

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL
DISCIPLINA DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS À MEDICINA

A MEDICINA COMO PROFISSÃO
CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DA ESCOLHA OCUPACIONAL
ENTRE ESTUDANTES DE MEDICINA

TESE DE DOUTORAMENTO

EVERARDO DUARTE NUNES

CAMPINAS - 1976

UNICAMP

Para meus pais,
para Ecilda e Rodrigo,
para Plínio e Rosária.

PREFÁCIO

Ao realizar este trabalho, resultado de extensa revisão bibliográfica associada a uma pesquisa de campo feita entre estudantes de medicina da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, concretizamos parte do interesse que sempre esteve presente em nossas preocupações e que se refere ao estudo da escolha ocupacional. Em sua elaboração, o auxílio de colegas e amigos teve valor inestimável, não somente pelo incentivo como também pelas apreciações críticas.

Pela orientação segura e dedicada do Professor Doutor Reginaldo Zaccara de Campos, a ele são dirigidos os nos sos primeiros agradecimentos; ao Professor Doutor Affonso Renato Meira, que muito estimulou a realização deste estudo, aceitando orientá-lo em sua fase inicial, expressamos a nossa gratidão; muito devemos à Olga Z. Miranda, pelo trabalho de compu tação de alguns dados; à Ana Maria Canesqui e a todos os colegas do Departamento de Medicina Preventiva e Social, pela confiança que depositaram na realização de nosso trabalho; aos pro fessores do Bedford College da Universidade de Londres, especialmente a sua diretora Doutora Margot Jefferys, que nos proporcionaram a possibilidade de adquirir e ampliar conhecimentos na área da Sociologia da Medicina durante o período em que realizamos o curso de pós-graduação; ao Dr. Roosevelt Cassorla; à Thaís Echeverria, pelas críticas e sugestões; à Ercy e ao Ivo Guimarães, pelo incentivo constante e a presença sempre amiga.

Agradecemos ao pessoal técnico-administrativo da UNICAMP, que esteve sempre pronto para auxiliar-nos e prestar-nos as informações solicitadas: à Diva do A. Furlan, Chefe do Setor de Alunos; à Sílvia Vespoli, da Assessoria Pedagógica da Faculdade de Ciências Médicas; à Sônia Silva, Chefe da Biblioteca do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas; à Maria Angélica D. Rosalem, Secretária da Faculdade de Ciências Médicas; à Lucinha Tojal, Secretária Administrativa da Faculdade de Ciências Médicas.

A Cleide Esteves Monzani, que incansável e dedicadamente datilografou os originais e ao Alcides Gomes Martins, eficiente Secretário do Departamento de Medicina Preventiva e Social, que nos ajudou sobremaneira na confecção das Tabelas e dos Gráficos, o nosso reconhecimento.

Um agradecimento especial é dirigido, naturalmente, aos meus alunos, que prestaram as informações sem as quais não poderíamos ter realizado este trabalho.

ÍNDICE	
PREFÁCIO	iii
ÍNDICE DE TABELAS	vii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xiv
ÍNDICE DE QUADROS	xvii
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I	
REVISÃO DOS ESTUDOS REALIZADOS	
1. Os Estudos sobre o Estudante de Medicina	7
2. Os Estudos sobre a Escolha da Profissão Médica	50
Notas do Capítulo I	60
CAPÍTULO II	
OS ENFOQUES TEÓRICOS	
1. Análise Crítica da Literatura	67
2. Esquema Teórico de Referência	80
Notas do Capítulo II	86
CAPÍTULO III	
AS TÉCNICAS E OS PROCEDIMENTOS	88
Notas do Capítulo III	97
CAPÍTULO IV	
A PROFISSÃO ESCOLHIDA	
1. A Tomada de Decisão	99
2. A Configuração dos Valores da Profissão	142
3. As Expectativas frente ao Curso Médico	173
Notas do Capítulo IV	188

CAPÍTULO V

A BUSCA DA ESPECIALIDADE 216

Notas do Capítulo V 234

CAPÍTULO VI

MUDANÇAS DURANTE O CURSO MÉDICO 245

Notas do Capítulo VI 280

CAPÍTULO VII

CONCLUSÕES 307

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 315

ANEXO A - A FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP 340

ANEXO B - TABELAS SUPLEMENTARES 356

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
1 - Distribuição da população matriculada e da população investigada, segundo o sexo.....	96
2 - Distribuição dos estudantes, por turmas, segundo a idade em que pensaram, pela primeira vez, em tornar-se médicos.....	120
3 - Distribuição dos estudantes, por turmas e por sexo, segundo a idade em que pensaram, pela primeira vez, em tornar-se médicos.....	121
4 - Distribuição dos estudantes, por turmas, segundo a idade em que resolveram, de forma definitiva, estudar medicina.....	123
5 - Distribuição dos estudantes, por turmas e por sexo, segundo a idade em que resolveram, de forma definitiva, estudar medicina.....	124
6 - Distribuição dos estudantes, por turmas, segundo as dúvidas em relação à escolha da profissão médica....	125
7 - Distribuição dos estudantes, por turmas e por sexo, segundo as dúvidas em relação à escolha da profissão médica.....	126
8 - Distribuição dos estudantes, segundo a relação entre dúvidas e idade de decisão. Total das turmas de 1968, 1969 e 1970.....	127
9 - Distribuição dos estudantes, por sexo, segundo a relação entre dúvidas e idade de decisão. Total das turmas de 1968, 1969 e 1970.....	128
10 - Distribuição dos estudantes, por turmas, segundo os padrões de seleção da carreira médica.....	129
11 - Distribuição dos estudantes, por turmas e por sexo, segundo os padrões de seleção da carreira médica....	130
12 - Distribuição dos estudantes, segundo a relação entre a idade de decisão e os padrões de seleção da carreira médica. Total das turmas de 1968, 1969 e 1970....	131
13 - Distribuição dos estudantes, por turmas, segundo a relação entre dúvidas e padrões de seleção da carreira médica.....	132
14 - Distribuição dos estudantes, por turmas, segundo a consideração de seguir ou não outras carreiras.....	133
15 - Distribuição dos estudantes, por turmas e por sexo, segundo a consideração de seguir ou não outras carreiras.....	134

16 - Distribuição dos estudantes, por turmas, segundo as profissões consideradas antes de optar pela medicina.	135
17 - Distribuição dos estudantes, segundo a relação entre idade de decisão e a consideração de seguir ou não outras carreiras. Total das turmas de 1968, 1969 e 1970.....	136
18 - Distribuição dos estudantes, segundo a importância conferida a pessoas e outros fatores na decisão para estudar medicina. Total das turmas de 1968, 1969 e 1970.....	137
19 - Distribuição dos estudantes, segundo a relação entre a idade de decisão e a influência exercida pelos pais (descrita como "muito importante" e "relativamente importante"). Total das turmas de 1968, 1969 e 1970.....	138
20 - Distribuição dos estudantes, segundo a relação entre a idade de decisão e influência exercida por outras pessoas e fatores (descrita como "muito importante" e "relativamente importante"). Total das turmas de 1968, 1969 e 1970.....	139
21 - Distribuição dos estudantes, segundo o incentivo recebido após a decisão pela carreira médica. Total das turmas de 1968, 1969 e 1970.....	140
22 - Distribuição dos estudantes, conforme a relação entre a idade de decisão e o incentivo recebido pelos pais (descrito como "forte incentivo"). Total das turmas de 1968, 1969 e 1970.....	141
23 - Distribuição dos estudantes, segundo a descrição da profissão médica. Total das turmas de 1968, 1969 e 1970.....	161
24 - Distribuição dos estudantes da turma de 1968, segundo a descrição da profissão médica.....	162
25 - Distribuição dos estudantes da turma de 1969, segundo a descrição da profissão médica.....	163
26 - Distribuição dos estudantes da turma de 1970, segundo a descrição da profissão médica.....	164
27 - Distribuição dos estudantes, segundo a relação entre a idade de decisão à carreira e a descrição que melhor caracteriza a profissão médica. Total das turmas de 1968, 1969 e 1970.....	166
28 - Distribuição dos estudantes, por turmas, segundo a relação entre dúvidas na escolha da profissão e a descrição que melhor a caracteriza.....	167

29 - Distribuição dos estudantes, por turmas, segundo a opinião sobre o que mais os agradará como profissionais.....	168
30 - Distribuição dos estudantes, por sexo, segundo a opinião sobre o que mais os agradará como profissionais. Total das turmas de 1968, 1969 e 1970.....	169
31 - Distribuição dos estudantes, por turmas e por sexo, segundo as categorias de valores profissionais.....	170
32 - Distribuição dos estudantes, por turmas e segundo a relação entre dúvidas na escolha da profissão e as categorias de valores profissionais.....	171
33 - Distribuição dos estudantes, segundo as principais características atribuídas ao médico. Total das turmas de 1968, 1969 e 1970.....	172
34 - Distribuição dos estudantes da turma de 1968, segundo a comparação entre as dificuldades do curso médico e outros cursos.....	192
35 - Distribuição dos estudantes da turma de 1969, segundo a comparação entre as dificuldades do curso médico e outros cursos.....	
36 - Distribuição dos estudantes da turma de 1970, segundo a comparação entre as dificuldades do curso médico e outros cursos.....	194
37 - Distribuição dos estudantes, por turmas, segundo o grau de dificuldade do curso médico em relação aos cursos anteriores.....	197
38 - Distribuição dos estudantes, por turmas, segundo a relação entre dúvidas na seleção da profissão e o grau de dificuldade do curso médico em relação aos cursos anteriores.....	198
39 - Distribuição dos estudantes por turmas, segundo a relação entre dúvidas e tempo de dedicação aos estudos.....	199
40 - Distribuição dos estudantes, segundo as dificuldades que acreditam ter que enfrentar no primeiro ano de Faculdade. Total das turmas de 1968, 1969 e 1970....	200
41 - Distribuição dos estudantes da turma de 1968, segundo as dificuldades que acreditam ter que enfrentar no primeiro ano de Faculdade.....	201
42 - Distribuição dos estudantes da turma de 1969, segundo as dificuldades que acreditam ter que enfrentar no primeiro ano de Faculdade.....	202

43 - Distribuição dos estudantes da turma de 1970, segundo as dificuldades que acreditam ter que enfrentar no primeiro ano de Faculdade.....	203
44 - Distribuição dos estudantes, por turmas, segundo os principais tipos de ajustamentos que acreditam ter que desenvolver durante o primeiro ano de Faculdade.	205
45 - Distribuição dos estudantes, por sexo, segundo os principais tipos de ajustamentos que acreditam ter que desenvolver durante o primeiro ano de Faculdade. Total das turmas de 1968, 1969 e 1970.....	206
46 - Distribuição dos estudantes, por turmas, segundo a relação entre dúvidas na seleção da profissão e graus de dificuldades nos ajustamentos.....	207
47 - Distribuição, por turmas, dos estudantes que responderam considerar "muito importante" cada um dos fatores mencionados para o melhor aproveitamento do primeiro ano.....	208
48 - Distribuição, por sexo, dos estudantes que responderam considerar "muito importante" cada um dos fatores mencionados para melhor aproveitamento no primeiro ano. Total das turmas de 1968, 1969 e 1970.....	209
49 - Distribuição dos estudantes, segundo o grau de importância de alguns fatores que concorreram para a concepção do que seja uma escola médica. Total das turmas de 1968, 1969 e 1970.....	210
50 - Distribuição dos estudantes, por turmas, conforme o grau de informação que declararam ter sobre o corpo docente.....	211
51 - Distribuição dos estudantes, por turmas, segundo as fontes das quais obtiveram informações sobre o corpo docente.....	212
52 - Distribuição dos estudantes, por turmas, segundo as relações entre dúvidas na seleção da profissão e a previsão do seu aproveitamento escolar no primeiro ano, comparado ao dos colegas de classe.....	213
53 - Distribuição dos estudantes, por turmas, conforme a opinião sobre os tipos de contatos que julgam irão manter com o corpo docente durante o primeiro ano do curso médico.....	214
54 - Distribuição dos estudantes, por turmas, segundo a relação entre dúvidas na seleção da profissão e o grau de expectativa sobre a escola médica.....	215

55 - Especialidades apontadas pelos estudantes do primeiro ano, que declararam desejar especializar-se.....	235
56 - Distribuição dos valores médios alcançados pelas especialidades.....	236
57 - Distribuição dos estudantes, por sexo, segundo as dúvidas em relação à escolha da medicina como profissão, conforme entrevistas realizadas no 1º, no 3º e no 5º ano.....	282
58 - Distribuição dos estudantes, por sexo, segundo os padrões de seleção da profissão médica, conforme entrevistas realizadas no 1º, no 3º e no 5º ano.....	283
59 - Distribuição dos estudantes, por sexo, segundo os aspectos que julgam ser os mais agradáveis no exercício profissional, conforme entrevistas realizadas no 1º e no 5º ano.....	287
60 - Relações entre as categorias de valores profissionais e os tipos de campos de trabalho selecionados pelos estudantes no 5º ano do curso médico.....	290
61 - Distribuição dos estudantes, segundo as dificuldades no curso médico, conforme entrevistas realizadas no 1º, no 3º e no 5º ano.....	291
62 - Distribuição dos estudantes, por sexo, segundo os principais tipos de ajustamentos, conforme entrevistas realizadas no 1º, no 3º e no 5º ano.....	292
63 - Distribuição dos estudantes, por sexo, segundo o grau de dificuldade nos ajustamentos, conforme entrevistas realizadas no 1º, no 3º e no 5º ano.....	293
64 - Distribuição percentual dos estudantes, conforme as avaliações da influência exercida pelo corpo docente, feitas no 3º e 5º ano do curso médico e sentido nas mudanças ocorridas.....	300
65 - Distribuição percentual dos estudantes, conforme as avaliações da importância atribuída aos "grupos de referência" no comportamento como futuro profissional médico, feitas no 3º e 5º ano do curso médico e sentido das mudanças.....	306

TABELAS DO ANEXO A

Pág.

1A - Distribuição do Corpo Docente da Faculdade de Ciências Médicas (Curso Profissional), por Categorias, em 1975.....	348
2A - Distribuição do Corpo Docente da Faculdade de Ciências Médicas (Curso Profissional), por Regime de Trabalho, em 1975.....	348
3A - Distribuição do Corpo Docente da Faculdade de Ciências Médicas (Curso Profissional), conforme Categoria, por Departamento e Serviço, em 1975.....	349
4A - Distribuição do Corpo Docente da Faculdade de Ciências Médicas (Curso Profissional), conforme Regime de Trabalho, por Departamento e Serviço, em 1975...	350
5A - Distribuição dos alunos matriculados no curso médico, segundo o sexo, no período de 1963-1975.....	351
6A - Porcentagem de alunos matriculados no curso médico em relação ao total de alunos matriculados na UNICAMP, no período de 1966 a 1975.....	352
7A - Distribuição das disciplinas, segundo a carga horária/aluno e semestre em que são ministradas no Curso Básico (1º e 2º ano), em 1975.....	353
8A - Distribuição das disciplinas, segundo a carga horária/aluno e semestre em que são ministradas no Curso Profissional (3º, 4º e 5º ano), em 1975.....	354
9A - Distribuição da carga horária total, correspondente ao período do 3º ao 5º ano do curso médico, por Departamentos, Disciplinas e Serviços, em 1975.....	355

TABELAS DO ANEXO B

Pág.

1B - Distribuição dos estudantes segundo o nível ocupacional do pai. Total das turmas de 1968, 1969 e 1970.....	357
2B - Distribuição dos estudantes, por turmas, segundo as profissões no grupo familiar.....	358
3B - Distribuição dos estudantes, por turmas, segundo as dúvidas na escolha da profissão e a forma como <u>pre</u> vêem o curso médico.....	359
4B - Distribuição dos estudantes, por turmas, segundo a frequência a cursos vestibulares.....	360
5B - Distribuição dos estudantes, por turmas, segundo o número de anos frequentados em cursos vestibulares	361
6B - Distribuição dos estudantes, por turmas, segundo o número de vezes que prestaram vestibulares.....	362
7B - Distribuição dos estudantes, por turmas, conforme a idade de ingresso no curso médico.....	363
8B - Distribuição dos estudantes segundo a importância conferida a pessoas e outros fatores na decisão <u>pa</u> ra estudar medicina. Turma de 1968.....	364
9B - Distribuição dos estudantes segundo a importância conferida a pessoas e outros fatores na decisão <u>pa</u> ra estudar medicina. Turma de 1969.....	365
10B - Distribuição dos estudantes segundo a importância conferida a pessoas e outros fatores na decisão <u>pa</u> ra estudar medicina. Turma de 1970.....	366
11B - Distribuição dos estudantes conforme o incentivo recebido após a decisão pela profissão médica. Tur <u>ma</u> de 1968.....	367
12B - Distribuição dos estudantes conforme o incentivo recebido após a decisão pela profissão médica. Tur <u>ma</u> de 1969.....	368
13B - Distribuição dos estudantes conforme o incentivo recebido após a decisão pela profissão médica. Tur <u>ma</u> de 1970.....	369

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Pág.

1 - Distribuição dos estudantes de acordo com a idade em que pensaram pela primeira vez em estudar medicina e a presença de médicos na família.....	122
2 - Distribuição dos estudantes, por sexo, conforme a descrição da profissão médica. Total das turmas de 1968, 1969 e 1970.....	165
3 - Distribuição dos estudantes, segundo a comparação entre as dificuldades do curso médico e outros cursos. Total das turmas de 1968, 1969 e 1970.....	191
4 - Distribuição dos estudantes do sexo masculino, segundo as dificuldades do curso médico e outros cursos. Total das turmas de 1968, 1969 e 1970.....	195
5 - Distribuição dos estudantes do sexo feminino, segundo a comparação entre as dificuldades do curso médico e outros cursos. Total das turmas de 1968, 1969 e 1970.....	196
6 - Distribuição dos estudantes, por sexo, segundo as dificuldades que acreditam ter que enfrentar durante o primeiro ano de Faculdade. Total das turmas de 1968, 1969 e 1970.....	204
7 - Distribuição dos estudantes, por sexo, segundo a avaliação das características atribuídas às especialidades. <u>Cirurgia Geral</u>	238
8 - Distribuição dos estudantes, por sexo, segundo a avaliação das características atribuídas às especialidades médicas. <u>Clínica Geral</u>	239
9 - Distribuição dos estudantes, por sexo, segundo a avaliação das características atribuídas às especialidades médicas. <u>Obstetrícia/Ginecologia</u>	240
10 - Distribuição dos estudantes, por sexo, segundo a avaliação das características atribuídas às especialidades médicas. <u>Otorrinolaringologia/Oftalmologia</u>	241
11 - Distribuição dos estudantes, por sexo, segundo a avaliação das características atribuídas às especialidades médicas. <u>Pediatria</u>	242
12 - Distribuição dos estudantes, por sexo, segundo a avaliação das características atribuídas às especialidades médicas. <u>Psiquiatria</u>	243
13 - Distribuição dos estudantes, por sexo, segundo a avaliação das características atribuídas às especialidades médicas. <u>Saúde Pública</u>	244

14 - Mudanças na opinião dos estudantes quanto às dúvidas em relação à escolha da profissão médica.....	284
15 - Mudanças na opinião dos estudantes quanto aos padrões de seleção da carreira médica.....	285
16 - Mudanças na opinião dos estudantes quanto à descrição da profissão médica.....	286
17 - Mudanças na opinião dos estudantes, segundo os valores profissionais.....	288
18 - Mudanças na opinião dos estudantes, quanto às preferências por tipos de trabalho no campo médico.....	289
19 - Mudanças na opinião dos estudantes em referência aos tipos de contatos com o corpo docente.....	294
20 - Mudanças na opinião dos estudantes em referência ao grau de competição entre os colegas.....	294
21 - Mudanças na opinião dos estudantes quanto à influência do corpo docente no incentivo à carreira.....	295
22 - Mudanças na opinião dos estudantes quanto à influência do corpo docente na transmissão de conhecimentos e habilidades.....	295
23 - Mudanças na opinião dos estudantes quanto à avaliação das características do corpo docente.....	296
24 - Mudanças na opinião dos estudantes quanto à influência do corpo docente na compreensão do papel profissional.....	297
25 - Mudanças na opinião dos estudantes quanto à influência do corpo docente no trabalho em equipe.....	297
26 - Mudanças na opinião dos estudantes quanto à influência do corpo docente na ampliação dos conhecimentos da problemática médico-social.....	298
27 - Mudanças na opinião dos estudantes quanto à influência do corpo docente na análise objetiva da problemática humana.....	298
28 - Mudanças na opinião dos estudantes quanto à influência do corpo docente no desenvolvimento da capacidade de auto-estudo.....	299
29 - Mudanças na opinião dos estudantes quanto à influência do corpo docente no desenvolvimento da capacidade de relacionamento.....	299
30 - Mudanças na opinião dos estudantes quanto à importância em sua formação profissional conferida ao pai...	301

31 - Mudanças na opinião dos estudantes quanto à importân cia em sua formação profissional conferida à mãe.....	301
32 - Mudanças na opinião dos estudantes quanto à importân cia em sua formação profissional conferida a outros parentes.....	302
33 - Mudanças na opinião dos estudantes quanto à importân cia em sua formação profissional conferida a amigos não ligados à medicina.....	302
34 - Mudanças na opinião dos estudantes quanto à importân cia em sua formação profissional conferida a membros do corpo docente.....	303
35 - Mudanças na opinião dos estudantes quanto à importân cia em sua formação profissional conferida a estudan tes de medicina que conhece.....	303
36 - Mudanças na opinião dos estudantes quanto à importân cia em sua formação profissional conferida a médicos que conhece pessoalmente.....	304
37 - Mudanças na opinião dos estudantes quanto à importân cia em sua formação profissional conferida a médicos de que ouviu falar ou leu a respeito.....	304
38 - Mudanças na opinião dos estudantes quanto à importân cia em sua formação profissional conferida a livros, filmes ou peças de teatro.....	305

ÍNDICE DE QUADROS

Pág.

1 - Relação por ordem de prioridade dos fatores apontados pelas turmas de estudantes para o aproveitamento do curso durante o primeiro ano.....	184
2 - Distribuição percentual das preferências por especialidades em diversos estudos.....	220
3 - Classificação das especialidades, segundo a prioridade conferida às características apresentadas.....	237

INTRODUÇÃO

"... tornar-se um médico é um processo complexo e único que envolve toda a personalidade e toma lugar sob o impacto de forças poderosas ..."

Kemp (1968)

Uma simples observação quantitativa que se voltasse para o número de candidatos que anualmente concorrem às escolas médicas nos mais diversos países e lugares do mundo seria suficiente para o levantamento de inúmeras questões que, para serem claramente respondidas, demandariam um grande esforço de pesquisa e análise. Por que o interesse crescente dos jovens em relação aos cursos médicos? Quais os motivos que os levam a escolher a profissão médica? Quais as características sociais e econômicas daqueles que se candidatam a esse curso? Quais as características de personalidade, aptidão e temperamento desses estudantes? Quais as influências societárias que determinaram a opção pela medicina? Qual a interferência dos aspectos da estrutura social nessa escolha ocupacional? O número de questões que podem ser levantadas é extenso e envolve preocu

pações tanto na área das ocupações como de educação médica. Em realidade, a convergência de uma "sociologia das ocupações" e de uma "sociologia da educação médica" não pode ser ignorada por aqueles que se voltam para o estudo do estudante de medicina. Chamamos a atenção para esse fato, pois, embora delimitemos o âmbito deste trabalho ao estudo do processo de escolha ocupacional, tivemos sempre presente que a sua compreensão não pode ser marginalizada de outros processos que ocorrem em outros sistemas e dentro do próprio sistema educacional. Assim, ao procedermos a uma ampla revisão dos estudos em educação médica que se voltaram para o estudante de medicina como uma categoria e particularizando aquelas investigações que se dedicaram à escolha da profissão médica, procuramos atingir dois objetivos: primeiramente traçar um quadro que demarcasse as abordagens que têm sido dadas aos estudos em suas linhas teóricas, unidades de investigação e achados principais; em segundo lugar, construir certos pressupostos que nos orientassem na delimitação de nossa investigação. Uma revisão da literatura é sempre parte integrante de qualquer trabalho científico, porém, neste estudo, ela constitui mais do que uma simples resenha bibliográfica, impondo-se como um meio para a compreensão das dimensões que vêm sendo dadas, principalmente, pela sociologia e psicologia (deixamos de lado os estudos de caráter filosófico e os que tratam de aspectos pedagógicos específicos) quando procuram analisar a educação médica. A mesma observação é extensiva à revisão sobre a escolha ocupacional. Foi, portanto, a partir da crítica desses trabalhos que tentamos elaborar um marco teórico para o nosso estudo. Aqui, também, impõe-se um esclarecimento. Embora apresentemos um marco teórico que abarca o processo de escolha o

4

ocupacional em três etapas (socialização antecipatória, socialização profissional e socialização na profissão), dedicaremos este estudo à análise das duas primeiras.

Especificamente, portanto, o foco deste trabalho será descrever e analisar alguns aspectos do processo da escolha ocupacional, onde a tomada de decisão, a configuração dos valores da profissão e as expectativas frente ao curso médico, embora sejam analisadas separadamente, são vistas como constituindo um conjunto de elementos que se integram. A esses três elementos associa-se a escolha da especialidade. Justamente o fato de encararmos a escolha ocupacional como um processo que não se encerra no momento em que se toma a decisão, mas que se completa ao longo do período de formação e mesmo após a diplomação, levou-nos a verificar, durante os anos de escola médica, alguns aspectos relacionados a esse período. Há a tentativa de estudar longitudinalmente, pelo menos de forma genérica, as ocorrências durante o curso médico.

Para a apresentação deste trabalho dividimos o material bibliográfico e o material empírico em seis capítulos, a saber: no Capítulo I procedemos à revisão dos estudos sobre o estudante de medicina e sobre a escolha da profissão médica, de forma didática e com os principais achados dessas investigações; no Capítulo II destacamos, como introdução ao nosso esquema teórico de referência, uma análise crítica da literatura, que se completa no Capítulo III, com a descrição das técnicas e procedimentos utilizados em alguns estudos sobre o estudante de medicina; ainda neste Capítulo, apresentamos a metodologia por nós utilizada, assim como o material de investigação; o Capítu-

lo IV engloba o levantamento realizado entre 180 estudantes da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, envolvendo tomada de decisão, configuração dos valores e expectativas frente ao curso médico; no Capítulo V, traçamos algumas considerações sobre a busca da especialidade; no Capítulo VI, utilizando os dados obtidos entre cinquenta estudantes, apresentamos os resultados sobre as mudanças de opiniões ocorridas durante o período de cinco anos de escola. Como em muitos desses capítulos são realizadas análises conclusivas parciais, deixamos para o Capítulo VII uma análise geral dos diversos aspectos abordados neste trabalho, com ênfase especial nos aspectos teóricos.

Acreditamos que muitos dos assuntos aqui abordados merecem um aprofundamento maior, e a eles retornaremos futuramente. No momento, esperamos que esta modesta contribuição possa ser útil num campo de pesquisa que entre nós é ainda bastante incipiente, apesar de revestir-se de importância tanto para a sociologia como para a educação médica.

.....

CAPÍTULO I

REVISÃO DOS ESTUDOS REALIZADOS

"Nos balbucios de uma ciência é necessário delimitar problemas e níveis de análise, marcar tendências de evolução da realidade, como ponto de partida para qualquer investigação específica".

Castells (1972)

1. Os Estudos sobre o Estudante de Medicina

No decurso das três últimas décadas, entre as contribuições que vêm sendo dadas ao estudo dos problemas da educação médica, emergiram as oferecidas pelas ciências sociais, de uma forma bastante positiva. Ao pioneirismo das análises de sociólogos como Stern (1945) e Hall (1948, 1949), viriam se associar as contribuições empíricas e teóricas de muitos investigadores que passaram a ver a educação médica como uma das mais frutíferas e importantes áreas de investigação. Algumas explicações foram tentadas, a fim de mostrar como no desenvolvimento da Medicina e da Sociologia houve, em determinado momento, uma convergência de interesses que possibilitou que a Educação se tornasse o foco de atenção.

Cabe a Merton (1957) ter traçado as linhas de desenvolvimento, que, tanto na área médica como na socio-

lógica, passando por histórias independentes, viriam a se encontrar, redundando no levantamento das questões básicas sobre o processo de ensino médico, do ambiente educacional e da formação daqueles que se tornariam os futuros profissionais da medicina. De acordo com Merton (1957), a problemática enfrentada pela Medicina, e que despertou um interesse crescente pela Educação, pode ser sintetizada nas seguintes fontes:

1. "Os grandes e possivelmente acelerados avanços do conhecimento médico, que levantam novos problemas relacionados ao fato de como tornar este conhecimento uma parte efetiva do equipamento dos estudantes de medicina;
2. Ênfase na distribuição do limitado tempo disponível no currículo, que leva a uma revisão continuada das bases, e as possíveis alternativas dos planos curriculares;
3. Reconhecimento renovado da importância do ambiente social, tanto na gênese como no controle da doença, juntamente com o reconhecimento crescente do papel das ciências sociais em prover a maneira de compreensão daquele ambiente;
4. Comprometimento com o método científico, que exige a todo custo a substituição do empirismo prático pelo início de uma análise mais sistemática e racional do processo de educação;
5. Inovações substanciais em educação médica, que, como fator precipitante, requerem comparações sistemáticas entre os objetivos destas inovações e seus resulta-

dos reais".

De outro lado, o desenvolvimento da Sociologia, que teria motivado o desencadeamento das pesquisas em educação médica, pode ser visto a partir dos seguintes focos:

1. "O interesse acentuado e cumulativo pela sociologia das profissões, que inclui, como elemento principal, estudos das escolas profissionais;
2. A crescente utilização das ciências sociais como parte integrante das bases científicas para a provisão de cuidado à saúde à sociedade contemporânea;
3. O considerável e recente crescimento no estudo empírico de organizações sociais complexas, entre as quais as escolas constituem uma classe especialmente importante;
4. O crescimento similar do interesse pelo processo de socialização do adulto, em geral, cuja aplicação ao campo da medicina relaciona-se aos processos pelos quais o neófito é transformado em uma ou outra espécie de médico; e
5. Os recentes avanços nos métodos e técnicas de investigação social, que tornam possível examinar esses assuntos e problemas através de investigação sistemática".

Outras interpretações dadas, embora sigam as linhas traçadas por Merton, procuraram privilegiar certos aspectos; por exemplo, a ênfase na influência das mudanças na prática

ca médica é o ponto defendido por Berry (1953), Dardley (1959) e Ham (1962). Como escreve Bloom (1965), "uma interpretação mais médica das origens" é a estabelecida por Lee (1961), que acentua e amplia os fatores citados por Merton, referindo-se aos desenvolvimentos ocorridos na Medicina como desencadeantes de "auto-exame, reavaliação, definição de objetivos e experimentação" do ensino processado nas escolas médicas.

A legitimação de uma área científica específica de estudos, destinada à educação médica dentro da Sociologia da Medicina, é defendida por Kendall & Merton (1958), quando, ao relacioná-la com o estudo da etiologia social e ecologia das doenças, com os componentes sociais da terapia e reabilitação e com a medicina e cuidado à saúde como uma instituição social, a firmam o seguinte:

"Este campo de inquérito relaciona-se com cada um dos outros de várias formas. Primeiro, investiga tanto as diferenças não intencionais como as planejadas, naqueles valores, habilidades e técnicas adquiridos pelos estudantes em diferentes programas de educação médica que vão até ao ponto de afetar a sensibilidade motivada para os fatores sociais na etiologia e ecologia da doença. Segundo, parte da premissa sociológica de que a terapia é grandemente afetada pela relação entre paciente e médico, o que pode propiciar um ambiente ótimo para o cuidado e cura do doente".

.....
 "Finalmente, o conceito de medicina e cuidado à saúde como uma instituição social implica

que os médicos, como um dos principais atores nessa instituição, tenham, de alguma forma, aprendido os requisitos do status e dos vários papéis que serão chamados a desempenhar quando lhes for atribuído aquele status. Desta forma, este conceito de medicina am-plia o escopo do estudo sociológico da educação médica".

Embora a pertinência científica dos estudos sociológicos na área da educação médica venha sendo assinalada há algum tempo, e algumas revisões, como a de Bloom (1963, 1965), Becker & Geer (1963), e, de forma bastante sucinta, as análises realizadas por Pellegrino (1971) e Levine et al. (1974) tenham procurado analisar criticamente esses estudos, ainda não se procedeu a uma reflexão mais completa sobre essas investigações(1). Tais revisões, além de terem se circunscrito à realidade educacional norte-americana, abordaram aspectos específicos, como o trabalho de Bloom (1963), que focalizou alguns aspectos do processo de socialização do estudante de medicina e Becker & Geer (1963), que revisaram os estudos sobre a "cultura do estudante". Sem dúvida, a revisão realizada por Bloom (1965) constitui um esforço bastante sério de situar as contribuições advindas das experiências educacionais realizadas por algumas escolas médicas nos Estados Unidos, como as de Colorado, Kansas, Western Reserve, Cornell e Buffalo, tentando fornecer algumas explicações a nível teórico, no que se refere ao processo de aprendizagem, ao status do estudante de medicina e ao processo de socialização(2).

Assim, o que tentaremos nesta revisão é estabele

cer uma reflexão sobre o alcance dessas investigações que têm procurado abordar a realidade, focalizando-a a partir de variadas e diferentes ênfases conceituais e teóricas. Além disso, a revisão dos trabalhos mais recentes, como no caso de Garcia (1969, 1972), ROYAL COMMISSION ON MEDICAL EDUCATION-REPORT 1965-1968 (1968) e a inclusão de estudos realizados na América Latina poderão mostrar não somente os estágios em que se encontra a investigação sociológica da educação médica, como também esquematizando as colocações teóricas, verificar os níveis que atingiram as conceptualizações científicas em relação aos dados levantados. Neste Capítulo, que dividimos em duas partes - os estudos sobre o estudante de medicina e os estudos sobre a escolha da profissão médica - são apresentadas, de forma didática e descritiva, as investigações realizadas nos Estados Unidos, na América Latina, com as do Brasil em um item separado, e algumas realizadas em outros países. Todo o conjunto de pesquisas é retomado logo no Capítulo seguinte, quando, então, é submetido a uma análise crítica, evidenciando principalmente os enfoques teóricos nos quais se basearam as investigações.

A - Investigações realizadas nos Estados Unidos

O simples enunciado de que as pesquisas realizadas nos Estados Unidos estiveram centradas no conceito de socialização não abrange toda a dimensão dos trabalhos que tentaram verificar como o estudante de medicina desenvolve o seu "self" profissional. Isto porque, como afirma Bloom (1963), duas tendências orientaram até recentemente as investigações realizadas

tanto por psicólogos como sociólogos, ou mesmo em pesquisas interdisciplinares. De um lado, temos um conjunto de estudos que focalizaram atitudes específicas, e, de outro, os estudos que se dedicaram a analisar a escola médica como ambiente total ou sistema social. Como dissemos acima, um dos principais conceitos que orientou as investigações foi o de socialização, que, segundo Merton (1957), pode ser entendida como:

"... o processo pelo qual as pessoas seletivamente adquirem os valores e atitudes, os interesses, habilidades e conhecimento - em resumo - a cultura corrente nos grupos dos quais são ou procuram tornar-se membros".

Como veremos a seguir, esse conceito não foi dimensionado da mesma forma em todos os estudos, e daí a necessidade de serem vistos separadamente.

1. Estudos sobre Atitudes Específicas

As atitudes e os valores específicos que orientam os estudantes de medicina no início do curso, e a variabilidade que estes apresentam durante os anos de treinamento têm sido as marcas de inúmeras indagações por parte dos estudiosos nos Estados Unidos(3). Basicamente, como é apontado por Bloom (1965), os estudos de atitudes "seguiram o padrão das primeiras pesquisas sobre atitudes". Segundo o autor, e como verificaremos nos trabalhos realizados, "Uma atitude generalizada era postulada e o esforço em pesquisa era medir a sua incidência e mudança durante os anos na escola médica"(4).

1.1 "Humanitarismo" e "Cinismo"

O trabalho realizado por Eron (1955) assinala que, com a passagem dos anos, os estudantes mudam as suas atitudes de "humanitarismo" e se tornam mais cínicos. Pesquisando 78 estudantes do primeiro ano e 60 do segundo ano da Yale Medical School, levantou a hipótese de que "o cinismo que tem sido observado ser característica dos estudantes de medicina está relacionado à ansiedade engendrada pela natureza traumática da matéria com a qual os estudantes de medicina devem tratar"(5). Dessa forma, segundo o autor, os estudantes do quarto ano seriam mais cínicos que os do primeiro ano, pois o seu grau de ansiedade seria maior. A relação com ansiedade seria estabelecida da seguinte forma: estudantes com maior ansiedade seriam mais cínicos e menos humanitários do que os menos ansiosos. Tanto a ansiedade como o cinismo e humanitarismo estariam interagindo na escolha da especialidade. Os resultados desta investigação mostraram que, quanto ao cinismo, há diferenças significantes quando se caminha do primeiro ao quarto ano - os veteranos são certamente mais cínicos do que os calouros. Apesar dos veteranos apresentarem maior grau de ansiedade, a diferença não é significativa, o mesmo ocorrendo com a escala de humanitarismo. A relação entre as três variáveis apresenta-se para os dois grupos como sendo mais alta quando humanitarismo-cinismo e ansiedade-cinismo são comparados.

Posteriormente, Eron (1958) realizou estudo comparativo entre estudantes de advocacia, medicina e enfermagem, tanto no início como no final do curso. Reportando a alguns da-

dos dessa investigação, verifica-se que, embora os estudantes de advocacia professsem mais atitudes cínicas no início do curso do que os estudantes de medicina, ao final do curso ambos são iguais na expressão de cinismo. Quanto aos estudantes de enfermagem, verificou-se que ao final do curso são significativamente menos cínicos do que os estudantes de medicina, embora ambos apresentem graus muito semelhantes de atitudes cínicas no início dos cursos. Quanto à segunda variável - humanitarismo, verificou-se não haver muita diferença entre os primeiranistas e os alunos do último ano de medicina. Entretanto, os estudantes do último ano de advocacia são significativamente mais humanitários que os primeiranistas, ocorrendo o inverso com os estudantes de enfermagem. Estas variáveis, que inicialmente tinham sido objeto de estudo através de um corte seccional, foram novamente testadas, em sentido longitudinal, entre estudantes de medicina e de advocacia. Verificou-se, então, que os achados corroboravam o que se observara anteriormente, em relação ao cinismo, aumentando o número de estudantes de medicina que mudam no sentido de expressar mais atitudes cínicas ao final do curso. Quanto ao humanitarismo, um número maior de estudantes de medicina muda em direção a atitudes menos humanitárias. No estudo seccional, os estudantes de advocacia são mais ansiosos do que os de medicina; entretanto, isto é mais acentuado no início do curso do que no final dele. No estudo longitudinal há comprovação deste fato, pois foi evidenciada a tendência dos estudantes de medicina para tornar-se mais ansiosos com o progredir do curso. Nas palavras do autor, relacionando os seus dois estudos:

"as análises mais recentes corroboram a interpretação dos achados exploratórios sobre os estudantes de medicina; à medida que progridi-

dem na escola médica, a expressão verbal de atitudes cínicas e os sintomas conscientes - de ansiedade aumentam e a expressão de sentimentos humanitários diminui. Isto não é verdadeiro em relação aos estudantes que seguem a carreira de advocacia".

1.2 "O destino do idealismo"

Bastante sugestivo, e com conclusões diferentes do estudo de Eron, é o trabalho de Becker & Geer (1958), sobre o destino do idealismo na escola médica. Portadores de uma "noção idealista" de que a prática da medicina é uma coisa maravilhosa e de que irão dedicar suas vidas ao serviço da humanidade, já sofrem no primeiro ano algumas desilusões, entre elas a de que não terão acesso ao paciente. No segundo ano, a situação não difere, e a partir do terceiro e quarto ano (anos clínicos) cresce a preocupação do estudante com os aspectos técnicos dos casos. Isto levaria, segundo os autores, a que o leigo visse o estudante como um clínico. Os autores são enfáticos quando afirmam:

"Isto não quer dizer que os estudantes perdem seu idealismo original, porque eles não o fazem. Quando tais questões surgem abertamente, numa situação definida como adequada para fazê-las surgir, eles reagem como reagiriam quando eram calouros".

Há uma reafirmação do idealismo original à medida que se aproxima o fim do curso. Assim, de início, o idealismo é uma atitude adotada para reagir à consideração do médico como clínico. Encontrando barreiras para a realização desse ideal

lismo no momento do aprendizado na escola médica, os estudantes tornam-se "realistas" e não cínicos, segundo os autores; há um adiamento das realizações idealistas para o momento da prática efetiva da medicina, como propõem, de forma otimista, os pesquisadores.

1.3 Valores interpessoais

Gordon & Mensh (1962), na esfera do estudo de valores, analisaram os achados em uma pesquisa onde seis valores (apoio, conformidade, reconhecimento, independência, benevolência, liderança) foram vistos através da aplicação do SIV (Survey of Interpersonal Values)(6). Administrado a todos os estudantes do 1º ao 4º ano (total de 218 estudantes), um dos valores incluídos, benevolência, fornece uma medida que mantém relação com a de humanitarismo e idealismo, dos trabalhos anteriores de Eron (1955, 1958) e Becker & Geer (1958), respectivamente. Concluem os autores os seguintes pontos:

"O presente estudo confirma os achados de outros investigadores, segundo os quais, a partir do primeiro ano, ser benevolente, no sentido de desejar ajudar outra pessoa, torna-se decrescentemente importante para o estudante de medicina".

Interessante, ainda, foi a verificação de que ocorre uma crescente valoração da independência à medida que o estudante progride na escola médica. O mesmo ocorre em relação ao reconhecimento, sendo que conformidade torna-se menos importante. Explicam os autores:

"A queda, tanto em benevolência como em conformidade, pode refletir um aumento na orientação frente a problemas e um decréscimo em orientação social da parte do estudante de medicina".

1.4 Cientista? Profissional? Humanitário? - uma tipologia

O trabalho de Reissman & Platou (1960) apresenta-nos, ao fixar certas características dos estudantes de medicina, uma tipologia bastante interessante e rica em contribuições. A partir das razões que apresentam ao escolher a carreira médica, os autores classificam os estudantes em três tipos: cientistas, profissionais e humanitários e procuram compará-los em três áreas: ajustamentos à rotina hospitalar, concepções dos outros papéis defrontados pelos estudantes e atitudes frente à carreira médica.

O estudo realizado com 72 calouros e 45 veteranos na Tulane University permitiu que se comparassem os dados e se traçasse um perfil dos estudantes em situações diversas em seu período de treinamento. Alguns dados desta investigação mostram as características que emergem de cada tipo, tanto ao nível de calouro, como de veterano. Assim, o calouro cientista apresenta-se mais positivo em suas apreciações sobre as facilidades de ensino do hospital e no estabelecimento de sua rotina de trabalho; é fortemente orientado a seguir a evolução do paciente; no seguimento diário do paciente baseia-se mais nas informações de laboratório do que em conversar com o paciente. Comparativamente, o veterano da mesma categoria demonstra auto-confiança (na eventualidade de uma emergência procuraria resolver o

problema), e na rotina com o paciente procura principalmente conversar com ele e ouvi-lo. O veterano humanitário está fortemente orientado para o paciente, tem mais dificuldades em se ajustar à rotina do hospital, é relativamente auto-confiante. O tipo profissional é o mais rotinizado de todos os calouros e, assim, as rotinas do hospital não se lhe apresentam problemáticas; quanto aos pacientes, esse tipo preocupa-se mais em manter contatos com eles do que em examiná-los rotineiramente. Quando em outro estágio, como veteranos, esses estudantes tornam-se fortemente orientados para o paciente e cuidadosos no seu tratamento. Continuam sendo bastante rotinizados.

Evidenciam-se, também, certas características no que diz respeito ao relacionamento, porém parece-nos que, no estudo que estamos revisando, a conclusão a que chegam os autores elucida o principal ponto ao qual devemos nos ater.

"Cerca de 25 a 50% de todos os estudantes têm mantido as mesmas atitudes desde a sua primeira escolha até o presente, o que implica em um grau relativamente alto de estabilidade em suas atitudes frente à medicina e suas razões de escolha da profissão. Há alguma indicação de que a motivação humanitária parece ser a menos estável entre todos os tipos".

Esta linha de trabalhos, que praticamente abre o campo das investigações sobre algumas características da personalidade dos estudantes, tem sido retomada por outros autores. Podem ser citados: Juan et al. (1969) que analisaram através de escalas psicométricas as relações entre dogmatismo e ansiedade

no trato com pacientes cancerosos e nas crenças sobre a morte; Barrat & White (1969) que procuraram, partindo da consideração que a escola médica é estressante e competitiva, avaliar, com a ajuda de testes, a impulsividade e ansiedade, relacionando-as ao desempenho acadêmico, atitudes e necessidade de ajuda psiquiátrica(7); Bruhn & Naughton (1969) que avaliaram os efeitos de um curso introdutório de medicina interna sobre as atitudes dos primeiranistas(8); Kausch (1969) que, dentro do esquema proposto por Eron, estudou as atitudes dos estudantes frente aos conceitos usados no campo da saúde mental; Meira (1969) que relatou os interesses e atitudes dos quartanistas do University of Kentucky College of Medicine em relação ao curso de ciências do comportamento.

Considerando que esse enfoque tem produzido uma grande quantidade de investigações, algumas observações se fazem necessárias. Retomando os cinco trabalhos que mais detalhadamente analisamos, verificamos que a transformação das atitudes idealísticas para cínicas parece ser uma constante durante o percurso do estudante pela escola médica. Como vimos, Becker & Geer (1958) argumentam que as atitudes cínicas são situacionais e seriam reações do estudante ao ambiente da escola médica. Na ampliação desta análise que será realizada em trabalho posterior, Becker et al.(1961) vão mostrar como são desenvolvidos certos mecanismos de acomodação entre os estudantes e a instituição, a fim de se situarem no contexto da escola médica quando esta se coloca como controladora dos padrões de treinamento. O que acontece fora do ambiente escolar em relação a essas atitudes recebeu alguma especulação por parte de

Gray et al. (1965). Mostram esses autores que, após três anos de formados, houve ou uma pequena ou nenhuma redução em seus níveis de cinismo. Analisando os fatores situacionais como preconizados por Becker & Geer (1958) e por Levinson (1967) dois autores, Reinhardt & Gray (1972), verificaram que numa amostra de 63 médicos, dos quais 15 eram clínicos gerais e 48 estavam distribuídos em diferentes especialidades, as atitudes de cinismo eram menos proeminentes entre aquelas especialidades que exigem alta interação entre o médico e o paciente, como a Psiquiatria. Reconsiderando os achados de Eron (1955), o estudo de Perricone (1974) sugere que a falta de interesse social por parte dos estudantes é que determina as altas taxas de cinismo.

Sem ter atingido um grau de generalização apreciável, os estudos sobre atitudes específicas, embora indo além da simples caracterização sócio-demográfica do estudante de medicina, encontraram um campo mais fértil de análises quando se situaram no contexto da escola médica visto como uma totalidade. Abriu-se a possibilidade de analisar não somente a direção, o grau, a intensidade, a consistência e o relevo das atitudes, mas também a de visualisarem um quadro mais abrangente os processos interativos, tanto ao nível das relações entre os estudantes como do estudante com a organização que o envolve. Estas serão as marcas deixadas nos estudos que, de forma genérica, estão incluídos na abordagem da escola médica como sistema social, nos quais se verifica uma preocupação teórica maior com o conceito de socialização orientando, como referencial básico, a busca de explicações das ocorrências internas do sistema escolar.

2. A Escola Médica como Sistema Social

Destacam-se nesta linha de investigação os trabalhos realizados por Merton, Reader & Kendall (1957); Becker et al. (1961) e Bloom (1971).

2.1 A Escola como Instituição Profissionalizante

Colocadas no Prefácio da obra, as duas afirmações que abaixo transcrevemos dão os pressupostos sobre os quais Merton, Reader & Kendall (1957) nortearão seu trabalho. A firmam, inicialmente:

"Em nossos estudos em andamento, a escola médica é concebida como um ambiente social no qual a cultura médica é transmitida aos calouros pelas mais variadas formas, através de processos sociais e psicológicos".

E prosseguem, no mesmo parágrafo, que tomamos como a segunda afirmação:

"A escola é vista como um meio-termo decisivo entre as capacidades inatas e previamente treinadas de indivíduos selecionados e a emergência do self profissional, a identificação desses indivíduos, por si próprios e pela sociedade, como médicos".

A investigação levada a termo em três escolas norte-americanas: Cornell University Medical College, University of Pennsylvania e Western Reserve University, abrangeu uma multiplicidade de aspectos, procurando mostrar como o envolvimento intensivo dos estudantes de medicina com o staff profis-

sional induz à identidade profissional. Esses aspectos vão desde o estudo da decisão para estudar medicina (Rogoff, 1957), à comparação das motivações à carreira médica com a advocacia (Thielens, 1957), às tendências frente à especialização (Kendall & Selvin, 1957), ao desenvolvimento de uma auto-imagem profissional (Huntington, 1957), às preferências por tipos de pacientes (Martin, 1957).

Parece-nos que, apesar dos autores terem situado a escola médica e o hospital-escola como "parte e parcela deste sistema institucional mais amplo [o sistema de saúde]", fica assegurada à escola médica, em larga medida, a sua autonomia. Isto se patenteia quando endossam a opinião de que "elas [escolas médicas] devem ter suas próprias definições de objetivos e procedimentos...", pois "uma escola profissional sem uma substancial soma de autonomia torna-se uma tênue associação de homens incertos de seu caminho".

Evidencia-se, como colocamos inicialmente, qual a função da escola médica, e a citação de Merton (1957) esclarece de forma definitiva o sub-título que colocamos neste capítulo - a escola como instituição profissionalizante. Diz-nos o autor:

"Sua função é transmitir a cultura da medicina e desenvolvê-la. Sua tarefa é modelar o neófito em um prático efetivo da medicina, dar-lhe o melhor conhecimento e habilidades disponíveis e provê-lo com a identidade profissional, de forma que venha a pensar, agir e sentir como um médico. Seu problema é capacitar o médico a preservar as expectativas

do papel profissional um longo tempo após ter deixado o ambiente valorativo de sustentação fornecido pela escola médica".

Dentre os diversos aspectos abordados, sobressai a análise do chamado "espectro dos valores e normas médicas" da "subcultura normativa" da profissão médica. De forma mais sistemática, Merton (1957) apresenta uma lista de valores e normas da prática médica, contrapondo-as às situações potencialmente conflitantes, em três amplas classes:

1. valores que governam a auto-imagem do médico, por exemplo: "O médico deve continuar sua auto-educação através de sua carreira, a fim de que se conserve a par dos rápidos avanços do conhecimento médico", mas "tem também a obrigação primeira de dispor de tanto tempo quanto possível para o cuidado de seus pacientes";

2. valores que governam o relacionamento médico-paciente, por exemplo: "O médico não deve se envolver emocionalmente em suas atitudes em relação aos pacientes, mantendo suas emoções "frias", não se tornando "excessivamente identificado com os pacientes", mas "deve evitar transformar-se em alguém "duro" através de um desligamento excessivo, mantendo, no entanto, preocupação de simpatia com o paciente";

3. valores que governam as relações com colegas e comunidade, por exemplo: "O médico deve fazer tudo para prevenir e não somente ajudar a curar a doença", mas "A sociedade recompensa mais amplamente os médicos pela terapia que realizam como práticos e somente secundariamente recompensa aqueles enga

jados na prevenção de doenças, particularmente pelo fato de que a prevenção não é prontamente visível aos pacientes que não percebem que permanecem saudáveis devido a medidas preventivas".

Tratando-se de uma ampla investigação que abrangeu os aspectos mais diversos, verifica-se que as principais conclusões a que os autores chegaram foram:

1. O estudante é aceito como um colega - um "student-physician" que, como analisa Bloom (1965), "é conduzido, tão rapidamente quanto possível, a uma participação integral na medicina";

2. Os estudantes são socializados dentro de um papel profissional, pois "À medida que atravessam a escola médica, naturalmente tendem a desenvolver uma imagem de si próprios mais como médicos do que como simples estudantes, especialmente em seus anos clínicos, quando têm substancial contato com pacientes" (Huntington, 1957);

3. O papel das interações ocorridas na escola, na formação do educando, fica patenteado, pois, "no curso de sua interação com outros na escola, da troca de experiências e idéias com companheiros, e da observação e avaliação do comportamento de seus instrutores (mais do que meramente ouvir seus preceptores), os estudantes adquirem os valores que serão básicos para sua vida profissional" (Merton, 1957).

2.2 "A escola médica como uma organização de formas de ação social coletiva"

Realizado na University of Kansas Medical School, o trabalho de Becker et al. (1961) tornou-se consulta obrigatória para todos que vêm se dedicando ao estudo da escola médica. Através de uma exaustiva coleta de dados, feita principalmente por meio da observação participante, e secundariamente por entrevistas, os autores procuraram criar um estilo de análise - "construindo modelos tentativos daquele conjunto de relações sistemáticas" encontradas na escola médica.

Esclarecem os autores, quanto à linha teórica do trabalho:

"Nosso foco original foi sobre a escola médica como uma organização social na qual o estudante vai adquirir algumas perspectivas sobre sua atividade posterior como médico".

Assim, a análise do estudante é feita considerando que "eles participam de um conjunto estruturado de relações sociais" e, dessa forma, a escola médica é vista como "uma organização de formas coletivas de ação social".

O embasamento teórico da investigação é encontrado no conceito de interação. Segundo esse conceito, "o comportamento humano é entendido como um processo no qual a pessoa modela e controla sua conduta levando em consideração (através do mecanismo do "role-taking") as expectativas dos outros com quem interage".

Preocupados com uma abordagem sociológica e psico-sociológica, enfocada operacionalmente sobre o problema de analisar "o nível e direção do esforço acadêmico dos estudan-

tes", e pela complexidade que uma análise da interação poderia trazer, os autores centraram o estudo em torno do conceito de perspectiva.

O conceito de perspectiva, cuja fonte original é buscada em George Herbert Mead(9), é recolocado pelos autores da seguinte forma:

"Usamos o termo perspectiva para nos referirmos ao conjunto coordenado de idéias e ações que uma pessoa utiliza para tratar com alguma situação problemática, a forma habitual de uma pessoa pensar e sentir sobre uma situação e agir em relação à mesma".

Assim, interessados que estavam em perspectivas grupais, voltam-se tanto para as do corpo docente, como, em maior grau, para a dos estudantes. O "papel do estudante" e as relações entre estudantes e as perspectivas são vistos através da "cultura do estudante"(10). Como "os estudantes ocupam uma posição definida na escola médica e interagem de formas especificadas pelas regras institucionais", os autores investigaram quais eram as repressões colocadas pela organização (corpo docente, residentes e internos, pacientes, enfermeiras e pessoal auxiliar - que têm suas próprias perspectivas) sobre aquele que é tratado por ela como um estudante.

Vejamos, nesta tentativa de sintetizar um trabalho tão amplo, algumas descobertas, na passagem do estudante pela escola médica.

"... o calouro entra na escola médica cheio

de entusiasmo, orgulho e idealismo sobre a profissão médica. Para muitos isto é a realização de um sonho..."

.....

"... estão orgulhosos de terem sido aceitos e encontram dificuldade em imaginar-se qualquer coisa diferente de futuros profissionais".

Essa "perspectiva inicial" - idealista - vai conduzí-lo a um "alto nível de esforço" voltado "para aprender tudo" mas sofrerá modificações, pois o estudante verifica não ser a mesma praticável.

Nas modificações analisadas, sob a rubrica da "perspectiva provisória", assim denominada porque é "uma ponte entre sua perspectiva inicial e seus pontos de vista finais", os autores sumarizam a nova perspectiva dos estudantes:

1. "Apesar de todos os nossos esforços, não podemos aprender tudo no tempo disponível.
2. Estudaremos como jamais o fizemos, porém agora o faremos somente na forma mais econômica e eficaz, e aprenderemos o que é mais importante.
3. Alguns estudantes dizem: Decidiremos se algo é importante se tiver importância na prática médica. Outros estudantes dizem: Decidiremos se algo é importante na medida daquilo que os professores querem que saibamos".

Este ponto é esclarecido pelos autores quando apresentam informações percentuais relativas às perspectivas dos estudantes. Assim, na seleção do que estudar, 54,0% levam em

consideração os "desejos do corpo docente"; 22,3% o que "julgam importante para a prática". Os restantes 24% não adotam um critério específico. Posteriormente, assinalarão os autores que mesmo o grupo que tinha adotado a posição de estudar o que julga importante para a prática profissional volta-se para a situação de estudar o que o professorado deseja. Neste ponto é interessante verificar que estas opções estão em relação aos "padrões de interação na classe e pela cultura latente dos grupos de companheirismo". Dessa forma, há a constituição dos "fraternity men" e dos "independents". Os primeiros adotarão, inicialmente, a decisão de estudar o que o corpo docente deseja, e, os segundos, o que julgam útil para a prática.

A perspectiva final fica caracterizada pelos estudantes da seguinte maneira:

1. "Selecionamos as matérias importantes para estudar, descobrindo o que o corpo docente quer que saibamos. Esta é a maneira de sermos aprovados nos exames e terminar o curso.
2. Continuamos estudando com afinco e na forma mais econômica e eficaz.
3. Procuramos descobrir, de qualquer maneira que não seja desonesta, quais as questões que serão incluídas nos exames e como devem ser respondidas, e compartilhamos esta informação com outros companheiros de classe".

Evidencia-se a tomada, por parte dos estudantes, das perspectivas do corpo docente, e, ao final do primeiro ano, uma sensação de desapontamento aflora, pois o estudante

"não pode estudar as matérias que pensa necessitar na prática, deve estudar para as provas. Ele desejaria que a palavra operante na expressão estudante de medicina fosse "medicina", mas, ao contrário é "estudante".

Esta situação não se modificará, apesar de nos estágios seguintes (anos clínicos) serem envolvidos pela cultura médica, através do trabalho no hospital. Centram, neste período, como objetivos: 1. completar o treinamento e 2. aprender aquilo que necessitarão para conduzir, com sucesso, a prática médica depois da graduação.

De outro lado, se, de início, pode ser verificada a formação de sub-grupos, caminha-se, durante os anos clínicos, para uma homogeneidade.

"... o ambiente dos estudantes nos anos clínicos cria as condições para o desenvolvimento de uma cultura do estudante mantida por quase toda a classe, sem significantes minorias culturais, e totalmente geral em suas características".

Segundo os autores, apesar de os estudantes neste estágio não solucionarem seu problema de decidir o que estudar e que direção dar aos seus esforços, no transcurso das atividades no hospital duas noções são apresentadas de forma enfática e persuasiva, tanto pelo corpo docente como por certas características estruturais da escola médica e da organização hospitalar. Essas noções são a "responsabilidade médica" e a "experiência clínica". Salientam os autores que, embora essas noções sejam utilizadas, os estudantes "não as utilizam nem como um mé

dico praticante, nem com os mesmos significados". Tais expressões eram adaptadas para a situação imediata, e usadas coletivamente pelos estudantes de forma ampla e frequente. Essa diferença que é ilustrada na passagem abaixo, cria para o estudante considerável tensão:

"Para o médico, responsabilidade é alguma coisa que ele tem e deve exercer; a experiência clínica é alguma coisa que ele tem e usa. Para o estudante, responsabilidade é alguma coisa que ele deseja, mas é frequentemente negada, como é a experiência clínica. O médico usa estes termos pensando tanto em sua carreira médica total como em situações específicas imediatas. O estudante pode usá-los pensando no futuro, mas tenta sempre dar-lhes as conotações que têm para ele na escola médica, vendo-os como limitadas possibilidades das quais ele pode ou não obter o suficiente".

Durante as situações enfrentadas na "experiência clínica" irão manifestar-se relações diferentes entre estudantes e professores, distintas daquelas ocorridas no período de estudos básicos. Agora as relações são com professores "doutores em medicina" e que, por isso, estão mais próximos do médico ideal que os estudantes sonharam ser.

Vendo a escola como um campo de interações onde se redefinem e se criam perspectivas, os autores, de maneira clara, situam a problemática do estudante que se vê frente às perspectivas do corpo docente, firmadas em um plano de estudo rígido, quando o seu desejo é trabalhar com pacientes e doenças

ou dedicar-se a assuntos que lhe parecem mais interessantes.

Tendo tomado a escola médica não somente como uma unidade de investigação, mas vendo-a sob o prisma de uma instituição apresentando aquelas características que permitem compará-la com outros tipos de "instituições totais" como é muito acertadamente lembrado por Bloom (1963), os autores ressaltam certos aspectos que, a nosso ver, são fundamentais. Referimo-nos à situação conflitiva e de descontinuidade, tanto no processo de mudança de papéis anteriores de estudante para estudante de medicina como também na aprendizagem de um papel profissional. Estas situações, como já vimos em detalhe, manifestam-se quando o estudante enfrenta alguns dilemas: o que estudar; as suas próprias limitações e as limitações da medicina; o seu idealismo versus as demandas do trabalho clínico; o medo e a ansiedade versus a segurança a ser demonstrada. Tomar decisões tornar-se-á fundamental para o estudante. Para tal, ele se voltará para o seu próprio grupo, que é distintamente separado do grupo formado pelo corpo docente; identificar-se-á com membros do corpo docente ou assumirá, dentro de seus limites, a responsabilidade médica e a experiência clínica. Estará, dessa forma, tentando enfrentar e minimizar os conflitos e as descontinuidades.

2.3 O problema da "formação de identidade" de uma escola médica.

O trabalho que passaremos em revista, de autoria de Bloom (1971), representa a mais recente publicação focalizando a análise de uma escola médica através das relações cor-

po docente - estudantes (11).

O autor tem uma longa tradição no campo da sociologia médica desde o seu trabalho pioneiro em Baylor University College of Medicine (Bloom, 1963a), e, particularmente, na área dos estudos sobre educação médica (Bloom, 1963, 1965, 1967).

Partindo da promessa de que não só os indivíduos, mas também as organizações sociais, em seu crescimento e desenvolvimento, necessitam definir um "sentido de identidade", o autor se propõe a analisar uma escola médica que, ao passar por mudanças, enfrenta uma ambivalência de propósitos e um ambiente de valores ambíguos.

Esclarece o autor que a pesquisa foi realizada quando se sentiu que havia um problema de alguma urgência dentro da escola: "Os estudantes de medicina, segundo os administradores da escola e o corpo docente, estavam excessivamente tensos e ansiosos, pois a efetividade do programa educacional estava ameaçada". Através de uma extensa investigação sobre o estudante, incluindo desde a seleção da escola, os fatores que influenciam sua decisão, sua experiência na escola médica, as opiniões sobre a espécie de treinamento que um estudante de medicina deve receber, a visão da profissão médica e os planos de carreira, até um estudo detalhado do corpo docente, o autor pôde detectar importantes aspectos nessa organização social.

Não nos deteremos em transcrever os achados específicos desta investigação, mas não podemos deixar de sumarizar algumas conclusões, que dão uma visão de conjunto da situação

constatada, onde se levantam problemas pertinentes aos objetivos da educação médica. Assim, apesar de tanto os estudantes como o corpo docente acreditarem que o objetivo primário da educação médica é integrar os papéis de "curador" e "cientista" no futuro médico, cada grupo vê o outro como um importante obstáculo à realização destes objetivos. Segundo o corpo docente, os valores dos estudantes são dominados por "motivos práticos" enquanto os seus são humanitários e "acadêmicos". Por outro lado, os estudantes, julgam que a ênfase dada pelo corpo docente à pesquisa é baseada tanto no desdém ou desinteresse pela medicina como serviço quanto em ensinar futuros médicos. Isto leva, segundo o autor, a que os estudantes tenham dificuldades em encontrar modelos de comportamento para sua concepção de papéis profissionais futuros, e, como afirma em seguida, a "identificar grupos entre os membros do corpo docente como fontes de referência para os valores da profissão".

De outro lado, a escola encontra-se frente a duas orientações: uma de considerar o corpo discente essencialmente como "estudantes" e outra de considerá-los como "médicos em treinamento". A primeira orientação ocorre no curso básico, onde os estudantes são considerados em estágio probatório e a segunda no ciclo clínico, quando são vistos como parcialmente beneficiários dos direitos e privilégios de membros da profissão.

Tanto o trabalho acima como os dois anteriores - estão voltados para uma orientação que coloca o ambiente da escola como de grande importância no desenvolvimento do estudante, socializando-o para o papel profissional futuro. Os estudos

apresentados marcam uma linha de trabalho que procura uma retomada do conceito de socialização centrado nas investigações da socialização do adulto, entre os quais o de Becker et al. (1961) é visto por Brim (1967) como protótipo(12).

Em resumo, evidencia-se em Merton et al. (1957) que o processo de inculcação de valores, atitudes, conhecimentos e habilidades - a aprendizagem de papéis sociais - para a prática profissional torna-se efetiva quando o estudante não é colocado em uma situação exclusivamente de aprendiz. As relações entre adultos com propósitos colaborativos comuns seria o fulcro do processo de aprendizagem. Já na investigação de Becker et al. (1961) a escola médica se apresenta como uma continuidade dos processos anteriores de aprendizagem e os "rapazes de branco" são separados dos "homens de branco" e se estabelecem status bem definidos para ambos os grupos. Não encontrando apoio do corpo docente para a sua integração naquilo que idealisticamente espera ser a característica "médica" da instituição, mas vendo-a definida como "escola" que a indiferencia em termos de ambiente de aprendizagem, o estudante volta-se para a constituição de um grupo estudantil. É, como os autores denominam, "uma solução coletiva" que se organiza no contexto da "cultura do estudante". Embora a aquiescência e cooperação com o corpo docente sejam manifestas, procuram os estudantes contrabalançá-las com uma atitude crítica e independente. O equilíbrio ou os mecanismos de acomodação poderão ser rompidos e uma situação conflitiva ocorrerá quando, como mostra Bloom (1971), o corpo discente não encontra um modelo com o qual se identifique. Nesta situação, os estudantes não conseguem apreender os

valores propostos pela instituição, pois esta não os definiu claramente ou encontra-se em processo de mudança, ou ainda, se os definiu, os mesmos não são congruentes com os valores e expectativa estudantis.

B - Investigações realizadas na América Latina

Iniciada sob as influências vindas da Espanha, - às quais se somariam posteriormente as da França e, em alguns países, as influências inglesas e norte-americanas, a educação médica na América Latina viria a sofrer um impulso maior de revisão a partir da década de 1950. Como pode ser visto em Villareal (1961) e Cooper & Neghme (1961), os interesses nos assuntos referentes à educação médica (corpo docente, estudantes e organização curricular) estarão presentes nas inúmeras reuniões, seminários e congressos que, revisando o ensino e os recursos existentes, procurarão verificar as deficiências e os desafios frente às rápidas mudanças nos países latinoamericanos(13).

Embora exista uma tradição nos estudos realizados na América Latina, eles assumiriam feição bastante diferente daquela que vimos tratando até aqui.

De um modo geral, as investigações podem ser classificadas em dois grupos: (a) as de caráter geral e (b) as de caráter específico. No primeiro grupo temos, por exemplo, o relato sucinto feito por Chiappo (1970), onde são revistos alguns problemas da educação médica; Manrique (1966) analisando a formação de recursos humanos para a saúde na Colômbia e sua relação com a situação educacional; Garcia (1969) ao dar uma vi-

são geral das características das escolas médicas, situa os desajustes entre o sistema de ensino médio e o sistema de educação médica, os desajustes internos do sistema de educação superior e o de educação médica, e o desajuste entre o sistema de serviços de saúde e o sistema de educação médica. No segundo grupo, algumas pesquisas procuraram focalizar assuntos mais restritos, ligados à decisão à carreira médica (Garcia, 1970); à busca da especialidade por parte do estudante de medicina (Lalinde & Ponce, 1960; Berdichewsky & Boccardo, 1968); à relação entre situação sócio-econômica, rendimento escolar e exame de ingresso (Viel et al. 1961).

Dentro do panorama geral dos estudos realizados, sobressai, sem dúvida, a investigação feita por Garcia (1972), quando, retomando aspectos que já havia estudado anteriormente, como citamos acima, realiza uma extensa pesquisa que dará a possibilidade de equacionar o processo de produção de médicos e sua conexão com a prática médica e a estrutura social(14).

Propondo o estruturalismo como enfoque teórico para a explicação das características da educação médica, afirma: "a educação médica não é, sem dúvida, um processo isolado, já que se encontra subordinada à estrutura econômica predominante na sociedade onde se desenvolve". Isto leva-o a entender por educação médica o processo de produção de médicos, no qual devem ser destacados dois traços: (a) sua relação com outros processos e, em especial, com o trabalho médico e (b) a existência de dois níveis, um dos quais, o modo de produzir médicos, determina o outro: a ordem institucional da educação médica. Analisa

a formação de médicos na América Latina a partir de dois componentes: (a) o processo de ensino e (b) as relações de ensino. O primeiro é entendido como "o conjunto de etapas sucessivas pelas quais passa o estudante ao transformar-se em médico", onde podem ser distinguidos atividades, meios e objetivos de ensino; o segundo, é constituído pelas "conexões ou vínculos que se estabelecem entre as pessoas que participam no processo de produção de médicos, sendo resultante do papel que estes indivíduos desempenham no ensino médico". Estas conexões, por sua vez, devem ser estudadas levando em consideração os agentes de ensino, ou seja, "os indivíduos que participam na educação médica e que ocupam uma determinada posição nela". A partir desses conceitos e das interrelações entre eles o autor apresenta os resultados da investigação.

Do levantamento feito em 100 escolas latinoamericanas, traça o autor um quadro sobre as atividades de ensino, discutindo o plano de estudos, no ano de 1967. Após cursar uma média de 36 unidades docentes de forma atomizada, sem integração, o estudante conclui os seus estudos. Teria cumprido nesse momento cerca de 5.288 horas, das quais 57% nas matérias clínicas. Completaria a sua formação com um internato que "aparece como remédio contra a falta de experiência prática do aluno durante seus estudos".

Descreve o autor os agentes do ensino - o estudante e o corpo docente - e, para tal, levanta informações referentes aos postulantes e aos que já ingressaram na carreira médica. Inclui um perfil do estudante, traçado através das eta

pas que o levaram à decisão de estudar medicina. Da análise das relações que se estabelecem no processo de ensino depreende que seus agentes constituem "dois grupos bem definidos e com interesses diferentes". Tomando os conceitos de "cultura do estudante" e da transformação de atitudes idealísticas em cínicas, explica que estas seriam as formas através das quais os estudantes demonstram a sua conscientização quanto às diferenças de poder existentes nas relações dentro da escola médica. Como escreve Garcia:

"A posição do estudante na estrutura da sociedade e na do ensino gera certos valores que são opostos aos de seus professores. As mudanças de atitude e a adoção de certos mecanismos de participação do estudante poderão diminuir esta diferença de poder, mas não eliminá-la, enquanto se mantenham as atuais relações de ensino"(15).

