

QUANDO FORMAR É ADOECER: PODER, NEOLIBERALIZAÇÃO E SOFRIMENTO NAS RESIDÊNCIAS EM SAÚDE

Marília Almeida Soares¹

RESUMO: As residências médica e multiprofissional no Sistema Único de Saúde (SUS) são atravessadas por tensões estruturais que produzem sofrimento psíquico entre residentes e preceptores. Este ensaio teórico analisa essas condições a partir dos conceitos de poder disciplinar, biopolítica, governamentalidade e dispositivo, formulados por Michel Foucault, articulados à compreensão do neoliberalismo como processo histórico em permanente reconstituição, conforme Peck, Theodore e Brenner. O conceito foucaultiano de dispositivo estrutura a análise ao longo do texto, compreendido como uma rede heterogênea de discursos, normas, práticas, instituições e tecnologias de subjetivação. Argumenta-se que o sofrimento na residência não constitui efeito contingente da formação intensiva, mas expressão de uma racionalidade institucional historicamente produzida, na qual práticas disciplinares e mecanismos biopolíticos se articulam a formas contemporâneas de governamentalidade neoliberal que deslocam riscos, individualizam responsabilidades e naturalizam a precarização das condições de formação e trabalho. Como parte da fundamentação do ensaio, realizou-se um levantamento bibliográfico na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), coleção LILACS, que identificou 96 estudos sobre o tema; após triagem por título, resumo e leitura do texto completo, apenas 28 atenderam aos critérios de inclusão, sendo somente um voltado especificamente a residentes multiprofissionais. Buscas exploratórias também evidenciaram expressiva discrepância entre a produção científica sobre saúde mental em residência médica e em residência multiprofissional, sugerindo a persistente sub-representação desta última na literatura. O ensaio problematiza, ainda, a ausência de mecanismos consolidados de denúncia e monitoramento do assédio, a reprodução de hierarquias entre residentes de diferentes anos, a inexistência sistemática de avaliação dos preceptores e a fragilidade jurídica decorrente da não caracterização do residente como trabalhador. Defende-se que a Educação Permanente em Saúde, orientada pela ética do cuidado de si e pela noção de contraconduta em Foucault, em diálogo com a pedagogia crítica de Paulo Freire, pode constituir espaço coletivo de problematização e transformação das condições concretas de formação e trabalho, desde que não seja reduzida a estratégia de adaptação individual às racionalidades institucionais vigentes.

Palavras-chave: Foucault. Biopolítica. Governamentalidade. Residência em saúde. Sofrimento psíquico.

¹Doutoranda em saúde coletiva na UNB - Universidade de Brasília - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília.

ABSTRACT: Medical and multiprofessional residency programs within Brazil's Unified Health System (SUS) are shaped by structural tensions that contribute to psychological distress among both residents and preceptors. This theoretical essay examines these conditions through Michel Foucault's concepts of disciplinary power, biopolitics, governmentality, and *dispositif*, articulated with the understanding of neoliberalism as a historically evolving process proposed by Peck, Theodore, and Brenner. The Foucauldian notion of *dispositif* provides the analytical framework, understood as a heterogeneous network of discourses, institutions, norms, practices, and technologies of subject formation. We argue that psychological distress in residency programs is not an incidental consequence of intensive professional training but rather the product of an institutional rationality historically constituted through the intersection of disciplinary practices, biopolitical mechanisms, and neoliberal forms of governmentality that transfer risks to individuals, individualize responsibility, and normalize precarious training and working conditions. To support this discussion, an exploratory literature review conducted in the Virtual Health Library (VHL), using the LILACS database, identified 96 studies addressing the topic. After title, abstract, and full-text screening, only 28 met the inclusion criteria, and just one focused primarily on multiprofessional residents. Additional exploratory searches revealed a substantial disparity between the scientific literature on mental health in medical residency and multiprofessional residency programs, highlighting the persistent underrepresentation of the latter. The essay further examines the absence of consolidated mechanisms for reporting and monitoring workplace harassment, the reproduction of hierarchical relationships among residents across training years, the lack of systematic evaluation of preceptors, and the legal vulnerability arising from residents' status as trainees rather than workers. Finally, we argue that Permanent Health Education, informed by Foucault's ethics of care of the self and the concept of counter-conduct, in dialogue with Paulo Freire's critical pedagogy, may function as a collective space for critical reflection and institutional transformation, provided that it is not reduced to an individual strategy for adapting to prevailing organizational rationalities.

Keywords: Foucault. Biopolitics. Governmentality. Health residency. Psychological distress.

1. INTRODUÇÃO

Há algo que incomoda em boa parte da literatura sobre sofrimento psíquico nas residências em saúde: os dados estão lá, às vezes em abundância, mas a pergunta sobre as condições que os produzem continua sendo feita com menos frequência do que merece. Sabe-se que burnout, sintomas depressivos e experiências de violência institucional têm prevalências significativas entre residentes médicos e multiprofissionais no Sistema Único de Saúde (SUS). Um estudo conduzido em hospital de ensino de Recife identificou prevalência de assédio moral de 41,9% entre 105 residentes, abrangendo tanto residências médicas quanto não médicas, sem diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos (MARQUES et al., 2012). O que se discute menos é por que esse cenário se reproduz com tanta estabilidade, em serviços diferentes, em especialidades diferentes, ao longo de décadas.

