

Formación en servicio y producción de redes vivas: la preceptoría en salud mental en una universidad brasileña

ALBUQUERQUE, Gabriela

Cassiano de. Enfermera, especialista en Salud Mental / Salud Colectiva por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Estatal de Campinas (UNICAMP). Estudiante de Maestría en el Programa de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Estatal de Campinas (UNICAMP).

Contacto: gabriela.albuquerque31@gmail.com
ORCID: 0009-0005-1910-7603

ZAFALON, Julia Floriano.

Psicóloga, especialista por la Residencia Multiprofesional en Salud Mental y Salud Colectiva por la Universidad de Estado de Campinas (UNICAMP), Brasil. Estudiante de Maestría en Salud Colectiva en la Facultad de Ciencias Médicas, en el área de Política, Planificación y Gestión en Salud (UNICAMP).

Contacto: juliafzafa@gmail.com
ORCID: 0000-0002-7777-7825

Recibido: 15/04/2026 - **Aceptado:** 06/07/2026

Cómo citar: Albuquerque, G.C., Zafalon, J.F., Gomes, B.W., Pellatti, G. y Onocko-Campos, M.T. (2026). Formación en servicio y producción de redes vivas: la preceptoría en salud mental en una universidad brasileña. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (20), 227-239

GOMES, Bruno Waldman.

Psicólogo, especialista por la Residencia Multiprofesional en Salud Mental y Salud Colectiva por la Universidad de Estado de Campinas (UNICAMP), Brasil. Estudiante de Maestría en Salud Colectiva en la Facultad de Ciencias Médicas, en el área de Política, Planificación y Gestión en Salud (UNICAMP).

Contacto: waldman.gomes@gmail.com
ORCID: 0009-0001-1187-8850

PELLATTI, Giovana.

Terapeuta Ocupacional. eEspecialista en Salud Mental y en el Método Terapia Ocupacional Dinámica (MTOD) por el Centro de Especialidades en Terapia Ocupacional (CETO). Actualmente es supervisora de la Residencia Multiprofesional en Salud Mental de la Universidad de Estado de Campinas (UNICAMP), y magíster y doctoranda en Salud Colectiva por la Facultad de Ciencias Médicas (FCM) de la misma institución.

Contacto: giovanapellatti@gmail.com
ORCID: 0000-0002-3074-4938

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa.

Profesora Titular del Departamento de Salud Colectiva y docente del Programa de Posgrado en Salud Colectiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Estatal de Campinas (UNICAMP), Brasil. Psicoanalista e investigadora en la interfaz entre salud mental y salud colectiva.

Contacto: rosanaoc@unicamp.br
ORCID: 0000-0003-0469-5447

Resumen

El presente estudio analiza la preceptoría en salud mental como dispositivo ético-político en la formación para el Sistema Único de Salud (SUS), especialmente en el contexto de la Reforma Psiquiátrica y de la Red de Atención Psicosocial (RAPS) brasileña. Se trata de un estudio cualitativo, descriptivo, tipo relato reflexivo de experiencia, basado en la noción de experiencia. La preceptoría sostiene, junto a profesionales en formación, espacios críticos frente a la lógica productivista, favoreciendo la clínica ampliada y las redes vivas, pese a tensiones institucionales. Se evidencia su función como práctica de resistencia y coproducción de sujetos, con límites impuestos por la fragilización de las políticas públicas de salud.

Palabras clave: formación en servicio, preceptoría, salud mental, reforma psiquiátrica, Sistema de Salud brasileño

In-service training and the production of living networks: preceptorship in mental health at a Brazilian university

Abstract

This study analyzes preceptorship in mental health

Cassiano de Albuquerque | Zafalon | Waldman Gomes | Pellatti |
Onocko-Campos

as an ethical-political device in training for the Brazilian Unified Health System (SUS), particularly in the context of the Psychiatric Reform and the Brazilian Psychosocial Care Network (RAPS). It is a qualitative, descriptive study, presented as a reflective experience report, based on the notion of experience. Preceptorship, together with professionals in training, sustains critical spaces in the face of productivist logic, fostering expanded clinical practice and living networks, despite institutional tensions. Its role is highlighted as a practice of resistance and co-production of subjects, with limits imposed by the weakening of public health policies.