Após analisar esses aspectos que são considerados a "infraestrutura do processo de produção de médicos", o autor parte para a unidade "escola médica" que, sendo a forma institucional para aquela produção, constitui a superestrutura do processo. Através de uma detalhada descrição e análise é mostrado como a escola se estrutura e se organiza em dois níveis: o técnico e o administrativo. De especial interesse é a conclusão de que justamente através da relativa autonomia dessa superestrutura torna-se possível a introdução de inovações nos processos educativos sem a ocorrência de modificações em outros níveis estruturais que conformam o processo de produção de médicos.

Nesta tentativa de romper com os esquemas teóricos que vinham sendo adotados nas investigações em educação médica, notadamente os orientados pelas correntes funcionalistas (Merton, Reader & Kendall, 1957) e de relações humanas (Bridge, 1965), o autor procurou situar alguns pontos cruciais da educação médica na América Latina. Estes pontos referem-se, de um lado, ao caráter essencialmente "escolar" da produção de médicos e, de outro, às relações entre a produção de serviços e os objetivos a que se propõem as escolas médicas. No primeiro admite a não integração entre ensino e trabalho e no segundo ressalta a dualidade da escola médica que enfrenta a problemática de ser inovadora, ao mesmo tempo que é pressionada para se adaptar às exigências do mercado de trabalho.

Inegavelmente, esta ampla investigação coloca-se como de importância no conjunto das pesquisas realizadas na América Latina. Num paralelo com os trabalhos norte-americanos, verifica-se que nos países latinoamericanos as abordagens e os problemas enfrentados foram diferentes. Os aspectos sociológicos e psicológicos que têm sido tratados em larga escala nos Estados Unidos somente em épocas bem recentes foram alvo de atenção dos estudiosos latinoamericanos. Logicamente, não se pode esquecer que a crítica da educação médica tem nos Estados Unidos uma tradição que remonta a Flexner(1910), que cuidadosamente documentou a situação em que se encontravam as escolas médicas naquele país. "A primeira década da pesquisa em educação médica coincidiu com a fase platô das reformas flexnerianas para adaptar a medicina às forças científicas e tecnológicas na sociedade moderna", como é assinalado por Pellegrino (1971). As

preocupações com a educação médica sofreriam, progressivamente, novos enfoques à medida que novos desenvolvimentos se processavam em áreas da psicologia e sociologia. A avaliação de novas experiências curriculares, como também o estudo do comportamento dos estudantes de medicina nos processos socializatórios desencadeados dentro da escola médica, viriam a constituir o fulcro de inúmeras investigações. A escola médica torna-se, assim, uma unidade sociologicamente investigável.

Cronologicamente, pode ser verificado que nas décadas de 50 e 60, enquanto nos Estados Unidos as preocupações se voltaram para um aprofundamento nos aspectos que assinalamos, na América Latina é a época em que os problemas se centralizam na criação de novas escolas e nas primeiras revisões curriculares(16). Particularmente no caso brasileiro, o extraordinário movimento de criação de escolas médicas na década de 60 levará os estudiosos a se deterem nas análises das características sócio-demográficas dos estudantes de medicina, como veremos a seguir(17).

C - Investigações realizadas no Brasil

A necessidade de conhecer os postulantes à escola médica, as características sócio-demográficas daqueles que ingressaram nos estudos médicos, será marcante no delineamento dos inquéritos que se realizaram em nosso país.

Dentro dessa linha de trabalho são bastante característicos os estudos da A.B.E.M. (1967). Neste trabalho são apresentados os resultados de uma análise de 12.990 estudan

tes que se inscreveram em 23 faculdades de medicina no ano de 1966. Características pessoais, familiares, escolares, sociais e econômicas foram levantadas. Algumas conclusões são interessantes: grande porcentagem (63,6%) tinha frequentado cursos preparatórios e, em decorrência, entrado mais tardiamente no curso médico; encontrou-se que 11,6% dos pais tinham uma ocupação classificada em "habilidades manuais"; 17,7% dos pais e 3,8% das mães tinham diplomas universitários. Em um segundo trabalho, Castro (1968) restringiu a análise a uma amostra de 200 candidatos inscritos nos cursos médicos da Guanabara em 1967.

Dos estudos de caracterização sócio-econômica do estudante de medicina, como nos lembra Castro (1968), o primeiro foi realizado em 1964, junto aos estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Trata-se do trabalho de Góes & Castro (1966) e englobou alunos da primeira à última série. Castro & Ghivelder (1967) investigaram 1618 estudantes de medicina de 20 escolas e, ao traçarem comparações com outros universitários, estabeleceram diferenças em diversos pontos. Entre esses pontos destacam que a porcentagem de estudantes de medicina que trabalham é três vezes menor do que a de outros tipos de universitários; a proporção de estudantes que recebem ajuda monetária da família é também maior; alta proporção desses estudantes frequentou cursos preparatórios; e a porcentagem de estudantes de medicina que prestaram dois ou mais concursos de habilitação é sensivelmente maior.

Podem ser citados ainda como estudos dessa natureza o realizado pelo INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS (1970),

abrangendo o estudante universitário matriculado nas terceiras séries. Nesse trabalho a idade média do estudante de medicina está em torno de 22 anos e verificou-se a ocorrência de mobilidade geográfica em função da interiorização das escolas de medicina. Rabello et al. (1972) traçaram as características do universitário nordestino a partir de uma amostra de 2363 estudantes das universidades de Salvador, Recife e Fortaleza. Canesqui & Nunes (1970), num estudo descritivo, levantaram algumas características sócio-econômicas de 60,0% dos estudantes matriculados nas cinco séries da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, e Rabello (1971), na mesma Universidade, fez um levantamento geral sobre o estudante, englobando 1925 alunos dos quais 426 pertenciam às Ciências Médicas. Do levantamento realizado sobre os primeiranistas dos cursos de graduação da Universidade Estadual de Campinas, Rabello (1972) constatou que o maior volume concentra-se nas classes de idades de "até 20 anos" (77,3%); em sua maioria são do sexo masculino (66,3%) e solteiros (98,8%); 73,8% completaram o segundo ciclo do curso médio na área do "científico" e a principal motivação para a escolha do curso se baseia na "realização vocacional" (59,7%); 83,4% não exercem qualquer atividade remunerada e o pai aparece como a pessoa que mais contribui para a renda do grupo doméstico.

De interesse particular na área médica, o estudo de Rabello (1973a) mostrou que quanto à demanda aos cursos médicos tem ocorrido "acentuada diminuição das parcelas representada pela U.S.P. e a ampliação das parcelas correspondentes às demais escolas". Este estudo de caráter quantitativo sobre as ten

dências de preferências dos estudantes em relação às escolas médicas abrangeu as Faculdades de Medicina da Universidade de São Paulo (U.S.P.), Escola Paulista de Medicina, Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, no período de 1966 a 1972.(18).

Embora a grande quantidade de investigações feitas no Brasil tenha se limitado aos levantamentos demográficos, sociais e econômicos, nitidamente descritivos, algumas preocupações com aspectos específicos e de estudos que buscam conhecer o estudante de medicina de forma mais profunda estiveram presentes. O número desses estudos é limitado, porém não se pode deixar de mencioná-los. Pereira et al. (1971), tendo planejado um levantamento global do nível de inteligência do jovem estudante do curso superior, investigaram 180 estudantes do curso de graduação da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará. Concluíram que o grupo de 18 a 23 anos apresentava maior número de respostas certas ao Teste de Matrizes Progressivas de Raven. Anteriormente, o mesmo assunto, inteligência, foi abordado por Davanzo et al. (1964) em um estudo piloto no exame de seleção à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Ainda, nessa Faculdade, D'Andrea (1967) investigou o status sociométrico e a motivação das escolhas e rejeições entre 90 estudantes do primeiro ano, 105 do segundo ano e 97 do terceiro ano. Tendo analisado a dinâmica e as relações interpessoais, o autor oferece interessantes conclusões não somente no que se relaciona ao "manejo democrático do estudante" como também para a "profilaxia dos desajustamentos" e reeducação dos grupos de estudantes".

As motivações à profissão estão presentes nos estudos de Lopes et al. (1959); Lipszig & Pacheco e Silva (1962); D'Andrea & Davanzo (1962) e Mehl (1967), sendo que as aspirações ao exercício profissional e aspectos ligados à especialização no setor saúde foram levantados por Castro et al. (1971) (19).

D - Investigações realizadas em outros países

Inegavelmente, entre os estudos europeus sobressai o realizado na Inglaterra e apresentado pela ROYAL COMMISSION ON MEDICAL EDUCATION: 1965-1968 (1968). A análise das relações dinâmicas entre o sistema de atenção médica, o profissional inserido nesse sistema, a escola médica e o educando constitui sem dúvida o exemplo de uma investigação dentro de uma ampla abordagem que, não privilegiando aspectos parciais, analisa a educação médica como uma totalidade. Tomando como ponto de partida a situação existente e revisando a educação médica, o informe sugere uma série de proposições à luz das necessidades e recursos locais. As propostas estendem-se ao sistema de atenção médica, chama a atenção para o futuro da prática médica, onde destaca o papel do médico geral. O equacionamento tanto do tipo de atenção como do profissional que irá exercer a medicina conduziu os autores a estabelecerem os objetivos da educação médica, em nível de graduação.

Salienta que o conhecimento das ciências médicas e comportamentais é necessário para entender as bases científicas da profissão, permitindo ao mesmo tempo acompanhar o desen-

volvimento da medicina. Uma introdução geral ao método clínico e ramos da medicina e cirurgia, juntamente com uma introdução à medicina preventiva e social, caracterizariam o profissional a ser formado.

Neste Relatório, na parte que se refere especificamente ao estudante de medicina, há uma ampla investigação relacionando os dados obtidos em 1961 (1684 estudantes) com os dados sobre os primeiranistas de 1966 (1907 estudantes) e com aqueles sobre os estudantes do ciclo pré-clínico de 1966 (25522 estudantes). Através desses dados verificaram que os estudantes que iniciavam o estudo de ciência médica básica eram mais jovens que os seus predecessores (a idade média era de 18,9 anos), seus níveis acadêmicos mais elevados e que menos de um quarto dos estudantes ingressaram na escola médica com a idéia de exercer a prática fora do hospital. Quanto à origem desses estudantes, os dados mostraram que aproximadamente 40,0% procedem da classe I (mais elevada) e somente 2,5% das classes sociais IV e V (mais baixas).

O que destacaríamos nesta investigação é que a orientação que foi dada, tentando associar os processos educacionais a uma realidade, mostrou-se altamente produtiva. Colocando essa investigação dentro do que denominamos abordagem estrutural e, ainda que não sejam explícitos na mesma esquemas teóricos, sente-se que a sua contribuição é bastante significativa quando se analisa o conjunto de investigações que foi realizado no campo da educação médica.

Embora a nossa apresentação desta investigação

tenha sido bastante resumida é a mais... importante, dentro da bibliografia a que tivemos acesso, no panorama dos estudos sobre a educação médica na Europa. Há alguns trabalhos procedentes da França, como o de Escoffier-Lambiote (1970) que realizou um levantamento geral sobre a educação médica naquele país; Sambuc (1973) com um estudo sobre a decisão à carreira médica e os levantamentos demográficos-sociais feitos pelo BUREAU UNIVERSITAIRE DE STATISTIQUE ET LE CENTRE D'ETUDES SOCIOLOGIQUES (1957). Na Polônia também foi realizado um inquérito sobre a escolha ocupacional entre estudantes de medicina, que é relatado por Ostrowska & Bejnarowicz (1970).

Recentemente, Shuval (1975), retomando o conceito de socialização, realizou, em Israel, um estudo entre 168 estudantes de Medicina, 47 de Odontologia, 55 de Farmácia e 58 de Enfermagem. Tendo realizado um estudo longitudinal, durante os três primeiros anos de curso, e assentando a coleta de dados sobre três componentes, a orientação para as pessoas, a orientação para a ciência e a orientação para o status, a autora construiu indicadores a fim de verificar qual seria a imagem do profissional "competente". Bastante interessante foi a verificação de que as prioridades assinaladas para estes componentes são completamente similares nas quatro profissões, sugerindo uma orientação básica comum entre elas. Há algumas diferenças na ênfase colocada pelos estudantes durante o período de curso, porém, no final do terceiro ano de socialização, os quatro grupos de estudantes colocam a orientação para as pessoas em primeiro lugar, orientação para o status em posição mais baixa e a orientação para a ciência em posição intermediária. Não se pode pre-

ver que esta base comum continuará quando esses estudantes tenham terminado os anos de sua socialização profissional, porém os dados sugerem a possibilidade de que se orientem os programas de treinamento de forma compartilhada, pelo menos durante parte do período de socialização profissional(20).

Ao encerrarmos esta revisão, cabe ainda citar três estudos bastante recentes sobre a situação da educação médica na Rússia e na China. O primeiro constitui um relato geral das características da formação do pessoal na área da saúde, feito por Cooper (1975) após a sua viagem à URSS; sobre a China há dois estudos, sendo que o de Chan (1972) refere-se principalmente à situação anterior à Revolução de 1966 e o de Walls et al. (1975), mostrando as relações entre a educação e a prática da medicina(21).

2. Os Estudos sobre a Escolha da Profissão Médica

Embora no item anterior da revisão realizada sobre as pesquisas em educação sejam citados alguns trabalhos que se voltaram para a análise da escolha da profissão médica, achamos que se impõe uma retomada dos estudos que especificamente se dedicaram a investigar a escolha ocupacional. Se não fosse pelo fato deste assunto constituir a nossa maior preocupação nesta pesquisa, seria pela importância que assumiu no âmbito da sociologia da educação médica o interesse pela sociologia das ocupações. Constitui-se dessa forma uma linha lógica no processo de revisão da literatura que empreendemos e que até certo ponto nos chamou a atenção para outros assuntos relacionados à educação.

No âmbito geral do estudo das ocupações, confor-

me assinala Rogoff (1957), "O primeiro que teve a idéia de analisar sistematicamente a escolha ocupacional como processo social e psicológico foi Paul F. Lazarsfeld em seu 'Jugend und Beruf', uma revisão crítica dos estudos europeus sobre a escolha ocupacional". O trabalho de Lazarsfeld data de 1931 e foi somente vinte anos depois que Ginzberg et al. (1951) retomaram o estudo das ocupações. Outros estudiosos, como Super (1953) e Blau et al. (1956), trariam importantes contribuições teóricas ao assunto, porém, antecipando-se a todos eles, encontra-se Hall (1948). É digno de se notar que foi justamente em relação à profissão médica que Hall (1948) escreveu, como sociólogo, um dos trabalhos pioneiros nessa área. Ainda que o assunto fosse retomado em dois outros trabalhos (Hall, 1949; Hall, 1951), é nesse primeiro que o autor aponta que a decisão para entrar na carreira médica tem sua gênese em uma ambição, cuja função é "disciplinar a conduta presente no interesse de um objetivo futuro". Este tipo de ambição, cujo caráter é amplamente social, pois se origina em grupos sociais que além de nutrí-la fornecem os elementos constantes de redefinição e de novas direções, é, segundo o autor, requerida em maior grau por certas ocupações do que por outras. Este seria o caso da medicina, "pelos longos períodos de treinamento e provação". Assinala o papel importante da família ou amigos na caracterização da carreira, estabelecendo que as famílias de profissionais-médicos possuem os mecanismos necessários para gerar e nutrir a ambição pela carreira médica. De outro lado, pode ocorrer que a ambição seja gerada em famílias onde não existam profissionais médicos, porém, não dispondo de meios para fomentá-la, poderá vir a esmorecer.

Na mesma época em que Hall publicou o seu trabalho, Scantlebury (1948) preocupou-se em verificar em um grupo de estudantes (191 estudantes internos e residentes) as idades em que tinham se decidido pela medicina. Encontrou nesta pesquisa que 24,0% haviam optado antes de entrar no curso colegial. Deste grupo, 33,0% apontaram que o fato do pai ser médico tinha influenciado a decisão, e 18,0% das escolhas haviam sido feitas sob pressão familiar.

Em 1957, entre os trabalhos que o grupo chefiado por Merton realizaria, destaca-se a pesquisa empreendida por Rogoff (1957) e que iria orientar muitas das investigações sobre a escolha da medicina como profissão e carreira. Nessa investigação, que abrangeu seis classes sucessivas de estudantes de medicina da Pennsylvania University, num total de 750 estudantes, a autora procurou documentar dois pontos: (a) que a carreira médica pode ser concebida como um conjunto de ajustamentos mais ou menos bem sucedidos a uma rede de instituições, organizações formais e relações informais; (b) que a seleção de uma carreira e o processo de maturação social e emocional mantêm estreitas relações. Servindo-se do modelo de escolha ocupacional preconizado por Ginzberg et al. (1951), que caracteriza essa escolha em três estágios (estágio de escolha fantasiosa, estágio de escolha tentativa e estágio de escolha realista), esta investigação concluiu o seguinte:

"Uma decisão feita em idade mais jovem é geralmente mais entusiástica. Outras ocupações são raramente consideradas seriamente; dúvidas se a carreira médica é a escolha correta

são relativamente infrequentes; e, ao ingressar na escola médica, a escolha profissional parece ser a única que realmente poderia satisfazer. Estudantes que escolhem sua carreira em uma idade precoce parecem ter mais probabilidade de serem influenciados e encorajados por suas famílias e menos probabilidade de serem ajudados por seus contemporâneos".

Como mencionamos acima, as idéias levantadas por Rogoff tiveram bastante repercussão, haja visto que outros estudiosos seguiriam suas orientações em pesquisas similares. Destacamos, nesse grupo; Manzanilla (1968), Garcia (1970) e Bloom (1971).

Tendo realizado uma pesquisa entre 290 estudantes recém-matriculados na Escola de Medicina "José Vargas" da Universidade Central da Venezuela, Manzanilla (1968) chegou à conclusão de que:

"Em termos gerais, é notável a semelhança que existe entre nossos resultados e os do grupo da Universidade de Colúmbia, particularmente no que se refere às circunstâncias sob as quais desperta, desenvolve-se e culmina a decisão de estudar medicina. Por isso, nos aventuramos a supor que nos encontramos frente a características universais e não simplesmente a um problema de ordem local".

Numa tentativa de realizar um estudo envolvendo maior número de estudantes, Garcia (1970) analisou como os estudantes de seis escolas médicas em diferentes países latinoamericanos (Argentina, Bolívia, El Salvador, Nicarágua, México e Ve-

nezuela) se situavam quanto à escolha da medicina. Em síntese, os achados desse trabalho foram os seguintes:

1. a idade média e sua variação no que se refere à idade em que pensaram pela primeira vez em seguir medicina, à idade em que decidiram definitivamente e à idade de matrícula era semelhante entre os estudantes dos diferentes países;

2. o papel desempenhado pelo contato com médicos durante à infância e adolescência parece ter sido fator importante na primeira demonstração de interesse pelos estudos médicos e a decisão definitiva de seguir esta carreira, o que se evidenciou entre os filhos de médicos que pensam e decidem estudar medicina muito mais cedo que os indivíduos cujos pais não são médicos;

3. evidenciou-se que os estudantes que consideraram que a carreira médica era a única que podia satisfazê-los eram os que tinham pensado em estudar medicina em idades mais prematuras;

4. o interesse pela biologia e pela assistência ao próximo foram as razões consideradas mais importantes para a escolha da medicina.

Resultados similares aos de Rogoff foram encontrados por Bloom (1971) quando investigou os estudantes da State University of New York Downstate Center. Algumas diferenças prendem-se a menor influência da família em decisões tomadas precocemente, mas igualmente ou mais importantes para as decisões tardias; muito menos influência dos companheiros em suas

decisões. Os estudantes revelam algumas tendências em afirmar que a decisão em seguir uma carreira é deles próprios, rejeitando a idéia de que os pais e amigos tenham tido alguma influência nos primeiros passos para a medicina.

Das investigações realizadas na Europa sobre o assunto, algumas conclusões são interessantes. Assim, os dados levantados pela ROYAL COMMISSION ON MEDICAL EDUCATION: 1965-1968 (1968) verificaram que entre os estudantes ingleses, cujos pais tinham nível universitário, estes não encorajavam ou eram neutros em relação à carreira médica, o que não ocorria com pais sem nível universitário ou com instrução secundária. Contradiçando outras investigações, o encorajamento à profissão era maior (67,4%) em famílias cujos pais não eram médicos. Outra informação fornecida por esse relatório refere-se aos efeitos da publicidade: 78,0% dos estudantes do primeiro ano disseram que suas decisões não tinham sido influenciadas por leituras, televisão ou filmes e mesmo a divulgação pela imprensa das condições dos médicos não afetaram as decisões de 85,5% dos estudantes. Quanto às dúvidas em relação à escolha, uma proporção consideravelmente maior de estudantes ao final do curso expressaram dúvidas, quer leves ou sérias, se a medicina era realmente a escolha correta.

A investigação realizada pelo BUREAU UNIVERSITAIRE DE STATISTIQUE ET LE CENTRE D'ETUDES SOCIOLOGIQUES (1957), coletando informações entre os estudantes de Paris e Lille(22), assinalou que para ambos os grupos de estudantes a escolha estava relacionada ao interesse nos estudos, tradição familiar, con

dições de trabalho e a importância social da medicina. Além disso, entre esses estudantes as alternativas de carreiras situaram a engenharia e o ensino como as mais importantes, embora deva-se esclarecer que tanto em Paris como em Lille a não consideração de outras profissões foi citada por 50,5% e 62,0% dos estudantes, respectivamente.

Já entre os estudantes poloneses, segundo o estudo de Ostrowska & Bejnarowicz (1970), as motivações à carreira variaram bastante, sendo que "interesse em medicina e ciência natural" alcançou a porcentagem mais alta (45,3%), vindo em seguida "desejo de ajudar" (34,4%). Segundo os autores, a motivação diferencial guardaria relação com os grupos sócio-econômicos dos quais procedem os estudantes. Assim, para os estudantes de famílias com médicos, a profissão do pai foi fator decisivo; de famílias "white-collar" o interesse em ciência médica e biologia foi o principal fator e, no caso de estudantes de famílias de trabalhadores manuais e camponeses, os elementos humanitários relacionados à profissão foram de grande importância.

No Brasil, por sua vez, muito pouco tem sido investigado em relação a essa área. Do levantamento que realizamos somente quatro estudos dedicaram-se a estudar a escolha da profissão médica. D'Andrea & Davanzo (1962) pesquisaram 454 candidatos ao ingresso na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, enfocando o problema a partir do conceito de motivação(23). Do questionário que os estudantes responderam às vésperas das provas oficiais, os autores separaram as respostas dos candidatos examinados, dos candidatos admitidos e dos candidatos não admi-

tidos. Dos 17 motivos apresentados aos estudantes, mereceram destaque os que relacionamos abaixo e, como pode ser verificado, os motivos principais figuram com a mesma relevância para os três grupos.

Motivos	Cand. <u>exami</u> nados	Cand. <u>admi</u> tidos	Cand. não admitidos
grande interesse pelos assuntos tratados em Medicina	18,41%	17,00%	18,86%
altruismo e desejo de amparar os demais ..	17,45	15,22	18,08
perspectivas de desenvolvimento intelectual e cultural	17,40	17,53	17,48
perspectivas de boa <u>si</u> tuação social ou política	6,80	8,37	6,52
identificação com o ideal dos pais ou <u>mem</u> bros da família	6,36	6,86	6,28
perspectivas de boa <u>si</u> tuação financeira ..	6,21	7,10	6,04

Excetuando o motivo "para provar a outros sua capacidade", que alcançou para o sexo feminino a porcentagem de 6,87%, os motivos tanto para o sexo feminino como para o sexo masculino são semelhantes.

Outra questão levantada pelos autores foi a referente à escolha alternativa de curso superior, e, quanto às opções, predominaram: "nenhum" para 26,85% dos candidatos examinados; 22,50% para os candidatos admitidos e 27,80% para os candi

dados não admitidos. A maior frequência para os candidatos admitidos foi Engenharia (31,25%). O grupo feminino escolheu com mais frequência Filosofia, Ciências e Letras (47,50%), seguido por "nenhum" (35,0%) e, com a frequência de 5,0%, Enfermagem, que não foi assinalada como alternativa por nenhum candidato do sexo masculino.

Posteriormente, Mehl (1967) fez uma repetição aproximada do estudo acima, junto aos estudantes da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Católica do Paraná. Foram investigados 210 estudantes e os resultados foram os mesmos encontrados por aqueles autores. Nesse estudo o motivo menos apontado é a influência de professores e a alternativa de curso superior teve sua maior incidência em Engenharia.

Além dessas investigações, podem ser citados na literatura brasileira sobre o assunto os trabalhos de Lopes et al. (1959) e de Lipszic et al. (1962). Segundo esses autores, a motivação para a escolha da carreira médica está ligada ao "desejo de servir", "fazer bem aos outros", simples espírito de imitação ou o desenlace de doenças familiares.

Depreende-se da revisão realizada que muitos aspectos da escolha da profissão não foram abordados, mesmo porque os estudos se detiveram em analisar a tomada de decisão em um determinado momento, sem retomá-la numa dimensão temporal. I negavelmente, as contribuições trazidas pelos mesmos são de importância e ainda recentemente Fruen (1972) ressaltou a utilidade de tais estudos, não somente para a seleção dos estudantes de medicina, como também no desenvolvimento do currículo na es-

- (6) Segundo Gordon & Mensh (1962), as definições dadas aos valores são as seguintes: "Apoio - ser tratado com compreensão, receber encorajamento de outras pessoas, ser tratado com gentileza e consideração. Conformidade - fazer o que é socialmente correto, seguir regulamentos de maneira estrita, fazer o que é certo e próprio, ser conformista. Reconhecimento - ser visto e admirado, ser considerado importante, atrair atenções favoráveis, obter reconhecimento. - Independência - ter o direito de fazer qualquer coisa que deseja fazer, ser livre para tomar decisões, ser capaz de fazer as coisas à sua maneira. Benevolência - fazer coisas para outras pessoas, compartilhar com outros, ajudar os desafortunados, ser generoso. Liderança - encarregar-se de outros, ter autoridade sobre outros, estar em posição de liderar".
- (7) Pesquisa realizada na University of Texas Medical Branch.
- (8) Pesquisa realizada na University of Oklahoma School of Medicine.
- (9) A citação de Mead que os autores inscrevem na abertura do livro é a seguinte: "A experiência reflexiva, o mundo e as coisas dentro dele, existem na forma de situações..." "A perspectiva é o mundo em suas relações com o indivíduo e o indivíduo em suas relações com o mundo". "Na experiência do indivíduo as perspectivas emergem de uma perspectiva comum. A perspectiva comum não é constituída fora das perspectivas individuais".
- (10) Becker et al. (1961) definem a "cultura do estudante" como sendo "o corpo de entendimentos coletivos entre estudantes sobre assuntos relacionados a seus papéis como estudante".
- (11) Trata-se da State University of New York Downstate Medical Center.
- (12) O fato de que só recentemente as preocupações voltaram-se para a socialização do adulto é mostrado por Brim (1967), Rosow (1963), Becker (1964), Bloom (1963) e Levinson (1967).

- (13) Podem ser citados como congressos e seminários importantes os seguintes: I Congresso Panamericano de Educação Médica, Lima, 1951; Seminários sobre o Ensino de Medicina Preventiva, Chile, 1955; México, 1956; I Conferência Latinoamericana de Faculdades de Medicina, México, 1957; Seminário sobre Educação Pediátrica, Colômbia, 1958; II Encontro para o Ensino das Ciências Básicas, Argentina, 1959; Seminário sobre o Ensino da Clínica, Colômbia, 1959; II Congresso Panamericano de Educação Médica, Uruguai, 1960.
- (14) A idéia inicial da investigação era fazer-se um estudo sobre o ensino dos aspectos preventivos e sociais da medicina, que foi posteriormente (março de 1967) ampliado, colocando-se a educação médica como objeto fundamental da análise. O ensino da Medicina Preventiva e Social viria a constituir o Capítulo 3 do trabalho publicado.
- (15) Um dos estudos mais fecundos, que procurou abordar o estudante a partir de seus vínculos com o sistema até a sua emancipação, é o de Foracchi (1965). Nesse estudo, realizado entre universitários brasileiros, não há a particularização com a carreira médica, embora figure entre as carreiras estudadas.
- (16) Garcia (1972) distingue quatro fases no crescimento e desenvolvimento do ensino médico na América Latina: "a) Um aumento lento do número de escolas nos séculos XVI, XVII e XVIII. Neste período são criadas cinco faculdades de medicina, cujo funcionamento se vê frequentemente interrompido. b) Um rápido aumento do número de escolas no início do século XIX, sob os auspícios dos governos surgidos dos movimentos de independência. É durante este século que o prestígio da medicina começa a elevar-se da posição deteriorada em que se encontrava na época colonial. c) Um aumento lento e progressivo de 1840 a 1940. Durante este período as mudanças qualitativas adquiriram maior importância que as quantitativas. d) Um aumento rápido e progressivo no número de escolas de medicina e um aumento considerável de matrículas a partir do término da Segunda Guerra Mundial".

- (17) Cf. OMS (1973) o número de escolas existentes nos Estados Unidos e no Brasil até 1971 elevava-se a 116 e 76, respectivamente. Pelas datas em que foram criadas, as proporções nos dois países era a seguinte:

<u>Data de criação</u>	<u>Estados Unidos</u>	<u>Brasil</u>
antes de 1910 .	74	3
1910	4	5
1920	2	2
1930	2	2
1940	2	1
1950	6	14
1960	17	36
1970 até 1971 .	9	13
Total	<u>116</u>	<u>76</u>

- (18) Dois outros trabalhos da autora devem ser citados: Rabello (1973b, 1974). No último foram incluídas 8 universidades classificadas de acordo com a complexidade do meio ambiente: alta complexidade (Universidade Federal do Paraná e Universidade Estadual de Campinas); média complexidade (Universidades Federais do Amazonas, Juiz de Fora - MG, e Santa Maria - RS); baixa complexidade (Universidades Federais de Mato Grosso, Maranhão e Sergipe) e os achados foram interpretados através das relações entre o contingente estudantil e a estrutura social; as relações entre estudo e trabalho; a migração estudantil, a gratuidade do ensino.
- (19) Sobre o ensino médico propriamente dito podem ser consultados: ABEM (1964); ensino de Medicina Preventiva e Social, Almeida & Magaldi (1969); ensino da Nutrição, Rao (1965), Chaves (1965), Oliveira (1965); ensino das Ciências Básicas, Suassuna (1969), Costa (1968), Rocha (1968); ensino da correlação clínico-patológica, Carvalho (1969); objetivos do ensino médico e do ensino da Pediatria, Marcondes (1972); preparação e seleção de alunos, Job et al. (1965), Leser (1965). Uma visão panorâmica da educação médica no Brasil, Meira & Smith (1970) e uma abordagem teó-

rica e metodológica para o estudo das Faculdades de Medicina, Pinotti, Arouca & Arouca (1974).

- (20) Segundo Shuval (1975), os traços incluídos no componente denominado orientação para as pessoas referem-se às qualidades e padrões de comportamento que se manifestam nas interações entre os profissionais com um colega e com o cliente e são as seguintes: habilidade para entender os sentimentos e problemas dos outros, desejo de ajudar e aliviar os sofrimentos, habilidade de despertar confiança, desejo de solucionar problemas de saúde da comunidade, habilidade de trabalhar em grupo, ênfase na importância de uma personalidade amável, interesse, tolerância e flexibilidade nas interrelações; o componente de ciência inclui: conhecimento e habilidade em ciências naturais, curiosidade científica, habilidade em pesquisa e originalidade; os componentes de status incluem os traços relacionados com o lugar da profissão na organização da profissão, com referência particular à sua estrutura hierárquica e são: habilidade administrativa, responsabilidade, aparência, prestígio e status.
- (21) Como neste estudo a nossa preocupação se restringe em grande parte ao estudante propriamente dito, algumas informações sobre esses estudantes parecem-nos interessante. Na União Soviética, os estudantes entram na escola médica, em média, ao redor dos 17 anos, após terem completado quatro anos de escola primária e seis ou sete de escola secundária. Algumas escolas introduziram mudanças curriculares em 1967 e todas as escolas planejaram novos programas a partir de 1973, nos quais o principal destaque é dado à especialização para todos os estudantes. O curso tem sete anos de duração, incluindo um ano (o sétimo) durante o qual o estudante realiza a sua "internatura"; ao final deste período é designado para um período de três a cinco anos em uma instituição de serviço médico. Embora no momento 75,0% dos médicos existentes sejam do sexo feminino, o número de mulheres que estão iniciando o curso é menor, cerca de 40,0% de mulheres e 60,0% de homens. Na

China, a idade na qual o estudante ingressa na escola médica vai de 18 aos 25 anos, estando a média em torno de 20 anos. No momento, em quase todas as escolas médicas, os estudantes, antes de ingressarem nelas, cursaram de 9 a 10 anos de educação formal, porém a duração dos cursos secundários varia de acordo com a província. Quanto à duração do curso médico, houve uma redução de seis para três anos.

- (22) A investigação abrangeu 1495 estudantes, sendo 702 da Faculté de Médecine de Lille e 793 estudantes parisienses.
- (23) O conceito de motivação utilizado pelos autores é o seguinte: "a motivação corresponde a um processo que começa quando o indivíduo recebe um estímulo, seja do meio, seja do seu próprio mundo interior. Este estímulo torna-se percepção de um fim a ser atendido, porque ele satisfaz a uma necessidade. Seu papel terminará quando a conduta do indivíduo está orientada para este fim (desejável) e se transforma em meio para a sua realização".

CAPÍTULO II

OS ENFOQUES TEÓRICOS .

1. Análise Crítica da Literatura

A revisão das investigações apresentada anteriormente, sistematizadas pelos países de onde se originaram e pelas principais linhas de abordagem que as orientaram, forneceu-nos uma primeira aproximação com um conjunto bastante diversificado de pesquisas. Pode-se observar perfeitamente que esse alinhamento, embora revele a riqueza de produção que continuamente vem sendo dada à chamada área da sociologia da educação médica, à qual está imbricada a sociologia das ocupações em saúde, merece um tratamento de natureza mais explicativa. A nosso ver, uma compreensão que não se restringisse a ser meramente descritiva e localizada, portanto estática, mas que fosse dinâmica e transcendesse aos limites da investigação em si, deveria ser feita. Para isso, uma análise dos marcos teóricos sobre os quais as investigações se realizaram seria fundamental.

Além do mais, essa demarcação permitiria que se avaliassem as pesquisas e se esclarecessem as contribuições que trouxeram, assim como as suas limitações. De um modo geral, a representatividade das contribuições dos estudos em educação médica, do ponto de vista teórico, para uma área de incipiente sistematização teórica, que é a Sociologia da Medicina, já tinha sido sugerida por Reader & Goss (1957). A inexistência, porém, de um trabalho que fornecesse uma formalização dessa abordagem, abrangendo um período maior de investigações, levou-nos a este tipo de análise.

Um delineamento geral dividindo as investigações em duas grandes áreas, psicológica e sociológica, permite uma retomada inicial, com a inclusão, nesses grupos, dos estudos de caráter descritivo e explicativo que tomaram como referencial ora o estudante, ora a escola médica, ora as relações entre o sistema de ensino e o sistema social global. Porém, a medida de expressão teórico-conceitual permaneceria um tanto obscura, se apenas associássemos às investigações o caráter genérico dos rótulos que marcam os diversos campos do conhecimento: a ciência psicológica, a ciência sociológica, a ciência da educação, etc. Isto pode ser superado quando se estabelecem os enfoques teóricos dos estudos dentro dessas duas grandes áreas.

Dentro dessa linha de idéias é que se pode distinguir a contribuição dada pela abordagem psicológica. Foi na mensuração de certos atributos da personalidade, das atitudes e dos valores, em uma fase inicial das pesquisas, com Eron (1955, 1958), Becker & Geer (1958), Gordon & Mensh (1962), Reissman & Platou (1960), que se destacou a influência teórica de psicólo-

gos como G.W..Allport, P.E. Vernon, G. Lindzey, L.L. Thurstone e R. Likert(1). A aplicação do conceito de atitude torna-se de lar go uso, e, embora se estenda à fase dos estudos da escola médi- ca como sistema social, é principalmente utilizada para a análi se de "atitudes específicas". Entendemos que, ao colocarem a tô nica sobre esse conceito, a sua utilização denota mais uma es tratégia metodológica do que a compreensão reducionista de que as atitudes (humanitária, cínica, científica, profissional, etc) pudessem por si só explicar a complexidade do comportamento hu-
mano, no caso, o do estudante de medicina. Isto se torna eviden-
te quando Becker et al. (1961), ao completarem seu estudo, colo-
cam de forma precisa o esquema teórico utilizado, no qual emer-
gem certas dimensões das atitudes dos estudantes e que não cir-
cunscrevem a análise nos limites do individual - o processo de
interação será notório no seu dimensionamento. Portanto, se há
objeções que podem ser colocadas à abordagem das atitudes, elas
não se referem ao conceito em si. As críticas feitas pelos teó-
ricos da aprendizagem, da teoria de campo e fenomenologistas ten-
deriam a refinar o conceito e não a questioná-lo. De uma forma
geral, se nos primeiros estudos permanece a idéia de que após
ter sido proposta uma atitude ela deveria ser mensurada basean-
do-se em um único instrumento de medida, nos estudos que utili-
zam esse conceito há uma evidente preocupação de medir a atitu
de através da associação de diversos procedimentos e escalas, re
lacionando-a a contextos específicos(2). A unidimensionalidade
inicial das escalas de atitudes seria modificada, como aconte-
ceu nos trabalhos de Merton, Reader & Kendall (1957), e a utili
zação de entrevistas e de observação participante será emprega-

da por Becker et al. (1961).

Da mesma forma que as atitudes, os valores que foram objeto de pesquisa atravessaram, no correr das investigações, um caminho bastante similar. Não nos alongaremos, portanto, neste particular. Chamamos a atenção para isso, pois seria incorreto reduzi-los a um conceito único. Não é demais, porém, situar que esses conceitos, e especialmente o de atitudes, permeiam tanto a área da psicologia como da sociologia e principalmente a da psicologia social, sendo a pedra angular desta última, como dizia Allport (1966), e que embora possam vir a ser manipulados diferentemente pelos diversos campos, a sua utilidade é por demais evidente(3).

No caso especial dos estudos sobre a escolha ocupacional é inegável a contribuição que trouxeram as teorias psicológicas. Bastaria citar que um trabalho clássico como o de Rogoff (1957) iria buscar na teoria de Ginzberg et al. (1951) muitos de seus fundamentos, ainda que os tenha recolocado em uma dimensão sociológica. Em estudo realizado em nosso país, D'Andrea & Davanzo (1962), tomando o conceito de motivação consciente, procurariam reconhecer o que leva o jovem a escolher a medicina como profissão. E, mais recentemente, Sambuc (1973) tomaria de empréstimo à psicanálise o seu referencial para tentar elucidar os motivos mais profundos que os estudantes apresentam para a sua escolha da profissão e, em particular, a de determinados ramos da medicina(4).

Nos estudos sobre o estudante de medicina nem sempre é possível distinguir claramente onde terminam as abordagens

psicológicas e começam as especificamente sociológicas, mesmo porque são utilizados determinados conceitos, como atitudes, valores, expectativas de comportamento, perspectivas, independentemente da abordagem adotada. Há, logicamente, estudos como o de Horowitz (1964) que podem ser classificados de psicológicos: a análise do processo de aprendizagem, quando são introduzidas modificações curriculares, é o fulcro da questão e as suas repercussões no estudante individual é o objetivo da investigação. Assim, abordagens nas quais há um intercâmbio entre a psicologia e a sociologia são bastante comuns. Porém, podem ser isolados entre os inquéritos muitos que se assentam em uma perspectiva especificamente sociológica, nos quais há uma nítida filiação a certas correntes teóricas. Encontramos como principais marcos orientadores dessas investigações o funcionalismo estrutural, a teoria interacionista e a teoria estrutural.

Notadamente nos estudos norte-americanos as formulações do funcionalismo estrutural serão evidentes. Um exemplo desta filiação é o trabalho de Merton et al. (1957). Aplicando ao estudo da escola médica a noção de sistema, procuraram identificar, através da análise dos papéis sociais, como se dava o processo de socialização. Embora assentando que nesse processo, ao lado da aquisição das habilidades e conhecimentos há aspectos sociais e comportamentais, os autores fixaram a sua atenção no que podemos chamar os processos internos do sistema institucional. Além disso, patenteia-se que esse aprendizado deve ser organizado em função dos futuros papéis que o indivíduo deverá exercer na prática médica.

Assim, dentro de uma demarcação estritamente teórica, verificamos que, ao analisar a escola médica, na tentativa de transpor para uma realidade específica os seus pressupostos, o funcionalismo estrutural viria a se constituir em um enfoque de importância na sociologia da educação médica. Não se pode esquecer, é lógico, que as formulações funcionalistas na educação remontam a Durkheim (1922) procurando explicar a função que a instituição (educação) desempenha para promover e manter a coesão e unidade social.

De uma forma geral, as críticas sobre a abordagem do funcionalismo estrutural na área da educação incidiram principalmente no fato dos esquemas teóricos, embora focalizando a realidade holisticamente, considerarem que cada sistema mantém uma identidade própria e, inclusive, independente. De outro lado, como apontaram Floud & Halsey (1958) "O funcionalismo estrutural está preocupado com a integração social baseada em valores partilhados - isto é, com o consenso - e conduz sua análise somente em termos das ações motivadas dos indivíduos. Para ele, portanto, a educação é um meio de motivar indivíduos para se comportarem de formas apropriadas para manter a sociedade em um estado de equilíbrio". Depreende-se, assim, que o enfoque se limita a verificar como se estruturam as relações dentro de um sistema, no caso a instituição de ensino, não incluindo a análise da estrutura social mais ampla na qual as instituições educacionais estão engajadas, estrutura esta que não constitui um conjunto único de valores, mas é também a expressão de conflitos ideológicos latentes ou manifestos. Poder-se-ia argumentar que, dentro dos estudos em educação médica, Bloom (1971) realizou um tipo de análise onde a situação de con

flito está presente. Porém as dimensões dadas pelo investigador limitaram-se aos conflitos intra-institucionais - são as oposições existentes entre corpo docente e corpo discente frente aos objetivos da escola médica quando definidos diferentemente - e não as relações conflitivas entre a ideologia da instituição e a ideologia da profissão médica que são estudadas.

Há outros pontos que podem ser levantados em relação a esses estudos, porém como se aplicam igualmente a uma outra pesquisa que utilizou um referencial diverso, deixamos para comentá-los posteriormente.

Com Becker et al. (1961), embora permaneça o enfoque da escola médica como sistema, o ponto de partida foi diferente daquele colocado pelo funcionalismo estrutural, mesmo porque, como assinala Johnson (1975), o trabalho do grupo formado por Everett Hughes, do qual fizeram parte Howard Becker, Anselm Strauss e Blanche Geer, foi parcialmente uma resposta teórica ao trabalho de Merton e seus colaboradores. Se no trabalho de Merton a tentativa é a de testar empiricamente os pressupostos teóricos do funcionalismo estrutural, este grupo, partindo do empírico, tentará construir uma teorização sobre as ocorrências em uma instituição de ensino. Como assinalamos na Introdução, isto não significou uma completa ausência de um referencial conceitual básico. É na tradição do enfoque sócio-psicológico de George Herbert Mead que irão buscar o embasamento inicial para a pesquisa de campo. E, em torno de um conceito geral de perspectiva, irão verificar como as ações e interações que se estabelecem no interior da escola médica levam-na a um tipo especial de orga-

nização. É uma teoria interpretativa da ação e interação à qual não ficou alheia uma teoria da interação simbólica. Segundo Wagner (1963) essa teoria interpretativa "Inicia-se micro-sociologicamente com simples constelações de ações de pessoas que intencionalmente dirigem-se umas às outras e entram em uma troca subjetivamente significativa para elas. O sociólogo, de sua parte, alcança uma interpretação correta do curso da interação quando verifica o seu significado para os participantes". O objetivo final, aqui, é também o de encontrar uma compreensão do processo de socialização. A essa compreensão é inegável a contribuição de Becker et al. (1961), pois não se trata mais de pressupor que o sistema esteja previamente organizado para preencher determinadas funções, mas de conhecer o que emerge desse sistema. Para Levinson (1967), "limitações metodológicas e teóricas" teriam impedido que se alcançasse um aprofundamento nos aspectos psico-dinâmicos na socialização, porém achamos que se centralizarmos a atenção no problema básico que os autores apresentam como objetivo de estudo, o valor dessa investigação é indiscutível. Tendo proposto a verificação de como os estudantes estabelecem o nível e a direção do seu esforço durante o curso médico, puderam os autores não somente especificar certos conceitos, como o de "cultura do estudante", ressaltando como dentro das organizações grupos subordinados se desenvolvem, como também refinar outros conceitos, como o de perspectiva, através de uma análise temporal e situacional(5).

Como dissemos acima, existem algumas críticas a este trabalho aplicáveis igualmente ao estudo de Merton, Reader & Kendall (1957). Elas se referem especialmente, como é citado

por Levinson (1967), ao fato de que no estudo do processo de socialização não podem ser marginalizados os seguintes aspectos: (a) a verificação das congruências e discrepâncias entre as exigências feitas aos estudantes dentro da escola médica e as colocadas pela própria prática médica; (b) a verificação da influência da ideologia profissional no sistema de formação médica; (c) a verificação do impacto de outras instituições profissionais e governamentais sobre a formação do estudante.

Um ponto que não pode ser esquecido é a vinculação dos estudos sobre a socialização profissional com a abordagem funcionalista estrutural das profissões. Importante para considerarmos a influência dessa abordagem é verificar como um dos principais representantes dessa corrente analisa a questão das profissões. Parsons (1951), na sua tentativa de apresentar um modelo que não deixa de ser um avanço em relação à "abordagem dos traços" (6), não se limita a compilar uma lista exaustiva das características que definem uma profissão, mas estas são selecionadas a partir do critério de serem ou não funcionalmente relevantes, quer para a sociedade como um todo, quer para as relações profissional - cliente. No caso específico da profissão médica, o papel do médico tem como características: "especificidade técnica", "universalismo", "neutralidade afetiva" e, "especificidade funcional". Além dessas dimensões, o autor enfatiza que o papel profissional deve ser orientado para a coletividade, em lugar de ser orientado para si próprio. Parece-nos que o modelo é bastante eficaz nos estudos de papéis específicos em um sistema determinado (7), porém, como tem sido levantado por alguns críticos, a sua aplicabilidade é menor quan-

do se pretende estendê-lo ao conhecimento dos processo de profissionalização. Segundo Johnson (1972) o modelo tende a estar mais interessado em descrever e enfatizar as características particulares de uma atividade ocupacional do que a procurar descobrir como essas características vieram a se desenvolver.

A preocupação com a socialização profissional, vista não somente em seus aspectos de educação formal - transmissão de conhecimentos, habilidades, atitudes e valores - mas considerada dentro de perspectivas mais abrangentes levará a pesquisas onde os enfoques teóricos, tanto no que diz respeito à educação, como à profissão, serão de natureza diferente daqueles até agora tratados.

Como tentativas que trazem as marcas de uma abordagem estrutural, podem ser citados alguns estudos, como os de Funkenstein (1971), Garcia (1972) e o Relatório da ROYAL COMMISSION ON MEDICAL EDUCATION, 1965-1968 (1968). Os pontos básicos que foram levantados por esses trabalhos são os seguintes: (a) a análise do processo de socialização profissional dentro de marcos históricos e sociais e como um processo dinâmico; (b) a sugestão de que os valores dos estudantes de medicina mudam paralelamente com as mudanças de valores da estrutura social; (c) a sugestão de que a seleção de diferentes papéis e mesmo a escolha da especialidade refletem as influências grupais estudantis e fatores externos à escola médica; (d) a análise da educação médica como um fenômeno pluridimensional que se articula com a estrutura social.

Tomando-se o trabalho de Garcia (1972), que apre

sentia um quadro teórico mais claramente definido, verifica-se que a principal preocupação é compreender o processo de produção do pessoal de saúde em uma sociedade historicamente determinada e como reflexo da estrutura existente na prática médica. Isto não significa que a educação médica não tenha uma certa autonomia e que a estrutura econômica seja o único determinante de todas as ocorrências da prática médica. Como afirma o autor, "Muito diferente é o enfoque de análise... que considera a economia como o "determinante em última instância" e no qual a medicina tem autonomia relativa".

Esta abordagem permitiu que se equacionassem as contradições que são geradas ao nível ideológico entre as demandas surgidas na prática médica e os objetivos preconizados pela escola médica. De um lado, a prática que se torna crescentemente especializada e, de outro, a escola pretendendo formar um médico geral. O encaminhamento das questões relacionadas às ocorrências internas da escola médica, dentro de um esquema que analisa a estrutura de poder, conduziria a considerar certos aspectos que deixaram de ser vistos pelos outros enfoques teóricos, principalmente as relações professor-aluno.

Um comentário geral sobre as abordagens estruturalistas não pode ser feito sem a referência ao fato de que a aplicação do estruturalismo nas ciências sociais é ainda campo aberto a discussões e divergências(8). Na área de educação e, por extensão, na área da educação médica, a abordagem estruturalista reveste-se de importância na medida em que as buscas de explicações devem ser assentadas, como afirma Capalbo (1974), não

somente no funcionamento de cada sistema de relações, mas na inter-relação desses vários sistemas.

Em resumo, a nossa preocupação de encontrar essas perspectivas teóricas não significa que no decorrer dessas três décadas o processo de estudos em educação médica tenha sido linear e que aos trabalhos essencialmente descritivos tenham se sucedido os de caráter mais teóricos, nem um fechamento em relação a certos temas. Vista como um processo dinâmico, a educação médica precisa ser reestudada continuamente e, desde que seja considerada significativa no preparo de recursos humanos para a saúde, torna-se fundamental que estudos sejam repetidos. Longe, portanto, de pensarmos que, por exemplo, os estudos sobre a caracterização sócio-demográfica dos postulantes e dos que ingressaram na escola médica sejam desnecessários ou que a avaliação do rendimento escolar ou a análise dos processos que ocorrem durante as fases de formação profissional sejam assuntos encerrados.

2. Esquema Teórico de Referência

Situar a escolha ocupacional como um processo gradual que se inicia na infância e se desenvolve ao longo das sucessivas etapas do desenvolvimento do indivíduo é uma das noções básicas que adotamos no presente trabalho. Tal processo fica bem caracterizado quando Ginzberg et al. (1951), em seus estudos, traçaram uma teoria geral para a identificação e análise dos principais fatores que ocorrem na tomada de decisão vocacional de uma pessoa. Para esses autores, a escolha ocupacional envolve uma série de decisões feitas durante anos, e cada passo no processo tem uma relação significativa com aqueles que o precederam e como os que o seguem. A idade cronológica e o desenvolvimento do indivíduo são cruciais nesse processo, que apresenta três fases ou períodos. No primeiro período, o jovem parte para uma escolha de forma arbitrária e sem referência à

realidade, embora as escolhas sejam diferentes em conteúdo, de acordo com o ambiente da criança. É o período da fantasia (fantasy period), o qual é seguido do reconhecimento de que a decisão à futura ocupação não é tão simples, pois envolve prováveis satisfações futuras. Este segundo período é denominado tentativo (tentative period), inicia-se aos 11 anos e caracteriza-se inicialmente pelos interesses, e, passando pela verificação das capacidades, leva o adolescente à análise dos valores envolvidos em sua escolha. A partir do momento em que o jovem torna-se "cada vez mais consciente da estrutura complexa da realidade com sua hierarquia de trabalho, variedade de condições de trabalho e específicas de entrada nas ocupações, variedade de rendas e fatores de segurança..." ele entra em um terceiro período no processo de desenvolvimento. É o período realista (realistic period), no qual são destacados três momentos: a exploração, a cristalização e a especificação. Nesses três momentos, ao procurar adquirir a experiência necessária para a escolha definitiva, o jovem cristaliza a sua opção revendo as alternativas e traçando os planos dentro da área escolhida.

Aliados a esta compreensão da escolha vocacional como um processo, acrescentamos dois pontos que são relevantes. Em primeiro lugar, que as decisões resultam frequentemente da interação de uma série de fatores. Este ponto fica suficientemente estabelecido quando Keil et al. (1966), estudando os problemas e perspectivas dos jovens em relação ao trabalho, mostram que:

"... a família, a vizinhança, os grupos de companheiros, a educação recebida, as influên-

cias dos meios de divulgação, o grau de orientação vocacional formal devem ser levados em consideração, e que a experiência obtida dessas fontes, tanto quanto a natureza do trabalho empreendido, são relevantes para o desenvolvimento de qualquer reação particular à vida de trabalho. Isto significa que ingressar no mundo do trabalho e ajustar-se a ele constituem um processo".

Há, portanto, aspectos interativos entre a aspiração, preferências, influências, oportunidades e experiências, que se tornam cruciais para a compreensão do processo como um todo, no qual se evidenciam claramente aspectos estruturais. Este é, ao nosso ver, o segundo ponto de relevância a ser considerado.

Portanto, os fatores acima enunciados, aos quais acrescentaríamos os valores consignados à ocupação, a percepção dos atributos dos papéis ocupacionais, as crenças sobre os benefícios e as oportunidades - as representações e os significados - estariam marcados por determinantes sociais. As escolhas não se produzem em um vácuo. São emergentes das posições sociais dos indivíduos no contexto sócio-econômico.

Se, de um modo geral, o processo de escolha ocupacional pode ser visto através de fases, isto não significa que o mesmo seja linear, no qual as fases simplesmente iriam se justapondo e que não exista possibilidade de romper-se as barreiras estruturais e institucionais. Assim, os movimentos em direção ao mundo ocupacional podem não ocorrer de maneira regularmente articulada, pois as definições iniciais sobre a ocupação

a ser seguida podem ser reconsideradas e redefinidas à medida que o indivíduo passa pelas fases de formação e treinamento e mesmo durante a sua vida profissional. Neste aspecto, a idéia de carreira, quando ela é definida como "a sequência de movimentos de uma posição para a outra, realizada por qualquer indivíduo que está engajado naquele sistema" (Becker, 1963), fornece um elemento de referência teórica de grande valia.

Dentro dos marcos teóricos mais amplos em que procuramos localizar nosso trabalho, o ponto de encontro é situado em relação ao processo de socialização que vimos ser a marca dos mais destacados estudos na área da sociologia da educação médica. Esclarecemos, porém, que esse processo não é único. De forma genérica, ele pode ser dividido em três estágios: o estágio de socialização antecipatória, envolvendo os processos durante a infância e adolescência - e que são marcadamente importantes nas definições ocupacionais; o estágio de socialização profissional, abrangendo os processos desencadeados nas instituições profissionalizantes e o estágio de socialização na profissão, envolvendo não somente a avaliação do que foi aprendido anteriormente como também procurando completar aspectos de formação profissional.

A importância de que se revestem esses aspectos socializatórios não tem sido estranha aos estudiosos, pois cobrem diferentes conteúdos. Sem nos alongarmos nesses aspectos, citaríamos a palavra de um estudioso da socialização do adulto que, ao resumir as mudanças nesses estágios mostra onde eles diferem. Nas mudanças da infância e adolescência para a idade a-

dulta assinala:

"A mais importante mudança talvez seja a orientação de conteúdo, de uma preocupação com valores e motivos para uma preocupação com o comportamento manifesto. Algumas outras mudanças são descritas em outros aspectos da socialização. Estes são: da aquisição de novo material para a síntese do antigo; de uma preocupação com o idealismo para uma preocupação com o realismo; do ensino de expectativas para o ensino de como mediar conflitos entre expectativas; de um interesse com exigências gerais da sociedade para um interesse com expectativas de papéis específicos; e finalmente, uma mudança dos componentes "Eu-mim" da personalidade para outros componentes". (Brim, 1967).

Destacaríamos, também, que não se pode esperar uma homogeneização no processo de socialização profissional, pois ao lado das diferenças das experiências passadas, das motivações e das capacidades, os indivíduos podem tornar-se diferentemente socializados por causa das diferenças na estrutura dos estabelecimentos sociais nos quais eles interagem. É o que nos ensina Wheeler (1967), mostrando que no caráter distintivo das organizações pode-se encontrar uma fonte explicativa para muitos aspectos do complexo problema que é a socialização.

Assim, como mencionamos no início da exposição do esquema de referência que utilizamos, estamos preocupados em situar a escolha ocupacional como um processo que, apresentando características que lhe são inerentes, assume configurações específicas da realidade onde se manifesta.

Notas do Capítulo II

- (1) Esses autores desenvolveram uma série de escalas para a mensuração de atitudes e valores sobre as quais existem excelentes resumos em Jahoda & Warren (1966), Phillips (1968) e Selltitz et al. (1966).
- (2) Esta idéia estabelecida em nossa revisão é claramente detectada quando os trabalhos procuraram mostrar as relações entre as atitudes do estudante em situações específicas; outros exemplos além dos citados podem ser encontrados em Coker, Kosa & Back (1966) sobre as atitudes em relação à saúde pública como especialidade; Fisher et al. (1968) em relação ao retardamento mental e Gottheil, Hassenfeld & Gronkiewicz (1969) em relação aos pacientes.
- (3) Krech, Crutchfield & Ballachey (1969) sintetizam o conceito de atitude como "Um sistema duradouro de avaliações positivas ou negativas, sentimentos emocionais, tendências para a ação, favoráveis ou contrárias a um objeto social" e o conceito de valores como "Crenças sobre o que é desejável ou 'bom' (por ex.: liberdade de palavra) e o que é indesejável ou 'mau' (por ex.: desonestidade). Os valores refletem a cultura de uma sociedade e são geralmente aceitos pelos membros da cultura. Se o indivíduo aceita um valor este pode tornar-se um dos seus objetivos".
- (4) Deixamos para apresentar no Capítulo V alguns dos principais achados da literatura relacionados à especialidade médica.
- (5) A importância da abordagem dada pelos autores pode ser vista quando, em trabalho posterior, Miller (1970), ao adotar os conceitos da teoria sociológica interacionista, estuda as experiências durante o internato na Harvard Medical Unit Boston City Hospital.
- (6) Esta abordagem, de longa tradição nos estudos sobre as profissões, encontra-se, entre outros, em Cogan (1953), Greenwood (1957), Goode (1960). Nesta abordagem as profissões são vistas como sendo compostas por "atributos" que são ti

dos como o fulcro comum das ocupações profissionais. O exaustivo levantamento realizado por Millerson (1964) entre 21 autores mostra que não há acordo total entre eles sobre os "elementos essenciais" da "verdadeira profissão"; entre os traços mais frequentemente citados destacam-se: 1. habilidade baseada em conhecimento teórico; 2. exigência de treinamento e educação; 3. competência testada dos membros; 4. organização; 5. serviço altruístico.

- (7) Como exemplo de trabalho que utilizou de forma bastante completa o esquema de Parsons citamos o estudo de Ferreira-Santos (1968) sobre o papel das enfermeiras dentro de um hospital-escola.
- (8) Sobre o estruturalismo há inúmeras publicações. Citamos Viet (1973), Auzias (1972), **Câmara et al.** (s.d.).

CAPÍTULO III

AS TÉCNICAS E OS PROCEDIMENTOS

A complexidade que envolve os estudos sobre educação, e do estudante em particular, tem suscitado uma busca bastante profícua em torno da metodologia que melhor se ajuste a essa realidade. Não pretendemos, pois fugiria aos propósitos deste trabalho, analisar os avanços da metodologia das ciências sociais, nem mesmo da pesquisa em educação(1). Como no Capítulo anterior apresentamos os principais enfoques teóricos que vêm orientando as investigações em educação médica, completamos neste Capítulo, de forma genérica, observações sobre os procedimentos e as técnicas de alguns trabalhos já analisados. Da mesma maneira, o nosso quadro teórico fica complementado com a metodologia por nós utilizada.

1. Das técnicas e procedimentos utilizados em alguns estudos sobre o estudante de medicina

Inicialmente, devemos nos reportar aos procedimentos utilizados pelo Bureau of Applied Social Research of Columbia University, através dos trabalhos publicados por Merton, Reader & Kendall (1957). Os procedimentos foram os mais diversos, sendo que a observação direta aparece como recurso para o estudo comportamental do estudante em situações as mais variadas: laboratório de anatomia; relacionamento com o corpo docente; relacionamento com pacientes, etc.. Informação suplementar, de um grupo selecionado de estudantes, foi fornecida através de diários que focalizavam de forma mais detalhada as rotinas diárias, reações e certas experiências e desenvolvimento de atitudes em relação a colegas, professores, pacientes, família e amigos. Acrescentavam a esse momento da investigação entrevistas com os mesmos estudantes. Salienta-se nessa investigação a "técnica de painel", que, envolvendo o uso de questionários estandarizados, para os mesmos indivíduos, possibilitou o fornecimento de dados mais sistemáticos sobre atitudes, experiências, relações sociais, expectativas e valores(2). Procedimentos sociométricos também foram incluídos no estudo de aprendizagem atitudinal e relações sociais entre estudantes de medicina.

Bastante esclarecedor no que se refere aos procedimentos utilizados pelo grupo de Columbia, é o trabalho de Christie & Merton (1957). Nesse trabalho os autores tiveram a preocupação de descrever alguns procedimentos utilizados para identificar uma parte do ambiente educacional: o "clima de valores". Utilizaram para tal a escala criada por Charles E. Osgood denominada "diferencial semântica". O estudante é solicitado a indicar a extensão em que uma pessoa, uma idéia, ou uma imagem

social é descrita por um traço particular que varia entre polos extremos; por exemplo, caracterizar o traço - sociabilidade tomando como polos: sociável e anti-social. As respostas eram posteriormente combinadas em uma escala ordinal. Ainda nesta parte da investigação, com a finalidade de compararem os valores entre estudantes, foi usada a escala denominada "maquiavelismo"(3). Como explicam os autores, "Os itens na escala expressam uma concepção da natureza humana como falível e fraca, uma falta de afeto (i.e. o valor de desapego em tratar com outra pessoa), e o uso de expedientes nas relações sociais. Aqueles que alcançam altos pontos nesta escala endossam tais itens e rejeitam itens de tipo oposto, tais como aqueles que retratam a natureza humana idealisticamente, enfatizando a necessidade de envolvimento caloroso e afetivo com outra pessoa, e consideram que as relações sociais devem sempre ser governadas pela estrita aderência às normas éticas". A utilização de questões hipotéticas também fez parte dos procedimentos. Assim, utilizaram uma questão hipotética retratando o relacionamento de um "proeminente especialista com uma larga prática" com um paciente. Pediram ao estudante que emitisse uma opinião sobre a atitude tomada pelo profissional, se concordava ou não com a orientação dada. Esta questão, que pretendeu aquilatar o tipo de orientação, se dominante ou não-dominante (ou centrada no paciente), foi comparada com outra pergunta, na qual solicitaram aos estudantes que identificassem seus amigos mais íntimos entre os colegas e, entre estes, os que designariam para uma convenção nacional de estudantes de medicina.

Em resumo, os importantes trabalhos desenvolvi-

dos pelo grupo de Columbia procuraram adaptar técnicas e procedimentos considerados clássicos na sociologia, como a entrevista, a observação direta, questionários e outros, visando conhecer uma realidade: o ambiente da escola médica e o estudante, vendo este último não somente de forma retrospectiva (o que o conduz à escola médica), mas longitudinal e prospectivamente (os seus passos na escola médica e suas perspectivas).

Becker et al. (1961) adotaram como principal método de investigação a observação participante, que, na opinião dos autores, oferecia maior oportunidade para descobrir o que era de importância para as pessoas que estavam sendo estudadas e para acompanhar as interconexões do fenômeno. Decidiram, ainda, que não se concentrariam em um grupo de estudantes, mas observariam, como "pseudo-estudantes", as atividades diárias da escola. Procuraram observar de forma continuada e total o que ocorria com os vários grupos de estudantes. Foram ainda utilizadas duas espécies de entrevistas, casuais e informais, com indivíduos e grupos, durante a realização da observação participante e entrevistas estruturadas com estudantes e corpo docente.

Para as entrevistas com os estudantes foi usada uma amostra randômica de quinze elementos de cada série (o curso compreende quatro séries), sendo que foram incluídos mais quatro primeiranistas que constituíam importante subgrupo. Quanto ao corpo docente, cobriram todos os departamentos, sendo que a amostra foi "informal", escolhida ao acaso, no momento em que decidiam realizar a entrevista.

Os procedimentos adotados, e principalmente o fa

to de não pretenderem comparação sistemática e testes estatísticos, conduziram esta investigação a uma análise puramente qualitativa.

Acreditamos que, entre os estudos longitudinais, o de Horowitz (1964), por ter sido realizado num contexto onde os objetivos educacionais eram claramente definidos e pelo seguimento dado à investigação, apresenta uma grande riqueza de informações metodológicas(4). Após ter estudado a experiência dos estudantes durante todo o curso (quatro anos), o autor voltou a entrevistá-los depois de dois anos de graduados e novamente quatro anos mais tarde, totalizando uma intensa pesquisa de quase dez anos.

Os pontos investigados foram levantados através do "estudo de caso", envolvendo desde a natureza da aprendizagem ao desenvolvimento emocional, passando pelas influências exercidas pelo currículo até os diferentes caminhos trilhados pelos estudantes frente à profissão escolhida; foram selecionados vinte estudantes ao final do primeiro ano médico e observações foram feitas num período de seis meses no segundo ano. Além das observações, sete entrevistas foram realizadas no segundo ano; uma ao fim do terceiro ano e duas no quarto ano. Nas duas últimas, uma cobriu a experiência do quarto ano e outra foi a reavaliação dos quatro anos de curso. Serviu-se ainda de outras fontes de informações, incluindo avaliações de rotina e entrevistas conduzidas com o corpo docente da escola, para avaliar o desempenho dos estudantes.

2. Da metodologia utilizada neste estudo.

2.1 Considerações gerais.

Apresenta este trabalho, quanto à metodologia, dois momentos que, apesar de serem formalmente similares, utilizam estratégias diferentes. Situam-se esses momentos em um esquema metodológico único, que é o de "observações repetidas". Como assinala Galtung (1967), há pontos cruciais que devem ser vistos quando se utilizam observações repetidas, "se se utiliza a mesma amostra ou diferentes amostras, se diferentes amostras são obtidas da mesma forma, ou de formas diferentes, e se as observações são feitas ao mesmo tempo, ou em diferentes pontos no tempo".

De um lado, o que denominamos o primeiro momento desta investigação e que se encontra no Capítulo IV e parcialmente no Capítulo V, procura estabelecer os aspectos comuns, utilizando populações diferentes, isto na medida em que são três turmas que ingressaram na escola médica em épocas diferentes. Os dados referentes às três turmas foram obtidos da mesma forma. Tal procedimento deveu-se ao fato de tentar verificar se existia uma similaridade entre as várias turmas que ingressavam na escola médica, o que possibilitaria um maior grau de generalização dos achados do estudo longitudinal. Assim, no segundo momento, para analisar as mudanças ocorridas durante o curso, utilizando uma das turmas, a que constituiu a população inicial, é feita uma repetição das observações em épocas diferentes.

Claramente, temos então no primeiro momento, conforme Galtung (1967), como estratégia, a "duplicação", e no segundo momento um estudo longitudinal. Se, de um lado, o primei-

ro momento não traz uma dimensão no tempo, o estudo longitudinal, além de ser dinâmico, permite dois níveis de análise, tanto ao nível do indivíduo, como do grupo.

Sabe-se que os estudos longitudinais apresentam alguns problemas, e realmente podemos constata-los. A "mortalidade", ou seja, a perda de alguns membros nos diversos passos da investigação e o fato da reaplicação dos instrumentos de coleta de dados levar o indivíduo a se abster de responder constituíram os principais obstáculos ao nosso estudo.

2.2 Técnica para a Coleta de Dados.

Vimos anteriormente que, entre as técnicas utilizadas nos trabalhos de pesquisa sobre o estudante de medicina, o questionário tem merecido especial referência. Em recente trabalho, Rezler (1972), procurando ilustrar os meios pelos quais as atitudes profissionais podem ser definidas em termos suficientemente específicos para torná-las mensuráveis e as diversas abordagens para a mensuração dessas atitudes, ressalta a importância deste instrumento que favorece em muitos aspectos a coleta de informações.

Dentro dos objetivos que traçamos, a elaboração do questionário não ficou restrita a questões fechadas, mas introduzimos também questões abertas. As questões abertas apresentam a vantagem de fornecer um tom mais individual à expressão de sentimentos e opiniões, porém são mais problemáticas em termos de estudo quantitativo. Relatos escritos feitos pelos estudantes também foram utilizados.

O comentário que podemos fazer é que os questionários utilizados cobriram de forma apreciável as nossas pretensões e que mesmo para o estudo longitudinal é a forma mais prática de obter informações.

3. Material

A investigação foi realizada, em sua primeira parte, com três turmas sucessivas de primeiranistas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, nos anos de 1968, 1969 e 1970. O questionário foi aplicado a todos os estudantes que iniciavam o curso médico e estavam presentes no início das atividades escolares, cobrindo, em 1968, o total de 68 estudantes; em 1969, 62 estudantes e, em 1970, 50 estudantes(5). A Tabela 1 mostra a população estudada em proporção à população total.

TABELA 1 - Distribuição da população matriculada e da população investigada, segundo o sexo.

ALUNOS ANO	ALUNOS MATRICULADOS			ALUNOS INVESTIGADOS			PORCENTAGEM INVEST./MATR.
	MASC.	FEM.	TOTAL	MASC.	FEM.	TOTAL	
1968	49	20	69	49	19	68	98,5
1969	53	21	74	42	20	62	83,8
1970	55	16	71	41	9	50	70,4
TOTAL	157	57	214	132	48	180	84,1

Voltamos a aplicar o questionário número 2 na turma de 1968, quando do início do terceiro ano, e obtivemos 68

respostas, porém, na última fase da pesquisa, quando aplicamos o questionário número 3, durante o 5º ano do curso médico, tivemos um total de 50 questionários. Este último fato levou-nos a restringir o nosso estudo longitudinal à população de 50 estudantes, dos quais pudemos obter, em três momentos diferentes, as mesmas informações. Percentualmente, representam 73,5% da população original dessa turma.

Notas do Capítulo III

- (1) Especificamente sobre as pesquisas sócio-médicas, indicamos dois trabalhos: Elinson (1963) e Williams (1963) que, além de fazerem uma análise das possibilidades da pesquisa sócio-médica, oferecem uma bibliografia sobre a área.
- (2) A primeira apresentação sistemática da técnica de painel ("panel analysis") foi publicada em 1938 por Paul F. Lazarsfeld & Marjorie Fiske, "The panel as a new tool for measuring opinion", Public Opinion Quarterly, 1938:596-612.
- (3) No original, "Machiavellianism", nome derivado de Nicolau Maquiavel, sendo que os conceitos são tomados dos seus escritos o Príncipe e Discursos; aparece abreviadamente como Escala Mach IV (IV refere-se a quarta revisão).
- (4) A investigação foi realizada na Western Reserve School of Medicine, na época em que foi introduzida a revisão do programa educacional. Ver nota 2, Capítulo I.
- (5) Algumas informações sobre a Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas encontram-se no ANEXO A.

