTO, 2 - A avaliação do trabalho submetida à prova do real. São Paulo: Blucher, 2008. pp. 33-51.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Mil platôs. V.1. São Paulo: Ed. 34 Letras, 2011. 2ª edição. 128 p.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. O que é a filosofia? Tradução Bento Prado Jr. e Alberto Alonso Muñoz. São Paulo: Editora 34, 1992. 288p.

DELEUZE, G. Crítica e Clínica. Tradução de Peter Pál Pelbert. São Paulo: Editora 34, 2011. 2ª edição. 208 p.

DELEUZE, G. Conversações. Tradução de Peter Pál Pelbert. São Paulo: Editora 34, 1992. 232p.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Orgs.). O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 15-41.

DIAS, M.J.S. A feminização do trabalho no contexto da saúde pública: reflexos da reestruturação produtiva no serviço social e na medicina. In: YANNOULAS, S.C. (Coord.). Trabalhadoras – Análise da Feminização das Profissões e Ocupações. Brasília: Editorial Abaré, 2013. 304 p.

DICIONÁRIO MICHAELIS. Online. Disponível em:  
<https://michaelis.uol.com.br/modernoportugues/>. Acesso em 03 nov. 2022.

DUARTE, M.J.O. Racismo, subjetivação e saúde mental: contribuições para a reforma psiquiátrica antimanicomial. In: DAVID, E.C. et al. Racismo, subjetividade e saúde mental: o pioneirismo negro. 1 ed. São Paulo: Hucitec; Porto Alegre [RS]: Grupo de Pesquisa Egbé, Projeto Canela Preta, 2021, 164 p.

EMERICH, B. F.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. Formação de Trabalhadores para a saúde mental: a experiência da Residência Multiprofissional no Projeto "Percurso Formativos em Desinstitucionalização". In: ROSA, S. D. et al. (org.). Formação profissional em saúde mental: experiências, desafios e contribuições da residência multiprofissional em saúde. Curitiba: CRV, 2016. p. 166.

FAJARDO, A. P. Os Tempos da Docência nas Residências em Área Profissional da Saúde: ensinar, atender e (re)construir as instituições-escola na saúde. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011. 200p.

FANON, F. Pele Negra, Máscaras Brancas. Tradução Sebastião Nascimento. São Paulo: Ubu Editora, 2020.320p.

FERIGATO, S.H.; TEIXEIRA, R.R.; MOREIRA JUNIOR, J.S.; TOGASHI, G.B.; ANDRADE, A.C.; SANTOS, R.C.; BOARO, J. O questionário online como dispositivo de produção de dados na pesquisa em saúde. Revista Científica Multidisciplinar

Núcleo do Conhecimento, v. 08, n. 11, pp. 123-150, 2022. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/o-questionario-online-como-dispositivo-de-producao-de-dados-na-pesquisa-em-saude> . Acesso em: 19 dez.2022.

FERIGATO, S. H., CARVALHO, S. R., TEIXEIRA, R. R. Os centros de convivência: dispositivos híbridos para a produção de redes que extrapolam as fronteiras sanitárias. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, v. 8, n. 20, pp. 80-103, 2016. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-21472016000300006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-21472016000300006&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 19 maio 2022.

FERIGATO, S.H. Por um devir mulher da Academia: tessituras entre saber, fazer e cuidar. Jornal Adufscar, São Carlos, p. 10 - 11, 20 set. 2022. Disponível em: <https://www.adufscar.org.br/wp-content/uploads/2022/09/jornal-adufscar-edicao-3.pdf> Acesso em 10 mai. 2023.

FERNANDES, S.D.M., TRINDADE, A.P., FIGUEIREDO, T.C., COSTA, F.C.C., OLIVEIRA, S.B.R., SALVADOR, P.T.C.O. Metodologias ativas utilizadas por preceptores nas residências multiprofissionais em saúde: scoping review. Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde, v. 10, n. 4, p. 201-216, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/reb/article/view/22182>. Acesso em: 13 abr. 2021.

FOUCAULT, M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2021. 12ª edição. 432p.

FOUCAULT, Michel. A escrita de si. In: FOUCAULT, Michel. Ditos e escritos V: Ética, sexualidade e política. Organizado por Manoel Barros da Motta. Tradução de Elisa Monteiro e Inês Autran Dourado Barbosa. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004, pp. 144-162.

FRAZÃO, C.S.C. Ensino, pesquisa e extensão em tempos de pandemia: uma análise da preceptoria em saúde no Hospital Universitário Lauro Wanderley. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2021. 115 f.

FREIRE, P. Pedagogia da Esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido. São Paulo: Paz e Terra, 1992.

FREIRE, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 3. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011. 143p.

FREIRE, P. Educação como prática da liberdade. 49. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2021. 189p.

FREIRE, P. A Educação na Cidade. São Paulo: Cortez, 1991. 144p.

GARCIA JR, C. A. S., YASUI, S. Reflexões sobre a formação para o SUS e sua articulação com a pesquisa e a in(ter)venção nos cenários das práticas e dos

serviços. Revista Interação em Psicologia, v. 22, n. 3, pp. 158-166, 2018. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/56076>. Acesso em: 5 jan. 2021.

GIGANTE, R. L.; CAMPOS, G. W. S. Política de formação e educação permanente em saúde no Brasil: bases legais e referências teóricas. Trabalho, Educação e Saúde, v. 14, n. 3, pp. 747-763, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00124>. Acesso em: 13 mai. 2021.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 6. ed. 3. reimp. São Paulo: Atlas, 2019. 173 p.

GIROTTO, L.C. Preceptores do Sistema Único de Saúde: como percebem seu papel em processos educacionais na saúde. Dissertação (mestrado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

GOMES, R.; PETTA, H. L.; PEREIRA, S. M. S. F. Práticas avaliativas: bases conceituais na formação profissional em saúde. In: LIMA, V. V.; PADILHA, R. Q. (org.) Reflexões e inovações na educação de profissionais de saúde. 1 ed. - Rio de Janeiro: Atheneu, 2008. pp.101-109

GOMES, D.F. et al. (org). Transformações das residências multiprofissionais em saúde. Diógenes Farias Gomes et al. (Orgs.). Sobral: Edições UVA, 2020. E-Book: PDF. 290 f.

