

VALDIR REGINATO

**Contribuição ao estudo do perfil do aluno
de primeiro ano de medicina da grande São Paulo:
aspectos familiares e suas implicações no
âmbito vocacional e do desenvolvimento profissional**

*Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Doutor em Ciências*

Área de concentração: Patologia

Orientador: Prof. Dr. Raymundo Soares de Azevedo Neto

**São Paulo
2005**

Aos meus pais , Rubens e Lila, que incentivaram a minha vocação

À Cynthia, com quem compartilho as conseqüências desta decisão

À Gabriel, Patrícia e Thiago, que me animam a perseverar com alegria

AGRADECIMENTOS

Para nenhum trabalho pode-se afirmar que temos um único autor. Além do esforço físico e intelectual, freqüentemente compartilhado com colaboradores, temos também de considerar que, se conseguimos realizar alguma coisa, é porque lá está inserido todo um conhecimento acumulado em um período que se perde na memória do tempo, adquirido ao longo da experiência da vida. Vida, que em toda sua complexidade, se anima materialmente, psicologicamente, socialmente e espiritualmente.

Ao longo do tempo, na elaboração deste trabalho, pude sentir e reconhecer de modo intenso estes quatro componentes. A convivência com pessoas que colaboraram nesta obra foi para mim, mais do que uma satisfação pela conclusão de um trabalho, mas o sentimento sincero de uma gratidão por poder conhecê-las melhor.

Em primeiro lugar, referindo-me a este trabalho em concreto, por justiça, e por uma gratidão repleta de alegria, devo mencionar o **Prof. Dr Raymundo Soares de Azevedo Neto**. Este homem se tornou para minha satisfação, mais do que um orientador, mais do que um mestre, ou um amigo. Com a dedicação profissional universitária impecável, soube agregar a serenidade, diante de meus impulsos; a compreensão quando de meus “desaparecimentos”; o estímulo a continuar, quando dos meus desânimos. Temperar os duros cálculos estatísticos dos resultados, com intervalos de uma conversa familiar afável, com recheios da situação do mundo globalizado, realiza com uma arte que desenvolve com maestria. Assim, numa linguagem, perfeitamente adaptada a linha de pensamento desta pesquisa, posso afirmar que agradeço ao Professor, pelo pai “acadêmico”, que não mais esquecerei.

A todos os professores, das seis faculdades de Medicina, que generosamente, souberam doar parte de suas aulas, bastante comprometidas pelo tempo exíguo para o aprendizado, para a aplicação dos testes aos seus alunos. São eles:

Prof.a Dra .Carmita Helena Najjar Abdo professora associada do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Prof. Dr. Cláudio Cohen do Departamento de Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Prof. Dr. José Álvaro Marques Marcolino, Professor-assistente do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

Prof. Dr. Luiz Henrique Camargo Paschoal, Diretor da Faculdade de Medicina do ABC

Prof. Dr. Marco Antônio De Angeli, Professor-Adjunto do Departamento de Morfologia da Universidade Federal do Estado de São Paulo (EPM-UNIFESP), e Professor-Titular do Departamento de Morfologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Santo Amaro (UNISA).

Prof. Dr. Nelson Lourenço Maya Filho, Diretor da Faculdade de Medicina de Jundiaí.

Prof. Dr. Ricardo Peres do Souto, professor do Departamento de Morfologia e Fisiologia da Faculdade de Medicina do ABC.

Um agradecimento especial a todos **os alunos** que participaram generosamente desta pesquisa, comprometendo parte do horário do almoço ou lazer. Confesso que esta foi a minha expectativa maior. Foi seguida por uma agradabilíssima surpresa, em ver quase 80% dos alunos matriculados, e mais do que isto, em relação aos presentes em sala de aula, participarem de uma maneira sincera e amadurecida de uma pesquisa acadêmica. A estes futuros colegas o meu mais sincero muito obrigado.

Ao **Prof. Dr. Dante Marcello Claramonte Gallian**, Diretor do Centro de História e Filosofia das Ciências da Saúde da UNIFESP, pelo apoio e horas de conversa e convivência junto aos alunos, que colaboraram para uma maior experiência deste pesquisador.

Ao **Prof. Dr. Luis Roberto Millan**, pelo apoio oferecido e sugestões oportunas ao longo deste trabalho, além de ter oferecido em sua tese um grande modelo para este estudo.

A **Srta Mariane Fornari**, secretária dedicada, que colaborou na organização desta tarefa.

Não posso deixar de agregar aos agradecimentos acadêmicos aqueles que muito fizeram, e suportaram, nos bastidores, as conseqüências desta pesquisa.

A minha esposa **Cynthia** e meus filhos **Gabriel, Patrícia e Thiago**, pelo apoio que souberam oferecer, e pela compreensão que tiveram, por muitos períodos de ausência familiar, de alguém que já submete a família aos conhecidos sacrifícios de horários e de convívio, daqueles que abraçam a profissão médica com amor.

Ao meu pai **Rubens**, que na sua ausência física, permanece sempre presente pelos seus ensinamentos e exemplo de vida, e pelo estímulo à minha escolha profissional, que seguramente custaram-lhe enorme sacrifício (oculto) pessoal.

A minha mãe **Lila**, que foi a primeira a ouvir de mim o desejo de seguir pelos caminhos da Medicina. Por ela recebi de Deus as sementes, e os primeiros cuidados, para poder conhecer, compreender e Amar o ser humano. Esforço-me para que o seu esmerado empenho não tenha sido em vão.

A todos que puderem ter contato com este trabalho, e reconhecerem nele uma contribuição em favor da valorização da **Família**, divulguem-na como um ponto de referência para a busca das realizações humanas, a serem cada vez mais “humanizadas”; dentre as quais, o maravilhoso e apaixonante exercício da **Medicina**.

*“É muito mais importante saber
quem é o paciente que tem uma doença
do que o tipo de doença que o paciente tem”.*

Willian Osler

*É muito mais importante saber
quem é o aluno que tem um conhecimento
do que o tipo de conhecimento que o aluno tem.*

SUMÁRIO

LISTA DE GRÁFICOS

LISTA DE TABELAS

RESUMO

ABSTRACT

Prólogo

- *Uma criança de quatro anos*
- *Um trabalho de continuidade*

1 Introdução	1
1.1. <i>Histórico: da origem da vocação ao aluno de hoje</i>	2
1.1.1. <i>A seleção de uma personalidade</i>	2
1.1.2 <i>O nascimento de um novo perfil médico</i>	10
1.1.3. <i>Mudanças sociais</i>	12
1.1.4. <i>A nova constituição humana</i>	14
1.1.5. <i>Reavaliando as características do médico</i>	16
1.1.6. <i>O aluno de medicina</i>	22
1.2. <i>A questão do processo seletivo</i>	25
1.2.1. <i>Vagas insuficientes</i>	25
1.2.2. <i>A questão da formação médica</i>	26
1.2.3. <i>A necessidade de selecionar</i>	30
1.2.4. <i>Selecionando para ser médico: o que é a Medicina?</i>	35
1.2.5. <i>Em busca de novos parâmetros de seleção</i>	37

1.3. A participação da família.....	50
1.3.1. Natureza da família.....	50
1.3.2. Origem e constituição familiar.....	52
1.3.3. A dinâmica familiar.....	61
1.4. O estudante, a família e a Medicina.....	70
1.4.1. O estudante.....	70
1.4.2. A família.....	72
1.4.3. A Medicina	78
1.5. Definindo caminhos para uma pesquisa.....	83
2. Objetivo.....	87
3. Metodologia.....	89
3.1. População alvo.....	90
3.2. Amostragem.....	90
3.3. Classificação da amostragem.....	93
3.4. Instrumentos de pesquisa.....	94
3.4.1. Questionário de 16 Fatores de Personalidade 16PF Quinta Edição:.....	94
Fatores Primários.....	95
Fatores Globais	102
3.4.2. Questionário VR.....	104
Seção 1. Identificação e constituição familiar.....	106
Seção 2. Aspectos pessoais.....	107
Seção 3. Influências familiares na escolha profissional.....	110
Seção 4. Aspectos vivenciados de situações familiares....	110
Seção 5. Expectativas profissionais.....	111

3.4.3. <i>Caracterologia</i>	112
3.1. <i>Protocolo de aplicação dos instrumentos de pesquisa</i>	114
3.2. <i>Análise estatística</i>	115
3.6. <i>Avaliação do projeto e aspectos éticos</i>	116
4. Resultados	117
4.1. <i>Considerações iniciais</i>	118
4.2. <i>Questionário VR</i>	120
4.2.1. <i>Origem do aluno</i>	120
4.2.2. <i>Constituição familiar</i>	122
4.2.3. <i>Religiosidade</i>	123
4.2.4. <i>Aspectos pessoais</i>	124
4.2.1.1. <i>Aspectos profissionais prévios</i>	124
4.2.1.2. <i>Aspectos vivenciais ambientais</i>	126
4.2.1.3. <i>Vivência com o sofrimento</i>	128
4.2.5. <i>Influências familiares na escolha profissional</i>	129
4.2.5.1. <i>Importância da família para o aluno</i>	129
4.2.5.2. <i>Presença de médicos na família</i>	130
4.2.5.3. <i>Incentivos e desmotivações</i>	132
4.2.5.4. <i>Influências na decisão profissional</i>	134
4.2.6. <i>Convívio familiar</i>	136
4.2.6.1. <i>Ambiente familiar</i>	136
4.2.6.2. <i>Relacionamento do aluno com seus familiares</i>	137
4.2.6.3. <i>Presença de doentes na família</i>	138
4.2.6.4. <i>Atividades do cotidiano familiar</i>	138
4.2.6.5. <i>A família e o futuro profissional</i>	139
4.2.7. <i>Expectativas profissionais</i>	142
4.2.7.1. <i>A influência de parentes no futuro profissional</i>	142
4.2.7.2. <i>A escolha da especialidade</i>	142

4.3. <i>Caracterologia</i>	146
4.4. <i>16PF</i>	151
4.5. <i>Associação do 16PF com a caracterologia</i>	161
5. <i>Discussão</i>	162
5.1. <i>Considerações Preliminares</i>	163
5.1.1. <i>Questionando uma pesquisa</i>	163
5.1.2. <i>Um caminho para um perfil profissional</i>	168
5.1.3. <i>A seleção e a formação personalizada para uma realidade social</i>	169
5.1.4. <i>A responsabilidade da Universidade</i>	171
5.2. <i>Questionário VR</i>	172
5.2.1. <i>Identificação</i>	172
5.2.2. <i>Constituição familiar</i>	177
5.2.2.1. <i>Elementos constitucionais</i>	177
5.2.2.2. <i>Condição sócio-econômica</i>	179
5.2.2.3. <i>Aspectos da religiosidade</i>	182
5.2.3. <i>Aspectos pessoais</i>	185
5.2.3.1. <i>Interesse prévio</i>	187
5.2.3.2. <i>Vivências ambientais</i>	188
5.2.3.3. <i>Vivências com o sofrimento</i>	190
5.2.4. <i>Influências familiares na escolha profissional</i>	198
5.2.4.1. <i>As influências da paternidade e da maternidade no estudante</i>	198
5.2.4.2. <i>Incentivos e desmotivações</i>	201
5.2.4.3. <i>Decisão e questionamento da escolha</i>	204
5.2.5. <i>Aspectos vivenciais de situações familiares</i>	207
5.2.5.1. <i>Relacionamento familiar</i>	207
5.2.5.2. <i>Assuntos do convívio familiar</i>	208

5.2.6. Expectativas profissionais.....	210
5.2.6.1. A importância da família para o futuro do estudante.....	211
5.2.6.2. A escolha da especialidade.....	214
5.2.6.3. A influência de parentes para o futuro profissional.....	219
5.3. Questionário 16 PF (16 Fatores de Personalidade).....	220
5.3.1. Considerações gerais	220
5.3.1.1 Aspectos referentes aos gêneros.....	221
5.3.1.2. Aspectos referentes ao gênero x faculdades.....	226
5.3.2. Aspectos da personalidade e o processo seletivo.....	228
5.3.2.1. A questão da inteligência.....	229
5.3.3. O perfil dos estudantes pelo 16 PF e o vestibular.....	230
5.4. Associação do 16 PF com o Questionário VR.....	233
5.5. Caracterologia.....	235
5.5.1. Atividade.....	236
5.5.2. Emotividade.....	237
5.5.3. Ressonância.....	239
5.5.4. Caracterologia e a escolha da especialidade.....	242
5.6. Associação entre Caracterologia do Questionário VR e o 16 PF.....	244
5.7. Um trabalho para ser continuado.....	247
6. Conclusões.....	253
7. Referências Bibliográficas.....	257
Anexo	
Questionário VR	

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Porcentagem de ingressos segundo as tentativas por faculdade	121
Gráfico 2: Influência dos pais na educação familiar distribuída pelas faculdades.....	131
Gráfico 3: Atividade: Distribuição dos alunos por gênero.....	147
Gráfico 4: Emotividade: Distribuição dos alunos por gênero.....	148
Gráfico 5: Ressonância : Distribuição dos alunos por gênero.....	149
Gráfico 6: Caracterologia: distribuição do total de respostas dos parâmetros de Atividade, Emotividade e ressonância (Secundário e Primário) pelos grupos de faculdades.....	150
Gráfico 7: Média dos estenos dos Fatores Primários do 16PF de todos os alunos.....	151
Gráfico 8: Média dos estenos dos Fatores Globais do 16PF de todos os alunos.....	152
Gráfico 9: Fatores Primários e globais com diferença estatística para gênero.....	155

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Alunos distribuídos por gênero e faculdades.....	119
Tabela 2: Alunos distribuídos por gênero e grupos de faculdades.....	119
Tabela 3: Idade de ingresso dos alunos por grupos de faculdades.....	120
Tabela 4: Número de tentativas para ingresso por grupos de faculdades...	122
Tabela 5: Distribuição dos alunos segundo número de irmãos por faculdade.....	123
Tabela 6.: Opção religiosa dos alunos segundo a distribuição pelas faculdades.....	123
Tabela 7: Aspectos profissionais prévios. Pontuação distribuída pelos alunos nos grupos de faculdades.....	125
Tabela 8: Aspectos profissionais prévios. Pontuação distribuída pelos alunos por gênero.....	125
Tabela 9: Vivências ambientais. Pontuação distribuída pelos alunos nos grupos de faculdades.....	126
Tabela 10: Trabalho filantrópico/voluntário dos alunos distribuído por gênero.....	127
Tabela 11: Vivência com o sofrimento. Pontuação distribuída pelos alunos	

nos grupos de faculdades.....	128
Tabela 12: Vivência com o sofrimento. Pontuação distribuída pelos alunos nos gêneros.....	128
Tabela 13: Como os alunos avaliam a importância da família para o convívio e desenvolvimento pessoal, distribuídos em gênero e grupos de faculdades.....	130
Tabela 14: Presença de médicos na família segundo grupos de faculdades.....	132
Tabela 15: Parentesco médico segundo os gêneros.....	132
Tabela 16: Desmotivação pela família e importância para os pais segundo os alunos distribuídos por gênero.....	133
Tabela 17: Frequência de temas médicos em conversas familiares distribuídos em gênero e grupos de faculdades.....	134
Tabela 18: Decisão profissional segundo gênero e grupos de faculdades..	135
Tabela 19: Questionamento da decisão profissional segundo gênero.....	135
Tabela 20: Motivos de possível abandono segundo gênero e grupos de faculdades.....	136
Tabela 21: Convívio familiar segundo a distribuição por gênero e por grupos de faculdades.....	137
Tabela 22: Temas de convívio familiar conforme a frequência referida pela pontuação segundo gênero.....	140
Tabela 23: Importância da família para a estabilidade da sociedade segundo os alunos distribuídos por gênero e grupos de faculdades.....	140

Tabela 24: Avaliação da constituição familiar própria para o desenvolvimento profissional de acordo com gênero e grupos de faculdades.....	141
Tabela 25: A presença e médicos na família e o futuro desenvolvimento profissional distribuídos por gênero e grupos de faculdades.....	142
Tabela 26: Opinião quanto a escolha da especialidade ao entrar na faculdade segundo a distribuição por gênero e grupos de faculdades.....	143.
Tabela 27: Escolha da especialidade pelos alunos.....	145
Tabela 28: Atividade: distribuição dos alunos por gênero e grupos de faculdades.....	147
Tabela 29: Emotividade: distribuição dos alunos por gênero e grupos de faculdades.....	148
Tabela 30: Ressonância: distribuição dos alunos por gênero e grupos de faculdades.....	149
Tabela 31: Diferenças estatísticas dos fatores do 16PF para os grupos de faculdades.....	153
Tabela 32: Fatores Primários e Globais com diferenças estatísticas significativas nas médias em gênero.....	154
Tabela 33: Correlação dos parâmetros da caracterologia com os fatores Primários e Globais do 16PF.....	161

Reginato V. *Contribuição ao estudo do perfil do aluno de primeiro ano de medicina da grande São Paulo: aspectos familiares e suas implicações no âmbito vocacional e do desenvolvimento profissional [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, USP; 2005.*

RESUMO

Foram avaliados 487 estudantes do primeiro ano de seis escolas médicas da Grande São Paulo no ano de 2003 por intermédio de dois questionários: um de personalidade (16PF) e outro referente à experiência e convivência familiar e suas implicações no âmbito vocacional. Foram agrupadas em Públicas (FMUSP e UNIFESP) com 143 alunos e 101 alunas; e Particulares (FMSCSP, UNISA, FMABC e FMJundiaí) com 110 alunos e 133 alunas; e estudadas as possíveis semelhanças e diferenças do perfil destes alunos. Ocorreu predomínio de homens nas Públicas e mulheres nas Particulares ($p=0,003$). A idade predominou entre 18 e 21 anos, sendo que os mais jovens entravam mais nas Públicas ($p=0,001$), com menor número de tentativas ($p=0,003$), que oscilaram entre duas ou três para a maioria dos estudantes. Foram elaborados três escores para avaliação do histórico do estudante nos aspectos: profissionais prévios; vivências ambientais em saúde e vivência com o sofrimento. Verificou-se que são alunos que buscam conhecimento prévio com a profissão, sendo que as alunas demonstraram maior disponibilidade para o trabalho voluntário ($p=0,001$). Consideram que tanto a vivência em ambientes de estabelecimentos vinculados a saúde, como experiências com o sofrimento favoreçam a escolha profissional, ainda que acusem pouco contato com a dor. São estudantes que valorizam muito seus laços familiares sem diferenças para gênero ou faculdades. Mais de 50% deles tem parentes médicos próximos, onde a figura paterna tem especial influência, e sentem-se relacionados a estímulos e desmotivações para a sua escolha profissional, onde as alunas percebem maior desmotivação ($p=0,029$) e falta de importância por parte dos pais. ($p=0,004$). São jovens que decidem precocemente pela profissão, sendo 33% “desde que se conhecem por gente”; e pouco questionam a sua decisão. No seu cotidiano os alunos em relação as alunas preferem os esportes ($p=0,002$) e as alunas o teatro ($p=0,015$), a religião ($p=0,035$) e as artes plásticas ($p=0,035$). Na caracterologia destacam-se como alunos preferencialmente ativos e emotivos, sendo que nesta última as alunas com muito mais intensidade ($p<0,001$). No teste 16PF apresentaram escores dentro da faixa na população normal, exceto na Inteligência, que superou os nove pontos. A diferença no grupo melhor assinalada diz respeito ao gênero (independente da faculdade) em destaque pela maior *Brandura* para o sexo feminino segundo o 16PF. Os resultados revelaram que o fator *Inteligência* tem sido avaliado como principal diferencial nos candidatos submetidos ao vestibular, sendo maior para as Públicas do que para as Particulares, o que reflete o critério técnico classificatório atual. Conclui que a população de estudantes quanto a sua procedência no ambiente familiar e comportamentos são bastante semelhantes, não se podendo fazer deste um critério de melhor juízo classificatório. Sugere que novos fatores como experiência de vida pessoal, e a participação voluntária em estágios de locais referentes à área da saúde possa vir a ser utilizada associada a uma maior valorização das ciências humanas para melhor avaliação da classificação do candidato enquanto futuro profissional.

Descritores: 1. relações familiares 2. orientação vocacional 3. educação médica 4. escolas médicas 5. comportamento 6. testes obrigatórios

Reginato V. Contribution for the study of freshman medical student's profile in the greater São Paulo: familiar aspects and their implications on vocational scope and in the professional development [thesis]. São Paulo: Faculdade de Medicina, USP; 2005.

ABSTRACT

487 freshman students from six Medical Schools in the Greater São Paulo area were evaluated during the 2003 school year by means of two questionnaires: a personality one (16PF) and another referring to experience and family life and their implications on the vocational scope. The colleges were grouped in Public (FMUSP and UNIFESP) with 143 men and 101 women; and Private (FMSCSP, UNISA, FMABC e FMJundiaí) with 110 men and 133 women; and the possible similarities and differences of the students' profiles were studied. There are more men in the public colleges and more women in the private colleges ($p=0,003$). Age varied and the majority ranged between 18 and 21. There was a preponderance of younger students in the public colleges ($p=0,001$), with smaller number of attempts ($p=0,003$), which varied between, two or three for the majority. Three fundamental contexts were evaluated: (a) the contact the students had had with the profession before college, (b) the experience the students had had in environments involved health care, (c) experience involve suffering. The students have had contact with the professional contact items, and female students participated expressively more in philanthropic activities than the male ($p<0,001$). The students believe that experiences in environments involved health care, and experiences involve suffering can influence on career decision, although it was observed that most students had few points with pain. Most students think that the family is very important for their personal growth, without difference for colleges or gender. Concerning the existence of physicians in the family, more than 50% had physicians, and the father had a special influence. The students received incentive and discouragement for the chosen profession, and the women were more discouragement ($p=0,029$) and the importance given by the parents is smaller ($p=0,004$). They decided to enter Medical School early, which 33% "ever since he can remember"; and the students question their decision less frequently than not. Themes linked to family daily life, the men preferred sports ($p=0,002$), and the women preferred drama ($p=0,015$), religious ($p=0,035$) and fine arts ($p=0,035$). In the Characteriology the students were considered the prominence of Activity and Emotionality, and there is a highly difference in Emotionality aspect, very strong in women ($p<0,001$). In the 16PF the results collect in the group indicate that they are within the stens of the population in general. The most highlighted difference concerns gender (regardless of the college) with emphasis on higher Sensitivity levels for women according to the 16PF. Results revealed that the *Intelligence* factor has been analyzed as the main differential in applicants who take the entrance exam (vestibular) for it is higher in the public colleges. That confirms the current technical classification criterion. Results also show that the populations of students are highly similar concerning their origin in the family environment and behaviors, thus making this criterion not applicable for a better classification judgment. They suggest that new factors like personal life experience and volunteer participation in internships where health care activities take place may come to be used together with a better appreciation of the humanities to best evaluate the applicant's classification as a future professional.

Descriptors: 1. family relations 2. vocational guidance 3. education medical 4. schools medical 5. behavior 6. mandatory testing.

Prólogo

UMA CRIANÇA DE QUATRO ANOS

“Aos quatro anos você disse que queria ser médico”.

Esta afirmação embora não esteja indexada no Medline, posso garantir que é altamente confiável, pelo princípio da certeza moral. Procede de minha mãe. Estas palavras profetizadas por uma criança, que não pode se recordar de tê-las mencionado, pois a sua memória alcança com esforço aos cinco anos, concretizaram-se vinte e um anos mais tarde.

O episódio ocasionado por uma doença que quase roubou a vida de minha irmã caçula, mal havia chegado a este mundo, foi que desencadeou esta afirmação. Diante do sofrimento de uma mãe, o filho de quatro anos pede que não chore, pois seria médico e salvaria a irmã. Ainda bem que não esperou pela formatura do irmão.

Por quê uma criança de quatro anos afirma que quer ser médico? Esta é a minha questão, que parece, como veremos, não ser só desta criança, mas de um número significativo daqueles que ingressam nas faculdades de Medicina com um desejo que vem *“desde que se lembram como gente”*.

Não havia qualquer parente médico num período de três gerações, pelo menos; ao contrário de muitos que escolhem por medicina. Não tinha qualquer experiência com ambientes ou profissionais da saúde. Eram somente quatro anos! Não havia ocorrido internações ou alguma doença mais grave. E diante do mesmo episódio, dos quatro irmãos mais velhos já existentes, de um total de oito filhos, ninguém mais disse que seria médico; como de fato o futuro pode confirmar.

A certeza pela profissão sempre foi tão segura, (eu diria quase obstinada), que no último ano pré-vestibular, procurei “limpar” a mente e ver se realmente era isto ou se já estava acostumado com a idéia que nunca me abandonou como se fizesse parte da minha própria constituição pessoal. Assim como algo que não havia sido incorporado, mas “criado” comigo. Foi uma tentativa em vão. Não havia hesitação, e muito menos dúvidas, sobre o que fazer. Era necessário entrar na faculdade. E obedecendo a média geral dos vestibulandos, aos dezenove anos de idade, e na segunda tentativa, estava eu nos corredores da casa de Arnaldo, com um orgulho impossível de se esconder. Um verdadeiro divisor de águas numa vida!

Onde buscar explicações para este chamado? Para esta certeza? Para este impulso que supera a teimosia de uma paixão adolescente e começa a crescer num amor, que como todo Amor verdadeiro, encontra mil razões sem descobrir a razão. Quantos sacrifícios em fins de semana que se multiplicavam estudando matérias que jamais seriam usadas na faculdade.

Quanta dedicação a exercícios e mais exercícios de matemática, física, química, que não sobreviveriam após o vestibular. Tudo só encontrava sentido na meta final: A Medicina. Para alcançá-la seria preciso vencer estes “obstáculos seletivos” que avaliariam a minha “capacidade em cursar Medicina”. Seria isto verdade? Jamais pensei em ser médico pelos teoremas da matemática, pelos cálculos da física, ou fórmulas químicas. Não era isto que indicava a minha vocação. Não estava lá o berço dos meus sonhos em ajudar o próximo, desvendar o corpo humano, ou “ajudar a humanidade”. Será que isto não seria o mais importante para quem queria saber da minha vontade em ser médico? Talvez até fosse importante, mas quase impossível de se avaliar numa prova de competitividade tamanha como o vestibular para Medicina, onde milhares de alunos, ilustres desconhecidos de seus examinadores, correm como os espermatozóides a fecundar um óvulo. A coroa aos mais fortes. Assim ficamos na espera do resultado de um gabarito que de modo calculista determina por centésimos olímpicos de diferença os “melhores”. Serão melhores para quê? E por quê? Não é tarefa fácil. Às vezes penso que uma dor de cabeça, ou uma noite mal dormida, um lanche estragado na véspera, ou um telefonema batido pela namorada, poderia ter sido muito mais “seletivo” para mim, ou para muitos outros, entrar ou não na faculdade, nesta ou noutra qualquer.

Afinal quem é o candidato? Será o candidato uma pessoa ou uma estante de conhecimentos? Estou selecionando candidatos a futuros médicos para uma vida inteira, ou avaliando bons alunos para cursarem uma

faculdade? Serão os bons alunos os melhores médicos? Para tanto é preciso saber o que consideramos o melhor médico, ou pelo menos que médico desejamos ter. Qual o médico que necessitamos? Talvez perguntar: o que necessitamos para formar um bom médico? E poderíamos acrescentar: o que é preciso avaliar no candidato para saber se ele poderá ser um bom médico?

São tantas perguntas que acusam que o atual sistema de seleção está longe de cumprir o seu verdadeiro papel na escolha dos melhores profissionais. A Conferência Internacional de Educação Médica 2000 realizada no Rio de Janeiro, chama a atenção para o atual Vestibular :

“...este tradicional exame de seleção precisa ser modificado. É um processo neurotizante que deixa (...) pais, alunos, instituições de ensino envolvidas, (...) na expectativa de resultados , num masoquismo que atinge uma grande coletividade”. (Conferência Internacional de Educação Médica 2000)

Afinal o que faz com que alguém esteja mais bem preparado e determinado a ser médico? Será que precisaríamos de um “vocaciômetro”? E como encontrá-lo? O que é a vocação? Será este, isoladamente, o melhor ou o único parâmetro a ser avaliado?

É certo que hoje, como no decorrer do século XX, a busca pelas faculdades médicas cresce numa disputa acirrada com outras profissões. Segundo Frederic C. Chang, em seu artigo - *“Where have all the students*

gone?” - ocorre uma certa fuga dos estudantes para concursos em faculdades de Medicina devido a perda do prestígio do profissional, a queda no patamar financeiro e social, dificuldades econômicas para o custeio do curso, o próprio retorno negativo oferecido por vários profissionais aos seus novos pretendentes, (Chang 1989). Contudo todos estes fatores não foram até agora barreiras suficientes para retirar do podium das profissões mais escolhidas, a velha e misteriosa Medicina, que continua sendo atraente a muitos jovens. Ele conclui com palavras de estímulo:

“As physicians, we have an obligation to care for the ill and injured, to teach, and to encourage intelligent and compassionate young men and women to become part of the medical profession.” (Chang 1989)

Assim sendo é preciso selecionar. Porém, pouco se tem avançado de real nos modelos de avaliação destes estudantes que buscam, com enorme sacrifício, serem filhos de Esculápio.

Estas reflexões me levaram a um afastamento desta visão compartimentalizada da avaliação do conhecimento que tem o estudante, para procurar conhecer melhor o estudante que tem este conhecimento. O estudante antes de tudo, antes de ser o próprio estudante, é um ser humano. E como ser humano é uma pessoa. E como pessoa escreveu e escreve uma história única e irrepetível, fruto da liberdade e da individualidade de cada um que desenha a sua biografia.

Como pessoa, obedecendo a lei natural que abrange a grande maioria dos seres humanos, pertence a uma família. Não nos esqueçamos daqueles que podem, e realmente nascem em condições desfavoráveis em relação ao núcleo familiar, mas deverão se inserir em uma “comunidade” para a própria sobrevivência. Somos seres sociais e sociáveis por natureza, por necessidade e por satisfação. A importância da família para esta sociabilidade é fortemente assinalada por Aristóteles: *“as sociedades são o que são as suas famílias.”* É possível que a história do tempo faça por vezes parecer, como a época em que vivemos, que *“as famílias são o que são as sociedades”*. Mas isto é aparência temporária. A este respeito Petrini nos afirma em sua recente obra *“Família XXI”*:

“No decorrer da evolução histórica, a família permanece como matriz do processo civilizatório, como condição para a humanização e para a socialização das pessoas. É por isso que apesar da variedade de formas que assume, e das transformações pelas quais passa ao longo do tempo, a família é identificada como o fundamento da sociedade. Nesse sentido, podem ser reconhecidos na família os caracteres de universalidade e de constância no tempo, como relação social primordial e universal” (Petrini et al, 2003 p. 79).

Portanto, a família sempre foi, e arrisco afirmar por convicção, sempre será, o lastro de toda sociedade humana que se desenvolve harmonicamente em busca da felicidade.

Influenciada por uma gama infindável de fatores, cada vez mais diversos, a família e, portanto, a sociedade, se vê transformada a cada dia numa velocidade acelerada, diferentemente do que ocorria até o século XIX. Focalizando no nosso interesse - a Medicina, o seu candidato e a família - estas mudanças não passaram despercebidas, pelo contrário, a Medicina torna-se agente de transformação social importantíssimo. Enquanto isto os alunos, quando candidatos, assistem a este espetáculo que resulta para eles numa concorrência cada vez maior, apesar das opções profissionais que se multiplicam.

Estas transformações sociais, comprometidas no campo da ciência com um avanço tecnológico a uma velocidade que foge aos nossos olhos, não quebraram este núcleo de origem natural do ser humano que é a família. Nada é tão forte em repercussão para o homem como suas raízes familiares, seja pela presença ou pela ausência destas. Não é possível imaginar a humanidade desvinculada de sua estrutura familiar, sem que aquela sofra uma adulteração na sua natureza. Homem, família e sociedade fazem parte de um mesmo corpo estrutural indivisível.

Portanto, o conhecimento da pessoa, que é um *estudante-homem*, deve passar necessariamente por uma pesquisa na sua origem familiar. Não podemos, contudo, contar com a garantia da origem da procedência para a expectativa da observação do fruto, pois se da macieira só temos maçãs, das famílias temos homens livres para a escolha de seus caminhos. Uma

liberdade que torna o homem capaz de adaptações nos mais variados locais da terra, com comportamentos diversos, em culturas e em tempos diferentes. Ainda assim, o estudo das raízes familiares não pode ser visto como fator menor para o conhecimento do passado, presente e, por que não dizer, perspectivas e aspirações futuras, (ainda que concorram tantas variáveis), do nosso estudante.

Se a busca da origem e determinação da vocação está oculta para muitos num tempo passado, as experiências, as atitudes e esperanças estão registradas com muita frequência no âmbito da história da família. Âmbito que pode, assim procuraremos verificar, ser o berço desta decisão por escolher a Medicina de modo quase indecifrável para muitos, e bastante lógico para outros. Quanto isto importa nesta determinação se apresenta como incógnita em diversos pontos. Como isto pode ser valorizado na formação do estudante e na sua avaliação seletiva são interrogações maiores; mas certamente é tema que não pode ser esquecido na formação acadêmica do estudante.

Não se pode deixar de avançar na busca deste conhecimento, que possivelmente nos ajude a reavaliar os caminhos seguidos para a seleção de candidatos à Medicina, assim como nos objetivos e metodologias da formação acadêmica. Acredito que os dados conseguidos pela participação voluntária de 487 jovens, ingressos em seis faculdades de Medicina da Grande São Paulo no ano de 2003, possam colaborar para pesquisas futuras, que selecionando melhor o estudante determinado na meta de tornar-se médico,

seja também o melhor na sua tarefa a serviço de toda a sociedade; quer no trabalho assistencial, quer na ação educativa ou do progresso científico.

UM TRABALHO DE CONTINUIDADE

Ao final de sua tese de doutorado, o Dr. Luiz Roberto Millan nos apresenta o seguinte pensamento .:

“No início do século XXI, quando as atenções estão dirigidas cada vez mais para os avanços tecnológicos da medicina, ficando os aspectos humanísticos em segundo plano, torna-se premente dar continuidade ao estudo da vocação médica. Como perspectiva, seria interessante realizar estudos comparativos em diferentes escolas médicas, com alunos de outras áreas e, também, com vestibulandos. Além disso, seria enriquecedora a realização de um estudo prospectivo com os alunos que participaram da pesquisa, com o intuito de observar o seu desenvolvimento vocacional no transcorrer do curso. Esses resultados poderão ser úteis a vestibulandos, aos alunos e professores de medicina, àqueles que se dedicam à psicologia médica, à orientação vocacional, aos serviços de assistência psicológica aos estudantes de medicina e aos responsáveis pela elaboração dos currículos dos cursos médicos.”
(Millan 2003 p.273)

Desde os primeiros tempos a civilização é uma somatória de experiências que se acumulam, decorrentes do espírito questionador inerente à natureza humana. O homem é o único animal que tem esta capacidade de

questionar, refletir, concluir e avançar na sua incansável busca de razões para uma razão final e existencial. Decorridos milhares de anos, cada vez é mais difícil encontrar uma pergunta original. Somos parte de uma seqüência de acontecimentos aonde os precedentes vão orientando os seus sucessores na busca de melhores caminhos. A “originalidade” é palavra que exige cada vez maior prudência para a sua afirmação.

Vivemos numa época em que saber se o que agora escrevo pode simultaneamente estar sendo redigido na Austrália ou costa da Noruega pode desanimar a originalidade da tese do autor. Se for verdade que a informação “*on line*” facilitou o conhecimento da simultaneidade dos acontecimentos, também não é falso que multiplicou o volume de trabalhos desenvolvidos capazes de ser acompanhados pelos dois olhos, mesmo na era da informatização com leitura dinâmica. Qualquer “*site*” de busca é capaz de desanimar quando mediante duas palavras encontramos, em fração de segundos, milhares de referências.

Isto exige do investigador um forte exercício de humildade em reconhecer que depois da capacidade de manutenção do fogo, e descobrir a roda, somos uma seqüência de trabalhos em colaboração. Um trabalho que não “é seu”, mas está a serviço de todos. Esta é a mola propulsora que deve movimentar o verdadeiro pesquisador. Caso o mesmo trabalho seja apresentado com aprovação e aproveitamento dias antes em outro local, isto não deve diminuir a boa intenção e o esforço de todos que se interessaram

pelo mesmo assunto. Ao mesmo tempo deverá alegrar aos que concorreram para o desenvolvimento do tema, pois a meta está no conteúdo e não no pesquisador. O pesquisador poderá ser um exemplo pela maneira como trabalhou, refletiu e concluiu. Um modelo biográfico humano da maior significância para a educação dos que se seguirão. Porém, para o desenvolvimento da pesquisa pesa mais o conteúdo que permanece como ponto de partida para novos avanços, que superam a própria existência do pesquisador.

Assim, espero que este trabalho seja uma continuidade de uma idéia que preocupa a muitos em todo mundo há bastante tempo, e que recentemente Millan sintetizou, após ampla investigação da literatura, em sua tese: *“Vocação médica e gênero: um estudo com primeiranistas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo”* (2003). Como lemos na introdução desta seção, ele encerra seu trabalho abrindo um panorama enorme de opções a novos trabalhos que certamente não poderão estar contidos num único espaço. Exige uma grande interação de diferentes elementos em especialidades distintas. Isto demonstra, de modo concreto, o caráter evolutivo da pesquisa no qual pretendo contribuir com uma parte visando a área da influência da família e da personalidade na vocação de estudantes do primeiro ano de medicina, e possíveis implicações no processo seletivo.

O contexto familiar, difícil de ser enquadrado em parâmetros, que delimitem toda a realidade que envolve a sua dinâmica de relacionamento, tem sido incluída por autores em trabalhos com objetivos amplos sobre o estudante de medicina, mencionando o aspecto sócio-econômico, onde se infere uma relação de parentes médicos, ou acontecimentos de infância (perdas e doenças) e a tendência para se dirigir à Medicina (Paris, 1983; Dennis et al. 1990; Meleiro, 1999; Millan et al. 1999; Bellodi & Cardillo 2000, Millan, 2003).