CAPÍTULO IV

A PROFISSÃO ESCOLHIDA

"O trabalho ocupa normalmente 2/3 da vida humana. Não há, pois, exagero em afirmar que um erro na escolha da profissão equivale a um erro de vida".

Goldberg (1971)

1. A Tomada de Decisão

"Entrei na Escola com o ideal e o intenso desejo de ajudar as pessoas que sofrem, de aliviar a dor, de reparar males e misérias na medida das minhas possibilidades, e, sobretudo, de curar doentes e salvar vidas. Esse era meu ideal aos 17 anos, como o é também agora - lutar por um mundo melhor; e uma das melhores oportunidades para realizar-me na consecução deste ideal era a de chegar a ser médico".

Katz (1966)

"Resolvi fazer medicina por achar que seria nesta profissão que eu me realizaria. Seria fazer medicina que eu adquiriria os conhecimentos sobre a ciência da vida e seria na prática da medicina que eu iria adquirir consciência sobre os problemas e dificuldades de cada um, e teria uma visão humana sobre a vida. Confesso que a curiosidade científica foi o fato predominante que me fez decidir fazer medicina".

(Estudante da F.C.M. - UNICAMP)

Mostramos em nosso esquema teórico de referência que a tentativa de fixar em que momentos de sua vida o indivíduo toma decisões sobre o futuro ocupacional tem sido uma preocupação bastante difundida entre os estudiosos que se dedicaram às investigações no campo das ocupações. Torna-se importante, porém, que se esclareça que nesse processo de tomada de decisão a idade não é vista como um indicador em si mesmo. Nas idades compreendidas dentro de determinados estágios - infância, adolescência e idade adulta - estariam se expressando, mais do que o simples crescimento biológico, todos os processos socializatórios de maturação psíquica e social do indivíduo. A noção tão claramente exposta por Erikson (1971, 1972) do "ciclo de vida", através do qual se desenvolvem processos socializatórios que são cumulativos, parece-nos sobretudo abrangente

para o entendimento dos estágios pelos quais passa o indivíduo(1). Nesses estágios há situações e dilemas a serem resolvidos e, como o próprio Erikson (1972) escreveu, "Em geral é a incapacidade para decidir uma identidade ocupacional o que mais perturba o jovem". Portanto uma questão de importância é saber em que fase de seu desenvolvimento o indivíduo toma a sua decisão, pois como afirmam Morrison & McIntire (1973),

"Embora as preferências, os auto-conceitos ocupacionais e o entendimento do mundo ocupacional possam desenvolver-se durante muitos anos, há pontos no tempo nos quais decisões definitivas devem ser tomadas".

Tomamos, assim, neste Capítulo, como ponto de partida para a nossa análise, uma sequência temporal, verificando tanto a idade em que o indivíduo considerou pela primeira vez a sua ocupação como a idade em que optou definitivamente. A associação das idades às dúvidas e aos padrões de seleção da profissão, juntamente com outras opções e a localização das pessoas que influenciaram a decisão, fornecem-nos os primeiros passos para a visualização de uma tomada de decisão à profissão escolhida.

a. Idade

Se, como escreve Freud (1925) em sua autobiografia, "Naqueles anos juvenis não sentia qualquer predileção especial pela atividade médica, nem a senti mais tarde" e que foi somente após ter ouvido a leitura, em uma conferência, de um ensaio de Goethe sobre "A Natureza" que decidiu inscrever-se na

Faculdade de Medicina, há outros médicos célebres que afirmam ter pensado nessa profissão bastante cedo. Assim, Samuel D. Gross escreveu:

"Eu tive, desde a mais tenra infância, o mais forte desejo de ser um "doutor". Como esse sentimento foi gerado eu nunca fui capaz de explicar... Existem pessoas que nascem poetas; e se há pessoas que nascem médicos, eu fui uma delas"(2).

Quando interrogamos os estudantes sobre a idade em que teriam pensado pela primeira vez em estudar medicina, muitas respostas foram similares à citação acima. Apontar que tiveram presente em idades bastante precoces a preocupação com a profissão médica é fato que encontramos quando os estudantes afirmam:

"Resolvi ser médico porque desde pequeno tive esse desejo" ou,

"A idéia, se estou certo, é quase tão velha quanto eu".

Outros relatam:

"... desde muito novo já havia tomado essa decisão. Isto foi devido à segurança que me foi proporcionada na infância, especialmente do ponto de vista econômico";

"... desde minha infância (e depois de ter sofrido alguns acidentes) estive sempre em contato com médicos, hospitais, e nunca pensei em fazer outra coisa..."

Inúmeras seriam as transcrições, mas analisando os estudantes globalmente, pelas três turmas que investigamos,

verifica-se que cerca de 53,0% dos estudantes pensaram, pela primeira vez, em virem a ser médicos, antes dos 14 anos. Para as três turmas de estudantes as porcentagens mais altas se concentram justamente nesse período, ainda que para a turma de 1968 esta porcentagem esteja bem próxima daquela que se refere aos estudantes que pensaram pela primeira vez em tornar-se médicos dos 14 aos 16 anos. (Tabela 2).

Estudantes de medicina cujos pais são médicos começam a pensar sobre a carreira, em sua grande maioria, (aproximadamente 79,0%) antes dos 14 anos; os estudantes com parentes médicos, embora atinjam também uma porcentagem expressiva, cerca de 55,0%, não são muito mais numerosos que os estudantes cujos parentes têm diferentes profissões e ocupações, somando 51,0% (Gráfico 1).

Pelos dados da Tabela 3, embora para ambos os sexos a maior concentração se encontre antes dos 14 anos, a porcentagem de estudantes do sexo feminino nessa faixa de idade é maior que a do sexo masculino. A não ser para a turma de 1968, a distribuição dos estudantes por sexo, nas turmas de 1969 e 1970, também obedece a mesma tendência, ou seja, a concentração na fase que antecede a adolescência.

Se a maior concentração "em pensar na medicina como carreira" encontra-se em idades precoces, a decisão definitiva é mais tardia. Começa a se revelar, para o grupo como um todo, a partir dos 14 ou 15 anos e atinge maior concentração aos 16 ou 17 anos. São 40,0% os estudantes que assinalam os 16 ou 17 anos como a idade em que tomaram uma decisão definitiva

sobre a escolha da medicina e somente 16,1% dos estudantes apontam ter tomado esta decisão antes dos 14 anos. (Tabela 4).

No que se refere a essa distribuição por sexo (Tabela 5), verifica-se que tanto para o sexo masculino como para o sexo feminino a maior concentração está nas idades de 16 ou 17 anos, sendo que no total a porcentagem de estudantes do sexo feminino que assinalaram estas idades atinge 50,0%, superior à porcentagem de estudantes do sexo masculino, que é de 36,4%. A porcentagem para o sexo feminino é também ligeiramente superior à porcentagem masculina nas idades de 14 ou 15 anos, o que de certa forma corresponde aos achados de Hollender (1971) quando, ao estudar o desenvolvimento das decisões vocacionais durante a adolescência, encontrou que mais mulheres (69,0%) do que homens (59,0%) reportaram uma escolha definitiva nesse período. Assim sendo, em nosso estudo, 75,0% dos estudantes do sexo feminino resolveram de forma definitiva estudar medicina na faixa etária de 14 a 17 anos, ao passo que 57,6% dos elementos do sexo masculino fizeram-no nessa idade.

b. Dúvidas

Teriam tido os estudantes, após a tomada de decisão, dúvidas sobre a escolha da medicina? Frente a esta questão verificamos que cerca de 53,1% dos estudantes mostraram ter tido sérias e/ou ligeiras dúvidas. Para as três turmas investigadas, como pode ser visto na Tabela 6, as porcentagens foram de 51,5%, 50,0% e 58,0%. A distribuição por sexo mostra que, embora ter sérias e/ou ligeiras dúvidas se apresente bastante elevada para ambos os sexos, é maior a concentração para o sexo femi

nino, que atinge 60,4%, sendo de 50,4% para o sexo masculino. (Tabela 7).

Relacionando o grau de dúvidas com a idade em que se decidiram definitivamente pela medicina, observa-se que os dados comprovam a hipótese que aqueles que haviam tomado as decisões em idades mais precoces apresentariam maiores graus de segurança e, portanto, não teriam nenhuma dúvida quanto à decisão. Realmente verificamos que, excetuando-se os indivíduos que se decidiram definitivamente na idade adulta, depois dos 20 anos, e que afirmam não ter tido nenhuma dúvida, a tendência é encontrarmos maiores graus de segurança nas decisões tomadas em idades mais precoces. Isto pode ser confirmado através dos dados apresentados na Tabela 8, onde cerca de 38,0% dos estudantes que se decidiram antes dos 14 anos têm sérias e/ou ligeiras dúvidas em contraposição a 62,1% de estudantes que, estando nessa mesma faixa de idade, assinalaram não ter tido nenhuma dúvida. Comparando-se as populações masculina e feminina verifica-se que o padrão, em linhas gerais, é mantido, ocorrendo, no entanto, diferenças nas porcentagens entre os dois sexos, para o caso daqueles que se decidiram nas idades de 16 a 20 anos. Parece ficar evidente que as mulheres que decidem nessa faixa estaria têm um grau de insegurança maior frente à profissão escolhida. (Tabela 9).

c. Os padrões de seleção da carreira

Quanto aos padrões de seleção da carreira verifica-se que para a maioria (61,1%) a medicina é a única profissão que poderia realmente satisfazer. Um grupo formado por 31,1% dos es

tudantes aponta ser a medicina uma das várias profissões que poderiam satisfazer e para um grupo bastante diminuto, que não atinge 7,0%, a decisão por esta profissão foi feita sem levar em consideração se é ou não a que mais poderia satisfazer. (Tabela 10). Estes mesmos padrões distribuídos por sexo mostram que, expressivamente, 70,8% dos estudantes do sexo feminino situaram-se na categoria que considera a medicina como única profissão; a mesma opinião é compartilhada por 57,6% dos estudantes do sexo masculino. (Tabela 11).

Também, como ocorreu com as dúvidas em relação à seleção da profissão médica, quanto aos padrões há uma associação entre as decisões mais precoces e a consideração da medicina como única profissão que poderia realmente satisfazer. Excepcionam-se também aqueles que se decidiram em idades bem avançadas (depois dos vinte anos). Assim, as decisões tomadas antes dos 14 anos e aos 14 ou 15 anos apresentam as porcentagens mais elevadas em relação a essa categoria: 72,4% e 75,0%, respectivamente. Esta situação fica ainda melhor demonstrada quando se observa que o fato de considerar a medicina como uma das várias carreiras que poderiam satisfazer apresenta uma distribuição inversa à anterior. (Tabela 12).

A associação entre as dúvidas e os padrões de seleção evidenciam que, apesar de terem sérias e/ou ligeiras dúvidas, cerca de 50,0% dos estudantes consideram ser a medicina a única profissão que poderia realmente satisfazê-los, ao passo que 44,2% dos que apresentam as mesmas dúvidas vêm na medicina uma das várias profissões que poderiam satisfazê-los. Expressi-

vamente, no grupo que não tem nenhuma dúvida 73,8% acreditam ser a medicina a única profissão, contra somente 16,7% que acreditam ser uma das várias profissões que lhes trariam satisfação (Tabela 13).

d. Opções profissionais antes da decisão pela medicina

Além das dúvidas e dos padrões de seleção da carreira utilizamos um outro indicador para verificar a firmeza da escolha. Solicitando aos estudantes que respondessem sobre a eventualidade de terem pensado em outras profissões antes de se decidirem definitivamente pela medicina, obtivemos que, no total, 53,3% consideraram uma outra profissão. A porcentagem de estudantes do sexo feminino é ligeiramente superior (58,3%) à do sexo masculino (51,5%) (Tabelas 14 e 15). Observa-se alguma concentração em relação à Engenharia (25,0%), à pesquisa científica (25,0%) e ao magistério superior (10,9%) como as principais atividades que os estudantes escolheriam antes de terem optado pela medicina. Outros campos de trabalho como a Advocacia, Odontologia e Economia, Finanças e Negócios apresentam porcentagens menores. Na área da pesquisa científica referem-se principalmente a Biologia, Física e Bioquímica. (Tabela 16).

Quando se associa a idade de decisão e a consideração de outras carreiras verifica-se que existe uma associação mais forte à medida que as decisões são tomadas em idades mais avançadas. Assim, conforme Tabela 17, enquanto 37,9% dos estudantes que se decidiram antes dos 14 anos consideraram essa possibilidade, a porcentagem aumenta para 69,5% na faixa de decisões tomadas dos 18 aos 20 anos.

e. Pessoas que influenciaram nas decisões

A distribuição dos estudantes segundo a importância conferida às pessoas na tomada de decisão para estudar medicina, como pode ser vista na Tabela 18, evidencia que mesmo se somarmos em um só grupo os que consideraram "muito importante" e/ou "relativamente importante", as porcentagens encontradas não atingem, em nenhuma das pessoas citadas, 50,0%. Há algum destaque em relação ao pai (43,3%), vindo em seguida a mãe (42,2%) e, em terceiro lugar, médicos de que ouviu falar ou leu a respeito (36,0%). Em posição inferior a esses elementos são citados: médicos que conhece pessoalmente (30,0%), e estudantes de medicina que conhece (20,5%). Cerca de 37,0% dos estudantes concederam importância a livros, filmes e peças de teatro.

Quanto à associação entre a idade de decisão e a influência recebida (Tabela 19) verifica-se que, nas decisões tomadas antes dos 14 anos, o pai foi considerado de importância por 69,0% dos estudantes, e a mãe por 65,5%. A importância do pai decresce à medida que as decisões são tomadas mais tarde. Em relação à mãe há um ligeiro acréscimo nas idades de 14 ou 15 anos, vindo a decrescer em seguida. Observa-se, ainda, que não há concentração significativa em relação à influência de parentes nas diferentes idades de decisão. A influência de médicos que conhece pessoalmente é maior para aqueles que se decidiram até os 17 anos de idade; médicos de quem ouviu falar ou leu a respeito estende-se de forma expressiva por todos os grupos de idade. Há alguma sugestão que a influência de estudantes de medicina que conhece marca-se justamente nos períodos em que o

jovem está passando pelo curso secundário, assim como alguma influência de professores secundários seria mais evidente nas idades em que as decisões foram tomadas mais precocemente. A influência de livros, filmes e peças de teatro encontra-se mais concentrada nas decisões anteriores aos 14 anos, embora se manifeste também nas outras idades. "Outros motivos" foram citados, predominando a referência a uma auto-decisão, sem qualquer interferência de pessoas ou fatores. (Tabela 20).

f. Incentivo recebido após a decisão

Vimos anteriormente que os estudantes não atribuíram muita importância aos pais no processo de decisão, porém após terem se decidido verifica-se que forte incentivo é dado pelos pais. 68,3% dos estudantes declararam ter recebido forte incentivo paterno e 72,2% por parte da mãe. Este incentivo é claramente marcante nas decisões tomadas em idades mais jovens, embora esteja presente nas idades mais tardias de decisão. (Tabelas 21 e 22).

g. Análise

A análise comparativa dos resultados obtidos nos itens que levantamos revela alguns aspectos interessantes. Bastante similaridade é encontrada quando comparamos os nossos achados com os obtidos por Rogoff (1957), Manzanilla (1968) e Garcia (1970) quanto à idade em que pela primeira vez os jovens consideraram a medicina como carreira. Assim, 69,0% dos estudantes na pesquisa de Rogoff (1967) haviam considerado a medicina antes dos 15 anos; Manzanilla (1968) verificou que 85,0% dos es

tudantes venezuelanos já haviam pensado nessa possibilidade antes dos 15 anos e os dados de Garcia (1970) apontam que a maioria dos estudantes pensaram pela primeira vez em estudar medicina entre os 10 e 16 anos. De outro lado, a decisão definitiva pela carreira, entre os estudantes norte-americanos, apesar de começar a se marcar a partir dos 16 ou 17 anos (20,6%), apresenta maior concentração dos 18 aos 20 anos (41,0%); entre os venezuelanos, 41,0% estão entre as idades de 16 ou 17 anos, e 28,0% aos 14 ou 15 anos de idade. Por esses dados verifica-se que os resultados que encontramos estão mais próximos deste último padrão do que daquele encontrado por Rogoff.

Na interpretação desses dois aspectos - a emergência de um interesse vocacional e a decisão definitiva - que se situam de forma bastante clara em idades diferentes, o esquema de Ginzberg et al. (1951) parece-nos bastante útil. A maioria dos estudantes (53,0%) havia pensado de forma fantasiosa em estudar medicina em idades bastante precoces e incluem-se na história natural da escolha ocupacional, segundo Ginzberg et al. (1951) num período em que se constróem as inúmeras imagens sobre as ocupações. É este estágio próprio da infância que paulatinamente irá sofrer modificações com a chegada da adolescência, pois às escolhas fantasiosas do primeiro período seguem-se as escolhas tentativas do segundo período. Há um desenvolvimento de interesses, capacidades e valores, embora ainda sejam subjetivos. Iniciando-se aos 11 anos, este período se prolonga até o momento em que o jovem tem que assumir uma atitude realista e decidir-se pela continuação dos seus estudos, ingressando em uma universidade ou no mercado de trabalho, ou ainda pela alter

nativa de exercer as duas atividades. E se uma seleção tentativa, como afirma Garcia (1970), "é o primeiro passo para se obter uma imagem factível que ofereça ao indivíduo um guia para a ação", a escolha definitiva é a transposição para o real desse mundo imaginário que povoa a mente infantil durante os longos períodos que antecederam a concretização de sua busca(3).

Não se pode marginalizar, na interpretação dos dados sobre a escolha ocupacional, dois pontos, pois correríamos o risco de uma simplificação grosseira. O primeiro diz respeito à concretização dessa escolha numa dimensão temporal, à qual se associam as alternativas de carreira; o segundo sobre o papel desempenhado pela família, que nos remete à consideração dos fatores de classe social envolvidos na escolha.

Ao estabelecermos que a fase que culmina com a decisão do indivíduo pela medicina estaria ocorrendo ao final do curso secundário, lembramos que, mesmo tendo esta definição antecedido de 1 a 2 anos o término dos cursos de 2º ciclo, a grande maioria não concretizará imediatamente este ideal. A demora de 1 a 3 anos será necessária. Em nossa população, por exemplo, 96,7% dos estudantes frequentaram cursos vestibulares, dos quais 85,0% seguiram-no de 1 a 2 anos; 7,2% mais de dois anos e somente 4,5% dos estudantes fizeram-no em menos de um ano.

Interessante foi a verificação de que não é isento de dúvidas que o indivíduo ingressa no curso para o qual optou mesmo depois de ter passado por um longo processo de socialização antecipatória, que abrange não somente as influências familiares como as sofridas durante os períodos escolares que

antecedem a sua entrada na escola médica. Isto confirma a idéia de Ginzberg et al. (1951) ao propor que, embora o processo de desenvolvimento da escolha ocupacional seja irreversível na sua totalidade, não é racional em toda a sua plenitude. E como a experiência, para a grande maioria não pode ser desfeita, pois significou um investimento tanto em tempo como em dinheiro e do próprio ego, a escolha não se reduz a um grau de certeza absoluta. Isto explicaria porque há um grupo de estudantes que têm dúvidas quanto à seleção realizada, o que se manifesta de forma mais expressiva para o sexo feminino. Provavelmente este fato ocorre pela própria situação que enfrenta a jovem ao escolher uma profissão cujos padrões são basicamente definidos pelo aexo masculino. Quanto às dúvidas, sem nos alongarmos em comparações, podemos citar que as mesmas são encontradas em estudantes de outras escolas médicas e em outros países. O clássico trabalho de Rogoff (1957) encontrou também que nas idades mais jovens de decisões concentravam-se mais estudantes que não tinham dúvidas: antes dos 14 anos, 55,0%; aos 14 ou 15 anos, 56,0%; aos 16 ou 17 anos, 32,0%; dos 18 aos 20 anos, 28,0% e aos 21 ou mais anos, 41,0%. Também os resultados encontrados por Manzanilla (1968) são bastante similares aos da pesquisa realizada nos Estados Unidos.

Vimos, ainda, que os indivíduos, antes de se decidirem definitivamente pela medicina, pensaram em outras carreiras. Este aspecto, do ponto de vista teórico da escolha ocupacional, é bastante importante, pois introduz a presença de alternativas nesse processo, o que para muitos autores é aspecto fundamental. Só existiria uma verdadeira escolha quando o indi-

víduo selecionasse, entre diversos caminhos, aquele que deveria seguir. Revisando e revendo não somente a sua imagem, mas a realidade que o cerca, o indivíduo irá, como assinalam Ginzberg et al. (1951), "desenvolver uma estratégia que o capacitará a ligar o presente ao futuro, pois as decisões que ele faz hoje o capacitarão a mover-se frente à realização do que ele espera ser amanhã". Foi refletindo mais profundamente sobre este fato, e com os dados obtidos, que chegamos a verificar que embora estivéssemos tratando com um grupo relativamente homogêneo não poderíamos englobar todos os estudantes em uma única categoria. Destacam-se, dessa forma, dois grupos:

1º - Em um grupo incluímos aqueles estudantes para os quais a medicina se apresenta como uma verdadeira situação de escolha, entendida esta como uma seleção relativamente deliberada e racional entre alternativas. Em nosso estudo, este grupo compreende 53,3% do total de estudantes e os seus relatos evidenciam bem esta situação, quando afirmam: "depois de pensar bastante em todas as profissões que poderia vir a ter, e ver os prós e os contras de todas elas, cheguei à conclusão de que a medicina me atraía mais", ou, como diz outro estudante, "logicamente a escolha da medicina como carreira resultou de reflexões sobre outras profissões que fui automaticamente eliminando, visto que não despertavam em mim o mesmo interesse". O fato de eliminarem outras profissões das quais absolutamente não gostavam também é citado com frequência. Há neste grupo aqueles que têm a escolha condicionada a algumas incertezas, quando expressam: "Eu fiquei em dúvida entre medicina e engenharia, gostava tanto de matemática como de biologia". Logicamente, a consideração de

outras carreiras leva esses indivíduos a procrastinar a decisão definitiva.

2º - Em outro grupo aparecem aqueles indivíduos que não consideraram outras carreiras além da medicina e acreditam estar vocacionalmente orientados. Como transcrevemos inicialmente, a idéia de que escolheram esta profissão em um passado remoto, sem dúvidas, por "vocaçãõ", "impulso" ou "desejo" está sempre presente. Comumente, a figura paterna ou a "admiração pela pessoa do médico" são os personagens que fazem parte do cenário onde os jovens vão buscar localizar os motivos que despertaram seu interesse pela medicina. Como afirmava um estudante, "Devido ao fato de meu pai e meu tio serem médicos, e através do que os mesmos diziam, foi despertado em mim o interesse por essa profissão". Ou como dizia um outro estudante, "Desde muito novo havia tomado esta decisão: meu avô era médico, papai o é, tenho várias pessoas na família que são ou foram. Papai foi uma das figuras que mais marcaram minha vida e a idéia de ser médico está associada a ele". É tão importante para estes jovens a seleção realizada que afirmam nunca ter pensado em outra profissão: "Eu nunca pensei nisso", dizia uma estudante que prossegue em seu relato, "Se eu não tivesse entrado na Faculdade de Medicina, talvez deixasse de estudar, fosse trabalhar ou mesmo acabasse casando. Nunca pensei nisso, sinceramente. A medicina era e é minha meta, nada mais me interessa como profissão. Tanto isto é verdade que, quando prestei vestibular após dois anos de cursinho, apenas optei pelas Faculdades de medicina, deixando de lado as demais". Não são excepcionais as declarações que envolvem esta firmeza, como documentamos com outra assertiva: "Tinha

muita confiança em mim mesmo, e mesmo que não houvesse entrado em uma Faculdade de Medicina na primeira tentativa, teria feito uma segunda, e caso não conseguisse teria escolhido uma profissão relacionada com a medicina, Farmácia, por exemplo".

Neste ponto da nossa análise somos levados a re-colocar a importância que os estudantes conferem à família no processo de seleção da carreira médica. Embora esta influência esteja presente em um grupo que não atinge 50,0% dos estudantes investigados, ela não pode ser negada. Constatamos ainda que no grupo dos filhos de médicos esta influência é assinalada como "muito importante" na decisão, para a quase totalidade deles! ^{*} A crescenta-se ainda que, neste grupo, a medicina foi considerada, pela primeira vez, em idades precoces, embora a decisão definitiva tenha sido tomada na mesma época que pelos demais estudantes. Lembramos que seguir a profissão paterna não é casual e isto tem sido verificado em pesquisas que envolveram um grande número de entrevistados, como a de Werts (1968). Nesta investigação, o autor encontrou, entre 76.000 jovens, forte tendência neste sentido; 10,0% dos filhos de médicos, 14,0% dos filhos de cientistas sociais e 35,0% dos filhos de físicos escolheram as carreiras paternas. Entre estudantes secundários de escolas oficiais de São Paulo, Giordano (1958) encontrou que 54,3% dos filhos de engenheiros tinham preferência pela profissão paterna; 37,0% dos filhos de médicos escolhem a profissão médica e 37,0% dos filhos de advogados também escolhem a advocacia como profissão. Segundo Angelini (1954) a tendência em seguir a profissão

* Na população estudada, 14 estudantes são filhos de médicos.

paterna estaria associada ao status conferido à profissão; assim, quando os pais possuem profissões de nível superior, a tendência seria seguir a mesma profissão ou profissão semelhante.

Entre os fatores que contribuíram para esta tendência pode ser citada a influência do ambiente doméstico sobre os valores ocupacionais dos adolescentes e que explicam não somente os nossos resultados como aqueles encontrados por Hall (1948), Scantlebury (1948), Rogoff (1957), Manzanilla (1968) e Garcia (1970). Além da identificação com o pai, encorajando o desenvolvimento dos valores, interesses e objetivos frente à profissão, levados por forte motivação e mesmo pressão para entrar nessa ocupação, não se pode negar a maior probabilidade de acesso para a mesma, como veremos depois.

Tomamos, dessa forma, com as devidas cautelas, a não valorização, por parte dos estudantes, da influência da família, principalmente se atentarmos para o fato analisado por Foracchi (1965), quando assinala que "os meios de que se utiliza a família nem sempre sejam explícitos ou diretos". E, analisando o comportamento das famílias de classe média, conclui que "No contexto das relações familiares se constróem as primeiras aspirações em torno do futuro profissional do jovem".

Essas reflexões sobre o papel da família encaminham-nos a um outro aspecto que julgamos da máxima importância - a influência dos fatores sócio-econômicos. Tomando como referencial o nível ocupacional do pai verificamos em nosso estudo que a tendência encontrada é serem os estudantes procedentes das camadas onde predominam as atividades empresariais, profissio-

nais e não-manuais. No grupo pesquisado, encontramos que em 38,3% dos casos o pai exercia atividades empresariais, seguidos de 23,9% em atividades não-manuais e 18,9% que são profissionais. É pouco representativa a presença de ocupações manuais qualificadas e técnicas, que atingiram 11,7%*. Parece-nos que, no caso dos estudantes de medicina, as camadas médias e altas estariam mais representadas do que as baixas. O predomínio de atividades de nível médio (inspeção e supervisão), seguido de atividades de direção e profissionais, fora constatado por Castro (1968a) em seu estudo entre estudantes do Estado da Guanabara, sendo de 55,1% as ocupações de nível médio, 28,5% as de nível alto. Também nesta pesquisa, somente 10,1% dos candidatos classificados tinham pais em atividades manuais. Estes dados sobre a situação social dos estudantes de medicina é discrepante dos encontrados para o estudante universitário visto globalmente, pois segundo Rabello (1974b) as camadas médias e baixas seriam as mais numerosas com respectivamente 38,9% e 37,8% do contingente estudantil, ao passo que 23,3% pertenceriam às camadas altas. O que nos parece mais acertado concluir é a ocorrência de uma distribuição diferencial dos estudantes, de acordo com seus níveis sociais, pelos diversos cursos. Aqui talvez fiquem patentes que as chances de acesso se distribuem de forma não igualitária. Este fenômeno exaustivamente estudado e demonstrado por Bordieu & Passeron (1975) em relação ao sistema de ensino francês, fora observado entre nós por Gouveia (1968) ao chamar a atenção para o fato da "concentração dos filhos de industriais em faculdades de medicina, arquitetura e engenharia, e os

* Ver Tabela 1.B, ANEXO B.

filhos de operários, em cursos de economia e direito, de segunda categoria"(4 e 5).

Se não se pode negar que a valoração atribuída pelos adolescentes às várias ocupações está permeada pelos valores de classe à qual pertencem, há ainda a própria percepção por parte dos adolescentes das diferenças de oportunidades e dos obstáculos que terão que enfrentar. Geralmente, no caso dos estudantes de medicina, há uma série de componentes estruturais que facilitarão não somente a direção para essa escolha como da rão possibilidades de sua realização.

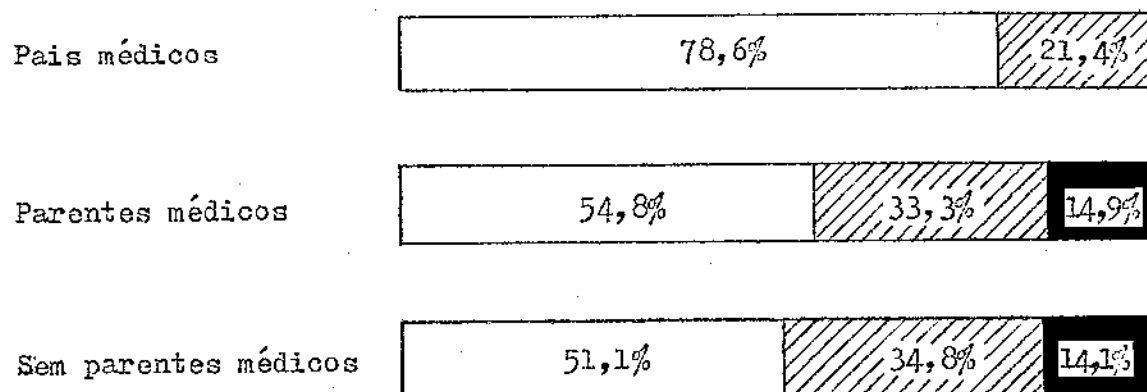
TABELA 2 - Distribuição dos estudantes por turmas, segundo a idade em que pensaram, pela primeira vez, em tornar-se médicos.

IDADE \ TURMAS	1968	1969	1970	TOTAL
Antes dos 14 anos	30 (44,1)	40 (64,5)	25 (50,0)	95 (52,8)
dos 14 aos 16 anos	29 (42,6)	16 (25,8)	15 (30,0)	60 (33,3)
17 ou 18 anos	7 (10,3)	5 (8,1)	8 (16,0)	20 (11,1)
19 ou 20 anos	1 (1,5)	1 (1,6)	1 (2,0)	3 (1,7)
depois dos 20 anos	1 (1,5)	- (-)	1 (2,0)	2 (1,1)
TOTAL	68 (100,0)	62 (100,0)	50 (100,0)	180 (100,0)

TABELA 3 - Distribuição dos estudantes, por turmas e por sexo, segundo a idade em que pensaram, pela primeira vez, em tornar-se médicos.

IDADE \ TURMAS	1968		1969		1970		TOTAL	
	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.
Antes dos 14 anos	23 (46,9)	7 (36,8)	26 (61,9)	14 (70,0)	18 (43,9)	7 (77,8)	67 (50,7)	28 (58,3)
dos 14 aos 16 anos	18 (36,7)	11 (57,9)	12 (28,6)	4 (20,0)	14 (34,1)	1 (11,1)	44 (33,3)	16 (33,3)
17 ou 18 anos	6 (12,2)	1 (5,3)	3 (7,1)	2 (10,0)	7 (17,1)	1 (11,1)	16 (12,1)	4 (8,3)
19 ou 20 anos	1 (2,0)	- (-)	1 (2,4)	- (-)	1 (2,4)	- (-)	3 (2,3)	- (-)
depois dos 20 anos	1 (2,0)	- (-)	- (-)	- (-)	1 (2,4)	- (-)	2 (1,5)	- (-)
TOTAL	49 (100,0)	19 (100,0)	42 (100,0)	20 (100,0)	41 (100,0)	9 (100,0)	132 (100,0)	48 (100,0)

GRÁFICO 1 - Distribuição dos estudantes de acordo com a idade em que pensaram pela primeira vez em estudar medicina e a presença de médicos na família.



Legenda

 antes dos 14 anos

 14 - 17 anos

 acima dos 17 anos

TABELA 4 - Distribuição dos estudantes, por turmas, segundo a idade em que resolveram, de forma definitiva, estudar medicina.

IDADE	TURMAS	1968	1969	1970	TOTAL
Antes dos 14 anos		10 (14,7)	10 (16,1)	9 (18,0)	29 (16,1)
14 ou 15 anos		15 (22,0)	16 (25,8)	9 (18,0)	40 (22,2)
16 ou 17 anos		26 (38,2)	26 (41,9)	20 (40,0)	72 (40,0)
dos 18 aos 20 anos		16 (23,5)	9 (14,5)	11 (22,0)	36 (20,0)
depois dos 20 anos		1 (1,5)	1 (1,6)	1 (2,0)	3 (1,7)
TOTAL		68 (100,0)	62 (100,0)	50 (100,0)	180 (100,0)

TABELA 5 - Distribuição dos estudantes, por turmas e por sexo, segundo a idade em que resolveram, de forma definitiva, estudar medicina.

IDADE \ TURMAS E SEXO	1968		1969		1970		TOTAL	
	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.
Antes dos 14 anos	9 (18,4)	1 (5,3)	7 (16,7)	3 (15,0)	8 (19,5)	1 (11,1)	24 (18,2)	5 (10,4)
14 ou 15 anos	10 (20,4)	5 (26,3)	11 (26,2)	5 (25,0)	7 (17,1)	2 (22,2)	28 (21,2)	12 (25,0)
16 ou 17 anos	15 (30,6)	11 (57,9)	18 (42,8)	8 (40,0)	15 (36,6)	5 (55,5)	48 (36,4)	24 (50,0)
dos 18 aos 20 anos	14 (28,6)	2 (10,5)	6 (14,3)	3 (15,0)	10 (24,4)	1 (11,1)	30 (22,7)	6 (12,5)
depois dos 20 anos	1 (2,0)	- (-)	- (-)	1 (5,0)	1 (2,4)	- (-)	2 (1,5)	1 (2,1)
TOTAL	49 (100,0)	19 (100,0)	42 (100,0)	20 (100,0)	41 (100,0)	9 (100,0)	132 (100,0)	48 (100,0)

TABELA 6 - Distribuição dos estudantes, por turmas, segundo as dúvidas em relação à escolha da profissão médica.

TURMAS DÚVIDAS	1968	1969	1970	TOTAL
Sérias e/ou ligeiras dúvidas	35 (51,5)	31 (50,8)	29 (58,0)	95 (53,1)
Nenhuma dúvida	33 (48,5)	30 (49,2)	21 (42,0)	84 (46,9)
TOTAL	68 (100,0)	61 (100,0)	50 (100,0)	179 (100,0)

- Exclui-se 1 estudante que deixou de responder a questão pertinente.

TABELA 7 - Distribuição dos estudantes, por turmas e por sexo, segundo as dúvidas em relação à escolha da profissão médica.

TURMAS E SEXO	1968		1969		1970		TOTAL	
DÚVIDAS	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.
Sérias e/ou ligei- ras dúvidas	24 (49,0)	11 (57,9)	19 (46,3)	12 (60,0)	23 (56,1)	6 (66,7)	66 (50,4)	29 (60,4)
nenhuma dúvida	25 (51,0)	8 (42,1)	22 (53,7)	8 (40,0)	18 (43,9)	3 (33,3)	65 (49,6)	19 (39,6)
TOTAL	49 (100,0)	19 (100,0)	41 (100,0)	20 (100,0)	41 (100,0)	9 (100,0)	131 (100,0)	48 (100,0)

- Exclui-se 1 estudante que deixou de responder a questão pertinente.

TABELA 8 - Distribuição dos estudantes, segundo a relação entre dúvidas e idade de decisão. Total das turmas de 1968, 1969 e 1970.

IDADE DE DECISÃO DUVIDAS	Antes dos 14 anos	14 ou 15 anos	16 ou 17 anos	18 aos 20 anos	depois dos 20 anos	TOTAL
Sérias e/ou ligeiras dúvidas	11 (37,9)	19 (48,7)	42 (58,3)	23 (63,9)	- (-)	95 (53,1)
nenhuma dúvida	18 (62,1)	20 (51,3)	30 (41,7)	13 (36,1)	3 (100,0)	84 (46,9)
TOTAL	29(100,0)	39(100,0)	72(100,0)	36(100,0)	3(100,0)	179(100,0)

- Exclui-se 1 estudante que deixou de responder as questões pertinentes.

TABELA 9 - Distribuição dos estudantes, por sexo, segundo a relação entre dúvidas e idade de decisão. Total das turmas de 1968, 1969 e 1970.

IDADE DE DECISÃO \ DÚVIDAS	SEXO	Sérias e/ou ligeiras dú- vidas	Nenhuma dúvida	TOTAL
Antes dos 14 anos	MASC.	9 (37,5)	15 (62,5)	24 (100,0)
	FEM.	2 (40,0)	3 (60,0)	5 (100,0)
	TOTAL	11 (37,9)	18 (62,1)	29 (100,0)
14 ou 15 anos	MASC.	14 (51,9)	13 (48,1)	27 (100,0)
	FEM.	5 (41,7)	7 (58,3)	12 (100,0)
	TOTAL	19 (48,7)	20 (51,3)	39 (100,0)
16 ou 17 anos	MASC.	25 (52,1)	23 (47,9)	48 (100,0)
	FEM.	17 (70,8)	7 (29,2)	24 (100,0)
	TOTAL	42 (58,3)	30 (41,7)	72 (100,0)
dos 18 aos 20 anos	MASC.	18 (60,0)	12 (40,0)	30 (100,0)
	FEM.	5 (83,3)	1 (16,7)	6 (100,0)
	TOTAL	23 (63,9)	13 (36,1)	36 (100,0)
depois dos 20 anos	MASC.	- (-)	2 (100,0)	2 (100,0)
	FEM.	- (-)	1 (100,0)	1 (100,0)
	TOTAL	- (-)	3 (100,0)	3 (100,0)

TABELA 10 - Distribuição dos estudantes, por turmas, segundo os padrões de seleção da carreira médica.

TURMAS PADRÕES	1968	1969	1970	TOTAL
"é a única profissão que poderia realmente satisfazer-me"	40 (58,8)	42 (67,7)	28 (56,0)	110 (61,1)
"é uma das várias profissões que poderiam satisfazer-me"	24 (35,3)	16 (25,8)	16 (32,0)	56 (31,1)
"depois de muito ter pensado, julgo não ser esta a profissão que mais possa satisfazer-me"	- (-)	1 (1,6)	1 (2,0)	2 (1,1)
"decidi-me por esta profissão sem levar em consideração se é ou não a que mais possa satisfazer-me"	4 (5,9)	3 (4,8)	5 (10,0)	12 (6,7)
TOTAL	68 (100,0)	62 (100,0)	50 (100,0)	180 (100,0)

TABELA 11 - Distribuição dos estudantes, por turnas e por sexo, segundo os padrões de seleção da carreira médica.

TURMAS E PADRÕES SEXO	1968		1969		1970		TOTAL	
	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.
"é a única profissão que poderia realmente satisfazer-me"	29 (59,2)	11 (57,9)	27 (64,3)	15 (75,0)	20 (48,8)	8 (88,9)	76 (57,6)	34 (70,8)
"é uma das várias profissões que po- deriam satisfazer- me"	16 (32,6)	8 (42,1)	11 (26,2)	5 (25,0)	15 (36,6)	1 (11,1)	42 (31,8)	14 (29,2)
"depois de muito ter pensado, julgo não ser esta a profis- são que mais possa satisfazer-me".	- (-)	- (-)	1 (2,4)	- (-)	1 (2,4)	- (-)	2 (1,5)	- (-)
"decidi-me por esta profissão sem levar em consideração se é ou não a que mais possa satisfazer- me"	4 (8,2)	- (-)	3 (7,1)	- (-)	5 (12,2)	- (-)	12 (9,1)	- (-)
TOTAL	49 (100,0)	19 (100,0)	42 (100,0)	20 (100,0)	41 (100,0)	9 (100,0)	132 (100,0)	48 (100,0)

TABELA 12 - Distribuição dos estudantes segundo a relação entre a idade de decisão e padrões de seleção da carreira médica. Total das turmas de 1968, 1969 e 1970.

IDADE	PADRÕES				TOTAL
	a	b	c	d	
Antes dos 14 anos	21 (72,4)	7 (24,1)	- (-)	1 (3,4)	29 (100,0)
14 ou 15 anos	30 (75,0)	7 (17,5)	- (-)	3 (7,5)	40 (100,0)
16 ou 17 anos	41 (56,9)	25 (34,7)	1 (1,4)	5 (6,9)	72 (100,0)
18 aos 20 anos	15 (41,7)	17 (47,2)	1 (2,8)	3 (8,3)	36 (100,0)
depois dos 20 anos	3 (100,0)	- (-)	- (-)	- (-)	3 (100,0)

a = "é a única profissão que poderia realmente satisfazer-me".

b = "é uma das várias profissões que poderiam satisfazer-me".

c = "depois de muito ter pensado, julgo não ser esta a profissão que mais possa satisfazer-me".

d = "decidi-me por esta profissão sem levar em consideração se é ou não a que mais possa satisfazer-me".

TABELA 13 - Distribuição dos estudantes, por turmas, segundo a relação entre dúvidas e padrões de seleção da carreira médica.

PADRÕES DÚVIDAS	TURMA	a	b	c	d	TOTAL
Sérias e/ou ligeiras dúvidas	1968	16 (45,7)	18 (51,4)	- (-)	1 (2,9)	35 (100,0)
	1969	19 (61,3)	10 (32,2)	- (-)	2 (6,4)	31 (100,0)
	1970	12 (41,4)	14 (48,3)	- (-)	3 (10,3)	29 (100,0)
TOTAL	-	47 (49,5)	42 (44,2)	- (-)	6 (6,3)	95 (100,0)
nenhuma dúvida	1968	24 (72,7)	6 (18,2)	- (-)	3 (9,1)	33 (100,0)
	1969	22 (73,3)	6 (20,0)	1 (3,3)	1 (3,3)	30 (100,0)
	1970	16 (76,2)	2 (9,5)	1 (4,8)	2 (9,5)	21 (100,0)
TOTAL	-	62 (73,8)	14 (16,7)	2 (2,4)	6 (7,1)	84 (100,0)

a = "é a única profissão que poderia realmente satisfazer-me".

b = "é uma das várias profissões que poderiam satisfazer-me".

c = "depois de muito ter pensado, julgo não ser esta a profissão que mais possa satisfazer-me".

d = "decidi-me por esta profissão sem levar em consideração se é ou não a que mais possa satisfazer-me".

-- Exclui-se 1 estudante da turma de 1969 que deixou de responder as questões pertinentes.

TABELA 14 - Distribuição dos estudantes, por turmas, segundo a consideração de seguir ou não outras carreiras.

CONSI- DERARAM OU- TRAS CARREIRAS	TURMAS	1968	1969	1970	TOTAL
SIM		46 (67,6)	27 (43,5)	23 (46,0)	96 (53,3)
NÃO		22 (32,3)	35 (56,4)	27 (54,0)	84 (46,7)
TOTAL		68 (100,0)	62 (100,0)	50 (100,0)	180 (100,0)

TABELA 15 - Distribuição dos estudantes, por turmas e por sexo, segundo a consideração de seguir ou não outras carreiras.

CONSI- DERARAM OU- TRAS CARREIRAS	1968		1969		1970		TOTAL	
	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.
SIM	32 (65,3)	14 (73,7)	19 (45,2)	8 (40,0)	17 (41,5)	6 (66,7)	68 (51,5)	28 (58,3)
NÃO	17 (34,7)	5 (26,3)	23 (54,8)	12 (60,0)	24 (58,5)	3 (33,3)	64 (48,5)	20 (41,7)
TOTAL	49 (100,0)	19 (100,0)	42 (100,0)	20 (100,0)	41 (100,0)	9 (100,0)	132 (100,0)	48 (100,0)

TABELA 16 - Distribuição dos estudantes, por turmas, segundo as profissões consideradas antes de optar pela medicina.

PROFISSÕES \ TURMAS	1968	1969	1970	TOTAL
Engenharia, arquitetura	15 (27,3)	8 (19,5)	9 (28,1)	32 (25,0)
Pesquisa científica	16 (29,1)	9 (21,9)	7 (21,9)	32 (25,0)
Magistério superior	7 (12,7)	4 (9,6)	3 (9,4)	14 (10,9)
Magistério primário ou secundário	4 (7,3)	5 (12,2)	1 (3,1)	10 (7,8)
Advocacia	5 (9,1)	2 (4,9)	2 (6,2)	9 (7,0)
Economia, finanças, negócios	3 (5,4)	4 (9,6)	1 (3,1)	8 (6,2)
Odontologia	5 (9,1)	- (-)	3 (9,4)	8 (6,2)
Geologia	- (-)	2 (4,9)	2 (6,2)	4 (3,1)
Psicologia	- (-)	2 (4,9)	1 (3,1)	3 (2,3)
Sacerdócio	- (-)	1 (2,4)	1 (3,1)	2 (1,6)
Artes plásticas	- (-)	1 (2,4)	- (-)	1 (0,8)
Comunicação	- (-)	1 (2,4)	- (-)	1 (0,8)
Diplomacia	- (-)	1 (2,4)	- (-)	1 (0,8)
Filosofia	- (-)	1 (2,4)	- (-)	1 (0,8)
Militar	- (-)	- (-)	1 (3,1)	1 (0,8)
Pedagogia	- (-)	- (-)	1 (3,1)	1 (0,8)
TOTAL DE RESPOSTAS	55(100,0)	41(100,0)	32(100,0)	128 (100,0)

TABELA 17 - Distribuição dos estudantes, segundo a relação entre idade de decisão e a consideração de seguir ou não outras carreiras. Total das turmas de 1968, 1969 e 1970.

CONSIDERARAM OUTRAS CARREIRAS IDADE DE DECISÃO	SIM	NÃO	TOTAL
Antes dos 14 anos	11 (37,9)	18 (62,1)	29 (100,0)
14 ou 15 anos	15 (37,5)	25 (62,5)	40 (100,0)
16 ou 17 anos	43 (59,7)	29 (40,3)	72 (100,0)
dos 18 aos 20 anos	25 (69,5)	11 (30,5)	36 (100,0)
depois dos 20 anos	2 (66,7)	1 (33,3)	3 (100,0)

TABELA 18 - Distribuição dos estudantes, segundo a importância conferida a pessoas e outros fatores na decisão para estudar medicina. Total das turmas de 1968, 1969 e 1970.

GRAU DE IMPORTÂNCIA PESSOAS E FATORES	Relativa- mente im- portante					Sem impor- tância	Não respon- deu	TOTAL
	Muito im- portante	Pouco im- portante	Relativa- mente im- portante	Pouco im- portante	Relativa- mente im- portante			
Pai	40 (22,2)	38 (21,1)	43 (23,9)	56 (31,1)	3 (1,7)	180 (100,0)		
Mãe	26 (14,4)	50 (27,8)	48 (26,7)	53 (29,4)	3 (1,7)	180 (100,0)		
Outros parentes	10 (5,5)	28 (15,5)	30 (16,7)	108 (60,0)	4 (2,2)	180 (100,0)		
Amigos não ligados à medi- cina	3 (1,7)	13 (7,2)	26 (14,4)	131 (72,8)	7 (3,9)	180 (100,0)		
Médicos que conhece pessoal- mente	14 (7,8)	40 (22,2)	43 (23,9)	78 (43,3)	5 (2,8)	180 (100,0)		
Médicos de que ouviu falar ou leu a respeito	19 (10,5)	46 (25,5)	42 (23,3)	68 (37,8)	5 (2,8)	180 (100,0)		
Estudantes de medicina que conhece	8 (4,4)	29 (16,1)	39 (21,7)	98 (54,4)	6 (3,3)	180 (100,0)		
Professores secundários	5 (2,8)	22 (12,2)	23 (12,8)	126 (70,0)	4 (2,2)	180 (100,0)		
Livros, filmes, peças de teatro	22 (12,2)	44 (24,4)	41 (22,8)	69 (38,3)	4 (2,2)	180 (100,0)		
Outros	35 (19,4)	3 (1,7)	2 (1,1)	9 (5,0)	131 (72,8)	180 (100,0)		

TABELA 19 - Distribuição dos estudantes, segundo a relação entre a idade de decisão e influência exercida pelos pais (descrita como "muito importante" e "relativamente importante"). Total das turmas de 1968, 1969 e 1970.

IDADE DE DECISÃO \ PAIS	PAI	MÃE	TOTAIS (x)
Antes dos 14 anos	20 (69,0)	19 (65,5)	29
14 ou 15 anos	23 (57,5)	27 (67,5)	40
16 ou 17 anos	27 (37,5)	23 (31,9)	72
dos 18 aos 20 anos	7 (19,4)	6 (16,7)	36
depois dos 20 anos	1 (33,3)	1 (33,3)	3

(x) Estes totais referem-se aos estudantes compreendidos em cada grupo de idade.

TABELA 20 - Distribuição dos estudantes, segundo a relação entre a idade de decisão e influência exercida por outras pessoas e fatores (descrita como "muito importante" e "relativamente importante"). Total das turmas de 1968, 1969 e 1970.

IDADE DE DECISÃO	Parentes	Amigos não ligados à medicina	Médicos que conhecem pessoalmente	Médicos de quem ouviu falar ou leu a respeito	Estu- dan- tes de medicina	Professo- res se- cundá- rios	Livros, filmes, peças de teatro	TOTALS (x)
Antes dos 14 anos	7(24,1)	2 (6,9)	9(31,0)	11(37,9)	3(10,5)	6(20,7)	13(44,8)	29
14 ou 15 anos	10(25,0)	4(10,0)	15(37,5)	16(40,0)	7(17,5)	8(20,0)	15(37,5)	40
16 ou 17 anos	13(18,0)	4 (5,5)	24(33,3)	27(37,5)	23(31,9)	9(12,5)	24(33,3)	72
dos 18 aos 20 anos	7(19,4)	6(16,7)	6(16,7)	10(30,5)	4(11,1)	4(11,1)	13(36,1)	36
depois dos 20 anos	1(33,3)	- (-)	- (-)	1(33,3)	- (-)	- (-)	1(33,3)	3

(x) Estes totais referem-se aos estudantes compreendidos em cada grupo de idade.

TABELA 21 - Distribuição dos estudantes, segundo o incentivo recebido após a decisão pela carreira médica. Total das turmas de 1968, 1969 e 1970.

GRAU DE INCENTIVO MEMBROS DA FAMÍLIA	Forte in- centivo	Fraco in- centivo	Não ex- pressou opinião	Leve oposição	Forte oposição	Não res- pondeu	TOTAL
Pai	123(68,3)	17 (9,4)	30(16,7)	5 (2,8)	1 (0,5)	4 (2,2)	180(100,0)
Mãe	130(72,2)	22(12,2)	17 (9,4)	8 (4,4)	- (-)	3 (1,7)	180(100,0)
Irmãos	84(46,7)	28(15,5)	53(29,4)	1 (0,5)	1 (0,5)	13 (7,2)	180(100,0)
Outros parentes	70(38,9)	46(25,5)	51(28,3)	4 (2,2)	- (-)	9 (5,0)	180(100,0)

TABELA 22 - Distribuição dos estudantes, conforme a relação entre a idade de decisão e o incentivo recebido pelos pais (descrito como "forte incentivo"). Total das turmas de 1968, 1969 e 1970.

IDADE DE DECISÃO \ PAIS	PAI	MÃE	TOTAIS (x)
Antes dos 14 anos	24 (82,7)	23 (79,3)	29
14 ou 15 anos	28 (70,0)	33 (82,5)	40
16 ou 17 anos	51 (70,8)	52 (72,2)	72
dos 18 aos 20 anos	19 (52,8)	21 (58,3)	36
depois dos 20 anos	1 (33,3)	1 (33,3)	3

(x) Estes totais referem-se aos estudantes compreendidos em cada grupo de idade.

2. A Configuração dos Valores da Profissão

"Presumimos que qualquer um que vai trilhar o caminho da medicina tem um conjunto de idéias sobre qual é o trabalho (habilidades e tarefas) do médico, qual é o seu papel, quais são as várias carreiras médicas e sobre si mesmo como uma pessoa que pode aprender as habilidades, desempenhar o papel e seguir uma das possíveis carreiras".

Hughes (1956)

Dentro do marco que adotamos para a análise do processo de escolha ocupacional, o segundo elemento a ser estudado refere-se aos valores da profissão. Na tentativa de apreender a perspectiva do estudante no momento em que a sua posição já está definida - como acadêmico de medicina - fomos buscar, em parte nas próprias representações construídas sobre a profissão médica e em parte no que o estudante elabora idealmente, os elementos principais da configuração da profissão. Isto não significa que as representações construídas nas diversas fases de sua vida e que antecedem a sua entrada na escola não sejam de importância. São importantes e permeiam o próprio processo seletivo; das imagens fantasiosas à fixação em um campo específico, nas interrogações do "vir-a-ser" e na identificação com a ocupação, os conteúdos simbólicos estariam presentes. Co-

mo vimos, há nos inquêritos sobre os estudantes de medicina várias tentativas de discriminar esses valores, porém em sua grande maioria diluem-se no meio de outras informações. Feitas essas observações iniciais, uma interrogação se coloca. Quais seriam estes símbolos, que para muitos autores, como Becker(1970), servem inclusive para delimitar a natureza de uma profissão? Na síntese proposta por ele, vamos encontrar uma resposta:

"Este símbolo da profissão ideal consiste de um conjunto de idéias sobre a espécie de trabalho feito por uma profissão real, suas relações com membros de outras profissões, as relações internas de seus próprios membros, suas relações com clientes e o público geral, o caráter das motivações de seus próprios membros, e a espécie de recrutamento e treinamento necessário para sua perpetuação".

Sem a necessidade de verificar outros detalhes, devemos, porém, situar que os conteúdos simbólicos estão codificados no universo social e cultural e ao mesmo tempo informam e são informados pela praxis profissional. Não se trata também de discutir se os símbolos e a organização e a prática profissionais no plano real são conflitantes, o que de certa forma colocamos na análise crítica da literatura.

Localizar as categorias tomando como ponto de partida o que se depreende da representação coletiva e da própria codificação ética da profissão médica, verificando como se fazem presentes nas expressões estudantis, pareceu-nos a forma de procedimento mais adequada para este estudo(6).

a. A profissão médica tal como é descrita

Encontrar nas inúmeras características de uma profissão alguns denominadores que fornecessem a possibilidade de traçar um quadro descritivo não constitui uma tarefa simples. Porém, na medida em que se analisa uma profissão considerada protótipo - "se alguma coisa "é" uma profissão, esta profissão é a medicina contemporânea" - na posição assumida por Freidson (1972), torna-se mais fácil separar em um amplo espectro de valores aqueles que se tornaram mais marcantes. Esses valores estariam associados à prestação de um serviço à coletividade, à responsabilidade social, ao auxílio direto aos indivíduos, ao prestígio da profissão, ao reconhecimento que poderia ser encontrado ao nível intra-profissional, à segurança e rentabilidade da profissão, às exigências de trabalho profissional.

Dimensionando as descrições em graus que refletiam a aceitabilidade ou não do que era proposto, houve a possibilidade de atingir um primeiro nível na configuração dos valores da profissão. Este nível viria a ser completado com a questão que colocamos aos estudantes sobre a caracterização de sua atividade profissional e sobre os atributos do médico. Já neste último nível as categorias são construídas a partir dos próprios relatos.

A ênfase em descrever a profissão médica como uma "profissão a serviço da coletividade", uma "profissão de grande responsabilidade social" e uma "profissão que auxilia os indivíduos diretamente" é encontrada nas três turmas estudadas. A orientação para a coletividade como um dos traços marcantes pa-

ra a profissão é citada por 66,1% dos estudantes, vindo em seguida a responsabilidade social, 63,3%, e o fato de ser uma profissão que auxilia diretamente os indivíduos é citado em terceiro lugar por 54,4%. (Tabela 23). Como uma descrição razoável da profissão, 40,5% assinalaram o fato de que esta atividade "requer trabalho mais árduo que outras profissões". Expressivamente insatisfatória é a descrição da profissão médica como segura e lucrativa, o mesmo ocorrendo em relação ao reconhecimento que possa ser dado pelos colegas. Interessante verificar que cerca de 47,0% não a descrevem como sendo uma profissão que tenha alta posição na comunidade.

A distribuição das opiniões dos estudantes pelas turmas pode ser apreciada nas Tabelas 24, 25 e 26. Observa-se que há coincidência quanto a considerar em primeiro lugar a medicina como uma "profissão a serviço da coletividade" e "profissão de grande responsabilidade social" para a turma de 1968, enquanto é colocado em segundo lugar "auxiliar os indivíduos diretamente". As turmas de 1969 e 1970 seguem o padrão encontrado para a população como um todo.

A segurança e a rentabilidade são características que descrevem insatisfatoriamente a profissão para as turmas de 1968, 1969 e 1970, respectivamente nas seguintes proporções: 61,8%, 72,6% e 64,0%. Ainda para a turma de 1968, aparece em primeiro lugar, com 61,8%, como descrição insatisfatória, a medicina como profissão em que a verdadeira capacidade é reconhecida pelos colegas. Esta caracterização será citada em segundo lugar pelos alunos da turma de 1969, correspondendo a 66,1% e

para os alunos da turma de 1970, por 56,0%. Se, para as turmas de 1968 e 1970, a descrição da medicina como profissão que tem alta posição na comunidade é considerada insatisfatória por aproximadamente 40,0% dos estudantes, já para a turma de 1969 a porcentagem atinge 64,5%.

A distribuição dos estudantes por sexo, em relação à classificação das descrições consideradas como "muito boas", não mostra diferenças. Tanto os estudantes do sexo masculino como os de sexo feminino apontam as seguintes porcentagens "profissão a serviço da coletividade": sexo masculino 68,2%, sexo feminino 60,4%; "profissão de grande responsabilidade social": sexo masculino 64,4%, sexo feminino 60,4%; "profissão que auxilia os indivíduos diretamente": sexo masculino 54,5%, sexo feminino 54,2%. A maioria dos estudantes de ambos os sexos consideram insatisfatórias, em porcentagens acentuadamente altas, as seguintes descrições: "profissão que é segura e lucrativa", 62,1% dos estudantes do sexo masculino e 77,1% dos estudantes do sexo feminino; "profissão em que a verdadeira capacidade é reconhecida pelos colegas", 57,6% dos estudantes do sexo masculino e 72,9% dos estudantes do sexo feminino. A descrição da profissão médica como tendo alta posição na comunidade foi considerada insatisfatória por 66,7% da população do sexo feminino e por aproximadamente 40,0% da população do sexo masculino. (Gráfico 2).

Entre as descrições apresentadas, 45,1% do total das três turmas apontaram "uma profissão a serviço da coletividade" como a que melhor descrevia a profissão médica. Em segui-

da, 30,3% dos estudantes selecionaram "uma profissão de grande responsabilidade social", sendo a terceira escolha - "uma profissão que auxilia os indivíduos diretamente" - feita por 21,7% da população estudada.

Verificamos que os estudantes que fizeram uma escolha de profissão em idades mais precoces crêem que "uma profissão a serviço da coletividade" é a descrição que melhor caracteriza a medicina, pois foi apontada por 54,0% daqueles que se decidiram até os 15 anos de idade. Entre os que tomaram uma decisão na faixa dos 16 aos 17 anos a porcentagem de escolha desta descrição decresce para 38,6%, voltando a aumentar entre os que fizeram sua opção pela carreira médica aos 18 anos ou mais de idade, marcando-se como a melhor alternativa para 42,1% desses alunos. (Tabela 27).

O grupo de estudantes que não têm nenhuma dúvida em relação à escolha da profissão apresentou a melhor descrição da medicina como "uma profissão a serviço da coletividade" em número ligeiramente superior a essa mesma alternativa apontada pelos que têm sérias e/ou ligeiras dúvidas. Descrevendo-se a medicina como "uma profissão que auxilia os indivíduos diretamente", observou-se o inverso, isto é, os que têm dúvidas na escolha da carreira apontaram esta como a melhor descrição da profissão médica em número mais elevado que os que não têm dúvidas. Ao selecionar a descrição da medicina como "uma profissão de grande responsabilidade social" não existiu, praticamente, diferença de número de estudantes sem nenhuma dúvida e com sérias e/ou ligeiras dúvidas em relação à escolha da carreira médica. (Ta

bela 28).

b. Os valores profissionais

Analisando os valores profissionais, pode-se atingir dois aspectos em relação à profissão: de um lado, as motivações do estudante para a carreira escolhida e, de outro, os valores atribuídos à medicina como profissão. Colocando-se na posição de médico praticante, os estudantes tiveram a possibilidade de, pensando em termos futuros, especificar os aspectos que estariam dando direção às suas escolhas, assim como dimensionando os seus valores de orientação.

A possibilidade de, como profissional, "ser capaz de ajudar outras pessoas" é o valor de orientação mais expressivo. Representa a opinião de 84,3% de todos os estudantes, sendo colocado em primeiro lugar pelas três turmas investigadas. Segue-se para as duas primeiras turmas, de 1968 e 1969, "ser capaz de tratar diretamente com as pessoas", cujos resultados são 51,5% e 61,3%, respectivamente. Embora esta opinião figure em segundo lugar para o total das turmas, para a turma de 1970 coloca-se em terceiro lugar, com 49,0%, uma vez que esta turma seleciona como segundo valor de orientação o fato de que profissionalmente poderão fazer trabalhos que envolvem métodos e pesquisas científicas, com 65,3%. Embora não atingindo 50,0% das opiniões, a natureza desafiadora e estimulante do trabalho médico foi também um valor destacado pelos estudantes. (Tabela 29).

Verifica-se que "o fato da medicina ser uma profissão altamente respeitada", "ser seu próprio chefe", "ter pes

soas interessantes e inteligentes como colegas" e "estar certo de ganhar uma boa renda" são situações que não apresentam a mesma relevância das alternativas citadas anteriormente.

A distribuição por sexo mostra que, tanto para a população masculina como para a feminina, o ideal profissional de "ser capaz de ajudar outras pessoas" coloca-se em primeiro lugar, com as porcentagens mais altas. Conforme os dados da Tabela 30, representa a opinião de 86,4% da população masculina e 78,7% da população feminina. Considerando as três situações que alcançaram valores mais altos, verificamos que, a não ser na citada anteriormente, as duas seguintes apresentam-se de maneira diferente, quando comparados os dois sexos. Se os estudantes do sexo feminino citam em segundo lugar, com 61,7%, o ideal profissional de fazer trabalhos que envolvem métodos e pesquisas científicas, para 55,3% dos estudantes do sexo masculino "tratar diretamente com pessoas" é citado nesta posição. A natureza desafiadora e estimulante do trabalho médico aparece como relevante para cerca de 50,0% dos estudantes do sexo masculino, ao passo que 51,1% dos estudantes do sexo feminino apontam as relações pessoais propiciadas pela prática da profissão como um ideal básico. (Tabela 30).

Considerando que os valores analisados podem ser tomados isoladamente ou associados entre si, como se patenteia em inúmeras entrevistas, a tentativa de reinterpretá-los a partir de uma elaboração na qual se evidencie uma apreensão das valorizações profissionais através de algumas categorias possibilita uma visão mais integral das dimensões que são atribuídas à

profissão médica. Essas dimensões tipológicas, construídas com os dados apresentados anteriormente, aparecem no quadro abaixo.

<u>Categorias</u>	<u>Dimensionamento</u>
Humanitária (H)	"ser capaz de tratar diretamente com as pessoas" e/ou "ser capaz de ajudar outras pessoas"
Profissional (P)	"o fato da medicina ser uma profissão altamente respeitada", e/ou "ter pessoas interessantes e inteligentes como colegas", e/ou "ser seu próprio chefe", e/ou "estar certo de ganhar uma boa renda", e/ou "a natureza de <u>s</u> afiadora e estimulante do trabalho médico"
Científica (C)	"fazer trabalhos que envolvem <u>mé</u> todos e pesquisas científicas"
Humanitária-Profissional (HP)	combinação de (H) e (P)
Humanitária-Científica (HC)	combinação de (H) e (C)
Humanitária-Profissional-Científica (HPC)	combinação de (H) (P) e (C)
Profissional-Científica (PC)	combinação de (P) e (C)

Os dados da Tabela 31 evidenciam que, para o total das turmas, a categoria que aparece com resultados mais altos é a que reúne as dimensões humanitária, profissional e científica (HPC), com cerca de 34,0%. É a categoria mais expressiva para as turmas de 1969 e 1970, sendo que para a turma de 1968 a

categoria humanitária e profissional (HP) alcançou resultados mais elevados (41,2%). Para o total das turmas ainda aparece, com 30,0%, a categoria humanitária e profissional (HP).

Como se vê nos dados constantes desta Tabela, 77,8% dos estudantes configuram a profissão em categorias multi dimensionais, isto é, combinam de alguma forma as categorias unidimensionais (humanitária, profissional e científica). Somente 21,6% do total dos alunos pesquisados incluem-se como representando a profissão através de uma única categoria: humanitária, 18,3%; profissional, 1,1% e científica, 2,2%.

Tanto para o sexo masculino como para o ~~sexo~~ feminino, a categoria humanitária-profissional-científica (HPC) é a mais expressiva, vindo em seguida a categoria humanitária-profissional (HP) e em terceiro lugar a categoria humanitária (H). Deve-se observar que para a categoria humanitária-científica (HC) a porcentagem para o sexo feminino alcança 20,8%, enquanto para o sexo masculino é de apenas 8,3%.

A distribuição dos estudantes pelas categorias e pelas dúvidas em relação à escolha da profissão médica mostra que cerca de 40,0% dos que têm dúvidas incluem-se na categoria humanitária-profissional-científica, enquanto que a maior porcentagem de alunos que não têm nenhuma dúvida (33,0%) encontram-se na categoria humanitária-profissional. Parece existir relação entre os fatos de ter sérias e/ou ligeiras dúvidas e a associação de valores multidimensionais para configurar a profissão médica. (Tabela 32).

c. A caracterização do médico ideal

Aspecto intimamente relacionado com a descrição da profissão e com os valores profissionais, a caracterização do médico feita pelo estudante permite que se destaquem interessantes elementos na configuração do profissional ideal.

Vejamos, num primeiro depoimento, como um primeiranista caracteriza o médico, apontando o que considera seus principais atributos:

"Caridade humana e cristã no tratamento com os doentes, procurando entranhar-se em seus problemas, não somente nos problemas anátomo-fisiológicos, mas também nos problemas pessoais; conhecimento profundo e dedicado das ciências médicas e da especialidade; interesse incansável em renovar os conhecimentos e adaptá-los ao progresso vertiginoso da ciência; responsabilidade e peso científico para ponderar corretamente sobre as decisões da vida médica".

Bastante explicitamente o estudante ressalta cinco aspectos em sua imagem do médico: o humanitarismo, porém voltado para o paciente individual, a valorização do conhecimento, a formação vista como um processo contínuo, o sentido de responsabilidade e a preocupação científica.

Outro primeiranista escreveu:

"Antes de mais nada, acho que um médico deve ter uma elevadíssima cultura geral. É inadmissível que um médico saiba apenas a respeito de sua profissão. Ter um caráter firme e

perseverante. Saber portar-se à altura de sua classe, diante da sociedade e principalmente diante de si mesmo. Dar aos seus pacientes toda a atenção necessária. Estar sempre muito atualizado dentro da medicina e estudar constantemente".

Novamente, a orientação para o paciente individual e a atualização constante de conhecimentos aparecem associadas a aspectos morais. Destaca-se, ainda, o fato de considerar ser relevante a "cultura geral" desse profissional.

Caracterizações como as transcritas estarão sempre presentes, e o depoimento abaixo mostra mais uma vez a ênfase que é colocada pelo estudante nesses aspectos.

"Ser humano, compreensivo, estando sempre pronto para auxiliar aos nossos irmãos mais desprovidos. Deve estar sempre a par das "evoluções" da medicina, pois a medicina, infelizmente, é uma carreira pouco conhecida; deve ter a lucidez necessária e sempre a boa vontade em bem servir a Deus e a humanidade".

Partindo dos relatos fornecidos pelos estudantes (Tabela 33), agrupamos as características atribuídas ao médico em quatro categorias: "profissionais", "morais", "pessoais" e "sociais". Prepondera, no grupo estudado, a categoria "profissional", com 65,6%, e que engloba: responsabilidade, conhecimento da medicina, atualização científica, bom relacionamento com o paciente, dedicação à profissão, experiência e capacidade profissional, racionalidade e cultura geral. Aparece em seguida a categoria que engloba atributos morais, com 18,9%, e que com-

preende: humanitarismo, filantropia, altruísmo, bondade, humildade e boa formação moral. As características pessoais, como confiança em si mesmo, calma, polidez, urbanidade, vocação, determinação, capacidade de adaptação e boa saúde, são citadas por 11,8% dos estudantes. Somente 3,7% dos alunos citam características sociais. Neste item observamos que as expressões utilizadas são extremamente genéricas e comumente encontramos "ter espírito de coletividade", "ser um médico para todos, não apenas para certa classe", "sentir que está fazendo algo útil para a sociedade", "não fazer discriminação quanto à posição social do paciente", refletindo as chamadas orientações sociais do papel profissional.