GOUVEIA-DAMASCENO, M.; ZANELLO, V.M.L. Psicoterapeutas brancos/as e clientes negros/as: sobre racismo invisível e lacuna em relações raciais na formação profissional. Revista da ABPN, v. 14, n. 41, pp. 317-342, set-nov 2022. Disponível em: <https://abpnrevista.org.br/site/article/view/1348>. Acesso em: 7 dez. 2022.

GUEDES, O.S.; DAROS, M.A. O cuidado como atribuição feminina: contribuições para um debate ético. Serv. Soc. Rev., Londrina, v. 12, n. 1, pp. 122-134, jul./dez. 2009. Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/10053>. Acesso em: 20 jan. 2021.

HUR, D. U.; VIANA, D. A. Práticas grupais na esquizoanálise: Cartografia, oficina e esquizodrama. Arquivos Brasileiros de Psicologia, v. 68, n. 1, 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=229046737010>. Acesso em: 26 fev. 2021.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2015. p. 32-51.

KASTRUP, V. Políticas Cognitivas na Formação do Professor e o Problema do Devir-Mestre. Educ. Soc/Campinas, v. 26, n. 93, pp. 1273-1288, Set./Dez. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/es/a/bG374G5nJQ6jtVgCbb7Vsvb/abstract/?lang=pt> Acesso em: 26 fev.2021

KASTRUP, V., TEDESCO, S., PASSOS, E. Políticas da cognição. Porto Alegre: Sulina, 2015. 295 p.

LIMA, V. V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.17, p.369-79, mar/ago 2005. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/icse/a/SyGLRpTYVbwm7sTgTfK6V8n/abstract/?lang=pt>. Acesso em 13 abr. 2021.

LIMA, I. C. B. F.; PASSOS, I. C. F. Residências Integradas em Saúde Mental: para além do tecnicismo. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, e0020940, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/XpJHP9RXvB5fmJyPmgjsCsg/?lang=pt>. Acesso em: 28 dez. 2022.

LIMA, N.T.; MACHADO, C.V. Diferentes faces da inserção feminina no trabalho e na educação em saúde. In: PADILLA, M. et al. (org). Mulheres e Saúde: as diferentes faces da inserção feminina no trabalho e na educação em saúde. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2021. 176 p. E-book: PDF.

LIMA, V.V.; PADILHA, R.Q. Trajetória das práticas educacionais. In: LIMA, V.V.; PADILHA, R.Q. Reflexões e Inovações na Educação de Profissionais de Saúde. Rio de Janeiro: Atheneu, 2018. pp 15-23.

LIMA, E. M. F. A. Atividades, mundo comum e formas de vida: contribuições do pensamento de Hannah Arendt para a terapia ocupacional. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional. 2020. Ahead of Print. Disponível em:  
<https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoARF1995>. Acesso em 13 fev. 2023.

LOURAU, R. O instituinte contra o instituído. In: ALTOÉ, S. (org.) René Lourau. Analista Institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec, 2004, pp. 47-65.

LOURAU, R. René Lourau na Uerj, 1993. Análise institucional e práticas de pesquisa. Mnemosine, vol. 3, nº 2, pp. 77-92, 2007.

MARCONDES, M. M. O cuidado na perspectiva da divisão sexual do trabalho: contribuições para os estudos sobre a feminização do mundo do trabalho. In: YANNOULAS, S. C. (Org.). Trabalhadoras: Análise da Feminização das Profissões e Ocupações. Brasília, DF: Editorial Abaré, 2013. pp. 251-280.

MATURANA, H. Emoções e linguagem na educação e na política. 1 ed. Belo Horizonte: UFMG, 2009. 98p.

NARDI, H. C.; RAMMINGER, T. Modos de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental em tempos de reforma psiquiátrica. Physis: Rev. de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, pp. 265-287, 2007. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/physis/a/5fzmZtK6MLGw9FMW9phbXRn/?lang=pt>. Acesso em: 29 fev. 2021.

ONOCKO-CAMPOS, R.T.; EMERICH, B.F.; RICCI, E.C. Residência Multiprofissional em Saúde Mental: suporte teórico para o percurso formativo. Interface (Botucatu), v.

23, n. 68, pp. 583-596, 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/icse/a/qVg5fddXnTgvvTCHdpZvZxi/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. Marco para a ação em educação interprofissional e prática colaborativa. Disponível em:

[https://www.educacioninterprofesional.org/sites/default/files/fulltext/2018/pub\\_oms\\_marco\\_acao\\_eip.pdf](https://www.educacioninterprofesional.org/sites/default/files/fulltext/2018/pub_oms_marco_acao_eip.pdf). Acesso em: 2 mai. 2021.

PALOMBINI, A. L. "O Habitar e o Processo Criativo na Saúde". Evento inaugural do Fórum de Residências da Rede Unida. YOUTUBE. 2021. Disponível em:

<https://www.youtube.com/watch?v=l-yysVafniM>. Acesso em 13 abr. 2021.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. A cartografia como método de pesquisa-intervenção.

In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2015. p. 17-31.

PASSOS, E.; CARVALHO, Y.M. A formação para o SUS abrindo caminhos para a produção do comum. Saúde Soc. São Paulo, v.24, supl.1, p.92-101, 2015.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/LLrdW6hDTSXhRhpQ3BwrWYs/abstract/?lang=pt>. Acesso em 13 abr. 2022.

PASSOS, E.; KASTRUP, V. Sobre a validação da pesquisa cartográfica: acesso à experiência, consistência e produção de efeitos. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; TEDESCO, S. Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum. Porto Alegre: Sulina, 2016. p. 203-237.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. Pistas do método da cartografia:

Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2015. 207 p.

PEDUZZI, M., AGRELI, H. L. F., SILVA, J. A. M., SILVA, H. S. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional.

Trabalho, Educação e Saúde, v. 18, n. 1, p. 1-20, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tes/a/RLtz36Ng9sNLHknn6hLBQvr/>. Acesso em: 10 dez. 2020.

PEREIRA, M.C.; DALLEGRAVE, D. Formação de Preceptores. In: CECCIM, R.B. et al. (org). EnSiQlopedia das residências em saúde [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Rede UNIDA (Série Vivências em Educação na Saúde), 2018. p. 91-93.366

POELLNITZ, J. C. V., SILVA, C. R. Sobre a linguagem: sentidos para uso de termos e conceitos. In: SILVA, C. R. (Org.). Atividades Humanas & Terapia Ocupacional: Saber-fazer, cultura, política e outras resistências. São Paulo: Hucitec, 2019. p. 80-96.