Autores vinculados a Medicina de Família, principalmente na América do Norte, têm se dedicado nas últimas décadas a procurar identificar que características apresentariam os alunos que optam pela especialidade de Atenção Primária em relação aos que preferem áreas mais específicas. Assim fizeram Van Dijk et al. (1970); Nieman et al. (1986); Fincher et al. (1994); e verificaram que os alunos que se dirigiam para a Atenção Primária apresentam disposições maiores nas suas atitudes voltadas para o humanismo e para área social.

Estas considerações são importantes quando desejamos para uma especialidade como Medicina de Família, profissionais que tenham a atenção da formação médica voltada para as considerações do paciente no seu meio familiar. De fato, a Medicina de Família tem contribuído muito para que se desperte a importância não só de se voltar a ver o paciente inserido em seu contexto mais íntimo, e que participa de sua biografia, que é a família; como

também tem sido dentre as disciplinas acadêmicas das faculdades de Medicina, uma das que mais tem contribuído com publicações a respeito da educação médica. Dentro do âmbito desta educação, nota-se uma preocupação constante em se estudar, promover, e avaliar trabalhos que enfoquem as reações dos estudantes de Medicina diante deste contexto de se assistir ao paciente inserido na família, nas suas diferentes implicações que naturalmente favorecem ao aprendizado do aluno diante do caso concreto: o paciente.

Em nosso meio, recentemente, Blasco apresentou extensa revisão desta literatura em sua tese de doutoramento “Medicina de Família e Cinema – Recursos Humanísticos na Educação Médica” (2002), em que aborda a questão da importância da formação do aluno, principalmente no aspecto de suas emoções, quando voltado para o paciente no seu âmbito familiar. O autor adverte quanto a necessidade de se promover um maior “espaço” para a discussão destes temas junto ao aluno nos ambiente acadêmicos. Assim lemos em suas páginas:

“Assim os temas que vão desde a dificuldade em cuidar do paciente e tratar com a família até o como lidar com a morte – a questão da eutanásia, o sofrimento e a medicina paliativa, sem excluir o relacionamento com os colegas – apontam para a necessidade de discutir significados, em vez de estabelecer protocolos. Existe pouco espaço para esta discussão no ambiente acadêmico, e as experiências aqui relatadas mostram que a discussão amplia a visão. São temas que ‘pedem espaço’ para serem tratados”.

(Blasco 2002, p.71)

Em outra parte enfatiza a importância de se valorizar a formação pela abordagem da afetividade, dentro do aprendizado, para a vivência dos temas pertinentes que envolvem o paciente, a família, e o próprio ambiente profissional .

“As percepções do aluno, quanto às suas próprias necessidades formativas, chegam pela dimensão emotiva. O aluno dificilmente explica ou esclarece racionalmente os motivos que criam afinidade para estas questões e porque seria um meio de suprir suas deficiências. (...) Se a afetividade não é o núcleo do processo educacional, certamente é uma porta de entrada necessária. Por ela deverão entrar os restantes conceitos com que se pretende formar o aluno.” (Blasco 2002 p.177)

Ainda que muito tenha sido feito, (e continua sendo), a respeito da necessidade de se focar a família do paciente no aprendizado dos alunos, e alguns aspectos da família do estudante quando do período da sua formação; uma pesquisa específica para a abordagem dos eventos familiares ocorridos na vida do próprio aluno, e não do paciente, é um assunto que carece de um estudo mais detalhado e melhor explorado pela literatura. Um trabalho que aborde o que antecede a sua entrada na faculdade de Medicina e suas possíveis influências na escolha por Medicina, assim como as conseqüências do convívio familiar na interação do desenvolvimento do estudante no seu meio acadêmico.

Certamente, não se conseguirá, em um único trabalho, abranger toda a riqueza de relações existentes na família, e suas possíveis implicações, quer no aspecto vocacional ou opção profissional, e as eventuais aplicações que poderiam ser consideradas num processo seletivo.

Consciente destas dificuldades e limitações, mas desejando colaborar com aqueles que há mais de cinquenta anos investigam este caminho de pesquisa, procuramos neste trabalho, mais do que necessariamente firmar princípios que estabeleçam parâmetros para uma possível proposta de reavaliação do processo seletivo, verificar na população estudada algumas relações já conhecidas pela literatura e a existência de outras, com suas possíveis correlações, que possam gerar reflexões para uma nova dimensão no conhecimento dos candidatos à Medicina.

1. Introdução

1.1.HISTÓRICO:

DA ORIGEM DA VOCAÇÃO AO ALUNO DE HOJE

1.1.1. A seleção de uma personalidade

Os primeiros parágrafos dos livros de História da Medicina infalivelmente atribuem o berço da medicina à própria origem e história do homem. Assim lemos nas primeiras páginas do primeiro capítulo da obra clássica de Octacílio de Carvalho Lopes, “A Medicina no Tempo”:

*“A História da medicina confunde-se nas suas origens com o próprio sofrimento do homem.(...) Em todos os tempos e em todas as culturas sempre apareceram os indivíduos mais fantasiosos ou mais argutos. Naturalmente, entre os homens primitivos, o fenômeno também se verificou. Aos poucos, impondo-se por sua **personalidade**, houve os que assumiram o papel de chefes. E no desempenho dessa atividade sofriam, eles próprios, um processo de auto-valorização ampliado cada vez mais pela auto-sugestão, captando a confiança da maioria. Deles, dos líderes, nasceram os iniciados, capazes de sondar os arcanos, sendo induzidos a aceitar a responsabilidade de interpretar os fatos incompreensíveis, adquirindo o “poder” de afastar as moléstias. Desse modo deve ter sido a gênese dos feiticeiros, dos adlvinhos, dos curadores e dos médicos.” (Lopes 1970 p.25)*

Com algumas variações poderíamos citar Oliveira (1981), Lyons/Petrucci (1997), Porter (2001), e outros. Verificamos que a “seleção” de médicos está inserida em um contexto que além da aceitação da comunidade, se baseia nas características da *personalidade* deste líder. Não podemos deixar de considerar que esta seja uma teoria, mas até o momento encontra aceitação pelos historiadores.

Desperta aqui um binômio interessante que interage *personalidade e confiança no outro*. A confiança é um vínculo de atitude no homem que demonstra segurança íntima, esperança firme naquilo que aguardamos acontecer; no caso do doente, a melhora da sua saúde. Esta melhora alicerçada na ajuda do outro encerra o que denominamos o verdadeiro sentido do *humanitário*. Percebemos então que atrelado a esta “atitude” mencionada por Lopes, como atribuição do chefe, que viria a desempenhar as funções de médico primitivo, encontramos o que caracteriza o humanitário. Essa busca pela melhoria da humanidade, que em tempos remotos, implicava na própria sobrevivência da espécie. A conotação – atitude *humanitária* - desenvolve-se ao longo do tempo, forjando as bases do que posteriormente passará a constituir um grande conjunto de ações em determinadas circunstâncias que embasará o *humanismo*.

A atitude humanitária, embora não seja característica peculiar do chefe que desempenha de forma embrionária as funções do médico, parece encontrar neste personagem – o médico - solo adequado para enraizar-se e crescer com as características que se esperaria de alguém com dedicação

para cuidar do sofrimento alheio. Uma dedicação que, acreditamos, tenha por milhares de anos na era primitiva, despertada espontaneamente em alguns líderes pela sua personalidade, conforme Octácilio Lopes; passou posteriormente a ser acrescida de uma condição de aquisição de conhecimento a ser transmitido. Uma transmissão que deveria se fazer a pessoas com características semelhantes na capacidade de poder exercer suas funções.

O aprendizado envolvia muito mais o interesse de quem desejava seguir a Medicina, e encontrasse um mestre com o qual aprendia a arte e a ciência da cura. Em seu livro “A face humana da Medicina”, De Marco (2004) nos afirma que nos relatos de civilizações mais antigas, como a egípcia, temos registrado que a transmissão dos conhecimentos médicos era feita através da passagem direta do conhecimento do mestre para o discípulo. Estes quase sempre pertenciam a uma mesma família, a exemplo do que ocorria na transmissão de conhecimento de diferentes profissões da época.

As famosas escolas gregas Cnido no litoral e de Cós na região das ilhas, berço hipocrático, não eram propriamente centros de educação, mas locais de tratamento de pacientes, como até hoje podemos verificar em suas ruínas. Nestes locais os interessados em aprender os conhecimentos médicos deveriam estar comprometidos com o que regia (e rege até hoje) o juramento de Hipócrates.

É preciso considerar a este tempo as próprias palavras do juramento de Hipócrates que relatam como se processava o ensinamento e de certa forma um modelo de seleção para seguir a carreira de medicina.

“Estimar, tanto quanto a meus pais, aquele que me ensinou essa arte; fazer vida comum e, se necessário, com ele partilhar os meus bens; ter seus filhos por meus próprios irmãos; ensinar-lhes essa arte se eles tiverem necessidade de aprendê-la, sem remuneração nem compromisso escrito; fazer meus filhos, os de meu mestre e os discípulos inscritos participarem dos preceitos, das lições e de todo o resto do ensino, segundo os regulamentos da profissão, e apenas esses.” (Salem 2002 p.17)

Alguns autores preferem traduzir este compromisso do juramento nos termos que se seguem como o faz Edmundo Vasconcelos e Otacílio Lopes.:

“Ensinar esta arte,(...) àqueles que se comprometerem a praticá-la, sujeitos a este juramento, e a nenhum outro em contrário.” (Vasconcelos 1973)

“...fazer que os filhos do meu mestre e os estudantes que se inscreverem e que tiverem jurado segundo a lei médica participem desses ensinamentos, e mais ninguém” (Lopes 1970 p.112)

Podemos observar o caráter de familiaridade que apresenta o juramento. Obedece a exemplo do já mencionado para outras civilizações, ao que era então freqüente em muitas profissões, ou seja, a passagem de ensinamento do ofício de pai para filho. Por outro lado não deixamos de notar que não são para todos os filhos, mas para os que quisessem e estivessem

dispostos a se submeter ao juramento. Aparentemente, no que se refere à ocasião do juramento, existe uma diferença em relação ao que se faz na modernidade. O juramento era uma condição para aprender a arte, e não para exercê-la depois de já tê-la aprendido. O candidato, por assim chamar, precisava estar de acordo com as condições previamente. Este poderia ser um critério de seleção. Para se compreender o que se pedia ao candidato que fosse obediente devemos continuar a ler o juramento.

Prescrever dietético para alívio do doente e afastar tudo o que lhe é prejudicial ou nocivo. Jamais prescrever medicamento mortal a quem quer que seja, seja quem for que assim o solicite; jamais ser autor de semelhante conselho; jamais fornecer medicação abortiva. Conservar minha vida e minha profissão puras e santas; não operar cálculos, mas enviar tais pacientes a quem se ocupe especialmente dessa operação; entrar em toda casa a que for chamado com o fito de aliviar o doente, conservando-me puro de toda a iniquidade voluntária e corruptiva, proibindo-me todo o comercio voluptuoso, seja com mulher ou homem, livre ou escrava. Calar, guardando como segredo inviolável, tudo o que vir e ouvir no exercício de minha profissão ou fora dela, bem como silenciar sobre tudo o que não deverá ser divulgado. Se, então, cumprir fielmente meu Juramento, se não falhar, possa eu gozar de minha vida e dos frutos de minha arte, honrado por todos os homens até a mais recuada posteridade. Se, porém, violar meu juramento, se perjurar, que me aconteça o contrário.”

(Lopes 1970 p.113)

O Juramento de Hipócrates é um tratado que atravessa quase 2500 anos e ainda é tema de amplas discussões na atualidade. A sua excelência é tanta em tão poucas linhas, que se fugiria com facilidade de nosso objetivo central, no momento, se começasse a comentá-lo. Ele refere-se à ciência, à

ética, à vida profissional, ao comportamento privado do médico de forma sucinta e clara, em pontos até hoje de uma atualização impressionante. Gostaríamos de nos a ter ao que se refere às necessidades de seleção.

Chama a atenção a preocupação do juramento em qualificar a personalidade de quem quer abraçar a medicina. Os pontos comportamentais referentes ao uso da ciência na arte médica exigem um comprometimento moral do “candidato” que estava de acordo com o que conhecemos da atmosfera histórica da Grécia antiga. Pela descrição de Roberts (2001 p 195), ainda que existissem as mulheres cortesãs (*hetaira*), na vida cotidiana na antiga Grécia, as mulheres casadas mantinham uma distância de outros homens, que não se envolviam com as esposas de amigos. Assim também o comportamento pessoal no trato com o paciente e familiares e funcionários são claros na exigência do cumprimento de virtudes que respeitassem a tradição.

Em resumo, o juramento contém uma preocupação crítica não com o que deveria saber o candidato a respeito da ciência, (que seria ensinada), mas com o comportamento da pessoa que se propunha a ser médica. Um comportamento que deveria ser desejado para o ingresso no aprendizado. Parece que Hipócrates profetizava o que, mais de dois mil e quinhentos anos passados, um pesquisador se preocuparia em seu trabalho para afirmar no século XX :

“The goal of this study was achieved: to determine which qualities of a superior physician are important but cannot be taught in medical school.” (Sade 1985)

De certa maneira retomamos a questão da personalidade do médico, que foi forjando ao longo do tempo estas características humanísticas. Gallian, em artigo no qual aborda historicamente este contexto de transformações sofrido pela medicina e pela atitude médica ao longo dos séculos, afirma:

“Em sua origem, a medicina ocidental era uma ciência essencialmente humanística. Segundo Werner Jaeger, uma das maiores autoridades em história da Grécia Clássica, ‘de todas as ciências humanas então conhecidas, incluindo a Matemática e a Física, é a Medicina a mais afim da ciência ética de Sócrates’. (...) O médico clássico é, antes de tudo, um filósofo; um conhecedor das leis da natureza e da alma humana.(...) Esse foi o modelo, a concepção de médico e de medicina, que se perpetuou historicamente – obviamente não sem mudanças, rupturas e transformações- no ocidente até bem pouco tempo atrás. ” (Gallian 2000).

Podemos dizer que não tivemos grandes mudanças no que se pretende levantar quanto a eventuais processos de seleção para os que desejavam cursar Medicina. O processo de educação era eminentemente acompanhado pela prática daqueles que já exerciam a Medicina e se dispunham a ensinar os seus discípulos, geralmente em número reduzido. A convivência diária com o mestre favorecia a um conhecimento por parte deste, das características pessoais de quem o assistia, o que mais facilmente poderia despertar uma crítica quanto as reais possibilidades do pretendente vir a se tornar um médico. Características que não deveriam estar exclusivamente associadas ao conhecimento científico, tão rudimentar e de resultados falhos com frequência, mas as qualidades humanas destes.

Nessa evolução histórica, interessantes são os comentários do médico Isidoro de Sevilla, em suas anotações denominadas *Etimologias*, escritas no século VII a respeito do que deveria saber o médico e por quê.

“Com efeito, o médico deve conhecer a gramática, para poder entender e expor o que lê. O mesmo cabe dizer da retórica, de modo que pode delimitar com argumentos indiscutíveis os casos que ele tem entre as mãos. Outro tanto tem que se afirmar da dialética, que o permite, mediante o raciocínio, aprofundar-se nas causas que provocam as enfermidades e nos remédios aplicados para a sua cura. Necessita da aritmética, para o que se refere ao número de horas que duram os ataques febris e a periodicidade que se apresentam. Digamos o mesmo da geometria, enquanto a índole das regiões e zonas nas que assinala que é o que cada um deve observar. E incluindo não deve ignorar a música, pois muitas são as enfermidades que, como pode ler-se nos livros, têm sido tratadas utilizando esta disciplina.(...) Conhecerá enfim, também a astronomia, pelo que se examinam o movimentos dos astros e a evolução do tempo. Pois, como sustenta algum médico, com as variações que se vão apresentando, nosso corpo experimenta igualmente alterações. Daqui se considere a medicina com uma segunda filosofia. Uma e outra ciência reclama para si o homem inteiro; pois se por uma se cura a alma, por outra se cura o corpo.” (Sevilla 1982)

Através deste texto percebemos o universo que o profissional deveria ter em conta na sua formação. Nela podemos imaginar a necessidade de ser este elemento, dentro do contexto da sociedade da época, um indivíduo dotado de capacidade bastante superior à média de uma população na qual a cultura estava reservada a poucos. Além da capacidade deveria ter acesso a esta formação que não deixava de apresentar dificuldades pertinentes à baixa

escolaridade do momento. Não esquecemos que em conseguindo superar, ou mesmo estar inserido nas condições acima, era fundamental que apresentasse condições de exercer a arte de curar, o que significava confrontar-se diariamente com o sofrimento alheio. Todos estes atributos não deveriam encontrar um número grande de pretendentes ao cargo, ou seja: ser médico. Este conjunto de características exigidas, quando satisfeitas, deveria oferecer a este personagem destaque na sociedade em geral, assim como, eventualmente, influência nas próprias esferas de decisão governamental. Esta condição gerou uma figura de prestígio social que viria a influenciar posteriormente pela escolha profissional de muitos seguidores da Medicina ao longo dos anos.

1.1.2. O nascimento de um novo perfil médico

A formação acadêmica universitária com origem no século XII, culminava num médico de cultura ampla, mas que na prática obtinha resultados freqüentemente desanimadores em virtude das limitações próprias das condições da época. Historicamente o processo de desenvolvimento científico é lento, e mesmo os anos do Renascimento não trazem mudanças radicais no perfil do médico, que permanecia como um conhecedor das humanidades.

Apesar do avanço de uma nova mentalidade, que vai fortalecendo uma visão científica do mundo que pouco a pouco se desenvolve a partir do século XVII e XVIII em locais diferentes de regiões da Europa, a prática médica

mantinha sua “visão romântica” do exercício da Medicina, com as características de um profissional essencialmente humanista em acordo com o cotidiano que dominava a vida da sociedade (Gallian 2000).

Somente no século XIX passaremos a assistir uma verdadeira revolução científica que trará conseqüências significativas na Medicina, com implicações que alcançam os dias de hoje. O chamado modelo experimental, desenvolvido nesta época dentro da Medicina, favorece ao desenvolvimento da fisiologia, representada principalmente por Claude Bernard, resultando numa nova visão do corpo humano. A imagem anatômica, praticamente inanimada de Vesalius no século XVI, cercada de hipóteses que mais se aproximavam de teorias mágicas, ou sem qualquer possibilidade de constatação, passam agora a ser repetidas e comprovadas, escrevendo um novo capítulo na história da Medicina. Até então, Harvey era um expoente praticamente isolado com a sua proposta e elegante demonstração do aparelho circulatório no século XVII.

No aspecto da formação acadêmica profissional, a revolução científica também acarretou transformações tão necessárias, quer para a compreensão da fisiologia quer pela evolução de uma Patologia demonstrativa desenvolvida por Virchow, e pelos postulados de Koch, dentre outras descobertas. (Oliveira 1981).

Com a chegada do século XX o médico tem condições e precisa adquirir conhecimento sólido em áreas científicas em acelerado progresso, que

não são possíveis de se adquirir como discípulo isolado. Isto reforça o papel do ensino nas faculdades específicas, abandonando-se definitivamente a possibilidade de “práticos” da Medicina.

Paralelamente na sociedade, propicia-se uma maior oportunidade de ensino a uma parcela cada vez abrangente da população, que alcança as condições necessárias para cursar o ensino superior, até pouco tempo restrito a uma pequena parcela de elite.

Entramos num momento da história que merece uma reflexão maior pelo assunto de interesse deste trabalho. As transformações que ocorreram já nas primeiras décadas do século XX afetaram definitivamente todo o comportamento da sociedade. A visão do homem em relação a si mesmo e ao mundo que o rodeia, descortinando horizontes nos quais ninguém mais se atreve a estabelecer limites. Dentro deste contexto procuraremos destacar três aspectos de maior interesse ao nosso estudo e que devem ser melhores considerados: as mudanças sociais, a nova constituição do homem, as características no médico.

1.1.3. Mudanças sociais

Procurando centrar a atenção no aspecto da saúde, que nos interessa, e não numa ampla visão do contexto social com todas as suas interações, cabe assinalar que o século XIX diferencia-se pelas mudanças das condições de saneamento básico que passam a existir com a urbanização

mais organizada. Inicialmente nos grandes centros e progressivamente em áreas mais distantes, o homem começa a aprender a conviver com uma condição de vida mais saudável no que diz respeito ao tratamento da água, ao controle de grandes epidemias, e as condições de trabalho mais controladas, que durante séculos foram as responsáveis pela morte de milhões sem que a medicina, e o médico, nada pudessem fazer. (Canesqui 2000; Martins 2001; Farrel 2002)

A doença, que já com Hipócrates havia perdido a conotação de “castigo dos deuses”, pois este a relacionava com as condições do físico e suas interações com o ambiente (a natureza) ao redor, guardava ainda de certa forma um misticismo que se alimentava pelas pestes de causas invisíveis, e uma forte interferência do fator religioso reinante.

As descobertas da microbiologia, o advento das vacinas, que levaram as medidas de saneamento básico, transformam definitivamente as condições sociais. Ocorre diminuição da mortalidade, principalmente infantil, abre-se o caminho para longevidade, e os médicos são inseridos no trabalho conjunto a outros profissionais. Isto porque embora muitos médicos tenham sido fundamentais neste contexto, a inserção de engenheiros, advogados e outros, compartilham nesta obra social, que além de exigir construções dentro de novos padrões, também requer a mudança para uma legislação adequada às novas condições de estabelecimentos comerciais e de atividades profissionais.

Este novo panorama da saúde nocauteia a magia que por tantos séculos permaneceu como uma áurea criada para aqueles que corajosamente se dedicavam à Medicina. O poder não estava mais nas mãos do “curandeiro”, que manipulava substâncias desconhecidas num ritual de autoridade, mas de circunstâncias agora desvendadas, que trouxeram maior benefício, e em tempo mais curto do que muitos médicos com aquela “áurea misteriosa” poderiam conseguir.

1.1.4. A nova constituição humana

Vesalius no século XVI através de um trabalho dedicado e incansável de dissecações deu uma nova visão à anatomia, que até então estava por séculos sendo ensinada com os erros de Galeno do século II (Saunders e O'Malley, 2003). Os seus estudos ofereceram uma terceira dimensão ao homem renascentista, abrindo caminho para novas descobertas do interior de um corpo que permanecera fechado ao conhecimento principalmente por motivos religiosos. Era possível começar a pensar num maior desenvolvimento da cirurgia, que, contudo, precisou esperar até o século XIX, com o advento da anestesia, para maiores avanços.

O grande passo, porém, para a nova constituição humana acontece realmente com a revolução científica no século XIX com a evolução da Fisiologia centrada no modelo experimental. A anatomia de Vesalius deixava de ser estática para movimentar-se em laboratórios que progressivamente

descobriam as relações de órgãos, que anteriormente só eram avaliados por teorias sem qualquer embasamento de comprovação científica.

A visão mecanicista de René Descartes a respeito do homem começava a se fortalecer. O homem parecia cada vez mais uma máquina, que funcionava a exemplo de tantas outras, que paralelamente no tempo eram inventadas pela engenharia para a revolução industrial. A possibilidade de se isolar órgãos vivos em experimentação animal, provoca um avanço do conhecimento incalculável para a época, ao mesmo tempo em que lança as sementes do processo de segmentação do ser humano, que sempre tinha sido avaliado na sua constituição plena, ou como preferem alguns, na sua forma holística.

Entramos no século XX com esta metodologia definida e aceita plenamente pelos pesquisadores como a regra a ser obedecida. O crescimento rápido em busca de novas descobertas obriga o surgimento de novas especialidades que enfocam cada vez mais um espaço menor do homem a ser examinado, desenvolvendo-se de modo impressionante o conhecimento de particularidades, que deveriam encontrar caminhos de interação para as suas funções em diferentes órgãos.

A bancada de Claude Bernard, em menos de meio século, já se encontra há muito insuficiente. Surgem laboratórios de sofisticadas tecnológicas onde a participação de físicos, matemáticos, químicos, bioquímicos, farmacêuticos, e outros se torna obrigatória. O tempo de

dedicação à pesquisa absorve por completo aos médicos que se aplicam a esta nova atividade, e estes se vêem muitas vezes forçados a deixar o convívio da clínica com pacientes, pela comunidade de técnicos do laboratório.

O homem, anteriormente observado na face do sofrimento, é agora analisado pela objetiva do microscópio, em seus tecidos e secreções, ou pelas reações químicas de exames laboratoriais. A constituição humana dotada de corpo e espírito por Hipócrates, acalentada por séculos pelos médicos humanistas do passado, adquire uma nova concepção que em breve deverá moldar-se a um modelo molecular, onde o espírito evapora-se, ou é analisado como um conjunto de emoções desencadeadas por mediadores neurológicos.

1.1.5. Reavaliando as características do médico

Apesar das limitações do “antigo médico”, de quem pouco se poderia esperar além do prognóstico do que haveria de acontecer com o doente, sem que nada se pudesse fazer, havia um respeito pela sua presença. Era sempre um profissional vinculado à esperança que alimentava o desejo da vida, ou ao outro extremo da certeza da morte, que exigia a preparação da partida. De qualquer forma jamais a visita do médico era indiferente a quem o acolhia.

A personalidade marcante, herança de uma liderança da primitividade que se enraizava no ato humanitário, estava agora dissolvida entre pesquisas complexas de laboratórios, aparelhos em crescente desenvolvimento tecnológico, esferas administrativas, ações políticas, e outras atividades nas

quais o paciente aparece como um personagem distante, ou mesmo oculto. Contudo, estas transformações não são o suficiente para que o espírito de humanismo que sempre foi atribuído ao médico fosse esquecido. Continua valendo para aqueles que se dedicam à arte de curar e a necessidade de cultivar as humanidades.

Neste aspecto encontramos nas palavras de Protásio L. da Luz publicadas recentemente em sua obra *“Nem só de Ciência se faz a Cura - o que os pacientes me ensinaram”* (2001) um alerta a todos que se dedicam a esta arte-científica:

“Quando me refiro ao estudo de humanidades quero dizer cultura geral, incluindo conhecimento de história universal, arte, música, literatura e comunicações, cuja finalidade, capacitar o médico a se relacionar mais facilmente com pessoas de diferentes formações culturais. Cultura, latu sensu, não, um luxo de aristocratas, mas sim um instrumento poderoso que permite ao homem ter uma perspectiva correta da vida e de seu trabalho.” (Da Luz, 2001 p.111)

Na mesma linha lemos no prefácio da obra de Bernard Lown , *“A Arte Perdida de Curar”* (1997), uma apologia a esta atitude “humanitária” descrita desde o início deste trabalho como característica da personalidade médica, ao menos para a grande maioria dos que acolhem a Medicina como profissão ao longo dos anos.

“Mais de quatro decênios de atividade médica só fizeram incrementar meu fascínio pela arte mágica de curar, como descreveu Maimônides, o grande médico-filósofo do século XII, que rezava: ‘

Possa eu jamais me esquecer de que o paciente é meu semelhante, transido de dor. Que jamais o considere mero receptáculo de doença.’ (...). Nenhum prazer pode comparar-se à alegria de auxiliar outros seres humanos a garantir e prolongar a vida. Este livro é uma pequena recompensa aos meus pacientes, que, em última análise, foram os meus maiores mestres e me ajudaram a tornar-me médico.”
(Lown 1997 p.17)

Não se pode deixar de mencionar nesta reavaliação das características do médico, enfatizando os principais aspectos pertinentes a sua formação e conduta, um dos maiores representantes desta corrente que se encontra no médico espanhol do início do século XX, D. Gregório Maraño. Ele agrega a sua prática médica atualizada e de rigor científico, uma devoção às humanidades que se concretiza no seu amor a história e as artes. Fazendo menção a este ícone do humanismo médico, Gallian assinala o que Maraño identificava didaticamente como **as cinco fontes do saber médico**:

*“1ª **A clínica**, ou seja, o conhecimento da realidade do paciente, ‘desde el colóquio que nos introduce en la intimidad del paciente, hasta el analisis que nos revela la composicion química del plasma, pasando, como es obvio, por los métodos de la semiologia más clásica y tradicional: inspección, palpación, percusión y auscultación’.*

*2ª **A anatomia patológica.***

*3ª **A fisiopatologia.***

*4ª **A etiologia.***

*5ª **A literatura, a arte e a experiência extra-médica da vida**, que para Maraño, tem uma importância tão grande quanto as outras fontes, na medida em que é na fonte das humanidades onde o clínico encontra algo de fundamental para o bom exercício da prática médica: intuições sobre a vida humana.”* (Gallian 2002)

Estas “fontes do saber médico” descritas no início do século XX por Maraño, encontram sérias dificuldades de sobrevivência com o acelerado progresso tecnológico, que cada vez preenche mais o já cansativo dia de atividades do médico no seu cotidiano. As descobertas de novos tratamentos, o desenvolvimento de novas técnicas cirúrgicas, o manuseio de aparelhos sofisticados, as mudanças do conhecimento fisiopatológico, associado às exigências de uma população que já não assiste a morte passivamente, sem que tudo do mais moderno tenha sido feito, faz com que a experiência “*extra-médica da vida,*” desejada por Maraño, fique cada vez mais reduzida.

O médico, não conseguindo abarcar todo o conhecimento existente, rende-se a onda de especializações crescente a partir da segunda metade do século XX. Definitivamente concretiza-se, mais do que nunca, a fragmentação do paciente, que, se estava dividido para o seu estudo, agora o está também na sua assistência. O paciente permanece oculto dentre tantas análises de exames que buscam exaustivamente a causa, ou seja, a doença, que assume importância hierárquica acima do seu portador.

As modalidades médicas começam a se caracterizar de modo bem definido, algumas com interações muito mais próximas de outras áreas como a Engenharia, a Física, a Química, a Administração, e outras. Porém, todas elas continuam pertencendo ao grande campo da Medicina. Torna-se difícil traçar o perfil do novo médico que se encontra agora com “mil faces” diferentes de acordo com a atividade de trabalho na qual se dedica, muitas vezes distante da percepção do paciente.

Como um antídoto a este novo cenário da profissão médica cresce uma corrente de argumentação apologética do humanismo como a que encontramos na conclusão do artigo *“Humanismo y ciencia médica. Una falsa dicotomía”* de Muñoz Hernandez et al. (1994) palavras que sintetizam a importância da retomada da formação médica dentro desta visão humanística.

“El humanismo médico nos es una entidad separada y aislada de la medicina. Es una necesidad médica imprescindible, inherente a la naturaleza misma de la práctica médica y que en todos los casos se requiere para la debida comprensión de un paciente. Este tipo de humanismo implica interesarse en el “conocimiento de la ética, el derecho, la historia y la literatura; además, conocer acerca de los valores, las motivaciones y las tradiciones” que se relacionan con la salud y la enfermedad humanas. Considerar el humanismo médico como una entidad integradora permitirá una práctica de la medicina suficiente y adecuada, en tanto que favorezca el reconocimiento de la variabilidad humana, ‘ el respeto por la individualidad y el interés por comprender los aspectos éticos y de justicia’ relacionados con el orden social en que se desenvuelve el paciente. En tanto que la medicina permanece con una ‘columna firmemente apoyada en la ciencia’, no puede olvidarse que la aplicación de este conocimiento debe ocurrir en el marco de la mejor tradición humanista, conformado por todos aquellos sueños y necesidades de la gente enferma, así como de aquellos que los atienden y les sirven” (Hernández et al. 1994).

Estas palavras são um alerta a este possível deslumbre do médico pelos recursos diagnósticos e terapêuticos, esquecendo-se de perceber o ser humano que ali está envolvido. São muitos os que se somam a este

posicionamento, como bem assinala Garcia-Manzo em um extenso artigo sobre *Humanismo y Medicina* (1993)

“La medicina de hoy no es en su esencia diferente de la medicina de ayer. En ella, ayer y hoy, el enfoque humanístico activa el espíritu, enriquece la capacidad crítica, extiende la conciencia y permite apreciar el papel de los valores implicados en las acciones médicas. Esta medicina es verdad absoluta. El médico humanista puede dar a su trabajo con los enfermos una perspectiva de profundidad y un mejor sentido de proporción y justicia.” (Garcia-Manzo 1993)

Este “*novo médico*,” inserido dentro de um contexto social moderno e dotado de tecnologia imprescindível para o seu desenvolvimento, necessita resgatar e perseverar com as características que foram forjadas ao longo de séculos dentro de uma natureza humanitária. Não o fará sem grande esforço, diante da sobrecarga de trabalho e da necessidade de dedicação ao estudo continuado de conhecimentos decorrentes de um progresso em alta velocidade. Uma velocidade que facilmente atropela os fundamentos da humanização em favor de uma atividade técnica.

Na introdução de sua obra já mencionada, “A face humana da medicina”, o Prof Mario Alfredo De Marco resume toda esta conjectura apresentada nesta seção, e define para ele as características do novo médico, e lança um alerta quanto as conseqüência da atuação de profissionais que possam não levar em consideração, na sua prática diária, os apelos insistentes apresentados acima.

“Os avanços da medicina, acompanhando o progresso da ciência em geral e o desenvolvimento de tecnologias cada vez mais sofisticadas, têm descortinado possibilidades e perspectivas que nem mesmo os mais visionários poderiam prever.

Contudo, hoje, cada vez mais, tem se colocado a questão do fator humano, no sentido de uma preocupação com o perigo da desumanização que pode advir de uma evolução unilateral do conhecimento. A medicina teve um impulso considerável na ampliação de seus conhecimentos a partir da adesão da experimentação e à adoção do modelo biomédico. Isto trouxe muito progresso, mas colocou um problema: o que fazer com a psique? O que fazer com a alma?

Para o cientista orientado a partir da perspectiva biomédica, a psique pode tornar-se um estorvo, uma intromissão indesejada, que atrapalha suas investigações e ações. Seria muito confortador para esse cientista se o ser humano pudesse ser reduzido às mesmas leis do mundo inanimado.

Isto vale para o cientista e para o profissional que funciona dentro dessa perspectiva. Para este profissional, o paciente perturba quando se intromete com questões pessoais, com sentimentos e outras tantas ‘banalidades’ que nada tem a ver com o tratamento da doença que é o interesse primordial desse profissional. Para ele, todas essas questões são acessórias, desnecessárias e nada tem a ver com a arte da cura.” (De Marco 2004 p.17).

1.1.6. O aluno de medicina

Paralelamente no campo universitário de graduação, obedecendo com coerência as transformações do mundo moderno, exige-se da formação de seus candidatos uma sólida fundamentação científica que se adquire nos

bancos escolares. Os requisitos para admissão em uma faculdade de Medicina passam a ser o conhecimento que este aluno tenha sobre as bases da ciência.

As transformações para um ensino médico mais científico, apresenta como marco fundamental, os estudos realizados em 1910 por Flexner nos Estados Unidos e no Canadá, inicialmente, e depois propagado para todo mundo ocidental. Para Flexner o ensino deveria estar norteado por uma atitude técnica intelectual e científica, na qual o espírito pesquisador deveria ser inserido no médico. O novo modelo a ser apreciado por jovens médicos passa a ser do pesquisador clínico, na qual a importância da competência técnica científica pode em alguns casos e circunstâncias colocar em prejuízo o relacionamento médico-paciente. Estas mudanças acarretaram em muitos professores um comportamento mais voltado para a atividade de pesquisa, em detrimento do ensino clínico mais próximo do aluno.(Gonçalves 1990).

A esta nova formação na qual a análise do paciente é elaborada mediante sofisticados modelos de exames de imagem e laboratório, que proporcionará um tratamento oferecido por uma indústria farmacêutica a cada dia mais complexa, fortalecida por aparelhos cada vez mais sofisticados, somam-se as diferentes atividades nas quais o futuro profissional da saúde pode estar engajado. Diante disto a “áurea misteriosa” da personalidade do candidato passa a ser fator irrelevante para a sua avaliação.

Este esquecimento em considerar a personalidade do aluno em detrimento do seu conhecimento científico, parece ter favorecido a entrada de

melhores estudantes, mas não necessariamente de melhores profissionais futuros (Sade 1985). Concomitantemente se assiste a uma Medicina de aplicação técnica, multiplicada em especialidades e subespecialidades, que passou a encontrar em seus pacientes, fragmentados, uma reclamação por uma atitude mais humana (Blasco 1997). Esta constatação exige ao menos uma reflexão mais aprofundada no que diz respeito ao ingresso dos alunos, a formação universitária e suas atitudes profissionais.

Neste cenário reforça-se a necessidade de se enfatizar já na graduação uma formação humanística aos alunos, e futuros médicos. É o que encontramos no artigo *“Humanitas in medical education”* de Matthew Menken referindo-se a necessidade de se respeitar as recomendações da Declaração de Edinburgo:

“In my view, the assimilation of humanitas into de medical school curriculum is an important step in the global effort to translate the admirable goals of the Edinburgh Declaration into accomplishments.”(Menken 1992)

Diante desta realidade apresentada e do conhecimento por parte das faculdades de Medicina que não estão insensíveis as repercussões sociais ocorridas, existe há algum tempo uma preocupação em resgatar a humanização na Medicina. Para tanto a questão que se coloca na razão deste trabalho é se esta meta não deve ser iniciada desde o processo seletivo dos candidatos. A busca de critérios que possam construir ou estabelecer um instrumento que possa colaborar para esta meta, passa a ser o nosso trabalho.

1.2. A QUESTÃO DO PROCESSO SELETIVO

1.2.1. Vagas insuficientes

As mudanças ocorridas na Medicina por influência da tecnologia, que reforçaram para a formação médica a necessidade do estudo de matérias dedicadas às ciências, independente das características pessoais; a facilitação do acesso ao ensino por grande parte da população, e o prestígio profissional médico herdado do passado; favoreceram que um maior número de alunos procurasse os cursos de Medicina nas primeiras décadas do século XX.

As faculdades tornaram-se insuficientes com seus números de vagas e novas escolas começaram a serem abertas. Para uma avaliação deste processo no Brasil, as primeiras escolas médicas foram fundadas em 1813 no Rio de Janeiro e 1815 em Salvador, Bahia (Academia Nacional De Medicina, Centenário Da Educação Médica). No início do século XX, o Brasil apresentava apenas três “Escolas Médicas”, se acrescentando, às duas mencionadas, a do Rio Grande do Sul. Interessante que nessa mesma época, a Colômbia, muito menor que o nosso país, também possuía igual número. O México, nove; o Canadá, seis; e os Estados Unidos, cinquenta e sete (Sadi 1995).