De outro lado, há destaque quanto ao fato de que o médico ideal deve saber manter um bom relacionamento com o paciente e, como afirmou um estudante, "o médico deve entender o tanto quanto necessário de relações públicas para melhorar a comunicação com o paciente". Ao caracterizar o aspecto referente ao relacionamento, os estudantes apontam que o médico "deve conquistar a confiança do paciente", "ser bondoso" ou mesmo "desenvolver uma empatia com o paciente", "compreender as apreensões" e "ter a capacidade para se colocar no lugar do paciente e sentir seu drama para depois ajudá-lo".

d. Análise

Os dados apresentados nos três níveis anteriores permitem-nos algumas considerações que são importantes para a compreensão, em maior profundidade, da visão que o estudante tem da profissão. Em primeiro lugar, os estudantes, ao configurarem

a profissão, refletindo de forma bastante evidente as características que a própria sociedade tradicionalmente estabelece para a profissão. Consequentemente, sobressaem os padrões de "orientação social", "orientação de serviço", "orientação para a comunidade". Encontramos, assim, um dos valores que Parsons (1951) considera central para o status profissional - a "orientação para o outro" - envolvendo a prestação de um "serviço para o público" e que seria marcante na sua delimitação do conceito de profissão. No caso específico da medicina, os ideais de grupo e a influência de valores sociais parecem envolver o estudante de forma bastante expressiva e, como afirmam D'Andrea & Davanzo (1962), seria estranho que proponderassem outros valores, notadamente os referentes a "perspectivas de boa situação financeira". Vimos que na pesquisa realizada por esses autores esta motivação para a carreira médica não alcança 8,0% dos alunos investigados. A recusa, pela maioria, da descrição de "segura e lucrativa", que aparece carregada de valoração negativa, já fora observada entre estudantes das mais variadas nacionalidades. É o caso do levantamento realizado por Sambuc (1973), que verificou, entre os estudantes franceses, ser a "atração pelo dinheiro" citada por 36,0%, colocando-se em sétimo lugar na lista de "razões" que levariam os estudantes a escolher a medicina como profissão (7). Entre os estudantes norte-americanos, Cahalan et al. (1957) verificaram que a porcentagem dos que se referem a "retorno financeiro" ou "segurança econômica" como um aspecto importante na profissão alcançava 30,0%. Em nossa pesquisa encontramos valores dessa ordem, quando somamos os resultados daqueles que consideram como descrição "muito boa" e "razoável" ser a medicina

"profissão que é segura e lucrativa(8).

A conotação de profissão socialmente orientada também não é exclusiva dos estudantes que investigamos. Recente trabalho apresentado por Manzanilla (1968) encontrou entre os estudantes venezuelanos uma alta porcentagem (81,7%) que apontou como característica mais notável da profissão médica ser uma atividade a serviço da coletividade e na mesma pesquisa anteriormente citada, de Cahalan et al. (1957), os estudantes valorizam de forma bastante expressiva, na descrição da profissão, ajudar os outros, ser útil, trabalhar e tratar com pessoas. A mesma tendência foi observada por Ostrowska & Bejnarowicz(1970) entre os estudantes poloneses, principalmente no caso de estudantes procedentes de famílias de trabalhadores manuais e camponeses.

Corroborando a idéia de que a configuração da profissão está fortemente adstrita às influências externas e que as pessoas percebem o mundo vocacional em termos de estereótipos ocupacionais, não se observa uma distribuição marcadamente diferente entre os sexos, naqueles aspectos considerados como relevantes na descrição da profissão médica.

Como afirmamos no início, as caracterizações da profissão são bastante genéricas quando o estudante a visualiza em um sentido amplo. O mesmo não ocorre quando o estudante, de forma mais específica, procura se situar no interior da profissão, imaginando-se no desempenho do papel profissional. Os valores profissionais serão manifestados de uma forma na qual, embora estejam presentes os valores humanitários, estes se associam

a outros aspectos da profissão. O estudante tende a ser mais eclético no dimensionamento dos ideais profissionais. Isto nos levou à conclusão de que a afirmação de Freidson (1972), de que existe uma "ambivalência ideológica" por parte dos estudantes, "composta em parte de uma inclinação para assumir uma orientação de serviço na forma de desejar ajudar as pessoas, mas também contraposta por uma inclinação de desejar prestígio e dinheiro", deve ser vista com certas reservas. Parece-nos que a tendência não é ser ambivalente, mas associar valores distintos, socialmente aceitos.

A constatação do que denominamos de "profissionalismo latente" fica bastante clara quando o estudante configura a sua imagem do "médico ideal". Há grande evidência dos atributos profissionais, embora sejam citados atributos de outras naturezas. O que tem sido chamado por Becker et al. (1961) de "responsabilidade", referindo-se ao "arquétipo da característica da prática médica: o médico que detém em suas mãos o destino de seus pacientes e de quem a vida ou a morte podem depender", aparece com algum destaque. Assim, em nossa pesquisa, a responsabilidade pelo bem-estar do paciente e o exercício da responsabilidade médica são vistos como básicos para a prática médica e algo que deve estar sempre presente no desempenho profissional. Tendo analisado isoladamente os itens que nos pareciam fundamentais para a configuração dos valores profissionais, verificamos a discrepância entre o que era atribuído como característica básica na descrição da profissão e a imagem do profissional. Paradoxalmente, pouco destaque é dado, nesta imagem, a valores que se dirigem a servir à sociedade. Procurando esclarecer este pon

to, julgamos que não há uma negação dos valores humanitários, altruísticos ou filantrópicos, mas a sua manifestação será muito mais expressada em relação ao paciente, quando considerado individualmente, do que no trato com problemas coletivos de saúde.

Embora não se pretenda que os elementos citados nos três momentos desta análise esgotem o assunto sobre a configuração da profissão, parece-nos que esta abordagem contribui para se situarem os valores e ideais por aqueles que fazem a opção por uma profissão, no momento em que iniciam o curso. Obviamente, não se espera que o estudante, ao ingressar em um curso, possa, de forma completa, dimensionar "os determinantes reais do status profissional", para usarmos a expressão de Millerson (1964). Mesmo porque, como afirma esse autor, nem mesmo os estudiosos sobre o assunto chegaram a um acordo sobre esses determinantes(9). Julgamos, porém, que os aspectos abordados contribuem para melhor configurar a medicina dentro da classificação que a coloca no rol das "profissões assistenciais ou de serviço"(10),

De outro lado, a categorização, pela utilização da tipologia, apesar de simplificar a complexidade empírica, possibilitou que considerássemos os diversos grupos de estudantes de acordo com os valores que conferem à profissão. Este ponto não se coloca simplesmente como uma tentativa de incursão teórica na escolha ocupacional, mas permite que se atente para os aspectos que marcam os estudantes ao ingressarem num curso profissionalizante e, conseqüentemente, para as orientações que poderão ser dadas na condução de seu treinamento e formação.

A configuração que, como já afirmamos, é algo i-

deal, receberá outras caracterizações, em momentos subsequentes, durante o percurso do estudante pela escola médica. De um discurso genérico sobre a profissão, ele passará não somente para um discurso mais específico, como também mais concreto.

TABELA 23 - Distribuição dos estudantes, segundo a descrição da profissão médica. Total das turmas de 1968, 1969 e 1970.

QUALIFICAÇÃO DA DESCRIÇÃO	muito boa	razoável	insatis- fatória	não res- pondeu	TOTAL
"profissão que tem alta posi- ção na comunidade"	31 (17,2)	63 (35,0)	84 (46,7)	2 (1,1)	180 (100,0)
"profissão a serviço da cole- tividade"	119 (66,1)	52 (28,9)	8 (4,5)	1 (0,5)	180 (100,0)
"profissão que é segura e lu- crativa"	8 (4,5)	51 (28,3)	119 (66,1)	2 (1,1)	180 (100,0)
"profissão que auxilia os in- divíduos diretamente"	98 (54,4)	70 (38,9)	11 (6,1)	1 (0,5)	180 (100,0)
"profissão em que a verdadeira capacidade é reconhecida pe- los colegas"	15 (8,3)	49 (27,2)	111 (61,7)	5 (2,7)	180 (100,0)
"profissão que requer trabalho mais árduo que as outras"	44 (24,5)	73 (40,5)	59 (32,8)	4 (2,2)	180 (100,0)
"profissão de grande responsa- bilidade social"	114 (63,3)	52 (28,9)	13 (7,2)	1 (0,5)	180 (100,0)

TABELA 24 - Distribuição dos estudantes da turma de 1968, segundo a descrição da profissão médica.

QUALIFICAÇÃO DA DESCRIÇÃO	muito boa	razoável	insatis- fatória	não res- pondeu	TOTAL
"profissão que tem alta posi- ção na comunidade"	12 (17,6)	29 (42,6)	26 (38,2)	1 (1,5)	68 (100,0)
"profissão a serviço da cole- tividade"	47 (69,1)	17 (25,0)	4 (5,9)	- (-)	68 (100,0)
"profissão que é segura e lu- crativa"	4 (5,9)	21 (30,9)	42 (61,8)	1 (1,5)	68 (100,0)
"profissão que auxilia os in- divíduos diretamente"	42 (61,8)	22 (32,3)	4 (5,9)	- (-)	68 (100,0)
"profissão em que a verdadeira capacidade é reconhecida pe- los colegas"	7 (10,3)	17 (25,0)	42 (61,8)	2 (2,9)	68 (100,0)
"profissão que requer trabalho mais árduo que as outras"	20 (29,4)	32 (47,0)	15 (22,0)	1 (1,5)	68 (100,0)
"profissão de grande responsa- bilidade social"	47 (69,1)	16 (23,5)	5 (7,3)	- (-)	68 (100,0)

TABELA 25 - Distribuição dos estudantes da turma de 1969, segundo a descrição da profissão médica.

QUALIFICAÇÃO DA DESCRIÇÃO	muito boa	razoável	insatis- fatória	não res- pondeu	TOTAL
"profissão que tem alta posi- ção na comunidade"	7 (11,3)	15 (24,2)	40 (64,5)	- (-)	62 (100,0)
"profissão a serviço da cole- tividade"	43 (69,8)	18 (29,0)	1 (1,6)	- (-)	62 (100,0)
"profissão que é segura e lu- crativa"	3 (4,8)	14 (22,6)	45 (72,6)	- (-)	62 (100,0)
"profissão que auxilia os in- divíduos diretamente"	33 (53,2)	27 (43,5)	2 (3,2)	- (-)	62 (100,0)
"profissão em que a verdadeira capacidade é reconhecida pe- los colegas"	6 (9,7)	14 (22,6)	41 (66,1)	1 (1,6)	62 (100,0)
"profissão que requer trabalho mais árduo que as outras"	9 (14,5)	24 (38,7)	28 (45,2)	1 (1,6)	62 (100,0)
"profissão de grande responsa- bilidade social"	40 (64,5)	18 (29,0)	4 (6,5)	- (-)	62 (100,0)

TABELA 26 - Distribuição dos estudantes da turma de 1970, segundo a descrição da profissão médica.

QUALIFICAÇÃO DA DESCRIÇÃO	total boa	razoável	insatis- fatória	não res- pondeu	TOTAL
"profissão que tem alte posi- ção na comunidade"	12 (24,0)	19 (38,0)	18 (36,0)	1 (2,0)	50 (100,0)
"profissão a serviço da cole- tividade"	29 (58,0)	17 (34,0)	3 (6,0)	1 (2,0)	50 (100,0)
"profissão que é segura e lu- crativa"	1 (2,0)	16 (32,0)	32 (64,0)	1 (2,0)	50 (100,0)
"profissão que auxilia os in- divíduos diretamente"	23 (46,0)	21 (42,0)	5 (10,0)	1 (2,0)	50 (100,0)
"profissão em que a verdadeira capacidade é reconhecida pe- los colegas"	2 (4,0)	18 (36,0)	28 (56,0)	2 (4,0)	50 (100,0)
"profissão que requer trabalho mais árduo que as outras"	15 (30,0)	17 (34,0)	16 (32,0)	2 (4,0)	50 (100,0)
"profissão de grande responsa- bilidade social"	27 (54,0)	18 (36,0)	4 (8,0)	1 (2,0)	50 (100,0)

GRÁFICO 2 - Distribuição dos estudantes, por sexo, conforme a descrição da profissão médica. Total das turmas de 1968, 1969 e 1970.

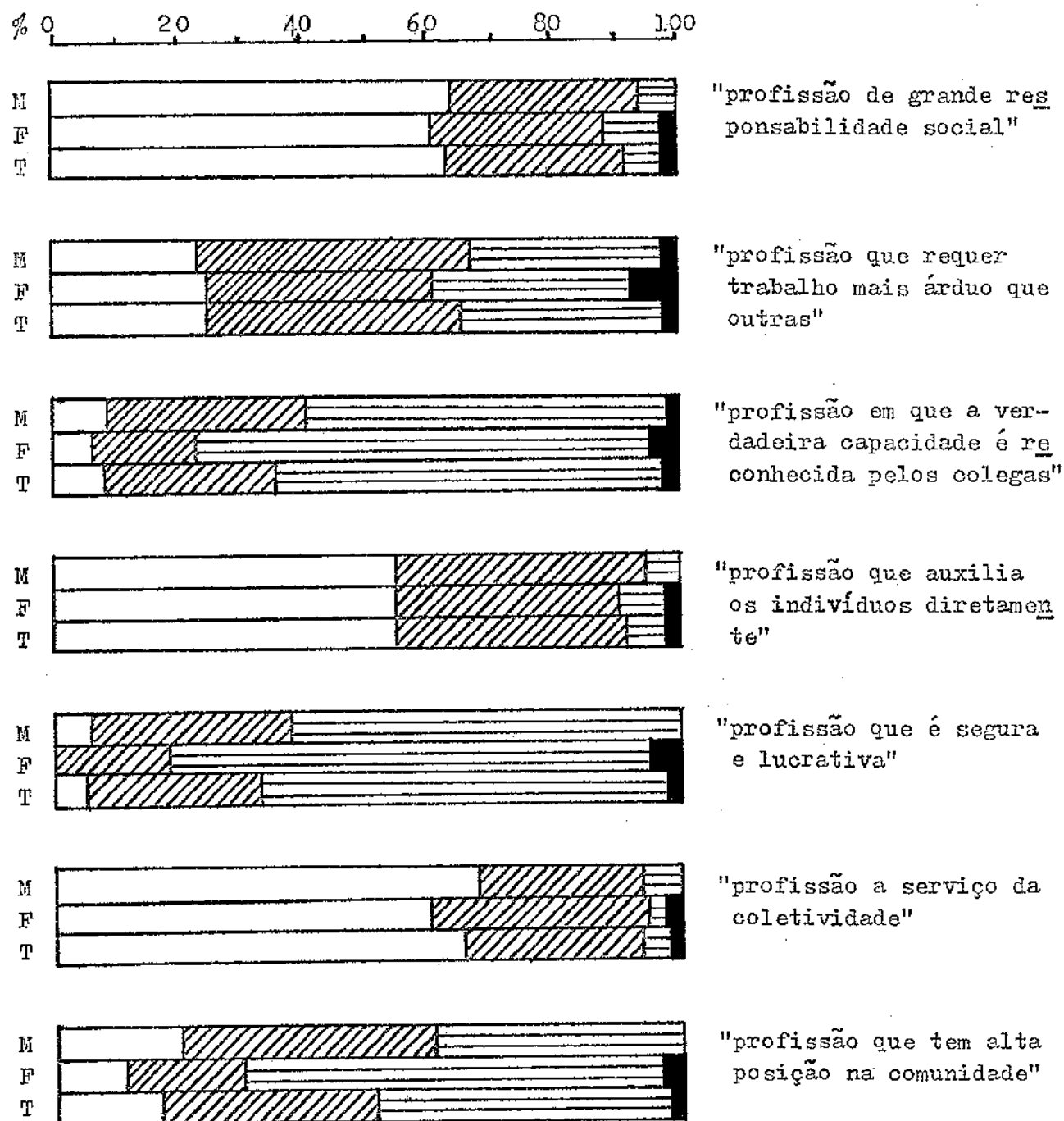


TABELA 27 - Distribuição dos estudantes, segundo a relação entre a idade de de decisão à carreira e a descrição que melhor caracteriza a profissão médica. Total das turmas de 1968, 1969 e 1970.

IDADE \ DESCRIÇÃO	"profissão a serviço da coletividade"	outras descrições (x)	N	%
Antes dos 14 anos	17 (58,6)	12 (41,4)	29	(100,0)
14 ou 15 anos	19 (50,0)	19 (50,0)	38	(100,0)
16 ou 17 anos	27 (38,6)	43 (61,4)	70	(100,0)
dos 18 aos 20 anos	14 (40,0)	21 (60,0)	35	(100,0)
depois dos 20 anos	2 (66,7)	1 (33,3)	3	(100,0)
TOTAL	79 (45,1)	96 (54,9)	175	(100,0)

(x) Inclui as seguintes descrições: "profissão de grande responsabilidade social", "profissão que auxilia os indivíduos diretamente" e "profissão que é segura e lucrativa", "profissão que requer trabalho mais árduo que as outras".

TABELA 28 - Distribuição dos estudantes, por turmas, segundo a relação entre dúvidas na escolha da profissão e a descrição que melhor a caracteriza.

DESCRIÇÃO DA PROFISSÃO	TURMA	a	b	c	d	e	TOTAL
DÚVIDAS							
Sérias e/ou ligeiras dúvidas	1968	16 (45,7)	- (-)	6 (17,1)	3 (8,6)	10 (28,6)	35 (100,0)
	1969	13 (43,3)	- (-)	7 (23,3)	- (-)	10 (33,3)	30 (100,0)
	1970	11 (39,3)	- (-)	9 (32,1)	- (-)	8 (28,6)	28 (100,0)
SUB-TOTAL	-	40 (43,0)	- (-)	22 (23,6)	3 (3,2)	28 (30,1)	93 (100,0)
nenhuma dúvida	1968	14 (43,7)	1 (3,1)	6 (18,7)	1 (3,1)	10 (31,2)	32 (100,0)
	1969	17 (58,6)	- (-)	3 (10,3)	- (-)	9 (31,0)	29 (100,0)
	1970	8 (38,1)	- (-)	7 (33,3)	- (-)	6 (28,6)	21 (100,0)
SUB-TOTAL	-	39 (47,6)	1 (1,1)	16 (19,5)	1 (1,1)	25 (30,5)	82 (100,0)
TOTAL GERAL	-	79 (45,1)	1 (0,6)	38 (21,7)	4 (2,3)	53 (30,3)	175 (100,0)

a = "profissão a serviço da coletividade".

b = "profissão que é segura e lucrativa".

c = "profissão que auxilia os indivíduos diretamente".

d = "profissão que requer trabalho mais árduo que as outras".

e = "profissão de grande responsabilidade social".

- Excluem-se 5 estudantes que deixaram de responder as questões pertinentes.

TABELA 29 - Distribuição dos estudantes, por turmas, segundo a opinião sobre o que mais os agrada como profissionais

SITUAÇÕES	TURMAS	1968 (n = 68)	1969 (n = 62)	1970 (n = 49)	TOTAL (N = 179)
"ser capaz de tratar diretamente com as pessoas"		35 (51,5)	38 (61,3)	24 (49,0)	97 (54,2)
"ser capaz de ajudar outras pessoas"		58 (85,3)	56 (90,3)	37 (75,5)	151 (84,3)
"o fato da medicina ser uma profissão altamente respeitada"		8 (11,8)	8 (12,9)	10 (20,4)	26 (14,5)
"ter pessoas interessantes e inteligentes como colegas"		11 (16,2)	12 (19,3)	17 (34,7)	40 (22,3)
"fazer trabalhos que envolvem métodos e pesquisas científicas"		28 (41,5)	30 (48,4)	32 (65,3)	90 (50,7)
"ser seu próprio chefe"		18 (26,5)	12 (19,3)	15 (30,6)	45 (25,1)
"estar certo de ganhar uma boa renda"		11 (16,2)	6 (9,7)	10 (20,4)	27 (15,1)
"a natureza desafiadora e estimulante do trabalho médico"		32 (47,0)	28 (45,2)	21 (42,8)	81 (45,2)

TABELA 30 - Distribuição dos estudantes, por sexo, segundo a opinião sobre o que mais os agradará como profissionais. Total das turmas de 1968, 1969 e 1970.

SEXO SITUAÇÕES	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
	(n=132)	(n=47)	(N=179)
"ser capaz de tratar diretamente com as pessoas"	73 (55,3)	24 (51,1)	97 (54,2)
"ser capaz de ajudar outras pessoas"	114 (86,4)	37 (78,7)	151 (84,3)
"o fato da medicina ser uma profissão altamente respeitada"	23 (17,4)	3 (6,4)	26 (14,5)
"ter pessoas interessantes e inteligentes como colegas"	35 (26,5)	5 (10,6)	40 (22,3)
"fazer trabalhos que envolvem métodos e técnicas de pesquisa"	61 (46,2)	29 (61,7)	90 (50,7)
"ser seu próprio chefe"	36 (27,3)	9 (19,1)	45 (25,1)
"estar certo de ganhar uma boa renda"	24 (18,2)	3 (6,4)	27 (15,1)
"a natureza desafiadora e estimulante do trabalho médico"	65 (49,2)	16 (34,0)	81 (45,2)

TABELA 31 - Distribuição dos estudantes, por turnos e por sexo, segundo as categorias de valores profissionais.

CATEGORIAS TURMAS E SEXO	Humanitá- ria (H)	Profissio- nal (P)	Científi- ca (C)	Humanitá- ria e Pro- fissional (HP)	Humanitá- ria e Científi- ca (HC)	Humanitá- ria, Pro- fissional e Científi- ca (HPC)	Profissio- nal e Científi- ca (PC)	Não res- pondeu	TOTAL
1968	MASC.	9 (18,4)	(-)	18 (36,7)	7 (14,3)	14 (28,6)	1 (2,0)	(-)	49 (100,0)
	FEM.	3 (15,8)	1 (5,3)	10 (52,6)	4 (21,0)	1 (5,3)	(-)	(-)	19 (100,0)
	TOTAL	12 (17,6)	1 (1,5)	28 (41,2)	11 (16,2)	15 (22,0)	1 (1,5)	(-)	68 (100,0)
1969	MASC.	9 (21,4)	(-)	17 (40,5)	2 (4,8)	13 (30,9)	1 (2,4)	(-)	42 (100,0)
	FEM.	5 (25,0)	(-)	1 (5,0)	4 (20,0)	9 (45,0)	1 (5,0)	(-)	20 (100,0)
	TOTAL	14 (22,6)	(-)	18 (29,0)	6 (9,7)	22 (35,5)	2 (3,2)	(-)	62 (100,0)
1970	MASC.	5 (12,2)	3 (7,3)	7 (17,1)	2 (4,9)	21 (51,2)	1 (2,4)	(-)	41 (100,0)
	FEM.	2 (22,2)	(-)	1 (11,1)	2 (22,2)	3 (33,3)	(-)	1 (11,1)	9 (100,0)
	TOTAL	7 (14,0)	3 (6,0)	8 (16,0)	4 (8,0)	24 (48,0)	1 (2,0)	1 (2,0)	50 (100,0)
T O T A L	MASC.	23 (17,4)	3 (2,3)	42 (31,8)	11 (8,3)	48 (36,4)	3 (2,3)	(-)	132 (100,0)
	FEM.	10 (20,8)	1 (2,1)	12 (25,0)	10 (20,8)	13 (27,1)	1 (2,1)	1 (2,1)	48 (100,0)
	TOTAL GERAL	33 (18,3)	4 (2,2)	54 (30,0)	21 (11,7)	61 (33,9)	4 (2,2)	1 (0,6)	180 (100,0)

TABELA 32 - Distribuição dos estudantes, por turmas e segundo a relação entre dúvidas na escolha da profissão e as categorias de valores profissionais.

CATEGORIAS DÚVIDAS E TURMAS		Humanitá- ria	Profissio- nal	Cientifi- ca	Humanitá- ria e Pro- fissional	Humanitá- ria e Cientifi- ca	Humanitá- ria, Pro- fissional e Cientifi- fica	Profissio- nal e Cientifi- ca	TOTAL
Sérias e/ou ligeiras dúvidas	1968	7 (20,0)	- (-)	- (-)	12 (34,3)	5 (14,3)	11 (31,4)	- (-)	35 (100,0)
	1969	5 (16,1)	- (-)	- (-)	7 (22,6)	2 (6,4)	15 (48,4)	2 (6,4)	31 (100,0)
	1970	4 (14,3)	1 (3,6)	2 (7,1)	7 (25,0)	3 (10,7)	11 (39,3)	- (-)	28 (100,0)
	TOTAL	16 (17,0)	1 (1,1)	2 (2,1)	26 (27,6)	10 (10,6)	37 (39,4)	2 (2,1)	94 (100,0)
nenhuma dúvida	1968	5 (15,1)	- (-)	1 (3,0)	16 (48,5)	6 (18,2)	4 (12,1)	1 (3,0)	33 (100,0)
	1969	8 (26,7)	- (-)	- (-)	11 (36,7)	4 (13,3)	7 (23,3)	- (-)	30 (100,0)
	1970	3 (14,3)	1 (4,8)	1 (4,8)	1 (4,8)	1 (4,8)	13 (61,9)	1 (4,8)	21 (100,0)
	TOTAL	16 (19,0)	1 (1,2)	2 (2,4)	28 (33,3)	11 (13,0)	24 (28,5)	2 (2,4)	84 (100,0)
TOTAL GERAL		32 (18,0)	2 (1,1)	4 (2,2)	54 (30,3)	21 (11,8)	61 (34,3)	4 (2,2)	178 (100,0)

Excluem-se 2 estudantes que não responderam as questões pertinentes.

TABELA 33 - Distribuição dos estudantes, segundo as principais características atribuídas ao médico. Total das turmas de 1968, 1969 e 1970.

CARACTERÍSTICAS	FREQUÊNCIA	
PROFISSIONAIS	n	%
responsabilidade.....	79	15,5
conhecimento da medicina.....	61	12,0
atualização científica.....	58	11,4
bom relacionamento com paciente.....	55	10,8
dedicação à profissão.....	42	8,2
experiência e capacidade profissional.....	34	6,7
racionalidade.....	3	0,6
cultura geral.....	2	0,4
SUB-TOTAL	334	65,6
MORAIS	n	%
humanitarismo.....	44	8,6
filantropia.....	26	5,1
altruísmo.....	11	2,2
bondade, humildade.....	9	1,8
boa formação moral.....	6	1,2
SUB-TOTAL	96	18,9
PESSOAIS	n	%
confiança em si mesmo.....	21	4,1
calma, polidez, urbanidade.....	18	3,5
vocação.....	10	2,0
determinação.....	9	1,8
capacidade.....	1	0,2
boa saúde.....	1	0,2
SUB-TOTAL	60	11,8
SOCIAIS	n	%
servir à sociedade.....	18	3,5
consciência da realidade nacional.....	1	0,2
SUB-TOTAL	19	3,7
TOTAL DE RESPOSTAS	509	100,0

3. As expectativas frente ao curso médico

Aos pontos considerados anteriormente na caracterização do desenvolvimento vocacional, passando pela configuração dos valores profissionais, acrescentamos os relacionados às expectativas frente ao curso médico propriamente dito. Inúmeras são as questões que podem ser abordadas frente às expectativas que os indivíduos colocam quando se voltam para o curso que os habilitará profissionalmente. No caso da escola médica, a extensão e intensidade da experiência a ser vivida pelo jovem é sobretudo comentada. Esta experiência, como escreveu Hughes (1965), envolve uma série de eventos que são planejados, como também um outro conjunto não planejado. Há um programa a ser cumprido, porém certos eventos e experiências fogem ao esquema rígido de um currículo. Mesmo considerando somente os aspectos de "treinamento e iniciação", estes exigirão dos jovens

um esforço bastante grande. Todo um período dedicado ao "curso básico" será considerado fundamental ao prosseguimento da aprendizagem. Este período, inclusive, tem sido visto como um prolongamento dos cursos anteriores e a escola médica "continua um processo que enfatiza", no dizer de Bloom (1971), "sua função como escola". Sabidamente o processo educativo que se desenrolará durante todo o período de formação irá além deste curso básico. Como foi muito bem sintetizado por Lief & Fox (1963), o estudante terá que:

"... explorar, examinar e penetrar no corpo humano, tratar com os temores, as cóleras, o desamparo e o desespero dos pacientes; defrontar-se com as situações de emergência, aceitar as limitações da ciência médica frente à doença crônica ou incurável; encarar a própria morte".

Portanto, frente a uma formação profissional que se torna altamente complexa na medida em que deve combinar dimensões técnicas e humanas, quais seriam as expectativas dos estudantes? Como vêem o curso médico quando o comparam com outros cursos? Quais as dificuldades que antevêm no curso médico? Quais os ajustamentos que serão necessários?

a. Comparando as dificuldades do curso médico com outros cursos

Vimos anteriormente que os estudantes podem ser divididos em dois grandes grupos: um deles no qual a opção pela medicina aparece como uma "escolha", pois ela é selecionada em termos de alternativas, e outro grupo de estudantes que, quando não consideram outras alternativas, parecem estar "vocacional-

mente" orientados. Independente dessas duas orientações, a comparação das dificuldades apresentadas pelo curso escolhido e por outras áreas do conhecimento fornece elemento suplementar para a verificação das idéias que até certo ponto estariam servindo como forma de avaliação do curso escolhido e de outros cursos.

O curso médico é considerado "muito mais difícil" que o curso de Direito por 64,4% da população pesquisada e 41,7% consideraram a medicina "muito mais difícil" que Ciências Sociais. Em porcentagens menores, o curso médico foi avaliado como "muito mais difícil" que o de Farmácia, Psicologia, Odontologia, Física e Engenharia.

Numa escala onde foram atribuídos os graus "muito mais difícil", "um pouco mais difícil", "igualmente difícil" e "menos difícil", 55,5% dos estudantes consideraram o curso médico "um pouco mais difícil" que o de Odontologia; 40,0% acharam-no "igualmente difícil" em relação ao de Engenharia, tendo 12,0% avaliado o curso médico como "menos difícil" que o de Física.

Deve-se ressaltar que 21,7% dos alunos pesquisados declararam não saber qual o grau de dificuldade do curso de medicina em relação ao de Ciências Sociais, o mesmo ocorrendo para 20,0% em relação a Física (Gráfico 3).

As três turmas estudadas consideram a Medicina "muito mais difícil", em primeiro lugar, que Direito. Em segundo lugar, as turmas de 1968 e 1969 apontam o curso médico como "muito mais difícil" que o de Ciências Sociais, enquanto que a

turma de 1970 o faz em relação ao de Farmácia. (Taboias 34, 35, 36).

Comparativamente, não há diferenças em relação ao sexo masculino e feminino, ao colocar o curso de Medicina como "muito mais difícil" que os de Direito e Ciências Sociais, variando apenas em porcentagens: o sexo masculino aponta Direito em maior porcentagem, enquanto que o sexo feminino indica Ciências Sociais. Ambos os sexos concordam que o curso médico é "um pouco mais difícil" que o de Odontologia, sendo a porcentagem um pouco mais elevada para o sexo masculino.

Devemos referir que observamos que, na avaliação de "um pouco mais difícil", o sexo masculino apresentou porcentagem maior que o sexo feminino, para todos os cursos apresentados para comparação, verificando-se o inverso na classificação da Medicina como "igualmente difícil" relativamente a todos os outros cursos, onde o sexo feminino aparece com porcentagens mais altas. Dentro desta avaliação, destacam-se particularmente, a Engenharia, apontada por 52,1% e a Física considerada por 41,7% dos estudantes do sexo feminino.

É pequena a porcentagem de estudantes que consideram o curso médico "menos difícil" que os outros apresentados, para ambos os sexos. Entre os que avaliaram a Medicina como "menos difícil", 14,4% dos estudantes do sexo masculino escolheram Física enquanto que 10,4% do sexo feminino indicaram Farmácia (Gráficos 4 e 5).

b. As Expectativas das Dificuldades durante o Curso

i) as dificuldades previstas

Numa apreciação global sobre o grau de dificuldades do curso médico em relação aos cursos anteriormente frequentados, encontramos que cerca de 39,0% dos estudantes acreditam que será menos difícil, 20,0% assinalam que não haverá diferenças e 17,2% que será mais difícil (Tabela 37). Enquanto que para a turma de 1968 a porcentagem dos estudantes que acreditam que será menos difícil seja mais elevada que a das turmas de 1969 e 1970, este padrão é encontrado como o que mais se destaca para as três turmas. O padrão de que o curso médico será menos difícil é também expresso pela mesma proporção de estudantes do sexo masculino e feminino, embora se observe que uma porcentagem maior de estudantes do sexo feminino (25,0%) acredite que não haverá diferenças e também uma porcentagem maior deste sexo (20,8%) creia que será mais difícil.

Tanto para o grupo que tem sérias e/ou ligeiras dúvidas como para o grupo que não tem nenhuma dúvida, a concentração maior está em considerar o curso médico menos difícil. De outro lado, observa-se que a porcentagem dos que consideram que o curso médico será mais difícil do que os cursos anteriormente frequentados é ligeiramente superior (20,2%) para o grupo de estudantes que afirmam não ter nenhuma dúvida, pois no grupo com sérias e/ou ligeiras dúvidas a porcentagem é de 14,7%. Para a turma de 1970, a porcentagem de estudantes que consideram o curso médico como mais difícil é superior às turmas de 1968 e 1969 em ambas as categorias de dificuldades. (Tabela 38).

Ainda que o número de estudantes que acreditam

que o curso médico será menos difícil que os cursos anteriormente frequentados não atinja 40,0% de toda a população, a expectativa de que será necessário dedicar mais tempo aos estudos durante o primeiro ano, comparando com o tempo dedicado com os cursos anteriores, alcança porcentagens expressivas, cerca de 60,0% dos estudantes, conforme a Tabela 39. Isto se aplica mais aos que têm sérias e/ou ligeiras dúvidas (65,3%) do que para os que não têm nenhuma dúvida (59,5%). Para as três turmas é evidente esta preocupação, pois em cada uma delas encontramos porcentagens bastante elevadas, particularmente em relação à turma de 1968.

Situar as diferentes áreas nas quais podem incidir as dificuldades dos estudantes é, na prática, tarefa mais complexa do que se pode depreender através de uma lista daquilo que é antevisto e não sentido pelos estudantes. Porém, como este é um elemento importante na avaliação da escolha de um curso, procuramos abranger grandes dimensões: a do relacionamento intra-grupal, a do relacionamento com o corpo docente, a do processo de aprendizagem e a do ajustamento emocional.

Entre as dificuldades que os estudantes citam, destacam-se principalmente: "aprender o que se espera de você" (61,0%), "relacionar-se com o corpo docente" (57,8%), "não se tornar muito tenso e nervoso com os estudos" (57,8%) e "adaptar-se às visões e odores do laboratório de anatomia" (48,8%). Outras situações, como "fazer amigos em sua classe", "acompanhar outros estudantes" e "aprender a pensar por si só" não são consideradas tão difíceis pelos estudantes. (Tabela 40).

Comparativamente, as três turmas apresentam algu

mas diferenças quanto a classificar essas dificuldades. Assim, conforme Tabelas 41, 42 e 43, para os estudantes de 1968 e 1969, o primeiro lugar é dado para "aprender o que se espera de você" e para os estudantes de 1970 a principal dificuldade é "adaptar-se aos odores e visões do laboratório de anatomia".

Todas as dificuldades são mais enfatizadas pelos estudantes do sexo feminino, como pode ser visto no Gráfico 6. Especificamente, o sexo feminino coloca como principal dificuldade a de "não se tornar muito tenso e nervoso com os estudos" (70,8%), seguida de "aprender o que se espera de você" (68,8%) e "adaptação ao laboratório de anatomia" (60,4%).

ii) os ajustamentos

De certa forma, ao apontar os principais ajustamentos que deverão desenvolver durante o primeiro ano do curso médico, os estudantes estão também refletindo sobre as dificuldades previstas. Assim, ser auto-suficiente em relação aos estudos é citado por cerca de 53,0% de todos os estudantes como um dos ajustamentos necessários, sendo notadamente enfatizado pela turma de 1968. Este tipo de ajustamento é visto por ambos os sexos como de grande importância, embora o grupo de estudantes do sexo masculino seja ligeiramente superior ao do sexo feminino. Na turma de 1969, a concentração maior de estudantes, cerca de 49,0%, aponta "melhorar hábitos de estudo" como o principal ajustamento, sendo que ser auto-suficiente volta a ser, para a turma de 1970, o ajustamento que engloba maior número de estudantes (44,0%). Ambos os sexos apontam nas mesmas proporções (50,0%) que "melhorar os hábitos de estudo" também se impõe como ajusta

mento à escola médica. (Tabelas 44 e 45). De outro lado, parece que os estudantes que têm sérias e/ou ligeiras dúvidas quanto à escolha da profissão estão mais propensos a prever que os ajustamentos serão mais difíceis de que aqueles que não apresentavam nenhuma dúvida na escolha da carreira. Do primeiro grupo, 79,5% apontam algum grau de dificuldade, em comparação aos 71,1% do segundo grupo. (Tabela 46).

Tentando localizar quais seriam as habilidades e conhecimentos ou mesmo alguns comportamentos que serviriam ao estudante para superar, pelo menos parcialmente, as suas dificuldades e facilitar os seus ajustamentos, solicitamos que nos respondessem a uma questão sobre a importância que teriam alguns fatores no aproveitamento do primeiro ano na escola médica. Sabíamos, por questão levantada anteriormente, que 88,3% dos estudantes colocam como condição de destaque no seguimento do curso médico o desenvolvimento de habilidades. E, nesta questão, uma porcentagem maior (89,5%) é de estudantes que têm dúvidas em relação à escolha, pois a mesma necessidade foi vista por 86,9% dos que não têm dúvidas.

Das habilidades que são citadas pelos estudantes, como um todo, foram consideradas como de "muita importância", em primeiro lugar, a "habilidade para memorizar" por 56,1% dos estudantes, em segundo lugar, a "habilidade para tratar com matéria teórica" (53,4%), e, em terceiro lugar, "habilidade para realizar pesquisas" (48,9%). Esses fatores merecem destaque para ambos os sexos, sendo ligeiramente superiores para o sexo feminino os dois últimos. (Tabelas 47 e 48). Ainda com os dados das

tabelas que acabamos de citar, verificamos que o equilíbrio emocional, que entre todos os fatores alcança a porcentagem mais alta (71,7%), é valorizado por ambos os sexos e novamente aparece para o sexo feminino em porcentagem superior à encontrada para o sexo masculino.

Ser auto-suficiente é um fator relevante para 69,5% dos estudantes e também será apontado mais pelos elementos do sexo feminino do que pelos do sexo masculino. A mesma situação é encontrada quanto à "capacidade para resolver por conta própria o que é mais importante em seus estudos", que é considerado por 85,4% dos elementos do sexo feminino como de muita importância; neste item, a porcentagem do grupo masculino é de 63,6%.

Não se pode dizer que o relacionamento intra-grupal não seja valorizado, embora a porcentagem dos que atribuem muita importância a esse fator seja de 50,6%, sendo ligeiramente superior para o sexo masculino.

Os fatores que mereceram menor destaque foram os relacionados ao conhecimento prévio de ciências sociais, conhecimento prévio de ciências físicas, destreza manual com instrumentos, a capacidade de abandonar quase tudo em prol dos estudos, a aprendizagem de tantos fatos médicos quanto possível e dar-se bem com o corpo docente.

Provavelmente porque na avaliação desses fatores as condições individuais são muito importantes, observa-se que, colocando-os por ordem de prioridade, somente em um deles, "dar-

-se bem com outros estudantes de medicina" há concordância entre as três turmas, O Quadro 1 resume esses dados, pela prioridade apresentada pelas turmas, conforme as porcentagens da Tabela 47.

e. As fontes de informação sobre a escola médica

Ao ingressar no curso que escolheu, o estudante traz consigo a idéia do que vem a ser a escola médica. Várias fontes de informação, direta ou indiretamente, concorreram para que se formasse tal concepção, variando bastante em grau de importância.

Dentro da população estudada, 64,0% apontaram como "mais importante" e/ou "relativamente importante" a informação sobre o que vem a ser uma escola médica fornecida por "estudantes de medicina de outras faculdades". Também os "estudantes de medicina de sua faculdade" são considerados como de importância para 57,2% dos alunos pesquisados, assim como 49,5% consideram as informações prestadas pelos "docentes dos cursinhos" e 41,7% pelas "publicações de escolas médicas" como de maior importância.

Como pode ser visto na Tabela 49, não é conferida muita importância aos fatores "familiares médicos", o "médico de sua família", "outros médicos amigos", "docentes de faculdades de medicina", "livros, filmes, peças de teatro".

Ao pesquisar o quanto os estudantes sabiam sobre o corpo docente, verificamos que a maioria das três turmas estudadas declarou conhecer "pouco" acerca dos professores da esco-

QUADRO 1 - Relação por ordem de prioridade dos fatores apontados pelas turmas de estudantes para o aproveitamento do curso durante o 1º ano.

ORDEN DE PRIORIDADE	FATOR	TURMA
1º lugar	Auto-suficiência..... Equilíbrio emocional.....	1968 - - - 1969, 1970
2º lugar	Equilíbrio emocional..... Auto-suficiência..... Habilidade para realizar pesquisa.....	1968 - - - 1969 - - - 1970
3º lugar	Habilidade para memorizar..... Bom relacionamento com o corpo docente..... Auto-suficiência e habilidade para memorizar.....	1968 - - - 1969 - - - 1970
4º lugar	Habilidade para tratar com matéria teórica..... Habilidade para realizar pesquisa..... Aprender tantos fatos médicos quanto possível.....	1968 - - - 1969 - - - 1970
5º lugar	Relacionamento intragrupal.....	1968, 1969, 1970
6º lugar	Aprender tantos fatos médicos quanto possível..... Habilidade para tratar com matéria teórica.....	1968 - - - 1969, 1970
7º lugar	Bom relacionamento com o corpo docente..... Habilidade para memorizar.....	1968, - 1970 - 1969 -
8º lugar	Habilidade para realizar pesquisa..... Aprender tantos fatos médicos quanto possível..... Destreza manual com instrumentos.....	1968 - - - 1969 - - - 1970
9º lugar	Dedicação aos estudos..... Conhecimento prévio de ciências físicas.....	1968, - 1970 - 1969 -
10º lugar	Conhecimento prévio de ciências físicas..... Destreza manual com instrumentos..... Conhecimento prévio de ciências sociais.....	1968 - - - 1969 - - - 1970
11º lugar	Destreza manual com instrumentos..... Dedicação aos estudos..... Conhecimento prévio de ciências físicas.....	1968 - - - 1969 - - - 1970
12º lugar	Conhecimento prévio de ciências sociais.....	1968, 1969 -

la onde estavam iniciando seu curso (Tabela 50), sendo que a principal fonte de onde obtiveram informações sobre o corpo docente é apontada por 76,1% dos estudantes como sendo os estudantes da faculdade em que estão ingressando. (Tabela 51).

d. Outras expectativas sobre a escola médica

As ordens de expectativas quanto ao curso escolhido são inúmeras. Assim, as dificuldades apontadas pelos estudantes, bem como os ajustamentos que eles esperam realizar parecem-nos sumamente importantes. Um outro fator apresenta-se como importante dentro das expectativas sobre a escola médica: o aproveitamento escolar durante o primeiro ano. A maioria dos alunos pesquisados acredita que seu aproveitamento escolar será "dentro da média", tanto para aqueles que declararam ter dúvidas quanto para os que diziam não ter nenhuma dúvida quanto à carreira escolhida. Os que apresentam sérias e/ou ligeiras dúvidas em relação à profissão médica acreditam que seu aproveitamento escolar será "consideravelmente melhor que a média" ou "um pouco melhor que a média" em maior número do que os estudantes que não têm dúvidas. (Tabela 52).

Um fator destacado pelos estudantes refere-se ao tipo de contato que será mantido com o corpo docente. Para 61,1% do total da população, esse relacionamento será "relativamente formal" durante o primeiro ano do curso. (Tabela 53).

Ao considerarmos numa ampla perspectiva o quanto os alunos esperam da escola em que estão ingressando, vemos que 44,0% dos alunos que iniciaram o curso declarando ter alguma

dúvida na escolha da profissão acham que receberão "só um pouco" e não mostram muita diferença em relação aos 40,0% dos que não têm dúvidas e esperam o mesmo. (Tabela 54).

Os estudantes que afirmam não ter nenhuma dúvida quanto à carreira selecionada parecem ser mais otimistas quanto à escola, pois estes reúnem a porcentagem maior (51,2%) que espera "muito" e/ou "o suficiente" da escola médica, quando comparados aos 45,8% que esperam o mesmo da escola e têm dúvidas na escolha da carreira.

e. Análise

De um modo geral, os estudantes valorizam o curso escolhido, considerando-o, comparativamente a outros cursos, como aquele que apresenta maiores dificuldades. Na classificação dada pelos estudantes, nas três turmas, o Direito e as Ciências Sociais são colocados em primeiro e segundo lugares, frente aos quais a Medicina é considerada como "muito mais difícil". Parece-nos, entretanto, que embora escalonem certas áreas como igualmente difíceis, particularmente a Engenharia e a Física, estas não estiveram afastadas de serem consideradas pelos estudantes como possíveis cursos. Assim, 25,0% dos estudantes consideraram a Engenharia, antes de se definirem completamente pela Medicina. Interessante verificar que, nos estudos feitos sobre preferências de cursos entre estudantes de medicina, D'Andrea & Davanzo (1962) encontraram que 31,2% dos candidatos do sexo masculino admitidos à escola médica referem-se ao curso de Engenharia como alternativa. O mesmo padrão de preferência é citado pelo BUREAU DE STATISTIQUE ET LE CENTRE D'ETUDES SOCIOLOGIQUES

(1957), entre os estudantes de Paris e Lille, onde a Engenharia aparece como preferência para 13,2% e 8,2%, respectivamente. Segundo D'Andrea & Davanzo (1962) essa preferência explicar-se-ia pelo fato da Engenharia, tanto quanto a Medicina, ser uma carreira socialmente das mais estimadas, ou de maior prestígio.

Ocorre, também, para as três turmas, a mesma opinião em relação ao grau de dificuldade a ser enfrentado durante o primeiro ano do curso médico, pois acreditam que será "menos difícil". Parece-nos que essa visão otimista expressa pelos estudantes é reflexo do exaustivo e extenso período de estudos vestibulares, ou ainda, como dizia uma estudante, "será menos difícil, pois teremos que estudar não uma quantidade enorme de matéria, mas um programa já definido e estruturado em matérias e anos",

Pudemos constatar que os estudantes prevêem encontrar maiores dificuldades na área de aprendizagem, e mesmo o fato de citarem o relacionamento com o corpo docente reflete esse tipo de preocupação. Equacionando os futuros ajustamentos em termos das habilidades requeridas, verifica-se que a ênfase dada pelos estudantes, a fim de que sejam bem sucedidos no primeiro ano de curso, é dirigida tanto à habilidade para memorizar como para tratar com matéria teórica. Expressivamente, porém, o principal ajustamento previsto é o de desenvolver a capacidade de permanecer calmo, em vez de tenso e nervoso devido aos estudos.

Embora sejam poucos os que esperam muito da escola médica, talvez o mais indicativo do que sentem em relação a

ela seja expresso na afirmação de que "basicamente será uma experiência agradável, apesar de significar algumas vezes trabalho muito difícil", previsão feita tanto pelos que têm dúvidas como os que não têm nenhuma dúvida quanto à profissão escolhida, em porcentagens bem elevadas, 91,5% e 98,5%, respectivamente. (Tabela 3 B, ANEXO B).

.....

Notas do Capítulo IV

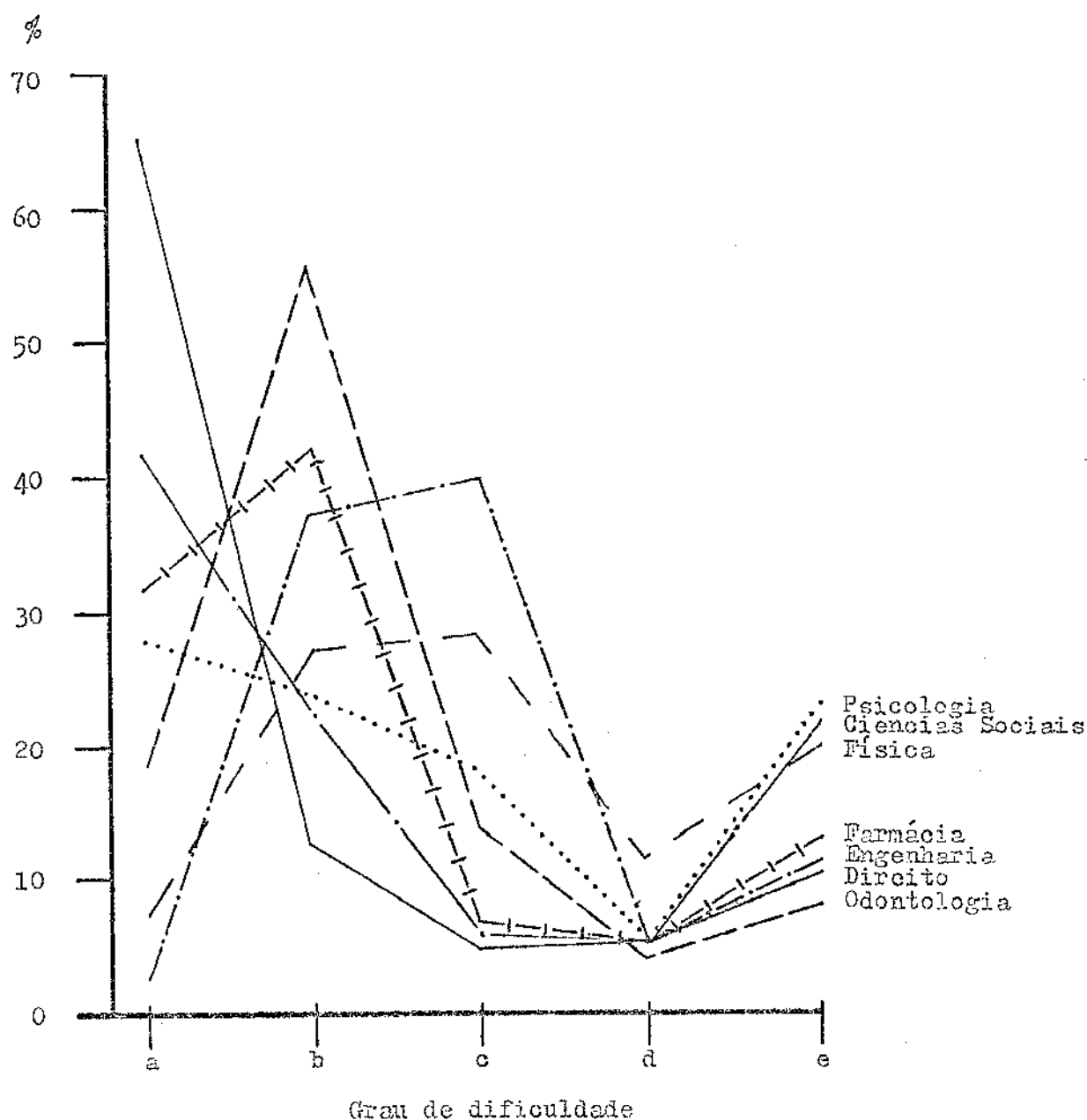
- (1) Segundo Erikson (1971, 1972), o "ciclo de vida" pode ser dividido em oito estágios, cada um dos quais apresentaria um dilema básico no processo socializador; no primeiro, a "confiança vs. desconfiança"; no segundo, "autonomia vs. dúvida e vergonha"; no terceiro, "iniciativa vs. culpa"; no quarto, "indústria vs. inferioridade"; no quinto, "identidade vs. confusão de identidade"; no sexto, "intimidade vs. isolamento"; no sétimo, "generatividade vs. estagnação"; no oitavo, "integridade vs. desespero". Já havíamos redigido este Capítulo quando, revendo as últimas publicações sobre a escolha ocupacional, tomamos conhecimento do trabalho de Munley (1975), que associando a teoria de Erikson ao comportamento vocacional, conclui que "indivíduos que mostram escolhas vocacionais ajustadas demonstram um alto nível de desenvolvimento psicossocial através dos seis primeiros estágios do que indivíduos com problemas vocacionais".
- (2) Cf. Brody (1955), Dr. Samuel D. Gross (1805-1884) foi professor de Cirurgia, no período de 1856 a 1882, no Jefferson Medical College e o organizador da American Surgical Association.
- (3) Em pesquisa realizada nos Estados Unidos, Thielens (1957) encontrou que a decisão para entrar na escola de Direito é tomada mais tarde do que a de entrar na escola médica. En-

tre os fatores que contribuíram para esse fato, são citados: os requisitos para a admissão à escola médica são mais extensos, o status da Medicina é mais elevado, além de possibilitar a obtenção de rendas mais altas. Entre os estudantes de Enfermagem, Verderese & Garcia (1974) encontraram que a idade média em que pensaram pela primeira vez em seguir essa profissão era de 16.35 anos e a idade definitiva de decisão, 18.95 anos. Esta última pesquisa foi realizada entre estudantes de 13 países latinoamericanos.

- (4) Bordieu & Passeron (1975) verificaram que, entre 1961-62 e 1965-66, a "especialização social" das faculdades apresentou uma tendência a acentuar-se. "Em 1961-62, 84,7% dos filhos de assalariados agrícolas estavam inscritos em Letras ou em Ciências, assim como 75,1% dos filhos de agricultores e 82,7% dos filhos de operários; em compensação, esse era o caso só de 66,5% dos filhos dos quadros superiores e de 62,2% dos filhos de industriais". Afirmam ainda que "A evolução das taxas de probabilidades condicionais entre 1962 e 1966 mostra que a distribuição permaneceu quase imutável, as diferentes categorias sociais se hierarquizando do mesmo modo sob o prisma da "escolha" das disciplinas literárias e científicas".
- (5) A pesquisa de Gouveia (1968), realizada entre 1837 estudantes matriculados nas primeiras séries da Universidade de São Paulo, Pontifícia Universidade Católica e Universidade Mackenzie, encontrou que nos "cursos seletos" (Arquitetura, Engenharia, Medicina, etc) concentravam-se mais de 29,0% dos estudantes de nível alto e menos de 16,0% dos de nível baixo; nos "cursos populares" (Economia, Administração de Empresas, Enfermagem, etc) havia menos de 29,0% dos de nível alto e mais de 16,0% dos de nível baixo.
- (6) A idéia da profissão como um símbolo coletivo, que é o fulcro da análise realizada por Becker (1970), está associada às proposições teóricas expostas por Durkheim (1924) sobre as representações coletivas. Para este último, as concepções e os símbolos que adquirem um significado comum para os membros do grupo são resultantes da interação social.

- (7) A análise realizada por Sambuc (1973) deu ênfase às motivações psicológicas e entre os resultados estatísticos encontrou os seguintes motivos: 1) compreender, 70,0%; ver, 60,0%; prestígio do saber, 56,0%; desejo de contato, 50,0%; prestígio social, 47,0%; tratar os que sofrem, 42,0%; atração pelo dinheiro, 36,0%; necessidade de ser útil, 30,0%; atração pela responsabilidade, 28,0%; atração pela correção terapêutica, 27,0%; profissão liberal, 13,0%; desejo de segurança, 11,0%.
- (8) Rabello (1973b) encontrou, entre 42 estudantes de medicina da Universidade Estadual de Campinas, que "boa remuneração" era citada por 4,8% dos estudantes como principal motivação para a escolha da carreira, 11,9% pelo "prestígio social"; 2,4% por "orientação de professores"; 78,6% como "realização vocacional" e 15,8% por "outros motivos".
- (9) Ver Nota 6 do Capítulo II.
- (10) Segundo Goldberg (1971), as profissões de nível superior classificam-se em 8 Famílias ou Grupos: Grupo I - Profissões ligadas aos recursos naturais; Grupo II - Profissões artísticas e de entretenimento; Grupo III - Profissões assistenciais ou de serviço (neste grupo incluem-se Medicina, Serviço Social, Advocacia, Enfermagem, Especialista em Reabilitação, etc.); Grupo IV - Profissões científicas; Grupo V - Profissões de contato comercial; Grupo VI - Profissões culturais - Grupo VII - Profissões de organização (administração); Grupo VIII - Profissões tecnológicas.

GRÁFICO 3 - Distribuição dos estudantes, segundo a comparação entre as dificuldades do curso médico e outros cursos. Total das turmas de 1968, 1969 e 1970.



Legenda

- a = o curso médico é "muito mais difícil"
- b = o curso médico é "um pouco mais difícil"
- c = o curso médico é "igualmente difícil"
- d = o curso médico é "menos difícil"
- e = "não sei"

TABELA 34 - Distribuição dos estudantes da turma de 1968, segundo a comparação entre as dificuldades do curso médico e outros cursos.

CURSOS	Muito mais difícil		Um pouco mais difícil		Igualmente difícil		Menos difícil		Não sei		Não respondeu		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Direito	46	67,6	9	13,2	4	5,9	3	4,4	4	5,9	2	2,9	68	100,0
Engenharia	1	1,5	27	39,7	27	39,7	4	5,9	6	8,8	3	4,4	68	100,0
Odontologia	16	23,5	37	54,4	8	11,8	2	2,9	3	4,4	2	2,9	68	100,0
Farmácia	25	36,8	27	39,7	5	7,3	2	2,9	8	11,8	1	1,5	68	100,0
Física	4	5,9	19	27,9	21	30,9	11	16,2	11	16,2	2	2,9	68	100,0
Psicologia	21	30,9	14	20,6	12	17,6	3	4,4	16	23,5	2	2,9	68	100,0
Ciências Sociais	36	52,9	13	19,1	4	5,9	2	2,9	12	17,6	1	1,5	68	100,0

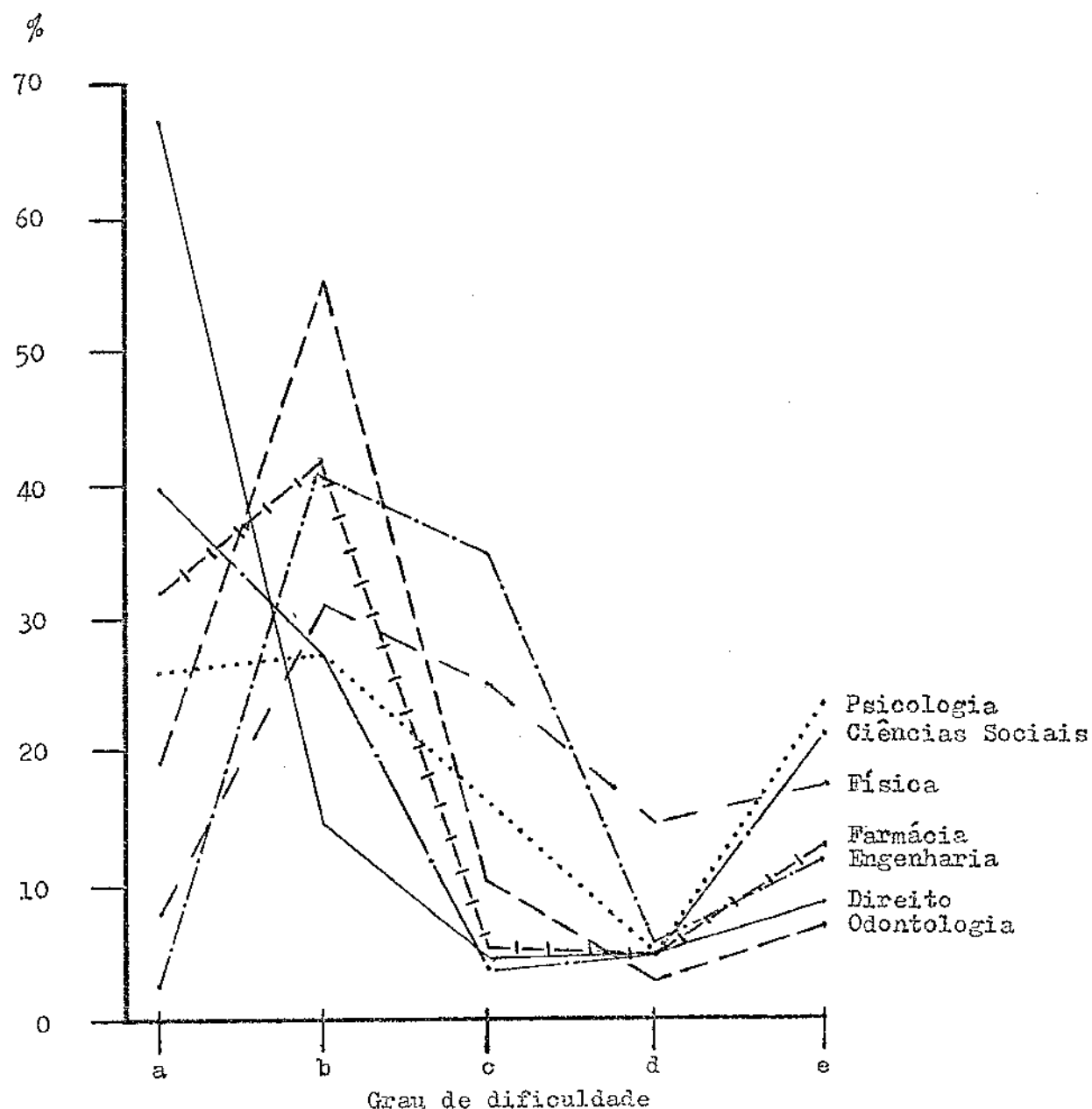
TABELA 35 - Distribuição dos estudantes da turma de 1969, segundo a comparação entre as dificuldades do curso médico e outros cursos.

CURSOS	Muito mais difícil		Um pouco mais difícil		Igualmente difícil		Menos difícil		Não sei		Não respondeu		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Direito	43	69,3	8	12,9	5	8,1	1	1,6	5	8,1	-	-	62	100,0
Engenharia	2	3,2	23	37,1	30	48,4	4	6,4	3	4,8	-	-	62	100,0
Odontologia	8	12,9	41	66,1	9	14,5	-	-	4	6,4	-	-	62	100,0
Farmácia	11	17,7	39	62,9	6	9,7	1	1,6	5	8,1	-	-	62	100,0
Física	7	11,3	18	29,0	24	38,7	3	4,8	10	16,1	-	-	62	100,0
Psicologia	15	24,2	19	30,6	19	30,6	2	3,2	7	11,3	-	-	62	100,0
Ciências Sociais	22	35,5	21	33,9	6	9,7	3	4,8	10	16,1	-	-	62	100,0

TABELA 36 - Distribuição dos estudantes da turma de 1970, segundo a comparação entre as dificuldades do curso médico e outros cursos.

CURSOS	Muito mais difícil		Um pouco mais difícil		Igualmente difícil		Menos difícil		Não sei		Não respondeu		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Direito	27	54,0	6	12,0	-	-	5	10,0	11	22,0	1	2,0	50	100,0
Engenharia	1	2,0	19	38,0	15	30,0	2	4,0	12	24,0	1	2,0	50	100,0
Odontologia	10	20,0	22	44,0	3	6,0	5	10,0	9	18,0	1	2,0	50	100,0
Farmácia	20	40,0	9	18,0	3	6,0	7	14,0	10	20,0	1	2,0	50	100,0
Física	4	8,0	14	28,0	8	16,0	8	16,0	15	30,0	1	2,0	50	100,0
Psicologia	13	26,0	10	20,0	4	8,0	5	10,0	17	34,0	1	2,0	50	100,0
Ciências Sociais	17	34,0	8	16,0	1	2,0	6	12,0	17	34,0	1	2,0	50	100,0

GRÁFICO 4 - Distribuição dos estudantes do sexo masculino, segundo a comparação entre as dificuldades do curso médico e outros cursos. Total das turmas de 1968, 1969 e 1970.



Legenda

- a = o curso médico é "muito mais difícil"
- b = o curso médico é "um pouco mais difícil"
- c = o curso médico é "igualmente difícil"
- d = o curso médico é "menos difícil"
- e = "não sei"

TABELA 37 - Distribuição dos estudantes por turmas, segundo o grau de dificuldades do curso médico em relação aos cursos anteriores.

GRAU DE DIFICULDADE	TURMAS	1968	1969	1970	TOTAL	TOTAL POR SEXO	
						MASC.	FEM.
Mais difícil		10 (14,7)	9 (14,5)	12 (24,0)	31 (17,2)	21 (15,9)	10 (20,8)
Menos difícil		33 (48,5)	22 (35,5)	15 (30,0)	70 (38,9)	51 (38,6)	19 (39,6)
Não haverá diferenças		11 (16,2)	16 (25,8)	9 (18,0)	36 (20,0)	24 (18,2)	12 (25,0)
Não sei		14 (20,6)	15 (24,2)	14 (28,0)	43 (23,9)	36 (27,3)	7 (14,6)
TOTAL		68 (100,0)	62 (100,0)	50 (100,0)	180 (100,0)	132 (100,0)	48 (100,0)

TABELA 38 - Distribuição dos estudantes por turmas, segundo a relação entre dúvidas na seleção da profissão e o grau de dificuldade do curso médico em relação aos cursos anteriores.

DIFICULDADE NOS ESTUDOS	TURMA	Mais difí- cil	Menos difí- cil	Não há di- ferença	Não sei	TOTAL
Sérias e/ou ligeiras dúvidas	1968	4 (11,4)	18 (51,4)	7 (20,0)	6 (17,1)	35 (100,0)
	1969	3 (9,7)	14 (45,1)	5 (16,1)	9 (29,0)	31 (100,0)
	1970	7 (24,1)	7 (24,1)	4 (13,8)	11 (37,9)	29 (100,0)
	-	14 (14,7)	39 (41,0)	16 (16,8)	26 (27,4)	95 (100,0)
Nenhuma dúvida	1968	6 (18,2)	15 (45,4)	4 (12,1)	8 (24,2)	33 (100,0)
	1969	6 (20,0)	8 (26,7)	10 (33,3)	6 (20,0)	30 (100,0)
	1970	5 (23,8)	8 (38,1)	5 (23,8)	3 (14,3)	21 (100,0)
	-	17 (20,2)	31 (36,9)	19 (22,6)	17 (20,2)	84 (100,0)

- Exclui-se 1 estudante que deixou de responder as questões pertinentes.

TABELA 39 - Distribuição dos estudantes por turmas, segundo a relação entre dúvidas e tempo de dedicação aos estudos.

TEMPO DE DEDICAÇÃO AOS ESTUDOS	TURMA	Mais tem- po	Menos tem- po	Mesmo tem- po	Não sei	TOTAL
Sérias e/ou ligeiras dúvidas	1968	24 (68,6)	3 (8,6)	8 (22,8)	- (-)	35(100,0)
	1969	21 (67,7)	3 (9,7)	7 (22,6)	- (-)	31(100,0)
	1970	17 (58,6)	- (-)	8 (27,6)	4 (13,8)	29(100,0)
	-	62 (65,3)	6 (6,3)	23 (24,0)	4 (4,2)	95(100,0)
Nenhuma dúvida	1968	22 (66,7)	2 (6,1)	7 (21,2)	2 (6,1)	33(100,0)
	1969	16 (53,3)	4 (13,3)	9 (30,0)	1 (3,3)	30(100,0)
	1970	12 (57,1)	3 (14,3)	5 (23,8)	1 (4,8)	21(100,0)
	-	50 (59,5)	9 (10,7)	21 (25,0)	4 (4,8)	84(100,0)

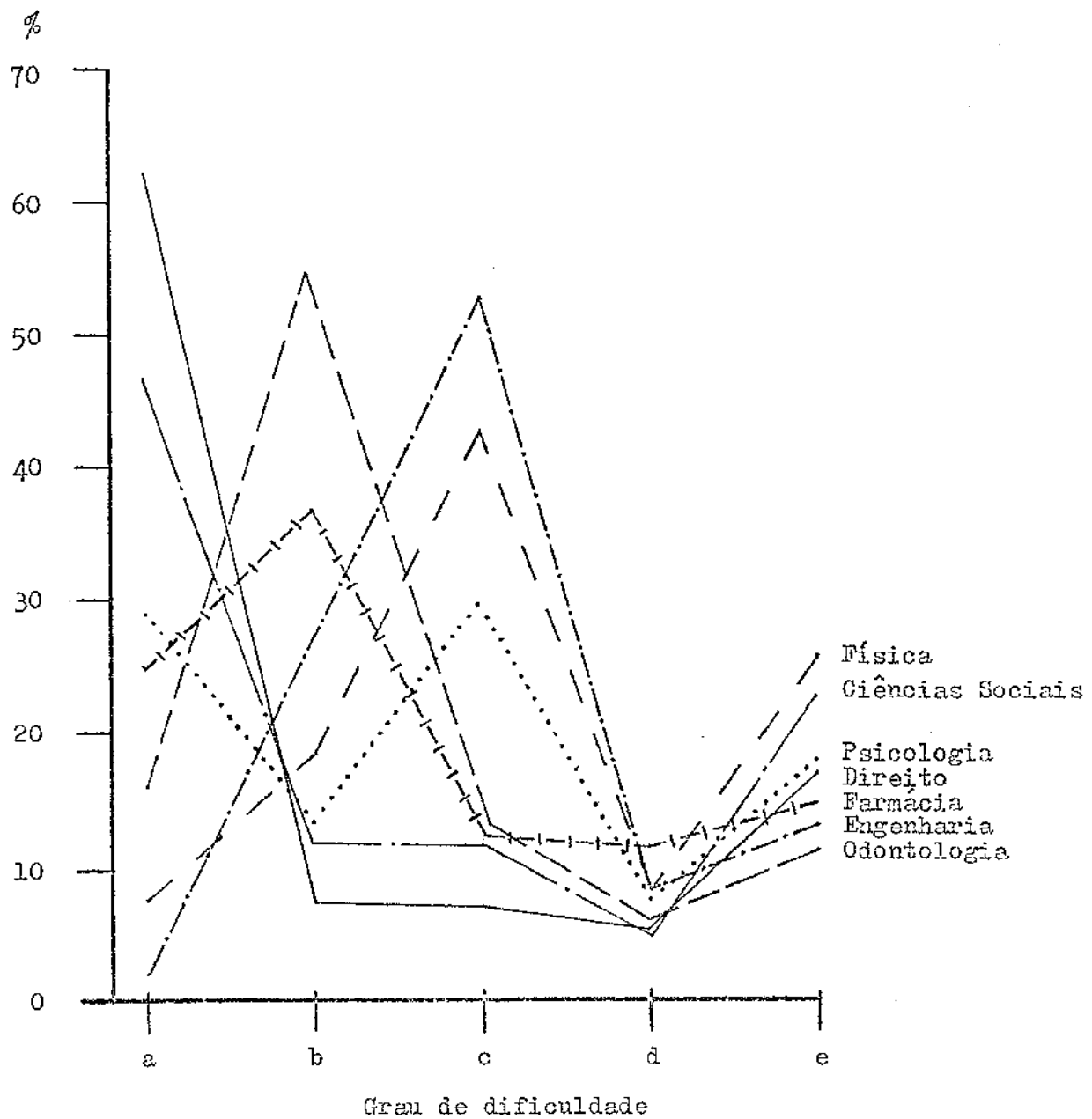
-- Excluiu-se 1 estudante que deixou de responder as questões pertinentes.

TABELA 40 - Distribuição dos estudantes, segundo as dificuldades que acreditam ter que enfrentar no primeiro ano de Faculdade. Total das turmas de 1968, 1969 e 1970.

