

RESIDÊNCIA MÉDICA, HIERARQUIA E ASSÉDIO INSTITUCIONAL: A RESPONSABILIDADE ÉTICA DOS PRECEPTORES

MEDICAL RESIDENCY, HIERARCHY, AND INSTITUTIONAL HARASSMENT:
THE ETHICAL RESPONSIBILITY OF PRECEPTORS

RESIDENCIA MÉDICA, JERARQUÍA Y ACOSO INSTITUCIONAL: LA
RESPONSABILIDAD ÉTICA DE LOS PRECEPTORES

Alice da Cruz de Jesus¹

DOI: 10.54899/dcs.v23i92.6155

Recibido: 12/06/2026 | Aceptado: 07/07/2026 | Publicación en línea: 14/07/2026.

RESUMO

A conformação hierárquica da residência médica, embora inerente ao treinamento em serviço e indispensável à supervisão técnica e à segurança assistencial, suscita relevantes questões éticas quando a autoridade preceptora ultrapassa os limites de sua função pedagógica e se converte em mecanismo de constrangimento, exclusão formativa ou submissão institucional. Diante da assimetria de poder que estrutura a relação entre preceptores e médicos-residentes, o presente artigo tem como objetivo examinar os contornos da responsabilidade ética dos preceptores, analisando os parâmetros normativos que permitem distinguir o exercício legítimo da supervisão e da correção pedagógica das práticas configuradoras de assédio institucional. A pesquisa adota metodologia qualitativa, de natureza teórico-normativa, com base na análise da Lei nº. 6.932/1981, das resoluções da Comissão Nacional de Residência Médica e do Conselho Federal de Medicina, das disposições do Código de Ética Médica e da literatura especializada sobre assédio moral e relações institucionais de poder, permitindo evidenciar que a prevenção e o enfrentamento dessas práticas pressupõem tanto o exercício ético da autoridade pelo preceptor quanto a atuação corresponsável das instituições formadoras, de modo a preservar a dignidade do médico-residente, a integridade do processo formativo e a segurança assistencial.

Palavras-chave: Residência Médica. Preceptoria. Hierarquia. Assédio Institucional. Ética Médica.

ABSTRACT

The hierarchical structure of medical residency—while inherent to on-the-job training and indispensable for technical supervision and patient care safety—raises significant ethical issues when the preceptor's authority exceeds the bounds of its pedagogical function and transforms into a mechanism of coercion, exclusion from training, or institutional subjugation. Given the power asymmetry structuring the relationship between preceptors and resident physicians, this article aims to examine the scope of preceptors' ethical responsibility. It analyzes the normative parameters that distinguish the legitimate exercise of supervision and pedagogical correction

¹ Especialista em Direito Médico, da Saúde e Bioética, Faculdade Baiana de Direito, Salvador, Bahia, Brasil.
E-mail: alicedacruzj@hotmail.com.

from practices constituting institutional harassment. Adopting a qualitative, theoretical-normative methodology, the study analyzes Law No. 6.932/1981, resolutions from the National Medical Residency Commission and the Federal Council of Medicine, provisions of the Code of Medical Ethics, and specialized literature on workplace harassment and institutional power dynamics. The findings demonstrate that preventing and addressing such practices requires both the ethical exercise of authority by the preceptor and the co-responsible action of training institutions, thereby safeguarding the resident physician's dignity, the integrity of the training process, and patient care safety.

Keywords: Medical Residency. Preceptorship. Hierarchy. Institutional Harassment. Medical Ethics.

RESUMEN

La estructura jerárquica de la residencia médica —si bien es inherente a la formación en el puesto de trabajo e indispensable para la supervisión técnica y la seguridad en la atención al paciente— plantea cuestiones éticas significativas cuando la autoridad del preceptor trasciende los límites de su función pedagógica y se transforma en un mecanismo de coerción, exclusión de la formación o sometimiento institucional. Dada la asimetría de poder que estructura la relación entre preceptores y médicos residentes, este artículo tiene como objetivo examinar el alcance de la responsabilidad ética de los preceptores. Se analizan los parámetros normativos que distinguen el ejercicio legítimo de la supervisión y la corrección pedagógica de aquellas prácticas que constituyen acoso institucional. Mediante una metodología cualitativa de carácter teórico-normativo, el estudio analiza la Ley n.º 6.932/1981, las resoluciones de la Comisión Nacional de Residencia Médica y del Consejo Federal de Medicina, las disposiciones del Código de Ética Médica y la literatura especializada sobre acoso laboral y dinámicas de poder institucional. Los resultados demuestran que la prevención y el abordaje de tales prácticas requieren tanto el ejercicio ético de la autoridad por parte del preceptor como la actuación corresponsable de las instituciones formadoras, salvaguardando así la dignidad del médico residente, la integridad del proceso formativo y la seguridad en la atención al paciente.