Até a década de sessenta o crescimento do número de faculdades foi lentamente progressivo, não acompanhando a procura crescente de candidatos, o que motivou a necessidade de processos seletivos mais

rigorosos que deixavam alunos excluídos não por insuficiência, mas por falta de vagas. Exemplo disto foi o ocorrido no Estado de São Paulo, onde só havia até a década de trinta uma única faculdade de Medicina, que pertencia a Universidade de São Paulo, com nascimento em 1912. Nos exames de seleção de 1933, mais de oitenta alunos aprovados como suficientes para o curso não puderam entrar na faculdade por falta de vagas. A alternativa seria de se locomoverem para outro Estado. Diante disto um grupo de médicos se reuniu e fundaram a Escola Paulista de Medicina onde estes alunos classificados como suficientes foram recebidos. Nascia a segunda escola de Medicina da cidade de São Paulo, que futuramente viria a se tornar Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP (A Universidade da Saúde 70 Anos, 2003).

1.2.2. A questão da formação médica

O mesmo fenômeno ocorria em diferentes partes do mundo, onde, juntamente com a preocupação do processo seletivo, estava também a elaboração de uma grade curricular mais adequada à realidade, que reclamava a participação de um número maior de disciplinas conforme explodia o volume do conhecimento. Interessante que indiferente a este crescimento inesperado que abarca toda a ciência médica, as faculdades de Medicina permaneciam com o mesmo número de anos, ou seja, seis anos para a sua formação na graduação. É nos Estados Unidos, que como vimos, o número de faculdades já era bastante razoável para uma reflexão mais aprofundada sobre o tema,

que surge no final da década de cinquenta a obra coordenada por George Miller: *“Ensino e Aprendizagem nas Escolas Médicas”*.

“Toda obra que se dedique aos problemas da formação médica não pode deixar de se deter na natureza de quem está sendo educado. O popular aforismo educacional – ‘professores ensinam estudantes, não matérias’ – pode estar gasto, mas reflete uma ênfase que às vezes é negligenciado nos debates sobre problemas de educação. O produto humano de uma escola de medicina é modelado a partir de material bruto, cuidadosamente selecionado e exposto ao ambiente criado pela faculdade, e em que se refletem seus valores. Nem material, nem ambiente, sozinhos, determinam o resultado, mas sim, a interação desses componentes.” (Miller 1967 p.3)

Com estas palavras Miller inicia este volumoso trabalho preparando o leitor, professores interessados na academia, a refletir sobre este importante assunto. Teríamos nestas poucas linhas, material o suficiente de reflexão para muitos trabalhos. Não é desperdício nos determos pausadamente em alguns pontos.

Logo na primeira linha surge o alerta: *“formação médica”*. Ainda que pareça desnecessário, é fundamental repetir que o autor percebe a necessidade da formação médica e de seus problemas. Não encontraríamos nem um só professor na faculdade que discordasse que a formação é necessária. Como este processo está se desenvolvendo, e particularmente para ele que é mestre, como isto é vivenciado, isto requer pausa profunda de reflexão alertada pelo autor quando menciona a *“negligência”* do fato em

debates sobre a educação médica. A este respeito O Prof Ernesto Lima Gonçalves comenta:

“Causa espécie verificar que grande número de educadores médicos parece desinteressado das atitudes que os estudantes trazem ao entrar na escola médica e a evolução que podem sofrer – na qual os educadores devem inserir-se por participação ativa – ao longo do processo educacional.” (Gonçalves 1987).

Segundo o Dicionário Aurélio, *“formação é o ato, efeito ou modo de formar, constituição, caráter. Maneira por que se constituiu uma mentalidade, um caráter, ou um conhecimento profissional”*. O que é formar um caráter, ou uma mentalidade profissional? Será que sempre formamos médicos dentro desta perspectiva? Qual formação desejamos dar, e qual a sua origem? O que imprimiu o caráter da formação médica na sua origem? Será que o tempo transformou este caráter, ou mantém seus fundamentos?

Estas perguntas não podem, e não devem ser vistas como mera curiosidade. São questões existenciais dentro de uma profissão, e particularmente na Medicina, de importância relevante. E principalmente quando consideradas no âmbito deste trabalho que envolve o relacionamento familiar, que em primeira instância, é o berço desta *“matéria bruta”* a ser remodelada na faculdade. Estamos selecionando pessoas com o desejo de se tornarem médicos. Para tanto é preciso transformar este desejo através da formação. Mas antes de formar a estes desejosos é preciso selecionar aqueles que estariam mais aptos a concretizar este ideal, que embora desejado, não necessariamente pode estar ao seu alcance.

A seleção implica em escolha. Escolha que implica em se estabelecer critérios. Critérios que estão vinculados a valores. Valores que se encontram no candidato, ou que este tem capacidade de desenvolvê-los mediante uma formação adequada. E onde espero que o meu candidato tenha recebido seus valores? Não podemos deixar de, pelo menos, levar em consideração a influência da formação familiar. Considerar que estes valores necessariamente refletem no ambiente acadêmico um resultado de interação de componentes.

Enfatizando a importância do conhecimento desta pessoa, das suas atitudes e atividades passadas que identifiquem uma conduta a ser avaliada, encontramos sintonia com as palavras de Seidel. Em seus comentários em *“Medical Education: Broadening the Agenda for Change”* (1994), ele avalia a importância de conhecermos os antecedentes dos estudantes que estão vivendo numa sociedade de grandes transformações de valores. Alguns destes valores relacionados à compaixão e a atitude de ser cuidadoso, importantes para que o jovem seja capaz de compreender o comportamento humano que deve estar presente no médico, estão muitas vezes ausentes. Isto pode comprometer a formação do jovem que deseja abraçar a profissão. De certa maneira Seidel está repetindo a preocupação de Sade dez anos mais tarde, em nova versão quando na pergunta: *“Podemos esperar neutralizar tais alterações no curto espaço de tempo da faculdade?”*.

“Many who advocate change (in Medical Education) seem to forget that medical education does not begin with medical school. Students at matriculation are already shaped by their formal and informal education and experience, and any attempt to introduce change must

take into account the issues facing education in general. Because the quality of general education has eroded, many students lack the rich exposure to the historical, philosophical, and literate tradition essential to achieving the insight and understanding that enable humane physician behavior. These deficiencies cannot be remedied solely by changing the medical curriculum.(...) Can we expect to neutralize such values within the years of medical school?" (Seidel 1994)

Retomando a “*matéria bruta*”, denominada por Miller, esta, com certeza, já apresenta muitas modelações sofridas ao longo de uma história de vida. Circunstâncias que poderão eventualmente ter sido até fator de decisão por seguir a Medicina. É aqui que compreendemos o que o autor aponta como “*natureza de quem está sendo educado*”. O aluno tem uma natureza própria. Uma natureza humana, pessoal, moldada principalmente pela maior ou menor influência do ambiente familiar.

1.2.3. A necessidade de selecionar

Atualmente, uma das minhas atividades está vinculada ao trabalho junto ao Centro de História e Filosofia das Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Durante a realização desta pesquisa tive a feliz coincidência de encontrar em meio a um grande volume de documentos por serem ordenados, um que brilhou de modo significativo aos meus olhos: I Congresso Da Associação Médica Brasileira realizado em Ribeirão Preto no período de 23 a 27 de outubro de 1956. O tema do documento era sobre uma Mesa Redonda: *Ensino Médico*. Nele se apresentava uma série de colaborações da então Escola Paulista de Medicina, hoje denominada de

UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo), a respeito da formação acadêmica desde o ingresso dos alunos até o término de seus estudos. O conteúdo deste documento, passados quase cinquenta anos, é tão atual que, ao mesmo tempo revela uma preocupação histórica, e adverte quanto ao pouco que se avançou na questão dos critérios de seleção e de formação. Os seus pontos merecem a sua transcrição nestas páginas. Os grifos apresentados são deste autor.

“3ª Questão: EXAME DE SELEÇÃO

1. *É bom e útil o sistema atual?*

R. Não.

2. *Quais as alterações que se fazem necessárias?*

R. *Alterações de forma e conteúdo .*

*De forma: para reduzir ou eliminar os critérios subjetivos de julgamento;
para diminuir os componentes de acaso na determinação das questões formuladas;*

*De conteúdo: para incluir como fatores de seleção determinados atributos, atualmente não tomados em conta, **de modo a que se possa prever com maior segurança o que o candidato será como aluno, como médico, como cidadão.***

3. *Qual o melhor critério:*

a. *visar única e exclusivamente o conhecimento informativo do candidato?*

b. *visar além do preparo técnico as qualidades de inteligência e **de moral do candidato?***

c. *quais destes itens devem ser considerados como mais importantes?*

R. *Segundo a média de opiniões dos que melhor têm estudado o assunto, devem ser tidas em consideração as seguintes qualificações dos candidatos:*

a. **Características da personalidade.**

b. **Qualidades vocacionais.**

c. *Aptidão intelectual*

d. *Conhecimentos básicos.*

e. *Aptidão física.*

Não parece possível estabelecer uma hierarquia para essas qualificações, pois, pelo menos até o momento e para o nosso meio, não existem elementos

informativos adequados. Um julgamento de caráter meramente opinativo nada resolve, além de estar sujeito a variar largamente em função do julgador.

4. *Haverá vantagem em fazer voltar a funcionar os cursos pré-universitários?*

*R. A pergunta envolve várias questões preliminares. Em primeiro lugar, estarão as escolas médicas, no momento em que se apresentam para enfrentar problemas de reestruturação didática e funcional, preparadas para arcar com as responsabilidades de organização e manutenção de tais cursos? Serão eles uma continuação dos atuais colégios ou virão substituí-lo, no todo ou em parte? Terão direito a ingressar nesses cursos todos os aprovados no curso secundário ou será feita uma seleção? Uma solução intermediária, talvez menos complexa e mais eficiente, consistiria em se criar, nas Faculdades que tivessem condições para isso, **um curso preparatório, de um ano, a que seriam admitidos, em número limitado, candidatos que tivessem revelado, nas provas vestibulares, serem possuidores de boas qualificações nos vários aspectos que não envolvem conhecimentos básicos e que, por deficiências destes, não tivessem conseguido o ingresso. Seria essa uma forma de estimular, e aproveitar, elementos bem dotados, muitas vezes prejudicados pela freqüência a ginásios de baixa qualidade.***

5. *Como poderiam ser corrigidos desde já os principais erros, tendo-se em consideração o grande número de candidatos que afluem as Escolas Médicas do Brasil?*

R. Podem ser apresentadas várias sugestões:

(...)

3. ***inclusão de testes de inteligência, com atribuição aos seus resultados de um peso moderado mas suficiente para que a sua influência se faça sentir no cômputo global.***

(...)

5. ***Inclusão, a título experimental, de provas destinadas ao estudo de outras qualificações, especialmente, talvez, as que visem focalizar as características de personalidade e de vocação.***

6. ***Análise dos resultados das provas de seleção; estudo das relações entre esses resultados e a vida escolar e profissional dos candidatos, para determinação da validade dos critérios de seleção adotados. Tal tarefa, de enorme envergadura e larga duração, só pode ser desempenhada por um serviço central cuja organização se propõe. Somente através dos resultados colhidos por essa forma será possível passar do empirismo ora vigente para uma conceituação científica dos problemas de seleção.***”

(I Congresso da Associação Médica Brasileira 1956)

Após analisar as disciplinas de conhecimentos básicos a serem exigidas como língua portuguesa, física, química, biologia e língua estrangeira, conclui-se o trabalho com a seguinte declaração:

*“A nota classificatória será obtida pelo produto do teste de inteligência pela média dos testes de conhecimentos. **Cada escola poderá ainda, a título experimental, introduzir provas para a apuração de qualificação referentes a características de personalidade e aptidão vocacional do candidato.** Recomenda-se a realização de cuidadoso exame médico dos candidatos.”*

(I Congresso da Associação Médica Brasileira 1956)

As dificuldades de critério de seleção por avaliações de características subjetivas como a personalidade, aspectos vocacionais, aptidões em função de vivências passadas, permanece até os dias de hoje como um problema a ser melhor resolvido no âmbito educacional. No seu trabalho *“Nossas práticas de avaliação: um anacronismo na escola.”* Medeiros (1982) apresenta uma reflexão sobre todas estas dificuldades de avaliação do aluno durante o desenvolvimento do curso, mas que de certa forma também pode ser considerado para a avaliação de seleção dos candidatos. Explora as variáveis pertinentes ao conteúdo a ser avaliado, os critérios de verificação de conhecimento adquirido, as interferências no âmbito do professor e do aluno conforme as condições emocionais flutuantes decorrentes da condição humana.

“ Se cada professor atribui notas diferentes a uma prova e se um professor discorda da nota que a ela conferiu dias atrás, que

confiança as provas discursivas podem merecer. A questão passa a girar muito mais em torno de quem irá corrigir a prova e de quando o fará (antes do almoço? Pela manhã ou ao fim de longas horas de trabalho?)” (Medeiros 1982).

Este raciocínio quando aplicado a questões de maior subjetividade, como personalidade e aptidão, sofrerão maiores riscos para uma avaliação que possa diferenciar um grande universo de aluno que, além das variáveis já presentes em um mesmo avaliador, se multiplicará quando da diversificação de avaliadores. Talvez seja por estas dificuldades e outros motivos expostos ao longo do seu trabalho que o autor conclua com estas palavras:

“Se deixássemos de lado as conquistas da medicina, da telecomunicação, ou da informática, nos últimos dez anos, nossa vida material mudaria muito; se adotássemos postura semelhante em relação à educação formal, praticamente nada mudaria na escola.” (Medeiros 1982)

O processo seletivo tem por objetivo escolher os melhores. Os que correspondam de modo mais eficiente ao trabalho a ser cumprido. O próprio Miller já alertava da dificuldade do aluno ideal diante da diversidade de opções nas carreiras médicas. Um processo de seleção implica em estabelecermos uma ponte entre o selecionado e a sua atribuição para determinado trabalho, no caso: ser médico.

Para tanto precisamos antes de aplicar o modelo de seleção, conhecermos bem quais atribuições que o selecionado deverá fazer. Somente assim teremos consciência de quem realizará melhor este trabalho. Necessito

então definir o trabalho e seus atributos. Cabe então a grande pergunta: O que é a Medicina?

1.2.4. Selecionando para ser médico:

O que é a Medicina ?

Seria demais arriscado, por não dizer pretencioso, procurar ser reducionista nesta resposta, e chegar a somente um conceito. Contudo, consciente destes riscos, colocaremos alguns que possam representar de certa forma tantas outras versões com tendências que oscilam do romantismo ao mais tecnológico, podendo passar pelo divino.

“La medicina es una disciplina que como magia, como arte y como ciência, siempre se há ocupado Del hombre, pero sobre todo del único criterio de valor ético válido, su bienestar, pues nada hay que sea superior ni más digno que la existencia humana.” (Garcia-Manzo 1993).

“Antigamente, a Medicina era considerada eminentemente como uma ‘arte’, um conjunto de conhecimentos pragmáticos e de receitas. Na atualidade, ela está em vias de vir a ser a ciência das ciências. Todas as ciências vão, gradativamente, convergir para a sua elevação. Desprezada por aqueles de visão mais estreita, a medicina está em vias de demonstrar que a ciência do homem é a primeira de todas as ciências: é aquela que deve resumir todas. Dia após dia, agrega ao seu império a higiene, a etnografia, a antropologia, a demografia, a psicologia, a engenharia biológica, a física molecular e a filosofia. Neste instante, ela está pedindo conselhos às ciências espaciais. Este é um dos aspectos mais fascinantes que ela oferece,

mas que a grande maioria dos estudantes, ao ingressar nas escolas médicas, desconhece: ela oferece múltiplas vias de adaptação.” (Millan et al 1999 p.16)

“A Medicina é considerada uma arte e uma ciência ao mesmo tempo: a arte médica consiste no exame do doente, para a verificação do mal que o aflige e a aplicação dos remédios adequados a fim de curá-lo ou aliviá-lo; a ciência médica, aproveita-se dos fatos observados e catalogados pelo médico e investiga os meios de esclarecê-los e de interpretá-los a fim de tornar mais segura e eficiente a aplicação dos métodos na arte médica.” (Maffei 1978 p.13)

“What is medicine? ‘Medicine is not a science but a learned profession, deeply rooted in a number of sciences and charged with the obligation to apply them for man’s benefit.” (Walsh Macdermott 1982)

“The practice of medicine combines both science and art.” (Braunwald et al.1987)

“A mais alta e única missão do médico é restabelecer a saúde nos doentes, que é o que se chama curar.” (*) (Hahnemann, 1986)

“(*) Sua missão não é, porém (com o que tantos médicos gastaram ambiciosamente, até hoje, forças e tempo), forjar idéias e hipóteses vazias sobre a essência íntima do processo vital e as origens da doença no interior do organismo para os chamados sistemas, ou as inúmeras tentativas de explicação a respeito dos fenômenos mórbidos e sua causa imediata, sempre oculta a nós etc., envolvidos em palavras inconcebíveis e num bombástico modo abstrato de expressões de aparência muito erudita a fim de impressionar os ignorantes, enquanto os doentes suspiram, em vão, por socorro. Basta desses sábios devaneios (chamados medicina teórica, e para os quais temos até cátedras próprias); está na hora de , uma vez

para sempre, os que se chamam médicos cessarem de enganar os pobres seres humanos com palavras destituídas de conteúdos, e começarem, finalmente, a agir, isto é, a ajudar e curar realmente”.

“A medicina, é de fato, uma profissão gloriosa; não há nada mais nobre e compensador do que ajudar o homem que sofre. A recuperação de um ser humano é uma obra quase divina, que nem os defeitos do próprio ser humano podem empanar.” (Da Luz 2001 Introdução)

Apresentados estes conceitos percebemos que os autores não fogem de atribuir a Medicina um corpo constituído de ciência e arte. Como um profissional deverá atuar para contemplar simultaneamente estas duas modalidades não é tarefa fácil. A este respeito vários trabalhos foram realizados no intuito de poder projetar quais as características humanas deveriam estar mais de acordo com esta atividade, como isto se processa ao longo da formação médica, e sua possível avaliação, que conforme já assinalado contempla uma grande variedade de carreiras pertinentes a habilidades distintas (Davies 1968; SadeE 1985; McCue 1985; Crandall 1993; Lowry 1993).

1.2.5. Em busca de novos parâmetros de seleção

Como mencionado não é recente a preocupação de se avaliar o candidato além da sua condição de conhecimento científico. A busca de novos critérios enfrenta dificuldades significativas já apresentadas, mas não faz por desistir aqueles que acreditam que uma melhor seleção deverá passar por um

melhor conhecimento da pessoa do aluno. A importância de uma avaliação do perfil psicológico e de características pessoais, que levassem além do conhecimento cognitivo que teria o candidato para o exame de seleção, encontra no trabalho de McCue uma argumentação que não pode ser desprezada. É meritório transcrevermos suas palavras originais:

“Three interrelated personal qualities of physicians are believed important for sensitive patient care and optimal individual adjustment to the stresses of medical practice: maturity, social adjustment and moderation in aggressive competitive. Despite widespread recognition of the importance of these qualities by patients and physicians alike, they have commonly been neglected in favor of scientific and scholastic excellence in the selection process for medical schools. In addition, some aspects of premedical and medical education may actually have an adverse influence on these personal qualities of future physicians. More emphasis in premedical and medical education on the importance of physicians’ noncognitive abilities, and more individualized feedback to students and residents on the interactions between their personal qualities and their success and happiness as physicians, are needed.” (McCue 1985)

O seu trabalho é baseado na análise de mais de uma centena de artigos que analisam esta situação. Reconhece que é importante que o estudante de Medicina tenha inteligência e qualidades técnicas para o desempenho de suas atribuições, mas insiste que isto não é o suficiente. Ele coloca em igualdade as qualidades de personalidade, fundamentais, no seu modo de ver, para o diagnóstico e tratamento adequados. A sensibilidade, a empatia, a paciência, são algumas das qualidades mencionadas por ele como importantes na pessoa do médico. Afirma que a realização de testes para a

avaliação de qualidades não cognitivas não é fácil, e que trabalhos neste intuito devem ser desenvolvidos. Interessante que ele atribui a identificação destas qualidades não cognitivas como de importância não só para o desempenho do profissional, mas também se preocupa com a condição de realização individual do médico, de modo a ser uma pessoa com a vida feliz. Termina seu trabalho com um apelo que, passados vinte anos, permanece sem uma resposta adequada até os dias de hoje e, infelizmente, ainda totalmente esquecida para muitos que se dedicam a esta área de ensino.

“Feedback on clinical performance must include an assessment of how students’ and residents’ personal qualities are affecting their interactions with patients, and how these qualities may affect their happiness in the demanding work of medicine – a difficult but necessary challenge for medical faculty.” (McCue 1985)

Em uma linha de pesquisa com interesses semelhantes quanto a avaliar um perfil psicológico do estudante, Sade et al preocupados em conseguir ir além de uma avaliação científica dos alunos, procuraram através de extenso questionário estabelecer em profissionais médicos e professores universitários quais características são importantes mas não podem ser ensinadas durante um curso de educação médica, no intuito de se estabelecer um possível critério que pudesse vir a ser utilizado para a seleção de alunos posteriormente.(Sade 1985). Em seu trabalho *“Criteria for Selection of Future Physicians”*, lança a pergunta: *“Do the best medical students become the best physicians?”*. Procurando utilizar 87 características positivas de um médico, que foram anteriormente estabelecidas por Price et al (1971), distribuiu esta relação por faculdades num total de 433 participantes, para que se

estabelecesse uma escala de importância. Ao término do trabalho o seu questionamento é se os estudantes que fossem avaliados pela presença destas características na seleção de entrada na faculdade, manteriam estas mesmas características ao longo da formação médica, que no seu entender, de acordo com Price, deveriam ser importantes para o desempenho médico profissional.

Autores através de entrevistas de candidatos, ou de testes de análise do perfil psicológico, buscavam encontrar critérios que identificassem melhor não o que seria “*melhor aluno de medicina*”, mas que pudesse ser “*melhor profissional*” conforme questionava Sade. Dentro desta linha o trabalho de Neame et al em 1992 com 782 estudantes na Austrália, faz uma pergunta, no entender deste autor, crucial para uma boa seleção: “*Should medical students be selected only from recent school-leavers who have studied science?*” Ele avalia estudantes em quatro níveis básicos: qualificação acadêmica obtida previamente; idade de admissão para o curso; gênero e conhecimento prévio do aluno em Química, Física, Biologia, Matemática, Inglês, Línguas, Economia, Humanidades (história, geografia, música, estudos religiosos, fotografia); e verifica qual foi a evolução destes estudantes até a sua graduação médica. Não consegue encontrar diferenças em nenhum dos parâmetros assinalados acima no que se refere à qualificação do formando e a sua condição de admissão. A conclusão de seu estudo não deixa de conter uma angústia, por não dizer uma certa decepção. Ao mesmo tempo alerta que estudos nesta linha devem ser observados para uma interpretação entre a seleção e a performance profissional. São suas palavras finais:

“In conclusion this study no support to justify the continued use of traditional students selection criteria, and that, in the absence of any valid predictors of overall performance for a particular course of study, it would seem to be more honest to resort to a lottery for the selection of medical students. However, where courses have identified criteria which they use for selection because they have a correlation with achievement of intermediate study objectives, these intermediate objectives should be subject to serious scrutiny to determinate whether they have any validity in terms of the final study outcome and/or subsequent professional performance.” (Neame 1994).

O extenso trabalho de revisão sobre o valor do processo de entrevistas realizado por Morris e publicado em 1999, conclui ter chegado a mais dúvidas do que respostas. Segundo ele as faculdades que realizam entrevistas apresentam justificativas para tanto, contudo as que não realizam, também apresentam justificativas para não realizarem as entrevistas. Desta forma ainda caminhamos no campo da dúvida quanto a real validade de se realizar entrevistas aos alunos. De qualquer maneira ele acredita que mais pesquisas devem ser realizadas nesta área para se verificar o verdadeiro valor deste procedimento e sua necessidade. (Morris 1999).

Dentre os trabalhos de pesquisa para avaliação dos estudantes de Medicina, cresce, apesar disto, a importância de se verificar a utilização das entrevistas. Recentemente, utilizando os recursos da Internet, Rippentrop (2003) realizou uma pesquisa em 161 escolas médicas com mais de 4600 alunos que responderam de modo voluntário e anônimo a um questionário sobre questões para uma avaliação de características pessoais dos estudantes. Os assuntos variavam dentre experiências pessoais com

pesquisa, conflitos, gosto pela leitura, temas éticos como clonagem, estado marital, e outros. Os autores acreditam que estas informações colaborem para um melhor conhecimento do perfil dos estudantes, e que futuramente estes dados possam ser utilizados para avaliar as habilidades dos estudantes nos seus primeiros anos e na qualificação. Incentiva de certa maneira as faculdades que apresentam entrevistas para melhor conhecimento do aluno em detrimento de outras que não o fazem.

Este questionamento quanto a validade de instrumentos de seleção que pudessem ampliar o conhecimento do candidato, encontra uma análise realista quanto a estas dificuldades, com um certo pessimismo por parte de Glick:

“The Utopian hope for an ideal method of medical student and/or resident selection has understandably characterized the medical profession for centuries”. (Glick 2000)

Neste trabalho além de comentar em extensa revisão os principais artigos dedicados a seleção de candidatos à Medicina, faz uma detalhada explanação sobre seu parecer pessoal. Segundo ele o critério de seleção em mais de 1500 escolas médicas no mundo é muito variável, passando desde avaliação cognitiva e entrevista até critérios de loteria. As variáveis de cada região, segundo as circunstâncias sócio-políticas, tradições, cultura, necessidades, e outras; fazem com que seja muito difícil, ou mesmo impossível a determinação de um critério padrão. Além disto temos que considerar que não estamos selecionando médicos para atuarem nas

condições da população naquele momento, mas em dez ou vinte anos de evolução imprevisível. Ainda recaem nesta seleção fatores que influenciam na formação pré-médica do estudante, onde os de situação social mais desfavorável sofrem desvantagem, o que não necessariamente significa que estamos selecionando os melhores profissionais futuros. Existem evidências que em função desta diferença, poderemos estar perdendo bons candidatos a profissionais de melhor atuação futura. O histórico escolar não é também isoladamente um critério de seleção. Na Medicina, como em outras profissões, deixaríamos de ter ótimos representantes da área se seguíssemos o histórico pré-escolar. Não podemos esquecer que para esta seleção precisaríamos saber o que julgamos um “ótimo médico”. Como determinar isto em condições variáveis tão distintas segundo as características de cada país, segundo as suas necessidades, políticas de saúde, e desenvolvimento tecnológico? Desta forma conclui o autor:

“In summary, while the ultimate selection tool has yet to be devised and probably never will be, much has been learned about selection procedures, which must involve not only academic achievement, but also evaluation of personality, character and psychomotor factors”.(Glick 2000).

Pelas dificuldades apresentadas por Glick o processo de seleção ainda permanece bastante variável nas diferentes faculdades de Medicina, predominando os critérios cognitivos mais facilmente aferidos. No entanto continuam avançando os estudos em busca de características de personalidade que pudessem colaborar na seleção de alunos.

Recentemente Jelley et al. (2002) apresentou um estudo interessante onde visando identificar qualidades de personalidade que se espera façam parte de um bom médico, elaborou uma entrevista a candidatos à Medicina. A entrevista era feita por três entrevistadores que receberam preparação prévia: um médico, um representante da comunidade e um estudante de Medicina. Estes foram informados que a aprovação dos candidatos dependeria da qualificação acadêmica acrescentada a avaliação da entrevista. Esta entrevista avaliava: maturidade, habilidade de comunicação, preparação para a carreira, atividades não acadêmicas, conhecimento de assuntos sobre o Canadá (local do estudo) e do mundo, valores humanos, e impressão final (adequação do candidato a perseverar na carreira de medicina). Os dados da entrevista foram analisados tendo em vista os parâmetros: abatimento, empreendedor, agressividade, estrutura cognitiva, dominância, paciência, impulsividade, ser cuidadoso, organizado. O autor conclui que os dados obtidos são significativos para estimular um melhor conhecimento do aluno e, portanto, as características não cognitivas do candidato deveriam aumentar a qualidade da avaliação, podendo comprometer o julgamento final.

O que chama a atenção neste trabalho é o “corpo de entrevistadores”. São três olhares diferentes: do médico formado, do representante da comunidade e do estudante de Medicina. Esta colocação nos leva a refletir sobre cada um destes elementos.

O médico já é um profissional formado, atuante na área, com realizações e possíveis decepções da carreira. Enxerga o candidato projetado

no seu futuro. Procura identificar se encontra naquele pretendente alguém capaz de lidar com todas as possibilidades de ocorrências que fazem parte do seu cotidiano. É possível que também avalie se lá está alguém capaz de coordenar as atividades profissionais com as atividades de um ser humano qualquer, um chefe de família, uma mãe com filhos, e outras circunstâncias. Pensará também no aspecto ético profissional, no coleguismo. Enfim temos um entrevistador para uma avaliação do futuro do candidato.

O segundo componente é o representante da comunidade. Este é o seu futuro cliente. Observará se o candidato tem a paciência, atenção e dedicação necessária, caso viesse um dia a precisar dele. Como se portaria diante de sua mãe, que pode ser idosa, demenciada, ou de seu filho irrequieto numa consulta no ambulatório. Precisa enxergar se lá está alguém que é capaz de deixar a festa de sábado para fazer o parto de sua mulher, ou assistir a cirurgia de apendicite urgente de seu marido. Procurará ver se há confiança, respeito, sinceridade e otimismo sereno. Sem dúvida é um entrevistador da maior importância para o nosso candidato. A este respeito citamos o estudo sobre *“How patients appraise Physicians”* de Cousins (1985). A autora apresenta uma vasta lista de comentários feitos por pacientes com relação à postura de seus médicos. Segue em considerações sobre o que os pacientes sugerem que os estudantes devam desenvolver para se tornarem bons médicos, e alicerçada nestas considerações conclui:

“ The question is not now – anymore than it has ever been – whether physicians should attach less importance to their scientific training than to their relationships with patients, but rather whether enough

importance is being attached to everything that is involved in effective patient care". (Cousins 1985).

Chegamos ao terceiro entrevistador: o aluno de medicina. O que esperamos é que este entrevistador sinta-se um pouco no lugar do candidato. Afinal não terá a experiência profissional, e muito menos espera ser tratado por ele, em princípio. Verificará se o aluno suportará a carga horária volumosa de matérias. Se é alguém determinado a estudar, como se comportará enquanto solidariedade no ambiente universitário nas demais atividades não acadêmicas.

Sem dúvida temos um conjunto interessante de entrevistadores, nos quais, ainda que tenham sido orientados, não podemos deixar de considerar a subjetividade da avaliação e as conseqüências já alertadas anteriormente por Medeiros (1982). Foram 345 candidatos avaliados. Os grupos de entrevistadores eram diferentes. O fator humano é muito forte nestes processos. Além da variável do comportamento do estudante, temos variáveis de personalidade dos entrevistadores. É praticamente impossível formar grupos homogêneos de entrevistadores. Ainda que fosse o mesmo grupo para os 345 candidatos (!) teríamos disposições diferentes dos entrevistadores em virtude de tempo, situações concomitantes do cotidiano, etc. Não sendo um grupo para todos, teríamos as mesmas variáveis multiplicadas pelas diferenças dos entrevistadores, o que dificulta mais ainda uma padronização de avaliação do comportamento do candidato. Apesar de todas estas considerações que nos levam as conclusões de Glick, mais uma vez, precisamos considerar que é uma tentativa bastante interessante de se olhar o perfil do candidato.

Outro trabalho publicado recentemente por Oliva et al (2004) a respeito da experiência de vinte anos de exames em uma faculdade de medicina cubana assinalam a importância de se avaliar além das capacidades acadêmicas, outras atitudes especiais como: marcado interesse vocacional e orientação profissional, provadas qualidades humanas, políticas e morais, habilidades para a comunicação oral e escrita, assim como aceitável vocabulário e lógica-matemática.

Os autores enfatizam que é necessário que se cumpra o estabelecido pelo Congresso de Edimburgo II, realizado em 1988, a respeito do processo de seleção de alunos para Medicina. Segundo esta determinação se devem empregar todos os métodos que vão mais além da capacidade intelectual e do conhecimento acadêmico, e que incluam a valorização das qualidades pessoais. Esta abordagem deve incluir o grau de envolvimento de compromisso social do aluno, que possam quando graduados responder melhor as necessidades nacionais da saúde.

Lembra ainda o autor que esta avaliação está de acordo com o determinado na Conferência Mundial da UNESCO sobre Educação Superior realizada em 1998 em que se declara que *“o acesso aos estudos superiores deveria estar baseado nos méritos, na capacidade, nos esforços, na perseverança e na determinação dos candidatos e, na perspectiva da educação ao longo de toda a vida”*.

Ainda que não tenhamos metodologia perfeitamente reconhecida para a avaliação e seleção mais adequadas dos candidatos à Medicina, é indiscutível que há uma grande busca por instrumentos que possam ir além da avaliação dos conhecimentos escolares do candidato.

Esta busca por novos modelos de avaliação não parece estar para ser desenvolvida à curto prazo pelas dificuldades já apresentadas e discutidas, mas certamente devem ser trabalhadas para que se possam selecionar cada vez melhor os candidatos que apresentem um perfil mais próximo daquele desejado. Um perfil que, como vimos, foi se alterando ao longo das últimas décadas principalmente, mas que parece guardar ainda em suas entranhas o desejo da presença da sua natureza forjada na *atitude humanitária*. É este pensamento que lemos no artigo de Sarah Rennie intitulado: *“The Medical Student in the year 2020”*.

“ In summary, my vision of the medical student in the year 2020 will be a graduate female with altruistic tendencies with an understanding of the use of computer technology. They will have a firm grasp of the intricacies of genetics and will choose to either concentrate on computer-based medicine, to be a generalist or to pursue a career in a specialized area of medicine. Although I have talked about the future medical student in terms of gender, age, personality traits and job profile, I hope that caring compassion, honesty, integrity and commitment to personal growth will characterize the medical student in the year 2020. These are the fundamental reasons I entered medicine and I hope these reasons are sustained and emphasized by future medical students in the next 20 years and beyond” (Rennie 2000).

Nesta linha de preocupação apresentada por Rennie, para que se mantenha este compromisso de crescimento pessoal, num estudante que tenha compaixão, honestidade e integridade que introduzimos a necessidade de se lançar um olhar mais profundo, mais cuidadoso e atento para o berço de formação destes valores humanos. E quando assim o fazemos encontramos na complexidade de ambientes que envolvem o estudante um que sem dúvida merece destaque pela sua natureza e implicações: **a família.**

Esta importância começa a apresentar registros mais específicos na literatura como o trabalho de Bell et al (2004) no qual a faculdade de Medicina da Universidade de Indiana ,USA, promoveu um Programa com o título : “*A Family Day*”. Neste dia os familiares e amigos dos alunos do primeiro ano médico foram convidados para conhecer melhor o que é a vida de um estudante de Medicina. O objetivo era promover um ambiente de maior compreensão e com isto diminuir o conhecido estresse do estudante de Medicina. Os resultados, segundo os autores, foram animadores pela boa aceitação dos participantes, que assistiram voluntariamente, e pelos resultados verificados nos alunos que apresentaram menor nível de estresse pelo suporte social oferecido.

Assim sendo é importante que se avalie melhor as implicações desta instituição –família - junto ao estudante de Medicina. São muitas as dimensões a serem analisadas, dentre as quais destacamos as influências no desenvolvimento pessoal, suas formas de relacionamentos, as transformações de suas interações com o desenvolvimento da sociedade num todo e de modo

particular nas atividades que envolvam a saúde, e seus possíveis reflexos no futuro profissional do estudante.

1.3. A PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA

1.3.1. Natureza da família

A existência do ser humano está associada à capacidade de transformação e de dominação do ambiente que o cerca. Estas características permitiram que ele se tornasse o animal com maior potencial de adaptação em circunstâncias diversas e adversas em todo o planeta. Pôde desta maneira migrar para diferentes regiões ao longo de sua história de milhares de anos sofrendo em sua constituição física mudanças que permitissem a sua sobrevivência em ambientes realmente hostis a muitos outros.

Esta soberania, contudo, paradoxalmente, associa-se com uma incrível fragilidade de seus primeiros anos de vida quando comparada a outros animais. A borboleta voa tão logo deixa o casulo. A serpente se alimenta sozinha ao deixar o ovo. O bezerro mama sustentado em suas quatro patas ao sair do útero. O homem, porém, não suportaria dias se abandonado as suas forças quando nascido. É dependente total da aproximação para o seio pela mãe para mamar, dos cuidados de colo que permanecem até mais de ano quando andar, e por toda uma infância de anos até que possa lentamente aprender a defender-se, estará dependente de terceiros, para a própria preservação da vida. Esta observação necessariamente acrescenta uma nova

característica ao nosso homem: ele é um ser que vive em sociedade (Roberts 2001 p. 35). Do contrário estaria condenado à extinção prematura e não a dominação prolongada. Quanto a este convívio social observado no homem desde a sua origem, comenta o antropólogo Ralph Linton:

“Os padrões ideais que dirigem e controlam as interações sociais nunca se repetem em quaisquer sistemas diferentes. Daí a dessemelhança de forma e conteúdo existente entre as instituições derivadas da combinação desses padrões. Apesar dessa diversidade, todos os sistemas sociais conhecidos incluem o que de maneira geral corresponde ao que denominamos ‘família’.” (Linton, 1970 p. 165).