Keywords: in-service training, receptorship, mental health, psychiatric reform, brazilian Health System

Introducción

Comprender la formación en salud en el contexto brasileño exige situarla en el interior del Sistema Único de Salud (SUS), que es definido como un sistema público universal orientado por los principios de universalidad, integralidad y equidad (Brasil, 1990). El SUS se configura como un proyecto ético-político de producción de cuidado y garantía de derechos, en el que la formación de los trabajadores ocupa un lugar estratégico.

La Reforma Psiquiátrica brasileña, consolidada a partir de la organización popular y promulgada por la Ley N° 10.216/2001, instituyó un marco ético-político para la reorganización de la atención en salud mental orientada por la desinstitucionalización, la superación del modelo asilar y la construcción de prácticas centradas en el cuidado en libertad (Brasil, 2001). En este contexto, la creación de la Red de Atención Psicosocial (RAPS) se configuró como una estrategia de organización de servicios sustitutivos a la lógica manicomial, articulando dispositivos territoriales tales como: los centros de atención psicosocial, los centros comunitarios y los servicios de residencia terapéutica (Brasil, 2011), que producen cuidado a partir del territorio y de las necesidades de los sujetos (Yasui, 2010).

La implementación de la RAPS impulsó la expansión de cursos formativos en salud mental, desde modelos teóricos hasta metodologías en servicio. En este escenario, se destacan las residencias en salud como modalidad de posgrado que articula formación teórico-práctica, con carga horaria intensiva, siendo fundamentales para la preparación de profesionales para el SUS por favorecer la producción de saberes, la formación interdisciplinaria y la vivencia de la atención (Ceccim y Feuerwerker, 2004).

Ceccim (2005) sostiene que la educación en salud se fundamenta en la problematización de las prácticas y en el análisis del cotidiano como motor formativo, comprendiendo el trabajo como espacio de producción de saber. El aprendizaje emerge de la implicación con problemas concretos, mediante reflexión crítica y reinención de prácticas, en oposición a modelos prescriptivos. Así, los modos de formar y cuidar se producen simultáneamente en el cotidiano de los servicios.

El referencial del cuadrilátero de la formación (enseñanza, gestión, atención y control social)¹ amplía esta comprensión al evidenciar que la formación ocurre en la intersección de distintos planos del sistema (Ceccim, 2005). Esto permite reconocer que los procesos formativos están atravesados por relaciones institucionales, disputas de poder y organización del trabajo. Esta perspectiva dialoga con Campos (2000b; Campos et al., 2014), quien concibe el trabajo en salud como espacio de coproducción de sujetos, prácticas e instituciones, donde clínica y gestión son indisolubles y se construyen colectivamente.

Emerich y Onocko-Campos (2016; 2019) destacan que la formación en salud mental debe considerar la inseparabilidad entre sujeto, colectivo e institución, reconociendo que cuidado y formación se producen en

los encuentros cotidianos. Asimismo, subrayan que la formación implica lidiar con tensiones institucionales y exige invención frente a las limitaciones de la red.

Este estudio se centra en el programa de preceptoría de una residencia multiprofesional en salud mental de una universidad pública brasileña. A lo largo de 15 años, el programa pasó de especialización de un año a residencia de dos años con dedicación exclusiva. De carácter multiprofesional, involucra áreas como psicología, terapia ocupacional, enfermería y fonoaudiología, y se orienta al fortalecimiento del trabajo territorial, la construcción de vínculos, prácticas comunitarias y control social (Coelho, 2012).

La incorporación reciente de preceptores egresados del propio programa constituyó un hito, ya que la preceptoría se configura como dispositivo pedagógico clave en la mediación entre teoría y práctica, con papel estratégico en la supervisión, el acompañamiento y la problematización del trabajo en salud (Bottari y Vasconcellos, 2011). La inserción de estos profesionales tensiona y potencia las prácticas pedagógicas al movilizar saberes experienciales.

