

Assédio Moral nas Residências Médica e Não Médica de um Hospital de Ensino

Moral Harassment in Residency Programs of a Teaching Hospital

Rodrigo Coelho Marques¹
Euclides Dias Martins Filho¹
Guilherme Santos de Paula¹
Rondinelli Roberto dos Santos¹

PALAVRAS-CHAVE

- Comportamento Social.
- Internato e Residência.
- Educação Médica.

KEYWORDS

- Social Behavior.
- Internship and Residency.
- Medical Education.

Recebido em: 23/10/2011

Reencaminhado em: 17/04/2012

Aprovado em: 19/08/2012

RESUMO

Objetivos: Conhecer a prevalência e as características do assédio moral nas residências médica e não médica em um hospital de ensino em Recife (PE). **Métodos:** Um questionário foi elaborado para investigar a prevalência do assédio moral, os perfis do assediado e do assediador, e possíveis sequelas. Uma definição para assédio moral foi apresentada aos participantes. **Resultados:** Foram entrevistados 105 residentes. A prevalência do assédio foi de 41,9%, sendo mais frequente em menores de 28 anos (46,3%), mulheres (45,8%), residentes do segundo ano (47,7%) e na área médica (46,8%). Essas diferenças não foram estatisticamente significantes ($p = 0,082; 0,118; 0,349; 0,225$, respectivamente). As mulheres referiram mais sequelas ($p = 0,013$), sendo a maior parte destas de origem psíquica (58,5%) ou profissional (39,0%). Os profissionais responsáveis pela preceptoria são os principais assediadores (40,7%), seguidos daqueles com cargos na coordenação (29,1%; $p < 0,001$). **Conclusões:** 41,9% dos residentes já foram vítimas de assédio moral. Não houve diferença significativa de prevalência entre os grupos estudados. Os cargos próximos das atividades clínicas se mostraram mais propícios a cometê-lo (preceptoria e coordenação). O sexo feminino se mostrou tão suscetível ao assédio quanto o masculino, mas sofreu significativamente mais sequelas ($p = 0,013$).

ABSTRACT

Background: This study sought to establish the prevalence and characteristics of moral harassment during medical and non-medical residencies in a teaching hospital in Recife, PE. **Methods:** A questionnaire was developed based on the available bibliography with the intent of creating a profile of both victim and harasser, also assaying the consequences of the harassment. The participants were presented a definition of moral harassment. **Results:** The questionnaire was answered by 105 residents. The prevalence of moral harassment was 41.9%, with no significant difference between medical and non-medical residents ($p = 0.225$), age group ($p = 0.082$), year of residency ($p = 0.349$) or sex ($p = 0.118$). The female residents reported the harassment as being more harmful: 96.6% of harassed female residents experienced negative consequences, compared to only 1 male ($p = 0.013$). Regarding the harassers, supervising physicians were identified more often than others as being the perpetrators of moral harassment (40.7%; $p < 0.001$). **Conclusions:** There was no significant difference in the prevalence of moral harassment among the different groups of this study. During residency, females are more prone to suffer consequences due to moral harassment ($p = 0.013$). Supervising physicians were most frequently involved in harassing behavior.

INTRODUÇÃO

O assédio moral é um conceito esquivo a definições, pois pode se traduzir numa grande variedade de atos e comportamentos abusivos, que acontecem em praticamente todos os âmbitos de convívio social^{1,2}. Existem ainda muitos termos relacionados, que, às vezes, são usados como sinônimos ou eufemismos, gerando certa confusão: abuso verbal, *bullying*, assédio psicológico, *mobbing*, violência no ambiente de trabalho, violência horizontal, entre outros. Embora cada um deles tenha um significado próprio, todos estão associados a relações interpessoais hostis, nas quais imperam sentimentos de humilhação, intimidação e inferiorização de um indivíduo²⁻⁴. O assédio moral, especificamente, talvez seja mais bem caracterizado pela sua construção: alguns autores o descrevem como sendo de uma índole perversa, traduzindo-se sobretudo por meio de pequenos gestos, ditos ou atitudes que se repetem e se intensificam, persistindo em produzir uma atmosfera nociva de convívio que gera efeitos deletérios no bem-estar e na carreira da vítima^{5,6}. A situação pode chegar a extremos, produzindo atos de violência física e sexual. Vale salientar a dimensão cotidiana desses acontecimentos, geralmente tolerados por aqueles que deles participam, originando uma espécie de violência invisível^{1,5,7}, que, na grande maioria das vezes, não chega a ser referida pelos agredidos⁸.