Podemos dizer que a idéia de família antecede obrigatoriamente a própria natureza humana para poder torná-la viável, e necessariamente deverá acompanhá-la para a sua permanência. A relação homem-família-sociedade constitui um corpo inseparável, cuja alteração sofrida em um de seus elementos, levará, inexoravelmente, a adulteração dos demais, por não dizer a própria extinção. Ainda que pese diferentes caminhos decorrentes da interação com a diversidade das condições de tempo e lugar, a estrutura permanece como base estável da sociedade. Em outras palavras é Leclercq quem nos afirma:

“Existe a respeito da família um acordo universal do gênero humano que se explica pelo próprio caráter da instituição familiar. Não existe outra instituição tão próxima da natureza. Sociedade simples assente do modo mais imediato em instintos primordiais, a família nasce espontaneamente pelo simples desenvolvimento da vida humana.” (Leclercq 1968 p.9)

Não sendo este trabalho uma pesquisa antropológica, procuraremos nos ater aos elementos pertinentes com o interesse de alcançar nossos objetivos, sem dispersar em outros foros de discussão. Desta forma procuraremos analisar três elementos fundamentais, a saber: a origem, a constituição e a dinâmica familiar.

1.3.2. Origem e Constituição Familiar

“A união do homem e da mulher é a forma de união humana mais rica, por todas as virtualidades de desenvolvimento que comporta.”
(Leclercq 1968 p.13)

Sendo a família uma instituição natural que, como dito, antecede enquanto idéia necessária e ao mesmo tempo tem vida na concretização da existência do ser humana, apresenta a sua origem vinculada a participação de seus elementos geradores, ou seja, os genitores (pai e mãe) e possíveis descendentes (filhos). Esta constituição clássica aceita como célula social comum a diferentes povos não é por acaso. A dependência dos filhos a seus pais durante um prolongado período como já mencionado, faz com que este núcleo permaneça como necessário para a própria segurança da continuidade da espécie quando visto em período pré-histórico, no qual dominava o comportamento nômade do homem (Roberts 2001 p.34-50).

Além disso, o processo do conhecimento acumulativo e progressivo, não somente instintivo, presente no homem, exige que o aprendizado seja feito desde a infância através do exemplo no convívio diário entre pais e filhos. A

aquisição deste conhecimento, contrariamente aos outros animais, não está somente inato ao fato de existir, mas é desenvolvido e precisa ser educado.

O domínio sobre outros animais permitindo a pecuária incipiente, e a observação e desenvolvimento de instrumentos e técnicas que permitiram o surgimento da agricultura, propiciaram a formação de núcleos estáveis de moradia, constituindo berços de futuras civilizações que alteram significativamente o comportamento humano. Ingressamos assim no embrião das “cidades” que, futuramente, passariam a ser os locais predominantes de moradia para o ser humano.

O viver em cidade, ainda que pequena aldeia, fortalece a espécie humana no seu coletivo, ao mesmo tempo em que favorece a sobrevivência de possíveis fragilidades individuais totalmente desvantajosas no ambiente selvagem. Abandona-se a “lei da selva” onde os mais fortes sobrevivem aos mais fracos, porque agora o homem é um ser de comunidade. A sua defesa ultrapassa as suas limitações físicas pessoais para ser socorrida pela força de um grupo. Dentro do contexto social dois acontecimentos fundamentais ocorrem: inicia-se a necessidade de um regime de leis para a nova ordem coletiva, em substituição a da selva; e definem-se atribuições de acordo com a capacidade das pessoas.

“Uma preocupação permanente da sociedade, desde os primórdios da História da Humanidade, tem sido a habilitação de pessoas capazes desempenhar funções na comunidade, de modo a permitir a

manutenção do bem-estar e o progresso de um grupo ou de toda a população”.(Azevedo, 2003)

Dentre estas “habilitações” nascerá o xamã, ou curandeiro, protagonista da figura do médico.

A constituição familiar agora passa a adquirir maior longevidade e permanência unida prolongada, e com isto favorece a maior freqüência de figuras parentais: avós, tios, primos. O núcleo familiar, contudo, é preservado como célula fundamental. Nas atribuições, referidas acima, a transmissão do conhecimento pelo sistema “profissional hereditário” é uma realidade freqüente e algumas profissões passam a identificar determinadas famílias. A educação dos filhos, portanto, além de contemplar os procedimentos comuns para um convívio harmonioso, ou pelo menos sustentável, passa a incorporar as tarefas profissionais tradicionais da família. Neste aspecto, merece menção a diferenciação com referência aos sexos, onde com nitidez a mulher limita-se as atribuições internas da moradia, e o homem torna-se o aprendiz profissional para tarefas externas .

Esta diferenciação, que não é por acaso, obedece a constituição familiar primitiva, onde o parâmetro da “lei da selva” impulsionava os homens, fisicamente mais fortes, a aventurar-se na caça com todos os seus riscos e a defesa da casa. Ficava a mulher responsável pela segurança íntima da prole, mesmo porque os mais novos tinham dependência direta para a alimentação (mamar), assim como dos afazeres domésticos. Esta proteção aparente da mulher em relação ao meio hostil exterior, não a poupa para uma maior

longevidade que fica comprometida pelas condições de desgaste proporcionado pela multiparidade, associada aos riscos de maior mortalidade no parto, ou pelo enfraquecimento físico decorrente desta condição. Assim sendo, ainda que com a expectativa de vida bem menor do que a dos dias atuais, coube ao homem ocupar o lugar dos mais “idosos”, e com isto as atribuições de liderança proporcionada pela experiência associada a certas características da personalidade.

Este modelo constitucional, pais e filhos, com o trabalho paterno externo e o materno interior, numa sociedade patriarcal, domina a história universal. Com exceções regionais e temporais sem maiores repercussões, prolonga-se até os tempos modernos quando as pequenas aldeias tornam-se cidades de maior complexidade, e o homem esquece-se definitivamente de suas origens primitivas.

O distanciamento dos riscos das condições da selva, a descoberta e aquisição de novos instrumentos que dispensam a força bruta, e a difusão do processo de educação que alcança de início preferencialmente os homens e posteriormente igualmente as mulheres, favorecem a uma nova ordem social que acarretará repercussões na constituição familiar. O processo de educação passa a ser priorizado em escolas, afastando os pais de serem os únicos responsáveis por seus filhos, já distanciados do convívio familiar por uma carga de trabalho crescente, fora de casa, que envolvia o homem e agora também a mulher indistintamente.

A educação, outrora envolvida principalmente com o aprendizado de humanidades como filosofia, letras, (gramática, retórica e literatura), artes (música e pintura principalmente), história, e ciências gerais, adquire uma conotação predominantemente científica em resposta ao desenvolvimento tecnológico crescente e as necessidades da formação de profissionais habilitados nestas áreas. Os filhos, mais precocemente interagem com novos elementos, professoras e veículos de comunicação (radio, televisão, cinema, livros e revistas, e atualmente a internet) que participam mais ativamente de seus meios de formação do que os próprios pais. A relação dos filhos com seus pais, favorece uma dependência muito mais de vínculo financeiro temporário, prejudicando-se de certa maneira a afetividade, pelo intervalo de convivência que tende a tornar-se cada vez mais reduzido.

Chegamos a um cenário que o modo de vida favorece e estimula a independência das pessoas, e também seu isolamento, quanto maior e mais complexa for a cidade. Estas circunstâncias não poderiam deixar de acarretar transformações significativas para a constituição familiar. O crescimento da autonomia faz com que a coesão da família, chamada tradicional, enfrente questionamentos que a posicionem até como um empecilho para o desenvolvimento da “liberdade” pessoal e do próprio progresso social (Petrini 2003 p.. 72). O modelo de união conjugal, sustentado por séculos e gerações numa sociedade ocidental alicerçada em valores morais cristãos, passa a ter um horizonte com novos caminhos.

Dentre estes “novos caminhos” destaca-se a partir da metade do século XX uma rápida e progressiva queda da natalidade, onde as famílias com mais de quatro filhos tornam-se exceção e a média não chega a ultrapassar dois em países chamados do primeiro mundo. Paralelamente, assiste-se a uma maior longevidade da população com uma expectativa de vida que supera a marca dos setenta anos nestes mesmos países. Estes dois fenômenos associados acarretam transformações sociais significativas que passam a ocupar estudiosos em países que já sentem reflexos na ordem econômica-social. A análise destes estudos, já se refletem em vários países em que se promove a tentativa de uma recuperação da população envelhecida, e o estímulo a natalidade.

“Nos países europeus, verifica-se uma acentuada queda da natalidade, de graves conseqüências para o perfil demográfico das diversas populações. Essas e outras razões convergem para a renovação do interesse pela família. Não somente se multiplicam os centros de estudo e as publicações científicas a respeito da família, mas os governos começam a planejar políticas familiares” (Petrini 2003, p.78).

Descortina-se um horizonte de dificuldades por não se saber quem vai “pagar a conta”, trabalhando para sustentá-los numa expectativa de vida que se prolonga a cada ano, favorecida pelos recursos de saneamento básico, vigilância sanitária e progresso dos recursos médicos. Enquanto isto, decorrente das transformações sociais que, inserem-se no núcleo familiar, assistimos a proliferação de clínicas para idosos, (também chamados de asilos, ou “de repouso”), para os poucos economicamente favorecidos, e o

abandono desumano a uma maioria que espera por “cavaleiros da caridade”. Estes fatos colaboraram para que o ano de 1989 fosse escolhido pela União Européia como prioritário para a família, fazendo seqüência a ONU, em 1994, proclamando o Ano Internacional da Família, como referência de interesse pelo resgate da importância do tema.

Realmente alguns comportamentos sociais hoje registrados e divulgados nos diferentes meios de comunicação, nos levam a pensar que nos esquecemos do motivo pelo qual vivemos em família e sociedade. Como dito no início, foi pela vida em sociedade que conseguimos defender aqueles que nascidos “fracos” na sua força física sobrevivessem e deixassem exemplos inúmeros na arte, na literatura, na filosofia, na própria ciência, e outras áreas. Foi pelos “debilitados” que muitos descobriram a sua capacidade de ajuda e encontraram uma razão para suas vidas. Foi com os “doentes” que crescemos na luta por desenvolver a ciência médica em benefício de prolongar uma vida mais digna. Porém agora, longe da ameaça das feras selvagens, encontramos, dentre os próprios homens, aqueles que acreditam que poderão melhorar o mundo, eliminando o sofrimento ao matar o sofredor, e melhorando a qualidade de vida da sociedade selecionando os mais “aptos” à vida saudável. Desaprenderam que foi na diversidade e adversidade que se forjou a humanidade. Nas diferenças cresceu o debate que constrói. Na dor encontra-se a luta por superá-la em caminho para a felicidade, encontrando-se na Medicina uma busca incessante a minimizar situações dramáticas, e só assim justificar a sua razão de ser; ao mesmo tempo em que, através das

dificuldades oferecidas à salvação dos que padecem, supera desafios pela sua pertinácia à vida, e não pela morte do sofredor.

Dentro deste amplo contexto de acontecimentos sociais, muitos jamais imaginados há pouco tempo atrás, existem fatores que culminaram na fragmentação de várias famílias originando novas formas de agrupamentos, porque o ser humano deseja estar em família. Citando diversos autores como Scabini, Donati e Ariès, Petrini afirma que

“Reagindo aos condicionamentos externos e, ao mesmo tempo, adaptando-se a eles, a família encontra novas formas de estruturação que, de alguma maneira, a reconstituem, sendo reconhecida como estrutura básica permanente da experiência humana e social.”
(Petrini 2003, p.75)

Toda esta gama de variáveis resulta muitas vezes, nestes novos agrupamentos, por vezes, com maior dificuldade de estabilidade, assim como do gerenciamento de gerações diferentes, que podem com maior probabilidade apresentar conflitos de âmbito cultural, sócio-econômico, moral e religioso. Não pode esta nova constituição familiar deixar de trazer transformações sociais e individuais ao ser humano.

Finalmente não podemos deixar de mencionar os novos conceitos de família que são promovidos onde não se contempla a necessidade de vínculos sanguíneos, parentescos, ou compromissos formais, mas a simples permanência prolongada, (de modo indefinido no tempo), de pessoas que compartilhem neste período uma certa afetividade, ou mesmo, um lugar

comum, independente da presença de sexos diferentes. Este fato, que tangenciando o conceito, concorda com Levi-Strauss, (1980) citado por Petrini (2003) em que afirma que alguma forma de agregação familiar pode ser reconhecida em todas as culturas e em todas as épocas históricas. Estas mesmas constatações encontram certa oposição no que Donati (1992) define como família:

“a união mais ou menos durável, socialmente aprovada, de um homem, uma mulher e seus filhos, é um fenômeno universal presente em todo e qualquer tipo de sociedade”.(Donati ,1992)

Para este autor a família se diferencia de outras formas de relações sociais ao caracterizar-se por um modo específico de viver a diferença de gênero, que implica sexualidade, e as relações entre as gerações, que implicam parentesco.(Petrini 2003 p 81)

Apesar do descrito acima, se percebe nos últimos anos um sentimento de resgate a causas familiares de modo crescente. Mesmo porque, independente das novas constituições existentes, todos estes movimentos parecem confirmar que a maioria dos homens deseja estar em família. Poderíamos dizer que há certo consenso com Leclercq quando afirma:

“Para a maioria dos homens, a família é o fator essencial da virtude e da felicidade, primeiro na sua infância, no tempo da sua educação, depois adulta, no lar que constituem. O nível moral de uma nação está na dependência, não exclusivamente, mas em primeiro lugar, do respeito pela instituição familiar.” (Leclercq 1968 p.24)

1.3.3. A dinâmica familiar

“A família é um organismo vivo, e é apenas desta maneira que pode corretamente ser compreendida. Não há duas famílias iguais, embora todas sejam famílias e funcionem como tais. Segundo Relvas, cada família vista como um todo, como emergência dos elementos que a compõem, é definitivamente una e única.” (Ângelo 2000 p.27)

Se, para compreendermos a forma da constituição familiar, há necessidade de pensarmos em todo o processo histórico da humanidade que comprometeu o “corpo anatômico” das famílias; quando pensamos na sua “fisiologia”, sem dúvida alguma, entraremos num terreno de maior complexidade. A expressão de M. Ângelo expressa de modo simples e, ao mesmo tempo, completo, esta referência: *“um organismo vivo”*. A maneira de pensar em família não pode estar associada a situações estáticas, imutáveis, que não interagem com o tempo e com o ambiente. Esta interação que acarreta transformações no organismo que age, e no ambiente que o cerca, demonstra o papel da família na sociedade.

Outro conceito fundamental assinalado por Relvas e, citado por M. Ângelo, é o da unidade (uma) e individualidade irrepitível (única). Mais uma vez, encontramos aqui a diferenciação do comportamento de famílias humanas e famílias de outros animais. Não há uma resposta inata e esperada igual para todos, mas um comportamento variável decorrente da liberdade da constituição de seus membros. Esta diversidade de comportamento foi que permitiu que o ser humano integrasse grupos de convivência cada vez maiores, e mais complexos, nos quais as pessoas segundo suas

características próprias criam livremente, permitindo a comunidade num todo uma adaptação ou mesmo transformações maiores ao meio em que convive. Não existe uma pré-determinação instintiva e previsível, mas sempre a possibilidade de se superar os obstáculos presentes mediante a criação do novo, do inexistente, que passa a fazer parte da experiência de todos na caminhada do desenvolvimento.

E sendo um “organismo vivo” é preciso compreendê-lo como tal em toda a sua dinâmica de comportamento, com as características de nascer, desenvolver, reproduzir, e morrer; o que compõe o ciclo vital de um ser vivo. Nas palavras de M. Ângelo:

“Considerar a família como um sistema, à semelhança de um organismo vivo, implica também imaginar que, da mesma forma, ela passe por um processo de desenvolvimento ou de evolução. Este processo, no campo das ciências da família, é denominado ciclo vital da família e compreende o curso de vida da família que ocorre geralmente segundo uma seqüência previsível de estágios e que contribui para a organização familiar.” (Ângelo 2000 p.29)

Podemos perceber que este “ciclo vital” terá uma quantidade de variáveis sem fim se interagindo, quando associamos as possibilidades diferentes de constituições familiares assinaladas no item anterior da constituição. Quando imaginamos este ciclo numa família dita “tradicional” talvez possamos delinear mais facilmente algumas etapas com maior previsibilidade. Assim está o seu início vinculado à formação do casal. Um

casal por si só já é uma família, na qual poderá vir a se acrescentar o nascimento dos filhos.

A união de duas pessoas comprometidas para um fim, a família, é dos fatos mais marcantes e relevantes na vida dos elementos que a compõe. De certa maneira registra-se aqui uma atitude livre na qual, sob pena de perder certa independência e autonomia, deve-se ter a satisfação de se ganhar em liberdade. Ganhar porque a união de homem e mulher para a constituição de uma família permite um crescimento impossível do elemento isolado que é a possibilidade da geração dos filhos. Para tanto, para projeto de tamanho significado, esta união vem a constituir uma nova unidade, como sugerido por Relvas. No caso presente seria interessante que considerássemos a possibilidade dos filhos como existente, embora saibamos que não seja obrigatória. Existem casais sem filhos.

O nascimento do primeiro filho é um marco sem dúvida significativo neste ciclo. Cada nascimento, ou seja, a existência de alguém que até então não havia, tem um significado único para toda a humanidade, visto que não será mais um, mas é alguém. Quando pensamos em tantas transformações mundiais e históricas decorrentes da ação de um único homem ou mulher, podemos perceber concretamente a força desta singularidade do ser humano. O fator de ter nascido este ou aquele em determinado tempo e lugar pode ter sido responsável por mudanças que demorariam mais ou menos tempo, ou por guerras que existiriam ou deixariam de existir, por movimentos sociais e religiosos, em fim por toda a história que não seria a mesma sem a

participação de cada ser humano. Isto deve ser contemplado na responsabilidade que tem o casal que deu origem a cada filho, no seu processo de formação e educação para torná-lo pessoa.

“A educação está em estreita conexão com a família, porque é no contexto familiar que, de início, acontecem os passos essenciais de um percurso educativo: a proposta do passado (de uma verdade que nos precede), a vivência do adulto (que encarna hoje a proposta), e a provocação à liberdade do educando (educar para a crítica e a verificação pessoal da proposta). A família, por sua vez, possui um nexos orgânico com a sociedade porque, primeiro, sem a família não existe nem sequer a sociedade (a Família é o fundamento da sociedade) e, segundo, é justamente no interior da família que as pessoas são educadas a aceitar e realizar aquelas virtudes sociais, que são a alma do desenvolvimento de uma sociedade(a família humaniza a sociedade)” (Volani 2003 p 182).

O passar dos anos poderá ou não trazer consigo novos filhos, sempre únicos na sua individualidade. O desenvolvimento do casal acompanhado do crescimento dos filhos nas etapas de infância, adolescência, juventude e idade adulta constituem tema de freqüentes e numerosos trabalhos que se desenvolvem em diferentes áreas da Psicologia, Pedagogia, Medicina, e mais recentemente da Terapia Familiar. Podemos mencionar que este período além das transformações cronológicas em que ocorre o crescimento natural de seus constituintes é o período mais rico de interações da família internamente e externamente. Acontecimentos de alegria e tristeza, previstos e imprevistos, um começar e recomeçar muitas vezes, provocados por crises de sucessos e falências, doenças e mortes, brigas e reconciliações.

São ações sociais que influenciam fortemente no contexto familiar, acarretando mudanças de ordem sócio-econômica, emocional, ou mesmo de ordem moral e religiosa, que podem afetar a estabilidade da família. São estímulos e desmotivações que exigem uma fortaleza do casal responsável na manutenção da unidade familiar.

Um outro aspecto importante a ser lembrado é quanto a organização interna da família que determina a sua dinâmica. No aspecto organizacional, apontamos para o membro de maior influência na família como o grande responsável pela condução de projetos, da educação, e fundamentalmente do exemplo a ser seguido. Esta figura que norteia as ações em família tem sofrido transformações ao longo dos anos, quer por movimentos sócio-econômico-culturais, quer por circunstâncias peculiares que ocorram em determinada família, independente das mudanças externas.

A história revela que apesar do papel principal desenvolvido pela mãe nas tarefas domésticas, e conseqüentemente mais próximas dos filhos e do lar, coube ao marido, o pai, ter a prerrogativa da cabeça da família, o chamado patriarcado. Cabia ao pai, as determinações mais importantes como: a responsabilidade financeira, e a manutenção da respeitabilidade e da moral. Era a manutenção do sistema pré-histórico do uso da “força bruta”, agora representada pelo sustento financeiro. Ainda que certamente a mulher tenha influência significativa, na intimidade das decisões do marido, socialmente se manteve oculta, ou num plano de apoio, no papel de direção durante séculos.

No final do século XIX e começo do XX, conforme já mencionamos, que a força bruta deixa de ser fundamental, e a educação escolar e profissional alcança em maior proporção também as mulheres, começa a participação destas a exercer maior peso nas decisões familiares. O movimento feminista, a participação da mulher como força de trabalho externo ao lar com conseqüente remuneração, a diminuição da carga horária de dedicação aos filhos, e mais recentemente a credibilidade assumida em postos de direção, fizeram com que as mulheres exercessem não só o papel do trabalho doméstico, como também, em muitas situações, assumissem a cabeça da família. Chegamos ao denominado matriarcado existente em muitos lares.

Atualmente com as radicais mudanças sociais com comprometimento de grande carga horária pelo trabalho dos pais, associada a uma maior autonomia e precocidade por parte dos filhos, chegamos a situações denominadas de “filharcado” (Mantovani 2004). Nestas famílias os pais, despreparados na condução de seus filhos, submetem-se a eles em suas vontades, com perda da autoridade, que favorece a formação de homens com tendências inseguras e egoístas, dificultando futuramente o exercício da cidadania solidária.

O equilíbrio da atuação do casal que *“não deve fazer uma disputa de forças, mas uma associação de qualidades, para que se superem as dificuldades que certamente estarão presentes nos dois, tanto pelos seus defeitos próprios, como pelos fatores externos atuantes”* (Reginato, 2004, p.

190) é fundamental na condução da família. Este equilíbrio deve se concretizar no importantíssimo processo de educação dos filhos.

Esta observação, que na prática é verificada em todas as civilizações, foi cientificamente abordada, indiretamente, por John Bowlby por volta de 1940 com um trabalho detalhado e de acompanhamento prospectivo, identificando um das conseqüências fundamentais deste equilíbrio dos pais: promover o bom acolhimento dos filhos desde os primeiros meses, considerados fundamentais para ele. Este estudo resultou no que Bowlby denominou de Teoria do Apego, na qual a vivência determinada pela criança nos primeiros três meses, acarretaria conseqüências no comportamento ao longo de toda uma vida. Deste trabalho, reforçado por outros autores posteriormente, surgiu a Terapia Familiar, como recurso a identificação e tratamento das famílias com dificuldades na convivência de seus elementos (Montoro 1994).

Por caminhos mais ou menos difíceis chegaremos a uma nova fase do ciclo vital familiar. Alcançaremos a etapa na qual o casal se percebe novamente só.

A saída dos filhos de casa é uma nova crise estabelecida e que deve ser superada com esforço por parte do casal. O hiato, hoje mais freqüente que no passado, entre esta saída e os possíveis descendentes dos filhos (netos) pode, e está sendo atualmente cada vez mais prolongado. O casal passa a se redescobrir em condições vinte a trinta anos mais velhos, onde as circunstâncias de vida anterior, o modo de cultivar, e preservar o

relacionamento, tornam-se fundamentais para esta superação que pode algumas vezes não ser o suficiente para evitar a separação do casal. Para os que assim conseguem, chegaremos numa etapa derradeira onde o convívio com os membros mais novos da família - os netos- podem aquecer aos que já se preparavam para a despedida.

As transformações ocorridas hoje nas constituições familiares, e a maior longevidade da população em condições de saúde mais favoráveis, fez com que movimentos de revitalização da terceira idade se propagassem em todos os lugares, favorecendo uma vida de objetivos e projetos renovados, valorizando de modo justo os que alcançaram esta etapa da vida.

É difícil de se falar em “morte” da família quando esta apresentou uma biografia constituída de etapas bem definidas, e tem uma seqüência natural em seus descendentes. Esta continuidade da unidade familiar ou do seu “*sistema*” é evidência do papel que a família tem desempenhado como elo de desenvolvimento ao longo da história da humanidade.

Por outro lado, não podemos deixar de contemplar a realidade do mundo de hoje na qual convivem famílias com toda sorte de constituições. Sem dúvida, nestes casos, o ciclo vital se torna mais difícil de ser interpretado. Não há como nos determos nas inúmeras situações que podem decorrer destas novas famílias que, a cada dia, contemplam variáveis, até um passado recente, impensáveis. Nestas circunstâncias cabe a análise particularizada, maior ainda do que se refere à individualidade das famílias já mencionada,

pois as interações existentes impossibilitam um caminho comum a todas. Quando o ciclo vital é interrompido, e passa a interagir com elementos do meio social que o cerca, e passam a agir intimamente como integrantes neste ciclo interrompido, temos nichos de comportamentos variados e de tamanha complexidade que não podemos mais ousar em fazer uma determinação de etapas cronológicas como feito anteriormente.

É neste contexto que poderiam se encontrar muitos dos filhos (estudantes) da sociedade atual, não o ignoramos, e para uma melhor compreensão da dinâmica familiar poderá exigir, em determinadas circunstâncias, uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar.

Não desejaríamos ser simplistas em dar um assunto de dimensões polêmicas como este por encerrado. O tema permite reflexões, questionamentos, divergências, em muitas disciplinas distintas como a antropologia, a filosofia, a psicologia, a pedagogia, a sociologia e a própria teologia. Seria difícil contemplar a tanto neste volume.

Para uma abordagem objetiva do tema que nos ocupa, passamos para as considerações finais desta sessão para podermos abordar o aluno, candidato, dentro desta dinâmica que é a família, durante o período em que deve fazer a sua opção por uma carreira, no caso, a Medicina.

1.4. O ESTUDANTE, A FAMÍLIA E A MEDICINA

1.4.1. O estudante

As considerações feitas até aqui foram no intuito de favorecer a contextualização histórica da família, na qual vai se inserir o estudante, que foi aprovado para o curso médico. Procurar compreender melhor quais circunstâncias neste processo de desenvolvimento, eventualmente interferiram, e suas possíveis implicações na decisão do candidato por Medicina, será o objeto de reflexão no momento.

Tantas transformações ocorridas, e mencionadas anteriormente, propiciaram o surgimento de novas modificações no perfil do estudante, e de modo particular no estudante de hoje, que em intervalo de tempo tão curto é capaz de observar mudanças ambientais, comportamentais, culturais, tecnológicas, e morais, como nunca se apreciou até então em toda história.

O jovem de hoje, mais especificamente aquele que faz parte deste trabalho, nasceu há cerca de vinte anos, antes da informática estar florescente nos quatro cantos do planeta, passou a utilizar a internet nos trabalhos de colégio, e agora, não dispensa o celular, vinte e quatro horas por dia, em conexão “*on line*”. É uma geração que se assusta em ouvir dos pais que a televisão era preto e branco, que as contas eram feitas com régua de cálculo, e para estudar copiávamos intermináveis capítulos de enciclopédia à mão, sem esquecer da inexistência do micro-ondas e do freezer, fundamentais para a

alimentação no cotidiano atual. A conversa dos avós, existentes há menos de um século, soa como pré-histórica. Um mundo no qual a “máquina de escrever” exigia o carbono para cópias, o mimeografo era instrumento para apostilas, e o tênis era só para esportes, nos pés da população.

Estas mudanças, muito físicas e instrumentais, não são as mais significativas quando comparadas com as presenciadas no âmbito do comportamento. Os casamentos jovens eram mais freqüentes e famílias numerosas, com mais de três filhos, ainda não eram vistas como exceção. Os vínculos afetivos de parentescos eram mais considerados e, freqüentemente, mais permanentes. Ainda que a rebeldia do jovem existisse, como em toda história, acarretava transformações mais lentas.

Não se pode deixar de perceber que, as atitudes mudaram em tal velocidade, que hoje irmãos, com pequena diferença de anos, experimentam mudanças significativas. O modo de perceber a vida, e de responder as diversas transformações, muitas vezes se esgotam, antes de atingirem as suas expectativas iniciais, já sendo substituídas por novas iniciativas. Não cabe aqui um julgamento da situação, mas uma constatação inquestionável.

No campo educacional, desde o material didático, até a postura do estudante diante do professor, ocorreram grandes transformações. A facilidade de acesso às informações pode facilitar com que o aluno conheça o conteúdo da aula atualizado previamente ao professor, que deve se exigir cada vez mais. As “fontes de conhecimento” deixaram de ser somente a palavra do

mestre, e estão presentes desde o jornaleiro até a internet, muitas vezes com análises que não subsistem a uma crítica apurada, mas que não estão formadas no estudante que as absorve.

O comportamento social decorrente de uma nova ordem familiar, hierarquizada a partir do filho, (conforme já discutido), derrubou barreiras do relacionamento professor-aluno, no qual o educador torna-se muitas vezes um “empregado” do educando, que julga-se no direito de não respeitar limites na sua conduta moral em sala de aula.

Nesta dinâmica, duas questões são de fundamental importância: a responsabilidade da educação dos filhos e, a interferência externa da ação do meio de modo precoce na intimidade familiar, com interferência nas opções que se apresentam para a escolha profissional dos jovens.

1.4.2. A família

A participação dos pais no processo de educação, ainda que inserido no subconsciente de todos aqueles que constituem família, não se torna exteriorizado em ações concretas em um grande número de casais. Assim como referendado por Bowlby, encontramos também nas palavras de João Paulo II, na sua “Carta às famílias”, uma afirmação que é um alerta de responsabilidade:

“Os pais são os primeiros e principais educadores dos próprios filhos e têm também neste campo uma competência fundamental: são educadores porque pais.” (João Paulo II, 1994 p. 42)

Quanto à interferência externa do meio na intimidade da família, devemos lembrar que é na adolescência que temos o período de maior desenvolvimento da intimidade. Esta se fará mediante as condições propiciadas pela intimidade da própria família. O orientador familiar Gerardo Castillo, em sua obra “Juventud” (1992), desenvolve extensamente o tema e logo nas primeiras páginas os afirma;

“Lo que permite definir y reconocer al hombre como persona es su interioridad espiritual, su intimidad. La persona es un ser suyo, dueño de su propio ser. Es un ser ‘que se posee, que surge y que en su propio surgir se mantiene e permanece cabe sí’ (...) ‘Es un brotar que se mantiene’. En ese mantenimiento del origen respecto de sí consiste la intimidad.” (Castillo 1992 p.18).

Esta intimidade deverá ser cultivada pelo jovem e sofrerá interação com o meio, no qual freqüentemente os elementos mais próximos para esta ação é a própria família. Nesta intimidade, encontrarão anseios sem razão, modos de agir, expectativas, incompreensões, alegrias, e horizontes, nos quais poderá se descortinar uma vocação sem causa aparente, por influência de terceiros, ou mesmo por circunstâncias que os envolvem. Não basta o descortinar, mas é necessário desenvolver uma atitude que vá ao encontro desta concretização, que enfrentará barreiras que poderão superar suas intenções, provocando frustrações, insatisfações, ou simplesmente apontando novos caminhos.

Quanto a esta influência da família na geração de circunstâncias que possam influenciar a escolha do nosso jovem estudante, Rodolfo Bohoslavsky, em sua obra “Orientação Vocacional – A estratégia Clínica”, considerada por muitos como um marco nos estudos vocacionais, nos relata:

“A História familiar permite prognosticar, tanto os sistemas valorativos diante de carreiras e profissões derivadas da classe social a que pertence, como tipos de identificações familiares.(...) É esta uma das dimensões mais importantes para o diagnóstico da identidade vocacional.” (Bohoslavsky, 1998 p.90).

No que interessa a participação dos pais neste processo em andamento – a educação dos filhos - um capítulo amplo dentro do estudo da dinâmica familiar, procuraremos centrar nossa maior atenção ao aspecto que diz respeito à influência deste processo educativo e a formação profissional do jovem. Leo Fraiman, em seu livro *“Meu filho vai prestar vestibular. E agora?”* (2003) faz uma abordagem do assunto quanto a importância do papel dos pais neste contexto:

“O papel dos pais é fundamental neste momento. Assumindo ou não, influenciando ou preferindo ficar a distância, saiba que você é parte ativa e essencial no processo de escolha profissional de seu filho. É de você que ele recebe as maiores influências, quer assumas, quer não.” (Fraiman 2003 p.63)

Esta influência, que também é mencionada por Coscarelli (2004 , a,b), merece uma advertência de Fraiman a este respeito, recuperando toda uma história de tradições neste aspecto profissional-vocacional que ainda hoje,

apesar da diversificação de campos de trabalho, parece pesar na decisão do jovem :

“Até poucos anos atrás, as profissões eram herdadas. Nas famílias de médicos, engenheiros, clérigos e advogados, entre outras, a tradição familiar era inquestionável e os ensinamentos passavam de pai para filho. Juntamente com os livros, a clínica e a credibilidade, os filhos herdavam o sonho dos pais, assim como a responsabilidade pela continuidade dele. Assim, o modo certo de seguir na vida era não decepcionar os pais nem a comunidade. A tradição preservava, de geração em geração, um valor social e um bem de família. Ter um “doutor” na família, por exemplo, era motivo de muito orgulho. Ser proprietário de um negócio próspero era razão de segurança para os familiares – e aí daquele que ousasse desafiar a tradição da família.”
(Fraiman 2003 p. 65)

Cada vez mais é difícil a escolha profissional, assim como a sua orientação. De qualquer modo, mesmo assistindo a grande quantidade de testes vocacionais, (tanto aplicados por profissionais, como divulgados pela imprensa leiga), e medidas que visem um melhor esclarecimento do estudante sobre a profissão, não podemos ignorar que o convívio familiar com a profissão dos pais não é fator a ser desprezado. Cabe aí o difícil discernimento entre escolha profissional e vocacional, na qual com certa freqüência soma-se à angústia do filho, a insegurança dos pais.

Bohoslavasky citando o pensamento de Huarte de San Juan, escrito ainda em 1575 no seu *“Examen de los ingenios”*, dedicado a Felipe II, nos relata:

“Ninguém chegou a dizer, distinta e claramente, que natureza é a que faz, ao homem, hábil para uma ciência e incapaz para outra, e quantas diferenças de engenho se encontram na espécie humana, e que artes e ciências correspondem a cada um em particular e com que indícios poder-se-ia conhecer o que mais importa.” (Bohoslavsky 1998 p.20)

Percebemos que o tema não é recente, e para que a questão da escolha profissional do candidato torne-se mais complexa, o segundo item, influências do meio externo na intimidade da família é fator da máxima importância. Assim percebemos nas considerações de Stenson, quando aborda as transformações familiares em decorrência das mudanças sociais.

“A industrialização e a complexa vida urbana que dela resultou ao longo do último século contribuiu para alterar consideravelmente a estrutura familiar. Os pais passaram a trabalhar longe de casa, como operários de fábrica ou funcionários de escritório, com o que as mães tiveram de arcar com responsabilidades maiores no cuidado dos filhos. E os novos meios de comunicação – o rádio, o cinema e a televisão, a educação em massa – propuseram às crianças modelos alternativos da vida adulta, às vezes com valores opostos dos seus pais” (Stenson 1997 p.23) .

Além desta grande mudança mencionada por Stenson, podemos acrescentar outra, de não menor importância, que diz respeito diretamente a própria constituição da família, que como já vimos apresenta atualmente grande diversidade, dentre as quais os filhos não estarem morando com os próprios pais, ou, em morando no mesmo lugar físico, apresentam um

relacionamento claudicante. São circunstâncias que podem apresentar diferentes interferências na escolha profissional.

O que antes era modelo a ser seguido, pode agora desempenhar uma alternativa a ser desconsiderada em virtude do desempenho profissional dos pais, que muitas vezes afasta-os cada vez mais dos filhos. Há como que uma repulsa em querer ser o que o pai é, pois isto não foi bom para ele. Da mesma forma, a escolha contrária pode representar uma maneira do filho manifestar sua rebeldia ao relacionamento estabelecido por pai e filho em função do trabalho profissional, ou da maneira como aquele transmite as atitudes de seu trabalho. Por outro lado, a mesma escolha profissional pode significar o desafio de mostrar que ele, filho, enquanto profissional, poderá ser melhor que o próprio pai o foi. Enfim, uma somatória de alternativas que passam necessariamente por este relacionamento dos pais e filhos e a escolha profissional.

Independente destes aspectos, as considerações de Stenson são significativas quando fala da ação de fatores externos, mesmo quando existente um bom relacionamento familiar. Não se discute que atualmente emerge uma série de profissões que nos tempos dos pais nem sequer eram pensadas. A cada dia nascem novas faculdades em campos de trabalho que até então eram totalmente inexistentes. Neste aspecto, também é válido verificarmos que cresce a dificuldade pela escolha. Se por um lado falta experiência, e até mesmo conhecimento da área para uma melhor orientação ao estudante, por outra, a novidade pode se tornar extremamente atraente ao

jovem, que busca pelo desconhecido e atrativo, principalmente numa realidade de mercado de trabalho bastante saturado nas denominadas profissões “padrões”. Isto gera incerteza e insegurança, quer para os pais, quer para o estudante, que se sente “bandeirante” em abraçando uma nova carreira.

1.4.3. A Medicina

As dificuldades de escolha, diante das novidades emergentes assinaladas anteriormente, concretizam-se especificamente para quem interessa este trabalho: o *estudante de medicina*. A própria Medicina é exemplo vivo desta realidade. Em sendo uma “profissão padrão-tradicional”, das mais antigas em toda história, se não, a mais antiga, revolucionou-se de tal maneira diante das mudanças mundiais que alcança hoje diferentes vertentes nas áreas sociais, tecnológicas, assistenciais, administrativas, pesquisas, etc., que hoje é difícil dizer qual é a situação de exclusão para o aluno que deseja seguir Medicina.