Palabras clave: Residencia Médica. Preceptoría. Jerarquía. Acoso Institucional. Ética Médica.



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

INTRODUÇÃO

A residência médica, regulamentada pela Lei nº. 6.932/1981, é etapa obrigatória e estruturante da formação especializada, desenvolvida sob a forma de treinamento em serviço, com supervisão hierárquica de preceptores e responsabilidade institucional. Embora essencial à consolidação das competências clínicas e à segurança assistencial, essa estrutura pode dar margem a distorções quando a autoridade formativa ultrapassa os limites éticos estabelecidos.

A assimetria de poder presente no modelo formativo, quando não adequadamente balizada, pode favorecer práticas abusivas naturalizadas sob o pretexto de exigência profissional. Casos de exclusão formativa, jornadas incompatíveis e condutas vexatórias revelam desvios que comprometem a integridade do residente e o próprio valor pedagógico da residência.

Diante desse cenário, o presente ensaio tem por objetivo analisar a responsabilidade ética dos preceptores à luz do Código de Ética Médica e das normas da Comissão Nacional de Residência Médica, delimitando os parâmetros que distinguem a supervisão legítima do assédio institucional.

A pesquisa adota metodologia qualitativa, por meio de revisão bibliográfica e normativa, com especial atenção às Resoluções do Conselho Federal de Medicina, buscando identificar os dispositivos que fundamentam uma preceptoria ética, justa e formadora.

A análise proposta é relevante diante da recorrente naturalização de práticas abusivas na formação médica e da ausência de mecanismos institucionais eficazes para sua prevenção e enfrentamento. Compreender os limites éticos da autoridade na residência é essencial para garantir ambientes formativos respeitosos, comprometidos com a excelência técnica e a dignidade profissional dos médicos em formação.

ESTRUTURA NORMATIVA DA RESIDÊNCIA MÉDICA: SUPERVISÃO, HIERARQUIA E RESPONSABILIDADE INSTITUCIONAL

A residência médica, enquanto etapa decisiva de consolidação do saber técnico-científico, é também um espaço de construção identitária e subjetiva dos futuros especialistas, consistente, de acordo com o artigo 1º da Lei nº. 6.932, de 7 de julho de 1981, em um treinamento em serviço desenvolvido sob a orientação de preceptores e sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não.

Esta definição legal estabelece dois pilares fundamentais: a orientação especializada através de preceptores qualificados e a responsabilidade institucional pela qualidade da formação. A conjugação destes elementos institui modelo formativo específico que diferencia a residência médica de outras modalidades de aperfeiçoamento profissional, conferindo-lhe natureza *sui generis*² que combina aspectos educacionais e assistenciais com rigorosa supervisão técnica.

Por essa dupla natureza – educacional e profissional –, a residência médica assume

² Expressão em latim que significa “de natureza única” ou “peculiar”.

posição singular no sistema educacional brasileiro, funcionando simultaneamente como modalidade de pós-graduação e via oficial de certificação das especialidades médicas. Esta característica exige respeito aos princípios da educação superior (Lei nº. 9.394/1996) e aos ditames do Código de Ética Médica (Resolução CFM nº. 2.217/2018), particularmente quanto ao exercício da autoridade no contexto formativo.

A operacionalização desse processo ocorre por meio de uma estrutura hierárquica funcional, que organiza os residentes em níveis formativos conforme sua experiência e grau de responsabilidade. Essa disposição promove a distribuição gradual das atribuições assistenciais, orientando-se tanto pela consolidação dos valores éticos essenciais à prática médica quanto pela necessidade de assegurar a segurança do cuidado prestado aos pacientes.

Em consonância com estas diretrizes normativas, a residência adota uma abordagem construtivista, na qual o residente ocupa posição ativa na evolução do próprio conhecimento, sendo continuamente estimulado a desenvolver postura crítica e reflexiva, possibilitando a transição adequada entre a dependência inicial de orientação e a autonomia profissional plena.

Sob essa configuração, a natureza estrutural da residência estabelece limitações claras ao exercício da autoridade, vedando práticas que comprometam os direitos fundamentais dos residentes sob qualquer pretexto educativo. A organização funcional não deve ser compreendida como instrumento de dominação, mas como expressão da responsabilidade progressiva, orientada por critérios pedagógicos e assistenciais.