Este ensaio parte do incômodo com as explicações que ficam no nível individual ou que tratam o sofrimento como custo inevitável de qualquer formação intensiva. A opção pelo ensaio teórico justifica-se pela natureza da questão central: não se trata de produzir dados primários, mas de construir um quadro analítico capaz de interrogar as condições institucionais e políticas que tornam o sofrimento persistente. Os limites dessa abordagem são reconhecidos: as articulações teóricas propostas demandam verificação empírica em pesquisas futuras, particularmente no que diz respeito às residências multiprofissionais. A hipótese central é que o sofrimento psíquico nas residências não pode ser compreendido fora das racionalidades que organizam o dispositivo formativo, quais sejam, racionalidades disciplinares, biopolíticas e neoliberais que se articulam de forma historicamente específica no interior do SUS.

Para desenvolver esse argumento, mobilizo três eixos do pensamento de Michel Foucault, o poder disciplinar, a biopolítica e a governamentalidade, articulados à leitura do neoliberalismo como processo histórico não linear e continuamente reconstituído, tal como elaborado por Peck, Theodore e Brenner (2012). O conceito foucaultiano de dispositivo estrutura a análise: compreendido como rede heterogênea de discursos, normas, práticas, arranjos institucionais, tecnologias de avaliação e formas de subjetivação, ele é introduzido desde já como chave organizadora do ensaio. Essa articulação tem consequências práticas diretas: ela muda o que é possível propor quando se pensa em intervenções voltadas à saúde mental dos residentes.

3

Como parte da fundamentação deste ensaio, foi realizado um levantamento bibliográfico na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), coleção LILACS, em maio de 2026, utilizando a estratégia de busca residência em saúde AND (burnout OR sofrimento psíquico OR assédio moral OR acolhimento). A busca identificou 96 estudos, dos quais 28 atenderam aos critérios de inclusão após as etapas de triagem por título, resumo e leitura do texto completo. Entre esses, apenas um teve residentes multiprofissionais como população principal, contemplando-os conjuntamente com residentes médicos. Essa assimetria também se evidencia em buscas exploratórias realizadas na BVS: enquanto a combinação dos termos residência médica AND saúde mental retornou 8.693 registros, residência multiprofissional AND saúde mental identificou apenas 323. Embora esses resultados estejam condicionados à estratégia de busca empregada, eles sugerem uma expressiva sub-representação das residências multiprofissionais na produção científica sobre saúde mental. Considerando a relevância desses programas para a formação de profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS), essa lacuna indica que as

hierarquias presentes no campo da formação em saúde também se reproduzem no plano da produção do conhecimento.

2. O PODER DISCIPLINAR E A PRODUÇÃO DO RESIDENTE

Em *Vigiar e Punir*, Foucault descreve como as sociedades modernas desenvolveram técnicas voltadas à produção de corpos dóceis, corpos que podem ser submetidos, utilizados, transformados e aperfeiçoados (FOUCAULT, 1987). A disciplina, para Foucault, não funciona só pela repressão: é uma forma de poder produtivo, que fabrica sujeitos enquanto os submete. Ela opera por três instrumentos fundamentais: a vigilância hierárquica, o julgamento normalizador e o exame.

Quem conhece o cotidiano de um programa de residência reconhece esses três elementos sem muito esforço analítico. A vigilância hierárquica está nas escalas e nos plantões, na presença permanente do corpo clínico que avalia, corrige e classifica. O julgamento normalizador aparece nas avaliações formativas, nos feedbacks que delimitam o que é competência e o que é fragilidade. O exame é o momento em que tudo isso se condensa: o residente examinado, avaliado, classificado, promovido ou retido. O aparato não produz apenas profissionais tecnicamente qualificados. Produz também sujeitos que aprendem a silenciar o sofrimento, a não questionar hierarquias, a naturalizar a violência como parte do processo formativo.

4

O assédio moral relatado por parcela expressiva dos profissionais em ambientes de trabalho em saúde no Brasil (SANTOS, 2025) expressa uma cultura institucional que o poder disciplinar legitima e perpetua. A frase tantas vezes repetida nos serviços, de que a residência é dura para todo mundo e sempre foi assim, é o julgamento normalizador em ação: define o que é suportável, converte o sofrimento em rito de passagem e distribui culpa individual sobre o que é estruturalmente produzido. Que essa percepção opera com força concreta fica evidente quando se constata que, no estudo de Recife, a maioria dos residentes que não denunciaram o assédio sofrido justificou a omissão pelo medo de represálias e pela crença de que tais situações são inerentes à formação em saúde (MARQUES et al., 2012).