George Miller, já mencionado no seu trabalho realizado nos anos de 1950 nos Estados Unidos a respeito do Ensino nas Escolas Médicas, chamava a atenção para este aspecto. São considerações suas:

“É muito interessante pedir a um grupo de professores a descrição de um estudante ideal. Se um deles acha possível defini-lo em termos de ‘ambicioso’, ‘honesto’, ‘autoconfiante’, ‘humilde’ – logo vem a objeção de outro: nesse caso, aquele antigo colega de classe, hoje pesquisador conceituado ou chefe de departamento, nunca teria

obtido boa classificação quando vestibulando. Tais considerações, na verdade, freqüentemente terminam por causar desânimo e frustração. Mas, talvez não haja alternativa. A diversidade de carreiras – saúde pública, cirurgia, psiquiatria, administração hospitalar, pediatria, ensino, etc. – que se oferece a um grupo homogêneo apenas quanto ao fato de ter colado grau no mesmo ramo de estudo, faz com que haja lugar para pessoas de todo tipo.” (Miller 1967 p.3).

É válido lembrar que estas palavras com meio século de existência, ainda não conviviam com a realidade tecnológica, e com todas as mudanças do mundo atual, tais como: a informática, a engenharia genética, a engenharia de próteses, por não esquecer das áreas de comunicação social, marketing, laboratórios, medicinas de grupo, seguradoras, assistência domiciliar, e tantas outras que aparecem a cada dia. Todas vinculadas à mesma formação médica de origem.

Esses novos horizontes exigem que haja uma nova leitura por parte dos pais a respeito da possível escolha profissional de seu filho. Embora aparentemente esteja desvinculada do que era conhecido como Medicina até pouco tempo atrás, hoje poderá estar inserida no contexto Saúde sob uma nova ótica, que poderá atrair um estudante com um novo perfil, conforme mencionado por Miller.

Esta complexidade se está presente no ambiente familiar, não é menos preocupante nas Universidades, especificamente nas Faculdades de Medicina, que necessitam realizar o processo de seleção destes estudantes candidatos. Um processo de seleção que deve buscar selecionar alunos para

um perfil profissional a ser estabelecido segundo as necessidades de um número maior da população, conforme solicitado pela Organização Mundial de Saúde, e reafirmado em diversos Congressos de Educação Médica. Esta relação entre formação médica e seu compromisso social está bem definido por Naranjo quando aborda *“Los câmbios de la profesión médica y su influencia sobre la educación médica”*.

“ La práctica y la educación médicas como realidades sociales están íntimamente relacionadas con los procesos de desarrollo. La práctica médica se estructura. Se mantiene o se modifica en función de la organización y dinámica del Estado, de la economía, del desarrollo científico y tecnológico y de las necesidades sociales. A su vez, los mismos condicionantes, sea directamente o a través de la propia práctica, orientan y moldean los contenidos, las estrategias y los mecanismos del proceso de formación médica.” (Naranjo 1994).

O envolvimento social, sempre procedia da atenção centrada no paciente, e esteve presente ao longo da história da prática médica. No início do século XX ocorreu um certo afastamento da atenção centrada no paciente, em detrimento de um processo de “cientificismo” entusiástico, decorrente do rápido avanço tecnológico. Como já vimos, a grande influência desta participação da tecnologia na formação do estudante de Medicina ficou demarcada pelo Relatório Flexner em 1910, que defendia uma formação com sólido embasamento científico, com tendência a maior valorização da doença em detrimento do doente, maior participação do médico como agente pesquisador com certo prejuízo, muitas vezes, da formação clínica; e a forte tendência para as especializações. Com esta atitude formamos profissionais

mais afastados da arte médica, com uma visão reducionista, apoiando-se como critério de validade do conhecimento, principalmente a comprovação científica. (Rozental & Byrne 1994).

As conseqüências desta atitude no processo de seleção dos alunos foi o fortalecimento da avaliação de conhecimento de disciplinas básicas da ciência, anulando-se praticamente a condição de se avaliar as características do comportamento humano do estudante. O raciocínio experimental quantitativo favorece uma avaliação de questões exatas para o candidato a ser avaliado. Por outro lado, embora a preocupação da avaliação de critérios qualitativos do candidato tenha sido preocupação de várias décadas passadas, conforme apresentado, não obtivemos o progresso esperado para uma metodologia adequada que pudesse ser introduzida no processo seletivo sem os riscos significativo do subjetivismo.

Estas dificuldades, contudo, não desanimaram aos que assim insistem na formação de um profissional mais voltado para uma atitude humanística, sem abandonar o necessário conhecimento científico.

“La teoría de que la capacitación científica debe verse equilibrada por los aspectos humanos ha sido presentada en la educación profesional general de los médicos del siglo XXI, en la Declaración de Edimburgo y de Alma-Ata, cuando afirman el derecho de las personas a participar en la atención de su propia salud.”(Rozental & Byrne 1994).

Cabe refletir o quanto as mudanças, que hoje ainda valorizam mais a formação tecnológica do médico, desenvolvidas em múltiplas especialidades,

associada aos diversos caminhos oferecidos ao estudante, possam colaborar para a sua determinação ou não em seguir esta profissão – Medicina - que vai transformando-se, e por vezes afastando-se, de suas raízes.

A visão do médico de maleta preta, que visitava famílias em casa ou, que passava longas horas em trabalhos cirúrgicos, por muitos anos foi o padrão transmitido a uma geração de médicos de mais de trinta anos atrás. Atualmente esta figura está bastante influenciada, e transformada, por todos os campos que envolvem a atividade médica, conforme já analisado neste trabalho. Teria isto influenciado no modo de escolha do nosso candidato? A vocação estaria com novos “despertadores”?

Afinal, está o nosso estudante de Medicina fazendo a opção por esta área em função das diferentes possibilidades que hoje se abrem num mercado de ação multiprofissional, ou por vocação aos tradicionais anseios da assistência ao próximo, vinculada a milenar “atitude humanitária”?

Apesar das interferências mencionadas do ambiente externo para a escolha profissional, está o nosso estudante de Medicina vinculado a “tradição familiar” por uma profissão que guarda uma “áurea de mistérios”, pela qual são atraídos sem que se descubra uma verdadeira razão?

Poderíamos avaliar a importância destas respostas no processo seletivo destes alunos? E se pudéssemos quantificar estas respostas, será que

estariamos colaborando para a seleçao de melhores profissionais a atuarem na atmosfera do século XXI?

Certamente não são respostas fáceis, como pudemos verificar quando da discussão das diferentes formas em que se tem procurado melhorar o processo seletivo através de testes de personalidade, entrevistas, e valorização de disciplinas de áreas humanas em detrimento de áreas de ciências naturais.

Não podemos, contudo, nos omitir da importância destas questões. Procurar colaborar para que este trabalho avance em busca de melhores avaliações será a nossa meta.

1.5. DEFININDO CAMINHOS PARA PESQUISA

O tópico mais concreto de um trabalho desta natureza deve estar no seu objetivo, mencionado de modo direto e que aponte sem rodeios qual a meta que se deseja alcançar. Contudo, em uma pesquisa desta magnitude em que tantos aspectos concorrem para uma finalidade, não é fácil apontar para um único objetivo sem que se explique o por quê.

Assim poderíamos dizer que este trabalho se dedica antes de mais nada a ser uma continuidade na investigação daqueles que concorrem para ***o conhecimento do aluno que escolheu a Medicina como sua opção profissional.***

A impossibilidade de abarcar este conhecimento mediante uma única apreciação, como ficou demonstrado em páginas anteriores, ***exige que o pesquisador escolha um determinado campo de ação para a sua pesquisa.*** Este campo de ação ***deve contemplar o elemento de estudo, e as condições nas quais estudaremos este elemento.***

O elemento a ser estudado é ***o aluno de primeiro ano.*** Ainda que cada ano numa faculdade de Medicina tenha as suas peculiaridades, o aluno recém-ingresso possui características, sem dúvidas, que o diferenciam dos demais de modo significativo pela condição de admissão.

É aquele que deixa uma etapa da vida, o estudo médio, para entrar no ambiente universitário, no qual optou por seguir. Até então a escola era um campo comum a todos os estudantes, e agora há um objetivo definido a ser alcançado. As situações que concorrem para esta notória diferenciação dos demais anos são muitas: a dúvida pela escolha, a aceitação da faculdade, a identificação com os colegas, a expectativa pelas matérias, a ansiedade pela capacidade de vencer, o receio pelo novo, o encontro com o cadáver, a intimidade com a doença, etc. Para muitos somam-se outras como: a mudança de cidades, com afastamento da família, que acarretam uma radical transformação no habitat do aluno e na sua dinâmica decorrente como: saudades, adaptações, e aprender a conviver sozinho ou com colegas de moradia e outros.

Estas considerações podem colaborar para o melhor conhecimento do perfil do estudante, e favorecido quando associado a este um teste de personalidade do candidato. Personalidade que certamente não deverá conduzir a um modelo ideal, mas deve ser avaliada para uma melhor compreensão das manifestações do estudante e nas possibilidades de poder ajudá-lo.

Como podemos perceber são muitas as circunstâncias que cercam este aluno, em estudo, que certamente tornariam difícil de serem contempladas num estudo único. Assim optamos por estudar as **condições de família** que envolve este estudante. A condição família reúne características interessantes de serem abordadas para um entendimento do estudante. Além de todas as justificativas apresentadas na introdução deste trabalho, no caso específico da Medicina, se reveste da peculiaridade da tradição. A família contém o histórico do estudante. Nela estão registrados, alegrias, tristezas, relacionamentos, oportunidades, princípios, valores, vivências e expectativas futuras. Sabemos que sendo a família o habitat natural do ser humano, estudando esta condição poderemos estar mais perto do que o estudante é na sua intimidade, e o que eventualmente possa ter favorecido a sua opção profissional.

Uma vez assinalados o elemento de estudo - o aluno de primeiro ano - e as condições a serem estudadas - a família - temos de estabelecer quais relacionamentos poderiam ocorrer entre estes dois. O relacionamento de qualquer elemento de uma família, com a sua dinâmica, no sentido maior,

abrange uma infinidade de temas. Desde a genealogia, cronologia de fatos do cotidiano, condições sócio-econômicas, afinidades, afetividade, profissionalismo, facilidades e dificuldades, intercorrências de diversas naturezas (ausências prolongadas, doenças, morte, comemorações, brigas e reconciliações, etc), e tantas outras, constituem um universo que poderia em maior ou menor intensidade influenciar na intimidade do nosso estudante e suas decisões. Precisaríamos estabelecer limites destes relacionamentos direcionados a determinados objetivos. O objetivo determinado foi a vocação, e assim os aspectos de relacionamento aluno e família, devem estar concorrendo para ***o objetivo da vocação e escolha profissional.***

Estabelecidos estes parâmetros, era preciso destiná-los a um fim que pudesse acrescentar subsídios para a resposta que o pesquisador se esforça em ser um colaborador. A pergunta está relacionada às possibilidades ***alternativas do processo seletivo.*** O levantamento de dados obtidos neste trabalho, não poderiam isoladamente delinear um parâmetro de critérios para uma seleção, mas, a exemplo de outros autores apresentados, promover o conhecimento das características destes alunos.

Esperamos que as respostas alcançadas por este trabalho colaborem para que cada vez mais busquemos um maior e melhor conhecimento do aluno, que deverá ser avaliado não só na sua condição cognitiva, mas também pelo seu histórico biográfico, pelas características da sua personalidade, e pelos motivos que o levaram a escolher a Medicina.

2. Objetivo

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é avaliar o perfil de estudantes recém-ingressos em diferentes faculdades de Medicina quanto aos aspectos da personalidade e vivência familiar relacionados à vocação do aluno, suas expectativas profissionais, e possíveis influências no processo seletivo.

3. Metodologia

3.1. POPULAÇÃO ALVO

Alunos do primeiro ano de Medicina, ingressos durante o ano de 2003, de seis faculdades localizadas na região da grande São Paulo e proximidades, a saber: No município de São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) com 175 vagas; Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina (UNIFESP) com 110 vagas; Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP) com 100 vagas; Faculdade de Medicina da Universidade de Santo Amaro (UNISA) com 80 vagas. Está localizada no município de Santo André: Faculdade de Medicina de Santo André (FMABC) com 100 vagas. E está localizada no município de Jundiaí: Faculdade de Medicina de Jundiaí (FMJ) com 60 vagas. Dentre estas faculdades duas são de esfera pública (FMUSP e UNIFESP) e as demais são particulares.

3.2. AMOSTRAGEM

Para que se alcançasse o objetivo pretendido, consideramos que deveríamos trabalhar com um número significativo de alunos procedentes de diferentes faculdades, a fim de se verificar os eventuais fatores comuns e diferentes existentes, que pudessem gerar uma significância da performance dos candidatos em relação aos parâmetros avaliados no estudo.

Diante de tantas variáveis, já mencionadas, que interferem na vida do candidato em relação ao seu meio, procuramos trabalhar com alunos que prestaram vestibular no mesmo ano. Desta forma o ano de admissão deixa de ser um fator de interferência na amostra.

Considerando que tradicionalmente os alunos prestam exames em várias faculdades no mesmo ano, se estas apresentassem uma proximidade geográfica razoável, teríamos uma grande probabilidade de serem os mesmos alunos a fazer parte do universo de vestibulandos naquele ano. É certo que nem todos os alunos prestaram vestibular nas seis faculdades estudadas, mas é bastante provável que quase todos tenham prestado pelo menos nas duas Faculdades Públicas, pela própria questão financeira, e tradição das mesmas, sem dúvida, fatores a serem considerados como relevantes.

Visto que se desejava avaliar um perfil do aluno, em princípio, sem grandes interferências do meio universitário, o trabalho foi realizado ainda no primeiro semestre do primeiro ano, praticamente no mesmo mês. Somente em uma faculdade particular, por dificuldades de agendamento, o trabalho foi realizado no início do segundo semestre.

O trabalho de campo precisou contar com a colaboração prévia de professores que pudessem ceder parte de suas aulas, para a aplicação dos instrumentos que serão apresentados a seguir. Não podemos deixar de relatar que não foi fácil conseguir este espaço, onde praticamente todos os mestres,

justificadamente, reclamam de sua carga horária estar sempre aquém do desejado, o que dificulta ceder espaço para um trabalho de pesquisa.

A alternativa de se solicitar a participação dos alunos em horário extracurricular, nos pareceu muito difícil em termos de se conseguir a adesão desejada para nossos objetivos. É válido mencionar que o nosso receio não foi sem fundamento. Na primeira faculdade avaliada, o professor, procurando colaborar de modo expressivo, informou previamente aos alunos que na aula seria aplicada uma avaliação de um professor externo a faculdade. A boa vontade do professor titular em colaborar, resultou na faculdade onde obtivemos proporcionalmente o menor número de alunos participantes. É bastante compreensível que os alunos não apresentassem interesse antecipado de participação. Foi por isto que insistimos para que o trabalho fosse realizado quando os alunos ainda estivessem em sala de aula com o professor da disciplina.

O fato de permanecerem em sala de aula, para a participação do trabalho, foi totalmente livre e desvinculado de qualquer compromisso com participações, ou eventuais vantagens pertinentes à disciplina. O nosso desejo era conseguir o maior número de alunos possível, presentes em sala de aula naquele momento, sem qualquer critério de exclusão a princípio, por motivos que fossem.

3.3. CLASSIFICAÇÃO DA AMOSTRAGEM

No intuito de se obter um estudo comparativo que pudesse revelar possíveis diferenças nas tendências do perfil dos alunos, e seus comportamentos respectivos no âmbito familiar, e suas implicações no aspecto vocacional e desenvolvimento profissional, optamos por classificá-los em dois grupos.

O critério de classificação baseou-se na variável da procedência das faculdades como sendo **Pública** ou **Particular**, considerando-se que o custo econômico para a realização das mesmas é um fator significativo classificatório para hierarquizar a escolha pelos alunos. Além disto as duas faculdades Públicas obtiveram mais conceitos A no Exame Nacional de Cursos (ENC) do Ministério da Educação do Brasil nos últimos cinco anos, enquanto que as Particulares obtiveram mais conceitos entre B e C no mesmo período (Ministério da Educação, Exame Nacional de Cursos). Também podemos lembrar, como mencionado acima, que é bastante provável que todos os alunos deste estudo tenham realizado seus exames nas duas faculdades Públicas, sendo esta participação mais variável no grupo das Particulares.

Formaram-se assim os grupos que passaremos a denominar de **Públicas** (FMUSP e UNIFESP) e **Particulares** (FCMSCSP, UNISA, FMABC e FMJ). Coincidentemente esta distribuição aproximou bastante os dois grupos no seu número de alunos, conforme será apresentado, o que permitiu um melhor estudo estatístico comparativo dos mesmos.

3.4. INSTRUMENTOS DE PESQUISA

Para se alcançar os objetivos propostos foram aplicados dois questionários, a saber: o denominado 16 PF, referente ao estudo da personalidade, e um outro elaborado pelo pesquisador (VR) que será detalhado adiante.

3.4.1 Questionário de 16 Fatores de Personalidade:16PF

O primeiro instrumento utilizado é o teste de avaliação da personalidade, desenvolvido por Cattell e colaboradores em 1956, o qual compõe um perfil com 16 fatores diferentes para adolescentes e adultos normais. Este teste é conhecido como 16PF, questionário de dezesseis fatores de personalidade.(Cattell et al. 2002).

Utilizamos a 5ª edição do 16 PF, que consta de 185 itens que compreendem escalas dos 16 Fatores de Personalidade. Cada escala consta de 10 a 15 itens. Os itens apresentam três alternativas para a questão sendo uma de interrogação (?), quando nenhuma das alternativas for adequada. Encontram-se no final do teste quinze itens que avaliam a habilidade de raciocínio que correspondem ao Fator B (inteligência). Nestes quinze itens existem três alternativas, não sendo nenhuma delas de interrogação.

Os resultados brutos obtidos são comparados com a amostra padrão e transformados em estenos, que estão classificados em uma escala de 10

pontos. Considera-se nesta escala os estenos de 4 a 7 como medianos; 1 a 3 inferior a média e de 8 a 10 superior. Espera-se que, 68% da população apresente uma pontuação mediana e, 16% estejam acima e, os outros 16% abaixo.

No Brasil sua padronização ocorreu em 1998, em estudo com 1152 estudantes, dos quais 500 universitários. Sua utilização tem sido aplicada principalmente para estudo que determine perfis profissionais.

O teste é auto-aplicável, com duração prevista ao redor de 50 minutos, e deve ser usado para pessoas que apresentem preferencialmente o nível de Ensino Fundamental completo. A apuração dos resultados foi feita utilizando-se como auxílio a forma informatizada.

O teste 16PF foi aplicado para cada aluno, avaliando a dimensão bipolar de cada fator personalidade. Dois conjuntos de fatores, denominados de primários e globais são analisados. Estes fatores serão sumariamente apresentados a seguir.

Fatores Primários

Fator A- EXPANSIVIDADE (Reservado x Expansivo)

Aponta uma tendência da pessoa ser calorosamente envolvida com as outras, em oposição à tendência a ser mais reservada socialmente. Valores baixos (A-) sugerem pessoas reservadas, impessoais e distantes. Valores altos

(A+) apontam para expansividade, participação e ser atencioso com os demais. A Expansividade (A+) é um dos três fatores primários, nos quais as distribuições de resultados diferem para homens e mulheres. (Os outros são Afirmação e Brandura). No A+, resultados brutos de mulheres tendem a ser mais alto do que nos homens, são mais expansivas.

A Expansividade (A+) contribui para o fator global Extroversão, junto com os fatores Despreocupação (F+), Desenvoltura (H+), Dependência do grupo (Q2-). Os Reservado (A-) contribui para o fator global Rigidez de Pensamento junto com Rigidez (I-), Praticidade (M-) e Conservadorismo (Q1-).

Fator B- I NTELIGÊNCIA (Menos Inteligente x Mais inteligente)

Como mencionado é composta de 15 questões relativas à habilidade de resolver problemas usando o raciocínio. Não se espera pela sua brevidade que ocupe o lugar de testes mais confiáveis para a análise da habilidade mental. Valores baixos (B-) correspondem ao pensamento concreto e valores altos (B+) ao pensamento abstrato.

Ainda que com reservas, apresenta alguma correlação com a Estabilidade Emocional (C+), Confiança (L-) e Experimentação (Q1+).

Fator C- ESTABILIDADE EMOCIONAL (Sensíveis às Impressões Afetivas x Emocionalmente Estável)

Está relacionado à forma como as pessoas manifestam os seus sentimentos em situações do cotidiano, e em presença de desafios. Valores baixos (C-) correspondem àqueles mais sensíveis às impressões afetivas, e,

portanto emocionalmente instáveis. Valores altos (C+) sugerem pessoas maduras, com maior capacidade de adaptação, emocionalmente estáveis.

Os emocionalmente instáveis (C-) são fortes contribuintes ao fator global Ansiedade, junto com a Desconfiança (L+), Apreensão (O+) e Tensão (Q4+). Os emocionalmente estáveis (C+) apresentam certa correlação com os fatores Consciência (G+) e Praticidade (M-).

Fator E- AFIRMAÇÃO (Humilde x Afirmativo)

Envolve a tendência a impor a sua vontade sobre a dos outros (Afirmção, E+) em oposição a sucumbir aos desejos alheios (Humildade, E-). Os valores altos (E+) são afirmativos, dominantes, assertivos, podendo chegar a serem agressivos em suas colocações. Costumam identificar-se mais com o sexo masculino. Os valores baixos (E-) correspondem a uma postura cooperativa, branda, avessa aos conflitos, de postura humilde. Identificam-se mais com o sexo feminino.

A Afirmção (E+) é o mais forte contribuinte ao fator global Independência, junto com a desenvoltura (H+), Desconfiança (L+) e Radicalismo (Q1+). A pessoa independente é auto-determinada e procura influenciar os outros.

Fator F -. Preocupação (Sóbrio x Despreocupado)

Manifesta o grau de espontaneidade de uma pessoa. Os valores baixos (F-) associam-se a pessoas sóbrias, sérias, retraídas e prudentes. Valores altos (F+) estão presentes em indivíduos com um perfil despreocupado, alegre, animado.

O fator F juntamente com a Expansividade (A+), Desenvoltura (H+), Naturalidade (N-) e Dependência do Grupo (Q2-) contribui positivamente (F+) para o fator global Extraversão.

Fator G - CONSCIÊNCIA (Evasivo x Conscencioso)

Relaciona-se a maneira pela qual os padrões culturais (nos quais estão presentes idéias morais da cultura e, meio ambiente) são internalizados e usados pela pessoa para governar o comportamento. Valores altos são compatíveis com pessoas que seguem valores culturais e convencionais rígidos e de forma conscienciosa, enquanto que valores baixos acompanham aqueles mais evasivos, dissidentes, e inconvenientes.

Contribui positivamente (G+) para o fator global Auto-Controle e se relaciona neste aspecto com os fatores: Sobriedade (F-), Praticidade (M-) e Disciplina (Q3+). De maneira menos marcante associa-se a outros fatores como Estabilidade Emocional (C+) , Fleumático (Q4+) e Conservador (Q1-).

Fator H- DESENVOLTURA (Acanhado x Desenvolto)

Estão agregados aos valores altos (H+) as pessoas desenvoltas, insensíveis a repreensões, venturosas. Os acanhados, tímidos e sensíveis apresentam valores baixos (H-).

Contribui positivamente (H+) para o fator global Extroversão, assim como a Expansividade (A+), Despreocupação (F+), Naturalidade (N-) e Dependência do Grupo (Q2-). Também contribui para o fator global Independência, junto com a Afirmação (E+), Desconfiança (L+) e Renovação (Q1+).

Fator I- BRANDURA (Prático x Sensível)

Focaliza-se nas sensibilidades e suscetibilidades pessoais. Valores altos (I+) estão associados a pessoas sensíveis, sentimentais e harmoniosas. Correspondem predominantemente ao sexo feminino. Os valores baixos (I-) são compatíveis com pessoas práticas, objetivas e realistas. São mais encontrados no sexo masculino.

É o contribuinte positivo (I+) mais forte ao aspecto Receptivo do fator global Rigidez de Pensamento por estar mais relacionada com a Renovação (Q1+), Imaginação (M+) e Expansividade (A+). De modo mais fraco corresponde-se com os fatores Instabilidade (C-), Humildade (E-) e Evasão (G-).

Fator L- CONFIANÇA (Confiante x Desconfiado)

Associa-se à tendência a confiar em contrapartida a ser cauteloso em relação às motivações alheias. Neste fator os mais confiantes e que acreditam nas pessoas apresentam valores baixos (L-) enquanto que os desconfiados, suspeitos e cautelosos somam valores altos (L+).

Juntamente com a Instabilidade (C-), Apreensão (O+) e Tensão (Q4+), a Desconfiança (L+) colabora para o fator global Ansiedade. Quando associada aos fatores Afirmação (E+), Desenvoltura (H+) e Renovação (Q1+), contribui para o fator global Independência.

Fator M- IMAGINAÇÃO (Prático x Imaginoso)

Corresponde ao tipo de coisas às quais as pessoas prestam atenção e sobre as quais elas refletem. Valores baixos (M-) são encontrados nos

indivíduos práticos, cuidadosos, precisos e formais. Pessoas que são imaginosas, reguladas pelas solicitações interiores, envolvidas nos próprios pensamentos apresentam valores altos.

Sua maior correlação como Imaginoso (M+) se encontra com o fator G negativamente (Evasão). Outras relações podemos encontrar do Imaginoso (M+) com os fatores Renovação (Q1+), Instabilidade (C-) e Indisciplina (Q3-). O Fator M também contribui ao fator global Rigidez de Pensamento junto com Expansividade (A+), Brandura (I+) e Renovação (Q1+). Enquanto Prático (M-) contribui para a Inflexibilidade da Rigidez do Pensamento; e quando Imaginoso (M+) contribui para o estado Receptivo do mesmo fator global.

Fator N- REQUINTE (Genuíno x Requentado)

Relaciona-se com a tendência a ser Genuíno (N-) e pessoalmente aberto em oposição a ser Requentado (N+) e fechado. São genuínos, sinceros e simples os indivíduos que apresentam valores baixos; e requentados, esmerados e isolados os que conseguem valores altos.

Suas correlações positivas (N+) são feitas com a Reserva (A-), Timidez (H-) e Auto-suficiência (Q2+), no fator global I (Extroversão) na manifestação de Introversão, enquanto que negativamente (N-) associa-se ao mesmo fator global na forma Extroversão.

Fator O- APREENSÃO (Plácido x Apreensivo)

As pessoas apreensivas, indecisas e perturbadas apresentam valores altos para este fator, enquanto que os que são seguros de si mesmos, serenos, complacentes e plácidos correspondem a valores baixos.

Contribui para o fator global Ansiedade junto com Instabilidade (C-), Desconfiança (L+) e Tensão (Q4+).

Fator Q1- ABERTURA A NOVAS EXPERIÊNCIAS(Conservador x Experimentador)

Obterão valores altos os indivíduos que são liberais, renovadores e dispostos a experimentações. Os conservadores, tradicionais e dedicados a Família ficarão com valores baixos.

A Renovação (Q1+) contribui para o fator global Independência, assim como Afirmação (E+), Desenvoltura (H+) e Desconfiança (L+). Também contribui para o pólo Receptivo do fator global Rigidez de Pensamento, junto com a Expansividade (A+), Brandura (I+) e Imaginação (M+).

Fator Q2- AUTO-SUFICIÊNCIA (Dependente do Grupo x Auto-Suficiente)

Refere-se a permanência de contato ou proximidade com outras pessoas. Os auto-suficientes , que somam valores altos (Q2+), são solitários e individualistas. Os que se sentem dependentes do grupo, sectários e afiliativos apresentam valores baixos (Q2-).

A Dependência do Grupo (Q2-) contribui para o fator global Extraversão junto com Expansividade (A+), Despreocupação (F+), Desenvoltura (H+) e Naturalidade (N-).

Fator Q3- DISCIPLINA (Sem Autodisciplina x Controlado)

Os valores altos (Q3+) são encontrados nos indivíduos controlados, perfeccionistas, organizados e com auto-disciplina. Por outro lado os flexíveis, tolerantes à desordem e sem auto-disciplina apresentam valores baixos (Q3-).

A Disciplina (Q3+) contribui para o fator global Auto-Controle, junto com Sobriedade (F-), Consciência (G+) e Praticidade (M-).

Fator Q4- TENSÃO (Fleumático x Tenso)

Está associada à tensão nervosa. Os tensos, impulsivos e impacientes somam valores altos (Q4+) enquanto os fleumáticos, relaxados e pacientes se encontram com valores baixos (Q4-).

É positivamente (Q4+) o maior contribuinte para o fator global Ansiedade, junto com os fatores Instabilidade (C-), Desconfiança (L+) e Apreensão (O+).

Fatores Globais

São constituídos pela combinação através de cálculos efetuados nos estenos obtidos dos fatores primários. Dividem-se em cinco categorias, ou cinco fatores globais de personalidade: Extroversão, Ansiedade, Rigidez de Pensamento, Independência e Auto-Controle. Eles descrevem a personalidade de forma mais ampla, ou seja, usam termos mais gerais do que os fatores primários. Apresentaremos a seguir as principais características de cada um.

FATOR I- Extroversão (Extrovertido x Introvertido)

Extroversão orienta a uma participação social geral. Tendem a ser direcionados às pessoas e a buscar relações com os outros. Apresentam resultados altos. Introvertidos tendem a ser menos sociáveis; a gastar mais tempo em sua própria companhia do que na de outros. Correspondem a resultados baixos.

A Extroversão inclui Expansibilidade (A+), Despreocupação (F+), Desenvoltura (H+), Genuinidade (N-) e Dependência do Grupo (Q2-).

FATOR II- Ansiedade (Baixa Ansiedade x Alta Ansiedade)

A ansiedade pode surgir em consequência a eventos externos ou pode ainda ser provocada internamente. Estar associada a um fato real ou imaginário. Valores altos são atribuídos a indivíduos com alta ansiedade, e perturbáveis. Pelo contrário existem os de baixa ansiedade, imperturbáveis.

Inclui-se neste fator: Sensibilidade às Impressões Afetivas (C-), Desconfiado (L+), preocupado e Apreensivo (O+) e Tenso (Q4+).

FATOR III- Rigidez de pensamento (Receptivo x Inflexível)

São pessoas descritas como sempre alerta e tendendo a lidar com os problemas a um nível despojado, cognitivo. Pessoas de Pensamento Rígido (valores altos) tendem a ser Reservadas (A-), Rígidas (I-), Práticas (M-) e Conservadoras (Q1-). São inflexíveis, firmes e de baixa empatia..

Pessoas Receptivas (valores baixos) são Expansivas (A+), Brandas (I+), Imaginosas (M+) e Experimentadoras (Q1+).Tendem a lidar com o problema de forma educada, refinada e sensível..

FATOR IV- Independência (Acomodado x Independente)

Aborda a tendência da pessoa a ser ativa e auto-determinada nos próprios pensamentos e ações. As pessoas independentes, (valores altos), são persuasivas e voltadas para o futuro. Agregam os fatores Afirmação (E+), Desenvolto (H+), Desconfiado (L+) e Experimentador (Q1+).

Ao contrário os acomodados, abnegados e agregados, (valores baixos), tendem a ser Humildes (E-), Acanhadas (H-), Confiantes (L-) e Conservadores (Q1-). Tendem a não questionar.

FATOR V- Auto-Controle (Descontrolado x Controlado).

Este fator diz respeito a curvar-se aos próprios desejos. Dividem-se em controlados ou inibidos (valores altos) e descontrolados e impulsivos (valores baixos). Os controlados associam-se a Sobriedade (F-), Prática (M-), Controlado (Q3+) e Conscencioso (G+).

Para os descontrolados contribuem os Despreocupados (F+), Imaginosos (M+), sem Auto-Disciplina (Q3-) e Evasivos (G-).

As respostas dos estudantes foram analisadas utilizando-se a Escala de Validade proposta pelo Teste 16 PF, versão 2.2, Centro Editor de Psicologia Aplicada _ CEPA, Rio de Janeiro, (Brasil).

3.4.2. Questionário VR

O outro instrumento de avaliação foi o questionário elaborado pelo pesquisador (**VR**). O objetivo é avaliar fatores de envolvimento familiar que

possam ter relação com os antecedentes do aluno e possíveis influências na sua vocação e opção para o seu desenvolvimento profissional futuro.

O questionário é auto-aplicável. Na primeira página consta uma folha de apresentação onde se esclarece para que o questionário será utilizado e a responsabilidade do pesquisador quanto ao sigilo das respostas. Segue-se na mesma página notas introdutórias sobre como responder o questionário. Nestas orientações destaca-se que as respostas deverão ser feitas em folha própria que foi entregue individualmente, e não no caderno de questões. Finalmente deixa o endereço eletrônico do pesquisador para eventuais questões de interesse particular que pudessem surgir pelos alunos, ou mesmos esclarecimentos.

É importante assinalar que todo o questionário está desenvolvido em questões sob forma de múltipla escolha, e sempre que possível do modo mais objetivo possível, ou seja, “SIM” e “NÃO”. Esta metodologia foi proposital por dois motivos:

Primeiro porque este questionário seria oferecido juntamente com um outro de 186 testes (16PF), o que torna o tempo de resposta bastante longo ainda que se proponha a ser de resposta imediata. E lembramos que seriam respondidos após o término de uma aula.

Segundo, porque esta forma de resposta permitiria uma tabulação dos dados para uma análise posterior mais apropriada para um estudo

estatístico dentro dos objetivos pretendidos. O questionário desenvolve-se em cinco partes, a saber:

Seção 1. Identificação e Constituição Familiar

Esta seção apresenta os dados de identificação habituais como nome, sexo, idade, procedência, etc. Procura identificar a constituição familiar quanto: a condição de casamento dos pais, número de irmãos e se o aluno mora ou não com a família. Solicita-se a religião dos pais e do aluno. Pede que o aluno informe quantas vezes já prestou vestibular para Medicina, e se havia entrado em alguma faculdade com desistência. Finalmente, se o aluno já realizou outro curso universitário ou técnico, total ou parcialmente, em outra área distinta da Medicina.

Nesta primeira seção, além dos dados de identificação habituais, interessa-nos saber a perseverança do candidato pelo número de exames realizados. Outra questão era saber a diversidade de possíveis outras carreiras escolhidas pelo candidato.

Quanto a família, nesta seção, interessa-nos a condição de união, e o número de elementos, a fim de se comparar com outros parâmetros da população. A condição de união do casal é bastante conhecida e estabelecida como fator de segurança para o desenvolvimento dos filhos na maioria das vezes.

O interesse quanto a religião, não é simplesmente estatístico, mas também de averiguar o grau de relacionamento com a formação espiritual que existe nesta população, tendo em conta a importância deste aspecto em uma profissão que procura assistir ao ser humano na sua totalidade. O envolvimento da espiritualidade na atuação médica foi desde o seu princípio um fator associado e até integrado, em tempos remotos, nas atribuições dos que se dedicavam ao cuidado da saúde.

Seção 2. Aspectos Pessoais

Esta seção tem por objetivo uma avaliação da vivência do estudante com temas pertinentes a área da saúde, tanto no envolvimento com o próximo, como com ele próprio, antes de sua entrada na faculdade. A visão do aluno quando interrogada diretamente sobre o que pensa a respeito das qualidades do médico, ou do que seria importante para a sua formação e desenvolvimento, freqüentemente nos leva a respostas voltadas para uma atitude altruísta, de solidariedade ao semelhante. Muller em seu livro já assinalava isto e alertava para o fato que apesar desta visão humanitária-assistencial, quando o aluno era interrogado a respeito de que área seguiria caso não conseguisse cursar a Medicina, a segunda opção freqüentemente recai em áreas técnicas e não sociais, como se poderia pensar. (MullerR 1967 p.14)

Tendo em vista este aspecto, procuramos organizar esta seção com questões que abordassem temas pertinentes ao que o aluno já teria se

dedicado, ou vivenciado anteriormente a admissão na faculdade. Desta forma não estaríamos trabalhando com o que o aluno desejaria ou pensaria ser adequado previamente ao candidato, mas com o que de fato, de real, ele já havia experimentado. Procurou-se alcançar este objetivo mediante quatro agrupamentos de questões.

O primeiro grupo aborda temas como teste vocacional, interesse por temas de Medicina, visitas a faculdades, conversas com outros profissionais. São questões que introduzem o aluno no âmbito profissional de modo a familiarizar-se no que deverá ser o núcleo principal do questionário, ou seja, o comportamento que possivelmente favoreceu o seu direcionamento a carreira médica.

O segundo grupo de questões é bem mais objetivo. Coloca o aluno diante de várias circunstâncias, melhor dizendo, ambientes, envolvidos direta ou indiretamente com a área da saúde. O pesquisador está procurando conhecer o quanto o candidato de fato já procurou participar de atividades envolvendo o próximo em diferentes condições: creche, orfanato, asilo, deficientes físicos, favela. Também as áreas de atuação profissional são perguntadas: Posto de Saúde, Pronto-Socorro, Centro-Cirúrgico, Enfermarias, Ambulatórios públicos. A participação em atividades filantrópicas de modo geral foi também avaliada. O que se julga importante, ao término deste grupo, é procurar saber se a vivência passada nestas experiências deveria ser valorizada para a decisão da escolha profissional. Indiretamente o pesquisador espera saber se é válido para os alunos, procurar numa entrevista futura,

envolver estes temas como pertinentes para um melhor conhecimento do interesse real do candidato em seguir Medicina.

O terceiro grupo de questões interroga diretamente o candidato não no seu relacionamento com o próximo, mas com ele próprio a respeito da convivência com a dor e com a doença (ou uma deficiência). Foi pesquisado que alunos de Direito teriam em seu passado uma vivência maior em situações envolvendo questões legais, e de modo menos marcante, mas também significativo o mesmo ocorreria com os alunos que se dirigem a Medicina. A experiência com a dor, e com a doença, particularmente na infância, podem modificar comportamentos para uma vida inteira. O ser humano afasta-se da dor por natureza. A própria dor é um reflexo de defesa, de alarme para o organismo num todo. No entanto, o jovem que escolhe por trabalhar em Medicina, está indo ao encontro deste envolvimento que leva ao sofrimento humano. O quanto a sua experiência pessoal possa estar vinculada a sua opção profissional é também perguntado neste grupo de questões.