Neste modelo, exige-se que a atuação do preceptor seja pautada pela orientação criteriosa, exemplo ético e disponibilidade para o ensino, enquanto ao residente cabe o compromisso com aprendizado ativo e execução segura das atividades compatíveis com sua etapa formativa. A clareza desta hierarquia institucional – fundamentada na ética, responsabilidade compartilhada e reconhecimento da função educativa da preceptoria – confere legitimidade à estrutura organizacional da residência médica, condição indispensável para que a formação especializada cumpra seu papel social de promover excelência técnica, integridade profissional e cuidado qualificado às necessidades da população.

A Supervisão e o Ensino Como Ato Médico Privativo

O artigo 3º da Resolução 1.627/2001, do Conselho Federal de Medicina (CFM), estabelece que “as atividades de coordenação, direção, chefia, perícia, auditoria, supervisão e

ensino dos procedimentos médicos privativos incluem-se entre os atos médicos e devem ser exercidos unicamente por médico” (BRASIL, 2001). Ao assim dispor, o dispositivo normativo reconhece a supervisão de residentes como parte do exercício especializado da Medicina, atribuindo-lhe natureza privativa e, portanto, indelegável a profissionais não médicos.

Ampliando esse escopo regulatório, a Resolução CFM nº. 2.416/2024 define os atos próprios do médico, especificando sua autonomia, os limites do exercício profissional, suas responsabilidades e os fundamentos jurídicos que as sustentam. Entre as suas disposições, destacam-se o artigo 3º, §5º e o artigo 4º, V, alíneas “d” e “e”, que tratam diretamente da atuação em programas de residência médica, consolidando o caráter técnico-assistencial e formativo como expressão da prática médica.

A responsabilidade ético-profissional do preceptor, embora não esteja explicitamente codificada em sua integralidade, é inerente ao papel formativo que exerce e constitui pilar essencial da prática médica. Nesse sentido, sua atuação - inclusive nos momentos de correção ou avaliação - deve estar sempre orientada por finalidades pedagógicas claramente definidas e sustentada em critérios objetivos, como conhecimento técnico-científico, competência prática e experiência profissional, compreendendo, ainda, a corresponsabilidade ética e legal pelos atos praticados sob sua supervisão.

Nesse sentido, o médico preceptor ocupa uma posição singular ao concentrar em si uma dupla responsabilidade: ser, ao mesmo tempo, orientador técnico-científico e agente da formação ética do futuro especialista. Essa dualidade de funções demanda o equilíbrio entre o exercício legítimo da autoridade pedagógica e a observância dos direitos fundamentais do residente, uma vez que a liderança formativa se justifica pela exigência de conduzir, corrigir e avaliar o processo de aprendizagem, mas jamais legitima condutas que violem a dignidade ou comprometam a integridade física, emocional ou moral do médico em formação.

O exercício legítimo desse papel, portanto, exige observância rigorosa ao princípio da proporcionalidade, de modo que as medidas adotadas guardem correspondência com as finalidades educativas e de proteção ao paciente. Condutas que extrapolem esse limite, como humilhações públicas, repreensões desproporcionais ou discriminações veladas, violam os direitos fundamentais do residente, subvertem a finalidade do processo pedagógico e configuram abuso de poder passível de responsabilização nas esferas ética, civil e administrativa.

Nesse contexto, o inciso VII do artigo 6º da Resolução CFM nº. 2.147/2016 impõe ao diretor clínico o dever específico de garantir condições adequadas de aprendizagem para

estagiários (acadêmicos e médicos) e médicos residentes. A menção expressa aos “melhores meios de aprendizagem” configura obrigação institucional de proporcionar um ambiente formativo que vá além da disponibilidade de infraestrutura física e tecnológica, abrangendo a oferta de cenários clínicos diversificados, suporte instrucional qualificado e um ambiente organizacional pautado no respeito mútuo e na valorização da trajetória profissional em formação.

A responsabilidade institucional pela supervisão adequada, prevista expressamente no mesmo dispositivo, transcende a formalidade da designação de preceptores, exigindo sua presença efetiva, competência técnico-pedagógica e quantidade proporcional ao número de residentes. A ausência desses elementos compromete a integridade do processo formativo e pode configurar negligência institucional.

Cumpre salientar, sob essa perspectiva, que o dever de “assegurar” condições adequadas de ensino confere às instituições formadoras um compromisso permanente com o monitoramento, a avaliação e o aprimoramento do ambiente educacional. Condutas omissas, reativas ou meramente protocolares revelam-se incompatíveis com os pressupostos ético-pedagógicos da residência médica, desvirtuando sua função essencial como etapa de formação especializada.

Diante desse panorama, torna-se indispensável compreender a estrutura institucional que regula, coordena e fiscaliza os programas de residência em âmbito nacional. A Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) ocupa esse lugar central, sendo responsável por formular e garantir a observância das diretrizes que regem o modelo formativo, assegurando sua coerência pedagógica, legitimidade normativa e conformidade com os direitos fundamentais dos profissionais em formação.