Os relatos de mulheres cirurgiãs coletados por Manso et al. (MANSO et al., 2025), apresentados aqui em paráfrase a partir dos originais, tornam essa dinâmica ainda mais nítida. Uma participante descreveu que, durante a entrevista para seleção de residência, foi questionada sobre por que havia escolhido cirurgia e não obstetrícia, frente a uma bancada composta exclusivamente por homens, e que seu professor de cirurgia geral declarara abertamente que

mulher não serve para cirurgia (MANSO et al., 2025). Uma residente narrou que situações hoje reconhecidas como assédio eram percebidas durante a residência como brincadeiras normais (MANSO et al., 2025). Esse relato revela o mecanismo pelo qual o poder disciplinar funciona: sujeitos que, ao longo da formação, passaram a enxergar como normal aquilo que é violência. Um terceiro depoimento expõe a articulação entre ausência de suporte e impossibilidade prática da denúncia: a participante relatou viver em ambiente de constante assédio moral, sem suporte psicológico, em contexto que não propicia a denúncia porque a vítima teme represálias institucionais informais, como restrição ao acesso a determinados procedimentos cirúrgicos (MANSO et al., 2025). O que esses relatos evidenciam é o funcionamento de um dispositivo disciplinar que fabrica o silêncio como condição de permanência.

O residente ocupa uma posição jurídica que não tem nome claro no ordenamento brasileiro: trabalha, mas não tem carteira assinada; estuda, mas produz assistência real em serviços reais. Essa zona cinzenta tem consequências concretas. Sem vínculo empregatício formal reconhecido pela CLT, o residente fica fora de boa parte das proteções que qualquer outro trabalhador do mesmo serviço tem acesso: canais de denúncia vinculados ao registro em carteira, garantias contra demissão arbitrária, possibilidade de acionar a Justiça do Trabalho. Trata-se de uma hipótese analítica, e não de afirmação de intenção legislativa, que o vácuo jurídico seja funcionalmente aproveitado pelo dispositivo formativo para manter o residente em posição de maior submissão. O medo de reprovar, de receber uma avaliação negativa ou de ser desligado do programa substitui, com eficácia considerável, as formas de coerção que seriam vedadas numa relação de trabalho formal.

A disciplina tem ainda um timing: ela é mais eficaz quando o sujeito ainda não tem repertório para resistir. O residente que acabou de entrar no programa não sabe o que pode dizer nem para quem. Não conhece as hierarquias implícitas, as alianças, os limites do tolerável em cada serviço. É exatamente aí, nessa janela de desorientação, que as normas se instalam com mais profundidade. A ausência de dispositivos estruturados de acolhimento nesse momento serve ao poder disciplinar: um sujeito que ainda não se situou dentro da instituição tem muito menos condições de negociar as exigências que ela faz. Esse mecanismo opera também horizontalmente: os residentes de segundo ano exercem, com frequência, autoridade informal sobre os ingressantes, reproduzindo as dinâmicas de pressão às quais foram submetidos no ano anterior. O sofrimento experimentado não é denunciado nem transformado, mas transmitido como condição de pertencimento ao grupo. O poder disciplinar não precisa de agentes externos

para se perpetuar: ele forma os próprios sujeitos que depois o reproduzem com mais eficiência do que qualquer hierarquia explícita conseguiria.

3. BIOPOLÍTICA, NEOLIBERALIZAÇÃO E A GESTÃO DO SOFRIMENTO

As residências em saúde constituem um dispositivo, no sentido foucaultiano: uma rede heterogênea composta por discursos, normas, práticas, arranjos institucionais, tecnologias de avaliação e formas de subjetivação, que inclui portarias e diretrizes ministeriais, práticas pedagógicas da preceptoria, regimes de plantão, mecanismos avaliativos, saberes biomédicos e formas cotidianas de interação no trabalho.

Se o poder disciplinar age sobre os corpos individuais, a biopolítica, conceito que Foucault desenvolve em *Em Defesa da Sociedade* e aprofunda em *Segurança, Território, População e O Nascimento da Biopolítica* (FOUCAULT, 1999, 2008a, 2008b), diz respeito à gestão da vida em sua dimensão coletiva. O biopoder não suprime o poder disciplinar: articula-se a ele, operando simultaneamente sobre o corpo individual e sobre o corpo social. Lido a partir desse quadro, o sofrimento psíquico dos residentes assume a dimensão de problema biopolítico. Os dados sobre burnout, depressão e estresse ocupacional na formação em serviço (COSTA et al., 2022; TROVÓ et al., 2025) são dados sobre uma população que precisa ser gerida. A forma como esse sofrimento é gerido revela uma racionalidade governamental específica: o objetivo não é eliminá-lo, mas mantê-lo dentro de limites que não comprometam a funcionalidade do sistema. O residente adoecido que abandona o programa é um problema. O residente que sofre mas permanece produtivo é a norma esperada.