No obstante, esta iniciativa ocurre en un contexto de desfinanciamiento y fragilización de las políticas de

salud mental, con retrocesos que tensionan la Reforma Psiquiátrica (Delgado, 2019). Se evidencian contradicciones entre la potencia de una formación crítica y las condiciones de precarización de los servicios y debilitamiento del control social (Miwa y Ventura, 2020).

Ante ello, se plantea la siguiente cuestión: ¿cómo la formación en servicio, mediada por la preceptoría, opera en contextos de fragilización institucional y qué efectos produce en la construcción del cuidado en salud mental? A partir de la experiencia como eje analítico, este estudio busca comprender las potencialidades y límites de este dispositivo formativo en la producción de prácticas alineadas con la Reforma Psiquiátrica brasileña.

Metodología

Se trata de un estudio cualitativo, descriptivo, del tipo relato de experiencia, basado en la comprensión de la práctica como campo de producción de conocimiento. Se adoptó el referencial metodológico de Jorge Larrosa Bondía, especialmente su obra *Notas sobre la experiencia y el saber de experiencia* (2002), que entiende la experiencia como aquello que atraviesa, transforma y produce sentidos, posibilitando la articulación entre práctica y teoría.

La experiencia analizada se desarrolló entre marzo de 2024 y febrero de 2025, en el contexto de la primera cohorte de preceptores vinculados a una residencia multiprofesional en salud mental de una universidad pública en un municipio de gran porte, ciudad polo de la red de salud. Los preceptores, provenientes de distintos núcleos profesionales como psicología y enfermería, eran responsables del acompañamiento formativo de los residentes.

El escenario de actuación fueron los servicios de la red de atención a la salud (RAS) del SUS, especialmente en los niveles de atención primaria y terciaria, configurando espacios privilegiados por la inmersión en cuadrilátero de la formación. Las actividades incluyeron dos ejes principales: uno pedagógico, con supervisión de campo, discusión de casos, atención conjunta y reuniones de acompañamiento formativo; y otro orientado a la gestión de la formación, mediante la participación en reuniones con gestores de servicios y coordinación de la residencia, buscando articular las demandas del trabajo con el proceso formativo.

Para la sistematización de los datos se utilizaron memorias derivadas de la observación participante y diarios de campo de los preceptores. Este material permitió la elaboración de reflexiones críticas sobre las

prácticas, considerando atravesamientos institucionales, pedagógicos y relacionales, evidenciando la potencia de la experiencia como dispositivo formativo y su contribución al aprendizaje en el propio contexto de trabajo.

Descripción de la experiencia

El programa de preceptoría de la universidad en la cual se basa este relato se inició en 2024 con el objetivo de fortalecer los procesos de enseñanza-aprendizaje en el ámbito de las residencias médicas y multiprofesionales, en el contexto del sistema público de salud brasileño, a partir del vínculo profesional de los preceptores con la institución de enseñanza.

La función del preceptor en los programas de residencia en salud se encuentra reglamentada por la Resolución Nº2, de 13 de abril de 2012 (Brasil, 2012), que define la preceptoría como la supervisión de las actividades prácticas desarrolladas por los residentes en los servicios de salud, ejercida por profesionales con formación mínima de especialista e insertos en el campo de práctica. El documento establece que estos profesionales pueden estar vinculados tanto a la institución formadora como a la ejecutora, enfatizando la centralidad del acompañamiento en el escenario de práctica y de

la responsabilidad formativa en el cotidiano del trabajo en salud. De este modo, el preceptor se configura como figura fundamental en la mediación entre enseñanza y servicio.

Además de la supervisión, la normativa atribuye al preceptor un papel amplio en el proceso formativo, incluyendo el acompañamiento del desarrollo teórico-práctico de los residentes, la facilitación de su integración con equipos, usuarios y demás actores del campo, así como la participación en procesos evaluativos, actividades de investigación y en la construcción y mejora de los programas de residencia. En este sentido, la preceptoría se presenta no sólo como función de soporte técnico, sino como un dispositivo estratégico en la articulación entre formación, cuidado y gestión en los servicios de salud.