QUARENTEI, M. S. Do ocupar à criação de territórios existenciais. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA OCUPACIONAL, X, 2007, Goiânia. Anais do Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional. Goiânia/GO: 2007, pp. 1-11.

QUARENTEI, M. S. Terapia Ocupacional e Produção de Vida. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA OCUPACIONAL, VII, 2001, Porto Alegre. Trabalho (Anais). Porto Alegre/RS, 2001, pp. 1-8.

ROLNIK, S. Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo. 2. ed. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2016. 248 p.

ROLNIK, S. Pensamento, corpo e devir: Uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico. Cadernos de Subjetividade, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 241-251, 1993.

ROMAGNOLI, R. C. A cartografia e a relação pesquisa e vida. Psicologia & Sociedade, v. 21, n. 2, pp. 166-173, 2009.

ROMCY, G.S. Formação (in)comum e caminhos de sua produção: cenas de residência multiprofissional em saúde. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, 2018.142p.

SÁ-SILVA, J. R., ALMEIDA, C. D., GUNDANI J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. Rev. Bras. História & Ciências Sociais, v. 1, n. 1, pp. 1-15, 2009. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/rbhcs/article/view/10351>. Acesso em: 25 nov. 2020.

SCAFUTO, J. C. B., SARACENO, B., DELGADO, P. G. G. Formação e educação permanente em saúde mental na perspectiva da desinstitucionalização (2003-2015). Ciências & Saúde, v. 28, n. 3/4, pp. 350-358, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mis-39890>. Acesso em: 16 set. 2021.

SILVA, L. B. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. Rev. Katál., Florianópolis, v. 21, n. 1, pp. 200-209, jan./abr. 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-49802018000100200](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802018000100200). Acesso em: 27 nov. 2020.

SILVA, C.T.; TERRA, M.G.; KRUSE, M.H.; CAMPONOGARA, S.; XAVIER, M.S. Residência Multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. Texto Contexto Enferm, [S.l.], v. 25, n. 1, p. e2760014, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201600002760014>. Acesso em: 10 jan. 2023.

SILVA, L. V.; MOREIRA, M. C. N. Estresse e Residência Multiprofissional em Saúde: Compreendendo Significados no Processo de Formação. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 43, n. 4, p. 173-182, 2019. DOI: 10.1590/1981-52712015v43n4rb20180078. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n4rb20180078>. Acesso em 10 jan. 2023.



SILVA, L.T. Corpo-residente como caixa de ressonância dos afetos que circulam no corpo adoecido. 2019. Trabalho de Conclusão de Residência (Residência Multiprofissional em Saúde - Atenção ao Paciente em Estado Crítico) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2019.22f.

SIMÕES, J.C. O que o preceptor Quíron pode ensinar ao preceptor da residência médica. In: Conselho Regional de Medicina do Paraná. Manual do Preceptor de Residência Médica. Curitiba: CRM/PR, 2011. 78p. (Série Cadernos do Conselho)

SOUSA, M. F.; MENDONÇA, A. V. M. (organização). Métodos e técnicas de pesquisa qualitativa em saúde [livro eletrônico]. Volume 1. 1. ed. Brasília, DF: ECoS, 2021. Formato PDF.

SOUSA, P. F.; MACIEL, S. C.; MEDEIROS, K. T. Paradigma Biomédico X Psicossocial: Onde são Ancoradas as Representações Sociais Acerca do Sofrimento Psíquico? Trends Psychol., Ribeirão Preto, vol. 26, nº 2, p. 883-895 - Junho/2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tpsy/a/KpjrW4hrdsLPCQZ5sJjrbYs/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 13 abr. 2023.

SOUZA, S.V.; FERREIRA, B.J. Preceptoría: perspectivas e desafios na Residência Multiprofissional em Saúde. ABCS Health Sci., v. 44, n. 1, p. 15-21, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-995006>. Acesso em: 13 jan. 2023.

STENGERS, I. A proposição cosmopolítica. Revista do Instituto de Estudos Brasileiros, n. 69, pp. 442-464, 2018. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rieb/article/view/145663>. Acesso em: 4 mar. 2023. doi: 10.11606/issn.2316-901X.v0i69p442-464.

TEDESCO, S. H.; SADE, C.; CALIMAN, L. V. A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; TEDESCO, S. Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum. Porto Alegre: Sulina, 2016. pp. 92-127.

TEIXEIRA, R. R. As dimensões da produção do comum e a saúde. Saúde Soc. São Paulo, v. 24, supl. 1, pp. 27-43, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/CsS5xwZcLWn3VbLNLTVpdL/?lang=pt> . Acesso em: 2 mai. 2021.

TEIXEIRA, R. R. Techno-semiotics assemblage and subjectivity production: a discussion about the trans-formation of the subject in the health area. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2001, vol.6, n.1, pp.49-61. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/V7JXpLvTZjM7nsDvYrS4sMS/abstract/?lang=pt>. Acesso em 13 abr. 2021.

TORRES, R. B. S., BARRETO, I. C. H. C., FREITAS, R. W. J. F., EVANGELISTA, A. L. P. Estado da arte das residências integradas, multiprofissionais e em área profissional da Saúde. Interface (Botucatu), v. 23, pp. 1-16, 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/icse/v23/1807-5762-icse-23-e170691.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2021.

VASCONCELOS, M. F. F.; PAULON, S. M. Instituição militância em análise: a (sobre)implicação de trabalhadores na reforma psiquiátrica brasileira. *Psicologia & Sociedade*, v. 26, n. spe., pp. 222-234, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/MWX5xGv4GHCNTmMw6Tx5H3g/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 04 mar. 2023.

VIEIRA, J.; ANIDO, I.; KALIFE, K. Mulheres profissionais da saúde e as repercussões da pandemia da Covid-19: é mais difícil para elas? *Saúde Debate* | Rio de Janeiro, v. 46, n. 132, pp. 47-62, jan-mar 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/3trZqtP9WXKBCJ5WYzPzbKJ/>. Acesso em 18 mai. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *World Mental Health report: transforming mental health for all*. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

YASUI, S. *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. 192p.