Essa lógica se torna visível quando se examina a ausência quase generalizada de mecanismos institucionais consolidados de denúncia e rastreamento de casos de assédio. Essa ausência expressa, ao menos funcionalmente, uma escolha governamental tácita de não tornar o sofrimento completamente visível, porque torná-lo visível implicaria responsabilização institucional e exigiria respostas que o sistema não está preparado para oferecer. A literatura documenta que a maioria das vítimas de assédio em programas de residência opta por não formalizar denúncia, sendo o medo de retaliação o principal motivo relatado (MARQUES et al., 2012; GIANAKOS et al., 2022). Esse padrão não é exclusivo do contexto brasileiro: revisão sistemática sobre residências cirúrgicas identificou que 71% dos residentes vítimas de práticas abusivas optaram por não denunciá-las, sendo 51% por receio de retaliação (GIANAKOS et al.,

2022). Esses números descrevem um sistema que funciona de modo a tornar o sofrimento invisível e a denúncia improvável, o que, por si só, constitui uma forma de gestão biopolítica.

O fluxo institucional de denúncias é, em si mesmo, estruturalmente frágil. Nas residências médicas, quando um residente decide romper o silêncio, a trajetória passa pela Comissão de Residência Médica (COREME) da própria instituição onde ocorreu o problema, sobe para a Comissão Estadual e só então alcança a Comissão Nacional de Residência Médica. Nas residências multiprofissionais, o percurso equivalente passa pela Comissão de Residência Multiprofissional da instituição (COREMU), sobe para instâncias estaduais e alcança a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Em ambos os casos, cada etapa exige que o residente enfrente instâncias inseridas na mesma cadeia hierárquica que produziu o agravo.

Nas residências multiprofissionais, essa fragmentação assume contornos ainda mais reveladores. A Instrução Normativa da COREMU da Universidade Federal de Goiás, publicada em 2022, explicita em seu artigo terceiro que os casos de assédio moral, sexual ou discriminação não são de competência da COREMU e devem ser formalizados na Ouvidoria da universidade (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, 2022). Na prática, o problema circula entre instâncias sem que nenhuma delas detenha autoridade integral sobre o conjunto da situação, e o residente segue sozinho numa burocracia que, ao distribuir competências, fragmenta também a responsabilidade.

Que isso não é problema localizado fica evidente na pauta oficial da 7ª Sessão Ordinária da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, de julho de 2022, disponível no portal do Ministério da Educação (BRASIL, 2022). Numa única reunião, a CNRMS analisou doze processos de denúncias provenientes de programas multiprofissionais em sete estados diferentes, envolvendo assédio moral, represálias por coordenadores e preceptores, sobrecarga, ausência de preceptores qualificados, manipulação de avaliações e omissão institucional diante de adoecimento. Vários processos foram arquivados; os demais encaminhados à relatoria num fluxo que pode se estender por meses, enquanto o residente permanece exposto às mesmas condições que motivaram a denúncia. A fragilidade do fluxo expressa uma racionalidade que deposita no sujeito mais vulnerável da cadeia a responsabilidade de acionar um sistema que estruturalmente o desfavorece.

Para compreender plenamente essa racionalidade, é necessário situá-la no contexto político mais amplo em que as residências operam. Peck, Theodore e Brenner (2012)

argumentam que o neoliberalismo não pode ser compreendido como um sistema coerente e estático: é um processo em permanente reconstituição, que se reinventa a cada crise, que desloca riscos e contradições no tempo e no espaço. A Política Nacional de Residências em Saúde, instituída pela Resolução CNS nº 716/2024 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2024), reafirma princípios como equidade, integralidade e interprofissionalidade. Mas essas diretrizes operam em um campo já estruturado por décadas de neoliberalização do setor saúde: descentralização administrativa sem correspondente redistribuição de recursos, transferência de responsabilidades a municípios e instituições sem capacidade instalada, e naturalização da precariedade como condição de funcionamento do sistema público. São os residentes que absorvem, em seus corpos e em sua saúde mental, as contradições de um sistema que exige muito e oferece pouco. São os preceptores, frequentemente sem formação pedagógica e sem carga horária dedicada à supervisão, que tentam sustentar um processo formativo complexo com recursos escassos. Como observa Merhy (2002), o trabalho em saúde se realiza no encontro singular entre trabalhadores mediado por tecnologias leves que escapam ao controle gerencial. Nenhuma portaria garante que o residente será acolhido: o que garante ou não garante são as condições concretas do cotidiano institucional.

4. O PRECEPTOR COMO SUJEITO ADOECIDO

Há uma figura que costuma aparecer nas margens das pesquisas sobre sofrimento nas residências, mencionada quase de passagem: o preceptor. Muito se investiga sobre o adoecimento dos residentes, e com razão. Mas pouco se problematiza sobre quem está do outro lado desse encontro formativo, sustentando, muitas vezes sozinho e sem suporte, um processo pedagógico complexo em meio às demandas assistenciais de um serviço público sobrecarregado.

O preceptor ocupa os dois lados ao mesmo tempo: é o agente que o dispositivo disciplinar aciona sobre o residente e, ao mesmo tempo, objeto desse mesmo dispositivo. É agente porque é por meio dele que a vigilância hierárquica se concretiza, pois é ele quem avalia, corrige, define o que é competência e o que é fragilidade. Mas é também objeto, porque está submetido às expectativas da instituição, às metas de produção assistencial e às demandas de um sistema que exige cada vez mais com cada vez menos.