O quarto e último grupo desta seção dirige-se para a sua participação como membro de uma família. São questões preparatórias para a seção seguinte. Estas perguntas envolvem mais o comportamento independente do aluno em situações propiciadas pelo ambiente de família, na qual ele manifesta reações pessoais, sem que exista uma pressão maior, ou mesmo uma obrigação para o seu cumprimento. Estão envolvidas no item que será analisado posteriormente pela caracterologia.

Seção 3 . Influências Familiares na Escolha Profissional

Nesta seção as perguntas são voltadas a identificação dos elementos da família que possam estar vinculados a área médica, e suas eventuais participações no processo educativo, tanto para o desenvolvimento pessoal, quanto da escolha profissional por parte do aluno. Existem publicações assinalando a freqüência maior de médicos na mesma família, obedecendo a um caráter histórico já apresentado neste trabalho. O quanto isto de fato possa ter influenciado nos alunos em estudo é o objetivo do pesquisador.

Outro tema interessante é de quando o estudante toma a decisão pela carreira. Alguns trabalhos mostram que o aluno candidato a Medicina tem uma decisão bastante precoce. Esta decisão, além de perguntada, é investigada no seu incentivo ou desmotivação por familiares, assim como é avaliada quanto à dúvida que possa existir nesta determinação, ou pelas dificuldades que possam interferir na sua realização.

Seção 4. Aspectos Vivenciados de Situações Familiares

Entramos na parte mais íntima do questionário. O aluno que já respondeu sobre o seu passado, avaliou as eventuais influências sofridas por seus familiares para o seu desenvolvimento e para a sua decisão, agora é colocado na sua atitude pessoal diante da dinâmica familiar. Como é considerada a família para este aluno? Como é o seu relacionamento? O que ela importa para ele? O que é mais compartilhado?

Existem questões voltadas na esfera da caracterologia também nesta seção, nas quais o aluno mais uma vez expõe suas manifestações diante de ocorrências familiares. Contudo, desta vez, exigem de certa maneira uma reação e não um movimento independente. Uma reação de acordo com o que o aluno é, e no que os eventos familiares significam para ele.

Nesta seção se colocou uma lista de temas: televisão, cinema, teatro, música, artes plásticas, literatura, política, esportes, computação, atividades religiosas. São assuntos diversos e que estão com maior ou menor freqüência no convívio familiar. É solicitado que o aluno dê uma nota quanto a esta freqüência em seu ambiente. De modo indireto, abordamos o que socialmente tem maior valor pela sua evidência nos lares destes alunos.

Seção 5. Expectativas Profissionais.

Chegamos a última seção. O aluno que acaba de adentrar a faculdade, carrega consigo sonhos, e expectativas. O pesquisador avalia, dentro de uma ótica da influência e do contexto familiar, o que espera o estudante para a sua vida pessoal e profissional.

O quanto possa influenciar o sucesso ou o fracasso de parentes médicos. O que mais é valorizado na escolha profissional, se a vocação ou o mercado de trabalho. A que atividade pensa se dirigir, se, social, científica, educacional. E como avalia as mudanças que ocorrerá para ele pelo fato de estar inserido num novo corpo social, em relação a suas amizades passadas.

Existem duas questões específicas para aqueles que não moram na mesma cidade da faculdade, pertinente a periodicidade de visitas à família.

3.4.3. Caracterologia

Inserido no questionário do pesquisador (**VR**), estão questões pertinentes à abordagem e avaliação do aluno, segundo os critérios da *caracterologia* (Berger 1963). A *caracterologia* é uma ferramenta, que permite conhecer tendências de personalidade do indivíduo nas suas características, conforme suas manifestações em três aspectos diferentes: quanto a **EMOTIVIDADE** (modo de sentir: emotivo, E, ou inemotivo, NE), **ATIVIDADE** (modo de agir: ativo, A, ou inativo, NA), e **RESSONÂNCIA** (modo de reagir: secundário, S, ou primário, P). Quando todas estas variáveis se associam em grupos de três obtemos oito caracteres: **Colérico** (E,A,P); **Apaixonado** (E,A,S); **Nervoso** (E,NA,P); **Sentimental** (E,NA,S); **Sanguíneo** (NE,A,P); **Fleumático** (NE,A,S); **Amorfo** (NE,NA,P); **Apático** (NE,NA,S).

Um questionário completo de *caracterologia* ampliaria em muito o número de questões a serem respondidas pelos alunos. Assim se optou por formular ao longo do questionário (**VR**), um conjunto de nove questões que abordassem o tema nos seus três aspectos, (emotividade, atividade e ressonância), e que pudessem gerar uma análise da tendência de cada aluno e posteriormente do grupo.

É justo, portanto, que não se tenha em consideração resultados que possam chegar a conclusões definitivas, e muito menos exatas, das características de personalidade dos alunos por este instrumento. Contudo, ainda que tendo em consideração estas limitações, a inserção destas questões se fez no intuito de se avaliar possíveis tendências, que pudessem eventualmente estar relacionadas com o comportamento manifestado dos alunos em outras questões. Em outras palavras, é uma ferramenta a mais na procura da identificação e do conhecimento deste aluno, que procurou e conseguiu superar a barreira do vestibular, alcançando os bancos da faculdade.

Finalizando, diremos que este questionário **(VR)** permite uma grande variedade de interações de respostas de diferentes naturezas. As combinações a serem abordadas são muito superiores as apresentadas neste trabalho, como se pode imaginar, pela quantidade de perguntas envolvidas em dois questionários. Seria necessário delimitar o campo de trabalho para uma análise estatística, segundo os objetivos propostos.

Assim, para a sua avaliação foram realizadas três abordagens:

1. utilizando parâmetros comuns a todos os alunos indistintamente a origem da faculdade.
2. utilizando a variável faculdade, dentro dos critérios já mencionados de Públicas e Particulares.
3. utilizando a variável gênero, independente da origem da faculdade.

3.5. PROTOCOLO DE APLICAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE PESQUISA

Ao término da aula fui apresentado, pelo professor titular da aula, aos alunos como pesquisador. Ficou esclarecido que a participação deveria ser voluntária, não sendo a negação da participação avaliada como qualquer intransigência por parte do aluno. Não foi colocada qualquer possibilidade de benefícios, para o aluno participante, na disciplina em aula. A todos se agradecia, antecipadamente, a colaboração.

Os alunos receberam individualmente, e simultaneamente, os dois questionários (16PF e VR), sendo recomendado que iniciassem pelo 16PF. Não foi estabelecido tempo mínimo ou máximo para que os alunos respondessem. Ao término das respostas, os alunos entregaram os dois questionários com suas respectivas folhas de respostas. O pesquisador permaneceu em sala, e sempre aguardou até a entrega do último aluno, sem que este sofresse qualquer pressão para antecipar a sua entrega.

Visto que os questionários foram realizados em ambiente de sala de aula, com proximidades das carteiras, e eventual favorecimento a conversas paralelas, os alunos foram alertados para que as respostas fossem individualizadas. Ficou bastante esclarecido que não se tratava de uma “prova”, e que não havia “gabarito”.

Apesar da folha inicial do Questionário VR conter esta mensagem, foi enfatizado, que os resultados ficariam sob guarda de sigilo do pesquisador e, seu professor orientador; não sendo entregue para quaisquer usos da faculdade.

3.5. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para verificar diferenças a respeito das faculdades **Públicas** e **Particulares** ou dos gêneros masculino e feminino, cada aspecto do questionário foi categorizado em grupos de respostas e analisado por **Teste χ^2** . O nível de significância foi fixado como 5%.

Para verificar diferenças a respeito das faculdades **Públicas** e **Particulares** ou dos gêneros, os *estenos* dos fatores de personalidade primários e globais foram analisados pelo teste de **Mann-Whitney**, com o nível de significância de 5%. Grupos classificados para cada fator de personalidade referido para a população foram analisados por **Teste χ^2** .

O **Teste Não Paramétrico de Spearman** foi empregado para a análise de correlação dos Fatores Primários e Globais do 16PF com os parâmetros de Atividade, Emotividade e Ressonância da Caracterologia.

As análises estatísticas foram realizadas com software SPSS versão 10.1 (SPSS Inc, USA) e MINITAB versão 13.0 (Minitab Inc, USA) .

3.6. AVALIAÇÃO DO PROJETO E ASPECTOS ÉTICOS.

O projeto desta pesquisa foi submetido à avaliação da Comissão de Ética para a Análise de Projetos de Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CAPPesq), tendo sido aprovado em sessão de 09.04.03, com o protocolo nº 149/03.

No que diz respeito aos resultados obtidos pelos alunos nas diferentes faculdades, deixaremos claro que a partir de agora, estes resultados apresentados serão informados como procedentes de faculdade Públicas e Particulares. Sempre que houver necessidade de comentário particular pertinente a determinada faculdade específica em certos itens, esta será substituída por denominação indefinida, sempre que possível.

4. Resultados

4.1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Para a realização da pesquisa contamos com a adesão espontânea de 529 alunos das seis faculdades, perfazendo 83,4% do total de alunos matriculados (634). Não foi feita revisita para buscar os alunos ausentes no dia, para evitar respostas dos questionários com possível contaminação, a partir de conversas entre os colegas que já tivessem participado. Aqueles que responderam somente a um dos questionários não foram incluídos.

É necessário mencionar que na avaliação do Teste 16PF, um dos instrumentos utilizados, alguns alunos, por motivos desconhecidos, (apesar dos esforços em se procurar a causa), não conseguiram ter sua folha de respostas tabuladas dentro do programa utilizado.

Isto acarretou, infelizmente, a desclassificação destes alunos, que não tiveram os dois questionários respondidos para avaliação geral. Totalizaram 42 alunos (7,9%), do total dos alunos pesquisados (529); sendo 20 alunos e 22 alunas, dos quais 29 das Faculdades Públicas (16 alunos e 13 alunas) e 13 das Particulares (4 alunos e 9 alunas).

Foram incluídos 487 alunos no total, sendo 253 do sexo masculino e 234 do sexo feminino; que responderam aos dois questionários, apresentados para a pesquisa, em condições de avaliação, totalizando 77,9% das 625 vagas oferecidas por estas faculdades em concurso vestibular.(**Tabelas 1 e 2**)

Tabela 1 - Alunos distribuídos por gênero e faculdades

GÊNERO	ALUNOS	FMUSP	UNIFESP	FCMSCSP	FMABC	UNISA	FMJ	TOTAL
MASCULINO	Matriculados	99	74	46	39	35	27	320
	Pesquisados	98	61	42	32	27	13	273
	Válidos	91	52	38	32	27	13	253
FEMININO	Matriculadas	79	39	54	60	49	33	314
	Pesquisadas	77	37	45	47	33	17	256
	Válidas	67	34	41	42	33	17	234
TOTAL	Matriculados	178	113	100	99	84	60	634
	Pesquisados	175	98	87	79	60	30	529
	Válidos	158	86	79	74	60	30	487

Tabela 2 - Alunos distribuídos por gênero e grupos de faculdades

GÊNERO	ALUNOS	PÚBLICAS	PARTICULARES	TOTAL
MASCULINO	Matriculados	173	147	320
	Pesquisados	159	114	273
	Válidos	143	110	253
FEMININO	Matriculadas	118	196	314
	Pesquisadas	114	142	256
	Válidas	101	133	234
TOTAL	Matriculados	291	343	634
	Pesquisados	273	256	529
	Válidos	244	243	487

4.2. QUESTIONÁRIO VR

4.2.1. Origem do aluno

Dos 487 alunos envolvidos, 244 (143 homens e 101 mulheres) eram de faculdades Públicas e 243 (110 homens e 133 mulheres) de Particulares. Existem mais homens nas Públicas e mulheres nas Particulares. Esta diferença é significativa ($p = 0,003$).

A idade variou de 17 a 32 anos, sendo que a maioria (436) situava-se entre 18 e 21 anos, com predomínio dos alunos mais jovens (17 ou 18) nas Públicas (50 em 244) em relação as Particulares (36 em 243); e dos alunos mais velhos (igual ou superior a 21 anos) predominam nas Particulares (68 em 243) em relação as Públicas (38 em 244). Esta diferença é significativa ($p=0,001$), para as idades, (**Tabela 3**), sem haver diferença para gêneros.

Tabela 3 - Idade de ingresso dos alunos por grupos de faculdades
($p= 0,001$)

IDADE	PÚBLICAS	PARTICULARES
17-18	50 (20,5%)	36 (14,8%)
19-20	156 (63,9%)	139 (57,2%)
21 ou mais	38 (15,6%)	68 (19,8%)
TOTAL	244 (100%)	243 (100%)

Dos 398 alunos que responderam quanto a procedência, 202 (50,7%) eram da cidade São Paulo; 178 (44,7%) de diferentes cidades do interior do Estado de São Paulo; 14 (3,5%) de outros Estados; e 4 (1%) de outros países.

Quanto aos colégios, nas faculdades Públicas 227 eram procedentes de particulares e apenas 13 de públicos, enquanto que nas faculdades Particulares 230 eram de particulares e 12 de públicos.

O número de tentativas variou de uma a seis vezes, sendo que a maioria dos alunos entrou entre a segunda (214) e a terceira tentativa (135) (**Gráfico 1**). Comparando-se os alunos que entraram na primeira ou segunda tentativa, com os que entraram com três ou mais tentativas, verifica-se uma diferença significativa ($p= 0,003$) para os que entraram mais precocemente nas Públicas em relação aos que entraram mais tardiamente nas Particulares, (**Tabela 4**), sem que ocorra diferença para gêneros.

Gráfico 1- Porcentagem de ingressos segundo as tentativas por faculdade

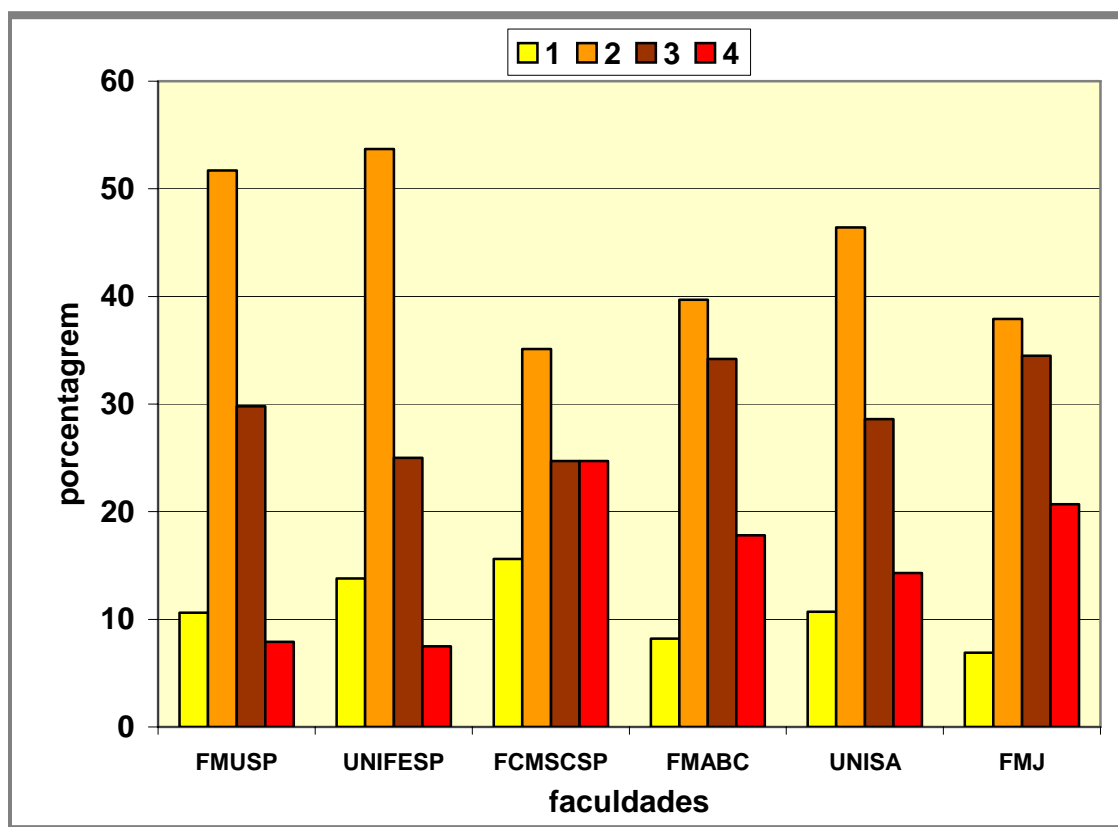


Tabela 4 - Número de tentativas para ingresso por grupos de faculdades
($p=0,003$)

Nº TENTATIVAS	PÚBLICAS	PARTICULARES
1 ou 2	148 (64,1%)	119 (50,6%)
3 ou mais	83 (35,9%)	116 (49,4%)
TOTAL	231 (100%)	235 (100%)

De 479 alunos que responderam a ter iniciado ou concluído outro curso que não médico, 53 (11,1%) afirmaram que sim, (23 das Públicas e 30 das Particulares). Os cursos foram muito variados, sem destaques específicos (administração, arquitetura, biologia, contabilidade, direito, enfermagem, engenharia, farmácia, filosofia, física, hotelaria, odontologia, radio, cinema, nutrição, etc.)

4.2.2. Constituição familiar

Todos os alunos declararam-se solteiros e nenhum deles referiu ter filhos.

Quanto a constituição familiar, a maioria dos alunos apresenta os pais casados (pais em 419 e mães em 421). Dos 487 alunos, 363 tem um (213= 43,7%) ou dois (150= 30,8%) irmãos. **(Tabela 5).**

Os alunos moram na maioria das vezes com os pais e parentes (361=74,1%), ou com amigos (83=17%). De todos, 34 (7%) declararam morar sozinhos.

Tabela 5 - Distribuição dos alunos segundo número de irmãos por faculdade

IRMÃOS	FMUSP	UNIFESP	FCMSCSP	FMABC	UNISA	FMJ	TOTAL
zero	18	3	2	3	4	2	32
1	57	40	35	42	30	9	213
2	43	27	28	19	19	14	150
3	14	8	5	3	3	2	35
4 ou mais	5	0	3	2	0	0	10
TOTAL	137	78	73	69	56	27	440

4.2.3. Religiosidade

A religião católica é predominante para os pais (303 em 402 declarados), para as mães (317 em 428 declaradas) e alunos (264 em 405 declarados). A espírita ocupa o segundo lugar com respectivamente 25, 52 e 10. Nas demais religiões ocorre predomínio dos evangélicos de diferentes procedências. Observa-se que dos 487 alunos, 405 referiram a sua opção religiosa e destes 41 declararam-se ateus ou agnósticos. 82 alunos não responderam a esta questão, **(Tabela 6)**.

Tabela 6 - Opção religiosa dos alunos segundo a distribuição pelas faculdades

RELIGIÕES	FMUSP	UNIFESP	FCMSCSP	FMABC	UNISA	FMJ	TOTAL
CATÓLICA	70	48	46	42	36	22	264
ESPÍRITA	13	8	6	7	7	3	44
OUTRAS	21	10	11	6	6	2	56
ATEU	15	6	7	8	5	0	41
NÃO RESPONDEU	39	14	9	11	6	3	82
TOTAL	158	86	79	74	60	30	487

4.2. 4. Aspectos Pessoais

Procurou-se avaliar três contextos fundamentais:

(1) o contato que os alunos haviam tido com o aspecto da profissão previamente a faculdade;

(2) a vivência que os alunos haviam passado com ambientes pertinentes a atividade profissional envolvida direta ou indiretamente com a saúde;

(3) experiência vivenciada pelos alunos em situações que envolvem o sentimento de sofrimento, quer por comprometimento físico, psíquico e, ou, emocional.

Para tanto procuramos elaborar um “escore” que avaliasse a somatória das questões envolvidas em cada um dos itens citados acima, a fim de se comparar os dois grandes grupos (Públicas e Particulares).

Participaram do item (1) as questões de 1 a 5 e 16; do item (2) as questões de 6 a 15 e; do item (3) as questões de 19 a 25.

4.2.4.1. aspectos profissionais prévios: verificou-se que os alunos das faculdades Particulares tiveram significativamente maior contato com os itens de profissionalismo, do que os alunos das faculdades Públicas; com $p = 0,010$. (**Tabela 7**). No gênero, as alunas demonstraram maior interesse que os alunos, com $p = 0,021$ (**Tabela8**).

A participação dos alunos nos aspectos profissionais prévios analisados foi:

- a. Teste vocacional (30%);
- b. assistir a palestra a respeito da profissão (66%);
- c. conversar com profissionais atuantes (74%);
- d. trabalhar em alguma atividade vinculada a área da saúde (12%);
- e. interessar-se por temas de Medicina (95%);
- f. visitar faculdades de Medicina (68%).

Tabela 7 - Aspectos profissionais prévios. Pontuação distribuída pelos alunos nos grupos de faculdades ($p=0,01$)

PONTUAÇÃO	PÚBLICAS	PARTICULARES
0	2 (0,8%)	3 (1,2%)
1	26 (10,8%)	5 (2,1%)
2	38 (15,8%)	38 (15,7%)
3	51 (21,2%)	61 (25,2%)
4	77 (31,9%)	81 (33,5%)
5	43 (17,8%)	46 (19%)
6	4 (1,6%)	8 (3,3%)
TOTAL	241 (100%)	242

Tabela8 - Aspectos profissionais prévios. Pontuação distribuída pelos alunos por gêneros ($p=0,021$)

PONTUAÇÃO	MASCULINO	FEMININO
0	3 (1,2%)	2 (0,8%)
1	21 (8,4%)	10 (4,3%)
2	50 (20%)	26 (11,2%)
3	56 (22,4%)	56 (24%)
4	79 (31,6%)	79 (33,9%)
5	37 (14,8%)	52 (22,3%)
6	4 (1,6%)	8 (3,4%)
TOTAL	250 (100%)	233 (100%)

4.2.4.2. vivências ambientais: também neste aspecto os alunos das Particulares demonstraram índice significativamente maior do que os alunos das Públicas com $p=0,003$, (**Tabela 9**). Não ocorreu diferença entre os gêneros. A participação dos alunos nas vivências ambientais foi analisada por visitas em:

- a. Creche (40%) ;
- b. Orfanato (25%);
- c. Asilo (40%);
- d. Crianças deficientes físicas ou mentais (34%);
- e. Favela (40%);
- f. Posto de Saúde (51%);
- g. Pronto-Socorro (56%);
- h. Centro-Cirurgico (41%)
- i. Enfermaria Hospitalar (48%);
- j. Ambulatório do Serviço Público (39%)

Tabela 9-Vivências ambientais. Pontuação distribuída pelos alunos nos grupos de faculdades ($p= 0,003$)

PONTUAÇÃO	PÚBLICAS	PARTICULARES
0	37 (15,3%)	20 (8,3%)
1	24 (10%)	17 (7%)
2	36 (14,9%)	21 (,7%)
3	22 (9,1%)	24 (10%)
4	36 (14,9%)	30 (12,4%)
5	28 (11,6%)	32 (13,3%)
6	21 (8,7%)	28 (11,6%)
7	19 (7,9%)	25 (10,4%)
8	12 (5%)	20 (8,3%)
9	5 (2,1%)	15 (6,2%)
10	1 (0,4%)	9 (3,7%)
TOTAL	241(100%)	241(100%)

Ainda a este respeito à questão 17 – influência na decisão profissional por conhecer estes locais - 85,8% de todos os alunos acreditam que esta variável (conhecer os locais pertinentes a atividade profissional) possa influenciar na decisão. Destes, que assim consideram, 76,39% acredita que o conhecimento destes locais possa influenciar a favor da escolha profissional. Neste grupo os alunos das faculdades Particulares consideram a influência de modo mais significativo estatisticamente ($p = 0,006$) do que os alunos das faculdades Públicas.

A questão 18 – quanto à participação em atividades filantrópicas e voluntariado - 57,8% dos alunos das faculdades Públicas afirmaram participar alguma vez, contra 50% dos alunos das faculdades Particulares. Não houve diferença estatística significativa entre os dois grupos. Contudo quando comparamos a categoria de gênero e não de faculdades, o sexo feminino participou significativamente mais das atividades filantrópicas e voluntariado do que o sexo masculino ($p < 0,001$), (Tabela 10).

Tabela 10 - Trabalho filantrópico/voluntariado dos alunos distribuído por gênero ($p=0,001$)

FILANTROPIA/VOLUNTARIADO	MASCULINO	FEMININO
SIM	115 (45,4%)	148 (63,2%)
NÃO	138 (54,6%)	86 (36,8%)
TOTAL	253 (100%)	234 (100%)

4.2.4.3. vivência com o sofrimento: não houve diferença significativa dos grupos, tanto nos grupos de faculdades como nos gêneros, (Tabelas 11 e 12). Contudo verificou-se que a maioria dos alunos apresenta pontuação baixa neste aspecto, onde 23,4% não refere qualquer experiência com o sofrimento (índice 0) e 47,8% (índices 1 e 2). Do total de alunos, 5,8% referiu forte experiência de vida pessoal com o sofrimento, (índices de 5 e 6). Nenhum aluno apresentou sete pontos de vivência com a dor (valor máximo).

Tabela 11 - Vivência com o sofrimento. Pontuação distribuída pelos alunos nos grupos de faculdades ($p>0,05$)

PONTUAÇÃO	PÚBLICAS	PARTICULARES
0	68 (27,9%)	45 (18,7%)
1	71 (29,2%)	74 (30,8%)
2	41 (16,9%)	45 (18,7%)
3	32 (13,2%)	35 (14,6%)
4	20 (8,2%)	24 (10%)
5	7 (2,9%)	8 (3,3%)
6	4 (1,6%)	9 (3,7%)
7	0 (0%)	0 (0%)
TOTAL	243 (100%)	240 (100%)

Tabela 12 - Vivência com o sofrimento. Pontuação distribuída pelos alunos nos gêneros ($p>0,05$)

PONTUAÇÃO	MASCULINO	FEMININO
0	66 (26,1%)	47 (20,4%)
1	63 (24,9%)	82 (35,6%)
2	48 (19%)	38 (16,5%)
3	37 (14,6%)	30 (13%)
4	25 (9,9%)	19 (8,3%)
5	6 (2,4%)	9 (3,9%)
6	8 (3,2%)	5 (2,2%)
7	0 (0%)	0 (0%)
TOTAL	253 (100%)	230 (100%)

Verificou-se que 21,15% do total de alunos afirmaram já ter passado por acompanhamento psiquiátrico ou psicológico.

Ainda a este respeito a questão 26 – *influência do sofrimento pessoal na decisão profissional* - 78,02% dos alunos acreditam que esta variável (*vivenciar o sofrimento*) possa influenciar na decisão. Destes, que assim consideram, 80% acredita que *a vivência com o sofrimento*, possa influenciar a favor da escolha da profissão. Neste grupo os alunos das faculdades Públicas consideram a influência de modo mais significativo estatisticamente ($p = 0,028$) do que os alunos das faculdades Particulares.

Foi questionada a presença de deficiências físicas (visual, auditiva, fala, motora ou doenças crônicas) nos alunos. Constatou-se que 61,7% nada acusaram e 33,3% referiram uma modalidade (principalmente alergias e acuidade visual). Contudo 41% acredita que a presença de uma deficiência física ou doença crônica possa influenciar na decisão da escolha profissional, enquanto que outros 40% acreditam que não. Os demais 20% não têm opinião a respeito.

4.2.5. Influências Familiares na escolha profissional

4.2.5.1. Importância da família para o aluno

A maioria dos alunos considera que a família é muito importante para o seu desenvolvimento pessoal (79,68%), enquanto que 1,24% não considera

a família importante. Quando analisadas as variáveis, gênero e grupos de faculdades, permaneceram as proporções acima citadas, sem diferenças significativas dos grupos. **(Tabela 13)**

Tabela 13 - Como os alunos avaliam a importância da família para o convívio e desenvolvimento pessoal, distribuídos em gênero e grupos de faculdades.

IMPORTÂNCIA	MUITO	MODERADA	POUCO	NÃO HÁ	TOTAL	<i>p</i>
GÊNERO						<i>p</i> >0,05
Masculino	200(79,4%)	39(15,5%)	9(3,6%)	4(1,6%)	252	
Feminino	187(79,9%)	40(17,1%)	5(2,1%)	2(0,8%)	234	
FACULDADES						<i>p</i> >0,05
Públicas	192(78,7%)	44(18%)	6(2,5%)	2(0,8%)	244	
Particulares	195(80,6%)	35(14,5%)	8(3,3%)	4(1,6%)	242	

Para a maioria dos alunos ocorre um equilíbrio entre pai e mãe na influência da formação pessoal (65,5%), sendo que em 27,3% a mãe foi apontada como figura principal isolada contra 4,3% do pai, **(Gráfico 2)**. Não ocorreu diferença estatística quando avaliadas as variáveis de gênero e grupos de faculdades.

4.2.5.2. Presença de médicos na família

Quanto a existência de médicos na família constatamos que na variável faculdade, encontra-se predominância de parentes médicos nas faculdades Particulares, com 62,9%, em relação as Públicas, com 54,3% (*p* = 0,052), **(Tabela 14)**.

Na variável gênero, os homens tem significativamente mais médicos em relação as mulheres ($p = 0,024$), (**Tabela 15**), sendo que em ambos os sexos a presença de médicos é bastante importante : 53,4% para as mulheres e 63,5% para os homens. O parentesco abrange desde pai, mãe, irmãos, tios, primos, e avós. Tanto em um sexo como em outro o fato do pai ser médico é muito marcante.

Gráfico 2 - Influência dos pais na educação familiar distribuída pelas faculdades

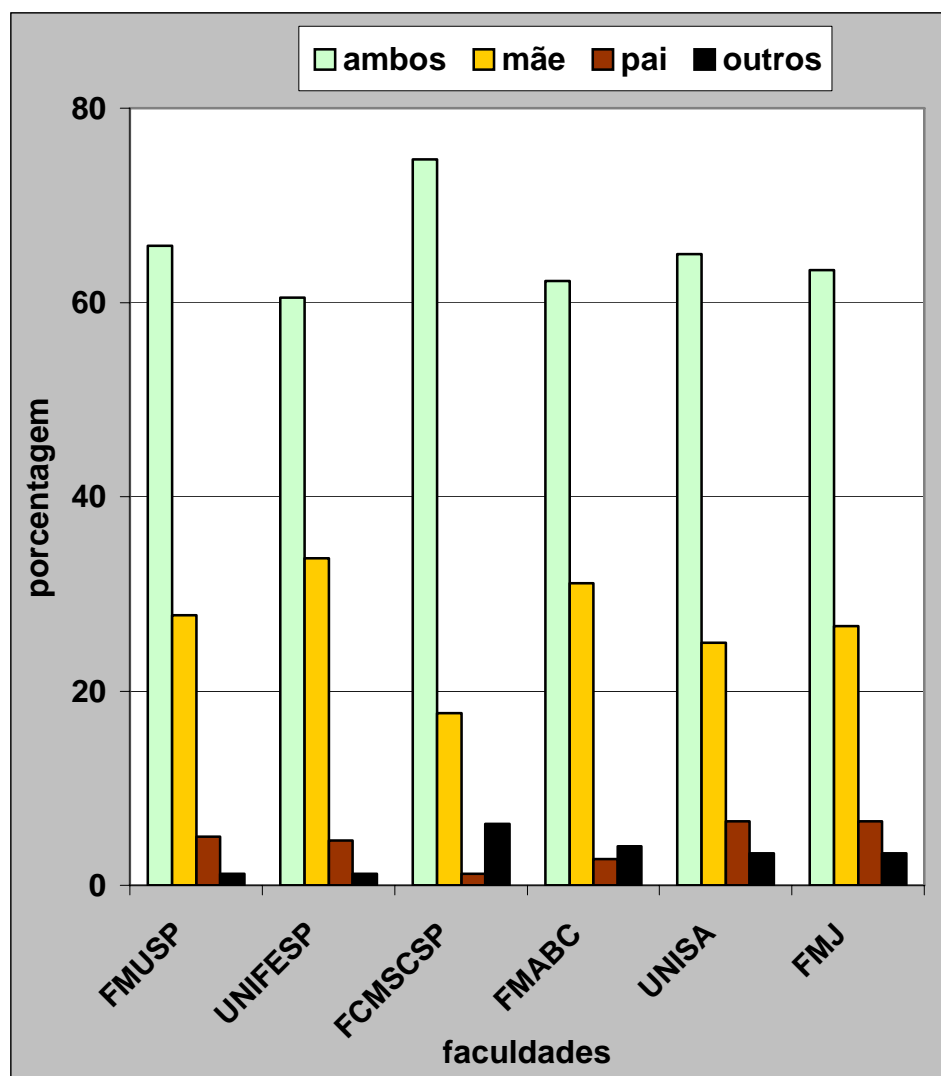


Tabela 14 - Presença de médicos na família segundo grupos de faculdades ($p=0,052$)

MÉDICOS	PÚBLICAS	PARTICULARES
SIM	132 (54,3%)	153 (63%)
NÃO	111 (45,7%)	90 (37%)
TOTAL	243 (100%)	243 (100%)

Tabela 15 - Parentesco médico segundo os gêneros ($p=0,024$)

PARENTES	MASCULINO	FEMININO
SIM	160 (63,5%)	125 (53,4%)
Pai	78 (31%)	41 (17,5%)
Mãe	30 (11,9%)	21 (9%)
Pai e Mãe	22 (8,7%)	9 (3,8%)
Irmãos	22 (8,7%)	22 (9,4%)
Avós	20 (7,9%)	12 (5,1%)
Tios	76 (30,2%)	57 (24,3%)
Primos	54 (21,4%)	47 (20%)
NÃO TEM	92 (36,5%)	109 (46,6%)
TOTAL	252 (100%)	234(100%)

4.2.5.3. Incentivos e desmotivações

Foi verificado se os alunos sofreram incentivos ou desmotivação para a profissão escolhida, (**Tabela 16**). Ocorreu incentivo tanto para a variável gênero quanto para os grupos de faculdades, encontrando-se 63,36% para as mulheres e 63,34% para os homens; e 61,35% para os alunos das Particulares e 62,80% para os alunos das Públicas.

Na desmotivação constatou-se diferença significativa na variável gênero ($p = 0,029$) sendo as mulheres foram mais desmotivadas pelos familiares (33,19%) do que os homens (24,20%). Na variável faculdade a desmotivação não apresentou diferença entre Particulares e Públicas. Quando avaliada a importância dada pelos pais em ter um(a) filho(a) médico(a), novamente constatou-se que não ocorre diferença na categoria faculdade, enquanto que há uma significativa diferença de gênero ($p = 0,004$), sendo que os estudantes do sexo masculino percebem maior valorização pelos pais de sua opção pela carreira médica do que as alunas.

Tabela 16 - Desmotivação pela família e Importância para os pais segundo os alunos distribuídos por gênero

ATITUDE DOS PAIS	MASCULINO	FEMININO	<i>p</i>
DESMOTIVAÇÃO			<i>p=0,029</i>
Sim	61 (24,2%)	77 (33,2%)	
Não	191 (75,8%)	155 (66,8%)	
TOTAL	252 (100%)	232 (100%)	
IMPORTÂNCIA			<i>p=0,004</i>
Importante	170 (68%)	121 (53,5%)	
Pouco	18 (7,2%)	19 (8,4%)	
Indiferente	62 (24,8%)	86 (38,1%)	
TOTAL	250 (100%)	226 (100%)	

Quanto ao fato do tema Medicina ser pauta de conversação no ambiente de família, os alunos não apresentaram diferença estatística significativa tanto para gênero como para grupos de faculdades, (**Tabela 17**).

Tabela 17 - Frequência de temas médicos em conversas familiares distribuídos em gênero e grupos de faculdades

PERIODICIDADE	freqüente	ocasional	 muito pouco	TOTAL	p
GÊNERO					<i>p>0,05</i>
Masculino	112(44,4%)	95(37,7%)	45(17,9%)	252	
Feminino	89(38%)	107(45,7%)	38(16,2%)	234	
FACULDADES					<i>p>0,05</i>
Públicas	92(37,9%)	101(41,6%)	50(20,6%)	243	
Particulares	109(44,9%)	101(41,6%)	33(13,6%)	243	

4.2.5.4. Influência na decisão profissional

Procurou-se avaliar que pessoas influenciaram a tomada de decisão da carreira. As mulheres afirmaram sofrer influência em 47,64% contra 52,99% dos homens, sem diferença estatística. Para as faculdades, os alunos das Particulares afirmaram influência em 47,72% contra 53,09% das Públicas, sem diferença estatística. Em todos os casos a influência maior veio da figura paterna.

A época da decisão para fazer medicina foi dividida em dois grupos: precoce (*desde que se lembra como pessoa até o termino do ensino fundamental*) e tardio (*ensino médio em diante*), (**Tabela 18**). Do total dos alunos 59,22% dos alunos declararam ter feito a sua decisão precocemente, sendo que destes, 55,94% afirmaram ter optado por Medicina desde que se conhecem por pessoa, o que corresponde a 33,13% do total dos alunos. Quanto ao gênero não ocorreu diferença na decisão ser mais precoce ou tardia, porém quando analisada a variável faculdade, verificou-se que os

alunos de Particulares decidiram mais precocemente do que os das Públicas ($p = 0,006$).

Tabela 18 - Decisão profissional segundo gênero e grupos de faculdades

	PRECOCE	TARDIA	TOTAL	p
				$p > 0,05$
GÊNERO				
Masculino	143(56,7%)	109 (43,2%)	252 (100%)	
Feminino	143 (61,9%)	88 (38,1%)	231 (100%)	
FACULDADES				$p = 0,006$
Públicas	128 (53,1%)	113 (46,9%)	241 (100%)	
Particulares	158 (65,3%)	84 (34,7%)	242 (100%)	

Quando avaliados quanto à certeza da decisão tomada, observamos que as mulheres questionam a sua decisão mais do que os homens ($p = 0,040$). O mesmo não ocorre quando comparadas as faculdades Particulares e Públicas. Vale dizer que nas duas variáveis (gênero e faculdades) o questionamento é bem menor do que o não questionamento por parte dos alunos(as) na tomada de decisão.