Antes de la implementación del programa institucional, los preceptores se restringían a trabajadores de los campos de práctica, dependiendo de su disponibilidad e interés para asumir dicha función, en un contexto ya marcado por múltiples demandas laborales. La ampliación de la presencia de preceptores vinculados a la institución de enseñanza, sumada a aquellos insertos en los servicios, permitió diversificar los modos de acompañamiento de los residentes y ampliar el soporte

formativo. Esta composición favoreció la integración enseñanza-servicio-comunidad, así como una mayor aproximación a la realidad de los territorios, considerando la dinámica de los equipos, las necesidades locales y las redes de salud construidas junto a los usuarios.

Insertado en la lógica del SUS, el programa se articula con distintos puntos de la red de atención, especialmente en el campo de la salud mental, orientado por los principios de la Reforma Psiquiátrica Brasileña, que propone el cuidado en libertad y la construcción de redes territoriales.

En este campo, la preceptoría estuvo compuesta por cinco profesionales con formación en psicología y enfermería, insertos en distintos escenarios de la red pública: tres en la atención primaria, uno en un hospital general y uno en un servicio especializado. Esta distribución evidencia la diversidad de puntos de atención y la heterogeneidad de las demandas que atraviesan la formación en salud mental.

Las actividades desarrolladas incluyeron dispositivos pedagógicos como participación en reuniones de equipo, conducción de espacios de preceptoría, discusión de casos clínicos y acompañamiento de atenciones, tanto de forma compartida como en acciones territo-

riales. Estas prácticas dialogan con la lógica de la atención psicosocial, basada en la articulación entre saberes, servicios y niveles de atención, así como en la construcción del cuidado a partir de las singularidades de los usuarios y sus contextos de vida. La presencia en los territorios permitió tensionar perspectivas exclusivamente biomédicas, incorporando dimensiones sociales, culturales y relacionales en el cuidado, en consonancia con la noción de clínica ampliada (Campos, 1997).

Además de los escenarios asistenciales, los preceptores actuaron en actividades de enseñanza en la graduación, especialmente en los primeros años de los cursos de medicina y fonoaudiología, contribuyendo a la aproximación de los estudiantes a los principios de la salud colectiva y a la organización del cuidado en el SUS.

Se promovieron espacios de problematización de las prácticas y de apertura a la experiencia, articulando saberes de núcleo y de campo (Campos, 2000a). No obstante, estos procesos se desarrollaron en el marco de las condiciones concretas de los servicios, atravesados por dinámicas institucionales, limitaciones estructurales y distintas concepciones sobre el papel de la preceptoría. En este contexto, la formación en servicio no se restringe a los dispositivos formales de los programas

de residencia, sino que también se configura a partir de elementos del cotidiano, como las dificultades en la articulación de la red, las brechas en la oferta de cuidado, las estrategias para garantizar el acceso y las articulaciones entre profesionales, servicios y usuarios.

De este modo, la residencia reconoce como formativas tanto las instancias pedagógicas institucionalizadas como las experiencias del cotidiano, incluyendo tensiones, contradicciones e invenciones. Aprender en y para el SUS implica lidiar con su complejidad, exigiendo de residentes y preceptores no solo competencias técnicas, sino también dimensiones éticas, críticas y de articulación en red, orientadas a la construcción de respuestas frente a los desafíos institucionales.

Análisis de la experiencia

La práctica de la preceptoría en salud mental se construye en las fisuras entre las exigencias institucionales del servicio y el compromiso con una formación ético-política. Lejos de ser una vigilancia técnica, actúa como una mediación esencial en la sustentabilidad de espacios protegidos de aprendizaje, impidiendo que la urgencia y las presiones cotidianas del servicio asfixien el proceso formativo. En escenarios marcados por la precarización y la cronificación, donde metas numéri-

cas y flujos burocráticos pueden mecanizar el cuidado, la preceptoría opera para que el trabajo del residente no sea absorbido por la lógica productivista. Su papel es evitar que la práctica sea capturada por el “trabajo muerto” (Merhy, 2002), por normas y protocolos rígidos, garantizando la supervivencia de la reflexión y de la invención en el encuentro clínico.