Normatização Nacional e Execução Local: a Atuação Articulada da CNRM e das COREME

Instituída pelo Decreto nº. 80.281/1977 e, desde então, consolidada por uma série de atos normativos complementares, a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) vinculada ao Ministério da Educação, constitui a instância central de regulação, coordenação e supervisão da formação médica especializada no Brasil. Compete a esse órgão estabelecer as diretrizes gerais dos programas de residência médica, assegurando padrões mínimos de qualidade e promovendo a integração entre ensino e serviço, premissa estruturante do modelo formativo nacional.

Suas deliberações possuem natureza vinculante e são de cumprimento obrigatório por

todas as instituições formadoras, as quais devem submeter à sua apreciação os projetos pedagógicos, a infraestrutura física, a composição do corpo docente e os planos de supervisão. Por meio de suas resoluções, a Comissão disciplina aspectos essenciais da formação, como a duração mínima dos programas, os conteúdos obrigatórios, os critérios de avaliação e os requisitos para a certificação do médico-residente, estabelecendo balizas uniformes em âmbito nacional.

Contudo, a atuação normativa da CNRM não se exaure na formulação abstrata de diretrizes. Sua efetividade depende da internalização concreta dos parâmetros estabelecidos no cotidiano das instituições, o que exige uma estrutura institucional capaz de articular normativas nacionais a práticas locais. Essa responsabilidade recai sobre as Comissões de Residência Médica (COREME), disciplinadas pela Resolução CNRM nº. 16/2022, que respondem pela operacionalização dos objetivos pedagógicos e éticos da residência médica.

Vinculadas diretamente às instituições que ofertam os programas, as COREME desempenham papel estratégico na gestão, acompanhamento e deliberação da formação, traduzindo os preceitos da CNRM em práticas institucionais. Compete a essas comissões organizar a estrutura curricular, definir critérios avaliativos internos, distribuir as atividades assistenciais e didáticas, bem como monitorar continuamente as condições estruturais necessárias ao adequado desenvolvimento dos residentes.

Cabe-lhes, ainda, garantir espaços efetivos de escuta e acolhimento, atuar na mediação de conflitos e prevenir violações éticas ou abusos hierárquicos. Nessa perspectiva, as COREME representam engrenagens essenciais à consolidação de um ambiente ético, supervisionado e pedagogicamente qualificado, equilibrando rigor técnico com a proteção dos direitos dos médicos em formação.

A eficácia da política nacional de residência médica, portanto, não decorre apenas da existência de marcos regulatórios, mas da capacidade administrativa de implementá-los com responsabilidade, sensibilidade e compromisso com os valores formativos da profissão. A atuação articulada entre CNRM e COREME revela-se, assim, elemento essencial para a concretização de um modelo que seja, ao mesmo tempo, tecnicamente robusto e humanamente comprometido. Nesse contexto, a figura do preceptor assume centralidade, exigindo análise detida sobre os parâmetros éticos que devem orientar sua atuação na formação de novos especialistas.

A Configuração do Assédio Institucional na Residência Médica: Conceito e Implicações Iniciais

A estrutura hierárquica da residência médica, embora legitimada pelos marcos normativos e essencial à condução do processo formativo, pode, quando mal empregada, desvirtuar-se em práticas que comprometem a integridade dos residentes. O assédio institucional surge justamente desse uso distorcido da autoridade, materializando-se em condutas reiteradas que extrapolam os limites da supervisão legítima, instaurando ambientes marcados por humilhações, sobrecarga, silenciamentos e desigualdade de oportunidades.

Hirigoyen³ conceitua que:

A agressão, no caso, é clara: um superior hierárquico que esmaga seus subordinados com seu poder. A pretexto de manter o bom andamento da empresa, tudo se justifica: horários prolongados, que não se pode sequer negociar, sobrecarga de trabalho dito “urgente”, exigências descabidas. Em princípio, o abuso de poder não é dirigido especificamente contra um único indivíduo. Nas empresas, este abuso de poder pode transmitir-se em cascata, da mais alta chefia, ao menor chefe de escala.

Mais do que episódios isolados, o assédio institucional caracteriza-se por dinâmicas sustentadas por relações de poder assimétricas e pela omissão das instâncias supervisoras em coibir desvios. Nesse cenário, condutas como desqualificações públicas, sobrecarga desproporcional, exclusões pedagógicas ou retaliações veladas passam a ser incorporadas ao cotidiano formativo, esvaziando o propósito educativo da preceptoria e comprometendo a saúde física e mental dos médicos em formação.