O assédio moral no local de trabalho ocorre caracteristicamente em contextos institucionais fechados, onde se encontram situações hierárquicas assimétricas, nas quais os procedimentos não são de domínio público ou são tratados de maneira reservada¹. No entanto, ele é um fenômeno universal⁹, do qual a comunidade médica internacional^{3,4,10,11} e a nacional^{7,12} não estão isentas. Desde a década de 1960, é crescente o número de estudos que demonstram uma espécie de cultura voltada para o assédio, a qual permeia tanto o ensino como a prática da medicina. Está documentada a alta prevalência de intimidação e assédio no meio acadêmico^{8,13} em alguns estudos que apontam que até 98,9% dos acadêmicos, residentes, enfermeiras e estafes já sofreram ao menos um episódio de assédio, abuso ou intimidação¹⁴.

Sabe-se que a residência, por si só, caracteriza um período de intensa cobrança e expectativa, sendo altamente estressante, como foi demonstrado biologicamente com a medição do cortisol sérico de residentes¹⁵. Depressão, *burnout*, irritabilidade, ansiedade, abuso de substâncias e alterações do humor são mais frequentes nesse período¹⁶.

Pesquisando-se no PubMed os termos "*harassment*", "*bullying*", "*nursing*", "*nursing postgraduate education*" e "*health sciences education*", encontrou-se um único estudo sobre vio-

lência contra acadêmicos de Enfermagem, no qual 100% dos participantes relataram ter sofrido algum tipo de violência no ambiente de trabalho¹⁷. Estudos do gênero com profissionais já atuantes revelam a existência de assédio moral também nessa classe¹⁸⁻²⁰.

Quanto às consequências do assédio moral, há registros na literatura de que aqueles assediados no decurso da formação médica demonstram maior propensão a desenvolver vários transtornos psiquiátricos²¹⁻²⁴, assim como atitudes de cinismo, insegurança e abuso em relação ao paciente²⁵.

O presente estudo teve por objetivo a aquisição de dados referentes à prevalência do assédio moral nas residências de especialidades médicas e não médicas, em um hospital-escola na cidade de Recife, em Pernambuco. Tentou-se aferir qual grupo de residentes seria mais suscetível ao assédio, quais posições hierárquicas o cometiam mais frequentemente e quais seriam suas consequências.

MÉTODOS

Este corte transversal avaliou uma população de cerca de 268 pessoas, número de vagas para residentes no início do ano de 2009. Destes, 105 (22 homens e 83 mulheres) foram abordados pelos pesquisadores no hospital entre outubro de 2009 e outubro de 2010.

O questionário usado na pesquisa foi desenvolvido mediante consulta à literatura disponível sobre o assunto, prezando-se a elaboração de um instrumento de coleta objetivo e conciso. Foram buscados no PubMed os termos "*harassment*", "*abuse*", "*residency*", "*medical education*" e "*questionnaire*". O levantamento bibliográfico resultou em inúmeros estudos, com orientações divergentes e escassa padronização. Boa parte destes se referia a estudantes de graduação, sendo, portanto, filtrados de modo que apenas os mais relevantes foram considerados. Na maioria dos casos, o instrumento de coleta escolhido foi o questionário^{2-4,7,8,10,11,16-18,26}, quase todos modelos próprios criados pelos pesquisadores. Alguns optaram por realizar uma abordagem qualitativa, às vezes em conjunto com o questionário, realizando entrevistas individuais e em grupo^{7,11}. Por último, vemos uma minoria que realizou estudos retrospectivos com registros de assédio¹⁴.