Sostener este espacio constituye una resistencia activa a la racionalidad gerencial hegemónica que vacía el hacer e induce actuaciones desprovistas de reflexión. Al preservar tiempos de resguardo crítico, la preceptoría construye una experiencia que excede la función de reproducción de mano de obra alienada.

Es precisamente en esta suspensión de la urgencia asistencial donde la ampliación de la clínica se vuelve viable, al garantizar condiciones para el uso de tecnologías leves como el vínculo, la escucha y la implicación en lugar de ceder al ritmo de la captura administrativa. En este sentido, el “preceptorar” (Santos y Pezzato, 2020) se manifiesta en la capacidad de catalizar los malestares del cotidiano en potencia crítica, anclando la formación en el trabajo vivo en acto (Merhy, 2002), protegiendo la autonomía del residente y la ética del cuidado en el SUS.

La inserción de la preceptoría vinculada a la universidad reveló también conflictos que delimitan esta función y evidencian la fragilidad institucional frente a la construcción de nuevos espacios y relaciones. Lo experimentado fue un lugar marcado por la ambigüedad: para los equipos, el preceptor oscilaba entre ser una fuerza de trabajo adicional y una figura de saber teórico o de fiscalización distanciada del territorio. Esta condición de “extranjero” en el cotidiano de la red expresa la escisión histórica entre la producción de cuidado y la producción de saber. Como señala Ceccim (2005), la inserción de la enseñanza en los servicios tensiona fronteras establecidas, mostrando que esta extrañeza es resultado de un modelo formativo históricamente desvinculado de la práctica asistencial (Merhy, 2002).

Habitar este espacio intermedio exige no solo dominio técnico, sino también la construcción de legitimidad, que no se garantiza únicamente por el vínculo institucional. La entrada en los servicios convoca al preceptor a un ejercicio ético de implicación, afirmando que el saber académico requiere insertarse en el trabajo como apoyo en la coproducción de sujetos y colectivos (Emerich y Onocko-Campos, 2019), tensionando lógicas jerárquicas. Inspirado en el método Paideia (Campos, 2000b), el preceptor fomenta espacios de cogestión que permiten a residentes y equipos

elaborar el sufrimiento institucional, transformando la parálisis en potencia de cuidado en el territorio.

Esta construcción artesanal se torna aún más desafiante ante el desmantelamiento progresivo de la RAPS. . La fragilización de los servicios y de sus vínculos ético-políticos ejerce presión sobre el cotidiano formativo, donde la inestabilidad de recursos y la inseguridad técnica pueden producir angustia. Ante la propia impotencia, emerge una tendencia a banalizar el sufrimiento del usuario como mecanismo de defensa institucional (Onocko-Campos, 2012). Este movimiento se articula con el avance de la “atención gerenciada”, que busca trasladar la microdecisión clínica hacia la esfera administrativa.

Frente a ello, se sostiene que es en las lagunas de las estructuras formales donde la producción de redes vivas cobra fuerza, especialmente en la invención de flujos que desbordan protocolos rígidos y priorizan el trabajo vivo en acto, centrado en la posibilidad del encuentro, desde la noción de clínica ampliada (Campos, 1997). Esta perspectiva dialoga con Merhy (2002; Merhy y Franco, 2003), al comprender el trabajo en salud como producción de cuidado mediada por tecnologías leves, leve-duras y duras, destacando la centralidad de la relación. Así, el proceso de trabajo está atravesado

por disputas entre modelos asistenciales, lo que implica reconocer que la formación no se limita a competencias técnicas, sino que involucra modos de actuar y de implicarse con el otro. En este sentido, formar trabajadores para el SUS implica la capacidad de operar en escenarios abiertos y dinámicos, marcados por la imprevisibilidad y por la necesidad de articulación en red. Son prácticas construidas en la implicación con el territorio, que funcionan como micropotencias innovadoras para sostener la continuidad del cuidado (Merhy, 2002).