SITUAÇÃO	GRAU DE DIFICULDADE	Difícil	Fácil	Não respondeu	TOTAL
Fazer amigos em sua classe		53 (29,4)	125 (69,5)	2 (1,1)	180 (100,0)
Acompanhar outros estudantes		71 (39,4)	101 (56,1)	8 (4,5)	180 (100,0)
Aprender o que se espera de você		110 (61,0)	60 (33,4)	10 (5,6)	180 (100,0)
Adaptar-se às visões e odores do laboratório de anatomia		88 (48,8)	89 (49,5)	3 (1,7)	180 (100,0)
Aprender a pensar por si só		77 (42,7)	96 (53,4)	7 (3,9)	180 (100,0)
Relacionar-se com os membros do corpo docente		104 (57,8)	71 (39,5)	5 (2,7)	180 (100,0)
Não se tornar muito tenso e nervoso com seus estudos		104 (57,8)	73 (40,5)	3 (1,7)	180 (100,0)

- A categoria difícil engloba: muito, razoavelmente e ligeiramente difícil

GRÁFICO 5 - Distribuição dos estudantes do sexo feminino, segundo a comparação entre as dificuldades do curso médico e outros cursos. Total das turmas de 1968, 1969 e 1970.



Legenda

- a = o curso médico é "muito mais difícil"
- b = o curso médico é "um pouco mais difícil"
- c = o curso médico é "igualmente difícil"
- d = o curso médico é "menos difícil"
- e = "não sei"

TABELA 41 - Distribuição dos estudantes da turma de 1968, segundo as dificuldades que acreditam ter que enfrentar no primeiro ano de Faculdade.

GRAU DE DIFICULDADE		Difícil	Fácil	Não res- pondeu	TOTAL
SITUAÇÃO					
Fazer amigos em sua classe	14 (20,6)	54 (79,4)	- (-)	68 (100,0)	
Acompanhar outros estudantes	23 (33,8)	43 (63,2)	2 (2,9)	68 (100,0)	
Aprender o que se espera de você	44 (64,7)	19 (27,9)	5 (7,3)	68 (100,0)	
Adaptar-se às visões e odores do laboratório de anatomia	17 (25,0)	50 (73,5)	1 (1,5)	68 (100,0)	
Aprender a pensar por si só	31 (45,6)	35 (51,5)	2 (2,9)	68 (100,0)	
Relacionar-se com os membros do corpo docente	36 (52,9)	31 (45,6)	1 (1,5)	68 (100,0)	
Não se tornar muito tenso e nervoso com seus estudos	40 (58,8)	27 (39,7)	1 (1,5)	68 (100,0)	

- A categoria difícil engloba: muito, razoavelmente e ligeiramente difícil.

TABELA 42 - Distribuição dos estudantes da turma de 1969, segundo as dificuldades que acreditam ter que enfrentar no primeiro ano de Faculdade.

GRAU DE DIFICULDADE		TOTAL
SITUAÇÃO		
Fazer amigos em sua classe		
Acompanhar outros estudantes		
Aprender o que se espera de você		
Adaptar-se às visões e odores do laboratório de anatomia		
Aprender a pensar por si só		
Relacionar-se com os membros do corpo docente		
Não se tornar muito tenso e nervoso com seus estudos		

- A categoria difícil engloba: muito, razoavelmente e ligeiramente difícil.

TABELA 43 - Distribuição dos estudantes da turma de 1970, segundo as dificuldades que acreditam ter que enfrentar no primeiro ano de faculdade.

SITUAÇÃO	GRAU DE DIFICULDADE	Difícil	Fácil	Não respondeu	TOTAL
Fazer amigos em sua classe		16 (32,0)	33 (66,0)	1 (2,0)	50 (100,0)
Acompanhar outros estudantes		19 (38,0)	27 (54,0)	4 (8,0)	50 (100,0)
Aprender o que se espera de você		31 (62,0)	18 (36,0)	1 (2,0)	50 (100,0)
Adaptar-se às visões e odores do laboratório de anatomia		37 (74,0)	12 (24,0)	1 (2,0)	50 (100,0)
Aprender a pensar por si só		22 (44,0)	25 (50,0)	3 (6,0)	50 (100,0)
Relacionar-se com os membros do corpo docente		27 (54,0)	20 (40,0)	3 (6,0)	50 (100,0)
Não se tornar muito tenso e nervoso com seus estudos		29 (58,0)	20 (40,0)	1 (2,0)	50 (100,0)

- A categoria difícil engloba: muito, razoavelmente e ligeiramente difícil.

GRÁFICO 6 - Distribuição dos estudantes, por sexo, segundo as dificuldades que acreditam ter que enfrentar durante o primeiro ano de Faculdade. Total das turmas de 1968, 1969 e 1970.

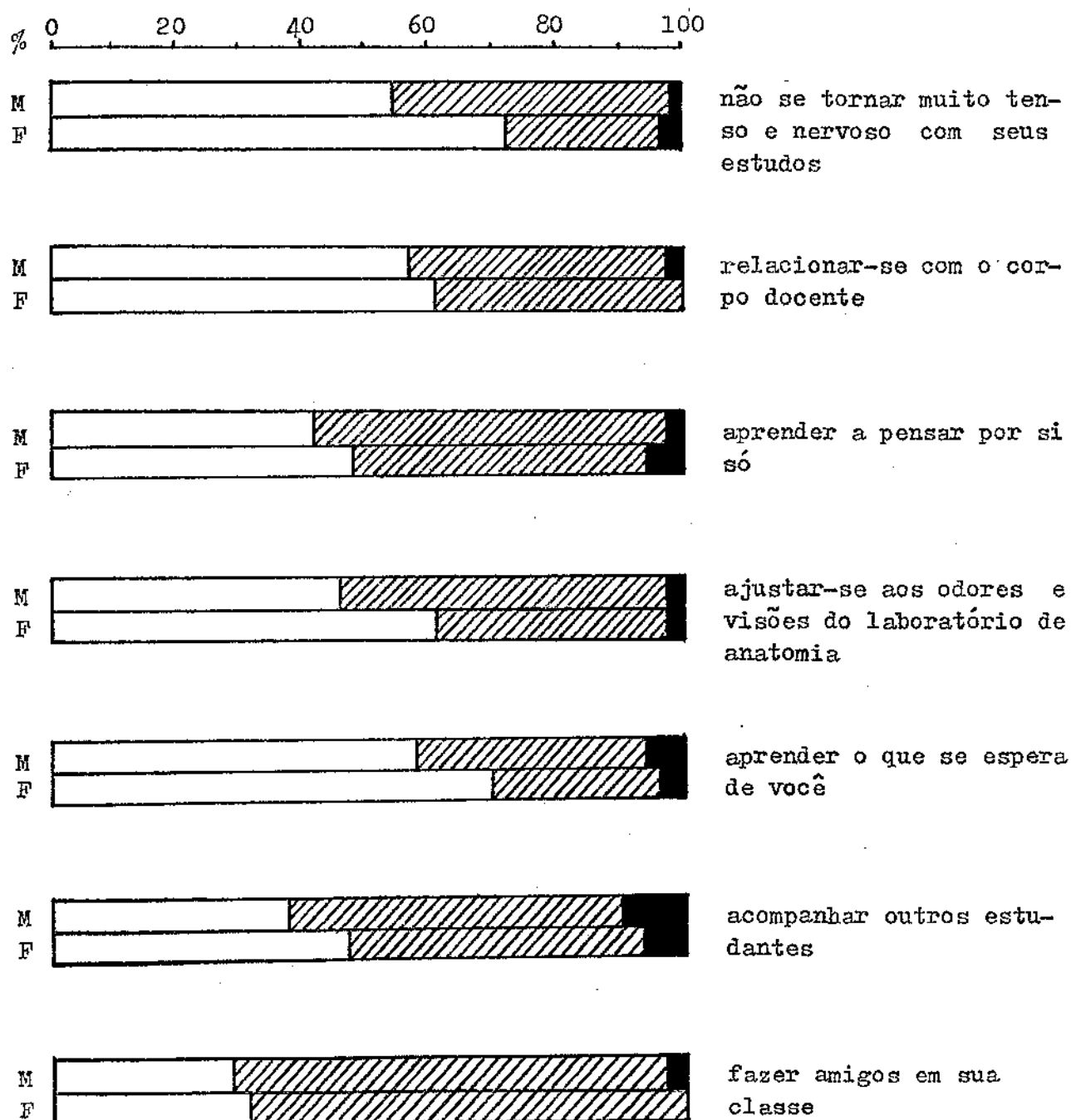


TABELA 44 - Distribuição dos estudantes por turmas, segundo os principais tipos de ajustamentos que acreditam ter que desenvolver durante o primeiro ano de Faculdade.

TURMAS AJUSTAMENTOS	1968	1969	1970	TOTAL
	(n=68)	(n=62)	(n=50)	(N=180)
Melhorar hábitos de estudos	41 (60,3)	30 (48,4)	19 (38,0)	90 (50,0)
Aprender a trabalhar com menos orientação dos instrutores	46 (67,6)	27 (43,5)	22 (44,0)	95 (52,8)
Assumir uma atitude mais madura e tornar-se mais responsável	23 (33,8)	18 (29,0)	18 (36,0)	59 (32,8)
Acostumar-se com menos tempo livre para diversão e assuntos de interesse pessoal	28 (41,2)	20 (32,2)	8 (16,0)	56 (31,1)

TABELA 45 - Distribuição dos estudantes, por sexo, segundo os principais tipos de ajustamentos que acreditam ter que desenvolver durante o primeiro ano de Faculdade. Total das turmas de 1968, 1969 e 1970.

AJUSTAMENTOS	SEXO	MASCULINO	FEMININO
		(n=132)	(n=48)
Melhorar hábitos de estudos		66 (50,0)	24 (50,0)
Aprender a trabalhar com menos orientação dos instrutores		71 (53,8)	24 (50,0)
Assumir uma atitude mais madura e tornar-se mais responsável		44 (33,3)	15 (31,2)
Acostumar-se com menos tempo livre para diversão e assuntos de interesse pessoal		43 (32,6)	13 (27,1)

TABELA 46 - Distribuição dos estudantes por turmas, segundo a relação entre dúvidas na seleção da profissão e graus de dificuldades nos ajustamentos.

GRAUS DE DIFICULDADES NOS AJUSTAMENTOS	TURMA	Muitíssimo difícil	Razoavelmente difícil	Um pouco difícil	Fáceis	TOTAL
DÚVIDAS						
Sérias e/ou ligeiras dúvidas	1968	1 (2,8)	10 (28,6)	19 (54,3)	5 (14,3)	35 (100,0)
	1969	1 (3,2)	6 (19,3)	18 (58,1)	6 (19,3)	31 (100,0)
	1970	- (-)	7 (25,9)	12 (44,4)	8 (29,6)	27 (100,0)
	-	2 (2,1)	23 (24,7)	49 (52,7)	19 (20,4)	93 (100,0)
Nenhuma dúvida	1968	- (-)	8 (24,2)	18 (54,5)	7 (21,2)	33 (100,0)
	1969	- (-)	9 (31,0)	12 (41,4)	8 (27,6)	29 (100,0)
	1970	- (-)	5 (23,8)	7 (33,3)	9 (42,8)	21 (100,0)
	-	- (-)	22 (26,5)	37 (44,6)	24 (28,9)	83 (100,0)

- Excluem-se 4 estudantes que deixaram de responder as questões pertinentes.

TABELA 47 - Distribuição, por turmas, dos estudantes que res-ponderam considerar "muito importante" cada um dos fatores mencionados para o melhor aproveitamento do primeiro ano.

FATOR	TURMAS	1968	1969	1970	TOTAL
		(n=68)	(n=62)	(n=50)	(N=180)
Destreza manual com instrumentos		16,2	22,6	30,0	22,2
Habilidade para memorizar		64,7	45,2	58,0	56,1
Habilidade para tratar com matéria teórica		55,9	56,4	46,0	53,4
Conhecimento prévio de ciências físicas		11,8	25,8	10,0	16,1
Capacidade de abandonar quase tudo em prol de seus estudos		23,5	19,3	18,0	20,5
Conhecimento prévio de ciências sociais		1,5	14,5	16,0	10,0
Dar-se bem com outros estudantes de medicina		44,1	59,7	48,0	50,6
Capacidade de permanecer calmo, em vez de tenso e nervoso devido aos estudos		75,0	74,2	64,0	71,7
Aprender tantos fatos médicos quanto possível		41,2	37,1	50,0	42,4
Capacidade para resolver por conta própria o que é mais importante em seus estudos		80,9	66,1	58,0	69,5
Dar-se bem com o corpo docente		30,9	62,9	42,0	45,0
Habilidade para realizar pesquisa		27,9	61,3	62,0	48,9

- Para esta questão foram oferecidas as seguintes alternativas: "muito importante", "relativamente importante", "pouco importante", "sem importância", "não pensei nisso".

TABELA 48 - Distribuição, por sexo, dos estudantes que res-
ponderam considerar "muito importante" cada um
dos fatores mencionados para o melhor aprovei-
tamento no primeiro ano. Total das turmas de
1968, 1969 e 1970.

FATOR	SEXO	MASCULINO	FEMININO
		(n=132)	(n=48)
Destreza manual com instrumentos		23,5	18,7
Habilidade para memorizar		56,1	56,2
Habilidade para tratar com matéria teórica		52,3	56,2
Conhecimento prévio de ciências físicas		15,9	16,7
Capacidade de abandonar quase tudo em prol dos estudos		24,2	10,4
Conhecimento prévio de ciências sociais		9,1	12,5
Dar-se bem com outros estudantes		51,5	47,9
Capacidade de permanecer calmo em vez de tenso e nervoso devido aos estudos		68,9	79,2
Aprender tantos fatos médicos quanto possível		46,2	31,2
Capacidade para resolver por conta própria o que é mais importante em seus estudos		63,6	85,4
Dar-se bem com o corpo docente		48,5	35,4
Habilidade para realizar pesquisa		48,5	50,0

- Para esta questão, foram oferecidas as seguintes alternativas: "muito importante", "relativamente importante", "pouco importante", "sem importância", "não pensei nisso".

TABELA 49 - Distribuição dos estudantes, segundo o grau de importância de alguns fatores que concorreram para a concepção do que seja uma escola médica. Total das turmas de 1968, 1969 e 1970.

FATORES	GRAU DE IMPORTÂNCIA					Sem importância	Não respondeu	TOTAL
	Muito importante	Relativamente importante	Pouco importante					
Publicações de escolas médicas	27(15,0)	48(26,7)	60(33,3)	35(19,5)	10 (5,5)	180(100,0)		
Estudantes de medicina de sua faculdade	37(20,5)	66(36,7)	33(18,4)	38(21,1)	6 (3,3)	180(100,0)		
Estudantes de medicina de outras faculdades	45(25,0)	71(39,4)	36(20,0)	21(11,7)	7 (3,9)	180(100,0)		
Familiares médicos	22(12,2)	34(18,9)	20(11,1)	68(37,8)	36(20,0)	180(100,0)		
O médico de sua família	22(12,2)	36(20,0)	34(18,9)	76(42,2)	12 (6,7)	180(100,0)		
Outros médicos amigos	22(12,2)	46(25,5)	39(21,7)	61(33,9)	12 (6,7)	180(100,0)		
Docentes de faculdades de medicina	17 (9,5)	27(15,0)	24(13,3)	93(51,7)	19(10,5)	180(100,0)		
Docentes dos cursinhos	33(18,4)	56(31,1)	39(21,7)	49(27,2)	3 (1,6)	180(100,0)		
Livros, filmes, peças de teatro	19(10,5)	43(23,9)	44(24,5)	58(32,2)	16 (8,9)	180(100,0)		

TABELA 50 - Distribuição dos estudantes, por turmas, conforme o grau de informação que declararam ter sobre o corpo docente.

GRAU DE INFORMAÇÃO	TURMAS	1968	1969	1970	TOTAL
Muito		2 (2,9)	- (-)	- (-)	2 (1,1)
Regular		19 (27,9)	2 (3,2)	3 (6,0)	24 (13,3)
Pouco		43 (63,2)	36 (58,1)	27 (54,0)	106 (58,9)
Nada		4 (5,9)	24 (38,7)	20 (40,0)	48 (26,7)
TOTAL		68(100,0)	62(100,0)	50(100,0)	180 (100,0)

TABELA 51 - Distribuição dos estudantes, por turmas, segundo as fontes das quais obtiveram informações sobre o corpo docente.

FONTE	TURMAS	1968	1969	1970	TOTAL
		(n=64)	(n=38)	(n=30)	(N=132)
Estudantes de sua faculdade		61 (95,3)	22 (57,9)	21 (70,0)	104 (78,8)
	Estudantes de outras facul- dades	8 (12,5)	4 (10,5)	4 (13,3)	16 (12,1)
Professores do cursinho		8 (12,5)	11 (28,9)	6 (20,0)	25 (18,9)
Parentes médicos		4 (6,2)	3 (7,9)	5 (16,7)	12 (9,1)
Amigos médicos		7 (10,9)	6 (15,8)	7 (23,3)	20 (15,1)
Artigos escritos por mem- bros do corpo docente		8 (12,5)	5 (13,1)	3 (10,0)	16 (12,1)
Contatos pessoais com mem- bros do corpo docente		8 (12,5)	4 (10,5)	2 (6,7)	14 (10,6)

TABELA 52 - Distribuição dos estudantes, por turmas, segundo as relações entre dúvidas na seleção da profissão e a previsão do seu aproveitamento escolar no primeiro ano, comparado ao dos colegas de classe.

GRAU DE APROVEITAMENTO ES COLAR	TURMA	Considera- velmente melhor que a média	Um pouco melhor que a mé- dia	Dentro da média	Abaixo da média	Não sei	TOTAL
DÚVIDAS	1968	2 (5,9)	9 (26,5)	21 (61,8)	1 (2,9)	1 (2,9)	34 (100,0)
	1969	3 (9,8)	6 (19,3)	16 (51,6)	- (-)	6 (19,3)	31 (100,0)
	1970	2 (6,9)	6 (20,7)	17 (58,6)	- (-)	4 (13,8)	29 (100,0)
	-	7 (7,4)	21 (22,3)	54 (57,4)	1 (1,1)	11 (11,7)	94 (100,0)
Nenhuma dúvida	1968	1 (3,0)	1 (3,0)	27 (81,8)	1 (3,0)	3 (9,1)	33 (100,0)
	1969	1 (3,3)	6 (20,0)	18 (60,0)	- (-)	5 (16,7)	30 (100,0)
	1970	- (-)	7 (33,3)	8 (38,1)	- (-)	6 (28,6)	21 (100,0)
	-	2 (2,2)	14 (16,7)	53 (63,1)	1 (1,5)	14 (16,7)	84 (100,0)

- Excluem-se 2 estudantes que deixaram de responder as questões pertinentes.

TABELA 53 - Distribuição dos estudantes, por turmas, conforme a opinião sobre os tipos de contatos que julgam irão manter com o corpo docente durante o primeiro ano do curso médico.

TIPOS DE CONTATO	TURMAS		1968		1969		1970		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bastante formais	8	11,8	7	11,3	5	10,0	20	11,1		
Relativamente formais	40	58,8	40	64,5	30	60,0	110	61,1		
Pouco formais	16	23,5	11	17,7	9	18,0	36	20,0		
Informais	4	5,9	4	6,4	6	12,0	14	7,8		
TOTAL	68	100,0	62	100,0	50	100,0	180	100,0		

TABELA 54 - Distribuição dos estudantes, por turmas, segundo a relação entre dúvidas na seleção da profissão e o grau de expectativa sobre a escola médica.

"O QUE ESPERA DE UMA ESCOLA MÉDICA"	TURMA	Muito	O sufi- ciente	Só um pouco	Quase nada	TOTAL
DÚVIDAS						
Sérias e/ou ligeiras dúvidas	1968	5 (14,7)	10 (29,4)	17 (50,0)	2 (5,9)	34 (100,0)
	1969	2 (6,4)	10 (32,2)	15 (48,4)	4 (12,9)	31 (100,0)
	1970	2 (6,9)	14 (48,3)	9 (31,0)	4 (13,8)	29 (100,0)
	-	9 (9,6)	34 (36,2)	41 (43,6)	10 (10,6)	94 (100,0)
TOTAL						
Nenhuma dúvida	1968	4 (12,1)	11 (33,3)	15 (45,4)	3 (9,1)	33 (100,0)
	1969	2 (6,7)	14 (46,7)	12 (40,0)	2 (6,7)	30 (100,0)
	1970	2 (9,5)	10 (47,6)	6 (28,6)	3 (14,3)	21 (100,0)
	-	8 (9,5)	35 (41,7)	33 (39,3)	8 (9,5)	84 (100,0)
TOTAL						

- Excluem-se 2 estudantes que deixaram de responder as questões pertinentes.

CAPÍTULO V

A BUSCA DA ESPECIALIDADE

Considerando que a escolha da especialidade é um dos aspectos que têm merecido a atenção de inúmeros estudiosos da educação médica, incluimos como o primeiro item deste Capítulo uma rápida revisão de alguns dos principais trabalhos que se dedicaram ao tema; a seguir, investigando o que pensam os estudantes que estão ingressando na escola médica, colhemos as impressões que trazem consigo os primeiranistas. Finalmente, através de dados obtidos entre estudantes do quinto ano, procuramos saber que valores os estudantes que caminham para o final do curso conferem a algumas características atribuídas a determinadas especialidades.

a. Alguns dados da literatura

Assunto que esteve presente desde os trabalhos

pioneiros na área da Sociologia da Medicina, a especialização na prática médica foi tida por Stern (1945) como uma decorrência tanto do desenvolvimento da ciência como da tecnologia médicas. Recentemente, Polack (1972) analisaria a multiplicação das especialidades médicas que decompõem o homem em uma multiplicidade de campos microscópicos, mais como uma consequência da evolução capitalista da medicina do que de uma racionalidade científica. Numa tentativa de reconstruir uma tipologia dos médicos durante o período de 1910-1967, Funkenstein (1968) baseou-se nas condições da prática médica. Como afirma o autor, "A cada mudança nas condições da prática médica, um novo tipo de médico apareceu, que, possuindo os talentos e tendências correspondentes ao novo papel, tornou-se o novo protótipo do profissional médico". Entre 1910-1935, o protótipo do médico era o "Clínico" - especialista ou não, "era bem versado na arte da medicina" - pragmaticamente, usava a ciência no diagnóstico e terapêutica. Nos dez anos seguintes, sobressai o interesse pela Psiquiatria e, ao final da Segunda Guerra, aparece o "médico-cientista" - devotado, antes, a pesquisar e, secundariamente, a tratar de pacientes. O largo período de 1945-1965 vai marcar um interesse pela melhoria das condições da oferta da atenção médica ao qual se associará o conhecimento das ciências sociais. O médico de cuidado primário e o "médico-cientista social" são característicos desse período. Nos anos finais do período estudado, com a crescente aplicação das ciências físicas à medicina, surge um novo tipo de profissional: o médico-cientista-físico. Em trabalho posterior (1971), o autor mostra que, a partir de 1968, inicia-se uma nova era para a medicina - a medicina comunitária.

Ao lado desses estudos globais sobre a especialização médica, algumas investigações procuraram verificar as preferências estudantis quanto às especialidades. Assim, encontramos interessantes informações nos trabalhos de Cahalan et al. (1957) (1); dados levantados pela ASSOCIATION OF AMERICAN MEDICAL COLLEGES (1962) (2); Bloom (1971) (3); ROYAL COMMISSION ON MEDICAL EDUCATION (1968) (4); Lalinde & Ponce(1969) (5); Castro et al. (1971) (6), que resumimos no Quadro 2.

Nos dados destes estudos verifica-se que houve concentração em algumas especialidades. Nos Estados Unidos a preferência recaiu em Medicina Interna e Cirurgia, como se pôde avaliar pelos estudos de 1957 e 1962. No trabalho realizado em 1962, vê-se que houve um aumento na escolha de Cirurgia, enquanto que decresceu o número dos que apontaram sua preferência pela Medicina Interna. Estudando o assunto em 1971, Bloom obteve resultados que mostram essas preferências encontradas anteriormente, com um aumento significativo para a Medicina Interna, bem como verificou uma preferência maior por Psiquiatria. Na Inglaterra, as escolhas recaíram na Prática Geral e na Cirurgia, sendo a preferência pela Psiquiatria bem menor que nos Estados Unidos. Nos trabalhos feitos no Brasil e na Venezuela foi verificada a preferência pela Cirurgia. Através dos dados levantados, observa-se que certas áreas não figuram como opções, ou aparecem em porcentagens insignificantes. É o caso, por exemplo, de Saúde Pública, escolhida por 1,4% dos estudantes pesquisados na Inglaterra e 2,0% dos alunos da Venezuela. Em nosso país, apenas 0,8% declararam preferência pela área de Nutrição, 0,2% escolheram Educação Médica e 0,2% apontaram Medicina Preventiva como

QUADRO 2 - Distribuição percentual das preferências por especialidades em diversos estudos.

ESTUDOS ESPECIALIDADES	GAHAN et al. (1957)	ASS. AM. MED. COL. (1962)	ROYAL COM MISSION (1968)	LALINDE & BOHCE (1969)	BICCH (1971)	CHEN et al. (1971)
Alergia.....	-	-	-	-	-	0,5
Anatomia Patológica.....	-	-	-	0,9	-	0,5
Anestesiologia.....	-	2,0	2,0	-	-	0,5
Angiologia.....	-	-	-	-	-	0,5
Biogênica.....	-	-	-	-	-	0,5
Cardiologia.....	-	-	15,0(4)	-	-	1,0
Ciências Básicas.....	-	-	1,1	1,7	-	-
Cirurgia.....	22,0	25,0(2)	16,6(5)	23,6	15,0	16,5(9)
Dermatologia.....	-	-	0,7	-	-	2,0
Doenças Infecciosas e Parasitárias..	-	-	-	-	-	0,5
Educação Médica.....	-	-	-	-	-	0,5
Endocrinologia.....	-	-	-	-	-	0,5
Fisioterapia.....	-	-	-	-	-	0,5
Gastroenterologia.....	-	-	-	-	-	0,5
Ginecologia.....	-	-	-	-	-	0,5
Hematologia.....	-	-	-	-	-	0,5
Medicina Geral.....	-	-	-	19,2	-	-
Medicina Interna.....	30,0	23,0	-	19,0	32,0	6,5
Medicina Preventiva.....	-	-	-	-	-	0,5
Nefrologia.....	-	-	-	-	-	1,5
Neurocirurgia.....	-	-	-	-	-	1,5
Neurologia.....	-	-	-	-	-	1,5
Neuropediatria.....	-	-	-	-	-	0,5
Nutrição.....	-	-	-	-	-	0,5
Obstetrícia.....	-	-	-	-	-	4,0
Obstetrícia e Ginecologia.....	10,0	12,0	12,4	12,4	10,0	-
Oftalmologia.....	1,0	-	1,2	-	4,0	3,3
Ortopedia.....	2,0	-	-	-	1,0	3,3
Otorrinolaringologia.....	x	-	-	-	-	2,8
Oftalmologia e Otorrinolaringologia..	-	4,0	-	-	-	-
Patologia.....	2,0	3,0	1,8	-	4,0	0,2(10)
Pediatria.....	10,0	11,0	10,8	15,5	3,0	15,5
Pesquisa Médica.....	-	-	1,6	-	-	-
Pneumologia.....	-	-	-	-	-	0,7
Prática Geral.....	-	-	23,5	-	4,0	-
Proctologia.....	-	-	-	-	-	0,2
Psiquiatria.....	-	10,0	5,2	2,8	12,0	6,5
Psiquiatria e/ou Neurologia.....	8,0	-	-	-	-	-
Radiologia.....	-	4,0	0,8(6)	-	-	0,7
Reabilitação.....	-	-	-	-	-	0,2
Reumatologia.....	-	-	-	-	-	0,2
Saúde Pública.....	x(1)	-	1,4(7)	2,0	-	-
Urologia.....	-	-	-	-	-	1,5
Outras Especialidades.....	5,0	6,0(3)	5,9(8)	2,0	10,0	-
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
N	1.086(11)	2.125	1.791	381	81(12)	547(13)

Obs.: x = menos de 1,0%

- (1) ou Medicina Preventiva.
- (2) inclui cirurgia geral e subespecialidades cirúrgicas.
- (3) inclui Dermatologia, Medicina Física, Saúde Pública, Medicina Preventiva e Reabilitação.
- (4) na classificação original "Medicine in Hospital", inclui Cardiologia e Neurologia.
- (5) inclui Cirurgia de Ouvido, Nariz e Garganta; Neurocirurgia; Cirurgia Torácica; Cirurgia de Emergência e Traumática.
- (6) inclui Radioterapia.
- (7) inclui Medicina Social.
- (8) incluem-se Microbiologia (0,3%); Indústria Farmacêutica (0,1%); Administração Médica (0,1%); Medicina Forense (0,1%); Medicina Industrial (0,2%) e Forças Armadas (2,0%) e outras (2,3%).
- (9) inclui Cirurgia Abdominal, Cardíaca, Geral, Infantil, Plástica, Torácica e Vascular.
- (10) na classificação original, Patologia Clínica.
- (11) incluem-se 10,0% que não se decidiram.
- (12) incluem-se 5,0% que não responderam.
- (13) incluem-se 1,0% sem informação e 0,2% que não se decidiram.

opção de especialidade.

Alguns autores têm procurado estabelecer certas relações entre as características do indivíduo e as especialidades escolhidas. Schumacher (1963, 1964), por exemplo, estabeleceu a existência de diferenças de interesses e personalidade entre os estudantes que escolhiam determinadas especialidades; comparando os grupos de escolha de Psiquiatria e Cirurgia, encontrou que o primeiro tem interesse teórico-artístico e de bem-estar social mais alto, enquanto que o último apresenta maior interesse prático-econômico (7). Eron (1955) relacionou as características de ansiedade, humanitarismo e cinismo e encontrou que os interessados em Psiquiatria apresentavam escores mais altos em ansiedade do que os que se interessavam em Medicina Interna, Pediatria ou Cirurgia. Aqueles que planejavam seguir Medicina Interna eram mais ansiosos do que os futuros cirurgiões. Pediatras e psiquiatras tinham escores mais baixos na escala do cinismo do que os interessados em outras especialidades. De outro lado, não encontrou diferença nos escores de humanitarismo entre os grupos pesquisados (8). Em outro estudo, Livingston & Zimet (1965) encontraram que os estudantes que selecionavam a Psiquiatria tinham um nível significativamente mais alto de ansiedade em relação à morte do que aqueles que planejavam seguir outras especialidades, como Cirurgia. Na mesma pesquisa verificou-se que os futuros psiquiatras estavam colocados em níveis significativamente mais baixos numa escala de autoritarismo do que estudantes interessados em Cirurgia, Medicina Interna e Pediatria. Interessante observar que, conforme os resultados de Stern & Scalon (1958), a personalidade dos estudantes que esco-

lhiam determinadas especialidades (Medicina Interna, Cirurgia, Psiquiatria, Obstetrícia e Ginecologia) não diferia da dos praticantes daquelas especialidades ou do corpo docente das mesmas (9).

Algumas associações entre características demográficas e a especialidade escolhida podem ser vistas no estudo de Schumacher (1964). As carreiras acadêmicas são escolhidas por estudantes procedentes de grandes centros, ao contrário daqueles que escolhem a prática geral, cuja tendência é proceder de cidades pequenas ou da zona rural. Esta tendência também foi encontrada no estudo realizado na Inglaterra, apesar da associação não ter sido considerada significativa. Kritzer & Zimet (1967) verificaram que, comparada a outras especialidades, a Psiquiatria tende a incluir indivíduos que, em sua maioria, são solteiros, declaram não ter religião e já demonstram interesse pela especialidade selecionada desde a entrada na escola médica. Ter filiação religiosa e serem casados foram características encontradas entre os que escolheram Obstetrícia. Quando os pesquisadores relacionaram as especialidades segundo o grau de prestígio e status a elas atribuído, os autores observaram que o status sócio-econômico dos pais parece influir, ainda que de forma inconsciente, na escolha da especialidade. Assim, os estudantes procedentes de classe de status sócio-econômico mais baixos tenderiam a escolher especialidades consideradas como de maior prestígio, levando em conta não somente seus interesses presentes mas também sua situação de vida anterior (10).

b. As primeiras impressões sobre a especialidade

Sendo institucionalizadas, as sequências que culminam com a diplomação do médico podem ser facilmente delineadas. O mesmo não ocorre com a escolha da especialidade, pois esta pode ser feita antes mesmo do estudante ingressar no curso médico, durante o seu período de formação, após o término do curso regular, no momento do início do internato, quando é feita a definição da residência que vai ser seguida e pode, ainda, ocorrer ou mudar durante a prática médica.

Procurando verificar como se inicia essa busca, investigamos, através dos relatos estudantis, as imagens construídas pelos estudantes quanto ao fato de tornar-se ou não especialistas. Encontramos, como expressa Sambuc (1973), o dimensionamento do campo de atividade futura ao "nível do imaginário". Refletem-se, no momento do ingresso do estudante na escola médica, suas dúvidas, incertezas e mesmo seu desconhecimento frente à questão.

Vejamos como se manifestam alguns primeiranistas.

"Acho deveras rápido uma resposta a essa pergunta, levando em conta que estou ainda no primeiro ano do curso. É claro que com o contato que deverei ter com os pacientes e com as doenças em si e os vários campos da medicina seria passível de erro se já tivesse me decidido, embora, é claro, possuía as minhas preferências" (Primeiranista, sexo feminino, turma 68).

"Pretendo fazer clínica geral antes que qualquer especialização e procurar sanar os males tão comuns, como os devidos, no Brasil,

à alimentação. Mais tarde espero poder me especializar em Psiquiatria e Neurocirurgia, pois para mim a parte fundamental do corpo humano é o cérebro que comanda todas as funções orgânicas de modo geral" (Primeiranista, sexo feminino, turma 69).

"Pode ser que mude de opinião à medida que for tendo contato com as coisas, mas a minha vontade é ser Pediatra". (Primeiranista, sexo feminino, turma 69).

"Atualmente ainda não tomei uma posição bem definida quanto a isto, mas posso adiantar que, se tivesse que tomar uma decisão urgente, oscilaria entre Cirurgia e Psiquiatria". (Primeiranista, sexo masculino, turma 68).

"Ainda não sei ao certo, estou entre fazer Neurologia, Psiquiatria ou Medicina Espacial". (Primeiranista, sexo masculino, turma 70).

"Gosto de Psiquiatria e também pretendia fazer pesquisa no que diz respeito à Medicina Nuclear. Para decidir-me por uma das duas tudo vai depender dos anos de estudo que tenho pela frente". (Primeiranista, sexo feminino, turma 70).

"Não tendo ainda sólida idéia dos diferentes ramos da medicina, eu não posso agora, ainda no 1º ano da Faculdade, afirmar categoricamente o que vou seguir, mas pretendo, se gostar, ser um médico de Saúde Pública". (Primeiranista, sexo masculino, turma 69).

"Por enquanto eu acho que quero fazer Cirurgia. Mas eu acho muito cedo para dar uma opinião taxativa pois eu não conheço quase "niente" de medicina. Acho que as chances de eu mudar são grandes, pois pode ser que amanhã

eu encontre uma parte da medicina que eu ainda não conheço, que me atraia mais do que a Cirurgia". (Primeiranista, sexo masculino, turma 68).

"Entrar no campo da pesquisa ou me especializar em Cirurgia, sendo que acho bastante vazia essa idéia e talvez quando me formar eu já não pense assim, pois ainda tenho muito por conhecer e depois de um contato com tudo terei mais reforço naquilo que realmente gostar". (Primeiranista, sexo masculino, turma 70).

"Imaturamente, dentro do campo médico, penso ser para o futuro um cirurgião com especialização ginecológica, porém tudo pode mudar...". (Primeiranista, sexo masculino, turma 68).

Selecionadas ao acaso, estas opiniões mostram-nos que o estudante, ao entrar na escola médica, apesar de estar motivado para a especialização, fica em uma posição de não saber exatamente quais as suas pretensões.

Como afirma Shore (1970), analisando a escolha de carreira de medicina entre os estudantes britânicos, "No início dos estudos médicos, somente o estudante excepcional tem, entre os diversos ramos da medicina, uma idéia clara daquele em que deseja especializar-se". Parece-nos que tal fato é corroborado em nosso levantamento. A falta de dimensionamento das diversas especialidades, as perspectivas que serão abertas no correr do curso, o contato com pacientes e com as patologias, bem como a possibilidade de "encontrar um campo dentro da medicina, não conhecido", explicariam essa dificuldade encontrada pelo estudante.

Vistos em conjunto, dos 173 estudantes que responderam à questão sobre a seleção de um determinado campo de a tividade, 87 (50,3%) não sabiam, não haviam se decidido ou não tinham idéia; 73 (42,2%) pretendiam especializar-se; 8 (4,6%) estavam indecisos entre a especialização e a pesquisa; 4 (2,3%) assinalaram a pesquisa como possibilidade futura e somente 1 (0,6%) expressou o desejo de vir a ser docente. Vimos ainda pelos relatos que há por parte dos estudantes algumas preferências por certas especialidades, e, dos que pretendem especializar-se, 46 alunos citaram nominalmente a especialidade ou especialidades escolhidas. Na tabela 55 pode-se verificar que, do total de respostas, as concentrações maiores ocorrem em Cirurgia (24,7%), Psiquiatria (21,0%) e Clínica Geral (12,3%).

Não se pode deixar de anotar que, embora os estudantes citem nominalmente determinadas especialidades, poucos de finem os motivos de suas preferências. O que encontramos está mais associado aos valores gerais da profissão do que à especialidade em si mesma. Alguns relatos ilustram este fato. Um psiquiatra escreveu:

"Gostaria de ser um especialista em Neurologia, mas quero acima de tudo ser capaz de con tinuar sendo humano e não perder a capacidade de sentir compaixão apesar do "costume" de lidar com pessoas que sofrem. Quero ser um médico humano acima de tudo, seja qual for a minha especialidade".

Outro estudante afirma:

"Atualmente estou lutando para que não mude, pretendendo ser médico dos que mais necessitarão de

meus cuidados. Se especializar, pretendo fazer Ginecologia".

Uma estudante, em seu relato, escreveu:

"Pretendo ser uma médica que tenha o único intuito de trazer o bem. Serei Psicanalista. Farei, espero, que os que tenham perdido a esperança de viver voltem a tê-la e que aqueles que temem a morte a encarem de modo racional".

c. Os valores atribuídos às especialidades

Prendendo-nos a relatos individuais, vimos, no item anterior, alguns aspectos relacionados à escolha da especialidade. Porém, para obtermos a imagem que os estudantes como um grupo têm de algumas especialidades, partimos da noção de estereótipo. Como argumentavam Cooker et al. (1966), "os estereótipos funcionam como uma parte na seleção da especialidade médica" e, anteriormente, Bruhn & Parsons (1964) indicavam que as decisões estudantis podem ser influenciadas pela percepção que o estudante tem do prestígio, assim como pelo estereótipo da especialidade, acreditamos que este seria um critério eficaz para o conhecimento do consenso que o grupo de estudantes mostrava em relação à atribuição de determinadas características às especialidades.

Ao oferecermos as características básicas para que os estudantes lhes atribuísem valores, sabíamos de antemão que elas seriam generalizadas e simplificadas, porém esta é a noção que Vinacke (1956) confere ao estereótipo: "rotulações atribuídas para a avaliação de pessoas, fatos ou situações".

Ao avaliar as especialidades, os estudantes deveriam atribuir valores a algumas características básicas, tais como: controle das horas de trabalho, recompensa pelo trabalho, desafio à capacidade intelectual, relacionamento intra-profissional, rentabilidade, relacionamento médico-paciente e prestígio. Essas características foram depreendidas das seguintes descrições:

1. "Um campo onde alguém pode estabelecer suas próprias horas de trabalho".
2. "Um campo no qual os pacientes são altamente agradecidos pelo que se faz por eles".
3. "Um campo onde os problemas de diagnóstico são especialmente desafiantes".
4. "Um campo onde o relacionamento com colegas da mesma especialidade é particularmente agradável".
5. "Um campo no qual é muito provável conseguir uma boa renda".
6. "Um campo que apresenta oportunidades para conhecer bem os pacientes".
7. "Um campo que tem alto prestígio dentro da profissão médica".

A distribuição dos valores médios* permitiu que se verificasse as características descritivas que os estudantes atribuíram a cada especialidade. Esta distribuição é apresenta-

* A cada descrição o estudante atribuiu um valor, sendo: valor 1 = descrição inapropriada; valor 2 = descrição não muito apropriada; valor 3 = descrição relativamente apropriada; valor 4 = descrição muito apropriada. Os valores médios, para cada descrição, foram calculados da seguinte forma:

$$\text{Valor Médio} = \frac{\text{valor atribuído} \times n}{N}$$

da na Tabela 56 e no Quadro 3. A distribuição por sexos aparece nos Gráficos 7 a 13. Destacamos desse material os principais pontos.

a. Cirurgia Geral

Aparecem como características que mais se destacam nesta especialidade a rentabilidade, o prestígio e o reconhecimento do trabalho por parte dos pacientes. Essas características evidenciaram-se tanto para o sexo masculino como para o feminino, apresentando os valores mais elevados.

b. Clínica Geral

Em primeiro lugar os estudantes situaram o desafio dos diagnósticos e a oportunidade de conhecer bem os pacientes como as características mais apropriadas a esta área médica; também aqui ambos os sexos assinalaram essas características como as de maior destaque, sendo que o fato desta especialidade possibilitar um bom conhecimento do paciente é mais caracterizado pelo sexo feminino do que pelo sexo masculino.

c. Obstetrícia e Ginecologia

Como uma descrição relativamente apropriada, os estudantes assinalaram a rentabilidade e a oportunidade de conhecer bem os pacientes. Comparativamente, o destaque dado pelo sexo masculino é em relação à rentabilidade e ao fato de ser um campo no qual os pacientes são altamente agradecidos pelo que se faz por eles; para o sexo feminino, o destaque está em ser uma especialidade que tem alto prestígio dentro da profissão médica e na qual há a oportunidade de se conhecer bem os pacientes.

d. Otorrinolaringologia e Oftalmologia

As descrições que alcançaram valores mais elevados foram: para o sexo feminino, a possibilidade de estabelecer as próprias horas de trabalho, seguida de ser um campo onde o relacionamento intra-profissional é particularmente agradável, sendo que para o sexo masculino o valor maior é atribuído ao fato dos pacientes serem altamente agradecidos pelo que se faz por eles e pela probabilidade de se conseguir uma boa renda.

e. Pediatria

O grupo como um todo atribuiu a esta especialidade, como característica relativamente apropriada, a possibilidade de se conseguir uma boa renda. Há algum destaque para o problema do diagnóstico, ao relacionamento intra-profissional e ao prestígio da especialidade dentro da profissão médica. Observando-se a distribuição por sexo, não existem grandes discrepâncias quanto a todas as características atribuídas, sendo que para o sexo feminino o prestígio da especialidade, a possibilidade de conhecer bem os pacientes e o relacionamento intra-profissional aparecem ligeiramente acima dos valores atribuídos a essas características pelo sexo masculino.

f. Psiquiatria

Para esta especialidade, a possibilidade de conhecer bem os pacientes, seguida da probabilidade de conseguir uma boa renda e de poder estabelecer as próprias horas de trabalho foram as descrições que alcançaram os valores mais altos. O principal destaque dado pelo sexo masculino é o de conhecer bem

os pacientes e, para o sexo feminino, a rentabilidade, o controle das horas de trabalho e a oportunidade para conhecer bem os pacientes são características igualmente relevantes.

g. Saúde Pública

Apropriada para esta especialidade é a descrição que a considera um campo onde alguém pode estabelecer suas próprias horas de trabalho e isto é confirmado tanto pelo sexo masculino como pelo sexo feminino. Observa-se que para ambos os sexos esta especialidade recebeu maior número de características com valores próximos a descrições inapropriadas ou não muito apropriadas.

d. Análise

Analisando os dados sobre os rumos que os estudantes pretendem dar a suas carreiras em Medicina, verificamos que a existência de uma tendência para a especialização que se manifesta desde o momento em que ~~ingressam~~ no curso médico não é atípica. Os resultados mostrados por alguns estudos, embora se refiram a épocas diferentes e durante certos períodos de formação, evidenciam que essa tendência está presente nos mais diversos países. Para situarmos os nossos achados dentro de uma realidade mais próxima e comparando-os com os estudos sobre a escolha da especialidade feita no primeiro ano, na América Latina, verificamos que em outros países como a Argentina, Bolívia, El Salvador, México, Nicarágua e Venezuela, as porcentagens de estudantes que gostariam de exercer uma especialidade chegam a ser muito mais elevadas do que a encontrada entre os estudantes

que pesquisamos. No México, por exemplo, atinge 70,0%(11). Este fato leva-nos a considerar como acertada a afirmação de Garcia (1972) de que "os fatores que determinam o desejo de especializar-se estão fora do âmbito escolar", pois, prematuramente, há um grupo relativamente significativo que vê na prática especializada um caminho para a sua atividade profissional. Logicamente, a escola desempenhará papel importante no reforço ou não dessa tendência e mesmo no encaminhamento para determinados campos.

Se, de um lado, pode-se constatar essa tendência, de outro fica bem evidenciado que os estudantes não têm, nesse estágio inicial de sua formação, uma idéia clara sobre a especialidade a ser seguida. Isto levou-nos a centralizar a nossa atenção sobre as configurações que os estudantes constróem em relação às especialidades.

Novamente, verificamos que o consenso desses estudantes não se afasta do encontrado em outros estudos. Assim, Coker et al. (1966) mostram, em seu estudo realizado na Carolina do Norte (Estados Unidos), que os estudantes vêem a Saúde Pública "como uma atividade para os outros, para os mais tímidos, com trabalhos menos pesados, menos ambiciosos, para pessoas menos adaptáveis" e que associam certos valores às pessoas que pretendem ingressar nessa área como "rejeição ao dinheiro, à independência, ao prestígio e ao uso de habilidades de alto nível"(12).

Em relação à Cirurgia, Becker et al. (1961) verificaram que, "além de certos traços pessoais: um certo tipo de personalidade, prazer em trabalhar com as mãos, energia para longas horas de trabalho físico, etc", os estudantes consideram-na

como "limitada, técnica e faltando-lhe amplitude intelectual". A boa renda e muito prestígio foram citados como características básicas para essa especialidade.

Quanto a Obstetrícia e Ginecologia, as características citadas em nossa investigação são também expressivamente assinaladas em outros estudos, como o de Becker et al. (1961). Lembra ainda a pesquisa deste autor que a constância dos problemas a serem tratados, a possibilidade de um relacionamento médico-paciente personalizado e o trato com pacientes que são agradecidos e cooperadores são consensos estudantis em relação a esse campo de trabalho.

Não nos alongaremos em comparações, porém, se tomarmos a questão do prestígio entre as especialidades, verificamos que, ao situarem a Cirurgia como a especialidade de maior prestígio e a Saúde Pública como a de menor, os estudantes entrevistados não fogem ao padrão que Garcia (1972) encontrou entre os estudantes de seis escolas médicas na América Latina, o que parece confirmar a hipótese levantada pelo autor, segundo a qual o prestígio das especialidades depende de certas características próprias de cada uma delas (13).

Notas do Capítulo V

- (1) Pesquisa realizada entre 1086 estudantes do sexo masculino das escolas médicas dos Estados Unidos.
- (2) Pesquisa realizada entre 2.126 internos das escolas médicas dos Estados Unidos.
- (3) Pesquisa realizada com 81 estudantes do quarto ano da State University of New York Downstate Medical Center.
- (4) Pesquisa realizada entre 1.791 estudantes, ao final do primeiro ano do curso médico na Inglaterra.
- (5) Pesquisa realizada entre 381 estudantes que cursavam o sexto ano das sete escolas médicas da Venezuela.
- (6) Pesquisa realizada entre 597 estudantes do último ano de cinco escolas médicas do Rio de Janeiro e Guanabara.
- (7) Pesquisa realizada com 2.500 estudantes de 28 escolas nos Estados Unidos, utilizando como principais dimensões psicológicas a atitude escolástica, interesse e características da personalidade.
- (8) Pesquisa realizada na Yale Medical School com 78 estudantes do primeiro ano e 60 estudantes do quarto ano.
- (9) Pesquisa realizada na State University of New York College of Medicine (Syracuse).
- (10) Pesquisa realizada com 120 residentes da University of Colorado Medical Center.
- (11) Cf. Garcia (1972), as porcentagens encontradas nas seis escolas médicas estudadas foram as seguintes: Argentina (61,0%); Bolívia (64,0%); El Salvador (62,0%); México (70,0%); Nicarágua (68,0%) e Venezuela (43,0%).
- (12) Neste estudo realizado com 2.548 estudantes somente sete entrevistados designaram Saúde Pública ou Medicina Preventiva como o campo que eles tencionavam seguir.
- (13) Em estudo realizado em 15 escolas médicas dos Estados Unidos, conforme é citado por Reader (1958), foi encontrada uma correlação de .96 quando são comparadas as escalas de prestígio de 12 especialidades médicas feitas pelos estudantes e pelo corpo docente.

TABELA 55 - Especialidades apontadas pelos estudantes do primeiro ano, que declararam desejar especializar-se

ESPECIALIDADES	TURMAS				
	1968	1969	1970	TOTAL	%
Anestesiologia	1	-	-	1	1,2
Cardiologia	5	1	-	6	7,4
Cirurgia	11	4	5	20	24,7
Clínica Geral	1	5	4	10	12,3
Doenças Tropicais	-	1	-	1	1,2
Endocrinologia	-	-	1	1	1,2
Ginecologia	2	1	-	3	3,7
Medicina Espacial	-	-	1	1	1,2
Medicina Nuclear	-	-	2	2	2,5
Medicina Preventiva	-	2	-	2	2,5
Neurologia e/ou Neurocirurgia	2	4	1	7	8,6
Oftalmologia	-	-	1	1	1,2
Ortopedia	1	-	-	1	1,2
Patologia Clínica	-	-	1	1	1,2
Pediatria	4	-	1	5	6,2
Psiquiatria	6	8	3	17	21,0
Saúde Pública	-	1	-	1	1,2
Fisiologia	1	-	-	1	1,2
TOTAL DE RESPOSTAS	34	27	20	81	100,0

TABELA 56 - Distribuição dos valores alcançados pelas especialidades.

DESCRIÇÃO DA ESPECIALIDADE	Cirurgia Geral	Clínica Geral	Obstetrícia e Ginecologia	Otorrino e Oftalmologia	Pediatria	Psiquiatria	Saúde Pública
Um campo onde alguém pode estabelecer suas próprias horas de trabalho	1,3	1,8	1,1	3,1	1,5	3,3	3,5
Um campo no qual os pacientes são altamente agradecidos pelo que se faz por eles	3,0	2,5	2,5	2,9	2,4	2,7	1,5
Um campo onde os problemas de diagnóstico são especialmente desafiantes	2,6	3,3	2,0	1,9	2,9	2,7	1,8
Um campo onde o relacionamento com colegas na mesma especialidade é particularmente agradável	1,9	2,5	2,0	3,0	2,9	2,1	2,7
Um campo no qual é muito provável conseguir uma boa renda	3,3	2,4	3,0	2,9	3,0	3,3	2,0
Um campo que apresenta oportunidade para conhecer bem os pacientes	2,1	3,3	2,8	1,9	2,8	3,6	1,5
Um campo que tem alto prestígio dentro da profissão médica	3,1	2,5	2,6	2,6	2,8	2,3	2,0

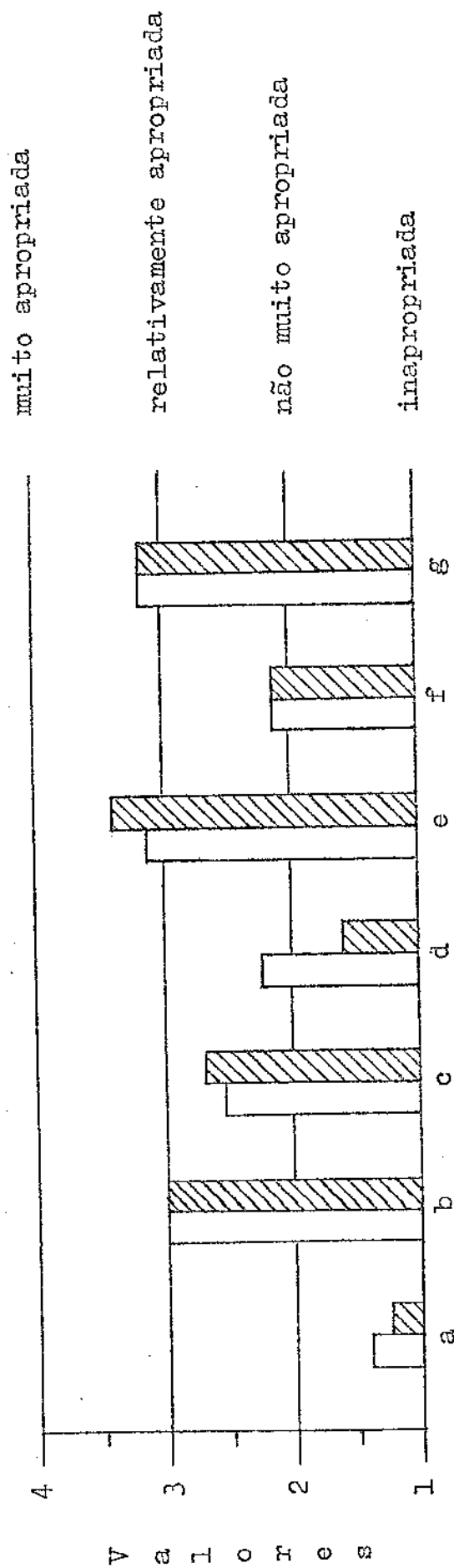
236

Escala de valores: 1 = inapropriada; 2 = não muito apropriada; 3 = relativamente apropriada; 4 = muito apropriada.

QUADRO 3 - Classificação das especialidades, segundo a prioridade conferida às características apresentadas.

CLASSIFICAÇÃO	1º lugar	2º lugar	3º lugar	4º lugar	5º lugar	6º lugar	7º lugar
CARACTERÍSTICAS							
Controle das horas de trabalho	Saúde Pública	Psiquiatria	Otorrino/Oftalmologia	Clínica Geral	Pediatria	Cirurgia Geral	Obstetrícia/Ginecologia
Recompensa pelo trabalho	Cirurgia Geral	Otorrino/Oftalmologia	Psiquiatria	Obstetrícia/Ginecologia Clínica Geral	Pediatria	Saúde Pública	
Desafio à capacidade intelectual	Clínica Geral	Pediatria	Psiquiatria	Cirurgia Geral	Obstetrícia/Ginecologia	Otorrino/Oftalmologia	Saúde Pública
Relacionamento intraprofissional	Otorrino/Oftalmologia	Pediatria	Saúde Pública	Clínica Geral	Psiquiatria	Obstetrícia/Ginecologia	Cirurgia Geral
Rentabilidade	Psiquiatria e Cirurgia Geral	Obstetrícia/Ginecologia Pediatria	Otorrino/Oftalmologia	Clínica Geral	Saúde Pública		
Relacionamento profissional/cliente	Psiquiatria	Clínica Geral	Pediatria Obstetrícia/Ginecologia	Cirurgia Geral	Otorrino/Oftalmologia	Saúde Pública	
Prestígio	Cirurgia Geral	Pediatria	Obstetrícia/Ginecologia Otorrino/Oftalmologia	Clínica Geral	Psiquiatria	Saúde Pública	

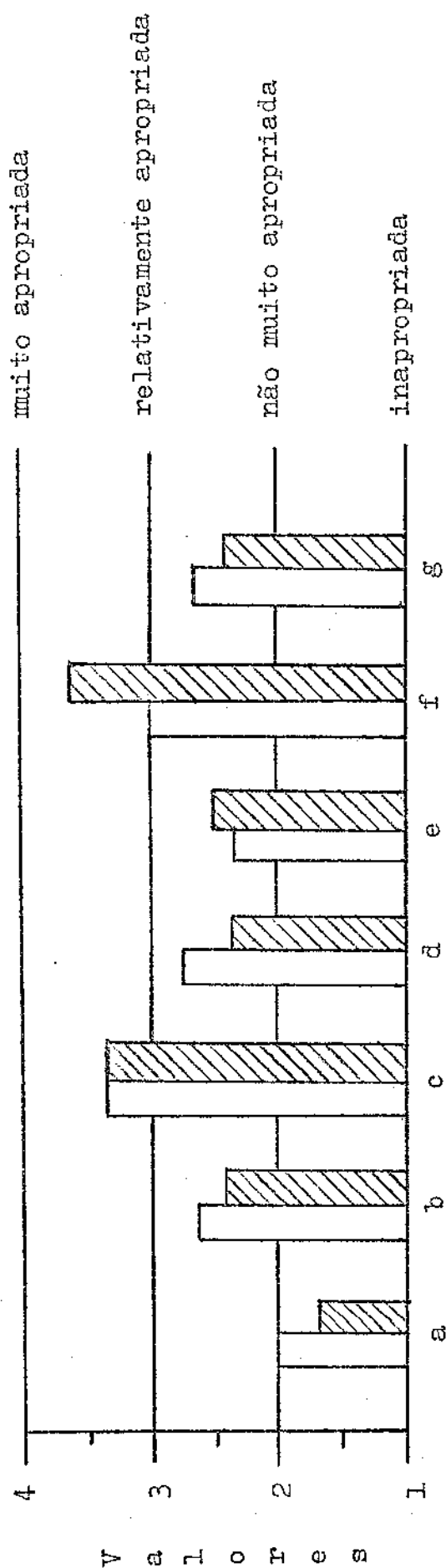
GRÁFICO 7 - Distribuição dos estudantes, por sexo, segundo a avaliação das características atribuídas às especialidades médicas. Cirurgia Geral.



a = "um campo onde alguém pode estabelecer suas próprias horas de trabalho"
 b = "um campo no qual os pacientes são altamente agradecidos pelo que se faz por eles"
 c = "um campo onde os problemas de diagnóstico são especialmente desafiantes"
 d = "um campo onde o relacionamento com colegas na mesma especialidade é particularmente agradável"
 e = "um campo no qual é muito provável conseguir uma boa renda"
 f = "um campo que apresenta oportunidade para conhecer bem os pacientes"
 g = "um campo que tem alto prestígio dentro da profissão médica."

Legenda sexo masculino sexo feminino

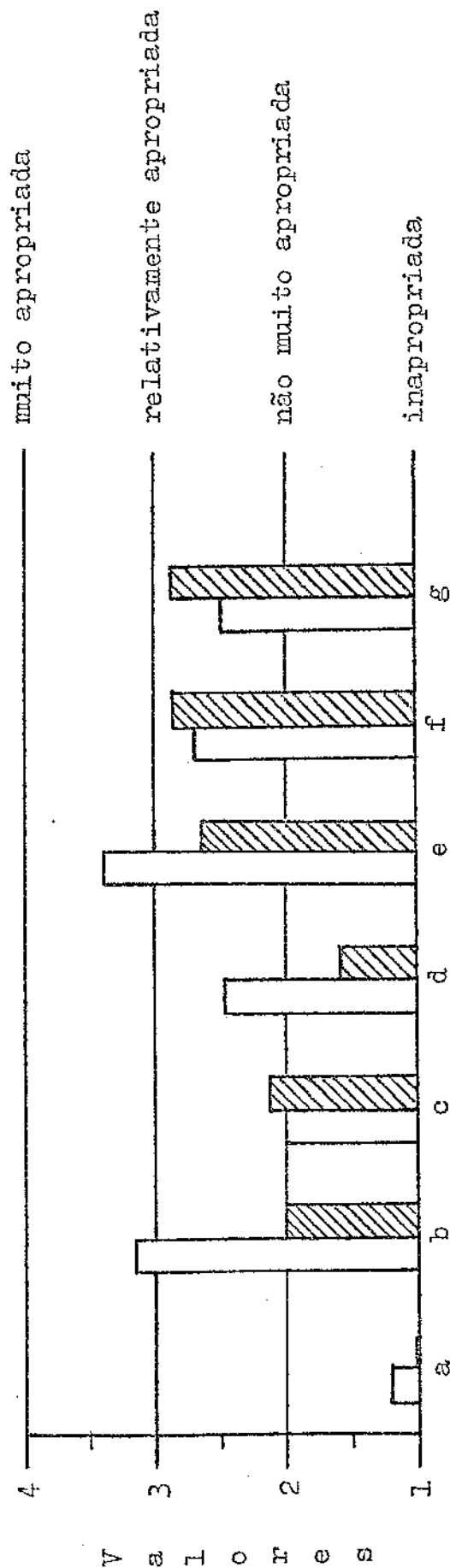
GRÁFICO 8 - Distribuição dos estudantes, por sexo, segundo a avaliação das características atribuídas às especialidades médicas. Clínica Geral.



a = "um campo onde alguém pode estabelecer suas próprias horas de trabalho"
 b = "um campo no qual os pacientes são altamente agradecidos pelo que se faz por eles"
 c = "um campo onde os problemas de diagnóstico são especialmente desafiantes"
 d = "um campo onde o relacionamento com colegas na mesma especialidade é particularmente agradável"
 e = "um campo no qual é muito provável conseguir uma boa renda"
 f = "um campo que apresenta oportunidade para conhecer bem os pacientes"
 g = "um campo que tem alto prestígio dentro da profissão médica"

Legenda sexo masculino sexo feminino

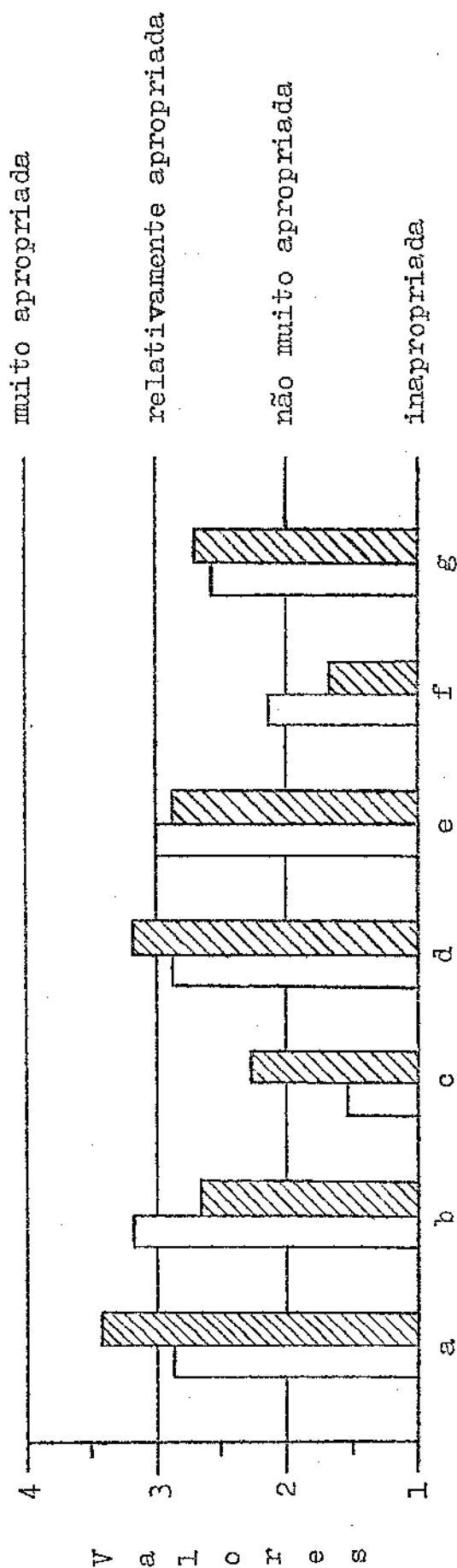
GRÁFICO 9 - Distribuição dos estudantes, por sexo, segundo a avaliação das características atribuídas às especialidades médicas. Obstetrícia/Ginecologia.



a = "um campo onde alguém pode estabelecer suas próprias horas de trabalho"
 b = "um campo no qual os pacientes são altamente agradecidos pelo que se faz por eles"
 c = "um campo onde os problemas de diagnóstico são especialmente desafiantes"
 d = "um campo onde o relacionamento com colegas na mesma especialidade é particularmente agradável"
 e = "um campo no qual é muito provável conseguir uma boa renda"
 f = "um campo que apresenta oportunidade para conhecer bem os pacientes"
 g = "um campo que tem alto prestígio dentro da profissão médica"

Legenda sexo masculino sexo feminino

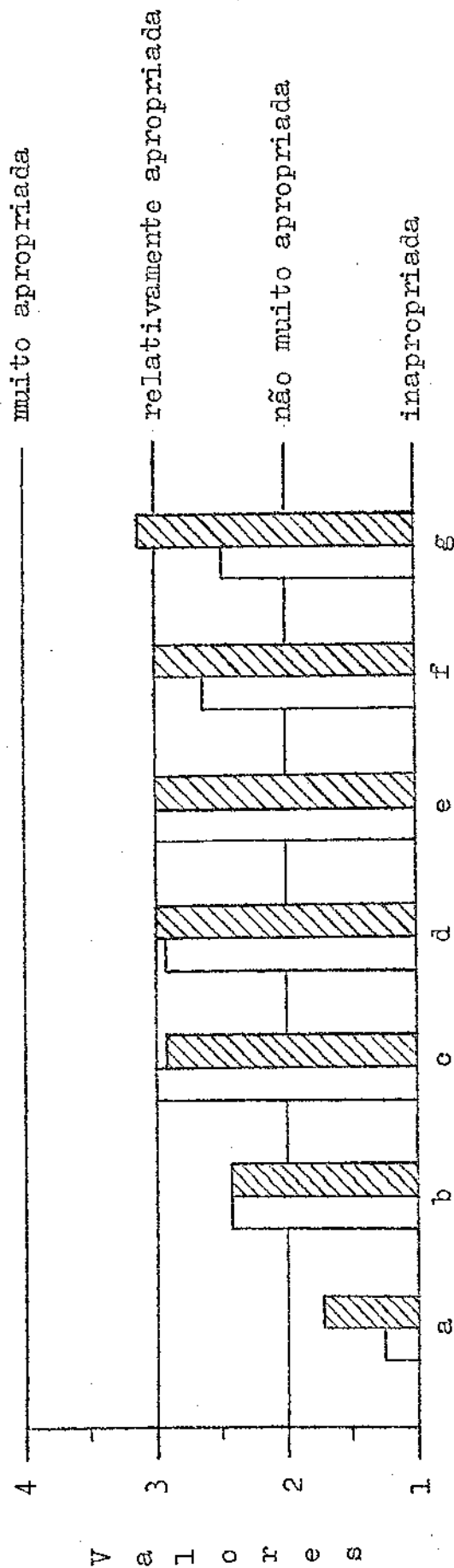
GRÁFICO 10 - Distribuição dos estudantes, por sexo, segundo a avaliação das características atribuídas às especialidades médicas. Otorrinolaringologia/Oftalmologia.



- a = "um campo onde alguém pode estabelecer suas próprias horas de trabalho"
b = "um campo no qual os pacientes são altamente agradecidos pelo que se faz por eles"
c = "um campo onde os problemas de diagnóstico são especialmente desafiantes"
d = "um campo onde o relacionamento com colegas na mesma especialidade é particularmente agradável"
e = "um campo no qual é muito provável conseguir uma boa renda"
f = "um campo que apresenta oportunidade para conhecer bem os pacientes"
g = "um campo que tem alto prestígio dentro da profissão médica"

Legenda sexo masculino sexo feminino

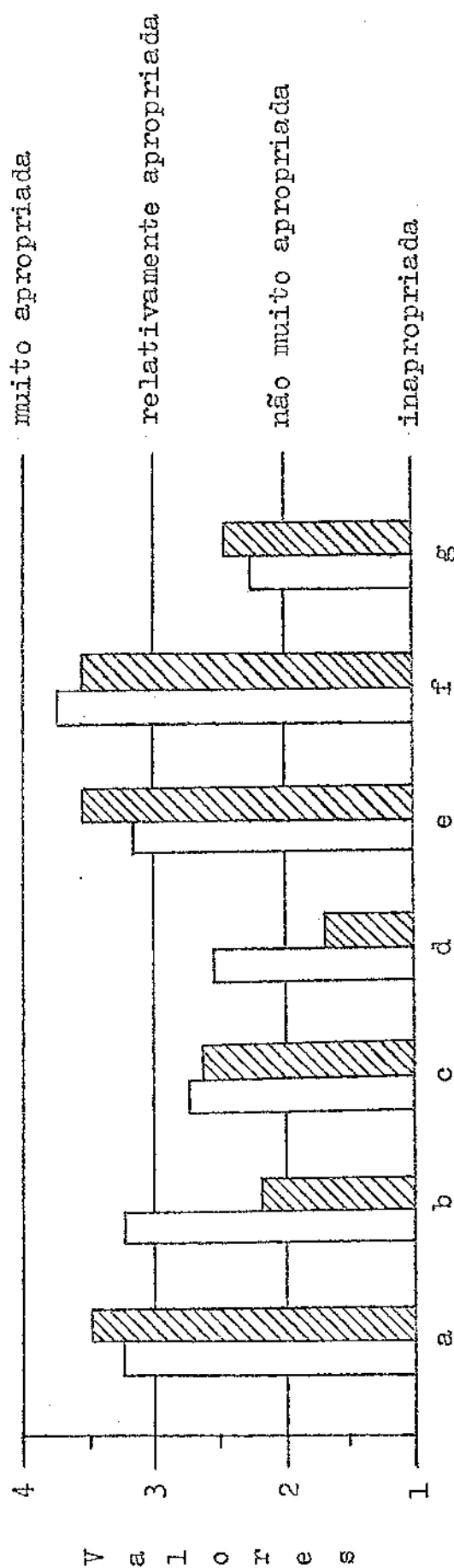
GRÁFICO 11 - Distribuição dos estudantes, por sexo, segundo a avaliação das características atribuídas às especialidades médicas. Pediatria.