Outro ponto crucial de divergência foi a definição de assédio moral. Vemos o uso variável de termos análogos, como *bullying*, intimidação, discriminação, inferiorização, abuso, abuso verbal, assédio psicológico, violência no ambiente de trabalho e violência horizontal. Nossa decisão por "assédio moral" residiu no fato de esse termo ter utilização jurídica, sociológica e psicológica em diversas línguas^{1,5-7,11}, além de possuir boa penetração no vocabulário da classe médica.

Assim, duas definições padronizadas de assédio moral foram escolhidas e eram apresentadas aos participantes antes do preenchimento do questionário. Optamos por usar dois conceitos similares: um sugerido pela psiquiatra francesa Marie-France Hirigoyen^{1,5} e outro pelo psicólogo sueco Heinz Leymann¹. Julgamos que assim não se tolheria a subjetividade e a abrangência do termo, ao mesmo tempo concedendo objetividade e reprodutibilidade à avaliação:

Definição 1: por assédio moral entende-se toda e qualquer conduta abusiva que se manifesta sobretudo por comportamentos, palavras, atos, gestos, escritos que possam trazer dano à personalidade, à dignidade ou à integridade física ou psíquica de uma pessoa, pôr em perigo seu trabalho ou degradar o ambiente de trabalho;

Definição 2: assédio moral é a deliberada degradação das condições de trabalho por meio do estabelecimento de comunicações não éticas (abusivas) que se caracterizam pela repetição, durante longo tempo, de um comportamento hostil.

Como em vários estudos com residentes, o assédio moral é uma prática associada aos estafes e aos pares^{2,26-28}. Escolheu-se apresentar apenas os cargos referentes a esses no questionário, de modo a permitir um instrumento breve, mas que fornecesse um perfil mais detalhado dos assediadores. O

questionário elaborado pelos pesquisadores conta com o preenchimento dos seguintes dados gerais: idade, sexo, ano de residência, área da saúde e especialidade. Além disso, indaga se o participante já sofreu assédio; quem foi o assediador; se, em sua opinião, ocorreu alguma seqüela devido ao mesmo; e de que tipo foi a seqüela (psíquica, profissional ou física). Um espaço pautado também foi disponibilizado para comentários livres opcionais.

RESULTADOS

Foram entrevistadas 105 pessoas, das quais a maioria tinha idade menor que 28 anos (78,1%, n = 82), era do sexo feminino (79,0%, n = 83), estava no primeiro ano de residência (52,4%, n = 55) e era da área médica (59,0%, n = 62). Quarenta e quatro residentes relataram ter sofrido assédio moral, uma prevalência de 41,9%.

Em relação à frequência do assédio, observou-se que o grupo mais atingido foi o de faixa etária menor que 28 anos (46,3%), do sexo feminino (45,8%), no segundo ano de residência (47,7%) e da área médica (46,8%). No entanto, essas diferenças não foram estatisticamente significantes ($p = 0,082$; $0,118$; $0,349$; $0,225$, respectivamente), como podemos observar na Tabela 1.

TABELA 1
Distribuição de frequência das variáveis de características dos entrevistados segundo a ocorrência ou não do assédio