Tabela 19 - Questionamento da decisão profissional segundo gênero ($p = 0,04$)

QUESTIONAMENTO	MASCULINO	FEMININO
SIM	50 (19,8%)	65 (27,8%)
NÃO	202 (80,2%)	169 (72,2%)
TOTAL	252 (100%)	234 (100%)

Levando em consideração todo o grupo, abandonar a decisão por seguir Medicina seria influenciada por dois fatores determinantes: impedimento financeiro-familiar (42,07%) ou insegurança pela certeza da decisão (45,03%).

Estes determinantes quando considerados na variável gênero não apresentam diferenças, contudo na variável faculdade ocorre uma diferença significativa ($p = 0,001$) para os mesmos determinantes sendo que o abandono pelo impedimento financeiro é marcadamente superior nos alunos das Particulares (55,27%) em relação as Públicas (29,24%), enquanto que a insegurança da certeza predomina nas Públicas (66,10%) contra (43,88%) das Particulares.

Tabela 20 - Motivos de possível abandono segundo gênero e grupos de faculdades

	FINANCEIRO	INSEGURANÇA	TOTAL	<i>p</i>
GÊNERO				<i>p>0,05</i>
Masculino	105(43,9%)	134(56,1%)	239 (100%)	
Feminino	95(41,1%)	126(54,5%)	231 (100%)	
FACULDADES				<i>p=0,001</i>
Públicas	69(26,7%)	156(69,3%)	225(100%)	
Particulares	131(55,7%)	104(44,3%)	235(100%)	

4.2.6. Convívio familiar

4.2.6.1. Ambiente Familiar

O convívio familiar representa o ambiente social do qual procede o aluno. Quando considerada a população geral de estudantes se verifica que 92,59% considerou o convívio familiar bom ou ótimo, afirmando para este último 58,85%. Verificando-se esta resposta levando em consideração as variáveis de gênero e faculdade, encontramos que não há diferença para o sexo, mas, existe diferença significativa ($p = 0,027$) dentre as faculdades,

sendo que nas Particulares os alunos consideraram o seu ambiente melhor em relação aos alunos das Públicas (Tabela XIX).

Tabela 21 - Convívio familiar segundo a distribuição por gênero e grupos de faculdades

CONVÍVIO FAMILIAR	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM	TOTAL	p
GÊNERO						<i>p>0,05</i>
Masculino	138(54,5%)	94(37,8%)	14(5,5%)	6(2,3%)	253(100%)	
Feminino	148(63,2%)	70(30%)	13(5,5%)	3(1,2%)	234(100%)	
FACULDADES						<i>p=0,027</i>
Públicas	128(52,7%)	93(38,2%)	15(6,2%)	7(2,8%)	243(100%)	
Particulares	158(64,8%)	71(29,1%)	12(4,9%)	2(0,8%)	244(100%)	

Quanto a família ter favorecido o relacionamento social de muitos amigos, 67,70% dos alunos acredita que exerceu papel positivo; 22,36% dos alunos consideraram que a família favoreceu pouco no relacionamento de amizades; 7% respondeu que não favoreceu, ou mesmo dificultou este, para 2,90%. Quanto as variáveis de gênero ou faculdades, estas proporções mantiveram-se e sem diferenças significativas para os grupos.

4.2.6.2. Relacionamento do aluno com seus familiares

O estudo do relacionamento dos alunos com os diferentes elementos constituintes da família – pai, mãe e irmãos - manteve índices elevados de ótimo e bom relacionamento, (84%; 94,85%; 90,51% respectivamente); sendo melhores (ótimo) relativos a mãe (67,28%) depois aos pais (52,81%) e irmãos (51,88%). Poucos (1,25%) apontaram para um péssimo relacionamento que se localizou especialmente na figura paterna.

Estas relações quando aplicadas nas variáveis de gênero e faculdades não apresentaram diferenças significativas estatisticamente, contudo se nota que na comparação das faculdades há uma tendência a um melhor relacionamento com os familiares nas Particulares em relação às Públicas, e quanto ao gênero uma discreta tendência de melhor relacionamento dos filhos com suas mães em relação as filhas, o mesmo não se observa nos relacionamentos com o pai e com irmãos.

4.2.6.3. Presença de doentes na família

A presença de deficientes físicos, mentais, doentes crônicos ou doentes mentais em tratamento na família, foi assinalada por 26,65% dos alunos, com predomínio aos deficientes físicos (aproximadamente 11%), seguidos pelos doentes crônicos limitantes (5%), doentes mentais em tratamento (4,5%) e deficientes mentais (4%). Os valores são aproximados, pois alguns alunos apresentam mais de uma condição familiar. Assinala-se que 73,35% não referiram presença de doentes na família. Neste item também não foram encontradas diferenças para as variáveis de gênero ou faculdades.

4.2.6.4. Atividades do cotidiano familiar

As questões de 55 a 64 constituem um conjunto de temas vinculados ao cotidiano da família, envolvendo atividades não obrigatórias. Foram classificadas de acordo com a importância que os alunos deram segundo a frequência com que estas atividades ocorrem para cada um deles. Desta forma

ficaram hierarquizadas: Televisão, Música, Esporte, Cinema, Política, Computação, Literatura, Atividades Religiosas, Teatro, Artes Plásticas, Não ocorreu diferença estatística na variável faculdade à exceção da Literatura, onde encontramos maior frequência para as Públicas em relação as Particulares ($p = 0,026$). Por outro lado, ao analisar-se estas atividades por gênero, constata-se uma diferença significativa nas questões de teatro, literatura e atividade religiosa, com predomínio para o sexo feminino, e nos esportes para o sexo masculino, **(Tabela 22)**

4.2.6.5. A família e o futuro profissional e da sociedade

Questionou-se o aluno a respeito do seu posicionamento quanto a família em relação à sociedade e seu futuro como profissional, **(Tabela 23)**. Foi marcante a opção por considerar a família muito importante para a melhoria e desenvolvimento da sociedade (84,74%). Do total 15,25% consideraram a família de importância secundária para a estabilidade da sociedade. Não houve diferença entre os gêneros, mas quando comparadas as faculdades, embora os dois grupos tenham se manifestado fortemente quanto a importância da família para a sociedade, os alunos das Particulares consideram esta mais fundamental do que os alunos das Públicas ($p = 0,014$).

Tabela 22 – Temas de convívio familiar conforme a frequência referida pela pontuação segundo gênero

PONTUAÇÃO		0	1	2	3	<i>p</i>
TEMAS	GÊNERO					
TV	Masculino	3	39	86	124	
	Feminino	2	27	86	118	
	TOTAL	5	66	172	242	0,617
MÚSICA	Masculino	7	36	79	125	
	Feminino	6	30	71	125	
	TOTAL	13	66	150	250	0,901
ESPORTE	Masculino	14	44	94	99	
	Feminino	17	66	92	58	
	TOTAL	31	110	186	157	0,002
CINEMA	Masculino	10	83	127	29	
	Feminino	10	52	139	32	
	TOTAL	20	135	266	61	0,063
POLÍTICA	Masculino	17	62	124	48	
	Feminino	16	77	98	43	
	TOTAL	33	139	222	91	0,223
COMPUTAÇÃO	Masculino	16	66	116	51	
	Feminino	16	74	97	46	
	TOTAL	32	140	213	97	0,598
LITERATURA	Masculino	44	108	72	25	
	Feminino	31	81	92	30	
	TOTAL	75	189	164	55	0,036
RELIGIÃO	Masculino	72	89	62	27	
	Feminino	48	92	46	44	
	TOTAL	120	181	108	71	0,015
TEATRO	Masculino	74	140	26	11	
	Feminino	47	136	40	9	
	TOTAL	121	276	66	20	0,036
ARTES PLÁSTICAS	Masculino	113	94	32	10	
	Feminino	82	111	27	13	
	TOTAL	195	205	59	23	0,085

Nota: a hierarquização foi feita comparando-se as somatórias das pontuações [0+1] e [2+3].

Tabela 23 - Importância da Família para a estabilidade da sociedade segundo os alunos distribuídos por gênero e grupos de faculdades

	FUNDAMENTAL	SECUNDÁRIO	TOTAL	<i>p</i>
GÊNERO				<i>p>0,05</i>
Masculino	210 (83,3%)	42 (16,7%)	252 (100%)	
Feminino	201 (86,3%)	32 (12,7%)	233 (100%)	
FACULDADES				<i>p=0,014</i>
Públicas	197 (80,7%)	47 (19,3%)	244 (100%)	
Particulares	214 (88,8%)	27 (11,2%)	241 (100%)	

Em relação ao aluno constituir uma família –(nenhum dos 487 alunos declarou-se casado ou já ter tido algum filho) –57,11% afirmaram ser este um objetivo importante a ser alcançado para o desenvolvimento profissional; 26,18% acreditam ser uma possibilidade sem maior importância para o desenvolvimento profissional; 8,25% não tem a constituição familiar nos seus objetivos de vida;. 1,44% vê a constituição de uma família como um fator que atrapalha o desenvolvimento profissional e 7,0% não tem opinião a respeito. Não houve diferença estatística tanto para gênero ou faculdades nestas questões. Notamos que dos sete alunos (1,44%) que optaram por dizer que a família atrapalha o desenvolvimento profissional, seis eram do sexo feminino. Mais uma vez os alunos sem opinião localizam-se predominantemente nas faculdades Públicas, e no sexo masculino, ainda que sem significância estatística, **(Tabela 24)**.

Tabela 24 - Avaliação da constituição familiar própria para o desenvolvimento profissional de acordo com gênero e grupos de faculdades

FAMÍLIA	IMPORTANTE	POSSIBILIDADE	SEM OBJETIVO	ATRAPALHA	SEM OPINIÃO	TOTAL
GÊNERO						
<i>p>0,05</i>						
Masculino	142 (56,3%)	65 (25,8%)	23 (9,1%)	1 (0,4%)	21 (8,3%)	252
Feminino	135 (57,9%)	62 (26,6%)	17 (7,3%)	6 (2,5%)	13 (5,6%)	233
FACULDADES						
<i>p>0,05</i>						
Públicas	137 (56,1%)	61 (25%)	23 (9,4%)	3 (1,2%)	20 (8,2%)	244
Particulares	140 (58,1%)	66 (27,4%)	17 (7%)	4 (1,7%)	14 (5,8%)	241

4.2.7. Expectativas Profissionais

4.2.7.1. A influência de parentes no futuro profissional

Observou-se nas questões 67 e 69 o comportamento dos alunos segundo as disposições possíveis das condições de familiares médicos próximos e capazes de influenciar no seu desempenho profissional futuro. Quando comparados os grupos de faculdades não se observou diferença. Contudo a mesma questão em relação ao gênero observa-se diferença significativa ($p = 0,001$), (**Tabela 25**). Os homens acreditam que ter um parente médico em confortável condição social ajudaria o seu desenvolvimento, mais do que as mulheres. As mulheres embora gostassem de poder contar com parentes médicos, consideram isto indiferente para o seu desenvolvimento profissional, mais do que os homens.

Tabela 25 - A presença de médicos na família e o futuro desenvolvimento profissional distribuídos por gênero e grupos de faculdades

MÉDICOS NA FAMÍLIA	FAVORECE	Sem médicos DIFICULTA	GOSTARIA	INDIFERENTE	TOTAL	<i>p</i>
GÊNERO						<i>p=0,001</i>
Masculino	106 (42,2%)	6 (2,4%)	62 (24,7%)	77 (30,7%)	251	
Feminino	58 (25,3%)	14(6,1%)	70 (31%)	87 (38%)	229	
FACULDADES						<i>p>0,05</i>
Públicas	84 (35%)	7 (2,9%)	65 (27,1%)	84 (35%)	240	
Particulares	80 (33,3%)	13 (5,4%)	67 (27,9%)	80 (33,3%)	240	

O conhecimento de ter ou não um parente fracassado ou bem sucedido em determinada especialidade não demonstrou influenciar os alunos para aquela opção, nas categorizações por gênero ou de faculdade.

4.2.7.2. A escolha da especialidade

Quanto a esta questão da escolha da especialidade, (**Tabela 26**), foi marcante a resposta por escolher a especialidade segundo a vocação (58,92%). Embora a categorização por faculdade não tenha acusado diferença estatística; quando comparado por gênero, as mulheres foram mais enfáticas do que os homens neste aspecto ($p = 0,001$), que também defendendo a vocação, tendem a olhar mais para as oportunidades de mercado de trabalho do que as mulheres.

Tabela 26 - Opinião quanto a escolha da especialidade ao entrar na faculdade segundo a distribuição por gênero e grupos de faculdades.

ESCOLHER	SIM	NÃO	MERCADO de TRABALHO	VOCAÇÃO	TOTAL	<i>p</i>
GÊNERO						<i>p=0,001</i>
Masculino	22(8,8%)	67(26,8%)	31(12,4%)	130(52%)	250	
Feminino	9(3,9%)	57(24,6%)	12(5,2%)	154(66,4%)	232	
FACULDADES						<i>p>0,05</i>
Públicas	15(6,2%)	65(26,9%)	24(9,9%)	138(57%)	242	
Particulares	16(6,7%)	59(24,6%)	19(7,9%)	146(60,8%)	240	

Pesquisamos quanto ao futuro profissional desejado pelos estudantes nas modalidades: assistencial, administrativa, pesquisa científica, ensino e sem opinião definida. Visto que 81,86% do grupo se definiu pelo assistencial, e

o segundo maior grupo estava sem opinião 12,4%, procuramos constatar se havia diferença nas variáveis de faculdade e gênero quanto aos alunos estarem ou não definidos para uma modalidade. Nas duas variáveis encontramos diferenças significativas. Os alunos das Particulares já têm uma opinião formada (em princípio) mais precoce do que os alunos das faculdades Públicas ($p = 0,006$). Assim, as mulheres também têm uma opinião prévia mais determinada do que os homens ($p = 0,007$).

Foi oferecida uma relação com todas as especialidades reconhecidas junto a Associação Médica Brasileira e perguntado qual a especialidade que o aluno escolheria para fazer, **(Tabela 28)**. Devido a grande diversificação de respostas, as especialidades foram agrupadas em dois grandes grupos de especialidades Clínicas ou Cirúrgicas. Descontados os 20 alunos (4,1% do total de 487) que não responderam, verificamos que não há diferença significativa dentre os grupos de faculdades. Quando utilizada a variável gênero, observamos uma diferença significativa da preferência por áreas cirúrgicas pelos homens em relação a preferência por especialidades clínicas pelas mulheres **(Tabela 27)**.

Tabela 27- escolha da especialidade por gênero e grupos de faculdades.

	CIRURGIA	CLÍNICA	TOTAL	p
GÊNERO				$p < 0,0001$
Masculino	132(55,2%)	107(44,8%)	239(100%)	
Feminino	82(37,6%)	136(62,4%)	218(100%)	
FACULDADES				$p = 0,067$
Públicas	97(42,5%)	131(57,5%)	228(100%)	
Particulares	117(51,1%)	112(48,9%)	229(100%)	

Tabela 28 - Escolha da especialidade pelos alunos

ESPECIALIDADE	ALUNOS	ESPECIALIDADE	ALUNOS
Cirurgia Cardíaca	43(8,8%)	Anestesiologia	3(0,6%)
Cirurgia Geral	38(7,8%)	Gastroenterologia	3(0,6%)
Pediatria	36(7,4%)	Cirurgia Vascular	3(0,6%)
Cardiologia	35(7,2%)	Imunologia	3(0,6%)
Psiquiatria	33(6,8%)	Medicina de Família	2(0,4%)
Oncologia	31(6,4%)	Med. Preventiva	2(0,4%)
Cirurgia Plástica	28(5,7%)	Otorrinolaringologia.	2(0,4%)
Ginecologia-Obstetrícia.	22(4,5%)	Urologista	2(0,4%)
Clínica Médica	21(4,3%)	Infectologista	2(0,4%)
Neurologia	19(3,9%)	Homeopatia	2(0,4%)
Geriatrics	18(3,7%)	CirurgiaCabeça-Pescoço	2(0,4%)
Ortopedia	16(3,3%)	Acupuntura	1(0,2%)
Dermatologia	15(3,1%)	Cirurgia Ap.Digestivo	1(0,2%)
Endocrinologia	15(3,1%)	Hematologista	1(0,2%)
Neurocirurgia	14(2,9%)	Medicina Legal	1(0,2%)
Oftalmologia	12(2,5%)	Medicina Nuclear	1(0,2%)
Cirurgia Pediátrica	10(2%)	Nefrologia	1(0,2%)
Medicina Esportiva	10(2%)	Pneumologista	1(0,2%)
Cirurgia Tórax	8(1,6%)		
Genética	5(1%)		
Radiologia	4(0,8%)	Não Respondeu	20(4,1%)

4.3. CARACTEROLOGIA

As questões 33, 34 e 35 foram para a *Atividade*; 51, 52 e 53 foram para a *Emotividade*; e as questões 54, 74 e 75 para *Ressonância*. Estas questões envolviam a temática da ação diante de situações e circunstâncias do cotidiano familiar, ou das possibilidades futuras de acordo com a sua nova condição acadêmica em vias da profissionalização.

A análise do total das respostas destas questões resultou em: Emotividade (66,12%), Inemotividade (32,88%); Atividade (66,53%), Inatividade (32,57%); Secundário (49,27%), Primário (50,73%).

Para a avaliação destes parâmetros estabelecemos um escore de 0 (zero) a três pontos. A pontuação 0 (zero) equivalia a inatividade, inemotividade, e primário. A pontuação máxima (escore de 3) significava ativo, emotivo e secundário.

Comparando estes achados na categorização por faculdades não ocorre diferença significativa. Considerando o predomínio da Atividade e da Emotividade, sem diferença para a Ressonância, poderíamos dizer que há uma tendência destes alunos de Medicina localizarem-se nos caracteres de **apaixonado** ou **colérico**. Na variável gênero há uma diferença bastante significativa somente no aspecto emotividade, muito acentuado para as mulheres.

Tabela 29 – Atividade: distribuição dos alunos por gênero e grupos de faculdades

PONTUAÇÃO	0	1	2	3	<i>p</i>
GÊNERO					<i>p>0,05</i>
Masculino	17	68	105	60	
Feminino	13	63	92	63	
FACULDADES					<i>p>0,05</i>
Públicas	17	68	71	52	
Particulares	13	63	92	71	

Gráfico 3 - Atividade : Distribuição dos alunos por gênero (*p>0,05*)

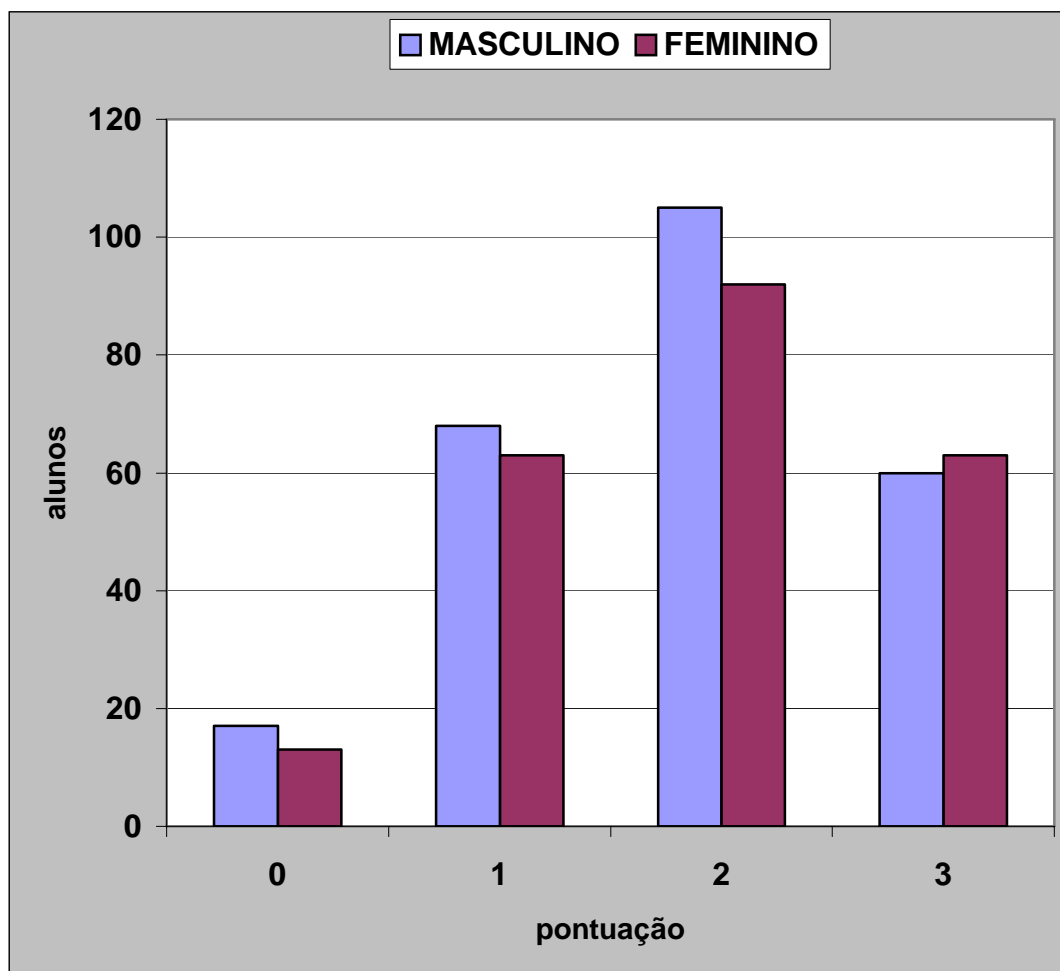


Tabela 30 – Emotividade: distribuição dos alunos por gênero e grupos de faculdades

PONTUAÇÃO	0	1	2	3	<i>p</i>
GÊNERO					<i>p</i> <0,001
Masculino	39	73	95	42	
Feminino	5	45	112	67	
FACULDADES					<i>p</i> >0,05
Públicas	19	72	96	53	
Particulares	25	46	111	56	

Gráfico 4 -Emotividade: Distribuição dos alunos por gênero (*p*<0,001)

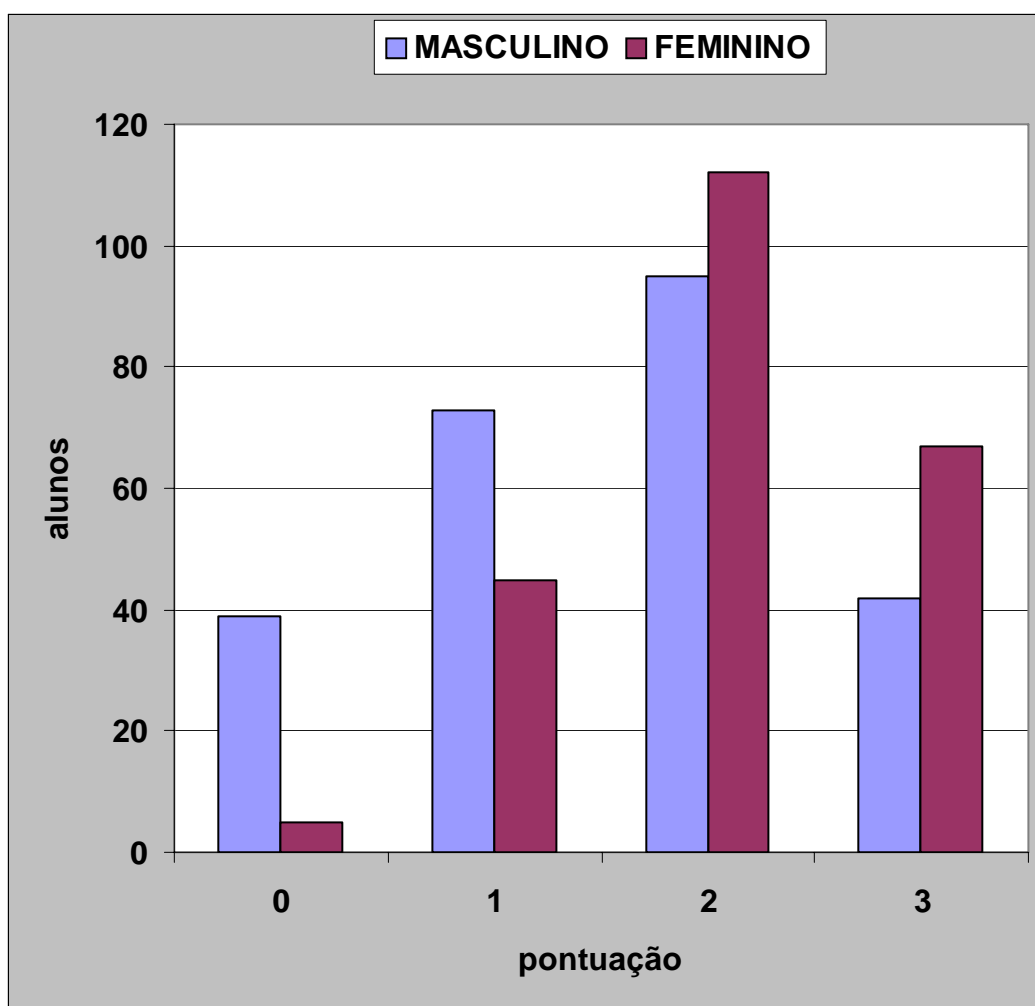


Tabela 31 - Ressonância : distribuição dos alunos por gênero e grupos de faculdades

PONTUAÇÃO	0	1	2	3	p
GÊNERO					<i>p>0,05</i>
Masculino	41	91	91	24	
Feminino	23	86	88	31	
FACULDADES					<i>p>0,05</i>
Públicas	32	87	95	24	
Particulares	32	90	84	31	

Gráfico 5 – Ressonância: Distribuição dos alunos por gênero ($p>0,05$)

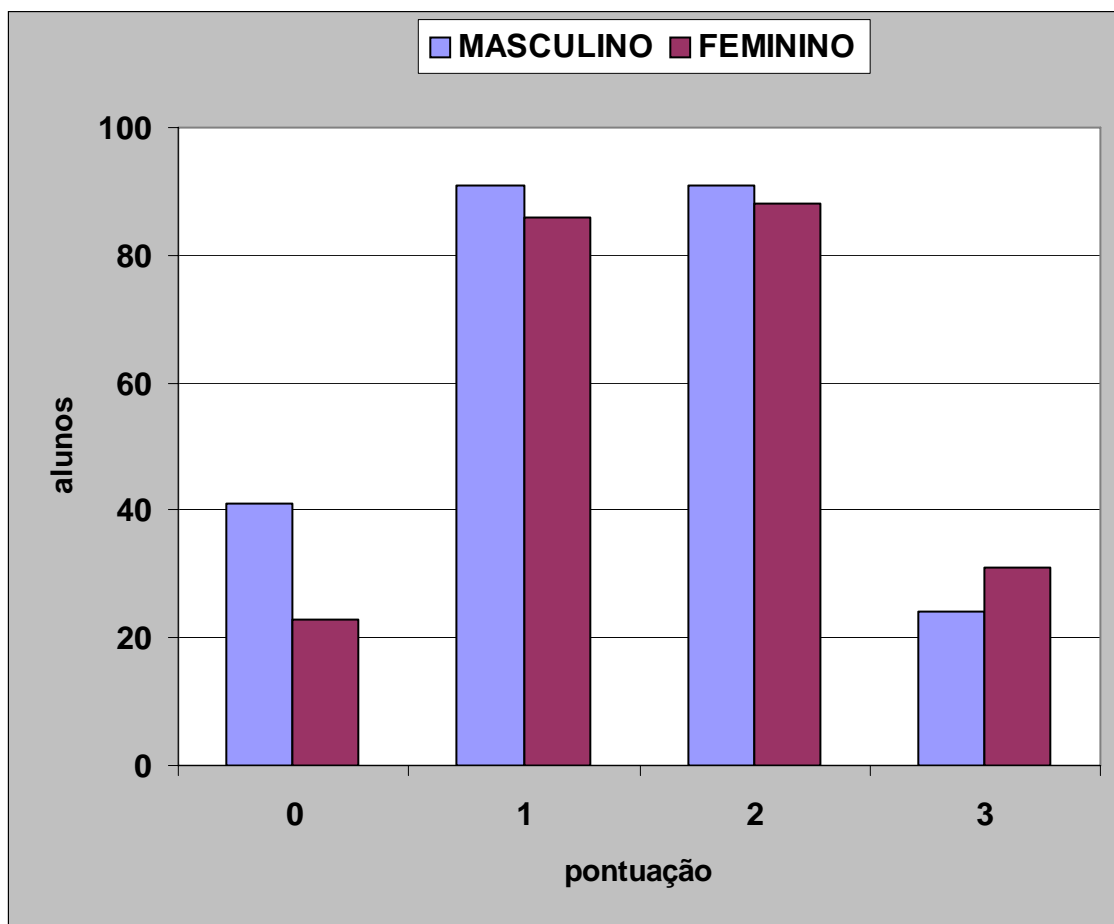
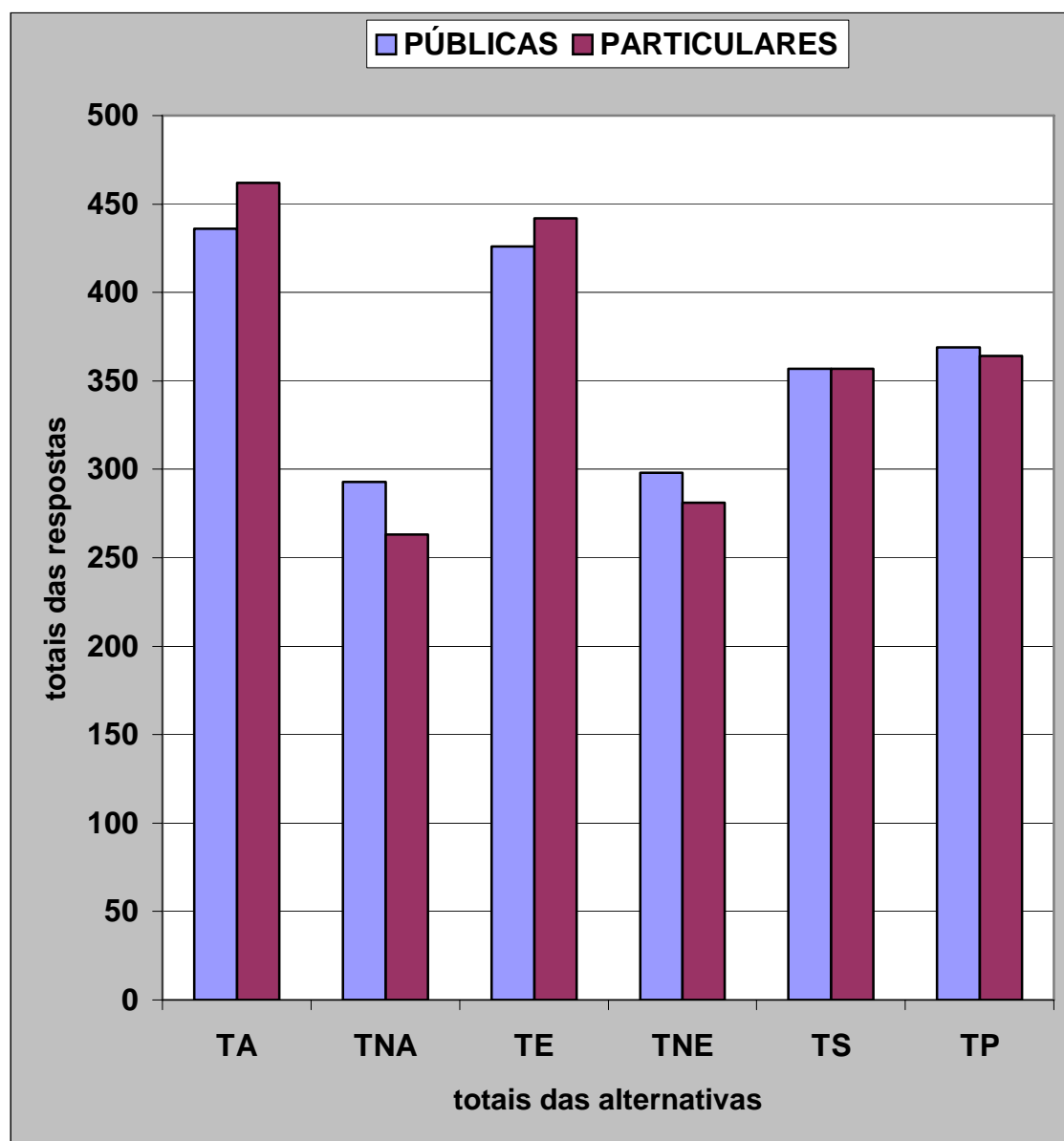


Gráfico 6 - Caracterologia : distribuição do total de respostas dos parâmetros de Atividade, Emotividade e Ressonância (Secundário e Primário) pelos grupos de faculdades ($p>0,05$)

Nota: TA (ativas); TNA(inativas); TE(emotivas); TNE(inemotivas); TS (secundárias); TP(primárias)



4.4. 16PF

Os resultados apresentados no grupo como um todo (Públicas e Particulares) demonstrou que os alunos estão dentro dos estenos medianos da população geral, ou seja, nos seus 68% centrais à exceção do item **Inteligência** que se destacam nos estenos de valores 9 a 10, pertencentes a menos de 16% da população normal.

Gráfico 7- Média dos estenos dos Fatores Primários do 16PF de todos os alunos

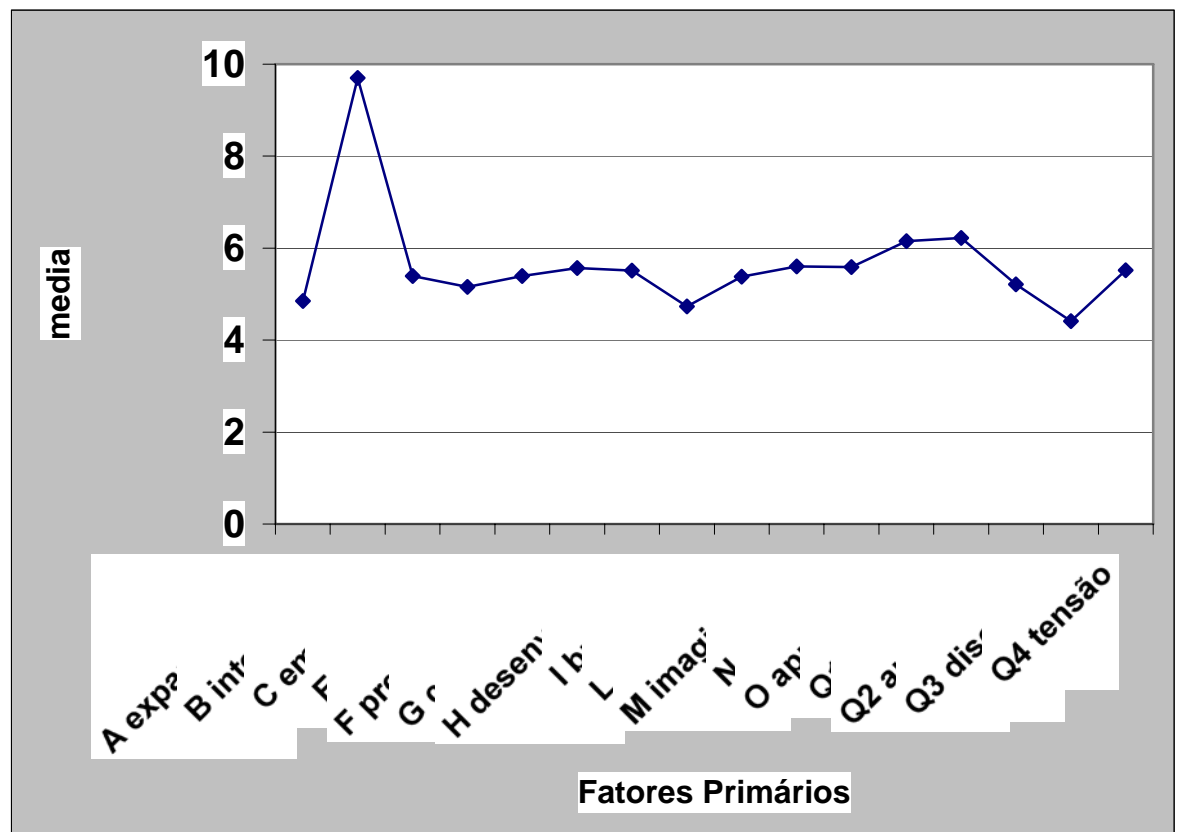
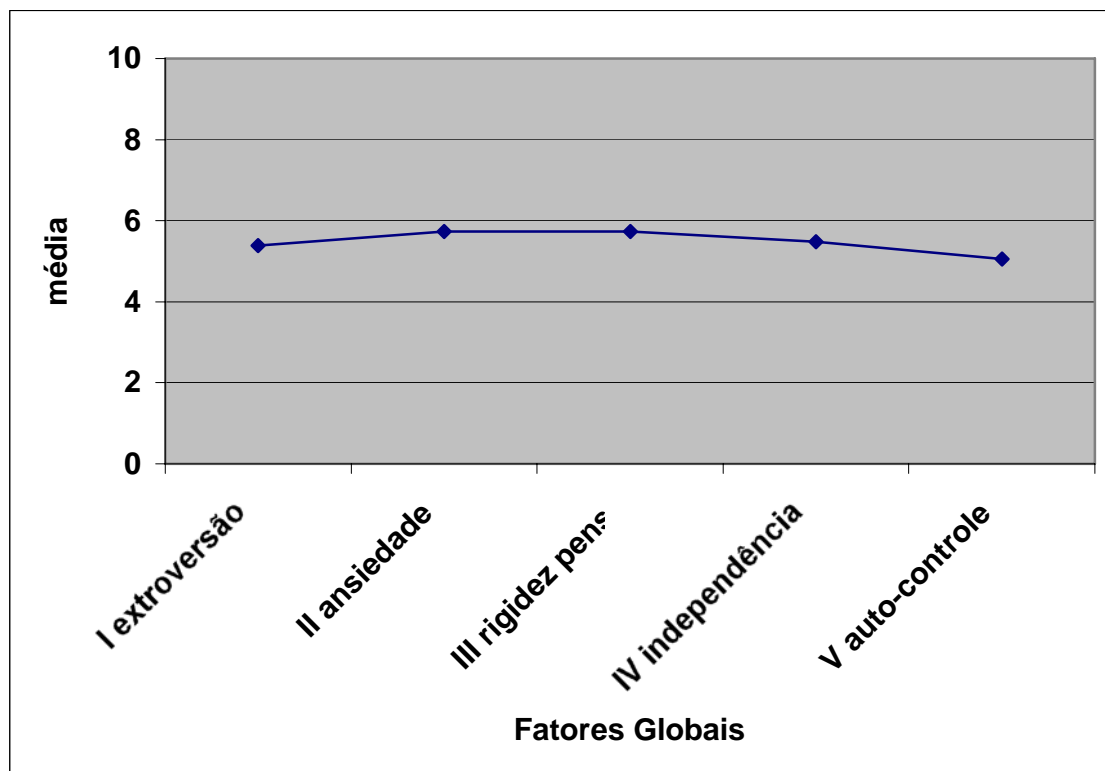


Gráfico 8 - Média dos estenos dos Fatores Globais do 16PF de todos os alunos



Quando comparados entre si, Públicas e Particulares, há diferenças significativas para: **Fator B inteligência** (estenos maiores nas faculdades Públicas, $p < 0,001$), **Fator Global V auto-controle** (stenos maiores nas faculdades Particulares, ($p = 0,035$) e **Fator L confiança** (stenos maiores nas faculdades Particulares, $p = 0,045$), .