ZANELATTO, E.M. *Residência em Saúde: Os olhares do preceptor sobre os processos de ensino e aprendizagem*. Universidade do Vale do Taquari [dissertação]. 2018. 144p.

ZANELLO, V. A saúde mental sob viés de gênero, da semiologia e da interpretação diagnóstica. In: ZANELLO, V.; ANDRADE, A.P.M. *Saúde mental e gênero: diálogos, práticas e interdisciplinaridade*. Curitiba: Editora Appris, 2014. 244p.



**APÊNDICE A – MAPEAMENTO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL  
(INGRESSO 2020 E 2021)**

| <b>PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL – com ingresso em 2020/2021</b><br>Levantamento realizado de outubro/2020 à janeiro/2021 |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <b>Nº</b>   | <b>Nome do Programa</b>   | <b>Cidade/Estado</b>   | <b>Proponente(s)</b>  |
| <b>REGIÃO NORTE</b>   |   |  |   |
| 1   | RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA - ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE MENTAL                       | Amapá  | Universidade Federal do Amapá   |
| 2   | RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL - ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL   | Belém - PA   | Universidade do Estado do Pará  |
| 3   | RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL  | Vilhena - RO   | Faculdade de Educação e Cultura de Vilhena/<br>Prefeitura do município de Vilhena |
| 4   | RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL - ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE MENTAL   | Palmas - TO  | Centro Universitário Luterano de Palmas/ Fundo Municipal de Saúde - FMS           |
| <b>REGIÃO NORDESTE</b>  |   |  |   |
| 5   | RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE - ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE MENTAL                      | Salvador - BA  | Universidade Federal da Bahia (UFBA)  |
| 6   | RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE - ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE MENTAL                                | Salvador - BA  | Universidade do Estado da Bahia (UNEB)  |
| 7   | RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO HOSPITALAR A SAÚDE – ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE MENTAL | Fortaleza - CE   | Universidade Federal do Ceará (UFC)   |
| 8   | RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL COLETIVA   | Aracati; Caucaia;<br>Cratêus; Horizonte;<br>Icapuí; Iguatu;<br>Camocim; Quixadá; | Escola de Saúde Pública do Ceará/ Secretaria Estadual de Saúde                    |

|                            |  |   |   |
|----------------------------|--|---|---|
|                            |  | Quixeramobim; São Gonçalo do Amarante; Tauá; Fortaleza - CE |   |
| 9                          | RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL   | Sobral - CE   | Universidade Estadual do Vale do Acaraú/<br>Prefeitura Municipal de Sobral                      |
| 10                         | RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL   | João Pessoa - PB  | Universidade Federal da Paraíba (UFPB)  |
| 11                         | RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL — RAPS DA SECRETARIA DE SAÚDE DA CIDADE DO RECIFE | Recife - PE   | Prefeitura da Cidade do Recife – Fundo Municipal de Saúde/IMIP                                  |
| 12                         | RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL do IMIP   | Recife - PE   | Instituto de Medicina integral professor Fernando Figueira - IMIP                               |
| 13                         | RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL   | Recife - PE   | Faculdade de Ciências Médicas   |
| 14                         | RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL DA UNIVASF  | Petrolina – PE/Juazeiro - BA                                | Fundação Universidade Federal do Vale do São Francisco/ Prefeitura Municipal de Juazeiro        |
| 15                         | RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL DA SECRETARIA DE SAÚDE DE GARANHUNS                               | Garanhuns - PE  | Universidade de Pernambuco/ Secretaria de Saúde de Garanhuns                                    |
| 16                         | RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE - ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ATENÇÃO PSICOSSOCIAL                             | Natal – RN  | Universidade Federal do Rio Grande do Norte/<br>Hospital Universitário Onofre Lopes             |
| 17                         | RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL   | Aracajú- SE   | Universidade Federal de Sergipe   |
| <b>REGIÃO CENTRO-OESTE</b> |  |   |   |
| 18                         | RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL  | Brasília - DF   | Secretaria Estadual de Saúde do DF/ Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) |
| 19                         | RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL DO ADULTO   | Brasília - DF   | Secretaria Estadual de Saúde do DF/ Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) |

|                       |   |  |   |
|-----------------------|---|--|---|
| 20                    | RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS  | Brasília - DF  | FIOCRUZ   |
| 21                    | RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL  | Campo Grande - MS  | Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande   |
| <b>REGIÃO SUDESTE</b> |   |  |   |
| 22                    | RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL  | Vitória; Vila Velha; Cariacica; Cachoeiro de Itapemirim - ES | Secretaria do Estado do Espírito Santo / Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPI) |
| 23                    | RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE - ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL                  | Uberlândia - MG  | Universidade Federal de Uberlândia  |
| 24                    | RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL DO INSTITUTO RAUL SOARES   | Belo Horizonte - MG  | Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais   |
| 25                    | RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL  | Belo Horizonte - MG  | Hospital Municipal Odilon Behrens/ Faculdade Novos Horizontes   |
| 26                    | RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL  | Montes Claros - MG   | Universidade Estadual de Montes Claros  |
| 27                    | RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL IPUB/UFRJ  | Rio de Janeiro - RJ  | Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)   |
| 28                    | RESIDENCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAUDE MENTAL  | Rio de Janeiro - RJ  | Instituto Philipe Pinel- Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro                                    |
| 29                    | CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO INTEGRADO EM SAÚDE MENTAL NA MODALIDADE DE RESIDÊNCIA INTEGRADA E MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL | Rio de Janeiro - RJ  | Universidade do Estado do Rio de Janeiro  |
| 30                    | RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL  | São Paulo - SP   | Universidade Federal de São Paulo/ SPDM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina            |