Dejours descreve o que chama de estratégias defensivas coletivas: os mecanismos que os trabalhadores desenvolvem não para eliminar o sofrimento, mas para torná-lo suportável e invisível (2015). No campo da preceptoria, uma dessas estratégias é a reprodução acrítica do

modelo pelo qual o próprio preceptor foi formado. Quem aprendeu sob pressão excessiva, em meio a hierarquias rígidas e ao silêncio sobre o sofrimento, tende a reproduzir esse modelo, não por sadismo, mas porque foi o único que conheceu, porque funciona como defesa contra a possibilidade de questionar a própria trajetória, e porque a instituição não oferece alternativas formativas claras. O preceptor que exige do residente o que lhe foi exigido, que silencia o sofrimento porque o seu próprio foi silenciado, que reproduz a hierarquia porque nunca teve espaço para questioná-la, não está sendo cruel: está sendo disciplinado. Essa distinção importa muito quando se pensa em dispositivos de formação que pretendem transformar a cultura institucional.

Há um elemento que agrava essa dinâmica e que raramente aparece nas discussões sobre sofrimento nas residências: a quase inexistência de mecanismos de avaliação do preceptor pelos residentes. A avaliação, nos programas de residência, flui numa única direção. O residente é continuamente avaliado em seu desempenho técnico, em sua postura, em sua capacidade de integração à equipe. O preceptor, via de regra, não o é, ou o é de forma tão superficial e esporádica que o processo perde qualquer potência formativa. A própria proposição de instrumentos de avaliação pedagógica do preceptor como inovação na literatura brasileira evidencia que essa prática segue sendo exceção nos programas de residência do país (MIRANDA; ROMANO, 2021). A assimetria reproduz e legitima a hierarquia institucional que coloca o preceptor em posição de autoridade unilateral sobre o residente, blindando suas práticas de qualquer questionamento sistemático.

A literatura internacional demonstra que a avaliação multifonte, na qual residentes, pares, pacientes e outros membros da equipe participam da avaliação do formador, é ferramenta confiável, válida e capaz de promover mudanças reais de comportamento (DONNON et al., 2014; FERGUSON; WAKELING; BOWIE, 2014). Recomenda-se que estudos futuros investiguem a aplicabilidade e os efeitos dessa estratégia no contexto específico das residências brasileiras, onde as assimetrias hierárquicas e a escassez de recursos impõem desafios adicionais. Onde não há avaliação, há imunidade. E imunidade é o terreno onde proliferam as práticas que nenhum gestor declararia defender, mas que o arranjo institucional tacitamente autoriza.

Na maior parte dos programas de residência, a função de preceptor é exercida por profissionais que acumulam essa responsabilidade pedagógica com suas atribuições assistenciais plenas, sem redução de carga horária, sem formação pedagógica sistemática e com remuneração irrisória ou inexistente. Peck, Theodore e Brenner (2012) chamariam isso de deslocamento de

riscos em ação: a responsabilidade pela qualidade da formação é transferida para o profissional de linha de frente, que absorve individualmente o custo de uma política que deveria ser sustentada por condições institucionais adequadas. Reconhecer o preceptor como sujeito também adoecido pelo dispositivo formativo é exigência analítica e política: qualquer intervenção que pretenda transformar a cultura institucional das residências e não inclua os preceptores como sujeitos do processo estará destinada, na melhor das hipóteses, à superficialidade.

5. A INVISIBILIDADE DAS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS

Qualquer análise que pretenda ser rigorosa sobre sofrimento nas residências em saúde no Brasil precisa enfrentar um problema epistemológico que a literatura tem sistematicamente evitado: a produção de conhecimento sobre adoecimento nesse campo é predominantemente centrada nas residências médicas, e essa centralidade distorce tanto o diagnóstico quanto as propostas de intervenção.

Uma revisão integrativa conduzida na BVS, coleção LILACS Plus, com a string residência em saúde AND (burnout OR sofrimento psíquico OR assédio moral OR acolhimento), identificou 96 artigos; após triagem por título, resumo e leitura do texto completo, apenas 28 atenderam aos critérios de inclusão, e um único estudo teve residentes multiprofissionais como população principal. Essa disparidade já se evidencia nos índices bibliográficos: enquanto uma busca preliminar com os termos residência médica AND saúde mental retornou 8.693 resultados, residência multiprofissional AND saúde mental retornou apenas 323. Esses números são, por si mesmos, dado analítico relevante: demonstram que a invisibilidade das residências multiprofissionais na literatura não é impressão, mas diagnóstico verificável. As residências multiprofissionais, que abrangem dezenas de profissões da área da saúde e formam anualmente milhares de profissionais para o SUS, comparecem na literatura de forma fragmentada, assistemática e quase sempre secundária.