Variáveis	Já sofreu assédio moral		Total	p-valor
	Sim	Não		
Idade				
Menos de 28 anos	38 (46,3%)	44 (53,7%)	82 (78,1%)	0,082 ¹
28 anos ou mais	6 (26,1%)	17 (73,9%)	23 (21,9%)	
Média (desvio padrão)	25,91 (3,4)	26,36 (3,1)	26,17 (3,2)	0,344 ³
Sexo				
Masculino	6 (27,3%)	16 (72,7%)	22 (21,0%)	0,118 ¹
Feminino	38 (45,8%)	45 (54,2%)	83 (79,0%)	
Ano de residência				
1º	21 (38,2%)	34 (61,8%)	55 (52,4%)	0,349 ²
2º	21 (47,7%)	23 (52,3%)	44 (41,9%)	
3º	1 (20,0%)	4 (80,0%)	5 (4,7%)	
4º	1 (100,0%)	0 (0,0%)	1 (1,0%)	
Área				
Médica	29 (46,8%)	33 (53,2%)	62 (59,0%)	0,225 ¹
Não médica	15 (34,9%)	28 (65,1%)	43 (41,0%)	

¹p-valor do teste qui-quadrado para independência;

²p-valor do teste Exato de Fisher;

³P-valor do teste de Mann Whitney para comparação de média.

Na Tabela 2, temos a distribuição de frequência dos praticantes do assédio. Os preceptores e supervisores são os mais identificados (40,7%), seguidos daqueles que ocupam cargos na coordenação (29,1%) e dos residentes mais velhos (19,8%). O teste de comparação de proporção indicou que a diferença observada é significativa ($p < 0,001$).

TABELA 2
Distribuição de frequência dos cargos do assediador

Quem foi o assediador	N	%	p-valor
Residente mais novo	5	5,8	< 0,001 ¹
Residente mais velho	17	19,8	
Residente mesmo ano	4	4,7	
Preceptoria/supervisoria	35	40,7	
Coordenação (Residência, Chefia do serviço, Diretoria ou Superintendência)	25	29,1	
Total	86	100,0	—

¹Teste qui-quadrado para comparação de proporção.

Sequelas decorrentes do assédio foram referidas por 65,9% dos assediados (Tabela 3). Não houve diferença significativa em sua prevalência em relação a idade, ano de residência e área de atuação. Porém, quando observada a variável sexo, nota-se que 96,6% dos residentes que referiram sequelas eram mulheres ($p = 0,013$). A sequela de natureza psíquica foi a mais referida (58,5%), seguida das de ordem profissional (39,0%) e física (2,4%; $p < 0,001$).

TABELA 3
Distribuição de frequência das sequelas referidas pelos entrevistados

Variáveis	Sequelas		Total	p-valor
	Sim	Não		
Idade				
Menos de 28 anos	24 (82,8%)	14 (93,3%)	38 (86,4%)	0,647 ²
28 anos ou mais	5 (17,2%)	1 (6,7%)	6 (13,6%)	
Sexo				
Masculino	1 (3,4%)	5 (33,3%)	6 (13,6%)	0,013 ²
Feminino	28 (96,6%)	10 (66,7%)	38 (86,4%)	
Área				
Médica	18 (62,1%)	11 (73,3%)	29 (65,9%)	0,455 ¹
Não médica	11 (37,9%)	4 (26,7%)	15 (34,1%)	

¹p-valor do teste qui-quadrado para homogeneidade;

²p-valor do teste Exato de Fisher.

DISCUSSÃO

O assédio moral se mostrou igualmente prevalente nas residências médica e não médica, com 41,9% dos residentes considerando-se vítimas. Nosso resultado difere dos encontrados em vários estudos com residentes médicos, os quais mostram que de 80% a 98% desses sofreram ao menos um episódio de assédio durante a residência^{4,8,27-29}. Contudo, a frequência parece ser de fato ainda mais variável, provavelmente a depender da definição utilizada para “assédio”. Nos estudos mencionados, exemplos específicos de conduta assediante, intimidatória ou abusiva foram fornecidos para que os participantes os usassem como referência, contando ainda com grande variação desses exemplos entre os estudos. Já Cohen e Patten³⁰ preferiram não propor definição alguma, mencionando os termos “intimidação ou assédio”, dando-lhes a forma de binômio, sem melhor explicá-los. Desta maneira, aferiram uma prevalência de 55%. Ademais, todos esses resultados se referem a residentes que sofreram ao menos um episódio de assédio, enquanto nossa definição é explícita quanto à cronicidade e repetitividade da violência que ocorre no assédio moral.