- a = "um campo onde alguém pode estabelecer suas próprias horas de trabalho"
b = "um campo no qual os pacientes são altamente agradecidos pelo que se faz por eles"
c = "um campo onde os problemas de diagnóstico são especialmente desafiantes"
d = "um campo onde o relacionamento com colegas na mesma especialidade é particularmente agradável"
e = "um campo no qual é muito provável conseguir uma boa renda"
f = "um campo que apresenta oportunidade para conhecer bem os pacientes"
g = "um campo que tem alto prestígio dentro da profissão médica"

Legenda ☐ sexo masculino ☒ sexo feminino

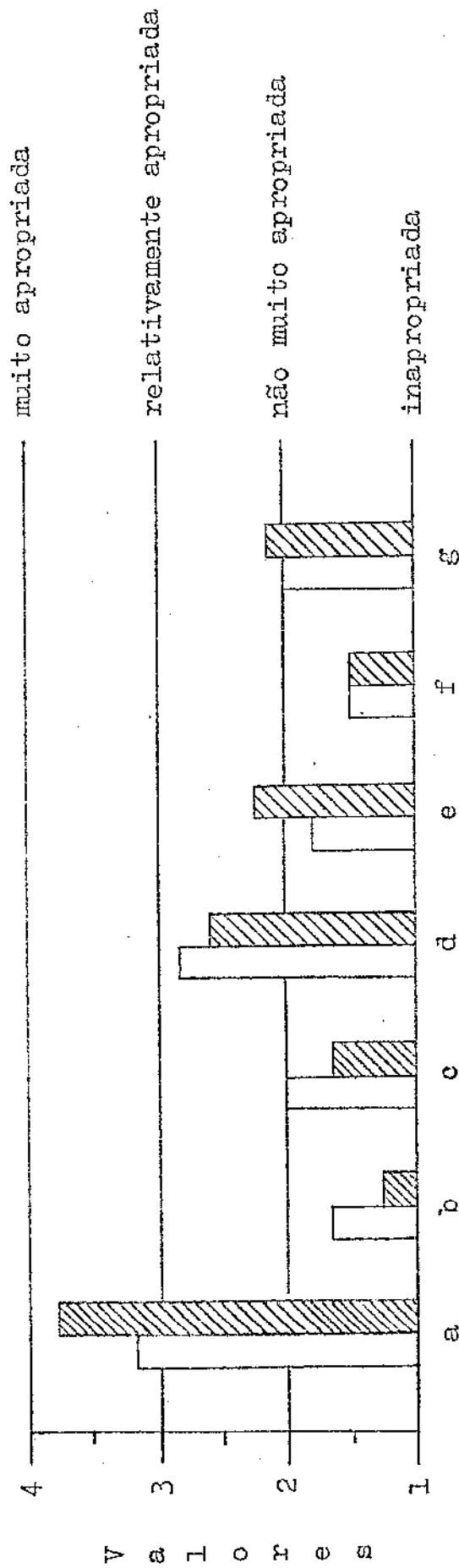
GRÁFICO 12 - Distribuição dos estudantes, por sexo, segundo a avaliação das características atribuídas às especialidades médicas. Psiquiatria.



a = "um campo onde alguém pode estabelecer suas próprias horas de trabalho"
 b = "um campo no qual os pacientes são altamente agradecidos pelo que se faz por eles"
 c = "um campo onde os problemas de diagnóstico são especialmente desafiantes"
 d = "um campo onde o relacionamento com colegas na mesma especialidade é particularmente agradável"
 e = "um campo no qual é muito provável conseguir uma boa renda"
 f = "um campo que apresenta oportunidade para conhecer bem os pacientes"
 g = "um campo que tem alto prestígio dentro da profissão médica"

Legenda. sexo masculino sexo feminino

GRÁFICO 13 - Distribuição dos estudantes, por sexo, segundo a avaliação das características atribuídas às especialidades médicas. Saúde Pública.



a = "um campo onde alguém pode estabelecer suas próprias horas de trabalho"
 b = "um campo no qual os pacientes são altamente agradecidos pelo que se faz por eles"
 c = "um campo onde os problemas de diagnóstico são especialmente desafiantes"
 d = "um campo onde o relacionamento com colegas na mesma especialidade é particularmente agradável"
 e = "um campo no qual é muito provável conseguir uma boa renda"
 f = "um campo que apresenta oportunidade para conhecer bem os pacientes"
 g = "um campo que tem alto prestígio dentro da profissão médica".

Legenda sexo masculino sexo feminino

CAPÍTULO VI

MUDANÇAS DURANTE O CURSO MÉDICO

"Os anos de escola médica representam um interlúdio relativamente breve no desenvolvimento total de um médico".

Horowitz (1964).

Amplamente analisado na revisão que apresentamos inicialmente, a retomada, neste momento, de um ponto básico que se faz presente nos estudos e inquéritos realizados torna-se de crucial importância. Este ponto refere-se à relevância que tem o meio formador sobre aquele que está se preparando para um papel profissional. Se isto pode parecer simples, torna-se complexo na medida em que o impacto exercido não se limita a dar uma direção à concretização do projeto que o indivíduo traz ao ingressar numa escola profissionalizante, mas constitui parte integrante do próprio processo de desenvolvimento da carreira. Se, como afirma Eron (1958), "os estudantes de medicina são inteiramente diferentes quando se graduam do que eram quando estavam no primeiro ano da escola médica...", pode-se perfeitamente aceitar a hipótese de que a carreira se define em diver

tos momentos e não se cristaliza no momento primeiro, quando se toma a decisão para a profissão. E isto se aplica tanto aos que seletivamente a escolheram como àqueles que vocacionalmente se dirigiram à Medicina. Neste Capítulo trataremos das mudanças ocorridas entre o grupo de estudantes pesquisados, num período que abrange o seu percurso na escola médica, desde o ingresso até o quinto ano de curso..

Ao ingressar na escola médica, os estudantes são portadores de uma concepção sobre a profissão e têm inúmeras expectativas a respeito de seu caminho no ambiente educacional; a verificação, mesmo que não aprofundada, de seu comportamento durante um lapso de tempo, norteará a demarcação das ocorrências em suas uniformidades e variações. As dúvidas sobre a escolha, os padrões de seleção, os valores de orientação e as preferências pelos campos de trabalho são os elementos que, retomados na dimensão temporal, contribuem para delinear longitudinalmente as representações estudantis quanto à profissão; as dificuldades e ajustamentos, avaliados nessa dimensão, sublinham o ocorrido em relação ao curso médico. Além disso, quando são respondidas duas questões finais, a primeira sobre a influência do corpo docente e a segunda sobre "quem" os estudantes consideraram importantes para a sua formação como futuros profissionais, amplia-se a possibilidade de enfocar, dentro do marco traçado, a importância do papel desempenhado pela instituição no processo de formação.*

* Nos Gráficos e Tabelas que acompanham esta análise, o que denominamos 1a. Entrevista refere-se à realizada no 1º ano; 2a. Entrevista, no início do 3º ano e 3a. Entrevista, durante o 5º ano.

a. As dúvidas e os padrões de seleção da carreira

A evidência de que o compromisso do estudante frente à escolha de uma carreira se faz ao longo do tempo é mostrada quando se comparam as dúvidas apresentadas pelos estudantes ao ingressarem na escola médica e ao passarem por diversos períodos de formação. Verificamos que o engajamento em um curso é acompanhado por um alto grau de incertezas - nem todos os estudantes estão plenamente convictos do acerto de sua escolha - e em realidade o grupo que tem algum tipo de dúvida é bem elevado. Os dados revelam que, no início do terceiro ano do curso, diminui o número de estudantes que declaram ter sérias dúvidas sobre a escolha feita, sendo que, ao chegar ao quinto ano, nenhum aluno apresentou este tipo de dúvidas. De outro lado, ter ligeiras dúvidas é fato constante em todos os períodos em que foram feitas as entrevistas, notando-se que enquanto o número de alunos que têm este grau de dúvidas decresce em relação ao sexo masculino, aumenta entre os alunos do sexo feminino. O decréscimo das incertezas quanto à escolha, durante o curso médico, é mais acentuado para os elementos do sexo masculino, ao passo que diminui o número de estudantes do sexo feminino que não têm nenhuma dúvida quanto à decisão pela carreira. Por ocasião das duas entrevistas posteriores ao ingresso na escola médica, pudemos constatar que ao mesmo tempo em que os estudantes do sexo masculino vão se definindo mais pela certeza de sua escolha, os estudantes do sexo feminino revelam um aumento nas dúvidas quanto à opção realizada (1).

Parece-nos, porém, que a dimensão mais ampla que

o estudante oferece em relação à profissão está em sua redefinição dos padrões de seleção da carreira médica. O percurso dos anos de estudo e o contato e convivência com os profissionais tornam o estudante mais realista na avaliação da profissão escolhida. A idéia inicial da medicina como a única profissão que poderia realmente satisfazer, compartilhada por 60,0% dos estudantes, vai sofrer grandes mudanças. Após dois anos de curso serão 44,0% os que assim pensam e, no início do quinto ano, essa porcentagem se reduz para 28,0%. Tal fato ocorre para ambos os sexos.

Embora decresçam as dúvidas sobre a carreira escolhida, aumenta de modo significativo o grupo de estudantes que já não encara a medicina como a única profissão que poderia realmente satisfazê-los. Acreditamos que, como o passar dos anos, e podendo estabelecer melhores padrões de comparação, os estudantes reavaliam de forma mais amadurecida a profissão escolhida em relação a outros campos de trabalho. Nesta reavaliação é bastante provável que os alunos estejam atribuindo as suas insatisfações a ocorrências internas à escola e não propriamente à profissão. (Tabelas 57 e 58).-

A análise longitudinal dos resultados obtidos oferece interessantes pontos quanto aos dois tópicos referidos. Assim, nos Gráficos 14 e 15 podem ser verificadas as direções das mudanças ocorridas. Dos estudantes que afirmaram ter "ligeiras dúvidas" no primeiro ano, 48,0% permanecem nesta posição e daqueles que declararam não ter nenhuma dúvida, a porcentagem de permanência é de 62,0%. Dos que tinham sérias e ligeiras dúvidas

quanto à escolha da profissão no início do curso, cerca de 52,0% passaram a não ter nenhuma dúvida.

É expressiva a porcentagem dos que conservam a mesma posição quanto aos padrões de seleção da carreira, sendo mais marcante para os que julgavam que a medicina é uma das várias profissões que poderiam satisfazê-los. Este padrão será adotado, no quinto ano do curso, por expressivo número de estudantes que ao ingressar na escola médica achavam que a profissão escolhida era a única que poderia satisfazê-los.

b. A configuração dos valores da profissão

Selecionando a descrição que melhor caracteriza a profissão médica, parece-nos que o estudante vai confirmar certos valores que a sociedade confere a essa carreira. Isso é claramente visto quando se comparam os resultados obtidos no início do curso médico e durante o quinto ano. Os estudantes, nas duas ocasiões, em sua grande maioria consideram as descrições "uma profissão a serviço da coletividade", seguida de "uma profissão de grande responsabilidade social", como as mais apropriadas. O que podemos observar foi que aumenta o número daqueles que valorizam a responsabilidade social da profissão. Acreditamos que isso seja decorrência da conscientização do papel a ser desempenhado como futuro profissional, que aumenta com o passar dos anos de formação. (Gráfico 16).

Um reflexo desses valores atribuídos à profissão manifesta-se quando os alunos apontam os aspectos que supõem serem os mais agradáveis no exercício profissional. Numa primeira

antevisão, ao ingressar no curso, já selecionam "ser capaz de ajudar outras pessoas" como a principal motivação da prática médica, aspecto que continuará a ser o mais valorizado após quatro anos de curso. Esta colocação é feita pelos estudantes de ambos os sexos. Algumas mudanças nas opiniões dos estudantes, reveladas pelos dados obtidos, referem-se à valorização, pelo sexo feminino, do aspecto desafiante do trabalho médico e, pelo sexo masculino, da capacidade de tratar diretamente com as pessoas. À medida que progridem em sua formação, acentua-se, para ambos os sexos, a expressão do desejo de autonomia, quando passam a valorizar a possibilidade de "ser seu próprio chefe" e de "ganhar uma boa renda" em grau maior do que o fizeram quando ingressaram no curso médico. (Tabela 59).

Em relação às categorias anteriormente estabelecidas, que se basearam no fato dos estudantes expressarem seus valores de orientação profissional de forma associada, verificamos, nos dois momentos, que a maior concentração encontrada está na categoria que associa valores humanitários e profissionais, achando-se também aqui a maior porcentagem de alunos que mantiveram a mesma opinião. (Gráfico 17). Verificamos que no grupo pesquisado não há valorização exclusiva dos aspectos científicos da profissão, pois apenas um estudante pôde ser classificado na categoria que considera a pesquisa como principal elemento orientador do exercício profissional. A nosso ver, esta situação é bastante clara para todo o grupo estudado quando, de forma quase unânime, os estudantes afirmam preferir atividades que permitam trabalhar diretamente com pacientes, ainda que as tarefas sejam relativamente rotineiras, a trabalhar em algum interessan

problema de pesquisa que não incluía contatos com pacientes. Isso não significa que a preocupação com aspectos científicos esteja ausente, pois expressiva parte da população investigada as socia-os tanto aos valores humanitários como aos profissionais. Parece-nos, porém, que o estudante, no quinto ano do curso, está se orientando para uma atuação profissional futura que, sem colocar à margem os valores humanitários de seu papel, vai percebê-lo estreitamente associado ao caráter "profissional" que deseja imprimir-lhe. Para ele, o médico ideal, neste estágio de sua formação, é aquele que "reconhece suas próprias limitações", é "íntegro", "hábil no relacionamento" e "dedicado à profissão". Nesta ocasião, é muito mais importante que o médico idealizado pelo estudante "tenha curiosidade científica" do que "seja hábil em realizar pesquisa"(2).

c. A preferência por tipos de trabalho no campo médico

Após a conclusão do ciclo básico do curso médico, os estudantes, em sua grande maioria, ainda não decidiram definitivamente os rumos que imprimirão à sua carreira, e uma pequena parte deles mostra-se completamente indecisa. Embora não estejam completamente decididos, os alunos que estudamos, em sua quase totalidade, declararam ter excluído ou estarem inclinados a seguir certos campos de trabalho. Nesta ocasião, independente de ter ou não decidido de forma definitiva, a expressiva maioria (68,0%) aponta sua preferência pela especialização. Excetuando-se um aluno que indica ciência médica básica ou pesquisa original e apenas um outro que declarou não saber qual o campo preferido, os demais (28,0%) mencionam Clínica Geral.

Ao chegar ao quinto ano, constatamos que aumentou sensivelmente o número de estudantes que tomaram uma decisão definitiva quanto à natureza de sua carreira. Ao mesmo tempo que aumenta o número de alunos que fazem a exclusão de certos campos, decresce o daqueles que têm inclinações mas não se decidiram definitivamente e praticamente desaparecem aqueles completamente indecisos quanto aos rumos profissionais a serem adotados. Neste momento, as preferências pelos tipos de campos de trabalho continuam sendo as mesmas da entrevista anterior, quando os estudantes são vistos como grupo. Verificamos que a grande maioria (76,5%) dos que declararam preferir a especialização médica no início do ciclo profissional conserva a mesma opinião ao chegar no quinto ano do curso(3), sendo que 35,7% o fazem em relação à Clínica Geral. Por sua vez, os estudantes que mudam a escolha original de Clínica Geral para Especialização são mais numerosos que os alunos que mudam a escolha inicial de Especialização para Clínica Geral. (Gráfico 18).

Ainda que a preferência dos estudantes, como grupo, pela prática de um campo especializado permaneça estável durante os anos de curso, verifica-se que a seleção de uma área específica dentre as especialidades sofre muitas variações. O grupo de estudantes que conservam a primeira escolha é bastante diminuto, o que se pode verificar quando comparamos 25 escolhas citadas nominalmente por alunos no primeiro ano do curso com aquelas que os mesmos estudantes apontaram no quinto ano. Note-se, ainda, que, quando é indicada a mesma especialidade nos dois momentos, algumas vezes ela representa mais uma opção entre alternativas que a reafirmação de uma escolha original.

<u>Especialidade escolhida no primeiro ano</u>	<u>Especialidade escolhida no quinto ano</u>
Cirurgia	Cardiologia, Neurologia
Cirurgia	Pediatria
Cirurgia (Ginecológica)	Cirurgia
Cirurgia Plástica, Anestesia	Otorrinolaringologia
Cirurgia Plástica	Cirurgia Plástica
Cirurgia, Psiquiatria	Psiquiatria
Ginecologia	Clínica Geral
Neurologia	Clínica Geral
Neurocirurgia	Moléstias Infecciosas
Ortopedia, Psiquiatria, Cardiologia	Clínica Geral
Pediatria	Pediatria
Pediatria	Clínica Geral
Pediatria, Clínica Geral	Pediatria
Cirurgia	Clínica Geral
Psicanálise	Oftalmologia
Psiquiatria	Clínica Geral
Fisiologia, Cardiologia	Clínica Geral
Pediatria ou Cardiologia	Pediatria

O aspecto de inconstância da escolha, verificado em nossa pesquisa, foi também observado por Roos & Fish (1974) em seu estudo sobre a constância da escolha da especialidade entre estudantes das escolas médicas canadenses. Zimny & Senturia (1974) encontraram, entre estudantes norte-americanos, que somente um estudante, entre 93, escolheu a mesma especialidade em 4 anos de seu curso médico, verificando ainda que a escolha definitiva de cerca de 50,0% dos estudantes somente ocorria no último ano do curso(4).

Procurando verificar se os estudantes associariam a adoção de um campo de trabalho com o sucesso durante o curso médico, colocamos para que fosse avaliada, no terceiro e no quinto

to ano, a veracidade da afirmação: "Um estudante que se conduz bem na escola médica deveria sentir-se na obrigação de ingressar numa especialidade ou pesquisa". Em ambos os momentos 60,0% dos estudantes apontaram-na como "definitivamente falsa".

Por outro lado, os dados revelaram que a Clínica Geral é o campo de trabalho preferido pelos estudantes que associam valores humanitários, científicos e profissionais ao configurarem a profissão médica. Isto se explicaria pela diversidade dos problemas a serem enfrentados pelo clínico geral na prática profissional, o que exigiria um dimensionamento do conhecimento que abrangesse o domínio de diversas áreas médicas. (Tabela 60).

A opção por uma especialidade é feita pela maioria dos estudantes que valorizam aspectos humanitários, associados ou não aos profissionais. A atribuição desses valores a diversas especialidades, como relatada em Capítulo anterior, evidencia que os estudantes configuram com maior especificidade a profissão na medida em que a circunscrevem a determinados campos.

d. As dificuldades durante o curso médico

Ao apresentarmos, em Capítulos precedentes, o que consideramos três momentos importantes na escolha da medicina como profissão, já ficou destacado que as expectativas frente ao curso escolhido desempenham importante papel nesse processo de seleção. Os aspectos relacionados ao treinamento e à formação, sobre os quais se assentam as atividades mais sistematizadas do processo socializatório, aparecem nitidamente associados à esco

lha de um campo ocupacional. Quando ingressa na escola médica, o estudante sabe que haverá dificuldades que deverão ser enfrentadas durante o longo período escolar que o habilitará profissionalmente.

Procurando verificar onde se localizavam as maiores preocupações, submetemos para avaliação dos estudantes, nos três momentos da investigação, uma lista de dificuldades que se relacionavam a aspectos referentes à aprendizagem, ao relacionamento com colegas e com o corpo docente e, ainda, a aspectos pessoais.

Pelos dados, constatamos que as dificuldades mais apontadas não são as mesmas nas três ocasiões pesquisadas, variando também a intensidade que os alunos conferem a elas nos diferentes momentos. Assim, os estudantes, ao ingressarem na escola médica, consideram "aprender o que se espera de você" como a principal dificuldade do curso, seguida de "não se tornar muito tenso e nervoso com seus estudos" e "aprender a pensar por si só". Ao terminar o ciclo básico, a preocupação maior é a de "não se tornar muito tenso ou nervoso com os estudos", vindo em seguida a dificuldade de "aprender o que se espera" e, pela primeira vez, surge a dificuldade de "relacionamento com o corpo docente". No quinto ano, "relacionar-se com o corpo docente" será a principal dificuldade apontada pelos alunos, sendo mencionada em segundo lugar "não se tornar muito tenso e nervoso com seus estudos". A dificuldade de "aprender o que se espera de você" é, ainda agora, relatada por expressiva parte da população investigada.

Nas três entrevistas fica evidente que não são previstos problemas de relacionamento intra-grupal, pois os itens "fazer amigos em sua classe" e "acompanhar outros estudantes" foram considerados fáceis pela grande maioria dos estudantes pesquisados. (Tabela 61).

Acreditamos que, ao progredir no curso, os alunos encontrem maior facilidade para aprender o que é requerido e tranquilizem-se em relação aos estudos à medida que realizam os ajustamentos necessários às novas situações que se apresentam. Por outro lado, é provável que a dificuldade de relacionamento com o corpo docente, que é citada por um número maior de estudantes à medida que se adiantam no curso, esteja associada em parte à própria estruturação do curso médico que, estando dividido em dois ciclos distintos, irá constituir dois níveis diferentes de aprendizagem, cada um com características bastante específicas. Apesar de não nos termos dedicado à investigação dos motivos que explicassem a razão das dificuldades, mas sim à verificação do grau em que elas se apresentariam em diversos momentos, podemos fazer tal comentário baseados na avaliação que os próprios estudantes fazem dos dois ciclos. Se a maioria se declara satisfeita com o curso básico, um alto grau de insatisfação é demonstrado com o ciclo profissional. Parece que isto confirma uma idéia bastante discutida nos trabalhos sobre educação médica, segundo a qual os anos básicos são similares aos cursos anteriormente frequentados (colegial e preparatório aos cursos médicos), representando quase que uma continuidade de experiências educacionais vividas pelo estudante. A transição para o ciclo profissional traria consigo o impacto da mudança da me-

metodologia de ensino, de um currículo onde as áreas do conhecimento são muitas e variadas, além do que nesse período ele entrará, de forma efetiva, em contato com o paciente. Acreditamos que, nesse estágio da formação profissional, o relacionamento entre o corpo docente e os alunos toma um caráter distinto e passa a ter um papel crucial no processo de aprendizagem, ao mesmo tempo que aumenta a capacidade de crítica dos estudantes.

- e. Os ajustamentos durante o curso médico, os tipos de contato com o corpo docente e os graus de competição entre os alunos

Ajustar-se a novas situações que se apresentam durante o curso médico é fator importante para o sucesso do estudante. Ao ingressar na escola médica, os alunos antevêm os principais ajustamentos que deverão realizar durante o curso, verificando-se que são diferentes as preocupações apontadas pelos dois sexos. Nesse momento, os estudantes do sexo masculino mostram-se preocupados em "aprender a trabalhar com menos orientação dos instrutores" e "melhorar hábitos de estudo", enquanto que os estudantes do sexo feminino acreditam que será necessário "melhorar a memória" e, em seguida, "melhorar hábitos de estudo". Quando se completa o ciclo básico, ambos os sexos apontam que o principal ajustamento feito referiu-se a "acostumar-se a ter menos tempo livre para diversão e assuntos de interesse pessoal". Enquanto o sexo masculino aponta "aprender com menos orientação por parte dos professores" como o segundo ajustamento desse ciclo, o sexo feminino indicou a necessidade de "assumir uma atitude mais madura e tornar-se mais responsável". Após dois anos de curso profissional, os quintanistas do sexo masculino revelaram que o principal ajustamento foi acostumar-se a traba-

lhar com menos orientação dos instrutores e a dedicar mais tempo aos estudos que às diversões e aos assuntos de interesse pessoal, enquanto que os estudantes do sexo feminino enfatizaram a melhora dos hábitos de estudo e o sentido de responsabilidade.

O que pudemos observar, através dos dados, foi que o senso de responsabilidade aumenta como o progresso do aluno nos anos de formação, bem como aprender a trabalhar com menos orientação dos professores foi um ajustamento citado expressivamente nos diversos momentos (Tabela 62).

Quanto ao grau de dificuldade nesses ajustamentos, só podemos afirmar que foi previsto e avaliado pelos estudantes de ambos os sexos, e nas várias ocasiões investigadas, de uma forma constante: realizar os ajustamentos será (ou foi) "um pouco difícil". (Tabela 63).

Quando pesquisamos de que forma os alunos que ingressam na escola médica prevêem seus contatos com o corpo docente, os dados mostraram que, em sua maioria, acreditam que tais contatos serão "relativamente formais". Após cursar os dois primeiros e no quinto ano do curso médico, os estudantes reavaliaram este aspecto, concentrando suas respostas na graduação dos contatos como "pouco formais". A tendência das mudanças de opinião dirigiram-se expressivamente para o sentido de diminuir a formalidade nos contatos de alunos e professores, o que achamos explicável pelo fato de que à medida que as situações de ensino-aprendizagem são de naturezas diferentes nos dois períodos de formação, como já assinalamos, isto refletir-se-ia nos tipos de contatos que são mantidos. Acreditamos que nos períodos que se

seguirão aos que investigamos a formalidade tenderá a ser cada vez menor, como reflexo não só de uma identificação maior com a própria profissão, como também pelo fato do indivíduo sentir-se em "condições de igualdade". (Gráfico 19).

Outro tópico que procuramos conhecer referiu-se ao "grau de competição entre os colegas". Pelo Gráfico 20, verificamos que, após os dois primeiros anos, 47,0% dos estudantes apontaram existir "regular" competição entre os estudantes; já no quinto ano, o número dos que assinalaram "muita" competição alcançou a expressiva porcentagem de 67,3%. Deve-se ainda considerar que este grupo será formado pela maioria dos que conservam esta opinião, acrescido de expressivo número daqueles que tinham apontado no terceiro ano a existência de um grau "regular" de competição.

f. Influência recebida do corpo docente

Vimos assinalando, durante nossa exposição, que a multiplicidade de aspectos de que se reveste a experiência do estudante é extensa e a análise de cada aspecto poderia se converter em uma investigação específica, que se tornaria inesgotável e, inclusive, exigiria instrumentos de mensuração diversos. Assim, como circunscrevemos o estudo a aspectos que classificamos como gerais, tentando marcar certos pontos num quadro bastante amplo, também a avaliação da influência recebida do corpo docente será vista sob esse ângulo. Trata-se de uma primeira aproximação, mesmo porque, como já foi mostrado anteriormente, o todo que constitui a formação médica, se teoricamente apresenta uma continuidade, na realidade é dividido, pela estruturação do

curso, em dois grandes momentos representados pelos ciclos básico e profissional. Repetirmos neste ponto que diferenças marcantes existem entre esses dois momentos, quanto aos conteúdos de ensino, aos procedimentos didáticos, às formas de relações professor-aluno, à importância conferida a cada área do conhecimento, é um esclarecimento que se torna necessário, pois em cada item que procuramos investigar na passagem do estudante pelos dois ciclos estes aspectos estão presentes, associados a outros que, embora possam ser inferidos, não constituíram objeto de investigação pormenorizada.

Para a avaliação do grau de influência que o estudante acredita ter recebido do corpo docente ao longo de sua experiência, centralizamos a atenção nos seguintes itens: incentivo à carreira; transmissão de conhecimentos e habilidades necessários para o acompanhamento do curso nos anos subsequentes; ampliação do conhecimento dos problemas sócio-médicos; análise objetiva da problemática humana; compreensão de seu papel profissional futuro dentro da sociedade; trabalho em equipe; desenvolvimento da capacidade de auto-estudo; desenvolvimento da capacidade de relacionar-se com os outros.

As mesmas questões foram formuladas em duas ocasiões: após o término dos dois primeiros anos e durante o quinto ano do curso médico, fornecendo dados que permitiram conhecer as avaliações feitas em dois momentos diferentes e também estabelecer não somente a constância de opiniões como as direções das mudanças ocorridas. Esses dados, apresentados separadamente para cada item pesquisado através de um gráfico específico, e de

forma geral resumidos na Tabela 64, são analisados a seguir.

1. Incentivo à carreira

No que se refere ao incentivo à carreira, observamos que há uma distribuição relativamente uniforme (34,0%, 29,8% e 36,2%) quanto aos graus de influência atribuídos pelos estudantes ao corpo docente, após decorridos os dois primeiros anos do curso. Ao reavaliarem esta influência no quinto ano, mais da metade (57,4%) dos estudantes muda de opinião, e aqueles que o fazem em sentido positivo (34,0%), isto é, os que passaram a atribuir pouco ou maior grau de influência ao corpo docente, superam os que mudaram de opinião no sentido negativo (23,4%), isto é, passaram a conferir menor ou nenhum grau de influência. Em consequência, neste segundo momento há uma ligeira concentração de estudantes (40,4%) que atribuíram pouca importância ao corpo docente, enquanto que na entrevista anterior a maior concentração (36,2%) atribuíra "nenhuma" influência, sendo constante, nas duas ocasiões, a porcentagem (34,0%) de alunos que conferiam "muita" influência. (Gráfico 21).

2. Transmissão de conhecimentos e habilidades

Neste aspecto, é expressiva a concentração de estudantes, nos dois momentos investigados, (68,1% e 63,8%), que consideraram que o corpo docente exerceu muita influência na transmissão de conhecimentos e habilidades necessários para o acompanhamento do curso nos anos subsequentes, destacando-se ainda o fato de nenhum estudante no quinto ano negar a existência desse tipo de influência. O número de estudantes que conservam,

durante o período estudado, a mesma opinião é elevada (61,7%). (Gráfico 22). Este dado vem reafirmar o que obtivemos quando foram avaliadas as características do corpo docente que, segundo os estudantes, estaria mais habilitado no sentido de transmitir conhecimentos e habilidades do que na formação de atitudes e de valores. (Gráfico 23).

3. Compreensão do seu papel profissional futuro dentro da sociedade

Se, no início do terceiro ano, a concentração de estudantes estava entre aqueles que apontavam como tendo recebido muita influência do corpo docente na compreensão do seu futuro papel profissional na sociedade (68,1%), na avaliação realizada no quinto ano a concentração passou a ocorrer entre os estudantes que consideraram o corpo docente como tendo influído "pouco" neste sentido (46,8%). Verifica-se que é equilibrado o número de estudantes que conservam e mudam de opinião, porém se observarmos o sentido das mudanças que ocorreram no espaço de tempo compreendido entre as duas entrevistas, notamos que a sua direção é a de que um número maior de estudantes (38,3%) passa a atribuir menor influência ao corpo docente. (Gráfico 24).

4. Trabalhar em equipe

A avaliação realizada pelos alunos no terceiro ano revelou que aproximadamente metade da população investigada (48,9%) atribuiu pouca influência ao corpo docente durante os dois primeiros anos do curso médico, quanto ao desenvolvimento da capacidade de trabalhar em equipe. Embora no quinto ano o maior número de respostas concentre-se em conferir muita influência

ao corpo docente (44,4%), as mudanças de opinião tenderam a atribuir um grau mais baixo à influência recebida, que se revela pela duplicação do número de estudantes (17,8%) que, neste momento, negavam qualquer influência ao corpo docente neste tópico. (Gráfico 25).

5. Ampliação dos conhecimentos da problemática médico-social

Neste aspecto, verificamos que os alunos concentraram-se expressivamente no grupo que avaliou o corpo docente como tendo exercido muita influência na ampliação dos conhecimentos da problemática médico-social nos dois anos iniciais do curso médico (68,1%). Ainda que o maior número de estudantes persistisse neste tipo de avaliação quando coletamos os dados no quinto ano, não observamos a mesma relevância numérica obtida por ocasião da entrevista inicial (48,9%). Em relação aos outros graus de avaliação, tanto o grupo que considera ter sido pouca a influência recebida (40,4%) como o que assinala ter sido essa influência inexistente (10,6%) cresceram significativamente. Se, de um lado, é alto o número de estudantes que conservam a opinião inicialmente emitida (57,4%), de outro podemos constatar que o sentido das mudanças ocorridas é notadamente dirigido para diminuir a influência recebida nos anos que separam as duas entrevistas realizadas (31,9%). (Gráfico 26).

6. Análise objetiva da problemática humana

Na avaliação da influência do corpo docente na análise objetiva da problemática humana, uma grande parte dos estudantes (76,6%), por ocasião da segunda entrevista, considerou

que em maior (44,7%) ou menor (31,9%) grau, a mesma ocorria. Na reavaliação processada no decorrer do quinto ano, ainda que uma grande maioria dos estudantes (72,3%) considerasse a existência dessa influência, mais da metade dos mesmos (53,2%) julgava que o corpo docente tinha exercido pouca influência. Os estudantes que mudaram de opinião (59,6%) fizeram-no principalmente em sentido negativo (40,4%). (Gráfico 27).

7. Desenvolvimento da capacidade de auto-estudo

A maior concentração de estudantes, tanto na avaliação da influência recebida do corpo docente nos dois primeiros anos (44,7%), como nos anos subsequentes (53,2%), assinalou ter recebido muita influência para o desenvolvimento da capacidade de auto-estudo. Nota-se, também, que um maior número de alunos (57,4%) muda de opinião, sendo que 27,6% atribuem maior grau de influência e 29,8% conferem grau menor. (Gráfico 28).

8. Desenvolvimento da capacidade de relacionar-se com os outros

Neste tópico, a avaliação feita no terceiro ano revelou que a maior concentração de alunos está no grupo que atribuiu pouca influência ao corpo docente no desenvolvimento da capacidade de relacionamento com outras pessoas (48,9%). Quando realizamos nova entrevista, a maioria dos estudantes (44,7%) concentrava-se na avaliação de que não foi recebida nenhuma influência quanto a esse aspecto. Existe visível equilíbrio entre o número de alunos que mudam de opinião (51,1%) e os que conservam a opinião inicial (48,9%). Fica evidente que o sentido das mudanças ocorridas é o de diminuir o grau de influência recebida. (Gráfico 29).

Comparativamente, se tomarmos os oito itens em que os estudantes avaliaram o grau de influência recebida do corpo docente, podemos destacar os seguintes pontos:

a) por ocasião da entrevista realizada no terceiro ano, as maiores concentrações de estudantes que em suas avaliações consideraram de muita influência o papel do corpo docente foram verificadas em relação à transmissão de conhecimentos e habilidades, à ampliação do conhecimento da problemática médico-social e à compreensão do seu futuro papel profissional na sociedade. Em contraposição, as maiores concentrações de respostas dadas por estudantes que afirmavam não ter recebido nenhuma influência do corpo docente encontraram-se nos itens incentivo à carreira, análise objetiva da problemática humana e desenvolvimento da capacidade de auto estudo;

b) durante o quinto ano as maiores concentrações de estudantes que atribuíram muita influência ao corpo docente referiram-se a: transmissão de conhecimentos e habilidades e desenvolvimento da capacidade de auto-estudo; o maior número de alunos que consideraram não haver influência do corpo docente mencionou o aspecto referente ao desenvolvimento da capacidade de relacionamento com outras pessoas;

c) vistos ao longo do período estudado, foi em relação aos itens referentes à transmissão de conhecimentos e habilidades e à ampliação do conhecimento da problemática médico-social que ocorreu a maior constância de opinião; em sentido oposto, os maiores índices de mudanças ocorreram na avaliação referente à influência do corpo docente na análise objetiva da problemática humana, no incentivo à carreira e no desenvolvimento da capaci-

dade de auto-estudo;

d) quanto à direção das mudanças, verificamos que, excetuando-se os itens relacionados ao incentivo à carreira, em que ocorreu uma pequena variação (10,6%) no sentido de considerar que, embora, pouca, houvesse influência do corpo docente, e à transmissão de conhecimentos e habilidades, onde as respostas positivas se igualaram às negativas, em todos os demais os estudantes avaliaram a influência do corpo docente como sendo menor em relação àquela recebida durante os dois primeiros anos. As maiores concentrações de estudantes que mudaram suas opiniões ocorreram para os seguintes itens: análise objetiva da problemática humana, compreensão do futuro papel profissional e desenvolvimento da capacidade de relacionamento.

g. Importância dos "grupos de referência" no comportamento como futuro profissional

Procuramos situar no Capítulo IV, referente à escolha da profissão, as pessoas que haviam influído sobre o jovem em sua decisão sobre a carreira e, neste item, reavaliaremos a importância que tiveram quanto ao seu comportamento como futuro profissional. Tanto naquele momento como nos que se seguiram há a idéia de que essas pessoas constituem os "grupos de referência" que são utilizados pelos indivíduos como fontes para o estabelecimento de valores e objetivos pessoais (5). Neste item existem várias possibilidades para analisar-se os grupos de referência em muitos aspectos, e isto tem sido particularmente realizado em diversos estudos, quando os autores se aprofundam na chamada "cultura do estudante". Dentro dos nossos interesses, de limitamos nosso trabalho à verificação do grau de importância

que os estudantes conferem a tais grupos, durante a sua formação profissional.

1. Grupo familiar

No que se refere ao grupo familiar, observamos que a maioria (62,5%) dos estudantes avaliaram como tendo sido "muito e relativamente importante" o papel desempenhado pelo pai, nos dois primeiros anos do curso médico. Este grau de importância será também atribuído à mãe por um número ligeiramente superior (69,4%). Reavaliando essa importância, no quinto ano do curso, nota-se que há para o grupo de estudantes, quanto a este grau de importância, um decréscimo, pois em relação ao pai, 47,9% dos estudantes avaliaram-na dessa forma, e em relação à mãe, 55,1%. Embora ocorra esse decréscimo, é alta a porcentagem (60,4%) dos que conservam a mesma opinião, nos diferentes graus de avaliação. dos quais a maioria está entre os que a consideraram ter sido "muito e relativamente importante". Quanto ao sentido das mudanças ocorridas, a concentração maior (27,1%) está entre os estudantes que assinalam uma diminuição dessa influência.

Em relação à importância atribuída à mãe, 57,2% conservam a mesma opinião, sendo significativamente elevado o número dos que continuaram avaliando-a como "muito e relativamente importante". Vistos, porém, durante o período compreendido entre as duas entrevistas, os que mudam de opinião, no sentido de atribuir menor importância, é maior (30,6%) do que aqueles que mudam em sentido positivo (12,2%).

Quanto a outros parentes, verifica-se que, nos dois momentos investigados, a porcentagem dos estudantes que os

consideraram "sem importância" na influência de seu comportamento como futuro profissional é alta, e, considerando o grupo como um todo, é de 40,8% durante os dois primeiros anos, elevando-se para 61,2% quando foi feita a reavaliação no quinto ano. Os estudantes que conservam a mesma opinião representam 55,1% e, destes, 63,0% estão no grupo dos que não atribuíram nenhuma importância. O sentido da mudança é de negatizar a importância, alcançando cerca de 35,0%, ao passo que somente 10,2% a assinalam em sentido positivo. (Gráficos 30,31,32 e Tabela 65).

2. Amigos não ligados à medicina

Tanto no terceiro ano como no quinto ano é alta a porcentagem dos estudantes que apontaram "amigos não ligados à medicina" como tendo sido "sem importância". Em termos percentuais, são 41,7% no terceiro ano e 52,1% no quinto ano. A constância e a mudança de opinião são perfeitamente equilibradas quando se comparam longitudinalmente as avaliações (50,0%), porém a direção das mudanças entre as duas avaliações é negativa, pois 31,3% dos estudantes que mudaram de opinião fizeram-no atribuindo-lhes pouca ou nenhuma importância. (Gráfico 33 e Tabela 65).

3. Grupo médico-profissional

Para este grupo de referência, constituído por "membros do corpo docente", "estudantes de medicina que conhece", "médicos que conhece pessoalmente" e "médicos de quem ouviu falar ou leu a respeito", foi expressiva a avaliação de ter sido "muito e relativamente importante" nos dois primeiros anos

de curso. Com exceção do sub-grupo "médicos de quem ouviu falar ou leu a respeito", em todos os outros a porcentagem de estudantes que os avaliaram como bastante importante foi superior a 50,0% do total de respostas. Destaca-se o fato de que a maior concentração de respostas avaliando como "muito e relativamente importante" verificou-se para os membros do corpo docente, assim considerados por 53,1% dos terceiranistas. Observa-se, porém, que a avaliação feita pelos quintanistas é diferente. Comparando os dados obtidos nas duas ocasiões, observamos que há um ligeiro acréscimo no número dos estudantes que, no quinto ano, avaliaram membros do corpo docente como "muito e relativamente importantes" para seu comportamento como futuros profissionais (57,1%). Nota-se que, no segundo momento pesquisado, decrescem as porcentagens de alunos que consideraram "estudantes de medicina que conhece" (31,2%), "médicos que conhece pessoalmente" (44,9%) e "médicos de quem ouviu falar ou leu a respeito" (20,8%) como muito e relativamente importantes durante os anos do ciclo profissional, isto é, até o quinto ano.

O estudo longitudinal do grupo de referência médico-profissional evidencia que as mudanças de avaliação de membros do corpo docente são equilibradas, tanto no sentido de atribuir-lhes maior ou menor importância, pois para 20,4% ocorreu em sentido positivo e para 22,4% em sentido negativo. Já com o sub-grupo de referência formado pelos estudantes de medicina que conhece, 27,1% mudam a avaliação em sentido negativo, e somente 10,4% em sentido positivo. Também o sentido das mudanças, quando comparamos as duas avaliações, quanto à importância de "médicos que conhece pessoalmente", é na direção de concentrar um nú

mero maior de estudantes (28,6%) que passam a atribuir-lhes menor importância. Novamente, o sentido das mudanças ocorridas quanto a "médicos de quem ouviu falar ou leu a respeito" é no sentido de diminuir a importância, o que se revela pela expressiva porcentagem de 41,7% dos estudantes que mudaram de opinião. (Gráficos 34,35,36,37 e Tabela 65).

Desse conjunto de dados, podemos destacar os seguintes pontos:

a) o grupo de referência mais importante para o conjunto dos estudantes no terceiro ano foi o grupo familiar, onde a mãe foi destacada como muito e relativamente importante por 69,4% dos alunos. O grupo de amigos não ligados à medicina foi o que recebeu mais respostas considerando-o "sem importância" (41,7%) neste momento estudado. A importância conferida à mãe, para o grupo do sexo feminino alcança 75,0%, enquanto que para o sexo masculino é de 57,6%; observamos que enquanto cerca de 94,0% dos estudantes do sexo feminino incluem-se na categoria daqueles que deram pouca ou nenhuma importância aos amigos não ligados à medicina, há uma ligeira tendência de valorização desses amigos por parte dos estudantes do sexo masculino, pois a porcentagem dos que fazem este tipo de avaliação, embora seja elevada, é menor do que a apresentada pelas colegas do sexo feminino, alcançando cerca de 76,0%.

b) na avaliação feita no quinto ano, o grupo mais importante nos anos do ciclo profissional foi o grupo médico-profissional, onde membros do corpo docente foram julgados muito e relativamente importantes por 57,1% dos estudantes. Nesta avaliação, incluem-se cerca de 69,0% dos estudantes do sexo feminino, en-

quanto o sexo masculino é representado por cerca de 46,0%. Neste momento, o grupo familiar foi considerado como menos importante, pois dentre este, "outros parentes" receberam 61,2% das respostas dos estudantes que os avaliaram como sendo "sem importância". A distribuição por sexo mostrou, tanto para o sexo masculino (82,0%), como para o feminino (75,0%) ser elevado o número de estudantes que atribuem pouca ou nenhuma importância a outros parentes.

c) numa análise longitudinal, os alunos que conservam a opinião inicial representam a maioria, pois, exceção feita aos "médicos de quem ouviu falar ou leu a respeito" e "amigos não ligados à medicina", as porcentagens dos que conservam a mesma opinião são superiores a 50,0%.

d) em relação ao sentido das mudanças ocorridas, é interessante observar que, com exceção àquelas verificadas quanto a membros do corpo docente, onde são equilibrados o aumento e a diminuição da importância, para todas as outras pessoas houve decréscimo, passando essas a ter pouca ou nenhuma importância.

e) deixamos para analisar por último a importância atribuída a livros, filmes e peças de teatro, e verificamos que no terceiro ano do curso a maior concentração de respostas era encontrada entre os estudantes que apontaram tais itens como de pouca importância. O decréscimo é acentuado na entrevista seguinte, quando 55,3% dos quintanistas vão julgá-los "sem importância". No período compreendido entre as duas avaliações, 57,4% da população muda de opinião, sendo o sentido da mudança acentuadamente negativo (42,5%). Comparando a distribuição por sexo nos dois momentos da investigação, verificamos que, se no terceiro ano

56,0% dos estudantes do sexo masculino atribuíram pouca ou nenhuma importância, esta porcentagem aumenta para 68,0% na entrevista seguinte; para o sexo feminino, no primeiro momento o grupo que fazia essa avaliação era formado por cerca de 79,0% do total, atingindo 100,0% no quinto ano. (Gráfico 38 e Tabela 65).

h. Análise

Obviamente, não pretendemos com os dados apresentados neste Capítulo situar de maneira completa a grande complexidade que envolve o período que o estudante permanece em contato com a instituição profissionalizante, mesmo porque há nesse período um ano - o internato - que é de importância fundamental no processo de formação e que não foi por nós estudado. Acreditamos, porém, que os dados coletados tornam-se significantes na medida em que a sua utilização não se dirija particularmente a explicar o sistema interno ou a desvendar os complexos processos de ensino que se desenvolvem no ambiente de uma escola médica, nem mesmo as formas de ajustamento que o estudante cria para as situações novas, mas sejam usados para uma verificação global de alguns processos que se associam no transcorrer do desenvolvimento de uma escolha ocupacional.

As dúvidas e os padrões de seleção da carreira seguem caminhos opostos, pois enquanto o estudante torna-se mais seguro a respeito da carreira escolhida à medida que progride no curso, vai se tornando mais realista ao comparar a profissão selecionada com outras. Isto pode dever-se ao fato de que, como apontam Reissman & Platou (1960) ocorre um "desencantamento" que é "aparentemente uma consequência inevitável de sua educação:

sua auto-imagem idealizada como um médico é acidificada pelas realidades de uma educação médica que o conduz a conviver, de forma mais íntima, com o mundo real da medicina". Não seria esta a explicação para o grande número de mudanças da opinião inicial de que a medicina seria a única profissão capaz de satisfazê-los, passando a ser uma das várias carreiras que trariam satisfação? Não encontramos nenhum estudo sobre o padrão de seleção de carreira, nos termos por nós propostos, realizados entre médicos no exercício profissional, porém colocamos a possibilidade de que, na prática futura, a profissão escolhida volte a ser considerada como a única que proporcione satisfação, no momento em que o indivíduo cristaliza a sua identificação ocupacional, não somente pela sua motivação, mas pelas próprias condições de que disponha para exercer a carreira que escolheu.

Outro aspecto que tratamos refere-se à representação e ao significado que o estudante atribui à profissão. As representações construídas e que se tornam valores de orientação, tanto na escolha como no transcorrer da própria formação, constituem elementos básicos para o comportamento profissional. Analisando os dados coletados entre os estudantes que investigamos, classificando-os em categorias de valores, chegamos a alguns achados de interesse. Os estudantes que pesquisamos mostraram não perder o humanitarismo manifestado no ingresso à escola médica, ao contrário do que Becker & Geer (1958), Eron (1955, 1958) e Gordon & Mensh (1962) encontraram em seus estudos. Observamos, também, que não existe um alto grau de estabilidade quando consideramos a distribuição dos estudantes nas diversas categorias (humanitária, profissional, científica e as que asso-

ciam essas características), pois a maioria dos estudantes muda sua opinião inicial. Nesse sentido, inclusive, ocorreu a mudança para outras categorias de todos aqueles que, ao ingressarem na escola médica, assinalaram os valores humanitários como os orientadores para a sua atuação profissional futura. Há uma indicação de que a orientação humanitária-profissional é a mais estável entre todas, pois dos estudantes que se incluíam nesta categoria no primeiro ano do curso, a maioria conserva a mesma orientação quando chega ao quinto ano. Essas configurações da profissão, que constituem o núcleo fundamental das próprias motivações ocupacionais e são relevantes para o processo de escolha da ocupação, sofrem o impacto das instituições profissionalizantes que poderão permitir a sua preservação ou provocar a sua mudança. É em alguns processos específicos que a sua ação será sentida, notadamente quando se relacionam aos rumos de uma carreira. Quanto a este ponto fica evidente que, embora não se possa atribuir exclusivamente à escola médica uma orientação para a especialização, pois os estudantes já demonstram essa tendência ao ingressar no curso médico, parece-nos que o fato da grande maioria conservá-la durante o curso pode ser um reflexo da própria orientação recebida. A inexistência de uma teoria que explique satisfatoriamente a preferência pela especialização mantém a questão em aberto (6). Não se pode, porém, deixar de observar que, se de um lado a escola tem a sua parte de influência nesse processo seja na forma como define seus objetivos e estrutura seu currículo, como pela composição e orientação do corpo docente, há componentes estruturais externos à escola que seriam condicionantes dessa preferência. Esta tendên-

cia para a especialização está associada ao avanço do conhecimento bio-médico e de sua aplicação na solução de problemas de saúde, bem como à crescente demanda de serviços médicos por parte da população. Na análise que é feita na apresentação do Currículo Mínimo dos Cursos de Graduação em Medicina, os autores chamam a atenção para esse fato quando assinalam: "Ao mesmo tempo em que se foi organizando melhor a assistência médica, tornaram-se imensamente mais complexas as bases científicas em que se firma o exercício da Medicina. A conjugação desses dois fatos condicionou a necessidade de maior especialização entre os que exercem a profissão, o que não se poderá deixar de considerar na elaboração dos currículos médicos" (7). De outro lado, porém, destacamos que a preferência por determinadas especialidades estaria, também, relacionada a características pessoais, como é amplamente estudado na literatura sobre o assunto, da qual apresentamos uma síntese em nossa revisão bibliográfica.

Ainda que a exposição feita neste Capítulo sobre a influência do corpo docente e a importância conferida aos "grupos de referência" tenha sido extensa e detalhada, julgamos necessário considerá-las dentro de uma perspectiva mais ampla.

Inicialmente, convém destacar para que melhor se compreendam os achados, as características básicas que configuram de maneira bastante peculiar o que tem sido denominado o processo clássico de educação médica. De acordo com Millis (1971), esse processo "claramente repousa em duas categorias quase idênticas: domínio do conhecimento e aquisição de habilidades". Como o próprio autor destaca, "a habilidade é o objetivo final", porém, "o conhecimento é demonstravelmente relevante

a essa habilidade e o serviço do médico é diferenciado do de outros profissionais, tanto pelo que ele faz como pelo que ele conhece". Nesse sentido, "o conhecimento é a base da estrutura educacional e a habilidade é a superestrutura". Uma vez identificado e definido o conhecimento relevante à arte da medicina, ele se torna tanto necessário como suficiente para dar suporte à estrutura sempre crescente de habilidade. De acordo com esses princípios, o processo educacional do médico se divide em dois momentos. No primeiro, a preocupação central é a de fazer com que os estudantes dominem um conhecimento básico e necessário para o prosseguimento de sua formação profissional. No segundo, "a ênfase muda do conhecimento para a habilidade, isto é, do conhecer para o fazer" como assinala Millis. Nesse momento, prossegue o autor, "O ambiente educacional muda da sala de aula e do laboratório para as enfermarias e ambulatórios do hospital de ensino, o método educacional muda do ser ensinado para aprender fazendo, o professor muda do filósofo para o médico".

Esse processo de educação médica, que se observa na maioria das escolas médicas brasileiras, desenvolve-se quase que exclusivamente no ambiente do hospital-escola, que, como tem sido amplamente demonstrado, é limitante em dois aspectos: (a) por não tratar com a problemática de saúde como ela se manifesta de forma geral, em seus múltiplos aspectos, dentro da realidade onde o próprio hospital se insere; (b) por sua forma de organização de serviços voltados basicamente para o atendimento do caso agudo, de clientela altamente selecionada - o indigente do ponto de vista médico - não representativo da clientela futura do profissional médico. Como consequência do processo educa-

cional no qual as características acima estejam presentes, a possibilidade de que o ambiente da escola médica não venha a corresponder às expectativas dos estudantes é perfeitamente compreensível. Esses aspectos não têm sido estranhos a muitos educadores brasileiros e vêm sendo objeto de discussão nas reuniões da Associação Brasileira de Escolas Médicas, A.B.E.M. (1969) (8).

Lembramos, porém, que o fato que constatamos entre os estudantes que investigamos, de atribuir pouca relevância à escola médica, tem sido verificado, de um modo geral, nos trabalhos que analisam a educação médica, o que levou dois especialistas no assunto - Alpert & Charney (1973), a afirmarem que "a escola médica pode ter relativamente pouca influência sobre seus estudantes". Um outro ponto que não pode ser esquecido nesta análise é o que se refere às influências advindas do meio social externo, as chamadas "influências societárias", na expressão de Freidin et al. (1972), que estariam minimizando a influência interna da escola no delineamento de um modelo de orientação para o estudante. Como tivemos oportunidade de destacar, quando realizamos a análise das inúmeras pesquisas que têm se preocupado com a "socialização profissional", a verificação em maior profundidade das influências estruturais na formação do profissional é bastante incipiente, contudo o que nos parece sobremodo válido é que a importância de que se revestem os valores societários evidencia que a experiência adquirida na escola médica não é a única.

Essas nossas considerações não querem dizer que as escolas médicas não sejam relevantes para a aquisição dos componentes apropriados para o papel do médico, porém parece-nos

que, segundo o ponto de vista do estudante, seu comportamento e suas atitudes são muito mais modelados por membros do corpo docente individualmente do que pela instituição como um todo. Acreditamos que os fatores anteriormente apontados revelam o porquê desta ocorrência. Um aspecto a ser investigado é o que se refere às ocorrências posteriores, ou seja, quando o indivíduo está no exercício profissional. Para não deixarmos à margem este problema, citamos o trabalho de Freidson (1972), que, embora se referindo a pesquisas realizadas em outros contextos, salienta que talvez a importância do meio onde o trabalho profissional se realiza seja mais relevante do que a educação recebida. Analisa o autor, por exemplo, a pequena relação entre variações na educação profissional e o desempenho técnico do clínico geral alguns anos depois da graduação, verificadas em um estado canadense.

Finalmente, como nos diz Maciel (1969), não existe uma "receita única" para o currículo médico, e as possibilidades de mudanças têm que ser vistas considerando-se fatores de ordens as mais diversas. Como sugere Rezler (1974), em uma análise crítica do que ocorreu com os diversos programas inovadores nos Estados Unidos, e que sem dúvida podem ser aplicados a outras situações, a pouca efetividade das mudanças deve ser atribuída ao próprio processo de seleção do estudante. Neste sentido, como é assinalado pela autora, para que um programa objetivando a formação de um determinado tipo de profissional venha a ter sucesso, na seleção inicial deve-se requerer certas atitudes que a profissão médica considere importantes para esse tipo de profissional, em lugar de tentar desenvolver tais atitu

des depois que os estudantes ingressam na escola médica.

Deve ser ressaltado, no entanto, conforme destacam Alpert & Charney (1973): "Se, como é bastante evidente, uma boa educação não garante uma boa prática, uma educação inadequada oferece menos probabilidades de que isso venha ocorrer".

Notas do Capítulo VI

- (1) Em pesquisa realizada na Duke University School of Medicine, Preiss & Long (1970) encontraram as seguintes porcentagens de estudantes que expressaram dúvidas sobre a escolha ocupacional durante o treinamento médico: ao ingressar, 58,0%; no primeiro ano, 41,0%; no segundo ano, 35,0%; no terceiro, 34,0%; no quarto, 32,0% e no internato, 35,0%.
- (2) Na investigação que realizamos, entre 50 estudantes, as principais características atribuídas ao "médico ideal" e consideradas como muito importantes foram: "reconhecimento das próprias limitações" (83,7%); "integridade" (81,6%); "habilidade de relacionamento" (73,5%); "dedicação à profissão" (69,4%); "personalidade cordial e amável" (63,3%); "curiosidade científica" (61,2%); "habilidade para pensar de forma organizada" (55,1%); "hábil no aproveitamento do tempo" (46,9%); "boa aparência" (14,3%); "alta inteligência" (12,2%); "habilidade em pesquisa" (6,1%).
- (3) Foram citadas pelos estudantes do 5º ano as seguintes especialidades médicas: Pediatria (10); Cirurgia (4); Cirurgia Plástica (2); Oftalmologia (1); Gastroenterologia (1); Neuropediatria, Histologia e Radiologia (1); Moléstias Infecciosas (1); Otorrinolaringologia (1); Neurocirurgia (1); Ginecologia, Pediatria e Cardiologia (1); Neurologia (1); Genética Médica (2); Psiquiatria (1); Reumatologia (1); Neurologia e Cardiologia (1); Nefrologia (1); Obstetrícia e Ginecologia (1).

- (4) A literatura sobre a constância da especialidade escolhida tem sido enriquecida com outros trabalhos que não somente mostram o alto grau de indecisão da escolha entre as diversas áreas de especialização que o estudante apresenta ao ingressar na escola médica como também as mudanças que ocorrem durante o período de sua formação. Ver, a propósito, Held & Zimet (1975), Zimet & Held (1975) e Fishman & Zimet (1972). Boverman (1965) encontrou que mudanças ocorrem mesmo depois de concluída a escola médica, quando estudou 732 graduados da University Chicago Medical School, pois 31,0% apresentaram, como praticantes, escolhas diferentes daquelas feitas quando cursavam o último ano da escola médica; as principais mudanças registraram-se entre os que originalmente tinham se interessado em seguir "Medicina de Família" (51,0%), Ciências Básicas (38,0%) e Pediatria (33,0%).
- (5) Na revisão realizada por Kemper (1968) sobre os "grupos de referência", tanto do ponto de vista conceitual como de sua classificação, o conceito é o seguinte: "Em geral um grupo de referência é um grupo, coletividade ou pessoa que o ator leva em consideração, de alguma forma, ao selecionar um comportamento dentre um conjunto de alternativas ou ao fazer um julgamento sobre uma questão problemática".
- (6) Referimo-nos a uma teoria explicativa que só bem recentemente foi proposta por Mitchell (1975). Em seu modelo teórico, o autor toma três componentes a serem considerados na tomada de decisões na escolha de uma especialidade: as alternativas abertas para o indivíduo, suas próprias preferências e as circunstâncias de vida.
- (7) O currículo mínimo dos cursos de graduação em Medicina foi aprovado em 11/7/69 (Parecer 506/69) e debatido na VII Reunião da Associação Brasileira de Escolas Médicas, Niterói, 23 a 26 de Agosto, 1969; (A.B.E.M., 1969).
- (8) Ver Nota 19, Capítulo I.

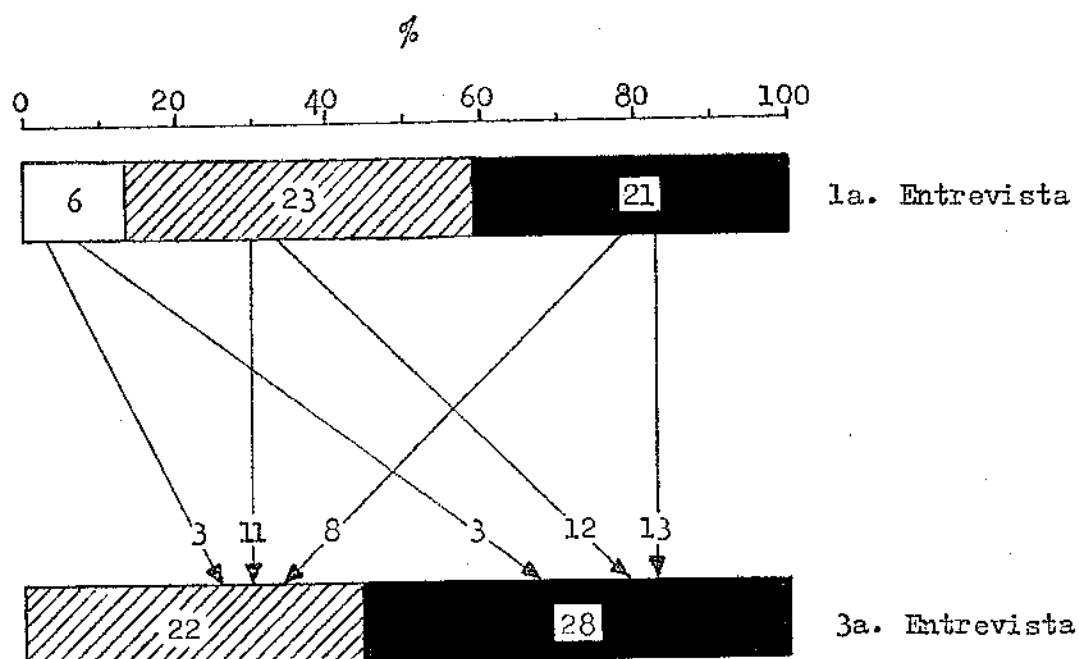
TABELA 57 - Distribuição dos estudantes, por sexo, segundo as dúvidas em relação à escolha da medicina como profissão, conforme entrevistas realizadas no 1º, no 3º e no 5º ano.

ENTREVISTA DÚVIDAS	1ª Entrevista		2ª Entrevista		3ª Entrevista	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Sérias dúvidas	3 (8,8)	3 (18,7)	1 (2,9)	2 (12,5)	- (-)	- (-)
Ligeiras dúvidas	16 (47,0)	7 (43,7)	12 (35,3)	10 (62,5)	11 (32,3)	11 (68,7)
Nenhuma dúvida	15 (44,1)	6 (37,5)	21 (61,8)	4 (25,0)	23 (67,6)	5 (31,2)
TOTAL	34 (100,0)	16 (100,0)	34 (100,0)	16 (100,0)	34 (100,0)	16 (100,0)

TABELA 58 - Distribuição dos estudantes, por sexo, segundo os padrões de seleção da profissão médica, conforme entrevistas realizadas no 1º, no 3º e no 5º ano.

ENTREVISTA PADRÕES DE SELEÇÃO	1ª Entrevista			2ª Entrevista			3ª Entrevista		
	Masc.	Fem.	TOTAL	Masc.	Fem.	TOTAL	Masc.	Fem.	TOTAL
"é a única profissão que poderia realmente satisfazer-me"	20 (58,8)	10 (62,5)	30 (60,0)	17 (50,0)	5 (31,2)	22 (44,0)	9 (26,5)	6 (37,5)	15 (30,0)
"é uma das várias profissões que poderiam satisfazer-me"	11 (32,3)	6 (37,5)	17 (34,0)	16 (47,1)	11 (68,8)	26 (52,0)	23 (67,6)	10 (62,5)	33 (66,0)
"decidi-me por esta profissão sem levar em consideração se é ou não a única que mais possa satisfazer-me"	3 (8,8)	- (-)	3 (6,0)	1 (2,9)	- (-)	2 (4,0)	2 (5,9)	- (-)	2 (4,0)
TOTAL	34 (100,0)	16 (100,0)	50 (100,0)	34 (100,0)	16 (100,0)	50 (100,0)	34 (100,0)	16 (100,0)	50 (100,0)

GRÁFICO 14 - Mudanças na opinião dos estudantes quanto às dúvidas em relação à escolha da profissão médica.



Legenda

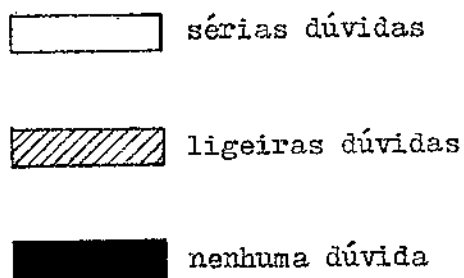
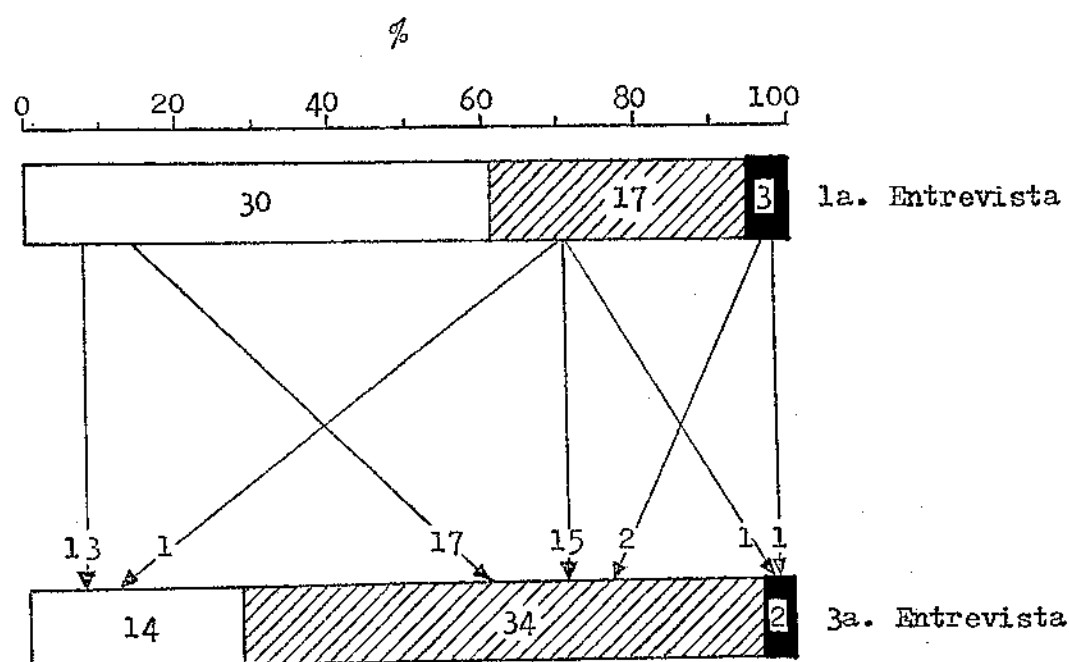


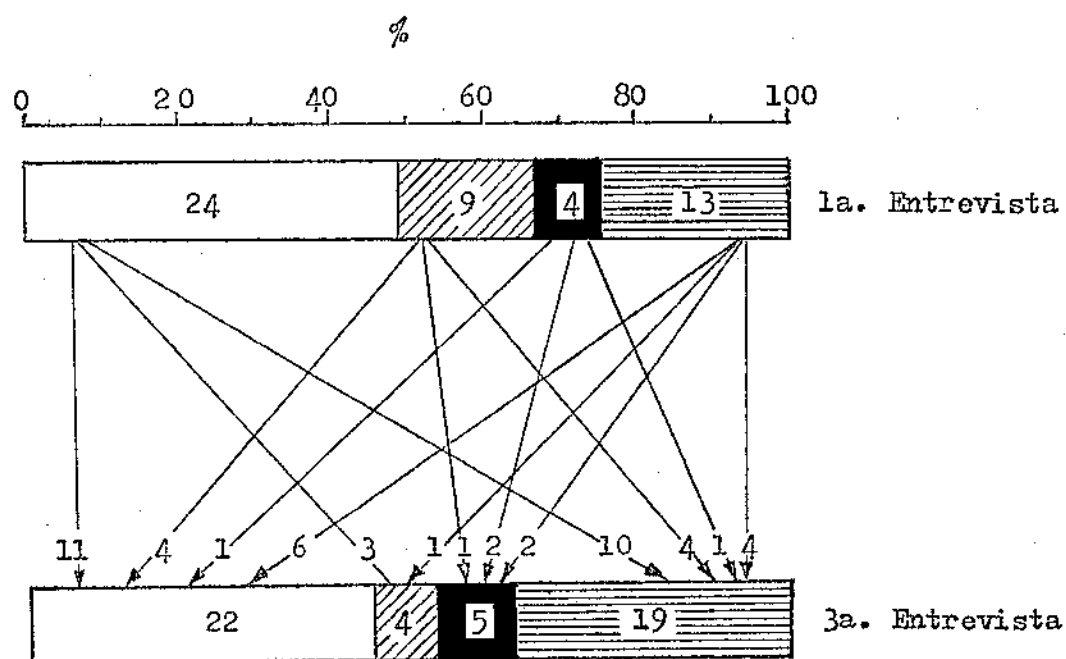
GRÁFICO 15 - Mudanças na opinião dos estudantes quanto aos padrões de seleção da carreira médica.



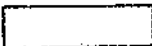
Legenda

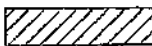
- "é a única profissão que poderia realmente satisfazer-me"
- "é uma das várias profissões que poderiam satisfazer-me"
- "decidi-me por essa profissão sem levar em consideração se é ou não a que mais possa satisfazer-me"

GRÁFICO 16 - Mudanças na opinião dos estudantes quanto à descrição da profissão médica.



Legenda

 "profissão a serviço da coletividade"

 "profissão que auxilia os indivíduos diretamente"

 "profissão que requer trabalho mais árduo que as outras"

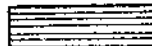
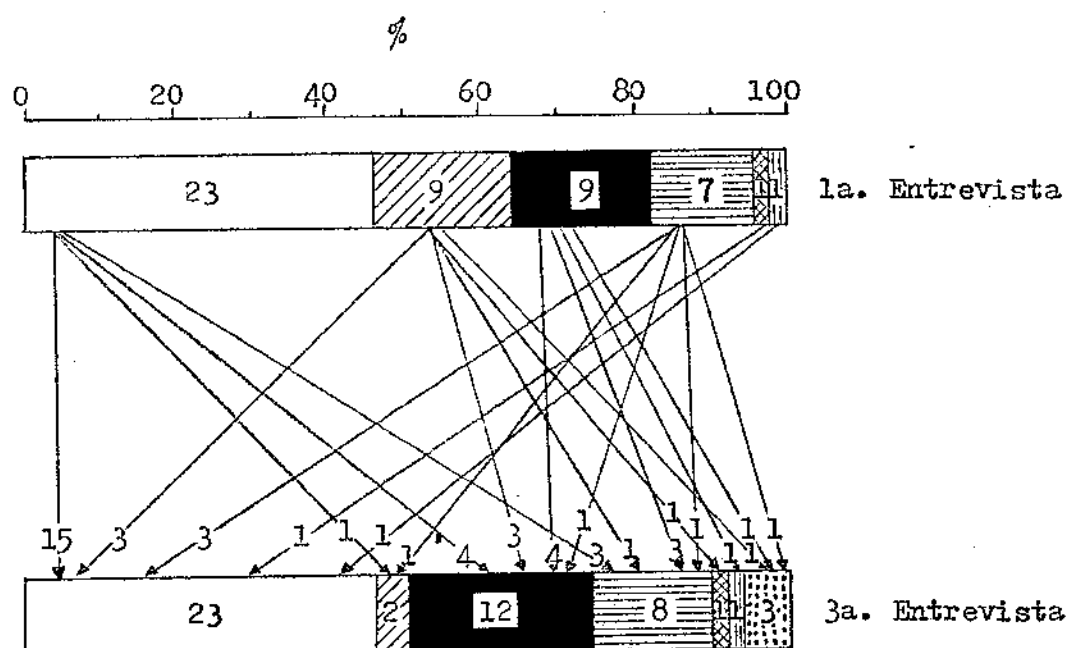
 "profissão de grande responsabilidade social"

TABELA 59 - Distribuição dos estudantes, por sexo, segundo os aspectos que julgam ser os mais agradáveis no exercício profissional, conforme entrevistas realizadas no 1º e no 5º ano.

ENTREVISTA ASPECTOS	1ª Entrevista		3ª Entrevista	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
ser capaz de tratar diretamente com as pessoas	16 (47,0)	9 (56,2)	18 (52,9)	10 (62,5)
ser capaz de ajudar outras pessoas	30 (88,2)	12 (75,0)	26 (76,5)	14 (87,5)
o fato da medicina ser uma profissão altamente respeitada	5 (14,7)	1 (6,2)	3 (8,8)	- (-)
ter pessoas interessantes e inteligentes como colegas	6 (17,6)	1 (6,2)	12 (35,3)	4 (25,0)
fazer trabalhos que envolvem métodos e pesquisas científicas	14 (41,2)	6 (37,5)	10 (29,4)	6 (37,5)
ser seu próprio chefe	6 (17,6)	3 (18,7)	16 (47,0)	5 (31,2)
estar certo de ganhar uma boa renda	6 (17,6)	1 (6,2)	9 (26,5)	3 (18,7)
a natureza desafiadora e estimulante do trabalho médico	19 (55,9)	5 (31,2)	16 (47,0)	7 (43,7)

Obs.: As porcentagens são calculadas para cada item separadamente, sobre o total da população masculina (n=34) e total da população feminina (n=16).