Essa realidade, embora frequentemente invisibilizada sob o discurso da exigência profissional ou da preparação para situações adversas, impõe desafios éticos e jurídicos incontornáveis. O reconhecimento do assédio institucional como prática reprovável e passível de responsabilização - tanto pessoal quanto institucional - é condição indispensável para a construção de um ambiente formativo comprometido com a dignidade, o respeito e o desenvolvimento pleno do residente.

É nesse cenário que se revela a urgência de delimitar com precisão os contornos éticos da atuação preceptora. Diante da evidente tensão entre autoridade formativa e proteção de direitos, torna-se imprescindível recorrer ao Código de Ética Médica como instrumento normativo capaz

³ HIRIGOYEN, Marie-France. Assédio Moral: a violência perversa no cotidiano. Trad. Maria Helena Kühner. 5. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002a, p. 82-83.

de balizar o exercício legítimo da hierarquia e coibir práticas abusivas. Com isso, passa-se à análise das disposições éticas que estruturam a responsabilidade dos preceptores no contexto da formação especializada.

O CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA E A RESPONSABILIDADE DOS PRECEPTORES

Considerando a estrutura hierárquica que caracteriza a residência médica e os riscos que dela podem decorrer quando desvirtuada de sua função pedagógica, torna-se indispensável examinar os parâmetros éticos que devem orientar a atuação dos preceptores. Neste cenário, o Código de Ética Médica (CEM), aprovado pela Resolução CFM nº. 2.217/2018, desponta como referencial normativo fundamental para a delimitação do exercício legítimo da autoridade no contexto formativo.

A preceptoria médica, por sua natureza eminentemente assistencial, formativa e hierarquizada, exige mais do que domínio técnico-científico: demanda compromisso com a construção de um ambiente de aprendizado ético, seguro e orientado pela dignidade do residente. As diretrizes deontológicas consagradas pelo CEM reconhecem a função estruturante da hierarquia na formação especializada, mas estabelecem limites precisos à sua aplicação, assegurando que o poder pedagógico não se converta em espaço de arbitrariedades ou práticas abusivas.

Esses limites, longe de configurarem entraves ao desenvolvimento acadêmico e profissional dos médicos em formação, representam salvaguardas essenciais à integridade física, emocional e moral dos residentes, elementos que são, por sua vez, estruturantes da própria qualidade formativa. A autoridade do preceptor, portanto, deve ser exercida com discernimento, proporcionalidade e fundamentação ética, jamais amparada em subjetivismos, preferências pessoais ou motivações disciplinares incompatíveis com a função educacional que lhe é atribuída.

É dentro desse balizamento normativo que a residência médica pode cumprir sua missão de formação especializada, sem abrir concessões aos valores fundamentais que regem o exercício da Medicina. A análise dos princípios e dispositivos éticos aplicáveis à relação entre preceptores e residentes permite identificar com precisão os contornos da responsabilidade de quem assume a posição de liderança formativa, especialmente diante de um cenário em que a naturalização de práticas abusivas ainda persiste como desafio estrutural nas instituições de ensino médico.

Entre os dispositivos mais pertinentes à formação médica especializada, o princípio XVII

dispõe que “as relações do médico com os demais profissionais devem basear-se no respeito mútuo, na liberdade e na independência de cada um, buscando sempre o interesse e o bem-estar do paciente” (Conselho Federal de Medicina, 2018).

O respeito mútuo exigido por essa norma não se resume à urbanidade ou à cortesia funcional, mas configura imperativo ético que sustenta a relação pedagógica. Este princípio implica o reconhecimento da trajetória em formação do residente, sua capacidade de progressão técnica e ética e o direito a um ambiente que favoreça seu pleno desenvolvimento profissional. A menção expressa à “liberdade e independência” não contradiz a necessária supervisão, mas exige que a autoridade seja exercida com equilíbrio e proporcionalidade, assegurando espaços crescentes de autonomia condizentes com o amadurecimento do médico em formação.

De forma complementar, o princípio XVIII estabelece que “o médico terá, para com os colegas, respeito, consideração e solidariedade, sem se eximir de denunciar atos que contrariem os postulados éticos” (Conselho Federal de Medicina, 2018). Essa diretriz amplia o dever de respeito, exigindo condutas positivas de apoio e cooperação mútua no ambiente profissional. No universo da residência médica, isso se traduz na exigência de que o preceptor atue não apenas como supervisor técnico-científico, mas como agente de suporte, incentivador do crescimento do residente e promotor de um ambiente de aprendizado seguro e colaborativo.

A solidariedade profissional, nesse contexto, manifesta-se por meio da paciência com as dificuldades próprias do processo de formação, da disponibilidade genuína para ensinar e da capacidade de reconhecer o progresso do residente com sensibilidade pedagógica. Ao assumir esse papel de facilitador, o preceptor cumpre, ao mesmo tempo, sua função educadora e seu dever ético de contribuir para a formação de especialistas tecnicamente competentes e humanamente comprometidos com os valores fundamentais da Medicina.