Essa lacuna tem peso qualitativo e político, não só numérico. As residências multiprofissionais operam em um campo atravessado por tensões específicas: a disputa pelo reconhecimento da legitimidade de cada profissão no interior das equipes de saúde, a subordinação histórica das profissões não médicas nas hierarquias dos serviços e a menor capacidade de pressão por melhores condições de formação. Um residente de serviço social que denuncia assédio de um médico supervisor não enfrenta só os obstáculos que qualquer residente

enfrentaria. Enfrenta também os obstáculos específicos de uma assimetria de poder interprofissional que o dispositivo formativo não enfrenta, e muitas vezes normaliza. Produzir conhecimento sobre sofrimento nas residências sem nomear essa assimetria é reproduzir, no plano da pesquisa, a mesma hierarquia que se pretende criticar no plano da prática.

6. CONTRACONDUTAS, LIMITES DAS RESPOSTAS INDIVIDUALIZANTES E CUIDADO DE SI

6.1 CONTRACONDUTAS E RESISTÊNCIA INSTITUCIONAL

A análise das relações de poder em Foucault jamais se encerra na descrição dos mecanismos de dominação. Onde há poder, há resistência, e essa afirmação é constitutiva da forma como Foucault concebe o poder como relação e não como substância (FOUCAULT, 2008b). Foucault utiliza o conceito de contraconduta para designar práticas mais deliberadas de recusa ou reconfiguração das formas de ser governado, que operam pelo interior das instituições sem pretender sua abolição (FOUCAULT, 2008b). O que está em jogo não é uma ruptura com as instituições, mas a possibilidade de construir outras formas de agir, pensar e se relacionar com as normas dentro delas.

Nas residências, essas contracondutas aparecem quando residentes organizam espaços coletivos de escuta, quando preceptores desenvolvem estratégias pedagógicas mais horizontais, quando coordenações criam dispositivos de acolhimento que ultrapassam a lógica burocrática. A implementação de avaliações 360 graus, a criação de canais anônimos de denúncia e a constituição de comissões paritárias de acompanhamento são exemplos de contracondutas institucionais: introduzem fricções no funcionamento do poder disciplinar, criam obrigações de accountability que antes não existiam e produzem condições para que o sofrimento seja tratado como problema coletivo. Nenhum desses mecanismos resolve o problema sozinho, mas quando funcionam juntos, sustentados por uma cultura institucional que os leve a sério, a possibilidade de transformar as condições de formação se torna muito mais concreta. Nessa direção, propostas recentes de currículos integrados e orientados por competência em programas de residência multiprofissional, fundamentados em processos formativos dialógicos, crítico-reflexivos e centrados na autonomia, na empatia e no cuidado de si, têm sido apresentadas como estratégia institucional capaz de deslocar o eixo da formação de um modelo de pressão e exaustão para um modelo de aprendizagem suportiva e protetiva à saúde mental dos residentes (SILVA et al., 2026).

6.2 LIMITES DAS RESPOSTAS INDIVIDUALIZANTES

Reconhecer essas experiências de resistência não significa ignorar a persistência dos processos estruturais que produzem sofrimento. Com muita frequência, a gestão do sofrimento permanece centrada na responsabilização individual dos sujeitos. A ampliação da oferta de atendimentos psicológicos, programas de bem-estar e treinamentos de resiliência representa avanço inegável, mas quando implementada de forma isolada, sem questionamento das condições organizacionais, acaba funcionando como mecanismo de adaptação dos indivíduos a ambientes adoecedores.

A crítica foucaultiana à governamentalidade neoliberal ajuda a compreender esse fenômeno: em vez de enfrentar as condições estruturais que geram sofrimento, transfere-se ao sujeito a responsabilidade por desenvolver competências emocionais que lhe permitam suportá-lo (FOUCAULT, 2008a). O fracasso institucional é reinterpretado como insuficiência pessoal (PECK; THEODORE; BRENNER, 2012). No contexto das residências, o residente exausto é orientado a desenvolver maior inteligência emocional; o preceptor sobrecarregado, a aperfeiçoar gestão do tempo; a coordenação sem recursos, a buscar soluções criativas para limitações que ultrapassam sua governabilidade. Essas competências têm valor. O problema é quando são apresentadas como substituto de mudanças institucionais que o sistema se recusa a fazer. A fragilidade jurídica do residente potencializa ainda mais essa lógica: sem os instrumentos de proteção de uma relação trabalhista formal, a única saída que o sistema oferece a quem sofre é adaptar-se, silenciar-se ou abandonar o programa.

12

6.3 CUIDADO DE SI E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

O terceiro eixo do pensamento foucaultiano mobilizado neste ensaio é o que se desenvolve nos últimos trabalhos do autor, particularmente em *O Uso dos Prazeres e A Hermenêutica do Sujeito* (FOUCAULT, 1984, 2004). Foucault recupera a noção grega de *epimeleia heautou*, o cuidado de si, não como exercício nostálgico, mas como ferramenta crítica. O cuidado de si vai na direção oposta ao egoísmo ou ao recolhimento: é condição para o cuidado do outro, prática que articula ética e política. É o sujeito que se volta sobre si mesmo, que examina suas práticas, que se transforma a partir dessa reflexão e transforma também sua relação com os outros e com as instituições em que está inserido.