De este modo, la formación en salud mental puede comprenderse como una práctica ético-política, al implicar posicionamientos frente a los modos de cuidado, la organización de los servicios y las relaciones con usuarios y territorios. Formar para el SUS, especialmente en la atención psicosocial, supone sostener prácticas alineadas con el cuidado en libertad y con la construcción de redes territoriales, reconociendo tensiones, límites y contradicciones del cotidiano. Al entender la formación como proceso situado y atravesado por disputas, se hace posible comprender la preceptoría como un dispositivo que opera en la interfaz entre enseñanza, cuidado y gestión, participando activamente en la producción de modos de atención y en la sostenibilidad de prácticas en salud mental.

Finalmente, este ejercicio de invención busca transformar la parálisis de la impotencia en aprendizaje significativo, a partir de la problematización constante del trabajo. La preceptoría se constituye como un espacio donde las experiencias pueden ser narradas y el sufrimiento institucional elaborado (Emerich y Onocko-Campos, 2019). Al convertir la parálisis en acción ética y política, valida el saber de la experiencia (Bon-día, 2002), entendido como aquello que nos atraviesa y transforma. El “preceptorar” se reafirma, así, como la coproducción de sujetos capaces de transformar la realidad de los servicios mientras son transformados por ella.

Conclusión

Este relato de experiencia tuvo como objetivo presentar el ejercicio y la construcción de la función de preceptoría en una residencia multiprofesional en salud mental, en un contexto de fragilización de las redes de cuidado y de los vínculos ético-políticos. Al retomar el recorrido descrito, se observa que esta función se constituyó como una resistencia ética indispensable, capaz de sostener la dimensión reflexiva de la formación incluso bajo la presión de la racionalidad gerencial que tensiona los avances de la Reforma Psiquiátrica. La experiencia mostró que la mediación de la preceptoría

potencia el soporte para que los residentes sostengan prácticas de la clínica ampliada y el uso de tecnologías leves, favoreciendo una actuación reflexiva y centrada en el usuario.

Desde la perspectiva metodológica, el relato evidenció que el saber producido en lo cotidiano no es meramente técnico, sino un saber que “pasa y transforma” a los sujetos. Aunque el desmantelamiento de la RAPS presione hacia la reducción del residente a un recurso ejecutor, la experiencia reveló que la preceptoría cataliza la invención de redes vivas, incluso protagonizadas por los propios residentes. Es en la artesanía del cotidiano, en el fortalecimiento de las relaciones institucionales y en las articulaciones territoriales donde se buscó la continuidad del cuidado, actuando sobre la parálisis institucional para transformarla en aprendizaje e implicación política.

No obstante, se reconocen los límites de la coyuntura actual: la fragilidad de los servicios y la ambigüedad del lugar del preceptor académico aún dificultan la integración enseñanza-servicio. En última instancia, la preceptoría se reafirma como una apuesta por la co-producción de sujetos críticos. Para que estas prácticas no se restrinjan a micropolíticas aisladas, es necesario fortalecer las políticas de educación permanente y el

financiamiento del SUS. Solo la consolidación del sistema público como espacio de experiencia y producción de saber puede sostener un cuidado comprometido con los principios del SUS, la libertad y la dignidad de los sujetos en sus territorios.

Referencias bibliográficas

- Brasil. (1990). *Ley n.º 8.080, de 19 de septiembre de 1990: Dispone sobre las condiciones para la promoción, protección y recuperación de la salud, la organización y el funcionamiento de los servicios correspondientes*. Diario Oficial de la Unión.
- Brasil. (2001). *Ley n.º 10.216, de 6 de abril de 2001: Dispone sobre la protección y los derechos de las personas con trastornos mentales y redirige el modelo asistencial en salud mental*. Diario Oficial de la Unión.
- Brasil. Ministério da Educação, Comissão Nacional de Residência Médica. (2012). *Resolución CNRM n.º 2, de 13 de abril de 2012: Dispone sobre directrices generales para los programas de residencia médica*. Diario Oficial de la Unión.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2004). *Portaria n.º 198/GM/MS, de 13 de febrero de 2004: Instituye la Política Nacional de Educación Permanente en Salud como estra-*