O Exercício da Autoridade e as Vedações Éticas ao Abuso de Poder na Preceptorial

O Artigo 47 do Código de Ética Médica estabelece vedação específica ao uso abusivo da posição hierárquica, determinando como conduta antiética:

Usar de sua posição hierárquica para impedir, por motivo de crença religiosa, convicção filosófica, política, interesse econômico ou qualquer outro que não técnico-científico ou ético, que as instalações e os demais recursos da instituição sob sua direção sejam utilizados por outros médicos no exercício da profissão, particularmente se forem os únicos existentes no local (Conselho Federal de Medicina, 2018).

Embora direcionado inicialmente a profissionais em cargos de direção, esse comando ético aplica-se analogicamente à atuação do preceptor na residência médica, especialmente diante da clara assimetria de poder presente no vínculo formativo. O preceito estabelece que a autoridade hierárquica só pode ser exercida com base em critérios técnico-científicos ou éticos, vedando qualquer forma de discricionariedade que comprometa a imparcialidade, a justiça ou o acesso equitativo às oportunidades formativas.

No ambiente da residência, isso se traduz na exigência de que a alocação de residentes em procedimentos, cirurgias, atividades clínicas ou discussões de caso ocorra a partir de critérios pedagógicos objetivos – como nível de formação, competências adquiridas, necessidades educacionais e segurança do paciente – e nunca por afinidades pessoais, preconceitos ideológicos, questões de gênero, raça, orientação sexual ou quaisquer outras motivações incompatíveis com a ética profissional.

A vedação se estende também a práticas de favorecimento, em que preceptores conferem oportunidades desproporcionais a determinados residentes em detrimento de outros, não por mérito, mas por relações pessoais ou subjetividades alheias ao processo formativo. Essa conduta viola o princípio da isonomia educacional e compromete a credibilidade do programa, gerando um ambiente de aprendizado tóxico e inseguro.

De modo ainda mais específico, o artigo 56 do Código de Ética Médica proíbe o uso da autoridade para constranger subordinados a práticas antiéticas, afirmando que é vedado ao médico “utilizar-se de sua posição hierárquica para impedir que seus subordinados atuem dentro dos princípios éticos” (Conselho Federal de Medicina, 2018).

Este dispositivo revela particular relevância no ambiente da residência, onde a assimetria de poder pode potencialmente ser utilizada para induzir residentes a práticas antiéticas. Situações em que preceptores pressionam residentes a omitir informações de pacientes, falsificar registros médicos, realizar procedimentos sem adequada indicação clínica, sonegar informações sobre prognóstico ou ocultar erros médicos encontram vedação expressa neste artigo.

Além de proteger o residente contra atos de coação, o artigo em questão também resguarda seu direito de agir conforme os princípios éticos da profissão, inclusive quando isso significa reportar erros, recusar condutas inapropriadas ou propor correções em práticas observadas. Preceptores que retalias tais atitudes, ainda que de forma velada, incorrem em infração grave, não apenas por comprometerem a formação individual do residente, mas por contribuírem para a perpetuação de uma cultura de silêncio e impunidade dentro das instituições de saúde.

Preservar os limites éticos no exercício da autoridade não significa fragilizar a hierarquia, mas, ao contrário, conferir-lhe legitimidade e propósito pedagógico. Uma hierarquia ético-formativa é aquela que orienta, corrige com justiça, protege a autonomia progressiva do residente e consolida os pilares morais que sustentam o cuidado em saúde. Ao respeitar tais balizas, o preceptor cumpre com rigor não apenas seu papel educador, mas sua responsabilidade ética e institucional na formação de médicos capazes de exercer a Medicina com excelência técnica e integridade moral.

O Assédio Institucional e os Efeitos Éticos da Hierarquia Desvirtuada na Residência Médica

A estrutura hierárquica da residência médica, quando desvirtuada de sua finalidade pedagógica e transformada em instrumento de intimidação, pode configurar um ambiente institucional hostil, com graves repercussões éticas, assistenciais e formativas. É fundamental reconhecer que um residente submetido a situações humilhantes, autoritárias ou silenciosamente opressivas encontra mais dificuldades em desenvolver habilidades essenciais à prática médica contemporânea, como empatia, comunicação efetiva, escuta ativa e trabalho em equipe. A formação técnica, isolada de uma formação ética e emocionalmente segura, revela-se insuficiente diante dos desafios complexos que envolvem o cuidado centrado no paciente.