Essa dimensão ressoa diretamente na concepção original da Educação Permanente em Saúde, tal como formulada por Ceccim (2005) e por Ceccim e Feuerwerker (2004). A EPS, em

sua proposta fundante, foi concebida como aposta na problematização do processo de trabalho a partir da experiência dos próprios trabalhadores, uma prática reflexiva que converte o cotidiano em objeto de análise e os sujeitos em autores de sua própria formação. O que Foucault chama de cuidado de si ressoa com o que Freire chama de práxis: a unidade entre reflexão e ação que transforma quem age e o mundo em que age (FREIRE, 1996).

Há um risco real que precisa ser dito sem rodeios: o cuidado de si pode ser convertido em mais um dispositivo neoliberal de responsabilização individual. Uma proposta de EPS que convide residentes e preceptores a cuidar de si sem interrogar as condições institucionais que os adoecem corre o risco de reproduzir, com nova linguagem, a mesma lógica que pretende questionar.

A questão que permanece em aberto é como a EPS pode escapar dessa captura na prática concreta. A resposta depende de condições institucionais específicas: que os espaços coletivos de deliberação sejam protegidos de represálias, que os coordenadores de programa tenham formação e autoridade para intervir nas condições de trabalho, e que a EPS não seja operacionalizada como mais uma tarefa a ser absorvida por preceptores sobrecarregados. O cuidado de si só faz sentido como fundamento de uma EPS transformadora quando articulado ao questionamento das relações de poder que estruturam a formação. É preciso criar o que Dejours chama de espaço de deliberação (2015): um lugar institucional onde o sofrimento pode ser dito, onde as normas podem ser questionadas e onde soluções coletivas podem ser construídas.

13

O acolhimento dos residentes ingressantes precisa ser compreendido como processo contínuo, que inclui, de forma explícita, informar o residente sobre seus direitos, sobre os canais de denúncia disponíveis e sobre as instâncias às quais pode recorrer em caso de violência institucional. Essa lacuna ganha ainda mais peso quando se observa que o Ministério da Saúde não dispõe, até o momento, de uma diretriz nacional estruturada para o acolhimento de residentes ingressantes. Enquanto a Controladoria-Geral da União publicou o Guia Lilás (BRASIL, 2024a) e o Ministério da Gestão e da Inovação em Serviços Públicos lançou o Guia Acolher (BRASIL, 2024b), os programas de residência em saúde seguem sem instrumento equivalente. A ausência desse instrumento não é detalhe técnico: ela sinaliza que o sofrimento de quem forma os profissionais do SUS ainda não foi reconhecido como objeto de política pública pelo órgão que deveria ser o primeiro a reconhecê-lo.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso desenvolvido neste ensaio indica que as residências em saúde não podem ser compreendidas apenas como dispositivos pedagógicos de formação especializada. São arranjos institucionais complexos, atravessados por racionalidades disciplinares, biopolíticas e neoliberais que produzem simultaneamente aprendizagem, gestão da vida e subjetivação profissional. O sofrimento psíquico dos residentes não aparece como efeito colateral contingente, mas como elemento funcional à dinâmica do dispositivo: tende a ser convertido em experiência individual de adaptação às condições institucionais existentes.

A distância entre as diretrizes normativas da Política Nacional de Residências em Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2024) e as condições efetivas de sua implementação expressa uma racionalidade governamental que opera pela distribuição assimétrica de responsabilidades e pela transferência sistemática dos custos organizacionais para os sujeitos mais vulnerabilizados do processo formativo, como demonstram Peck, Theodore e Brenner ao caracterizarem a capacidade do neoliberalismo de se reconstituir a partir das próprias crises que produz (2012). O preceptor não pode ser reduzido à função de mediador pedagógico: constitui-se simultaneamente como operador e alvo do dispositivo formativo, capturado pelas mesmas dinâmicas de sobrecarga e precarização que atravessam os residentes.

14

Quatro lacunas estruturais se destacam como agenda prioritária: a produção sistemática de evidências sobre sofrimento nas residências multiprofissionais, ainda gravemente sub-representadas na literatura; a criação de mecanismos protegidos e efetivos de denúncia que não dependam da coragem individual do residente para funcionar; o desenvolvimento de processos de avaliação 360 graus com garantias reais de anonimato e consequências institucionais; e o enfrentamento da fragilidade jurídica do residente, cuja condição de não trabalhador formal o priva de proteções que deveriam ser irrenunciáveis em qualquer relação formativa.

Nesse horizonte, cabe ao Ministério da Saúde assumir um papel que ainda não assumiu: o de produtor de diretrizes, guias e instrumentos normativos voltados especificamente ao acolhimento de residentes em saúde. Enquanto outros campos da administração pública federal já dispõem de documentos estruturados para orientar gestores e equipes no enfrentamento ao assédio e na construção de ambientes de trabalho mais seguros, como o Guia Lilás (BRASIL, 2024a) e o Guia Acolher (BRASIL, 2024b), os programas de residência seguem operando sem referencial equivalente. Um guia de boas práticas para coordenadores, preceptores e tutores, um protocolo nacional de acolhimento para residentes ingressantes e uma instrução normativa que

torne obrigatório o rastreio de situações de assédio nos programas são instrumentos que não substituem as mudanças estruturais que o campo exige, mas criam as condições mínimas para que o sofrimento seja nomeado, acolhido e enfrentado de forma coletiva.