Podemos também analisar e comparar resultados obtidos a partir de populações similares. Em estudos com estudantes de graduação, verifica-se uma variação parecida: a prevalência oscila entre 46,4% e 96,5%⁸. Já uma grande pesquisa feita em hospitais públicos e privados do Rio de Janeiro com 1.569 profissionais de saúde revelou uma prevalência geral de 15,2% para o assédio moral⁷, neste caso baseando sua definição no conceito proposto por Marie-France Hirigoyen, o qual também foi utilizado por nós. Contudo, não se explorou quais dos profissionais eram residentes, de forma que não é possível saber o percentual específico para esse grupo.

Visto que as informações sobre o fenômeno na residência não médica são muito limitadas, torna-se impraticável a comparação de resultados. No entanto, baseando-nos em estudos com alunos de graduação e profissionais atuantes¹⁷⁻²⁰, além dos nossos próprios resultados, podemos especular sobre a abrangência da “cultura do assédio” na educação das ciências médicas: aparentemente, todas as áreas da saúde estão expostas em proporções significativas.

Assim, temos de atentar para os registros na literatura dos possíveis efeitos deletérios do assédio moral durante a vida acadêmica. Sabe-se que aqueles assediados no decurso da formação médica demonstram maior propensão para atitudes de cinismo, insegurança e abuso em relação ao paciente²⁵. O risco à saúde do residente é outra preocupação, pois os assediados têm maior chance de desenvolver transtornos psiquiátricos, como depressão clínica, alcoolismo^{21,22}, ideação suicida²³ e sintomas de transtorno do estresse pós-traumático²⁴.

No espaço fornecido para comentários ao fim do nosso questionário, foram explicitadas sensações de tristeza, decepção, incapacidade e falta de competência. Corroborando esses dados, que demonstram como o impacto emocional do assédio é de fato negativo e profundo, as sequelas psíquicas foram as mais frequentemente relatadas, acometendo 58,5% dos assediados.

Outro comentário colhido por meio do questionário nos fornece um *insight* interessante: “A classe de enfermagem frequentemente é vítima de assédio moral, sendo o principal assediador o médico”. Assim, podemos pensar em ainda outra variável para o assédio, preocupando-nos com sua ocorrência em relações interdisciplinares.

Um dado muito importante referente às sequelas do assédio foi o predomínio bastante significativo do sexo feminino, correspondendo a 96,6% daqueles que sofreram alguma seqüela. Apesar de não haver diferença entre os sexos em relação à prevalência do assédio no nosso estudo, as mulheres se mostraram um grupo mais suscetível às consequências negativas do ato. Não há menção direta a esse fato na literatura, mas estudos sobre o bem-estar dos residentes revelam não só que grande parcela das mulheres refere ter uma vida estressante, mas também que elas se sentem estressadas mais frequentemente que os homens³⁰. Além disso, alguns estudos registraram que o assédio moral é, de fato, praticado mais frequentemente contra o sexo feminino^{4,27,28,30}.

Todos os cargos foram identificados em ao menos um caso como sendo a origem do assédio. No entanto, vê-se como aqueles mais próximos do convívio diário, como os preceptores, os coordenadores de residência e os residentes mais velhos, são os mais predispostos a perpetrá-lo. O resultado das pesquisas com residentes médicos é concordante: boa parte da literatura disponível aponta o estafe e os residentes em anos mais avançados como os principais responsáveis^{2,26-28}.