GRÁFICO 17 - Mudanças na opinião dos estudantes, segundo os valores profissionais.

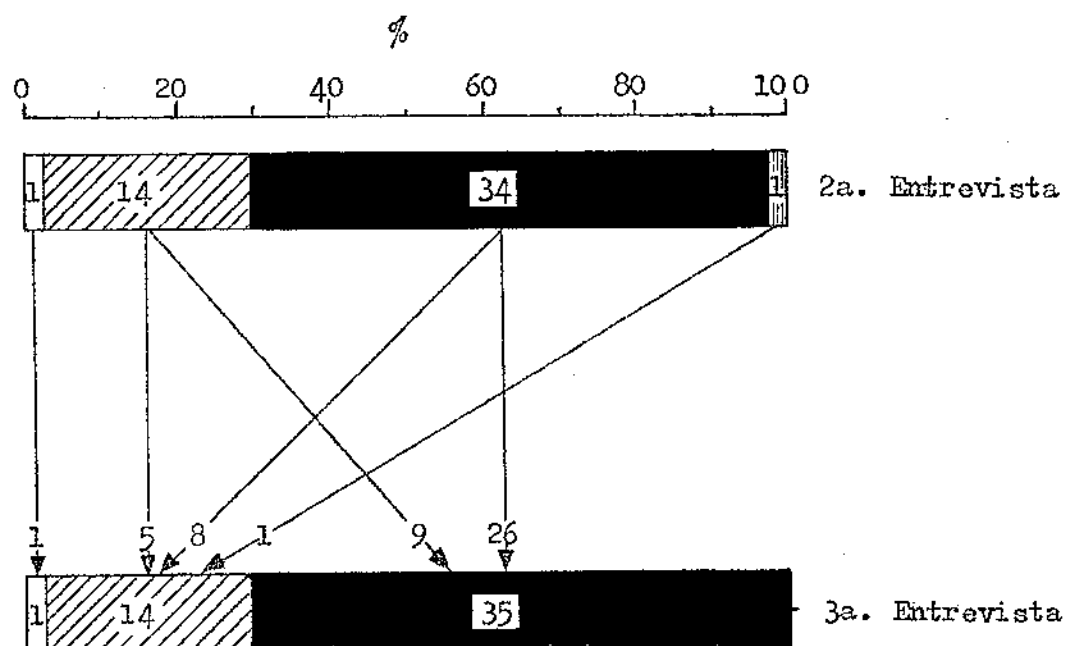


Legenda

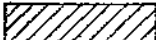
Categorias:

- humanitária-profissional
- humanitária-científica
- humanitária-profissional-científica
- humanitária
- científica
- profissional-científica
- profissional

GRÁFICO 18 - Mudanças na opinião dos estudantes, quanto às preferências por tipos de trabalho no campo médico.



 ciência médica básica e/ou pesquisa original

 clínica geral

 especialização

 não sabe

TABELA 60 - Relações entre as categorias de valores profissionais e os tipos de campos de trabalho selecionados pelos estudantes no 5º ano do curso médico.

CAMPOS DE TRABALHO	Clínica Geral	Especialização	Ciência Médica básica ou Pesquisa original	TOTAL
humanitária-profissional-científica	8 (57,1)	4 (11,4)	- (-)	12 (24,0)
humanitária-profissional	5 (35,7)	18 (51,4)	- (-)	23 (46,0)
humanitária	1 (7,1)	7 (20,0)	- (-)	8 (16,0)
humanitária-científica	- (-)	2 (5,7)	- (-)	2 (4,0)
científica	- (-)	1 (2,9)	- (-)	1 (2,0)
profissional	- (-)	3 (8,6)	- (-)	3 (6,0)
profissional-científica	- (-)	- (-)	1 (100,0)	1 (2,0)
TOTAL	14 (100,0)	35 (100,0)	1 (100,0)	50 (100,0)

TABELA 61 - Distribuição dos estudantes, segundo as dificuldades no curso médico, conforme entrevistas realizadas no 1º, no 3º e no 5º ano.

SITUAÇÃO	1ª Entrevista		2ª Entrevista		3ª Entrevista		n
	Difícil	Fácil	Difícil	Fácil	Difícil	Fácil	
fazer amigos em sua classe	7 (14,6)	41 (85,4)	18 (37,5)	30 (62,5)	15 (31,2)	33 (68,8)	48
acompanhar outros estudantes	16 (34,8)	30 (65,2)	20 (43,5)	26 (56,5)	15 (32,6)	31 (67,4)	46
aprender o que se espera de você	35 (81,4)	8 (18,6)	28 (65,1)	15 (34,9)	23 (53,5)	20 (46,5)	43
aprender a pensar por si só	24 (51,1)	23 (48,9)	21 (44,7)	26 (55,3)	21 (44,7)	26 (55,3)	47
relacionar-se com o corpo docente	24 (50,0)	24 (50,0)	28 (58,3)	20 (41,7)	38 (79,2)	10 (20,8)	48
não se tornar muito tenso ou nervoso com os seus estudos	29 (63,0)	17 (37,0)	38 (82,6)	8 (17,4)	27 (58,7)	19 (41,3)	46

TABELA 62 - Distribuição dos estudantes, por sexo, segundo os principais tipos de ajustamentos, conforme entrevistas realizadas no 1º, no 3º e no 5º ano.

TIPOS DE AJUSTAMENTOS	1ª Entrevista		2ª Entrevista		3ª Entrevista	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
melhorar hábitos de estudo	18 (52,9)	10 (62,5)	17 (50,0)	6 (37,5)	12 (35,3)	12 (75,0)
melhorar a memória	10 (29,4)	12 (75,0)	5 (14,7)	3 (18,7)	10 (29,4)	9 (56,2)
aprender a trabalhar com menos orientação dos instrutores	28 (82,3)	8 (50,0)	23 (67,6)	7 (43,7)	23 (67,6)	9 (56,2)
assumir uma atitude mais madura e tornar-se mais responsável	11 (32,3)	4 (25,0)	17 (50,0)	10 (62,5)	17 (50,0)	12 (75,0)
acostumar-se com menos tempo livre para diversão e assuntos de interesse pessoal	16 (47,0)	6 (37,5)	25 (73,5)	11 (68,7)	20 (58,8)	11 (68,7)

Obs.: As porcentagens são calculadas para cada item separadamente, sobre o total da população masculina (n=34) e total da população feminina (n=16).

TABELA 63 - Distribuição dos estudantes, por sexo, segundo o grau de dificuldade nos ajustamentos, conforme entrevistas realizadas no 1º, no 3º e no 5º ano.

GRAU DE DIFICULDADE	1ª Entrevista		2ª Entrevista		3ª Entrevista	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
muitíssimo difícil	1 (2,9)	1 (6,2)	3 (8,8)	- (-)	3 (8,8)	- (-)
razoavelmente difícil	8 (23,5)	5 (31,2)	10 (29,4)	5 (31,2)	4 (11,8)	4 (25,0)
um pouco difícil	17 (50,0)	6 (37,5)	12 (35,3)	10 (62,5)	21 (61,8)	10 (62,5)
fácil	8 (23,5)	4 (25,0)	9 (26,5)	1 (6,2)	6 (17,6)	2 (12,5)
TOTAL	34 (100,0)	16 (100,0)	34 (100,0)	16 (100,0)	34 (100,0)	16 (100,0)

GRÁFICO 19 - Mudança na opinião dos estudantes em referência aos tipos de contatos com o corpo docente.

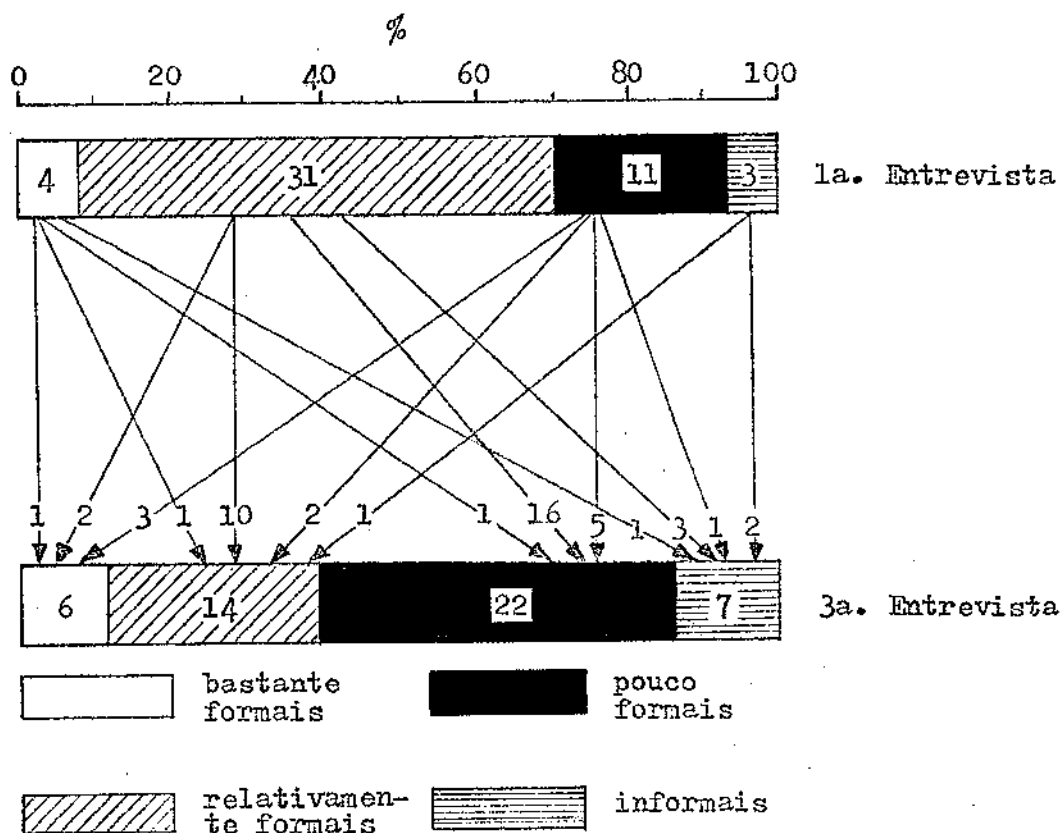


GRÁFICO 20 - Mudança na opinião dos estudantes em referência ao grau de competição entre os colegas.

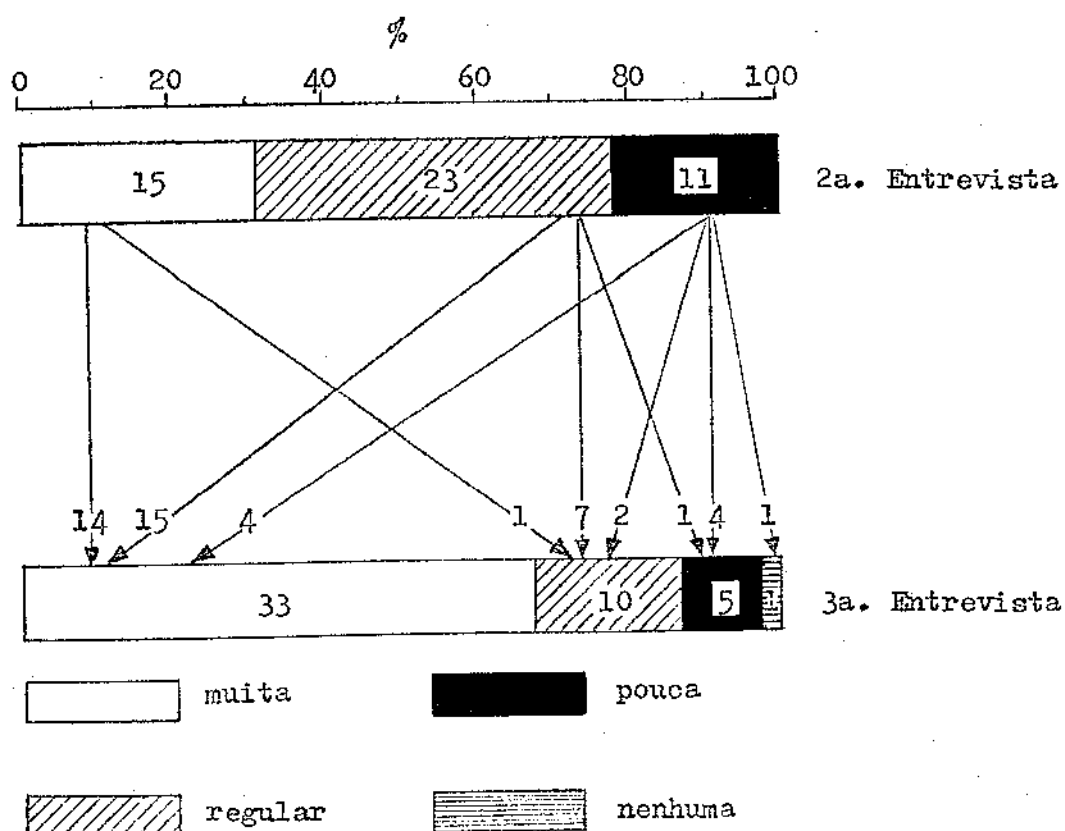


GRÁFICO 19 - Mudança na opinião dos estudantes em referência aos tipos de contatos com o corpo docente.

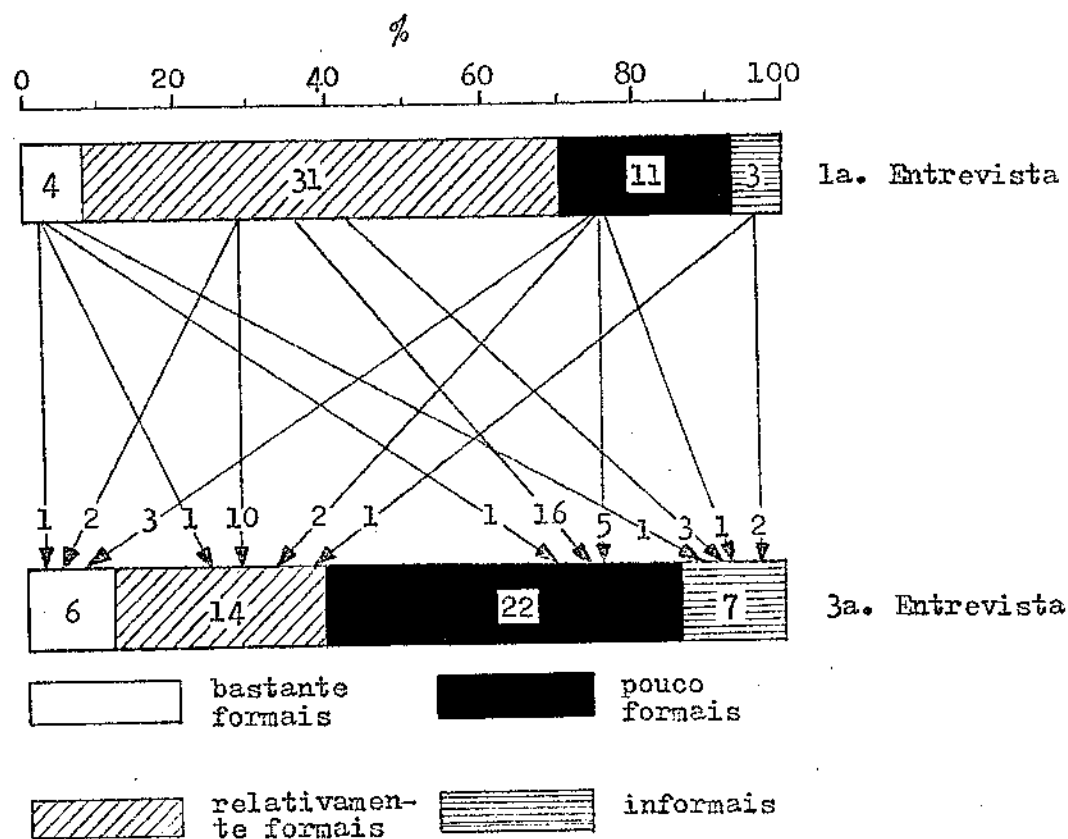


GRÁFICO 20 - Mudança na opinião dos estudantes em referência ao grau de competição entre os colegas.

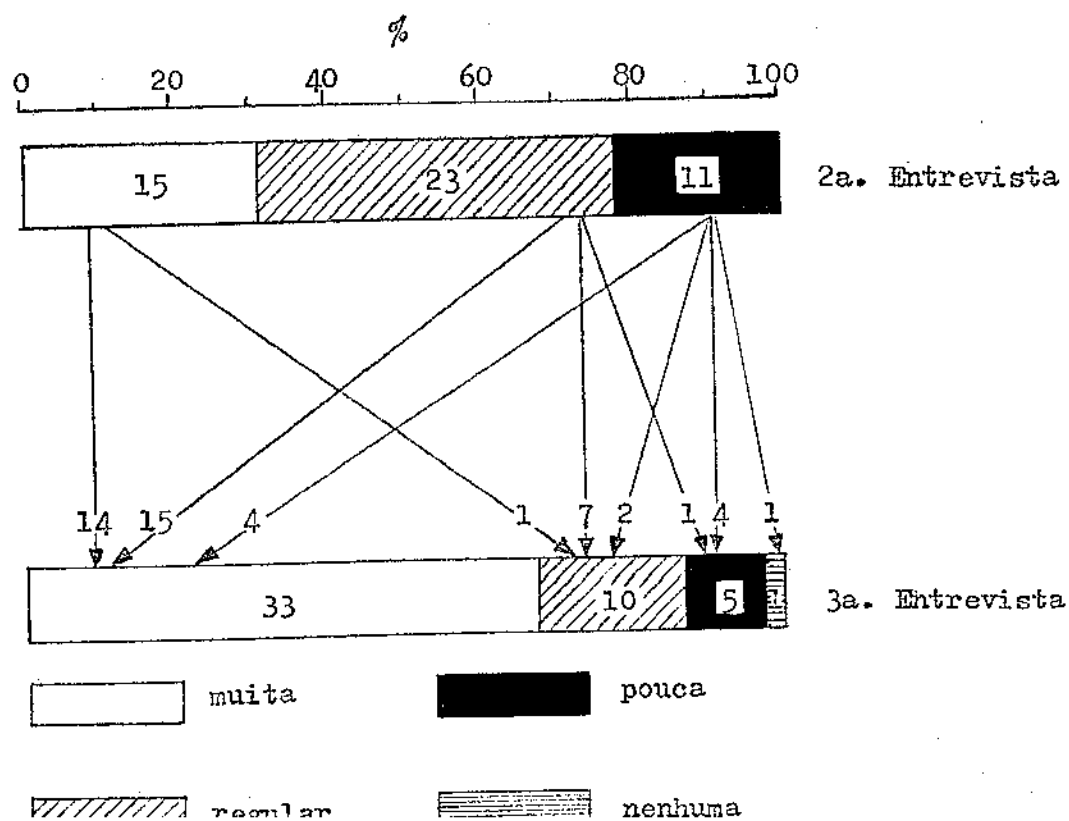


GRÁFICO 21 - Mudanças na opinião dos estudantes quanto à influência do corpo docente no incentivo à carreira.

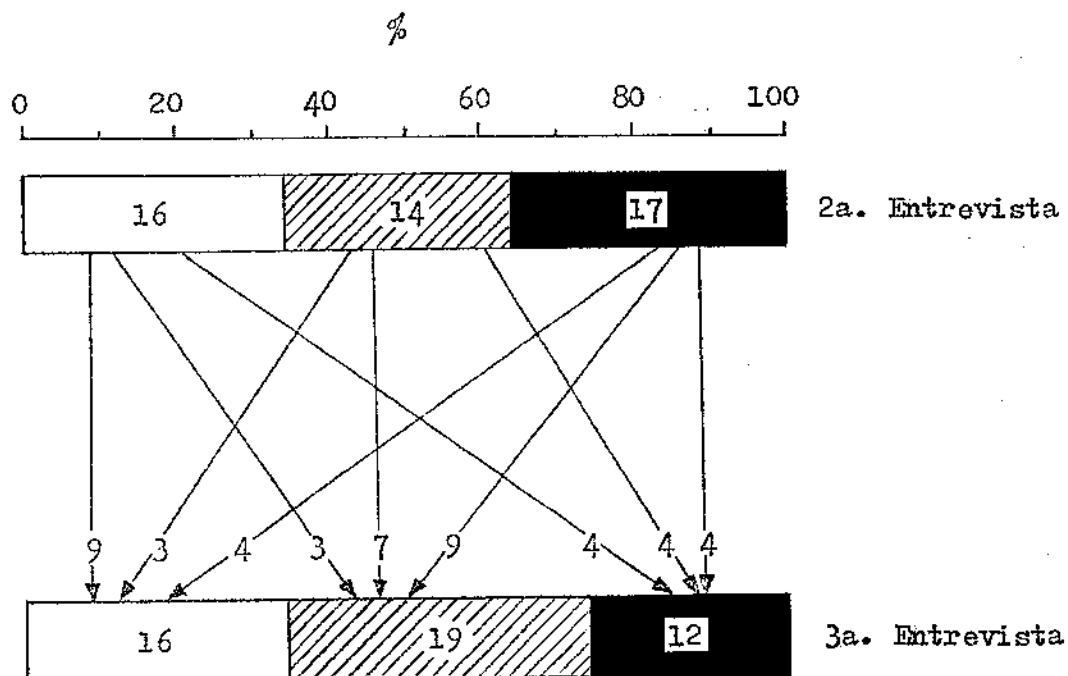
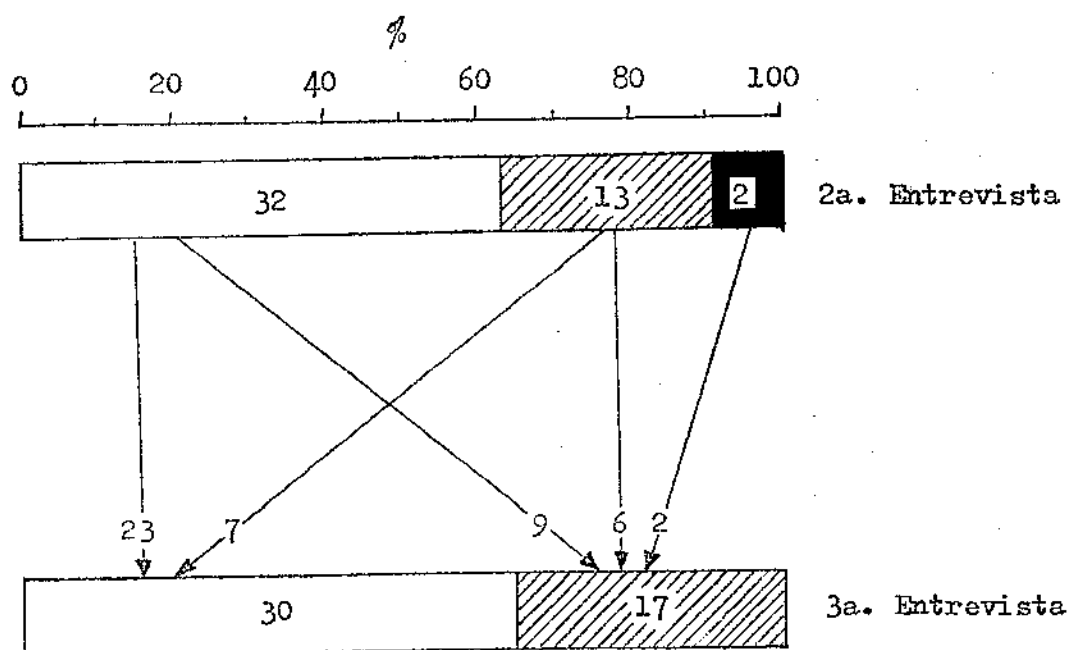


GRÁFICO 22 - Mudanças na opinião dos estudantes quanto à influência do corpo docente na transmissão de conhecimentos e habilidades.



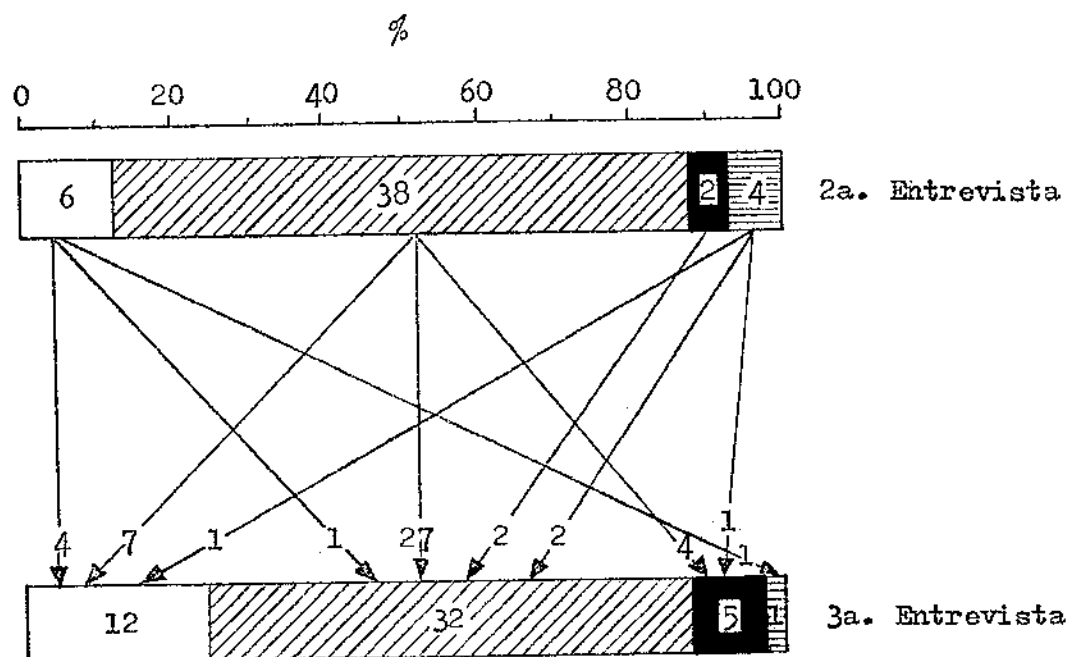
Legenda

muita

pouca

nenhuma

GRÁFICO 23 - Mudança na opinião dos estudantes quanto à avaliação das características do corpo docente.



Legenda

- geralmente mais habilitado a transmitir habilidades
- geralmente mais habilitado a transmitir conhecimentos
- geralmente mais habilitado a formar atitudes
- geralmente mais habilitado a transmitir valores

GRÁFICO 24 - Mudanças na opinião dos estudantes quanto à influência do corpo docente na compreensão do papel profissional.

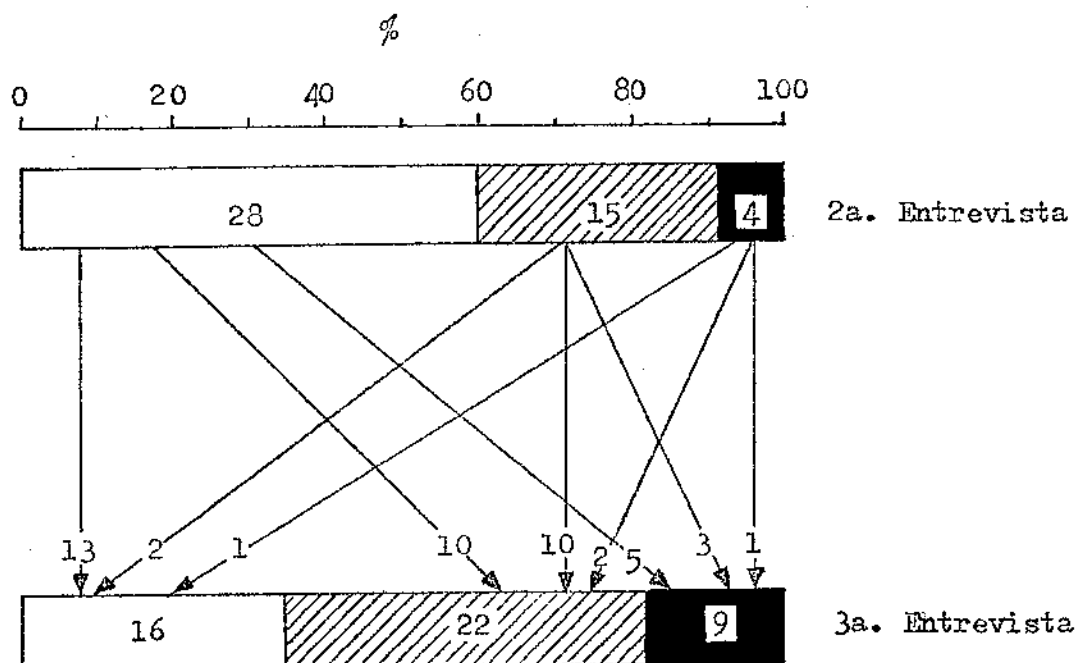
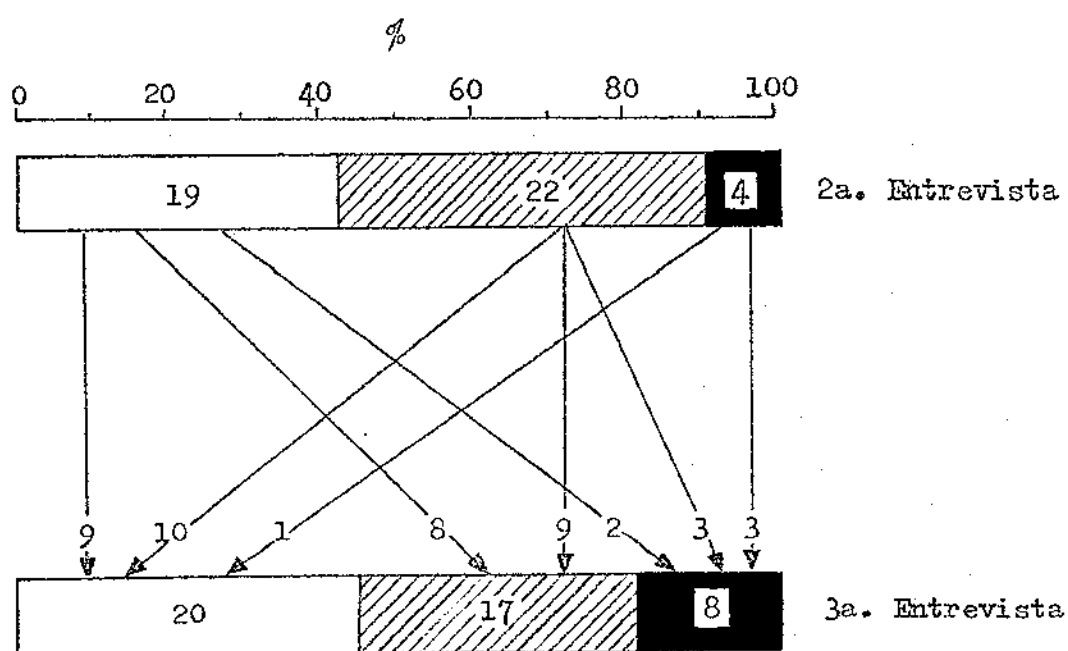


GRÁFICO 25 - Mudanças na opinião dos estudantes quanto à influência do corpo docente no trabalho em equipe.



Legenda

muita
 pouca
 nenhuma

GRÁFICO 26 - Mudanças na opinião dos estudantes quanto à influência do corpo docente na ampliação dos conhecimentos da problemática médico-social.

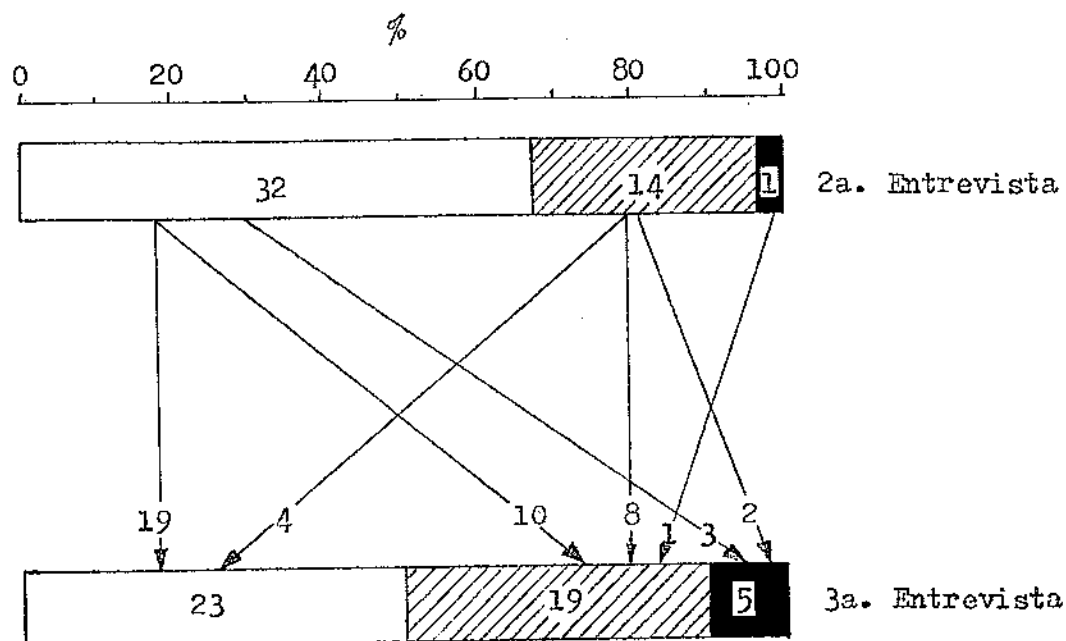
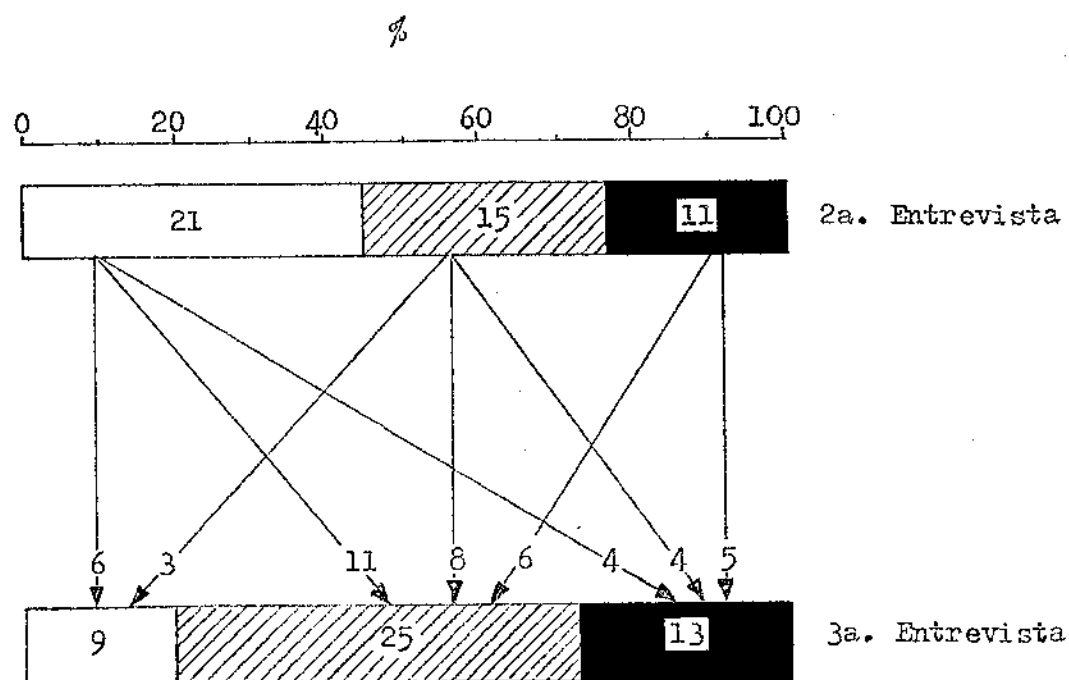


GRÁFICO 27 - Mudanças na opinião dos estudantes quanto à influência do corpo docente na análise objetiva da problemática humana.



Legenda

muita
 pouca
 nenhuma

GRÁFICO 28 - Mudanças na opinião dos estudantes quanto à influência do corpo docente no desenvolvimento da capacidade de auto-estudo.

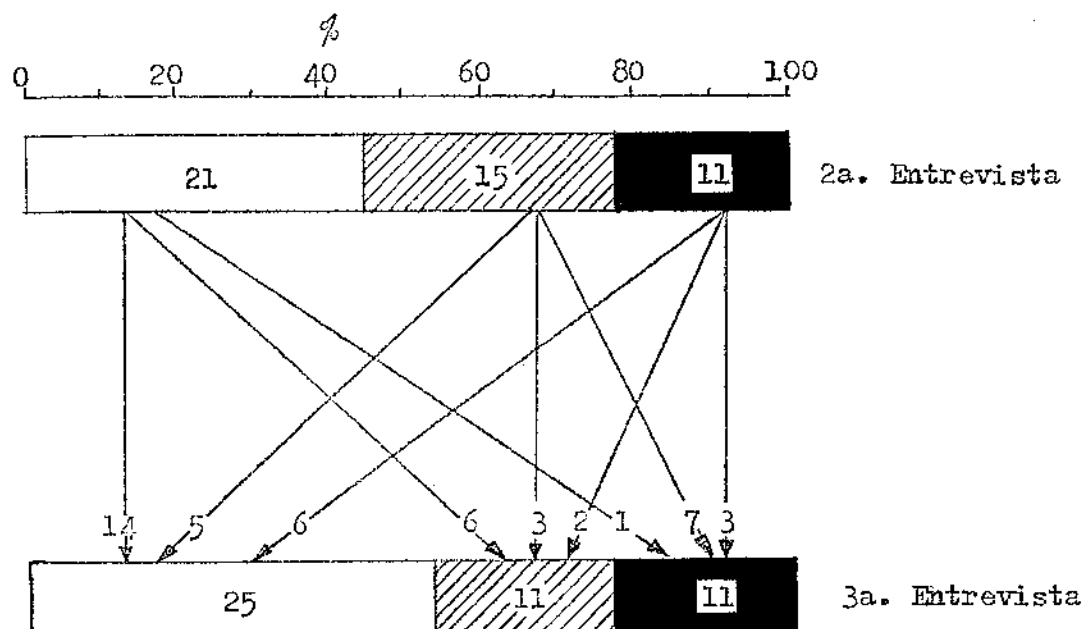
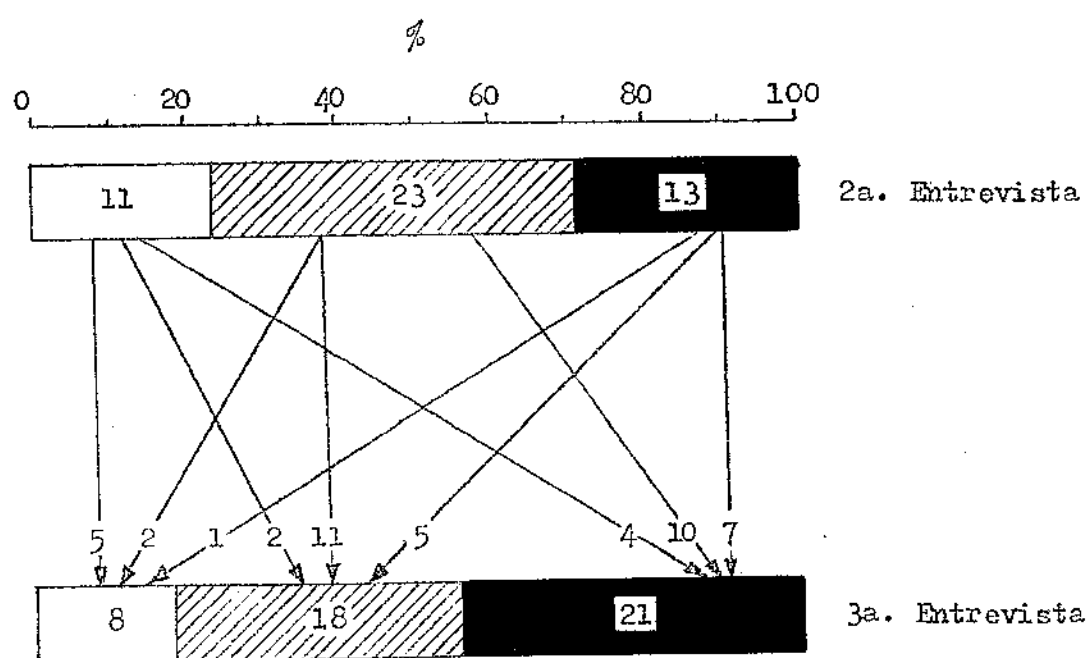


GRÁFICO 29 - Mudanças na opinião dos estudantes quanto à influência do corpo docente no desenvolvimento da capacidade de relacionamento.



Legenda

muita
 pouca
 nenhuma

TABELA 64 - Distribuição percentual dos estudantes, conforme as avaliações da influência exercida pelo corpo docente, feitas no 3º e 5º ano do curso médico e sentido nas mudanças ocorridas.

INFLUÊNCIA ASPECTOS	2ª ENTREVISTA				3ª ENTREVISTA				MUDAM DE OPINIÃO		
	MUITA	POUCA	NENHUMA	TOTAL	MUITA	POUCA	NENHUMA	TOTAL	MUDAM	POSITIVO	NEGATIVO
Incentivo à carreira	34,0	29,8	36,2	100,0	34,0	40,4	25,6	100,0	57,4	34,0	23,4
Transmissão de conhecimentos e habilidades	68,1	27,6	4,3	100,0	63,8	36,2	-	100,0	38,3	19,1	19,1
Compreensão do papel profissional futuro	59,6	31,9	8,5	100,0	34,0	46,8	19,1	100,0	48,9	10,6	38,3
Trabalho em equipe	42,2	48,9	8,9	100,0	44,4	37,8	17,8	100,0	53,3	24,4	28,9
Ampliação dos conhecimentos médico-sociais	68,1	29,8	2,1	100,0	48,9	40,4	10,6	100,0	42,6	10,6	31,9
Análise objetiva da problemática humana	44,7	31,9	23,4	100,0	19,1	53,2	27,6	100,0	59,6	19,1	40,4
Desenvolvimento da capacidade de auto-estudo	44,7	31,9	23,4	100,0	53,2	23,4	23,4	100,0	57,4	27,6	29,8
Desenvolvimento da capacidade de relacionamento	23,4	48,9	27,6	100,0	17,0	38,3	44,7	100,0	51,1	17,0	34,0

GRÁFICO 30 - Mudanças na opinião dos estudantes quanto à importância em sua formação profissional conferida ao pai.

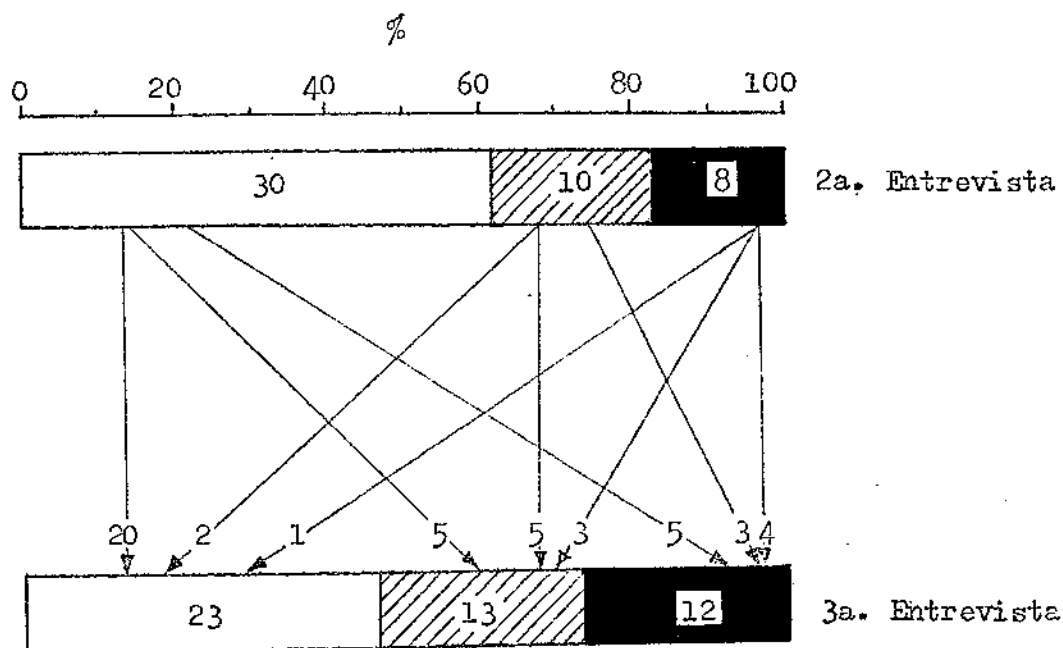
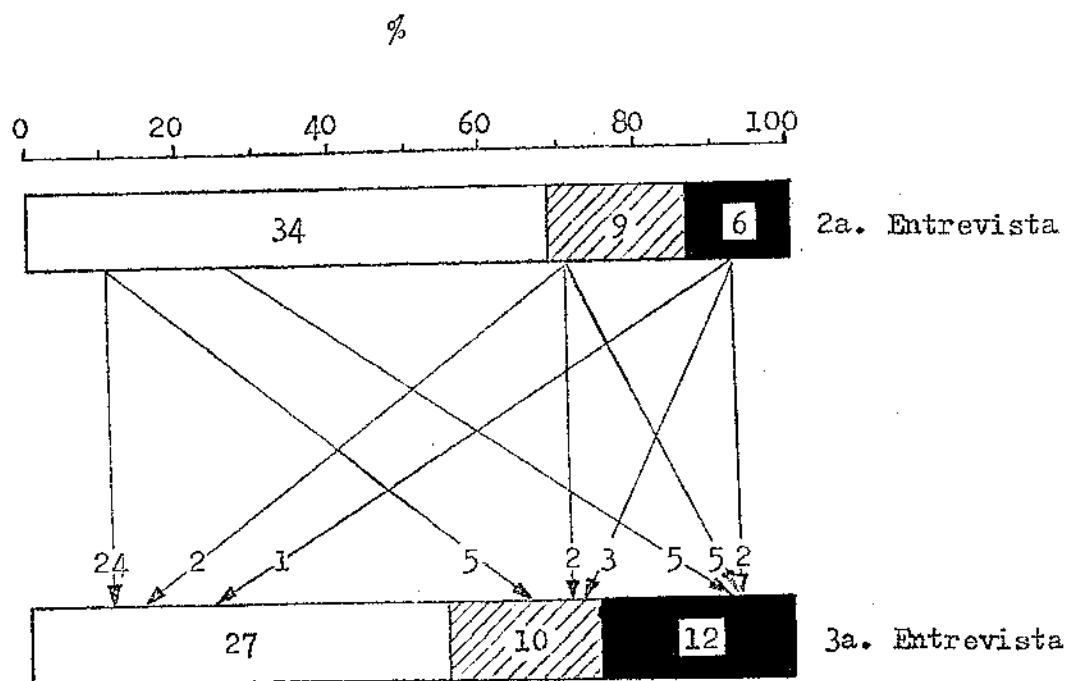


GRÁFICO 31 - Mudanças na opinião dos estudantes quanto à importância em sua formação profissional conferida à mãe.



Legenda

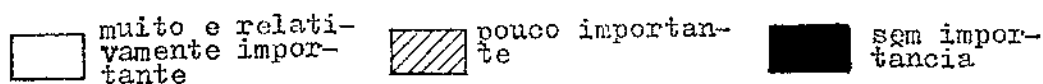


GRÁFICO 32 - Mudanças na opinião dos estudantes quanto à importância em sua formação profissional conferida a outros parentes.

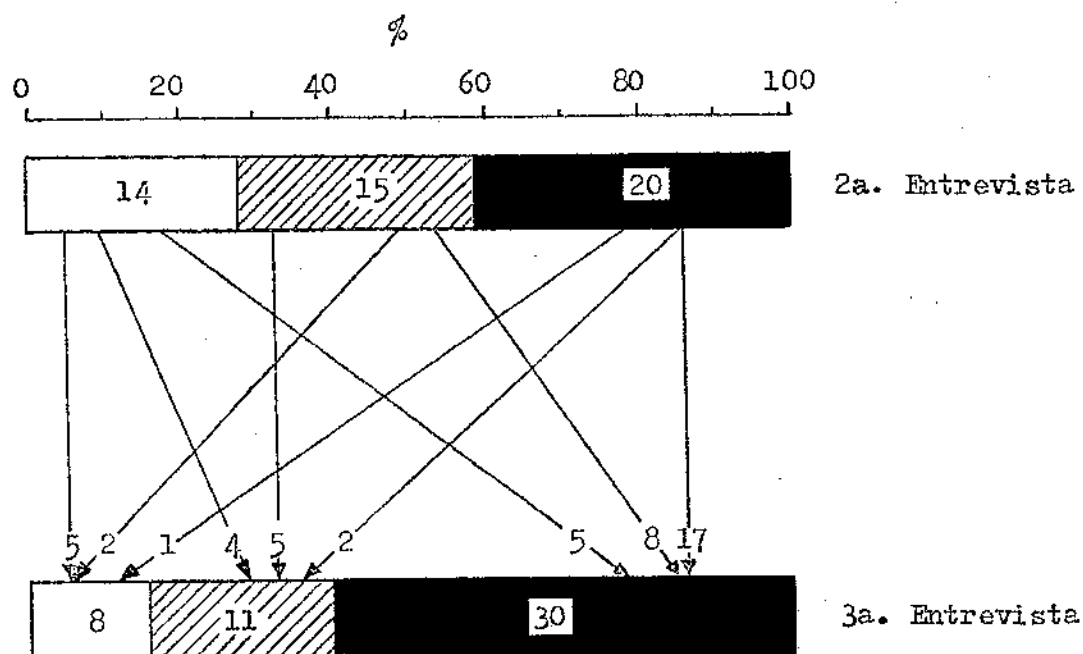
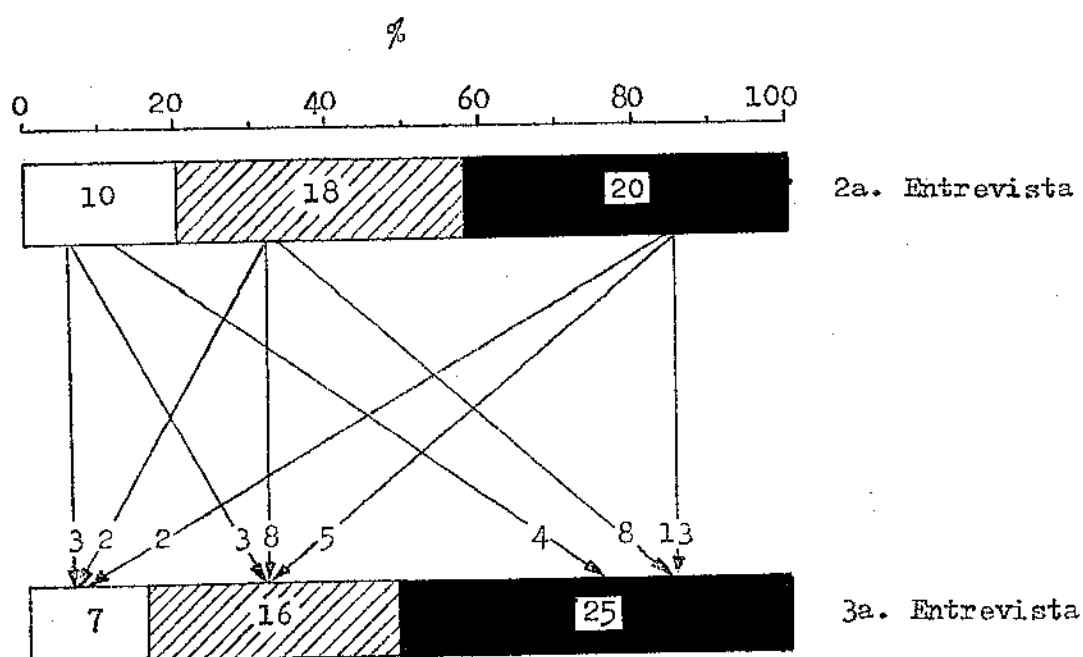


GRÁFICO 33 - Mudanças na opinião dos estudantes quanto à importância em sua formação profissional conferida a amigos não ligados à medicina.



Legenda

□ muito e relativamente importante

▨ pouco importante

■ sem importância

GRÁFICO 34 - Mudanças na opinião dos estudantes quanto à importância em sua formação profissional conferida a membros do corpo docente.

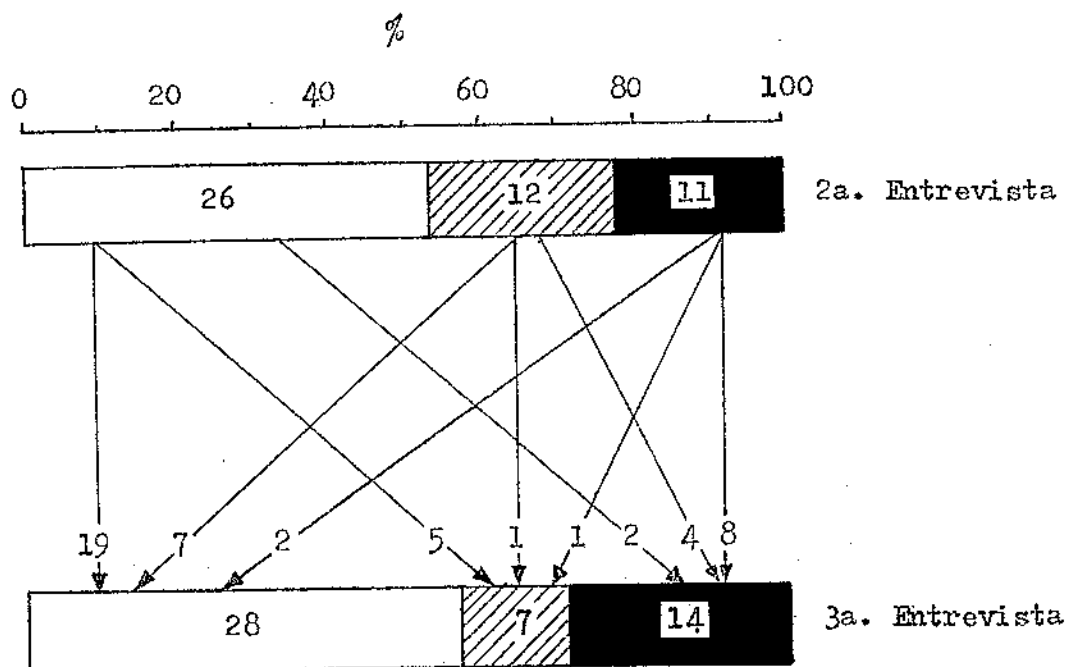
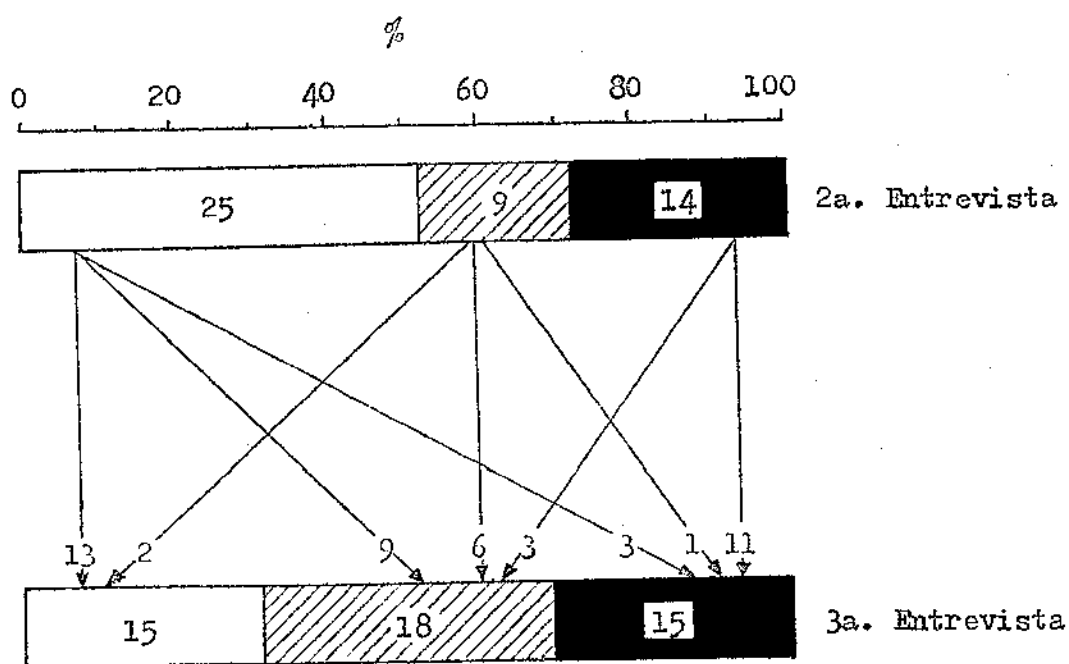


GRÁFICO 35 - Mudanças na opinião dos estudantes quanto à importância em sua formação profissional conferida a estudantes de medicina que conhece.



Legenda

muito e relativamente importante

pouco importante

sem importância

GRÁFICO 36 - Mudanças na opinião dos estudantes quanto à importância em sua formação profissional conferida a médicos que conhece pessoalmente.

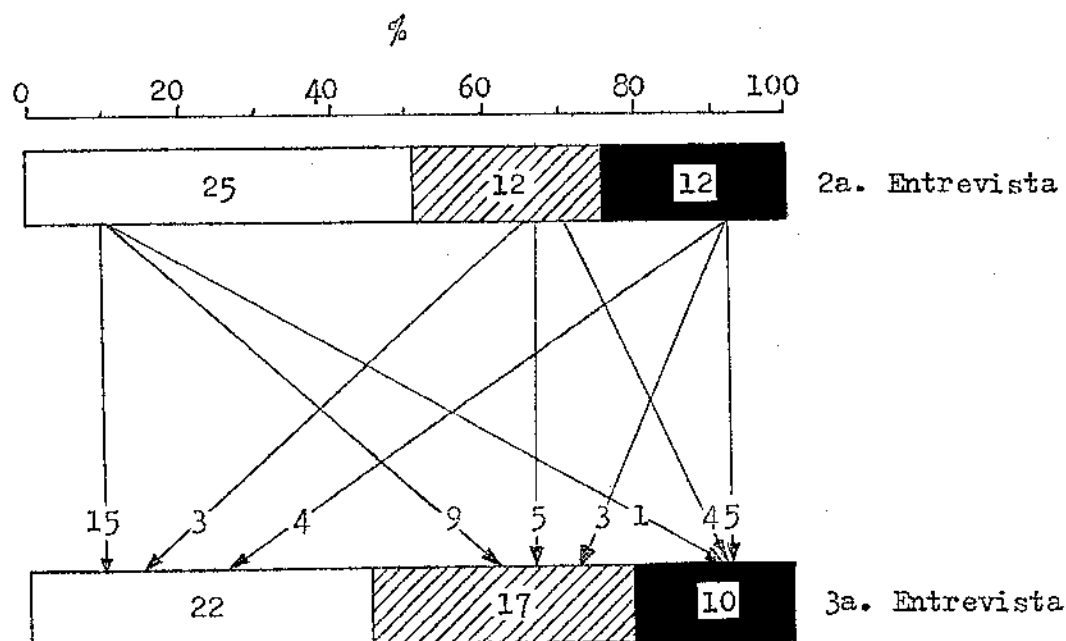
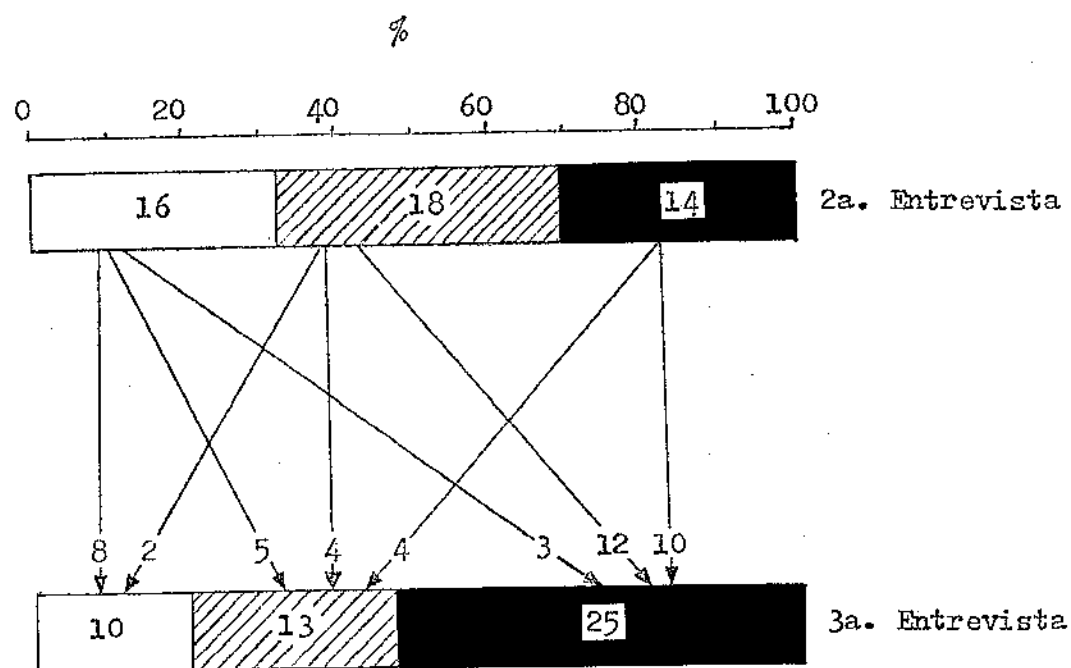


GRÁFICO 37 - Mudanças na opinião dos estudantes quanto à importância em sua formação profissional conferida a médicos de que ouviu falar ou leu a respeito.



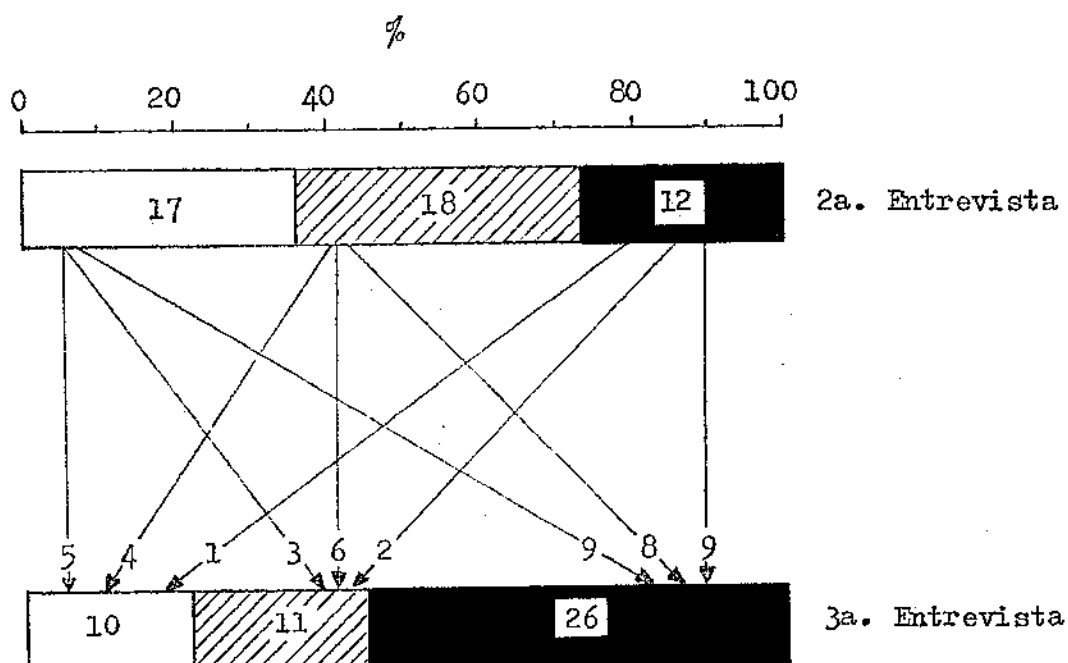
Legenda

muito e relativamente importante

pouco importante

sem importância

GRÁFICO 38 - Mudanças na opinião dos estudantes quanto à importância em sua formação profissional conferida a livros, filmes, peças de teatro.



Legenda

muito e relativamente importante

pouco importante

sem importância

TABELA 65 - Distribuição percentual dos estudantes, conforme as avaliações da importância atribuída aos "grupos de referência" no comportamento como futuro profissional médico, feitas no 3º e 5º ano do curso médico e sentido das mudanças ocorridas.

GRUPO DE IMPORTÂNCIA DE REFERÊNCIA	2ª Entrevista				3ª Entrevista				Mudam de opinião		
	Mto. e rela- tivamente im- portante	Pouca im- portância	Sem impor- tância	TOTAL	Mto. e rela- tivamente im- portante	Pouca im- portância	Sem impor- tância	TOTAL	Mudam	Positivo	Negativo
Pai	62,5	20,8	16,7	100,0	47,9	27,1	25,0	100,0	39,6	12,5	27,1
Mãe	69,4	18,4	12,2	100,0	55,1	20,4	24,5	100,0	42,8	12,2	30,6
Outros parentes	28,6	30,6	40,8	100,0	16,3	22,4	61,2	100,0	44,9	10,2	34,7
Amigos não ligados à medicina	20,8	37,5	41,7	100,0	14,6	33,3	52,1	100,0	50,0	18,7	31,3
Membros do corpo docente	53,1	24,5	22,4	100,0	57,1	14,3	28,6	100,0	42,8	20,4	22,4
Estudantes de medicina que conhece	52,1	18,7	21,2	100,0	31,2	37,5	31,3	100,0	37,5	10,4	27,1
Médicos que conhece pessoalmente	51,0	24,5	24,5	100,0	44,9	34,7	20,4	100,0	49,0	20,4	28,6
Médicos de quem ouviu fa- lar ou leu a respeito	33,3	37,5	29,2	100,0	20,8	27,1	52,1	100,0	54,2	12,5	41,7
Livros, filmes e peças de teatro	36,2	38,3	25,5	100,0	21,3	23,4	55,3	100,0	57,4	14,9	42,5

CAPÍTULO VII

CONCLUSÕES

Considerando que durante a exposi
ção apresentamos, em cada capítulo, análises dos tópicos que in
vestigamos, neste Capítulo procuraremos recolocá-las em função
do esquema teórico adotado. Ao evidenciarmos a adequação do reg
mo, alertamos também para os pontos não abrangidos por esta pes-
quisa.

1

A adoção, neste trabalho, da expressão "escolha
vocacional", que poderia parecer inadequada, pois os nossos da-
dos se baseiam em uma investigação realizada entre estudantes
que já se decidiram pelas suas futuras atividades, prende-se ao
fato de que a mesma é utilizada comumente para rotular generica
mente os estudos que tratam do ingresso das pessoas no mundo do
trabalho e dos processos subsequentes. Neste ponto alertamos
para a situação de que o termo "escolha" não implica necessariame
nte que todas as pessoas, ao entrarem em uma determinada ocu-
pação, tenham feito uma cuidadosa e sistemática consideração das

alternativas abertas para elas. Assim, encontramos entre os estudantes investigados, que, apesar do número daqueles que declararam ter escolhido "seletivamente" a medicina ser ligeiramente maior, há um grupo de estudantes que escolhem a medicina como "vocacionalmente orientados". O que nos parece importante assinalar é que embora as preferências, os impulsos, os desejos, a própria ambição e a aspiração vocacional joguem um papel importante na opção por uma alternativa concreta, esta é resultado de um longo processo no qual a influência de fatores sociais e institucionais são de crucial relevância.

A idéia de que a escolha ocupacional é um processo de desenvolvimento que ocorreria no transcorrer dos processos de maturação do indivíduo poderia ser, à primeira vista, classificada como extremamente psicológica. Porém, procuramos deixar bem claro que a escolha e a tomada de decisão estão sob o impacto dos agentes socializatórios entre os quais a família se reveste de importância. De outro lado, se a idade pode ser vista como uma variável na tomada de decisão e delimitar estágios no processo de desenvolvimento, é óbvio que a ela se associam processos socializatórios específicos. Não se coloca mais em dúvida, atualmente, que os processos interativos que se desenvolvem entre o indivíduo e o meio ambiente são fundamentais para o desenvolvimento de uma escolha. Nesse aspecto, a teoria de Ginzberg vai além de uma abordagem específica da escolha ocupacional, tornando-se uma teoria de desenvolvimento mais geral. Este aspecto fica claramente elucidado pois, como afirma Sofer (1974), comentando as palavras de Ginzberg que, em seu trabalho publicado em 1972, descreve a escolha ocupacional como "um processo de toma-

da de decisão através da vida, no qual o indivíduo procura encontrar o ajustamento ótimo entre a preparação de sua carreira e as metas e realidades do mundo do trabalho", o processo de escolha é visto presentemente como permeando toda a vida da pessoa.

Outrossim, há pontos no tempo que se tornam de capital importância, pois as decisões devem ser tomadas considerando que os rumos a serem dados para o mundo do trabalho envolvem formas anteriores de preparação educacional. Mesmo encontrando entre os estudantes investigados que a decisão definitiva tenha sido tomada, de forma realística, em grande parte aos 16 ou 17 anos, a sua concretização está na dependência de fatores diversos, e entre eles o processo seletivo de entrada na Universidade. Embora os adolescentes que se dirigem à medicina possam encontrar condições que facilitem seus objetivos, eles também não estão isentos de um confronto com as condições externas para por em ação esses planos. Parece-nos ser isto suficientemente claro quando sabemos que as exigências para o ingresso em ocupações altamente diferenciadas são grandes. Para citarmos somente uma informação referente ao Estado de São Paulo, em 1976, para 23.848 candidatos (estão incluídas as Faculdades de Medicina de Campinas, Ribeirão Preto e Jundiaí, que fazem parte dos vestibulares unificados do Cescem) existiam 691 vagas nos cursos médicos, o que dá uma proporção de 34,5 candidatos/vaga.

Outro aspecto que sempre nos pareceu importante em relação ao estudo da escolha ocupacional e que procuramos situar na escolha da medicina refere-se aos valores que orientam o jovem em sua opção. A busca que procedemos sobre a configura-

ção dos valores da profissão possibilitou, dentro de uma ampla perspectiva, avaliar a posição do estudante frente aos valores que socialmente são consignados à medicina. Isto se torna ainda de maior relevância quando se sabe que na idade em que os estudantes ingressam no curso superior a expressão de valores sociais torna-se mais evidente, e que não baseiam suas escolhas exclusivamente em interesses ou em respostas de caráter unicamente afetivo. Nesta fase é marcante a presença de uma orientação centrada em objetivos comportamentais. Portanto, a validade de categorizarmos os estudantes tomando em consideração o seu "fazer futuro", em torno de valores básicos, levou-nos a concluir que existem diferentes categorias de estudantes. Mais ainda, que a combinação de diferentes valores de orientação é mais encontrada do que a fixação em um único valor. Em nosso esquema de análise, a referência a esses elementos evidenciou grande utilidade, principalmente pela possibilidade que ofereceu de, ao analisarmos posteriormente as características atribuídas às especialidades, verificar que, nesta situação, há a consignação de valores bastante peculiares a cada área médica.