O impacto dessas experiências vai além do indivíduo em formação. A exposição sistemática a práticas abusivas pode comprometer a capacidade de humanização do futuro especialista, refletindo-se em condutas profissionais preocupantes, como a banalização do sofrimento alheio ou mesmo a exposição indevida de pacientes em redes sociais. Tais comportamentos, embora muitas vezes tratados como desvios individuais, frequentemente são indícios de um processo formativo disfuncional, no qual a ausência de exemplo ético e de ambientes respeitosos perpetua um ciclo de objetificação do paciente e erosão da compaixão clínica. Isso demonstra que os valores incorporados durante a residência transcendem o ambiente formativo, impactando de forma profunda e duradoura a prática profissional futura.

Além disso, ambientes tóxicos e assediadores produzem um efeito deletério sobre a cultura institucional de segurança. A autoridade exercida de maneira punitiva ou desrespeitosa inibe a comunicação franca sobre erros e quase-erros, elemento crucial para a aprendizagem e para a construção de práticas assistenciais mais seguras. Quando o medo de represálias se sobrepõe ao reconhecimento de falhas como parte do processo de aprendizado, instala-se uma

cultura de ocultamento, que impede a análise sistêmica de incidentes e a implementação de estratégias preventivas. A consequência não recai apenas sobre o residente, mas afeta diretamente a integridade da assistência, gerando riscos concretos à saúde e à vida dos pacientes.

Essa realidade, longe de se limitar à esfera subjetiva das relações interpessoais, configura um desequilíbrio estrutural com profundas implicações organizacionais. Conforme aponta Leymann (1996), ambientes laborais marcados por retaliações, silenciamentos e abusos simbólicos ou diretos comprometem o bem-estar físico, psíquico e social dos trabalhadores, comprometendo também a sustentabilidade institucional. No contexto da residência, isso se traduz em taxas elevadas de adoecimento psíquico, desistência dos programas, reprodução da violência institucional e falhas assistenciais.

O preceptor que tolera, ignora ou pratica condutas abusivas contribui ativamente para a consolidação de uma cultura médica autoritária e excludente, incompatível com os princípios éticos da profissão. A responsabilidade pela integridade do processo formativo não se esgota na transmissão de conteúdos técnicos: ela compreende também a construção de um ambiente seguro, justo e respeitoso. Ainda que a legislação não detalhe de forma expressa todos os contornos dessa responsabilidade, ela é inerente ao papel formativo do preceptor, sendo pressuposto ético incontornável para o exercício legítimo da autoridade.

Transformar essa realidade requer ações institucionais efetivas. A persistência de uma cultura hierárquica potencialmente abusiva só poderá ser superada com intervenções sistêmicas e sustentadas, que envolvam não apenas mudanças de comportamento individual, mas também revisão de práticas institucionais. As Comissões de Residência Médica (COREMEs) e as instituições de ensino assumem, nesse cenário, papel decisivo, como corresponsáveis pela prevenção e enfrentamento do assédio institucional, pela fiscalização do ambiente formativo e pela implementação de mecanismos de escuta, acolhimento e responsabilização.

A clareza dos parâmetros estabelecidos pelo Código de Ética Médica não deixa margem para relativizações: é imperativo delimitar com precisão os contornos da autoridade na formação especializada, de modo a evitar que se confundam liderança com opressão, supervisão com vigilância, correção com humilhação. O reconhecimento das violações aos normativos éticos da profissão – inclusive evidenciado por jurisprudência brasileira – reforça a urgência de estruturar canais permanentes de combate às práticas opressivas sistêmicas. Tais canais devem estar integrados a políticas de valorização da saúde mental dos residentes e à promoção de uma comunicação institucional não violenta, capazes de romper com o “ciclo de abuso” historicamente

naturalizado na formação médica.

Estas constatações evidenciam que o assédio institucional não se reduz a conflitos interpessoais, mas representa um desvio sistêmico que compromete a ética, a qualidade assistencial e a sustentabilidade das instituições formadoras. Combatê-lo, portanto, constitui não apenas um imperativo ético em defesa da dignidade dos residentes, mas também um dever institucional e profissional em cumprimento ao compromisso maior da Medicina: o bem-estar dos pacientes, conforme estabelecido pelo Código de Ética Médica e normativos do Conselho Federal de Medicina.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A residência médica representa uma etapa crucial na formação especializada, e, por sua natureza prática, assistencial e hierarquizada, demanda um modelo pedagógico alicerçado na ética, na supervisão qualificada e no respeito à dignidade do médico em formação. A autoridade conferida aos preceptores, embora necessária à segurança do paciente e ao aprimoramento técnico dos residentes, não possui caráter absoluto, estando sujeita aos limites estabelecidos pelos princípios deontológicos da Medicina.