|                   |  |                           |  |
|-------------------|--|---------------------------|--|
| 31                | RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL COM ÊNFASE EM DEPENDÊNCIA QUÍMICA | São Paulo - SP            | Universidade de São Paulo (USP)  |
| 32                | PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COM ÊNFASE EM SAÚDE MENTAL             | Guarulhos - SP            | Prefeitura Municipal de Guarulhos  |
| 33                | PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL                                 | Campinas - SP             | Universidade Estadual de Campinas (Unicamp)                                |
| 34                | RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL   | Botucatu - SP             | Universidade Estadual de São Paulo (Unesp)                                 |
| 35                | RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL                             | Santos - SP               | Universidade Federal de São Paulo/ Secretaria Municipal de Saúde de Santos |
| 36                | RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL                                   | Marília - SP              | Faculdade de Medicina de Marília   |
| 37                | RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL COM ÊNFASE NA ATENÇÃO BÁSICA                | Sorocaba - SP             | Prefeitura Municipal de Sorocaba   |
| 38                | RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL   | São Bernardo do Campo- SP | Secretaria Municipal de Saúde/ Escola Municipal de Saúde                   |
| <b>REGIÃO SUL</b> |  |                           |  |
| 39                | RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL   | Curitiba - PR             | Escola de Saúde Pública/ Secretaria Estadual de Saúde                      |
| 40                | RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL   | Ponta Grossa - PR         | Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais                          |
| 41                | RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL   | Apucarana - PR            | Autarquia Municipal de Saúde   |
| 42                | RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL, ATENÇÃO PSICOSSOCIAL                       | Criciúma- SC              | Universidade do Extremo Sul Catarinense/ Fundação Educacional de Criciúma  |
| 43                | RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL COLETIVA                          | Porto Alegre - RS         | Universidade Federal do Rio Grande do Sul                                  |

|    |   |   |  |
|----|---|---|--|
| 44 | RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL — UNSINOS/SSDM/PORTO ALEGRE  | Porto Alegre- RS  | Prefeitura Municipal de Porto Alegre/<br>Universidade do Vale do Rio dos Sinos             |
| 45 | RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL — UNISINOS/SÃO LEOPOLDO  | São Leopoldo - RS   | Prefeitura Municipal de São Leopoldo/<br>Universidade do Vale do Rio dos Sinos             |
| 46 | RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: ATENÇÃO INTEGRAL AO USUÁRIO DE DROGAS  | Porto Alegre - RS   | Hospital de Clínicas de Porto Alegre   |
| 47 | RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: SAÚDE MENTAL   | Porto Alegre - RS   | Hospital de Clínicas de Porto Alegre   |
| 48 | RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SAÚDE MENTAL NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE - ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL | Santa Maria - RS  | Universidade Federal de Santa Maria  |
| 49 | RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL COLETIVA   | Uruguaiiana - RS  | Fundação Universidade Federal do Pampa –<br>Unipampa/Santa casa de caridade de Uruguaiiana |
| 50 | RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO - ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE MENTAL                          | Porto Alegre - RS   | Hospital Nossa Senhora da Conceição  |
| 51 | RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL  | Santa Maria - RS  | Universidade Franciscana/ Soc Carit e Lit São Francisco de Assis Zona Norte                |
| 52 | RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE - ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE MENTAL COLETIVA   | Farroupilha; Canoas;<br>São Lourenço do Sul;<br>Sapucaia do Sul- RS | Escola de Saúde Pública/ Secretaria Estadual de Saúde                                      |



## APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO ONLINE (QOL)

### **Bloco A: Caracterização dos preceptores**

1. Em que estado você trabalha?  
(Opções de todos os estados para escolha)

2. Em qual cidade?

3. Qual o seu gênero?

( ) Feminino

( ) Masculino

( ) Outro: \_\_\_\_\_

4. Qual a sua idade?

( ) Até 25 anos

( ) De 26 a 30 anos

( ) De 31 a 40 anos

( ) De 41 a 50 anos

( ) De 51 a 60 anos

( ) Acima de 60 anos

5. Como você se autodeclara?

( ) Branco

( ) Preto

( ) Pardo

( ) Amarelo

( ) Indígena

### **Vamos conversar sobre a sua formação profissional**

6. Qual sua formação de graduação?

( ) Educação Física

( ) Enfermagem

( ) Farmácia

( ) Fisioterapia

( ) Fonoaudiologia

( ) Medicina

( ) Nutrição

( ) Psicologia

( ) Serviço Social

( ) Terapia Ocupacional

( ) Outro: \_\_\_\_\_

7. Qual o nome da Instituição de Ensino Superior (IES) de sua formação na graduação?

8. Qual o caráter da Instituição de Ensino Superior (IES) que você cursou a graduação?

- Público
- Privado

9. Há quanto tempo você se formou?

- Recém formado(a) [de 1 a 2 anos de formado(a)]
- 3 a 5 anos de formado(a)
- 5 a 10 anos de formado(a)
- 11 a 15 anos de formado(a)
- 15 a 20 anos de formado(a)
- mais de 20 anos de formado(a)

10. Você fez Pós-graduação?

- Sim
- Não

11. Se sim, qual(is) a(s) modalidade(s) de sua(s) pós-graduação(ões)? (Assinale a(s) opção(ões) que você cursou e concluiu).

- Aprimoramento
- Especialização
- Residência
- Mestrado profissional
- Mestrado acadêmico
- Doutorado
- Pós-doutorado
- Outro: \_\_\_\_\_

12. Qual(is) o(s) nome(s) do(s) curso(s) de pós graduação/Instituição(ões) de Ensino Superior (IES)? (ex: Residência em Saúde da Família e Comunidade/UFSCar; Mestrado Profissional em Gestão da Clínica/UFSCar).

Vamos conversar sobre seu trabalho atual onde você é preceptor(a)

13. Qual o nome da sua instituição empregadora? (Ex: Prefeitura Municipal de São Carlos-SP)

14. Essa instituição se caracteriza como?

- Serviço Público
- OS (Organização Social)
- Fundação pública de direito privado
- Terceiro setor (ONG...)
- Privada

15. Qual o seu tipo de vínculo?

- Estatutário
- CLT
- Contrato
- Autônomo
- Outro: \_\_\_\_\_

16. Qual a carga horária semanal para o qual você foi contratada (o)?

- 20 horas
- 30 horas
- 36 horas
- 40 horas
- Outra: \_\_\_\_\_

17. Qual o local de trabalho onde você recebe os/as residentes?

- CAPS
- NASF-AB
- UBS/ USF
- Centro de Convivência
- Consultório na Rua
- Enfermaria de saúde mental/psiquiatria
- Serviços residenciais terapêuticos
- Ambulatórios de Saúde Mental
- Unidade de acolhimento
- Oficina de geração de renda
- Hospital psiquiátrico
- Outro: \_\_\_\_\_

18. Há quanto tempo você atua no local apontado acima?

- Até 1 ano
- Até 3 anos
- Até 5 anos
- Até 7 anos
- Até 10 anos
- Até 15 anos
- Até 20 anos
- Mais de 20 anos