Na tentativa de se opor ao assédio moral e, portanto, aos seus efeitos deletérios na educação e na saúde mental, podem-se imaginar várias abordagens. Campanhas educativas nos hospitais, com pôsteres e palestras, podem ser benéficas por trazerem à luz um problema que, muitas vezes, é encarado como tabu. Pensando naqueles que já foram vítimas, é importante a experiência de grupos de apoio para tais indivíduos, que tentam lidar com suas sequelas psicológicas e psiquiátricas. No entanto, o maior apoio que uma instituição pode dar a seus membros é incluir em seu regimento interno medidas administrativas contra o assediador, também se preocupando em fornecer um ambiente onde as vítimas possam, confidencial e espontaneamente, relatar os episódios de assédio¹⁶.

Alguns limites metodológicos deste trabalho foram: (a) poucos participantes do sexo masculino, o que, no entanto, re-

flete a predominância do sexo feminino no meio acadêmico em ciências da saúde; (b) falta de uma avaliação comparativa entre especialidades clínicas e cirúrgicas; (c) uma abordagem apenas superficial dos tipos de sequelas sofridas, sem se deter sobre os possíveis transtornos psiquiátricos decorrentes do assédio; (d) não foi avaliado o assédio interdisciplinar.

No entanto, logramos aferir a extensão do problema em grupos previamente não estudados, estabelecer os cargos mais frequentemente relacionados ao assédio e evidenciar a universalidade desse fenômeno no contexto educacional da residência. Por último, os dados colhidos nos permitem traçar o perfil das pessoas mais suscetíveis não só ao assédio, mas às suas sequelas, de forma a possibilitar melhor planejamento para futuras intervenções contra a prática do assédio moral.

CONCLUSÕES

A prevalência do assédio moral foi de 41,9%, não tendo havido diferença significativa entre os grupos estudados. Os cargos próximos das atividades clínicas se mostraram mais propícios a cometer o assédio moral (preceptoria, coordenação e residentes mais velhos). Referiram sequelas, principalmente do tipo psíquico, 65,9% dos assediados. O sexo feminino se mostrou tão suscetível ao assédio quanto o masculino, mas sofreu significativamente mais sequelas ($p = 0,013$).

REFERÊNCIAS

1. Fiorelli JO, Fiorelli MR, Malhadas MJO. Assédio moral: uma visão multidisciplinar. 1 ed. São Paulo: LTr; 2007.
2. Coverdale JH, Balon R, Roberts LW. Mistreatment of trainees: verbal abuse and other bullying behaviors. *Acad Psychiatry*. 2009; 33:4.
3. Quine L. Workplace bullying in NHS community trust: staff questionnaire survey. *BMJ*. 1999; 318:228-232
4. Quine L. Workplace bullying in junior doctors: questionnaire survey. *BMJ*. 2002; 324:878-879
5. Hirigoyen MF. *Le harcèlement moral*. 1 ed. Paris: Syros; 1998.
6. Bonafons C, Jehel L, Hirigoyen MF, Coroller-Béquet A. Claryfing the definition of bullying. *Encephale*. 2008; 34(4):419-26.
7. Palácios M, Santos ML, Val MB, Medina MI, de Abreu M, Cardoso LS. Violence in the Health Care sector — Country Case Study Brazil. Geneva, Switzerland: WHO; 2003.
8. Nagata-Kobayashi S, Maeno T, Yoshizu M, Shimbo T. Universal problems during residency: abuse and harassment. *Med Educ*. 2009; 43(7):628-36.
9. Hoel H, Rayner C, Cooper CL. Workplace bullying. In : Cooper CL, Robertson IT, editors. *International Review of*