O estudo demonstrou que a estrutura hierárquica, quando dissociada de fundamentos éticos e pedagógicos, pode favorecer práticas abusivas que deturpam a finalidade educativa da residência. A naturalização do assédio como suposta estratégia de preparo para as adversidades da profissão compromete não apenas a qualidade do processo formativo, mas também a saúde mental dos residentes e, por consequência, a qualidade da assistência prestada à população.

Verificou-se que tanto o Código de Ética Médica quanto as resoluções da Comissão Nacional de Residência Médica estabelecem diretrizes claras para o exercício da preceptoria, impondo que o poder hierárquico seja exercido com responsabilidade, discernimento e compromisso com um ensino humanizado. A transgressão desses limites – quando expressa em condutas vexatórias, omissões no processo formativo, favorecimentos indevidos ou pressões antiéticas – configura assédio institucional e enseja responsabilização ética, podendo também gerar consequências civis e administrativas.

Além disso, a omissão das instituições formadoras quanto à adoção de mecanismos eficazes de prevenção, acolhimento e enfrentamento dessas condutas compromete a integridade dos residentes e enfraquece a qualidade da formação médica. Nesse cenário, é imperativo

fortalecer instâncias como as Comissões de Residência Médica (COREME), promover espaços de escuta qualificada e investir na capacitação contínua dos preceptores para o exercício ético da autoridade que lhes é conferida.

Conclui-se, portanto, que a responsabilidade ética dos preceptores transcende o domínio técnico-científico, compreendendo, de forma indissociável, o dever de assegurar um ambiente de ensino pautado na equidade, no respeito mútuo e na integridade dos residentes. Avançar na institucionalização de políticas de enfrentamento ao assédio na residência médica configura medida essencial para que a formação de especialistas no Brasil esteja alinhada aos princípios fundamentais da boa prática médica: competência, ética e humanidade.

REFERÊNCIAS

BARRETO, Margarida; HELOANI, Roberto. **Violência, saúde e trabalho: a intolerância e o assédio moral nas relações laborais**. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n. 123, p. 544-561, jul./set. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.036>. Acesso em: 07 abr. 2025.

BRASIL. **Lei nº. 6.932, de 7 de julho de 1981**. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 12789, 9 jul. 1981. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6932.htm. Acesso em: 06 abr. 2025.

_____. **Lei nº. 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 27833, 23 dez. 1996.

_____. Presidente da República. **Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977**. Regulamenta a residência médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 11.787, 6 set. 1977.

_____. COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA. **Resolução CNRM nº 4, de 25 de outubro de 2023**. Dispõe sobre os procedimentos de avaliação dos médicos residentes e dá outras providências; revoga os arts. 13 a 16 da Resolução CNRM nº 2, de 17 de maio de 2006. Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, DF, p. 23, 25 out. 2023

_____. COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA. **Resolução CNRM nº 16, de 30 de setembro de 2022**. Dispõe sobre estrutura, organização e funcionamento das Comissões de Residência Médica (COREMEs) nas instituições de saúde que oferecem os Programas de Residência Médica e dá outras providências; revoga a Resolução CNRM nº 2, de 3 de julho de 2013. Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, DF, p. 55, 3 out. 2022

_____. COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA. **Resolução CNRM nº 17, de 21 de dezembro de 2022**. Dispõe sobre o processo de seleção pública dos candidatos aos Programas de Residência Médica autorizados em Instituições Credenciadas pela Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências; revoga a Resolução CNRM nº 2, de

27 de agosto de 2015. Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, DF, p. 55, 26 dez. 2022

_____. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1.627, de 23 de outubro de 2001**. Define o ato profissional de médico e atribuições privativas. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 70, 26 out. 2001.

_____. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019**. Aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 179, 1 nov. 2018.

_____. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 2.416, de 19 de setembro de 2024**. Dispõe sobre os atos próprios dos médicos, sua autonomia, limites, responsabilidade e juridicidade. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 284, 30 set. 2024.

FIGLIOLINI, José Osmir; FIGLIOLINI, Maria Rosa; MALHADAS JÚNIOR, Marcio Juliano. **Assédio moral: uma visão multidisciplinar**. 1 ed. São Paulo: LTr; 2007.

LEYMANN, Heinz. **The contempt and development of mobbing at work**. European Journal of Work and Organizational Psychology, vol. 5, n.º 2, 1996, p. 165-181, Editor Peter Herriot.

MARQUES, Rodrigo Coelho; MARTINS FILHO, Euclides Dias; PAULA, Guilherme Santos de; SANTOS, Rondonilmei Roberto dos. **Assédio Moral nas Residências Médica e Não Médica de um Hospital de Ensino**. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 36, n. 3, p. 401-406, 2012.