### **Bloco B: A prática da preceptoría**

19. Você utiliza o termo preceptoría?

- Sim
- Não

19.1. Se não, qual termo você utiliza?

20. Qual o nome do programa de residência em que você atua como preceptor(a)?  
(Ex: Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental – Unicamp)

21. Você exerce a função de preceptoría vinculada à que tipo de instituição?

- Instituição de Ensino Superior
- Secretaria de Saúde
- Outro: \_\_\_\_\_

22. Você possui carga horária específica para preceptoría?

- Sim
- Não

23. Se sim, qual a quantidade semanal?

- Até 1h
- Até 2h
- 3h ou mais

24. Você realiza a atividade de preceptoria durante a sua carga horária de trabalho?

- Sim
- Não

25. Você exerce preceptoria de núcleo profissional ou de campo da saúde mental?

- Núcleo (com residentes de sua mesma profissão)
- Campo (com residentes de outras áreas profissionais)
- Ambos

26. Há quanto tempo você atua como preceptor(a):

- Até 1 ano
- Até 3 anos
- Até 5 anos
- Até 10 anos
- Mais de 10 anos

27. Você recebe uma média de quantos residentes por semestre?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 ou mais

28. Existe algum tipo de remuneração ou gratificação para o exercício da preceptoria por parte da instituição em que você está inserida(o)?

- Sim
- Não

29. Existe algum tipo de contrapartida por parte da instituição para qual você atua como preceptor(a)?

- Sim
- Não

30. Se sim, qual(is)?

31. A prática de preceptoria é realizada exclusivamente pelo(a) preceptor(a)?

- Sim
- Não

32. A prática de preceptoria é compartilhada com a equipe?

- Sim
- Não

33. Você tem ou recebeu alguma formação pedagógica para atuar como preceptor(a)?

- Sim
- Não

34. Se sim, qual(is)?

35. Qual foi a duração/carga horária da formação pedagógica?

- 10 a 20 horas
- 30 a 40 horas
- Acima de 40 horas
- Não se aplica

36. Qual a modalidade dessa formação pedagógica?

- Presencial
- À distância
- Semipresencial
- Não se aplica

37. Você se sente preparado para exercer o papel de preceptor(a)?

- Sim
- Não

38. Se possível, comente a questão anterior.

39. Você conhece o projeto pedagógico do programa de residência ao qual está vinculado?

- Sim
- Não

40. O Programa de Residência que você atua possui espaços de construção coletiva em que haja participação dos preceptores na elaboração de propostas?

- Sim
- Não

41. Você se sente valorizado como preceptor(a)? Como você vê a articulação ensino-serviço onde você está inserido(a)?

- Sim
- Não

42. Como você acha que o(a) preceptor(a) pode ser valorizado(a)?

43. Quais estratégias educacionais você utiliza na sua prática de preceptoria?

44. Como se dá o processo de avaliação do residente no programa em que está inserido?

45. Durante a pandemia da COVID-19 suas atividades de preceptoria foram/estão:

- Suspensas
- Mantidas, da mesma forma

- Mantidas de forma remota
- Outras adaptações

46. Comente a questão anterior:

47. Conte-nos sobre como se tornou preceptor(a):

- A convite do programa de residência
- A convite da instituição que trabalho
- Prestei processo seletivo e fui selecionado(a)
- Por indicação de colegas
- Outro: \_\_\_\_\_

### **BLOCO C – Saúde Mental e a prática da preceptoria**

48. Quais potências/desafios você identifica na prática de preceptoria em saúde mental?

49. Quais aspectos são importantes para você na relação preceptor(a)-residente?

50. Existe algum tipo de prática focada na saúde mental do/a residente?

51. Você adota algum referencial teórico metodológico específico para a preceptoria em saúde mental? Qual ou quais?

#### **Antes de finalizarmos...**

Existe alguma questão que você considera importante que não foi abordada nesse questionário? Insira aqui. Fique à vontade também para trazer comentários e/ou sugestões:

## **APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (para QOL)**

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “A prática da preceptoria na formação profissional em saúde mental”. Essa pesquisa é parte da Tese de Doutorado em Terapia Ocupacional na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) da estudante de pós-graduação/pesquisadora Aline Silva de Moura, sob a orientação da Profa. Dra. Sabrina Helena Ferigato. O estudo tem por objetivo analisar as práticas de preceptoria nos processos de formação profissional em saúde mental, a partir da experiência de preceptores(as) vinculados(as) à Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental.

Você está aceitando participar dessa pesquisa por atender aos seguintes critérios de inclusão: ser profissional da saúde e atuar como preceptor(a) em um programa de residência multiprofissional em saúde mental no Brasil.

Sua participação nesta etapa da pesquisa consistirá, após o seu consentimento, em responder este questionário online que busca, principalmente, caracterizar os(as) profissionais que atuam como preceptores(as) em programas de residência multiprofissional em saúde mental, identificar potencialidades e desafios enfrentados no seu contexto de atuação, bem como provocar uma reflexão sobre a prática de preceptoria aos(às) participantes.

Sua participação nesta pesquisa possui alguns riscos mínimos, como: possível desconforto e/ou indisposição diante das questões levantadas durante a sua colaboração no estudo, relacionadas a informações do seu processo de trabalho que não necessariamente gostaria de compartilhar. Caso isso ocorra, você possui total liberdade de não responder a qualquer uma das questões, ou até mesmo deixar de contribuir com esta pesquisa, evitando assim quaisquer possíveis danos.

Para a minimização dos riscos na produção de dados, disponibilizamos o contato telefônico e ainda virtual, caso necessite de maior espaço de diálogo por algum sentimento de desconforto e/ou indisposição decorrente do processo. A pesquisadora (que também é profissional da saúde mental) estará disposta a lhe oferecer suporte e acolhimento em situações de desconforto ou constrangimento, como também esclarecimentos durante o curso da pesquisa, a respeito dos procedimentos adotados por este estudo.

Sua participação é voluntária e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os dados.

Em relação aos benefícios previstos, sua participação contribuirá para ter maior clareza dos processos de formação em saúde mental, a partir da perspectiva de quem atua ativamente neste processo, possibilitando reflexões aos profissionais de saúde mental que atuam na preceptoria e favorecendo a integração ensino-serviço.