- Industrial and Organizational Psychology. Chichester: Wiley; 1999. p. 195-229.
10. Paice E, Aitken M, Houghton A, Firth-Cozens J. Bullying among doctors in training: Cross sectional questionnaire survey. *BMJ*. 2004;329:658-9.
 11. Di Martino V. Workplace Violence in the Health Sector: Country case studies: Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand, and an Additional Australian Study. The International Labour Office (ILO), the International Council of Nurses (ICN), the World Health Organization (WHO) and Public Services International (PSI) 2002. [capturado em 13 de março de 2011]. Disponível em http://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/en/WVsynthesisreport.pdf.
 12. Gauer GC, Pereira LA. Exercício da medicina: intimidação e violência. *Revista AMRIGS*. 2005; 49 (3):195-201.
 13. Kassebaum DG, Cutler ER. On the culture of student abuse in medical school. *Acad Med*. 1998;73(11):1149-58.
 14. Wolf TM, Randall HM, Von Almen K, Tynes LL. Perceived mistreatment and attitude change by graduating medical students: a retrospective study. *Med Educ*. 1991;25(3):182-90.
 15. Coeck C, Jorens PG, Vandevivere J, Mahler C. ACTH and cortisol levels during residency training. *N Engl J Med*. 1991;325(10):738.
 16. Levey RE. Sources of stress for residents and recommendations for programs to assist them. *Acad Med*. 2001;76(2):142-50
 17. Hinchberger PA. Violence against female student nurses in the workplace. *Nurs Forum*. 2009;44(1):37-46.
 18. Kisa S. Turkish nurses' experiences of verbal abuse at work. *Arch PsychiatrNurs*. 2008;22(4):200-7.
 19. Nachreiner NM, Hansen HE, Okano A, Gerberich SG, Ryan AD, McGovern PM. Difference in work-related violence by nurse license type. *J Prof Nurs* 2007;23(5):290-300.
 20. Kwok RPW, Law YK, Li KE, Ng YC, Cheung MH, Fung VKP. Prevalence of workplace violence against nurses in Hong Kong. *Hong Kong Med J*. 2006;12:1.
 21. Richman JA, Flaherty JA, Rospenda KM, Christensen ML. Mental health consequences and correlates of reported medical student abuse. *JAMA*. 1992;267(5):692-4.
 22. Schuchert MK. The relationship between verbal abuse of medical students and their confidence in their clinical abilities. *Acad Med*. 1998;73(8):907-9.
 23. Frank E, Brogan D, Schiffman M. Prevalence and correlates of harassment among US women physicians. *Arch Intern Med*. 1998;158(4):352-8.
 24. Heru A, Gagne G, Strong D. Medical student mistreatment results in symptoms of posttraumatic stress. *Acad Psychiatry*. 2009;33(4):302-6.
 25. Silver HK. Medical students and medical school. *JAMA*. 1982;247(3):309-10.
 26. Vanineveld CH, Cook DJ, Kane SL, King D. Discrimination and abuse in internal medicine residency — The Internal Medicine Program Directors of Canada. *J Gen Intern Med*. 1997;12(2):137.
 27. Cook DJ, Liutkus JF, Risdon CL, Griffith LE, Guyatt GH, Walter SD. Residents' experiences of abuse, discrimination and sexual harassment during residency training. *Can Med Assoc J*. 1996;154(11).
 28. Daugherty SR, Baldwin DC, Rowley BD. Learning, satisfaction, and mistreatment during medical internship — a national survey of working conditions. *JAMA*. 1991;279:15.
 29. Coverdale JH, Louie AK, Roberts LW. Protecting the Safety of Medical Students and Residents. *Acad Psychiatry*. 2005; 29:4.
 30. Cohen JS, Patten S. Well-being in residency training: a survey examining resident physician satisfaction both within and outside of residency training and mental health in Alberta. *BMC Medical Education*. 2005, 5:21.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Rodrigo Coelho Marques: concepção, desenho, redação, revisão, coleta, análise e interpretação dos dados.

Euclides Dias Martins Filho: concepção, desenho, interpretação dos dados (orientador).

Guilherme Santos de Paula: coleta e análise de dados.

Rondinelli Roberto dos Santos: coleta e análise de dados.

CONFLITO DE INTERESSES

Declarou não haver.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Rodrigo Coelho Marques

Rua Setúbal, 596 — apto 602

Boa Viagem — Recife

CEP 51030-010 — PE

E-mail: rodrigocoelhomarques@gmail.com