A Educação Permanente em Saúde, quando articulada à ética foucaultiana do cuidado de si e à pedagogia crítica freireana, pode operar como uma forma de contraconduta: práticas que tensionam os efeitos do poder ao produzir novos regimes de enunciação, reflexão e organização do trabalho. Essa potencialidade depende de que tais dispositivos não sejam reduzidos a estratégias de adaptação individual, mas se constituam como espaços coletivos de análise do processo de trabalho, problematização das normas institucionais e elaboração de alternativas concretas de reorganização das práticas formativas. O que este ensaio pretendeu demonstrar é que analisar as residências em saúde exige uma inflexão que vai além das abordagens centradas exclusivamente na dimensão pedagógica ou no sofrimento individual.

Essa perspectiva abre desdobramentos teóricos, ao evidenciar a necessidade de articulação integrada entre poder disciplinar, biopolítica e governamentalidade neoliberal; político-institucionais, ao demonstrar os limites de intervenções centradas em bem-estar individual dissociadas da transformação das condições concretas de trabalho; e analítico-metodológicos, ao apontar a relevância de investigações empíricas sobre os mecanismos pelos quais sofrimento, avaliação e aprendizagem se articulam na produção cotidiana das subjetividades profissionais no SUS, com atenção específica às residências multiprofissionais.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Controladoria-Geral da União. Guia Lilás: orientações para prevenção e enfrentamento ao assédio moral e sexual e à discriminação no Governo Federal. 2. ed. Brasília: CGU, 2024a.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Pauta da 7ª Sessão Ordinária da CNRMS. Brasília: MEC, 2022.

BRASIL. Ministério da Gestão e da Inovação em Serviços Públicos. Secretaria de Relações de Trabalho. Guia Acolher. Brasília: MGI, 2024b.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 716, de 10 de outubro de 2024. Aprova a Política Nacional de Residências em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

COSTA, J. A. et al. Síndrome de burnout: uma análise da saúde mental dos residentes médicos de um hospital escola. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 46, n. 1, e008, 2022.

DEJOURS, C. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

DONNON, T. et al. The reliability, validity, and feasibility of multisource feedback physician assessment: a systematic review. *Academic Medicine*, v. 89, n. 3, p. 511-516, 2014.

FERGUSON, J.; WAKELING, J.; BOWIE, P. Factors influencing the effectiveness of multisource feedback in improving the professional practice of medical doctors: a systematic review. *BMC Medical Education*, v. 14, p. 76, 2014.

FOUCAULT, M. A hermenêutica do sujeito: curso dado no Collège de France (1981-1982). São Paulo: Martins Fontes, 2004.

FOUCAULT, M. Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FOUCAULT, M. O nascimento da biopolítica: curso dado no Collège de France (1978-1979). São Paulo: Martins Fontes, 2008a.

FOUCAULT, M. O uso dos prazeres. São Paulo: Graal, 1984.

FOUCAULT, M. Segurança, território, população: curso dado no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

FOUCAULT, M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 1987.

FREIRE, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 25. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GIANAKOS, A. L. et al. Bullying, discrimination, harassment, sexual harassment, and the fear of retaliation during surgical residency training: a systematic review. *World Journal of Surgery*, v. 46, n. 7, p. 1587-1599, 2022.

MANSO, M. E. G. et al. Trajetórias de cirurgiãs quanto a equidade de gênero. *Journal Health NPEPS*, v. 10, n. 1, e13612, 2025.

MARQUES, R. C. et al. Assédio moral nas residências médica e não médica de um hospital de ensino. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 36, n. 3, p. 403-409, 2012.

MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo: Hucitec, 2002.

MIRANDA, P. R.; ROMANO, V. F. Uma proposta de instrumento de avaliação pedagógica da preceptoria para residências em Medicina de Família e Comunidade. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 16, n. 43, p. 2680, 2021.

PECK, J.; THEODORE, N.; BRENNER, N. Mal-estar no pós-neoliberalismo. *Novos Estudos CEBRAP*, n. 92, p. 59-81, 2012.

SANTOS, M. M. Assédio moral no ambiente de trabalho no Brasil: prevalência e impactos. *Revista Foco*, v. 18, n. 5, e8493, 2025.

SILVA, R. F. et al. O currículo como promotor da saúde mental: enfoque nas residências em saúde. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, v. 12, n. 7, p. 1-26, 2026. Disponível em: <https://doi.org/10.51891/rease.v12i7.28169>.

TROVÓ, L. A. et al. Síndrome de burnout e a saúde mental de médicos residentes: uma revisão integrativa. *Espaço para a Saúde*, v. 26, e1073, 2025.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS. Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde. Instrução Normativa COREMU nº 03/2022. Goiânia: UFG, 2022.