Os dados dos Questionários serão armazenados em acervo pessoal da pesquisadora. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada, bem como dados da instituição em que você está vinculado(a). Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos.

Você não terá nenhuma despesa pessoal para participar da pesquisa, e, também, não terá nenhuma compensação financeira. Você poderá acompanhar os resultados do estudo durante qualquer etapa, sempre que solicitado. A pesquisadora

se compromete a utilizar os dados produzidos somente para o objetivo relacionado a este estudo e descrito neste termo de consentimento.

Se desejar, você receberá, por e-mail, uma via deste termo assinada, na qual constará o telefone e o endereço da pesquisadora, podendo utilizá-los para tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Se você leu esse termo e concorda em participar da pesquisa, você poderá assinalar a opção abaixo e continuar a responder esse questionário. Caso contrário, fique à vontade para fechar a página do navegador e interromper sua participação.

Aline Silva de Moura

Terapeuta Ocupacional, mestre em Gestão da Clínica e doutoranda em Terapia Ocupacional pelo Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos (PPGTO-UFSCar)

Rodovia Washington Luís - km 235 – São Carlos (SP) - Telefone: (16) 997370899

E-mail: alinemoura@estudante.ufscar.br

Profa. Dra. Sabrina Helena Ferigato

Terapeuta Ocupacional, docente da Universidade Federal de São Carlos

Rodovia Washington Luís - km 235 – São Carlos (SP) - Telefone: (16) 33518342

Declaro que entendi o objetivo, os riscos e os benefícios da minha participação na pesquisa que foram descritos acima e concordo em participar. A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar (CAAE - 32730720.6.0000.5504, parecer nº 4.192.515 de 04/08/2020), que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 – Caixa Postal 676 – CEP 13565-905 – São Carlos – SP – Brasil. Telefone: (16)3351-9685. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Local e Data

\_\_\_\_\_  
Participante da pesquisa



## **APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (para Entrevista Grupal)**

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “A prática da preceptoria na formação profissional em saúde mental”. Essa pesquisa é parte da Tese de Doutorado em Terapia Ocupacional na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) da estudante de pós-graduação/pesquisadora Aline Silva de Moura, sob a orientação da Profa. Dra. Sabrina Helena Ferigato. O estudo tem por objetivo analisar as práticas de preceptoria nos processos de formação profissional em saúde mental, a partir da experiência de preceptores vinculados à Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental.

Você está aceitando participar dessa pesquisa por atender aos seguintes critérios de inclusão:

- Ser profissional da saúde.
- Atuar como preceptor(a) em um programa de residência multiprofissional de saúde mental no Brasil.

Sua participação nesta etapa da pesquisa consistirá, após o seu consentimento, em participar de uma entrevista grupal com temas relacionados ao objetivo destacado anteriormente, favorecendo o compartilhamento e a reflexão sobre a prática entre os participantes.

A realização do grupo acontecerá em 18/08/2021 de forma remota, das 9h30 às 11h. O grupo deverá ser gravado e posteriormente transcrito na íntegra.

Sua participação é voluntária e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os dados.

Sua participação nesta pesquisa possui alguns riscos mínimos, como: possível desconforto e/ou indisposição diante das questões levantadas durante a sua colaboração no estudo, relacionadas a informações do seu processo de trabalho que não necessariamente gostaria de compartilhar. Caso isso ocorra, você possui total liberdade de não responder a qualquer uma das questões, ou até mesmo deixar de contribuir com esta pesquisa, evitando assim quaisquer possíveis danos.

Para a minimização dos riscos na produção de dados, disponibilizamos o contato telefônico e ainda virtual, caso necessite de maior espaço de diálogo por algum sentimento de desconforto e/ou indisposição decorrente do processo. A pesquisadora (que também é profissional da saúde mental) estará disposta a lhe oferecer suporte e acolhimento em situações de desconforto ou constrangimento, como também esclarecimentos durante o curso da pesquisa, a respeito dos procedimentos adotados por este estudo.

Em relação aos benefícios previstos, sua participação contribuirá para ter maior clareza dos processos de formação em saúde mental, a partir da perspectiva de quem atua ativamente neste processo, possibilitando reflexões aos profissionais de saúde mental que atuam na preceptoria e favorecendo a integração ensino-serviço.

Os dados da entrevista grupal serão armazenados em acervo pessoal da pesquisadora. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada, bem como dados da instituição em que você está vinculado(a). Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos.

Você não terá nenhuma despesa pessoal para participar da pesquisa, e, também, não terá nenhuma compensação financeira. Você poderá acompanhar os resultados do estudo durante qualquer etapa, sempre que solicitado. A pesquisadora se compromete a utilizar os dados produzidos somente para o objetivo relacionado a este estudo e descrito neste termo de consentimento.

Você está recebendo, por e-mail, uma via deste termo assinada, na qual consta o telefone e o endereço da pesquisadora, podendo utilizá-los para tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Aline Silva de Moura

Terapeuta Ocupacional, mestre em Gestão da Clínica e doutoranda em Terapia Ocupacional pelo Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos (PPGTO-UFSCar)

Rodovia Washington Luís - km 235 – São Carlos (SP) - Telefone: (16) 997370899

E-mail: alinemoura@estudante.ufscar.br

Profa. Dra. Sabrina Helena Ferigato

Terapeuta Ocupacional, docente da Universidade Federal de São Carlos

Rodovia Washington Luís - km 235 – São Carlos (SP) - Telefone: (16) 33518342

Declaro que entendi o objetivo, os riscos e os benefícios da minha participação na pesquisa que foram descritos acima e concordo em participar. A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar (CAAE - 32730720.6.0000.5504, parecer nº 4.192.515 de 04/08/2020), que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 – Caixa Postal 676 – CEP 13565-905 – São Carlos – SP – Brasil. Telefone: (16)3351-9685. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local e Data

---

Participante da pesquisa



## ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A prática da preceptoria na formação profissional em Saúde Mental.

**Pesquisador:** Aline Silva de Moura

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 32730720.6.0000.5504

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.192.515

#### Apresentação do Projeto:

A análise do estudo sobre A prática da preceptoria na formação profissional em Saúde Mental foi realizada com base nas informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios retirados do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1556880.pdf, de 28/05/2020) e/ou do Projeto Detalhado.