- tegia del Sistema Único de Salud para la formación y el desarrollo de trabajadores para el sector.* Diario Oficial de la Unión.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011). *Portaria n.º 3.088, de 23 de diciembre de 2011: Instituye la Red de Atención Psicosocial (RAPS).* Diario Oficial de la Unión.
- Bottari, C. y Vasconcellos, M. M. (2011). Preceptoria: un campo en construcción en la formación en salud. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 15(39), 1185–1197.
- Campos, G. W. S. (1997). *La clínica del sujeto: por una clínica reformulada y ampliada* [mimeo]. DMPS-UNICAMP.
- Campos, G. W. D. S. (2000a). Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5, 219-230. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002>
- Campos, G. W. S. (2000b). *Un método para el análisis y la cogestión de colectivos.* Hucitec.
- Campos, G. W. S. Figueiredo, M.D., Pereira Júnior, N., y Castro, C P. (2014). La aplicación de la metodología Paideia en el apoyo institucional, en el apoyo matricial y en la clínica ampliada. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 18, 983–995. <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0324>
- Ceccim, R.B. (2005). Educación permanente en salud: desafío ambicioso y necesario. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 9(16), 161–177. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000100013>
- Ceccim, R. B., y Feuerwerker, L. C. M. (2004). El cuadrilátero de la formación para el área de la salud: enseñanza, gestión, atención y control social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 14, 41–65.
- Coelho, J. S. (2012). Construyendo la participación social en el SUS: un constante repensar en busca de equidad y transformación. *Saúde & Sociedade*, 21, 138–151.
- Delgado, P. G. (2019). Reforma psiquiátrica: estrategias para resistir al desmonte. *Trabalho, Educação e Saúde*, 17, e0021241.
- Emerich, B F., y Onocko-Campos, R.T. (2016). Formación de trabajadores para la salud mental: la experiencia de la residencia multiprofesional en el proyecto recorridos formativos en desinstitucionalización. Em S. D. Rosa, E.M.A. Vasconcelos, y

- R.M. Rosa-Castro (Orgs.), *Formación en salud mental: experiencias, desafíos y contribuciones de la residencia multiprofesional en salud* (pp. 91–106).CRV.
- Emerich, B.F. y Onocko-Campos, R.T. (2019). Formación para el trabajo en salud mental: reflexiones a partir de las concepciones de sujeto, colectivo e institución. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 23, e170521. <https://doi.org/10.1590/Interface.170521>
- Larrosa, J. (2002). Notas sobre la experiencia y el saber de experiencia. *Revista Brasileira de Educação*, 19, 20–28.
- Merhy, E. E. (2002). *Salud: la cartografía del trabajo vivo*. Hucitec.
- Merhy, E.E., y Franco, T.B. (2003). Por una composición técnica del trabajo en salud centrada en el campo relacional y en las tecnologías leves. *Saúde em Debate*, 27(65), 316–323.
- Miwa, M., y Ventura, C. (2020). El (des)compromiso social en la modernidad líquida: sobre participación social en salud. *Saúde em Debate*, 44(126), 1246–1254. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012722>
- Santos, J. B., y Pezzato, L. M. (2020). El “preceptorar” como dispositivo de aprendizaje en la residencia multiprofesional. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 24, e190547. <https://doi.org/10.1590/Interface.190547>
- Yasui, S. (2010). *Rupturas y encuentros: desafíos de la reforma psiquiátrica brasileña*. Fiocruz.

Notas

1. En el contexto de las políticas públicas de Brasil, el término "control social" constituye un pilar fundamental del Sistema Único de Salud (SUS). Refiere al derecho constitucionalmente garantizado de la sociedad civil organizada para participar en la formulación, fiscalización y gestión de las políticas de salud, materializado de forma paritaria por medio de sus actores clave, los usuarios, trabajadores de la salud y gestores de servicios, a través de los Consejos y Conferencias de Salud. De este modo, representa un logro histórico de la movilización social, al asegurar un papel protagonista para la sociedad en la defensa y la configuración de sus propios derechos.