Não tem sido muito comum a inclusão das expectativas frente ao curso escolhido nos esquemas da escolha ocupacional. Isto, porém, trouxe-nos alguns elementos avaliatórios de como o jovem procede ao dimensionamento do curso e que nem sempre a firmeza da decisão envolve um profundo conhecimento da área escolhida. Poder-se-ia criticar que ao expor a sua opinião o estudante estaria expressando um conjunto de "racionalizações". Não discordamos deste aspecto que, inclusive, pode ocorrer quando configura os valores associados à profissão. Porém, devemos

atentar para o fato de que as suas opiniões se revestem de um caráter onde os aspectos cognitivos, afetivos e conativos estão presentes. Isto, a nosso ver, leva-nos a uma margem de segurança maior para considerar suas opiniões como verdadeiras.

Como frisamos inicialmente, seria redundância da nossa parte apresentar os resultados obtidos na investigação de campo, pois a nossa intenção é justamente uma análise global. Desta forma, embora já tenha sido mencionado anteriormente, neste item retomamos um elemento que não pode ser marginalizado e que se refere à escolha vista em relação aos fatores estruturais. A abordagem da escolha ocupacional não pode ser feita somente através de uma perspectiva psicossocial, pois é evidente que as condições estruturais e a posição que os grupos e as pessoas ocupam nessa estrutura são de importância básica nas direções que lhe serão dadas frente ao mundo do trabalho. Voltamos, dessa forma, ao ponto inicial desta análise, pois a concretização tanto da entrada como do decorrer do processo de formação estaria na dependência das possibilidades de acesso educacional, das formas de manutenção e dos processos de socialização antecipatória que condicionariam a canalização para determinadas direções ocupacionais.

2

A procedência de analisar a escolha ocupacional através do período de formação fica constatada quando verificamos que, além das mudanças que ocorrem durante esse período, há decisões que devem ser tomadas principalmente em relação aos rumos da carreira. Referimo-nos especialmente à especialização, que constitui dentro do processo geral de opção profissional um

sub-processo, que presente no momento em que o indivíduo ingressa na escola, acompanha-o durante as fases de formação e treinamento. A tentativa que fizemos de acompanhar as transformações que ocorrem durante essa fase mostrou que, em realidade, o processo socializatório dentro da instituição escolar tem que ser visto tanto do ponto de vista grupal como individual. Neste ponto é interessante situar que o indivíduo que ingressa na escola o faz em companhia de outros e, portanto, o caráter de que se reveste este importante momento em sua vida é coletivo; porém, como ele foi precedido por outros indivíduos que passaram pelos mesmos processos e que podem transmitir-lhe suas experiências naquele ambiente, o padrão de socialização é serial. Tanto do ponto de vista metodológico como teórico acreditamos que a forma pela qual procedemos ao nosso estudo forneceu elementos que possibilitaram uma configuração melhor dos processos intra-institucionais. Sem perder a visão do que acontece com o grupo, ressaltamos a importância de se encarar o que acontece com o indivíduo. De outro lado, vimos que há bastante similaridade entre as turmas estudadas. Já na parte referente às ocorrências no ambiente socializador, pode-se supor que a interferência de características pessoais, além das formas de relacionamento do indivíduo com a instituição, marcariam as diferenças e mudanças ocorridas. Inegavelmente, a estrutura e organização da instituição, que se manifestariam através dos objetivos propostos, da organização curricular, da maior ou menor participação discente no quadro da instituição, seriam fundamentais no direcionamento que o indivíduo imprime a sua formação. Como vimos, a relevância do ambiente socializador é relativa, pois um equacionamento

completo dos processos de formação do indivíduo tem que se voltar para as situações externas ao ambiente escolar. Em realidade, não é fácil separar claramente o que é devido ao ambiente escolar e o que é adquirido externamente, o que talvez possa ser conseguido através de um acompanhamento mais sistemático das atividades do estudante dentro e fora da escola médica.

Quando nos referimos em nosso esquema de referência teórico aos processos socializatórios após o período de formação, e sem trazer neste trabalho conclusões sobre este aspecto, a nossa intenção foi justamente deixar em aberto e como sugestão o prosseguimento de investigações dentro desta abordagem. Com este tópico - a socialização na profissão - o esquema para estudo da escolha ocupacional como um processo ficaria completo, englobando as redefinições que o indivíduo pode vir a dar à sua escolha quando enfrentando os problemas e situações da vida prática, podendo também avaliar de maneira objetiva a própria formação recebida.

3

A esquematização que oferecemos ao leitor nestas conclusões, transcendendo o nível da investigação empírica que realizamos, e trazendo em sua elaboração não somente esse conhecimento, mas também o adquirido ao longo das leituras e revisões de pesquisas já realizadas, parece-nos a forma mais coerente e despretensiosa de contribuir para que outros estudiosos prossigam na análise da escolha ocupacional. Como afirmava Hughes

(1956), "Muito existe para ser aprendido sobre as linhas de carreira, como elas são concebidas pelos estudantes de medicina e como suas características pessoais e sociais, a escola e outras experiências de treinamento predispõem para levá-los a uma ou outra das muitas direções para as quais um homem de medicina pode caminhar".

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A.B.E.M. (1964)

Novos rumos para o ensino médico no Brasil. II Seminário Nacional sobre o Ensino da Medicina Preventiva nas Faculdades de Medicina, Recife, 21 a 25 de Agosto, 1963.

A.B.E.M. (1967)

Ensino Médico no Brasil - Características sócio-econômicas dos candidatos aos cursos de medicina. Rio de Janeiro, Diretoria do Ensino Superior do Ministério de Educação e Cultura/A.B.E.M.,

A.B.E.M. (1969)

Anais da VII Reunião da Associação Brasileira de Escolas Médicas, Niterói, 23 a 26 de Agosto, 1969.

Allport, G. W. (1966)

Attitudes in the history of Social Psychology. In: Jahoda, M. & Warren, N. (ed.), Attitudes & Selected Readings. Middlessex, Penguin, p. 15-21.

Almeida, E. S. & Magaldi, C. (1969)

O Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu e a formação do médico integral: programa inicial de trabalho. In: Anais da VII Reunião da Associação Brasileira de Escolas Médicas, Niterói, 23 a 26 de Agosto, 1969: 207-220.

Alpert, J. J. & Charney, E. (1973)

The education of physicians for primary care. Maryland, U. S. Department of Health, Education, and Welfare.

Angelini, A. L. (1954)

Quais os cursos preferidos pelos alunos dos nossos ginásios? Arquivo Brasileiro de Psicotécnica, 6 (3): 11-25.

ASSOCIACION OF AMERICAN MEDICAL COLLEGES (1962)

Datagrams, 3 (march).

Auzias, J-M. (1972)

Chaves do estruturalismo. Trad. Nathanael C. Caixeiro.
Rio de Janeiro, Civilização Brasileira.

Barrat, E. S. & White, R. (1969)

Impulsiveness and anxiety related to medical students' performance and attitudes. Journal of Medical Education, 44 (7):604-607.

Becker, H. S. (1963)

Outsiders. Glencoe, Illinois, Free Press.

Becker, H. S. (1964)

Personal change and adult life. Sociometry, 27 (1):40-53.

Becker, H. S. (1970)

The nature of a profession. In: Becker, H. S. (org.). Sociological work - method and substance. Chicago, Aldine Publishing Co. p. 87-103.

Becker, H. S. & Geer, B. (1958)

The fate of idealism in medical school. American Sociological Review, 23 (1):50-56.

Becker, H. S. & Geer, B. (1963)

Medical education. In: Freeman, H. E., Levine, S. & Reeder, L. G. (ed.), Handbook of medical sociology, Englewood Cliffs, N. J., Prentice-Hall. p. 169-186.

Becker, H. S. et al. (1961)

Boys in white - student culture in medical school. Chicago, Illinois, University of Chicago Press.

Berdichewski, A. & Boccardo, H. (1968)

Elección de una especialidad médica. Cuadernos Médicos-Sociales, 9 (3):26-35.

Berry, G. P. (1953)

Medical education in transition. Journal of Medical Education, 28:17-42.

Blau, P. M. et al. (1956)

Occupational choice: a conceptual framework. Industrial and Labour Review, 9 (4):531-543.

Bloom, S. W. (1963)

The process of becoming a physician. The Annals of the American Academy of Political and Social Science, 346: 77-87.

Bloom, S. W. (1963a)

The doctor and his patient - a sociological interpretation. New York, Russell Sage Foundation.

Bloom, S. W. (1965)

The sociology of medical education - some comments on the state of a field. The Milbank Memorial Fund Quarterly, 43 (2):143-184.

Bloom, S. W. (1967)

Some implications of studies in the professionalization of one physician. In: Jaco, E. Gartly (Ed.). Patients, physicians and illness. New York, Free Press. p. 313-321.

Bloom, S. W. (1971)

The medical school as a social system. A case study of faculty student relations. The Milbank Memorial Fund Quarterly, 49 (2), part 2.

Bordieu, P. & Passeron, J. C. (1975)

A reprodução - elementos de uma teoria do sistema de ensino. Trad. Reynaldo Bairão. Rio de Janeiro, Francisco Alves.

Boverman, H. (1965)

Senior student career choices in retrospect. Journal of Medical Education, 40:161-165.

Bridge, E. M. (1965)

Pedagogia médica. Washington, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Publicación Científica nº 122.

Brim, O. G. (Jr.) (1967)

Socialization through the life cycle. In: Brim, O. G. (Jr.) & Wheeler, S.. Socialization after childhood - Two essays. New York, John Wiley, p. 3-49.

Brody, I. A. (1955)

The decision to study medicine. The New England Journal of Medicine, 252 (4):130-134.

Bruhn, J. G. & Naughton, J. (1969)

Effects of a course in internal medicine on the attitudes of first year students. Journal of Medical Education, 44 (6):504-509.

Bruhn, J. C. & Parsons, O. A. (1964)

Medical student attitudes toward four medical specialties. Journal of Medical Education, 39 (1):40-49.

BUREAU UNIVERSITAIRE DE STATISTIQUE ET LE CENTRE D'ETUDES SOCIOLOGIQUES (1957)

Une enquête sociologique sur les étudiants parisiens et lillois. Concours Medical, 79 (6):694-701.

Cahalan, D. et al. (1957)

Career interests expectations of U. S. medical students.
Journal of Medical Education, 32 (8):557-653.

Camara, J. M. (Jr.) et al. (s.d.)

Estruturalismo. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro,
nº 15/16.

Canesqui, A. M. & Nunes, E. D. (1970)

O estudante de medicina - algumas características sócio-demográficas e perspectivas para a organização de um serviço de atendimento ao universitário. Campinas, F.C.M. - U.E.C. (datilografado).

Capalbo, C. (1974)

Estruturalismo e educação. Revista de Cultura Vozes, 2:29-42.

Carvalho, S. S. (1969)

O ensino da correlação clínico-patológica no curso de medicina - Integração clínico-patológica. In: Anais da VII Reunião da Associação Brasileira de Escolas Médicas, Niterói, 23 a 26 de Agosto, 1969:169-190.

Castells, M. (1972)

Problemas de investigación en sociología urbana. Buenos Aires, Siglo XXI.

Castro, C. L. M. (1968)

Concurso de habilitação aos cursos médicos no Estado da Guanabara - Estudo sócio-econômico. Rio de Janeiro, Associação Brasileira de Escolas Médicas.

Castro, C. L. M. & Ghivelder, M. (1967)

Caracterização sócio-econômica do estudante de medicina. Rio de Janeiro, Centro Brasileiro de Pesquisas Educacionais, INEP/MEC.

Castro, C. L. M. et al. (1971)

Aspirações dos alunos do setor saúde quanto ao exercício profissional e a realização de cursos de pós-graduação. Revista da Associação Médica Brasileira, 17 (3):93-104.

Chan, C. C. (1972)

Medical education in mainland China. Journal of Medical Education, 47 (5):327-332.

Chaves, N. (1965)

Modernos conceitos de nutrição e currículo adequado de acordo com esses conceitos. Anais da II Reunião da Associação Brasileira de Escolas Médicas, Porto Alegre, 24 a 30 de Outubro, 1965:314-327.

Chiappo, L. (1970)

Review and analysis of problems in medical education in Latin America. In: Krevans, J. R. & Condliffe, P. G. (ed.), Reform of medical education - The effect of student unrest, Washington, D. C., National Academy of Sciences, p. 6-10.

Christie, R. & Merton, R. K. (1958)

Procedures for the sociological study of the values climate of medical schools. In: Gee, H. H. & Glaser, R. J. (ed.). The ecology of the medical student, Evanston, Illinois, Association of the American Medical Colleges. p. 125-153.

Cogan, M. L. (1953)

Toward a definition of profession, Harvard Educational Review, 23:33-50.

Coker, R. E. (Jr.), Kosa, J. & Back, K. W. (1966)

Medical careers in public health. The Milbank Memorial Fund Quarterly, 44 (2):155-180, Part I.

Coker, R. E. (Jr.) et al. (1960)

Patterns of influence: medical school faculty members and the values and specialty interest of medical students. Journal of Medical Education, 35 (6):518-527.

Cooper, J. A. D. (1975)

Education for the health professions in the Soviet Union. Journal of Medical Education, 46 (5):412-418.

Cooper, J. A. D. & Neghme, A. (1961)

Latin American conferences on medical education. Journal of Medical Education, 36 (9):1015-1021.

Costa, C. F. F. (1968)

Ensino das ciências básicas nas escolas médicas e sua integração na formação profissional. In: Anais da VI Reunião da Associação Brasileira de Escolas Médicas, Fortaleza, 18 a 21 de Agosto, 1968, p. 84-92.

D'Andrea, F. F. (1967)

Estudo sociométrico de uma classe de estudantes de medicina. Ribeirão Preto, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Tese.

D'Andrea, F. F. & Davanzo, H. C. (1962)

Estudo preliminar sobre a motivação consciente na escolha da profissão médica. Revista da Associação Médica Brasileira, 8 (1):18-24.

Dardley, W. (1959)

Studies and research in medical education. Journal of Medical Education, 34:625-630.

Davanzo, H. C. et al. (1964)

Estudo piloto da inteligência no exame de seleção à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Revista Paulista de Medicina, 65 (3):111-123.

Dube, W. F. et al. (1971)

Study of U. S. medical applicants, 1970-71. Journal of Medical Education, 46 (10):837-857.

Durkheim, E. [1922] (1965)

Educação e sociologia. Trad. Lourenço Filho. São Paulo, Melhoramentos.

Durkheim, E. [1924] (1970)

Sociologia e filosofia. Trad. J. M. de Toledo Camargo. Rio de Janeiro, Forense.

Elinson, J. (1963)

Methods of socio-medical research. In: Freeman, H. E., Levine, S. & Reeder, L. G. (ed.), Handobook of medical sociology, Englewood Cliffs, N. J., Prentice-Hall. p. 449-471.

Erikson, E. H. (1971)

Infância e sociedade. Trad. Gildásio Amado. Rio de Janeiro, Zahar.

Erikson, E. H. (1972)

Identidade, Juventude e Crise. Trad. Alvaro Cabral. Rio de Janeiro, Zahar.

Eron, L. D. (1955)

Effect of medical education on medical students attitudes. Journal of Medical Education, 30 (10):559-566.

Eron, L. D. (1958)

The effect of medical education on attitudes: a follow-up study. In: Glaser, R. J. & Gee, H. H. (ed.). The ecology of the medical student. Evanston, Illinois, Association of the American Medical Colleges, p. 25-33.

Escoffier-Lambiotte, C. (1970)

Review and analysis of medical education in France. In: Krevans, J. R. & Condliffe, P. G. (ed.). Reform of medical education - The effect of student unrest, Washington, D. C., National Academy of Sciences. p. 15-29.

Ferreira-Santos, C. A. (1968)

A enfermeira como categoria ocupacional num moderno hospital-escola. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Tese.

Fishler, K. et al. (1968)

Attitudes of medical students toward mental retardation: a preliminary study. Journal of Medical Education. 43 (1):64-68.

Fishman, D. B. & Zimet, C. N. (1972)

Specialty choice and beliefs about specialties among freshman medical students. Journal of Medical Education, 47 (7):524-533.

Flexner, A. (1910)

Medical education in the United States and Canada. New York. The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching.

Floud, J. & Hasley, A. H. (1958)

The Sociology of Education. A trend report and bibliography, Current Sociology, 8 (3).

Foracchi, M. M. (1965)

O estudante e a transformação da sociedade brasileira. São Paulo, Nacional.

Freeman, H. F. et al. (1963)

Handbook of Medical Sociology. Englewood Cliffs, N. J., Prentice-Hall.

Freidin, R. B. et al. (1972)

Medical education and physician behavior: preparing physicians for new roles. Journal of Medical Education, 47 (3):163-168.

Freidson, E. (1963)

The sociology of medicine: an annotated bibliography. Current Sociology, X-XI:123-192.

Freidson, E. (1972)

The profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge. New York, Dodd, Mead.

Freud, S. [1925] (1959)

Autobiografia. In: Freud, S., Obras Completas, Rio de Janeiro, Delta, V. X, p. 291-353.

Fruen, M. A. (1972)

Career choice. In: Abstracts of Symposia Presentations, 4th Panamerican Conference on Medical Education, Toronto, Ontario - Canada, Aug. 28-30, 1972.

Funkenstein, D. H. (1968)

Implications of the rapid social changes in universities and medical schools for the education of future physicians. Journal of Medical Education, 43 (4):433-454.

Funkenstein, D. H. (1971)

Medical students, medical school, and society during three years. In: Coombs, R. H. & Vicent, E. E. (ed.). Psychosocial aspects of medical training. Springfield, Illinois, Charles & Thomas.

Galtung, J. (1967)

Theory and methods of social research. London, George Allen & Unwin.

Garcia, J. C. (1969)

~~Características generales de la educación médica en la América Latina.~~ Educación Médica y Salud, 3 (4):267-316.

Garcia, J. C. (1970)

La decisión de estudiar medicina. Educación Médica y Salud, 4 (4):277-294.

Garcia, J. C. (1972)

La educación médica en la América Latina. Washington, D. C., Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Publicación Científica nº 255.

Ginzberg, E. et al. (1951)

Occupational choice: an approach to a general theory. New York, Columbia University Press.

Giordano, E. (1958)

Relações entre as profissões escolhidas pelos filhos e as exercidas pelos pais. Publicações Avulsas do Instituto de Administração. São Paulo, Universidade de São Paulo, p. 167.

Góes, P. & Castro, C. L. M. (1966)

Social characteristics of medical students and their appraisal of medical education. The Milbank Memorial Fund Quarterly, 44 (2):131-140.

Goldberg, M. A. A. (1971)

A opção profissional. São Paulo, Fundação Carlos Chagas. Série Informação Profissional, nº 5.

Goode, W. J. (1960)

Encroachment, charlatanism, and the emerging profession: psychology, sociology and medicine. American Sociological Review, 25:902-914.

Gordon, L. V. & Mensh, I. N. (1962)

Values of medical school students at different levels of training. Journal of Educational Psychology, 53 (1): 48-51.

Gottheil, E., Hassenfeld, I. & Gronkiewicz, E. (1969)

Student's perceptions of medical school and their attitudes towards patients. British Journal of Medical Education, 3 (4):355-358.

Gouveia, A. J. (1968)

Democratização do ensino superior. Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos. 50 (112):232-244.

Gray, R. M. et al. (1965)

An analysis of physicians' attitudes of cynism and humanitarianism before and after entering medical practice. Journal of Medical Education, 40 (8):760-766.

Greenwood, E. (1957)

Attributes of a profession. Social Work, 2 (3):44-55.

Hall, O. (1948)

The stages of medical career. The American Journal of Sociology, 53:327-336.

Hall, O. (1949)

Types of medical careers. American Journal of Sociology, 55 (3):243-253.

Hall, O. (1951)

Sociological research in the field of medicine: Progress and prospects. American Sociological Review, 16 (5): 639-644.

Ham, T. H. (1962)

Medical education at Western Reserve University - A progress report for the sixteen years, 1946-1962. New England Journal of Medicine, 267:858-874, 916-923.

Hammond, K. R. & Kern, F. (Jr.) (1959)

Teaching comprehensive medical care: A psychological study of a change in medical education. Cambridge, Mass., Harvard University Press.

Held, M. L. & Zimet, C. N. (1975)

A longitudinal study of medical specialty choice and certainty level. Journal of Medical Education, 50(11): 1044-1051.

Hollender, J. M. (1971)

Development of vocational decisions during adolescence. Journal of Counseling Psychology, 18 (3):244-248.

Horowitz, M. J. (1964)

Educating tomorrow's doctors. New York, Appleton-Century-Crofts.

Hughes, E. C. (1956)

The making of a physician: general statement of ideas and problems. Human Organization, 14 (4):21-25.

Huntington, M. J. (1957)

The development of a professional self-image. In; Merton, R. K., Kendall, P. L. & Reader, G. G. (ed.). The student-physician - Introductory studies in the sociology of medical education. Cambridge, Mass., Harvard University Press.

INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS (1970)

O ensino superior em São Paulo - Aspectos quantitativos e qualitativos de sua expansão. São Paulo, I.P.E. - F.E.A. - U.S.P..

Jahoda, M. & Warren, N. (1966)

Attitudes-Selected readings. Middlessex, Penguin.

Job, J. M. et al. (1965)

Preparo e seleção de alunos. Anais da III Reunião da Associação Brasileira de Escolas Médicas, Porto Alegre, 24 a 30 de Outubro, 1965:145-170.

Johnson, M. L. (1975)

Medical sociology and sociological theory. Social Sciences & Medicine, 9 (4/5):227-232.

Johnson, T. J. (1972)

Professions and power. London, MacMillan.

Juan, I. R. et al. (1969)

Dogmatism and attitudes differences in medical students. Journal of Medical Education, 44 (8):698-702.

Katz, E. K. (1966)

Uma experiência vivida como estudante de medicina. Cuadernos Médico-Sociales, 7 (2):26-30.

Kaush, D. F. (1969)

Medical student's attitudes toward the mental health field: a longitudinal study. Journal of Medical Education, 44 (11):1051-1055.

Keil, E. T. et al. (1966)

Youth and work: problems and perspectives. The Sociological Review, 14 (2):117-137.

Kemp, T. A. (1968)

The ecology of medical students. British Journal of Medical Education, 2:265-270.

Kemper, T. (1968)

Reference groups, socialization and achievement. American Sociological Review, 33 (1):31-45.

Kendall, P. L. & Merton, R. K. (1967)

Medical education as a social process. In: Jaco, E. G. (ed.). Patients, Physicians and Illness, New York, Free Press, p. 321-350.

Kendall, P. L. & Selvin, H. C. (1957)

Tendências toward specialization in medical training. In: Merton, R. K., Reader, G. G. & Kendall, P. L. (ed.). The student-physician - Introductory studies in the sociology of medical education. Cambridge, Mass., Harvard University Press. p. 153-174.

Krech, D., Crutchfield, R. S. & Ballachey, E. L. (1969)

O indivíduo na sociedade - um manual de Psicologia Social. Trad. Dante Moreira Leite e Miriam L. L. Moreira. São Paulo, Pioneira, V. 1.

Kritzer, H. & Zimet, C. N. (1967)

A retrospective view of medical specialty choice. Journal of Medical Education, 42 (1):47-53.

Lalinde, E. M. & Ponce, L. D. (1969)

Opiniones de los alumnos de sexto año sobre la medicina general. Educación Médica y Salud, 3 (1):22-28.

Lee, P. V. (1961)

Medical schools and the changing times - nine cases reports on experimentation in medical education, 1950-1960. Journal of Medical Education, 36, Part 2.

Leser, W. (1965)

Preparo e seleção de candidatos. Anais da III Reunião da Associação Brasileira de Escolas Médicas, Porto Alegre, 24 a 30 de Outubro, 1965, p. 171-233.

Levine, D. M. et al. (1974)

Trends in medical education research: past, present and future. Journal of Medical Education, 49 (2):129-136.

Levinson, D. J. (1967)

Medical education and the theory of adult socialization.
Journal of Health and Social Behavior, 8 (4):253-265.

Lief, H. I. & Fox, R. C. (1963)

Training for "detached concern" in medical students.
In: Lief, H. I. & Lief, N. R.. The psychological basis
of medical practice. New York, Harper & Row. p.12-35.

Lipszic, S. L. & Pacheco e Silva, A. C. (1962)

Estudantes de medicina de hoje. Cit.: Fortes, J.R.A.,
Saúde mental do universitário. Revista da Associação
Médica Brasileira, 18 (11):463-466.

Livingston, P. B. & Zimet, C. N. (1965)

Death anxiety, authoritarianism and choice of specialty
in medical students. Journal of Nervous Mental
Disorders, 140:22-230.

Lopes, L. et al. (1959)

Motivação da carreira médica. Jornal Brasileiro de
Psiquiatria, 2:79.

Maciel, R. (1969)

Respostas às perguntas formuladas durante o painel so-
bre o Novo Currículo Mínimo do Curso Médico. In: Anais
da VII Reunião da Associação Brasileira de Escolas Mé-
dicas, Niterói, 23 a 26 de Agosto, 1969, p. 150-153.

Manrique, R. P. (1966)

La educación médica - Estudio de recursos humanos para
la salud y educación médica en Colombia. Bogotá,
Asociación Colombiana de Facultades de Medicina/Minis-
terio de Salud Pública.

Manzanilla, L. M. (1968)

La decisión de estudiar medicina. Educación Médica y
Salud, 2 (1):23-34.

Marcondes, E. (1972)

Da definição dos objetivos no ensino médico. Revista do Hospital das Clínicas, (Faculdade de Medicina de São Paulo): 27 (5):229-233.

Martin, W. (1957)

Preferences for types of patients. In: Merton, R. K., Reader, G. G. & Kendall, P. L. (ed.). The student-physician - Introductory studies in the sociology of medical education, Cambridge, Mass., Harvard University Press, p. 189-205.

Mehi, H. (1967)

Profissão médica: motivação consciente na sua escolha. Revista da Associação Médica Brasileira, 13 (1):40-42.

Meira, A. R. (1969)

Trends for the future in medicine and medical education. A report on an interview study of forth-year medical students. (datilografado).

Meira, A. R. & Smith, L. (Jr.) (1970)

A survey of contemporary medical education in Brazil. Journal of Medical Education, 45 (4):220-224.

Merton, R. K. (1957)

Some preliminaries to a sociology of medical education. In: Merton, R. K., Reader, G. G. & Kendall, P. L. (ed.). The student-physician - Introductory studies in the sociology of medical education, Cambridge, Mass., Harvard University Press, p. 3-79.

Merton, R. K., Reader, G. G. & Kendall, P. L. (1957)

The student-physician - Introductory studies in the sociology of medical education. Cambridge, Mass., Harvard University Press.

- Miller, G. E. et al. (1961)
Teaching and learning in medical school. Cambridge, Mass., Harvard University Press.
- Miller, S. J. (1970)
Prescription for leadership: training for the medical elite. Chicago, Aldine Publishing.
- Millerson, G. (1964)
The qualifying associations: a study in professionalization. London, Routledge.
- Morrison, A & McIntire, D. (1973)
Schools and socialization. Middlessex, Penguin.
- Minley, P. H. (1975)
 Erik Erikson's theory of psychosocial development and vocational behavior. Journal of Counseling Psychology, 22 (4):314-319.
- Oliveira, J. E. D. (1965)
 Metodologia do ensino de nutrição para estudantes de medicina. In: Anais da III Reunião da Associação Brasileira de Escolas Médicas, Porto Alegre, 24 a 30 de Outubro, 1965. p. 329-344.
- OMS (1973)
 World directory of medical schools-1970. Genève, OMS.
- Ostrowska, A. & Bejnarowicz, J. (1970)
 The decision to become a medical student. Social Science & Medicine, 4 (5):535-550.
- Parsons, T. (1951)
The social system. Chicago, Free Press.

Pearsall, M. (1963)

Medical behavioral science: a selected bibliography of Cultural Anthropology, Social Psychology and Sociology in Medicine. Lexington, University of Kentucky Press.

Pellegrino, E. D. (1971)

Research in medical education: the views of a friendly philistine. Journal of Medical Education, 46 (9): 750-756.

Pereira, J. M. N. et al. (1971)

Nível intelectual do estudante universitário. Revista da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, 11 (1):15-19.

Perricone, P. J. (1974)

Social concern in medical students: a reconsideration of Eron assumption. Journal of Medical Education, 49 (6):541-546.

Phillips, B. S. (1968)

Social research - strategy and tactics. New York, Macmillan.

Pinotti, J. A., Arouca, S. & Arouca, A. T. (1974)

Facultades de medicina tradicionales y innovadas: tentativa de análisis tipológico. Educación Médica y Salud, 8 (1):106-118.

Polack, J. C. (1972)

La médecine du capital. Paris, François Maspero.

Preiss, J. J. & Long, E. C. (1970)

Student attitudes toward early career commitment. British Journal of Medical Education, 4:9-12.

Rabello, O. (1971)

O estudante universitário. Campinas, UNICAMP. (mimeografado).

Rabello, O. (1972)

O primeiranista 72. Campinas, UNICAMP. (mimeografado).

Rabello, O. (1973a)

Aspirantes às escolas médicas. Campinas, UNICAMP.

Rabello, O. (1973b)

O universitário da UNICAMP. Campinas, UNICAMP.

Rabello, O. (1974)

Um estudo sócio-econômico do estudante universitário.
Campinas, UNICAMP/INEP.

Rabello, R. C. et al. (1972)

O universitário nordestino - aspectos sócio-econômicos e psicológicos. Recife, Instituto Joaquim Nabuco de Pesquisas Sociais.

Rao, K. S. (1965)

Situação atual do ensino de nutrição nas escolas médicas brasileiras. Anais da III Reunião da Associação Brasileira de Escolas Médicas, Porto Alegre, 24 a 30 de Outubro, 1965, p. 273-285.

Reader, G. G. (1957)

The Cornell Comprehensive Care and Teaching Program. In: Merton, R. K., Reader, G. G. & Kendall, P. L. (ed.) The student-physician - Introductory studies in the sociology of medical education. Cambridge, Mass., Harvard University Press. p. 81-101.

Reader, G. G. (1958)

Development of professional attitudes and capacities. Journal of Medical Education, 33 (7):164-179.

Reader, G. G. & Goss, M. E. W. (1965)

The sociology of medicine. In: Merton, R. K., Broom, L. & Cottrell, (Jr.) (ed.). Sociology today: problems and prospects. New York, Harper & Row.

Reinhardt, A. M. & Gray, R. M. (1972)

A social psychological study of attitude change in physicians. Journal of Medical Education, 47 (2):112-117.

Reissman, L. & Platou, R. V. (1960)

The motivation and socialization of medical students, Journal of Health and Human Behavior, 1 (3):174-182.

Rezler, A. G. (1972)

The assessment of attitudes. WHO/EDUC. 72.152.

Rezler, A. G. (1974)

Attitude changes during medical school: a review of the literature. Journal of Medical Education, 49(11):1023-1029.

Rocha, H. (1968)

Ensino das ciências básicas nas escolas médicas e sua integração na formação profissional. In: Anais da VI Reunião da Associação Brasileira de Escolas Médicas, Fortaleza, 18 a 21 de Agosto, 1968. p. 93-97.

Rogoff, N. (1957)

The decision to study medicine. In: Merton, R. K., Reader, G. G. & Kendall, P. L. (ed.). The student-physician - Introductory studies in the sociology of medical education. Cambridge, Mass., Harvard University Press. p. 109-129.

Roos, N. P. & Fish, D. G. (1974)

Change in career preferences: students as a group versus students as individuals. Journal of Medical Education, 49 (11):1057-1059.

Rosow, I. (1965)

Forms and functions of adult socialization. Social Forces, 44:35-45.

ROYAL COMMISSION ON MEDICAL EDUCATION-Report: 1965-1968 (1968)

London, Her Majesty's Stationery Office.

Sambuc, R. (1973)

A escolha da profissão médica. In: Bourguignon, A. et al. (org.). Rumo a uma antimedicina. Trad. Graça Cardoso. Lisboa, Iniciativas Editoriais. p. 111-146.

Scantlebury, R. E. (1948)

Factors which influence youth in study medicine. Journal of Educational Research, 42 (3):171-181.

Schofield, W. (1958)

Vocational choice and career evolution. In: Glaser, R. J. & Gee, H. H. (ed.). The ecology of the medical student. Evanston, Illinois, Association of the American Medical Colleges. p. 18-24.

Schumacher, C. F. (1963)

Interest and personality factors as related to choice of specialty. Journal of Medical Education, 38 (7): 932-942.

Schumacher, C. F. (1964)

Personal characteristics of students choosing different types of medical careers. Journal of Medical Education, 29 (3):278-288.

Selltiz, C. et al. (1965)

Métodos de pesquisa das relações sociais. São Paulo, Herder/USP.

Shore, E. (1970)

Career choice in Medicine. Health Trends, 2 (3):56-57.

Shuval, J. T. (1975)

Socialization of health professionals in Israel - early sources of congruence and differentiation. Journal of Medical Education, 50 (5):443-457.

Sofer, C. (1974)

Introduction. In: Williams, W. M. (ed.). Occupational choice. London, George Allen & Unwin Ltd. p. 13-57.

Stern, B. J. [1945] (1967)

The specialist and the general practitioner. In: Jaco, E. G. (ed.). Patients, physicians and illness, New York, Free Press. p. 352-360.

Stern, G. G. & Scanlon, J. C. (1958)

Pediatrics lions and gynecological lambs. In: Glaser, R. J. & Gee, H. H. (ed.). The ecology of medical student, Evanston, Illinois, Association of the American Medical Colleges. p. 12-18.

Suassuna, I. (1969)

Ensino das ciências básicas na Faculdade de Medicina e sua integração na formação profissional. Anais da VI Reunião da Associação Brasileira de Escolas Médicas, Fortaleza, 18 a 21 de Agosto, 1968. Ceará, Imprensa Universitária. p. 62-83.

Super, D. E. (1953).

A theory of vocational development. American Psychologist, 8:185-190.

Thielens, W. (Jr.) (1957)

Some comparisons of entrants to medical and law school. In: Merton, R. K., Reader, G. G. & Kendall, P. L. (ed.). The student-physician - introductory studies in the sociology of medical education. Cambridge, Mass., Harvard University Press. p. 131-152.

Verderese, O. & Garcia, J. C. (1974)

La decisión de estudiar enfermería. Educación Médica y Salud, 8 (4):390-407.

Viel, B. et al. (1961)

El rendimiento escolar y la selección de ingreso y situación económica del estudiantado de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 51:26-33.

Viet, J. (1973)

Métodos estruturalistas nas ciências sociais. Trad. Carlos Henrique Escobar. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro.

Vinacke, W. E. (1956)

Explorations in the dynamic process of stereotyping. Journal of Social Psychology, 43:105-132.

Villarreal, R. (1961)

Medical education in Latin América. Journal of Medical Education, 36 (9):1007-1014.

Wagner, H. R. (1963)

Types of sociological theory: toward a systems of classification. American Sociological Review, 28 (5): 375-742.

Walls, P. D. et al. (1975)

Medical education in the People's Republic of China. Journal of Medical Education, 50 (4):371-383.

Werts, C. E. (1968)

Parental influence on career choice. Journal of Counseling Psychology. 15:48-52.

Wheeler, S. (1967)

The structure of formally organized socialization. In: Brim, O. G. & Wheeler, S., Socialization after childhood - two essays. New York, John Wiley, p. 53-116.

Williams, R. H. (1963)

The strategy of socio-medical research. In: Freeman, H. E., Levine, S. & Reeder, L. G., Handbook of medical sociology, Englewood-Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, Inc. p. 423-447.

Zimet, C. N. & Held, L. M. (1975)

The development of views of specialties during four years of medical school. Journal of Medical Education, 50 (2):157-165.

Zimny, G. H. & Senturia, A. G. (1974)

A longitudinal study of consistency of medical student specialty choice. Journal of Medical Education, 49 (12):1974-1979.

ANEXO A

A FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
DA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
UNICAMP

A Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de
Campinas - UNICAMP.

1. Histórico

A Faculdade de Medicina foi criada em 25 de novembro de 1958 (Lei nº 4.996) e com a criação da Universidade de Campinas em 28 de dezembro de 1962 (Lei nº 7.655)¹ foi a ela incorporada. O funcionamento da Faculdade veio a ser autorizado a partir de 4 de março de 1963, pelo Decreto Estadual nº 41.690. Instalada provisoriamente no edifício da Maternidade de Campinas, sediou-se mais tarde na Santa Casa de Misericórdia. No momento, o seu Hospital de Clínicas encontra-se em fase adiantada de construção no campus da Universidade, em Barão Geraldo. A primeira turma de médicos graduou-se em 1968, e em 2 de abril de 1970 o Governo Federal reconheceu o curso médico.

2. Corpo docente

O corpo docente da Faculdade de Ciências Médicas estava constituído, em 1975, por 178 profissionais. Desse total, conforme Tabela 1A, a maior porcentagem encontrava-se na categoria de professor-assistente (57,9%). As menores porcentagens encontravam-se nas categorias de professor adjunto (1,1%), professor livre-docente (2,2%) e professor titular (6,2%). Quanto ao regime de trabalho, conforme Tabela 2A, 52,2% estavam em regime de turno completo, que corresponde a 24 horas

1. Posteriormente, através das Leis 9.715, de 30 de janeiro de 1967 e a de nº 10.214, a Universidade passou a ser denominada Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP.

de trabalho semanais; 29,8% em regime de dedicação exclusiva à docência e à pesquisa e 18,0% em regime de tempo parcial, ou seja, 12 horas semanais de trabalho.

Os três departamentos que reuniam o maior número de docentes eram os de Clínica Médica (21,3%), o de Cirurgia (11,8%) e o de Tocoginecologia, com (9,0%) do total do corpo docente. A distribuição do corpo docente conforme a categoria e o regime de trabalho, por departamentos e serviços, pode ser apreciada nas Tabelas 3A e 4A.

3. Corpo discente

O corpo discente da Faculdade de Ciências Médicas, quando foram iniciados os cursos médicos em 1963, era composto por 50 estudantes, sendo 45 do sexo masculino e 5 do sexo feminino. Em 1975, como pode ser verificado na Tabela 5A, o número de alunos matriculados em todas as séries atingiu o total de 523 estudantes, sendo 64,0% do sexo masculino e 36,0% do sexo feminino. Como é observado por Rabello (1973b) em 1971, do total de alunos da Universidade Estadual de Campinas, apenas 21,4% era do sexo feminino, sendo que em 1972 essa porcentagem passa para 33,7%, o que demonstra a tendência para o aumento dos estudantes do sexo feminino na Universidade como um todo. Há, como assinala a autora, referindo-se a uma amostra de 325 estudantes pesquisados em 1973, certos cursos, como os de Biologia, Ciências Sociais e Linguística, onde ocorre uma grande preponderância feminina, e outros, como os de Química e Odontologia, onde ocorre um equilíbrio razoável entre os sexos.²

2. Na pesquisa realizada por Rabello (1973b), a distribuição dos alunos da UNICAMP, por área, era a seguinte: Ciências Exatas, 64,3%; Ciências Biológicas, 24,6%; Ciências Humanas, 11,1%.

Na Tabela 6A pode ser apreciada a distribuição dos alunos matriculados no curso médico em relação a todos os outros cursos da Universidade, a partir de 1966. Em 1975, dos 4170 alunos matriculados na UNICAMP, 12,5% estavam no curso médico.

4. Estrutura curricular

Considerando que a estruturação curricular é um aspecto bastante objetivo nos sub-processos que configuram a escola médica e que em alguma extensão, como afirma Bloom (1971), é possível julgar os valores de orientação de uma escola pelo seu programa, destacaremos alguns aspectos que nos parecem pertinentes ao currículo da Faculdade de Ciências Médicas. Para tal, baseamo-nos em seu aspecto formal, embora sejam sumamente importantes os aspectos didáticos e pedagógicos que permeiam essa estrutura.

Em 1975, a carga horária/aluno, do primeiro ao quinto ano do curso médico, somou o total de 7158 horas, das quais 3030 foram cumpridas nos dois primeiros anos e 4155 do terceiro ao quinto ano. Acrescentando-se a esse período o sexto ano, que compreendeu 1290 horas, temos o total de 8475 horas necessárias para o cumprimento integral do curso de medicina³. A distribuição das disciplinas pode ser vista nas Tabelas 7A e 8A, sendo que, no curso básico, do total de horas, 30,2% corresponderam às atividades teóricas e 69,8% às atividades práticas e exercícios. No curso profissional, 33,6% da car

3. Conforme o Catálogo dos Cursos de Graduação da UNICAMP-1975, a formação do médico abrange 374 créditos que podem ser cumpridos num mínimo de 5 anos e num máximo de 9 anos.

ga horária foi dedicada às atividades teóricas e 66,4% às atividades práticas. Devemos observar, porém, que do elenco de disciplinas que constituem os dois primeiros anos, existem três disciplinas que são ministradas por Departamentos do curso profissional: Introdução à Medicina Preventiva e Social e Ciências Sociais Aplicadas à Medicina, pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social e a Disciplina de Integração Anátomo-Físio-Semiológica, pelo Departamento de Clínica Médica.

Agrupando as disciplinas do curso profissional pelos Departamentos que as ministram verificamos que, excluindo-se as disciplinas acima referidas, 31,8% da carga horária foi cumprida no Departamento de Clínica Médica, vindo em seguida, com 13,4%, o Departamento de Cirurgia e o de Anatomia Patológica e Medicina Legal, com 8,7%. Tanto para o Departamento de Pediatria como para o de Tocoginecologia, a carga horária é maior do que a constante na Tabela 9A, pois a Disciplina de Integração Materno-Infantil é compartilhada pelos dois departamentos. O Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria teve a seu cargo 7,6% do total das horas. Para os Departamentos de Farmacologia, Neurologia, Ortopedia e Traumatologia, Oftalmologia e Otorrinolaringologia, Genética, Disciplina de Anestesiologia, Serviço de Patologia Clínica e Serviço de Radiologia, a soma total da carga horária atinge 15,1% (Tabela 9A).

De um modo geral, o que se constata é que, embora a Faculdade de Ciências Médicas apresente uma configuração curricular bastante tradicional, com o seu programa por disciplinas, campo de treinamento basicamente hospitalar e programas como iniciativa e responsabilidade de um departamento e

formação uni-profissional⁴, em algumas áreas as preocupações inovadoras estiveram presentes. Entre esses aspectos inovadores assinalaríamos os programas de Integração Clínico-Patológica⁵, instalados em 1968; a criação da disciplina de Medicina Integral, em 1970, desenvolvida através de um modelo de integração para o ensino das principais entidades nosológicas, destacando-se "as causas, os mecanismos que estas causas desenvolvem, o substrato anatômico, a expressão clínica, incluindo os aspectos relativos aos exames subsidiários, a importância médico-social do tema, seu aspecto epidemiológico e, finalmente, o tratamento"⁶; o programa de Integração Materno-Infantil; o programa de Clínica de Família e posteriormente o de Medicina Comunitária⁷, assim como a introdução, em 1966, de um curso e posteriormente da disciplina de Ciências Sociais Aplicadas à Medi

-
4. Estes elementos que citamos são baseados no trabalho de Pinotti, Arouca & Arouca (1974) que assim configuram, quanto ao processo de ensino, a "faculdade tradicional" em oposição à "faculdade inovada", que apresentaria as seguintes características: estrutura programática de ensino, formação multi-profissional, a rede de saúde como campo de treinamento e programa de extensão sob a iniciativa e responsabilidade da instituição.
 5. Análise sobre esta forma de ensino, seus fundamentos, desenvolvimento do programa e processos para avaliação, são discutidos detalhadamente por Carvalhal (1969).
 6. Descrição deste Programa encontra-se no Relatório dos Programas de Ensino do Departamento de Clínica Médica - 1970.
 7. Os fundamentos deste programa constam do Plano de Ensino da Saúde em uma Rede de Serviços. Campinas, F.C.M. - UNICAMP, 1972 (mimeografado).

cina. Sem dúvida nenhuma, os aspectos assinalados constituem progressos em direção a uma formação menos clássica, porém parece-nos que se tornaram circunscritos a certas áreas, não levando a uma reformulação mais ampla do processo formativo. Em alguns momentos, a Faculdade esteve sensibilizada para que fossem definidos os seus objetivos; assim, em 1971, é elaborado um documento onde são traçados os objetivos da Faculdade de Ciências Médicas, visando a sua adequação às nossas realidades e necessidades⁸. Nessa época, uma das inovações introduzidas foi a definição, por parte de todas as disciplinas do curso de graduação, dos objetivos terminais, que foi adotada durante um ano⁹. São definidos também nesse documento os objetivos referentes à pesquisa e à atenção médica; a primeira com o propósito de "ter uma conotação biológica e social e desta forma se adequar mais à solução da problemática nacional" e quanto à atenção médica, de ser "encarada em si", mas "também como um objetivo de estudo e de pesquisa, que propiciará a criação, dentro da Universidade, de modelos de atenção médica reproduzíveis por outras entidades, seja a nível individual ou coletivo".

Mais recentemente, em 1975, o documento elaborado para o planejamento do Hospital das Clínicas define os objetivos educacionais da Faculdade de Ciências Médicas como o de oferecer, ao nível de graduação, um curso para a formação de

8. Este documento foi divulgado no Boletim Informativo da Faculdade de Ciências Médicas-UNICAMP, nº 1 (Março de 1972).

9. Este trabalho foi fruto da criação de uma Assessoria Pedagógica e Curricular, inclusive com a contratação de um psicólogo especializado em aprendizagem; data da mesma época a criação de uma Comissão de Integração Curricular.

"clínicos gerais, tratando com problemas de saúde ao nível individual e comunitário, inculcando as idéias da medicina preventiva, considerando e incluindo todas as fases de progressão da doença, isto é, pré-clínica, tratamento clínico e reabilitação em seu mais amplo sentido"¹⁰.

Ainda que a Faculdade de Ciências Médicas tenha, de acordo com os Estatutos da Universidade, a responsabilidade de ministrar cursos de graduação nas áreas de Medicina, Enfermagem e Saúde Pública, somente o primeiro, até o momento, foi implantado.

10. Cf. Planejamento Básico para o novo Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, Arthur D. Little International, Inc., março de 1975.

TABELA 1A - Distribuição do Corpo Docente da Faculdade de Ciências Médicas (Curso Profissional), por Categorias, em 1975.

CATEGORIA	n	%
Professor Titular (MS-6)	11	6,2
Professor Adjunto (MS-5)	2	1,1
Livre-Docente (MS-4)	4	2,2
Professor-Assistente-Doutor (MS-3)	29	16,3
Professor-Assistente (MS-2)	103	57,9
Instrutor (MS-1)	29	16,3
TOTAL	178	100,0

FONTE: Relação de professores fornecida pela Secretaria da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

TABELA 2A - Distribuição do Corpo Docente da Faculdade de Ciências Médicas (Curso Profissional), por Regime de Trabalho, em 1975.

REGIME DE TRABALHO	n	%
Dedicação Integral à Docência e à Pesquisa (R.D.I.D.P.)	53	29,8
Turno Completo (R.T.C.)	93	52,2
Tempo Parcial (R.T.P.)	32	18,0
TOTAL	178	100,0

FONTE: Relação de professores fornecida pela Secretaria da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

TABELA 3A - Distribuição do Corpo Docente da Faculdade de Ciências Médicas (Curso Profissional), conforme Categoria, por Departamento e Serviço, em 1975.

DEPARTAMENTO/SERVIÇO	CATEGORIA						TOTAL	
	MS-6	MS-5	MS-4	MS-3	MS-2	MS-1	n	%
Departamento de Clínica Médica	3	1	1	5	23	5	38	21,3
Departamento de Cirurgia	1	-	2	7	10	1	21	11,8
Departamento de Toco-ginecologia	1	-	1	2	12	-	16	9,0
Departamento de Medicina Preventiva e Social	1	-	-	3	10	1	15	8,4
Departamento de Pediatria	-	1	-	1	10	-	12	6,8
Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria	-	-	-	-	5	7	12	6,8
Departamento de Oftalmologia e Otorrinolaringologia	-	-	-	1	5	4	10	5,6
Departamento de Farmacologia	1	-	-	2	3	2	8	4,5
Departamento de Ortopedia e Traumatologia	1	-	-	1	6	-	8	4,5
Departamento de Anatomia Patológica e Medicina Legal	2	-	-	-	3	1	6	3,4
Departamento de Genética Médica	1	-	-	4	1	-	6	3,4
Departamento de Neurologia	-	-	-	2	1	1	4	2,2
Disciplina de Anestesiologia	-	-	-	1	6	3	10	5,6
Serviço de Radiologia	-	-	-	-	6	1	7	3,9
Laboratório de Patologia Clínica	-	-	-	-	2	3	5	2,8
TOTAL	11	2	4	29	103	29	178	100,0

FONTE: Relação de professores fornecida pela Secretaria da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

TABELA 4A - Distribuição do Corpo Docente da Faculdade de Ciências Médicas (Curso Profissional), conforme Regime de Trabalho, por Departamento e Serviço, em 1975.

REGIME DE TRABALHO DEPARTAMENTO/SERVIÇO	RDIDP	RTC	RTP	TOTAL	
				n	%
Departamento de Clínica Médica	4	30	4	38	21,3
Departamento de Cirurgia	3	15	3	21	11,8
Departamento de Tocoginecologia	4	8	4	16	9,0
Departamento de Medicina Preventiva e Social	13	-	2	15	8,4
Departamento de Pediatria	4	8	-	12	6,8
Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria	-	11	1	12	6,8
Departamento de Oftalmologia e Otorrinolaringologia	1	5	4	10	5,6
Departamento de Farmacologia	6	-	2	8	4,5
Departamento de Ortopedia e Traumatologia	1	1	6	8	4,5
Departamento de Anatomia Patológica e Medicina Legal	4	1	1	6	3,4
Departamento de Genética Médica	6	-	-	6	3,4
Departamento de Neurologia	1	3	-	4	2,2
Disciplina de Anestesiologia	5	2	3	10	5,6
Serviço de Radiologia	-	6	1	7	3,9
Laboratório de Patologia Clínica	1	3	1	5	2,8
TOTAL	53	93	32	178	100,0

FONTE: Relação de professores fornecida pela Secretaria da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

TABELA 5A - Distribuição dos alunos matriculados no curso médico, segundo o sexo, no período de 1963 a 1975.

ANO \ SEXO	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1963	45	90,0	5	10,0	50	100,0
1964	105	85,4	18	14,6	123	100,0
1965	146	82,0	32	18,0	178	100,0
1966	202	81,1	47	18,9	249	100,0
1967	261	80,8	62	19,2	323	100,0
1968	312	79,2	82	20,8	394	100,0
1969	322	76,7	98	23,3	420	100,0
1970	325	75,8	104	24,2	429	100,0
1971	327	75,2	108	24,8	435	100,0
1972	333	71,9	130	28,1	463	100,0
1973	326	68,8	148	31,2	474	100,0
1974	341	67,4	165	32,6	506	100,0
1975	335	64,0	188	36,0	523	100,0

FONTE: Setor de Alunos - UNICAMP

TABELA 6A - Porcentagem de alunos matriculados no curso médico em relação ao total de alunos matriculados na UNICAMP, no período de 1966 a 1975.

ANO	ALUNOS MATRICULADOS NA UNICAMP (1)	ALUNOS MATRICULADOS NO CURSO MÉDICO (2)	% 2/1
1966	249	249	100,0
1967	586	323	55,1
1968	920	394	42,8
1969	1196	420	35,1
1970	1805	429	23,8
1971	2131	435	20,4
1972	2531	463	18,3
1973	2807	474	16,9
1974	3670	506	13,8
1975	4170	523	12,5

FONTE: Setor de Alunos - UNICAMP

TABELA 7A - Distribuição das disciplinas, segundo a carga horária/aluno e semestre em que são ministradas no Curso Básico (1º e 2º ano), em 1975.

DISCIPLINAS	HORAS/ALUNO				SEMESTRE
	TEÓRICAS	EXERCÍCIOS	PRÁTICAS	TOTAL	
Anatomia Sistemática I	75	-	225	300	1º
Anatomia Sistemática II	75	-	225	300	1º
Bioquímica Básica	60	60	120	240	1º
Bioestatística	30	30	30	90	1º
Problemas Brasileiros	30	-	-	30	1º
Educação Física Desportiva	-	-	30	30	1º
Anatomia Sistemática II	75	-	225	300	2º
Anatomia Médico-Cirúrgica, Radiológica e Bioscópica	60	-	120	180	2º
Citologia, Histologia e Embriologia Gerais	60	-	120	180	2º
Introdução à Medicina Preventiva e Social	45	-	-	45	2º
Educação Física Desportiva	-	-	30	30	2º
Problemas Brasileiros	30	-	-	30	2º
Biofísica I	15	15	30	60	3º
Fisiologia I	30	30	60	120	3º
Histologia e Embriologia	60	-	120	180	3º
Parasitologia Médica	45	45	90	180	3º
Educação Física Desportiva	-	-	30	30	3º
Biofísica II	15	15	30	60	4º
Fisiologia II	30	30	60	120	4º
Microbiologia e Imunologia	45	-	135	180	4º
Integração Anátomo-Fisiológico-Semiológica	30	-	45	75	4º
Ciências Sociais Aplicadas à Medicina	90	-	30	120	4º
Educação Física Desportiva	-	-	30	30	4º
TOTAL	915	225	1890	3030	-

FONTE: Catálogo dos Cursos de Graduação-UNICAMP-1975.

TABELA 8A - Distribuição das disciplinas, segundo a carga horária/aluno e semestre em que são ministradas no Curso Profissional (3º, 4º e 5º ano), em 1975.

DISCIPLINAS	HORAS/ALUNO			SEMESTRE
	TEÓRICAS	PRÁTICAS	TOTAL	
Semiologia I	45	60	105	5ª
Farmacologia I	30	45	75	5ª
Genética Humana I	45	-	45	5ª
Epidemiologia	30	30	60	5ª
Anatomia Patológica I	60	150	210	5ª
Psicologia Médica I	15	45	60	5ª
Semiologia II	30	-	30	6ª
Genética Humana II	15	15	30	6ª
Farmacologia II e Quimioterapia	45	30	75	6ª
Anatomia Patológica II	45	75	120	6ª
Patologia Clínica	30	45	75	6ª
Integração Clínico-Patológica I	60	90	150	6ª
Enfermagem	15	15	30	6ª
Medicina Integral I	60	-	60	6ª
Medicina Psicossomática	15	45	60	6ª
Dermatologia	15	60	75	7ª
Medicina Social	45	-	45	7ª
Integração Clínico-Patológica II	45	75	120	7ª
Radiologia	15	45	60	7ª
Medicina Integral II	60	-	60	7ª
Integração Materno-Infantil I	15	45	60	7ª
Psicopatologia I	15	45	60	7ª
Cirurgia Geral	15	105	120	7ª
Herpetologia	30	45	75	8ª
Doenças Transmissíveis	30	75	105	8ª
Medicina Integral III	60	-	60	8ª
Integração Materno-Infantil II	30	60	90	8ª
Integração Clínico-Patológica III	-	90	90	8ª
Imunologia Aplicada e Alergia	30	15	45	8ª
Endocrinologia	15	30	45	8ª
Nefrologia	30	15	45	8ª
Psicopatologia II	15	45	60	8ª
Técnica Cirúrgica	-	60	60	8ª
Ortopedia e Traumatologia	15	60	75	9ª/10ª
Cardiologia	15	150	165	9ª/10ª
Moléstias do Aparelho Digestivo	15	150	165	9ª/10ª
Neurologia Clínica e Cirurgia	30	60	90	9ª/10ª
Moléstias Vasculares Periféricas	15	45	60	9ª/10ª
Urologia	30	60	90	9ª/10ª
Pneumologia	30	30	60	9ª/10ª
Reumatologia	15	45	60	9ª/10ª
Oftalmologia	15	15	30	9ª/10ª
Otorrinolaringologia	15	15	30	9ª/10ª
Medicina Legal	15	15	30	9ª/10ª
Clínica Preventiva	30	45	75	9ª/10ª
Patologia Tocoginecológica	60	240	300	9ª/10ª
Patologia Infantil	45	300	345	9ª/10ª
Psiquiatria Clínica	15	60	75	9ª/10ª
Anestesiologia	30	15	45	9ª/10ª
TOTAL	1395	2760	4155	-

TABELA 9A - Distribuição da carga horária total, correspondente ao período do 3º ao 5º ano do curso médico, por Departamentos, Disciplinas e Serviços, em 1975.

DEPARTAMENTO, DISCIPLINA E SERVIÇO	CARGA HORÁRIA TOTAL/ALUNO	
	n	%
Departamento de Clínica Médica	1320	31,8
Departamento de Cirurgia	555	13,4
Departamento de Anatomia Patológica e Medicina Legal	360	8,7
Departamento de Pediatria	345	8,3
Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria	315	7,6
Departamento de Tocoginecologia	300	7,2
Departamento de Medicina Preventiva e Social	180	4,3
Departamento de Farmacologia	150	3,6
Disciplina de Integração Materno-Infantil	150	3,6
Departamento de Neurologia	90	2,2
Departamento de Ortopedia e Traumatologia	75	1,8
Departamento de Genética	75	1,8
Serviço de Patologia Clínica	75	1,8
Departamento de Oftalmologia e Otorrinolaringologia	60	1,4
Serviço de Radiologia	60	1,4
Disciplina de Anestesiologia	45	1,1
TOTAL	4155	100,0

ANEXO B

TABELAS SUPLEMENTARES

TABELA 1B - Distribuição dos estudantes, segundo o nível ocupacional do pai. Total das turmas de 1968, 1969 e 1970.

NÍVEL OCUPACIONAL	n	%
Empresarial	69	38,3
Não-manual	43	23,9
Profissional	34	18,9
Manual qualificada	18	10,0
Técnico	3	1,7
Militar	6	3,3
Não especificada	5	2,8
Não respondeu	2	1,1
TOTAL	180	100,0

TABELA 2B - Distribuição dos estudantes, por turmas, segundo as profissões no grupo familiar.

TURMAS	PROFISSÕES		1963 (n=68)	1969 (n=62)	1970 (n=50)	TOTAL (N=180)
Medicina			32 (47,0)	31 (50,0)	21 (42,0)	84 (46,7)
Advocacia			33 (48,5)	34 (54,9)	22 (44,0)	89 (49,4)
Odontologia			23 (33,8)	23 (37,1)	13 (26,0)	59 (32,8)
Sacerdício			8 (11,8)	9 (14,5)	4 (8,0)	21 (11,7)
Magistério			47 (69,1)	35 (56,5)	29 (58,0)	111 (61,7)
Enfermagem			10 (14,7)	9 (14,5)	3 (6,0)	22 (12,2)
Engenharia			22 (32,3)	22 (35,5)	19 (38,0)	63 (35,0)
Não tem parentes nas profissões acima citadas			8 (11,8)	5 (8,1)	11 (22,0)	24 (13,3)
Não respondeu			1 (1,5)	4 (6,5)	- (-)	5 (2,8)

TABELA 3B - Distribuição dos estudantes, por turnas, segundo a relação entre dúvidas na seleção da profissão e a forma como prevêem o curso médico.

COLO ENCARA O CURSO MÉDICO	TURNIA	a	b	TOTAL
DÚVIDAS				
Sérias e/ou ligeiras dúvidas	1968	5 (14,7)	29 (85,3)	34 (100,0)
	1969	1 (3,2)	30 (96,8)	31 (100,0)
	1970	2 (6,9)	27 (93,1)	29 (100,0)
	-	8 (8,5)	86 (91,5)	94 (100,0)
Nenhuma dúvida	1968	- (-)	33 (100,0)	33 (100,0)
	1969	1 (3,3)	29 (96,7)	30 (100,0)
	1970	- (-)	21 (100,0)	21 (100,0)
	-	1 (1,5)	83 (98,5)	84 (100,0)

a = "basicamente será bastante difícil, seis anos de sofrimento, mas darei um jeito de gostar de alguma forma".

b = "basicamente será uma experiência agradável, apesar de significar algumas vezes trabalho muito difícil".

TABELA 4B - Distribuição dos estudantes, por turmas, segundo a frequência a cursos vestibulares.

CURSOS VESTIBULARES	TURMAS	1968	1969	1970	TOTAL
Frequentaram		64 (94,1)	60 (96,8)	50(100,0)	174 (96,7)
Não frequentaram		4 (5,9)	2 (3,2)	- (-)	6 (3,3)
TOTAL		68(100,0)	62(100,0)	50(100,0)	180(100,0)

TABELA 5B - Distribuição dos estudantes, por turmas, segundo o número de anos frequentados em cursos vestibulares.

NÚMERO DE ANOS	TURMAS				TOTAL
	1968	1969	1970		
Não frequentou	4 (5,9)	2 (3,2)	- (-)		6 (3,3)
menos de 1 ano	2 (2,9)	4 (6,5)	2 (4,0)		8 (4,5)
de 1 a 2 anos	59 (86,8)	48 (77,4)	46 (92,0)		153 (85,0)
mais de 2 anos	3 (4,4)	8 (12,9)	2 (4,0)		13 (7,2)
TOTAL	68 (100,0)	62 (100,0)	59 (100,0)		180 (100,0)

TABELA 6B - Distribuição dos estudantes, por turmas, segundo o número de vezes que prestaram vestibulares.

NÚMERO DE VEZES	TURMAS				TOTAL
	1968	1969	1970		
1	22 (32,3)	21 (33,9)	22 (44,0)		65 (36,1)
2	36 (52,9)	27 (43,5)	21 (42,0)		84 (46,7)
3	7 (10,3)	12 (19,4)	7 (14,0)		26 (14,4)
mais de 3	2 (2,9)	2 (3,2)	- (-)		4 (2,2)
sem resposta	1 (1,5)	- (-)	- (-)		1 (0,5)
TOTAL	68(100,0)	62(100,0)	50(100,0)		180(100,0)

TABELA 7B - Distribuição dos estudantes, por turmas, conforme a idade de ingresso no curso médico.

IDADE	TURMAS	TOTAL			
		1968	1969	1970	TOTAL
Até 18 anos		14 (20,6)	18 (29,0)	20 (40,0)	52 (28,9)
19 - 20		43 (63,2)	25 (40,4)	18 (36,0)	86 (47,8)
21 - 22		8 (11,8)	16 (25,8)	4 (8,0)	28 (15,6)
23 - 24		2 (2,9)	1 (1,6)	2 (4,0)	5 (2,8)
25 - 26		1 (1,5)	- (-)	1 (2,0)	2 (1,1)
27 - 28		- (-)	- (-)	1 (2,0)	1 (0,5)
29 ou mais		- (-)	1 (1,6)	- (-)	1 (0,5)
Não respondeu		- (-)	1 (1,6)	4 (8,0)	5 (2,8)
TOTAL		68 (100,0)	62 (100,0)	50 (100,0)	180 (100,0)

TABELA 03 - Distribuição dos estudantes segundo a importância conferida a pessoas e outros fatores na decisão para estudar medicina. Turma de 1968.

GRAU DE IMPORTÂNCIA	Muito importante	Relativamente importante	Pouco importante	Sem importância	Não respondeu	TOTAL
PESSOAS E FATORES						
Pai	11 (16,2)	12 (17,6)	23 (33,8)	22 (32,3)	0 (-)	68(100,0)
Mãe	9 (13,2)	16 (23,5)	23 (33,8)	20 (29,4)	0 (-)	68(100,0)
Outros parentes	3 (4,4)	12 (17,6)	11 (16,2)	40 (58,8)	2 (2,9)	68(100,0)
Amigos não ligados à medicina	1 (1,5)	8 (11,8)	9 (13,2)	47 (69,1)	3 (4,4)	68(100,0)
Médicos que conhece pessoalmente	5 (7,3)	13 (19,1)	13 (19,1)	36 (52,9)	1 (1,5)	68(100,0)
Médicos de que ouviu falar ou leu a respeito	8 (11,8)	13 (19,1)	18 (26,5)	28 (41,2)	1 (1,5)	68(100,0)
Estudantes de medicina que conhece	3 (4,4)	10 (14,7)	14 (20,6)	39 (57,3)	2 (2,9)	68(100,0)
Professores secundários	3 (4,4)	9 (13,2)	10 (14,7)	45 (66,2)	1 (1,5)	68(100,0)
Livros, filmes, peças de teatro	9 (13,2)	15 (22,0)	12 (17,6)	31 (45,6)	1 (1,5)	68(100,0)
Outros	16 (23,5)	2 (2,9)	0 (-)	5 (7,3)	45 (66,2)	68(100,0)

TABELA 9B - Distribuição dos estudantes segundo a importância conferida a pessoas e outros fatores na decisão para estudar medicina. Turma de 1969.

PESSOAS E FATORES	GRAU DE IMPORTÂNCIA		Relativa- mente im- portante	Pouco im- portante	Sem impor- tância	Não res- pondeu	
	Muito im- portante						
Pai	19 (30,6)	9 (14,5)	12 (19,3)	20 (32,2)	2 (3,2)	62(100,0)	
Mãe	9 (14,5)	19 (30,6)	14 (22,6)	18 (29,0)	2 (3,2)	62(100,0)	
Outros parentes	4 (6,4)	8 (12,9)	12 (19,3)	37 (59,7)	1 (1,6)	62(100,0)	
Amigos não ligados à medi- cina	0 (-)	5 (8,1)	12 (19,3)	43 (69,3)	2 (3,2)	62(100,0)	
Médicos que conhece pessoal- mente	3 (4,8)	18 (29,0)	20 (32,2)	19 (30,6)	2 (3,2)	62(100,0)	
Médicos de que ouviu falar ou leu a respeito	6 (9,7)	19 (30,6)	17 (27,4)	17 (27,4)	3 (4,8)	62(100,0)	
Estudantes de medicina que conhece	3 (4,8)	12 (19,3)	10 (16,1)	34 (54,8)	2 (3,2)	62(100,0)	
Professores secundários	2 (3,2)	7 (11,3)	6 (9,7)	45 (72,6)	2 (3,2)	62(100,0)	
Livros, filmes, peças de teatro	5 (8,1)	16 (25,8)	16 (25,8)	23 (37,1)	2 (3,2)	62(100,0)	
Outros	17 (27,4)	1 (1,6)	2 (3,2)	3 (4,8)	39 (62,9)	62(100,0)	

TABELA 10B - Distribuição dos estudantes segundo a importância conferida a pessoas e outros fatores na decisão para estudar medicina. Turma de 1970.

GRAU DE IMPORTÂNCIA PESSOAS E FATORES	Relativa-mente im-portante					Sem impor-tância	Não res-pondeu	TOTAL
	Muito im-portante	Relativa-mente im-portante	Pouco im-portante					
Pai	10 (20,0)	17 (34,0)	8 (16,0)	14 (28,0)	1 (2,0)			50(100,0)
Mãe	8 (16,0)	15 (30,0)	11 (22,0)	15 (30,0)	1 (2,0)			50(100,0)
Outros parentes	3 (6,0)	8 (16,0)	7 (14,0)	31 (62,0)	1 (2,0)			50(100,0)
Amigos não ligados à medicina	2 (4,0)	0 (-)	5 (10,0)	41 (82,0)	2 (4,0)			50(100,0)
Médicos que conhece pessoalmente	6 (12,0)	9 (18,0)	10 (20,0)	23 (46,0)	2 (4,0)			50(100,0)
Médicos de que ouviu falar ou leu a respeito	5 (10,0)	14 (28,0)	7 (14,0)	23 (46,0)	1 (2,0)			50(100,0)
Estudantes de medicina que conhece	2 (4,0)	7 (14,0)	15 (30,0)	25 (50,0)	1 (2,0)			50(100,0)
Professores secundários	0 (-)	6 (12,0)	7 (14,0)	36 (72,0)	1 (2,0)			50(100,0)
Livros, filmes, peças de teatro	8 (16,0)	13 (26,0)	13 (26,0)	15 (30,0)	1 (2,0)			50(100,0)
Outros	2 (4,0)	0 (-)	0 (-)	1 (2,0)	47 (94,0)			50(100,0)

TABELA 11B - Distribuição dos estudantes conforme o incentivo recebido após a decisão pela profissão médica. Turma de 1968.

MEMBROS DA FAMÍLIA	Forte in- centivo	Fraco in- centivo	Não ex- pressou opinião	Leve opo- sição	Forte oposição	Não res- pondeu	TOTAL
Pai	48(70,6)	6(8,8)	11(16,2)	2(2,9)	0(-)	1(1,5)	68(100,0)
Mãe	52(76,5)	8(11,8)	3(4,4)	4(5,9)	0(-)	1(1,5)	68(100,0)
Irmãos	34(50,0)	10(14,7)	17(25,0)	0(-)	0(-)	7(10,3)	68(100,0)
Outros parentes	31(45,6)	13(19,1)	19(27,9)	1(1,5)	0(-)	4(5,9)	68(100,0)

TABELA 12B - Distribuição dos estudantes conforme o incentivo recebido após a decisão pela profissão médica. Turma de 1969.

MEMBROS DA FAMÍLIA	Forte in- centivo	Fraco in- centivo	Não ex- pressou opinião	Leve opo- sição	Forte oposição	Não res- pondeu	TOTAL
Pai	37(59,7)	8(12,9)	13(21,0)	2(3,2)	0(-)	2(3,2)	62(100,0)
Mãe	40(64,5)	11(17,7)	6(9,7)	3(4,8)	0(-)	2(3,2)	62(100,0)
Irmãos	32(51,6)	6(9,7)	20(32,2)	1(1,6)	0(-)	3(4,8)	62(100,0)
Outros parentes	23(37,1)	19(30,6)	16(25,8)	0(-)	0(-)	4(6,4)	62(100,0)

TABELA 13B - Distribuição dos estudantes conforme o incentivo recebido após a decisão pela profissão médica. Turma de 1970.

MEMBROS DA FAMÍLIA	Forte in- centivo	Fraco in- centivo	Não ex- pressou opinião	Leve opo- sição	Forte oposição	Não res- pondeu	TOTAL
Pai	38(76,0)	3(6,0)	7(14,0)	1(2,0)	1(2,0)	0(-)	50(100,0)
Mãe	38(76,0)	3(6,0)	8(16,0)	1(2,0)	0(-)	0(-)	50(100,0)
Irmãos	18(36,0)	12(24,0)	16(32,0)	0(-)	1(2,0)	3(6,0)	50(100,0)
Outros parentes	16(32,0)	14(28,0)	16(32,0)	3(6,0)	0(-)	1(2,0)	50(100,0)