#### Objetivo da Pesquisa:

Os autores descrevem que o estudo tem por objetivo: Analisar as práticas de preceptoria nos processos de formação profissional em saúde mental, a partir da experiência de preceptores vinculados à Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental.

**Objetivo Secundário:** - Caracterizar os profissionais que atuam como preceptores em programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental.- Identificar e analisar

as estratégias educacionais utilizadas para a prática de preceptoria e suas articulações com as políticas públicas de saúde mental- Identificar especificidades, potencialidades e desafios enfrentados na formação em saúde mental.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Pretende-se realizar uma pesquisa-intervenção, fazendo uso da abordagem qualitativa para o seu desenvolvimento. A cartografia será adotada como método da pesquisa-intervenção. O estudo

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235  
**Bairro:** JARDIM GUANABARA **CEP:** 13.565-905  
**UF:** SP **Município:** SAO CARLOS  
**Telefone:** (16)3351-9685 **E-mail:** cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 4.192.515

envolve a participação de 40 sujeitos.

Serão realizados grupos focais e entrevistas. Os autores descrevem que o estudo pode levar a desconfortos e/ou indisposições diante das questões levantadas durante a participação no estudo, relacionadas a informações do processo de trabalho que não necessariamente gostaria de compartilhar. Caso isso ocorra, o participante possui total liberdade de não responder às questões, ou até mesmo deixar de contribuir com esta pesquisa, evitando assim quaisquer possíveis danos. Para a minimização dos riscos na produção de dados, disponibilizamos o contato telefônico e ainda virtual, caso o participante necessite de maior espaço de diálogo por algum sentimento de desconforto e/ou indisposição decorrente do processo. A pesquisadora (que também é profissional da saúde mental) estará disposta a oferecer suporte e acolhimento em situações de desconforto ou constrangimento, como também esclarecimentos durante o curso da pesquisa, a respeito dos procedimentos adotados por este estudo.

Dentre os benefícios destacam que o estudo poderá possibilitar reflexões aos profissionais de saúde mental que atuam na preceptoria, favorecendo a integração ensino-serviço, de modo a contribuir para os processos de formação em saúde mental.

A realização de grupos focais com os preceptores (considerando as diferentes profissões) do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental é uma possibilidade de constituição de um espaço de reflexão da prática e produção de dados da pesquisa. Pretende-se realizar contato com a coordenação do programa de residência da Unicamp e preceptores para avaliar as estratégias e a frequência para a realização dos encontros. No processo da pesquisa, outros atores poderão fazer parte da produção dos dados tal como residentes, tutores e coordenadores do programa. Tendo

em vista o atual contexto de pandemia do COVID-19 e, caso haja necessidade de extensão da recomendação de distanciamento social, considera-se a possibilidade de realização de entrevistas individuais não estruturadas com os preceptores de modo remoto (via "Google Meets"). Os relatos serão gravados, após aquiescência e consentimento livre e esclarecido do entrevistado, no qual serão garantidos sigilo e o anonimato dos sujeitos. As entrevistas realizadas serão, posteriormente, transcritas pela própria pesquisadora para sua posterior análise. A pesquisadora desenvolverá um diário de pesquisa contendo sua trajetória diante do ato de pesquisar, das aproximações e distanciamentos do referencial teórico, das dificuldades e

|   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| <b>Endereço:</b> WASHINGTON LUIZ KM 235 | <b>CEP:</b> 13.565-905              |
| <b>Bairro:</b> JARDIM GUANABARA         |                                     |
| <b>UF:</b> SP                           | <b>Município:</b> SAO CARLOS        |
| <b>Telefone:</b> (16)3351-9685          | <b>E-mail:</b> cephumanos@ufscar.br |



Continuação do Parecer: 4.192.515

avanços alcançados na trajetória percorrida enquanto indivíduo implicada com a pesquisa, com o trabalho e com a sociedade.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O estudo previsto pretende possibilitar reflexões aos profissionais de saúde mental que atuam na preceptoria, favorecendo a integração ensino-serviço, de modo a contribuir para os processos de formação em saúde mental.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- 1- Apresentou a carta de autorização assinada pela UNICAMP.
- 2- Apresentou folha de rosto adequadamente assinada.
- 3- Apresentou informações Básicas do projeto e detalhado.
- 4- Apresentou o TCLE.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto apresentou os elementos necessários para análise ética do protocolo de pesquisa. Diante disto, sugere-se aprovação.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento                            | Arquivo                                       | Postagem               | Autor                | Situação |
|---|---|------------------------|----------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto            | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1556880.pdf | 28/05/2020<br>17:31:50 |                      | Aceito   |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto_Doutorado.pdf                         | 28/05/2020<br>17:23:35 | Aline Silva de Moura | Aceito   |
| Orçamento                                 | Orcamento.pdf                                 | 28/05/2020<br>17:22:12 | Aline Silva de Moura | Aceito   |
| Folha de Rosto                            | FolhaDeRostoAline.pdf                         | 28/05/2020<br>17:20:36 | Aline Silva de Moura | Aceito   |
| Cronograma                                | Cronograma.pdf                                | 22/05/2020<br>17:29:00 | Aline Silva de Moura | Aceito   |
| Declaração de concordância                | carta_autorizacao.pdf                         | 22/05/2020<br>16:51:13 | Aline Silva de Moura | Aceito   |
| TCLE / Termos de                          | TCLE.docx                                     | 22/05/2020             | Aline Silva de       | Aceito   |

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235  
 Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905  
 UF: SP Município: SAO CARLOS  
 Telefone: (16)3351-9685 E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 4.192.515

|  |           |          |       |        |
|--|-----------|----------|-------|--------|
| Assentimento /<br>Justificativa de<br>Ausência | TCLE.docx | 16:48:50 | Moura | Aceito |
|--|-----------|----------|-------|--------|

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO CARLOS, 04 de Agosto de 2020.

---

**Assinado por:**  
**ADRIANA SANCHES GARCIA DE ARAUJO**  
(Coordenador(a))

|   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| <b>Endereço:</b> WASHINGTON LUIZ KM 235 | <b>CEP:</b> 13.565-905              |
| <b>Bairro:</b> JARDIM GUANABARA         |                                     |
| <b>UF:</b> SP                           | <b>Município:</b> SAO CARLOS        |
| <b>Telefone:</b> (16)3351-9685          | <b>E-mail:</b> cephumanos@ufscar.br |