Devemos mencionar que os fatores **Q3 disciplina** e **G consciência** ainda que estatisticamente não diferentes ($p > 0,05$) mantiveram-se entre 0,05 e 0,06, com estenos maiores para as faculdades Particulares. Todos os

demais fatores (auto-suficiência, ansiedade, imaginação, abertura, tensão, desenvoltura, estabilidade emocional, rigidez de pensamento, independência, apreensão, preocupação, requinte, expansividade, brandura, afirmação, introversão) obedecendo a esta ordem, não apresentaram diferença significativa estando o p variando entre 0,268 a 0,923. **(Tabela 32)**

Tabela 32 - Diferenças estatísticas dos Fatores do 16PF para os grupos das faculdades

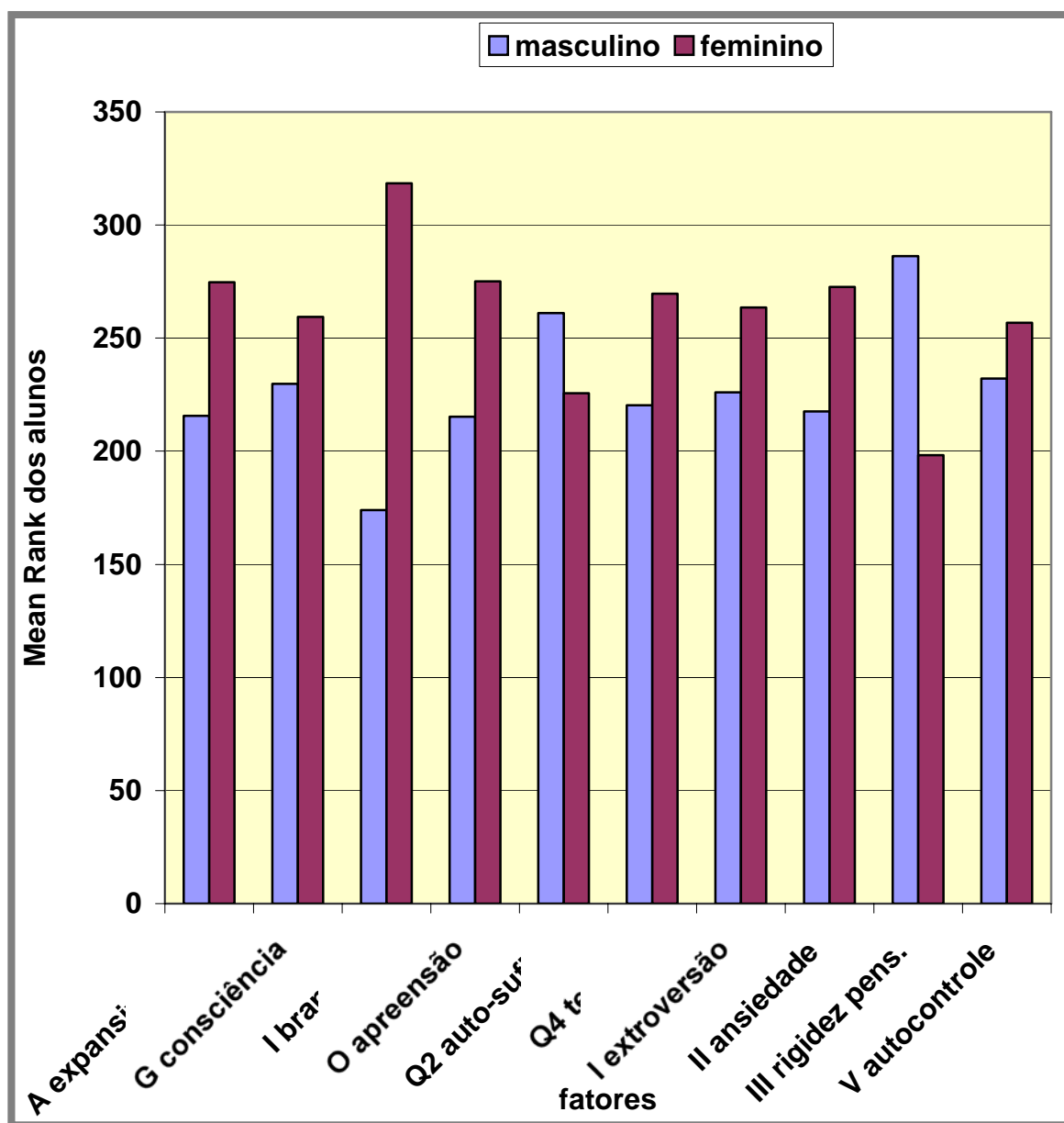
FATORES PRIMÁRIOS	p	FATORES GLOBAIS	p
A Expansividade	0,7209	I Extroversão	0,9235
B Inteligência	<u>0,0003</u>	II Ansiedade	0,2763
C Emocional	0,5346	III Rigidez pensamento	0,5830
E Afirmação	0,8711	IV Independência	0,5943
F Preocupação	0,6320	V Auto-controle	<u>0,0349</u>
G Consciência	0,0619		
H Desenvoltura	0,3831		
I Brandura	0,7410		
L Confiança	<u>0,0450</u>		
M Imaginação	0,3075		
N Requinte	0,6479		
O Apreensão	0,6269		
Q1 Abertura	0,3262		
Q2 Auto-suficiente	0,2686		
Q3 Disciplina	0,0568		
Q4 Tensão	0,3151		

Na análise de gênero há diferença significativa em: **Fator A Expansividade** ($p < 0,001$); **Fator G Consciência** ($p < 0,019$); **Fator I Brandura** ($p < 0,001$); **Fator O Apreensão** ($p < 0,001$), **Fator Q2 Auto-suficiência** ($p < 0,005$); **Fator Q4 Tensão** ($p < 0,001$); **Fator Global I Extroversão** ($p < 0,003$); **Fator Geral II Ansiedade** ($p < 0,001$); **Fator Global III Rigidez de pensamento** ($p < 0,001$); **Fator Global V Auto-controle** ($p < 0,049$). (Tabela 33)

Tabela 33 - Fatores Primários e Globais com diferenças estatísticas significativas nas médias em gêneros

FATORES	MASCULINO	FEMININO	<i>p</i>
	Mean Rank	Mean Rank	
FATORES PRIMÁRIOS			
A Expansividade	215,59	274,72	<i><0,001</i>
G Consciência	229,76	259,4	<i>=0,019</i>
I Brandura	173,92	318,43	<i><0,001</i>
O Apreensão	215,3	275,03	<i><0,001</i>
Q2 Auto-suficiente	261,02	225,6	<i>=0,005</i>
Q4 Tensão	220,32	269,6	<i><0,001</i>
FATORES GLOBAIS			
I Extroversão	225,98	263,49	<i>=0,003</i>
II Ansiedade	217,55	272,6	<i><0,001</i>
III Rigidez pensamento.	286,27	198,3	<i><0,001</i>
V Autocontrole	232,12	256,85	<i>=0,049</i>

Gráfico 9 - Fatores Primários e Globais com diferença estatística para gêneros



Quando comparadas as faculdades isoladamente, foi encontrado um número menor de fatores diferentes, que variaram conforme a faculdade, sendo que o único fator presente em todas as faculdades foi o Fator Primário Brandura, que conforme já mencionado ao lado dos fatores Expansividade e Afirmação são os mais esperados na diferenciação dos sexos. Apresentaremos a seguir o achado das diferentes faculdades.

Faculdade de Medicina da USP: Fator A Expansividade ($p < 0,001$); Fator I Brandura ($p < 0,001$); Fator O Apreensão ($p = 0,012$) e, Fator Global III Rigidez de Pensamento ($p < 0,001$). As diferenças nestes fatores entre homens e mulheres obedeceram os achados do grupo geral.

UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo): Fator I Brandura ($p < 0,001$) e Fator O Apreensão ($p = 0,003$). As diferenças nestes fatores entre homens e mulheres obedeceram os achados do grupo geral.

Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo: Fator A Expansividade ($p = 0,030$); Fator I Brandura ($p < 0,001$); Fator O Apreensão ($p = 0,035$); Fator Q4 Tensão ($p = 0,016$); Fator Global II Ansiedade ($p = 0,03$) e Fator Global III Rigidez de Pensamento ($p < 0,001$). As diferenças nestes fatores entre homens e mulheres obedeceram os achados do grupo geral.

Faculdade de Medicina do ABC: Fator A Expansividade ($p = 0,001$); Fator I Brandura ($p < 0,001$); Fator L Confiança ($p = 0,035$); Fator Q4 Tensão ($p = 0,024$); Fator Global I Extroversão ($p = 0,011$) e Fator Global III Rigidez de Pensamento ($p < 0,001$). Nesta faculdade ocorreu um Fator que não se manifestou no grupo de todos os alunos que foi o Fator L Confiança. Os valores altos apresentados pelas alunas demonstram pessoas desconfiadas, cautelosas em suas ações, enquanto que os alunos com valores baixos são

mais confiantes em suas ações , e acreditam nas pessoas. Os demais fatores encontrados obedeceram as diferenças já apresentadas no grupo geral.

Universidade de Santo Amaro : Fator G Consciência ($p=0,014$); Fator I Brandura ($p<0.001$); Fator Q2 Auto-Suficiência ($p=0,042$); Fator Q4 Tensão ($p=0,015$) e Fato Global II Ansiedade ($p=0,044$). Os fatores encontrados como diferentes acompanharam o perfil do grupo total.

Faculdade de Medicina de Jundiaí: Fator I Brandura ($p=0,001$); Fator Q1 Abertura a Novas Experiências ($p=0,003$) e Fator Global III Rigidez de pensamento ($p< 0,001$). Nesta faculdade também observamos um fator que não se manifestou no grupo geral que é o Fator Q1 Abertura a Novas Experiências. Os resultados altos tendem a pensar em formas de melhorar as coisas e apreciam a experimentação. A Renovação (Q1+) contribui para o pólo receptivo do fator global Rigidez de Pensamento, junto com Expansividade (A+), Brandura (I+) e Imaginação(M+). A Abertura a Novas Experiências apresentou maior índice para as alunas , assim como Expansividade, Brandura e Receptividade do fator global de Rigidez de Pensamento.

À exceção da Faculdade de Medicina de Jundiaí, onde o número de aluno foi menor, as faculdades Particulares apresentaram um número maior de fatores com diferenças significativas entre os gêneros do que nas faculdades Públicas, nas quais a competitividade é mais pronunciada pela proporção candidatos/vaga, visto as condições de gratuidade e tradição que apresentam.

Enquanto verificamos quatro fatores diferentes nas faculdades Públicas, sendo que dois deles - Brandura e Apreensão - foram comuns a ambas; nas faculdades Particulares constatamos um total de doze fatores diferentes distribuídos pelas quatro faculdades onde Brandura foi o único fator comum a todas.

Quando analisados quer no conjunto total de alunos, quer por agrupamentos por faculdades individualizadas, o fator primário B Inteligência não se apresentou como elemento significativo de distinção. Porém quando verificamos distintamente os sexos, pelas diferentes faculdades, os resultados obtidos foram diferentes conforme apresentaremos a seguir.

Para o sexo feminino foram significativas as diferenças dentre as faculdades os fatores:

Fator B - Inteligência : com maiores valores para as faculdades Públicas em relação as Particulares. ($p < 0,001$).

Fator L - Confiança : com menores valores para as faculdades Públicas em relação as Particulares. ($p = 0,021$). As alunas das Públicas são mais confiantes em si do que das faculdades Particulares.

Fator Q1 - Abertura a Novas Experiências: com menores valores para as faculdades Públicas, ou seja, são alunas que tendem a ser mais tradicionais. ($p = 0,013$).

Para o sexo masculino foram significativas as diferenças dentre as faculdades os fatores:

Fator B - Inteligência: com maiores valores para as faculdades Públicas, que obteve o maior índice neste fator. ($p=0,005$).

Fator I - Brandura: com índices maiores nas faculdades Públicas que obteve maior índice neste fator. ($p=0,026$).

Fator Global III - Rigidez de Pensamento: que apresentou menores índices nas faculdades Públicas , correspondendo ao achado no fator Brandura. ($p=0,034$).

Finalmente agrupamos os alunos e alunas em faculdades Públicas e Particulares para avaliação de possíveis fatores significativamente diferentes e encontramos:

Fator B - Inteligência: com valores mais altos nas Públicas. ($p= 0,0003$).

Fator L - Confiança: com valores menores mais freqüentes nas faculdades Públicas, que correspondem a alunos mais confiantes em si. ($p= 0,045$).

Fator Global V - Auto-Controle: com valores maiores mais freqüentes nas Particulares, que correspondem a alunos mais controlados, sóbrios e conscienciosos. Os “Descontrolados”, valores baixos, mais

freqüentes nas faculdades Públicas, tendem a ser mais despreocupados, espontâneos, evasivos e sem Auto-Disciplina. ($p=0,0349$)

Outros dois fatores embora não tenham atingido os índices de significância para valorizar a diferença entre faculdades Públicas e Particulares apresentaram um “ p ” com valores próximos a serem considerados significativos. Foram eles:

Fator Q3 - Disciplina: com tendência a índices menores nas faculdades Públicas, o que significa alunos mais flexíveis e tolerantes a situações de desordem, em contrário aos valores altos verificados nas faculdades Particulares que corresponde a alunos controlados e perfeccionistas, conforme havíamos verificado no Fator Global V – Auto-Controle. ($p= 0,0568$).

Fator G - Consciência: os índices menores se apresentam mais nas faculdades Públicas. São alunos evasivos, que burlam as regras, fogem do convencional. Ao contrário os alunos de faculdades Particulares tendem a valores altos, ou seja, são aqueles que seguem o convencional dos padrões culturais e de suas regras, que de acordo com o fator Disciplina (Q3+) tendem ao perfeccionismo controlado. ($p=0,0619$)

Todos os demais fatores não apresentaram diferenças significativas com índices distantes da significância para um $p<0,05$.

4.5. ASSOCIAÇÃO DO 16PF COM CARACTEROLOGIA

Procuramos verificar, utilizando-se o **Teste Não Paramétrico de Spearman**, possíveis associações entre os parâmetros da Caracterologia – Atividade, Emotividade e Ressonância, com os 16 Fatores de Personalidade. As correlações encontradas foram as seguintes:

Tabela 34 - Correlação dos parâmetros da caracterologia com os Fatores Primários e Fatores Globais do 16PF

(Os valores com asterístico () são indicadores de correlação inversa.*

No caso da Ressonância, a inversão corresponde a Primariedade)

	ATIVIDADE	EMOTIVIDADE	RESSONÂNCIA
	<i>p</i>	<i>p</i>	<i>p</i>
FATORES PRIMÁRIOS			
A Expansividade	<u>0,048</u>	0,579	0,593
B Inteligência	0,789	0,434	0,111
C Estabilid. emocional	<u>0,001</u>	<u>*0,001</u>	<u>*0,001</u>
E Afirmação	0,117	<u>0,034</u>	0,653
F Preocupação	0,16	0,351	0,171
G Consciência	<u>0,001</u>	0,886	0,353
H Desenvoltura	<u>0,001</u>	0,908	0,193
I Brandura	0,166	<u>0,007</u>	0,667
L Confiança	0,776	0,056	0,2
M Imaginação	<u>*0,001</u>	<u>0,001</u>	0,472
N Requite	0,051	0,518	<u>0,025</u>
O Apreensão	0,451	<u>0,001</u>	<u>0,001</u>
Q1 Abertura	<u>0,01</u>	0,776	<u>*0,023</u>
Q2 Auto-suficiente.	<u>*0,001</u>	0,616	0,317
Q3 Disciplina	<u>0,001</u>	0,525	<u>0,007</u>
Q4 Tensão	<u>*0,001</u>	<u>0,001</u>	0,115
FATORES.GLOBAIS			
I Extroversão	<u>0,001</u>	0,675	0,061
II Ansiedade	<u>*0,001</u>	<u>0,001</u>	<u>0,001</u>
III Rigidez pensamento	0,397	<u>*0,002</u>	0,37
IV Independência	<u>0,002</u>	0,083	0,242
V Auto-controle	<u>0,001</u>	0,513	0,088

5. Discussão

5.1. CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

5.1.1. Questionando uma pesquisa

A procura de trabalhos que associassem estudantes de Medicina e família nos levou inicialmente àqueles nos quais se associa a atuação do estudante com família no contexto do paciente. Assim a preocupação de vários artigos, principalmente decorrentes de profissionais que atuam em Medicina de Família, está em apresentar e desenvolver junto ao estudante uma abordagem do paciente no seu contexto familiar mais amplo, conforme mencionado na Introdução deste trabalho.

Em nosso meio, algumas faculdades têm promovido o estudo do perfil do estudante de Medicina centrado principalmente nos aspectos sócio-econômicos (Noto 1998; Ferreira et al, 1998; Irami Filho A et al. 1998; Teixeira et al. 1998), além de outros que procuram avançar nos aspectos de relacionamento social do estudante com a universidade (Gonçalves e Marcondes, 1991; Perfil do aluno da faculdade de Medicina da USP, 1991; Perfil do aluno da faculdade de Medicina da USP 2000; Relatório Vestibular UNIFESP-EPM 2002).

Quanto aos estudos voltados para a seleção de estudantes de Medicina envolvendo sua personalidade, são cada vez mais significativos nas últimas décadas, e várias referências foram discutidas na Introdução deste trabalho, abordando as dificuldades em se alcançar resultados significativos para serem utilizados num processo seletivo.

Outros trabalhos mencionam a relação de alunos de Medicina, (iniciantes ou em término da graduação), e parentes médicos, assim como de ocorrências de fatos em família pertinentes a área da saúde, e sua possível influência na decisão do candidato pela profissão ou especialidades. (Schraiber 1993, Meleiro 1999, Bellodi 2001,)

Por outro lado, a procura da associação do conjunto **personalidade do estudante de Medicina, processo seletivo e família** (própria, não do paciente), revelou um resultado que em primeira instância levaria a desanimar um pesquisador. Por quê em tantos trabalhos desenvolvidos, com tantos pesquisadores mundiais, a falta de interesse em se procurar esta associação? É justo que, como afirmamos, encontramos estudos com participações parciais, ou indiretas ao tema como: frequência de familiares médicos em estudantes, aspectos sócio-econômicos da família, ou mesmo conseqüências do comportamento familiar na vida do estudante já em curso na faculdade. Verificamos também a preocupação de vários testes de personalidade para o perfil do candidato a Medicina, mas sem uma ênfase específica para a família.

Apesar de não encontrarmos caminhos que se identificassem com o nosso objetivo, ficou a pergunta: Por quê não associar? Parece que a resposta talvez seria: Qual o interesse desta associação? O que isto poderia acarretar em mudança prática do sistema? Sem dúvida o mais questionável dos caminhos não é aquele que fazemos sem conhecer os resultados, mas sim aquele que escolhemos sem saber porque estamos nele.

A “falta de interesse” na literatura, fez, por vezes, com que se refletisse demoradamente nesta questão. Isto porque o estudo da relação destes fatos - personalidade do estudante, família e seleção - parecia bastante provocativa para um melhor conhecimento do perfil do candidato. Diríamos o suficiente para investir um bom tempo em uma resposta.

Os dados levantados e apresentados na Introdução deste trabalho vieram favorecer a desmotivação para prosseguir, pelo fato de considerarem questões até menos complexas, como o perfil da personalidade preferencial para o candidato isoladamente, uma verdadeira utopia a ser alcançada nos dias de hoje, diante da diversificação de áreas que contemplam uma mesma profissão médica (Glick 2000). Associar a esta variável “invencível” uma outra, não menos complexa, que é a família, para colaborar na seleção de candidatos à Medicina, chegava no limite da insensatez. Por quê então prosseguir?

Acredito que a característica da perseverança, apresentada nos nossos resultados como sendo peculiar aos médicos, levou-nos a insistir. Sabemos que muitas das invenções são decorrentes de resultados

inesperados de eventos não correlacionados diretamente ao que se trabalhava originalmente, quase um “efeito colateral”. Desta forma a busca por respostas em um terreno que cercava o aluno, a família e a seleção, poderia oferecer subsídios que ao menos despertassem o interesse por novos trabalhos, que colaborassem em conhecer melhor o estudante e, a eventual importância deste aspecto para a escolha de um futuro profissional.

Assim sendo poderíamos estar num caminho escuro, com horizontes nebulosos, mas nunca sem saber porque estávamos lá. E esta segurança não seria uma obstinação sem referencial, mas fruto da reflexão de anos em que procuramos estudar as famílias, vivenciar comportamentos de jovens, e compartilhar experiências profissionais de colegas. Tudo isto dentro de uma visão social complexa e pluralista, nos seus aspectos principalmente evolutivos decorrentes do progresso tecnológico, que tanto influencia a todos, na nossa sociedade moderna, inclusive o nosso jovem estudante. Todo este panorama sendo considerado à luz do nosso enfoque principal que é: ***conhecer o perfil do estudante de primeiro ano de Medicina à luz da influência familiar e da personalidade na vocação e desenvolvimento profissional, com suas possíveis relações com o processo seletivo.***

Conhecer este perfil não pode ser avaliado como simples curiosidade de mais um estudo acadêmico. Necessita estar coerente com a hipótese de que este conhecimento amplia os caminhos para um melhor relacionamento com o estudante, colaborando com este desde os seus primeiros passos neste campo enorme da Medicina, repleto de alegrias, adversidades, vitórias e

resignações. Identificar estas características nos candidatos pode ser um instrumento valioso para sua vida acadêmica e profissional.

“As instituições educativas parecem ignorar as características não-cognitivas como: habilidade psicomotora, características de personalidade e temperamento, que têm um papel chave na atuação acadêmica, na tolerância ao estresse, na escolha da especialidade, na residência médica, no relacionamento com os colegas e na comunicação com os pacientes.” (Meleiro 1999 p.50)

Esta necessidade atual de se valorizar o humano, associado ao avanço tecnológico, tem sido enfatizado neste trabalho e apoiado por vários artigos. Acreditamos que a inserção da família como sendo fundamental não somente no cuidar da saúde, mas neste “novo olhar” para o ser humano de modo geral, faz com que aqueles que se dediquem à saúde do homem sejam formados nesta ótica da importância da participação da família.

Desta maneira, procurar estudar cada vez mais esta relação, estudante-família, nos parece de substancial importância. Um estudo não preconceituoso, e também não discriminativo, mas em última análise, para o conhecimento do aluno. Os resultados conseguidos por este trabalho, evidentemente desconhecidos previamente, poderiam levar a uma nova visão na avaliação deste estudante, e quem sabe, a sugerir até mesmo uma outra perspectiva na elaboração da formação médica universitária, que contemplasse as necessidades regionais mediante o desenvolvimento de um perfil profissional mais adequado.

5.1.2. Um caminho para um perfil profissional

Quanto a necessidade de conhecer este perfil, Gonçalves faz uma correlação imediata com o atendimento das necessidades sanitárias:

“O atendimento das necessidades sanitárias da população permanecerá sempre sob responsabilidade dos egressos da escola médica; daí a indiscutível importância de se analisar o perfil dos ingressantes, tal como mais adiante será fundamental considerar a evolução de sua personalidade, ao longo do progresso do processo de educação médica.” (Gonçalves, 1987).

Uma reflexão sobre qual o melhor profissional a ser formado para inserir-se no mercado, foge ao foco deste trabalho. No entanto, as diretrizes de formação médica tanto a nível nacional de educação (Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Graduação em Medicina 2001), como de perspectivas de melhora do atendimento dos serviços, enfocam uma retomada da humanização centrada na valorização da família; como eixo ao redor do qual move-se a comunidade a partir da dinâmica particular que caracteriza a intimidade de cada uma delas. Ainda que esta família seja a do paciente, procurar elementos que avaliem e valorizem os vínculos correspondentes existentes no aluno, podem colaborar para a identificação de futuros profissionais, possivelmente mais envolvidos com esta nova visão assistencial - à “família”- adquirida pela sociedade de modo geral.

5.1.3. A seleção e a formação personalizada para uma realidade social

Comentando as implicações para o território nacional das conclusões da Conferência Mundial de Educação Médica realizada em Edimburgo, no ano 1993, sobre a formação médica e direcionamento das especialidades, Oliveira e Carvalho (1998) afirmam:

“Assim, deve-se considerar que um sistema sanitário produtivo e eficaz, em decorrência dos custos no que diz respeito à assistência médica, deve incluir médicos com formação geral capazes de diagnosticar e tratar a maioria dos problemas de saúde da população e somente uma pequena parcela dos pacientes deve ser referenciada para atenção de especialistas.” (Oliveira e Carvalho 1998)

Esta afirmação concretiza-se nas mudanças presenciadas a partir da última década do século XX, conduzindo a uma ampla reflexão e reformulação da atuação do profissional no sistema de saúde. Chegamos nesta época com diversos campos de trabalho para a atuação do médico. As propostas de alternativas oscilam desde um atendimento em regime de assistência domiciliar na zona rural em Programa de Saúde da Família, até futuras centrais de auto-atendimento via internet à uma população diferenciada na qual a pessoa do médico quase desaparece do sistema.

As diferenças sociais presenciadas hoje principalmente num país como o Brasil, no qual do terraço da tecnologia mais sofisticada descortina-se o horizonte da realidade de miseráveis, oferecem abrigo a todas as

possibilidades circunstanciais, inclusive a uma condição na qual se convivia há menos de duzentos anos com a ausência de médicos em quase todo território nacional. Contudo, incentivado pela política do governo, é crescente o número de profissionais que se deslocam para o Programa de Saúde da Família, quer por necessidades de mercado, quer por opção de atuação, respondendo aos apelos de Edimburgo, já solicitados pela Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em Alma-Ata ainda em 1978.

Não podemos esquecer que as ações de programas são resultantes da ação pessoal de cada um de seus membros. E dentre os componentes de uma equipe de saúde, a figura do médico continua marcada pela sua ação liberal, caracterizada por séculos, e que hoje necessita adaptar-se ao trabalho em conjunto. De qualquer forma, é indispensável que esteja preparado nas suas ações, quer pela independência de seus atos, quer pela sua participação em grupo. Dentro desta ótica, na qual a responsabilidade pessoal não se deixa diluir pela decisão coletiva, cresce em importância uma formação médica personalizada na qual, o desenvolvimento de suas qualidades pessoais, seja estimulado, levando em consideração uma bagagem significativa da educação familiar.

“Es así que un ideal de la práctica se articula a un ideal de a producción, en la sociedad en forma de actos individualizados, privados y hasta directamente dependientes del médico: acto de relación interpersonal y siempre exclusiva; acto de competencia personal, por vocación, por formación familiar y por cualificación escolar, medios a través de los cuales puede el médico desarrollar

personalmente la calidad central de la profesión – el arte con que utilizará sus conocimientos científicos.” (Schraiber 1994)

5.1.4. A responsabilidade da Universidade

Cabe a Universidade aplicar-se na identificação destes aspectos da formação familiar associados à vocação, que certamente influenciarão e favorecerão a uma interação no processo de educação profissional do futuro médico. Esta responsabilidade da Universidade torna-se mais evidente quando pelo próprio desconhecimento do aluno, não ocorre avaliação adequada por parte deste das eventuais conseqüências que possam vir a ocorrer sobre o seu comportamento, implicando em possível prejuízo de seus ideais ou da própria saúde física e, ou mental. A este respeito já nos advertia Gonçalves quanto a necessidade da avaliação do perfil do aluno ingressante.

“Nossa dúvida situa-se na avaliação da medida em que o ingressante da escola médica tem consciência dos fatores que irão influenciar seu desempenho profissional e sua realização pessoal no futuro.” (Gonçalves 1987).

Este espírito de responsabilidade é o enfoque que procuraremos ter nesta discussão, onde analisaremos principalmente os dados de representatividade estatística que possam colaborar para uma melhor compreensão do perfil do estudante. Verificar, também, se alicerçado neste perfil poderíamos buscar dois novos objetivos: primeiro um que oferecesse subsídios para ampliar a abordagem do processo seletivo; e um segundo que pudesse estimular uma formação acadêmica que ao mesmo tempo em que

respeitasse estes valores inseridos no estudante, se voltasse para uma graduação com aspectos que envolvam uma assistência humanizada.

5.2. QUESTIONÁRIO VR

5.2.1. Identificação

O trabalho envolveu seis faculdades localizadas na Cidade de São Paulo e municípios próximos (Santo André e Jundiaí). Estas faculdades apresentam um universo total de 634 alunos que se encontravam no primeiro ano durante o ano letivo de 2003. Ocorreu durante a análise dos resultados uma maior perda de alunos nas faculdades Particulares em relação às Públicas, resultando, sem interferência do pesquisador, em equiparação de alunos, em dois grupos muito próximos de 244 estudantes das faculdades Públicas e 243 das Particulares.

Há de se observar que esta perda foi maior no número de alunas das faculdades Particulares. Para os alunos das faculdades tanto Públicas como Particulares, assim como para alunas das Públicas ocorreu uma perda proporcional. Ainda assim, manteve-se uma proporção próxima de 50% para cada sexo, conforme se observa no universo total, com pequena diferença a favor no número de participantes do sexo masculino. No universo original, sem descontar os não participantes, teríamos um número maior de alunas. (vide Tabela 2, p.119)

Em nosso meio Gonçalves e Marcondes quando analisaram o perfil dos alunos da Faculdade de Medicina da USP em 1991 também constataram já naquela época o crescimento significativo do percentual de alunas. No período entre 1958 e 1963 era de 6%. Este número cresceu para 38% no período de 1985 a 1989.(Gonçalves e Marcondes 1991)

Esta observação vem ao encontro do que Karen Herbert pergunta em seu artigo :” *Where have all the men gone?*” Segundo ele existe uma tendência universal de se aumentar o número de alunas nos cursos de Medicina com conseqüente diminuição no número de homens. Isto vem ocorrendo nos últimos 25 anos, e na sua análise, isto se deve ao fato, das mulheres apresentarem um perfil mais identificado com a Medicina, enquanto que os homens estão optando por carreiras mais técnicas. Também considerou o fato da crescente aplicação das mulheres aos estudos e para a realização dos exames, e de se saírem melhores nas entrevistas. Para ele, no entanto, o debate para um melhor esclarecimento deste ocorrido ainda está em aberto. (Herbert 2004)

Na nossa pesquisa verificou-se que mesmo considerando, para o processo de questionários válidos, a maior perda de alunas nas Particulares, os resultados mantiveram diferenças significativas de maior presença de alunos para as faculdades Públicas e de alunas para as faculdades Particulares. Isto confirma o que conseguimos constatar mediante o quadro real de alunos e alunas matriculadas para cada faculdade, com a presença masculina predominante nas faculdades Públicas e, feminina nas faculdades

Particulares. Esta diferença foi encontrada mesmo quando observadas as faculdades isoladamente. Nas duas faculdades Públicas ocorreu predomínio masculino assim como nas quatro Particulares o predomínio foi feminino (vide Tabela 1, p. 119).

A este respeito é interessante observar os dados de Gonçalves e Marcondes, quando analisados os percentuais de alunas nos antigos cursos Tradicional e Experimental da Faculdade de Medicina da USP. Enquanto que no Tradicional (já conhecido por ser primeira opção pela grande maioria dos candidatos) obtiveram 11% de alunas, no Experimental ,(a segunda opção), o percentual subia para 28%. De certa maneira percebemos que há uma manutenção do número maior de alunos em relação às alunas nas faculdades com maior competitividade. (Gonçalves e Marcondes 1991)

Ainda neste aspecto em outro relatório sobre *O perfil do aluno da Faculdade de Medicina da USP no ano 2000*, encontramos que enquanto o relatório da FUVEST de 1998 acusava para alunos matriculados na USP em geral 56,2% de homens para 41,9% de mulheres, na Faculdade de Medicina estes valores eram 62,2% para homens e 37,8% para mulheres, demonstrando novamente que numa faculdade que exige dos maiores índices de pontuação para aprovação há predomínio do sexo masculino.

Crítica seja feita oportunamente a esta colocação, pela falta de dados quanto a proporção de alunos e alunas que *prestaram* o vestibular. Estes dados não foram obtidos. No entanto, o crescente interesse pelas alunas,

conforme já mencionado, associado ao equilíbrio da população dos alunos e alunas, quando contemplado o universo total de estudantes aprovados (320 alunos e 314 alunas nas seis faculdades estudadas), leva-nos a crer que exista pelo menos uma equivalente proporção de alunos e alunas prestando o exame vestibular.

Observando o perfil destes alunos quanto à idade e gênero, conclui-se que os alunos que entram nas faculdades Públicas são mais jovens que aqueles que entram nas faculdades Particulares, o que de certa forma corresponde ao maior número de tentativas verificado para os alunos que entram nas faculdades Particulares (vide Tabela 3, p.120 e Tabela 4, p.122). Neste aspecto é notório observar que, no conjunto total, mais de 40% dos alunos entram na faculdade com três ou mais tentativas (vide Gráfico 1, p.121).

Embora ocorra a referida diferença na proporção de gênero nas faculdades (Públicas e Particulares), esta não ocorre quando comparadas as idades de ingresso e número de tentativas nos gêneros separadamente. Desta feita, alunos e alunas se distribuem igualmente nas idades, e também no número de tentativas feitas para entrar na faculdade.

Ainda pertinente à identificação destes alunos, não podemos deixar de mencionar que a procedência destes em mais de 95% são de escolas privadas de ensino médio e menos de 5%, procedentes de escolas da rede pública, na maioria das faculdades. A este respeito é necessário que se mencione a situação na qual os alunos que conseguiram uma graduação em

escolas particulares, portanto com custos elevados para a família, agora se beneficiam para o ingresso nas faculdades gratuitas, ou não.

É preciso que este resultado conduza a uma reflexão ao retorno que será oferecido à sociedade por estes futuros profissionais formados nas faculdades Públicas, principalmente. Uma sociedade que, em sua grande parte, não oferece condições de manter seus filhos em escolas particulares que possibilitassem o mesmo nível de competitividade, participa direta ou indiretamente dos recursos gerados para a manutenção dos alunos nas faculdades Públicas, e portanto espera que estas faculdades ofereçam futuramente profissionais voltados para os problemas mais freqüentes ocorridos nesta população e inseridos na sua realidade. São considerações sobre o Sistema de Saúde e suas implicações sociais, que extrapolam o contexto deste trabalho mas que não podem ser esquecidas, principalmente diante dos resultados constatados. Afinal, a sociedade como um todo custeia uma parcela significativa dos profissionais formados e esperaria tê-los atuando nas áreas onde há maior carência de recursos e nas enfermidades de maior prevalência, conforme tem sido enfatizado repetidas vezes ao longo deste trabalho.

Quanto a esta distribuição dos futuros profissionais, pelo território nacional, Machado (1997) em seu estudo *“Os Médicos no Brasil – um retrato da realidade”*, procura mapear o universo de médicos pelo território nacional. Admite contudo, que os dados obtidos estatisticamente precisam ser observado criteriosamente, visto que o mesmo profissional pode, e com

freqüência atua, em diferentes setores de serviços públicos e privados, com distribuição de cargas horárias diferenciadas. No entanto é inquestionável que ocorre uma concentração de profissionais nas áreas urbanas, e dentro destas, nas áreas sócio-economicamente mais favoráveis.

5.2.2. Constituição familiar

5.2.2.1. Elementos constitucionais

Para a abordagem da constituição familiar, quando idealizada para a sua configuração no questionário, se procurou refletir nas variáveis presentes com certa freqüência, não desprezível, na sociedade atual: famílias constituídas em segundas ou mais núpcias. Isto acarretaria uma formulação complexa para que se pudesse posteriormente tabular e buscar uma constituição final. Necessitaríamos abordar filhos procedentes de casais separados, quer por parte do pai, quer por parte da mãe, ou de ambos. Dentro destas variações existiriam ou não filhos da primeira, ou mais uniões. Percebemos que não seria tarefa de fácil avaliação e confiabilidade para um número previsto de mais de seiscentos alunos. O que se julgou importante foi verificar se o aluno considerava os seus pais (de primeira união ou não) em condições de união no seu comportamento em relação ao filho. Assim sendo, o questionamento limitou-se a forma como os pais do estudante estavam se relacionando na condição presente. O resultado encontrado foi praticamente uniforme em todo o grupo pesquisado, com forte predomínio da condição de pais casados (86%).

Conforme já mencionado não podemos dizer se são casais de uma única união. Os dados de 2002 de casamentos, oferecidos pelo IBGE, afirmam que os casamentos no Brasil têm a duração média de 10,5 anos. O mesmo Instituto nos afirma que, o número de divórcios e separação têm crescido de 30,7% e 55,9% respectivamente no período de 1991 e 2002, ao mesmo tempo que o número de casamentos apresenta uma tendência a diminuir (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: Estatística do Registro Civil 2003). Considerando a faixa etária dos alunos acima de 17 anos, confrontados com os dados acima, é possível que dentre os 86% casados ocorresse parcela desconhecida de casamentos de pais separados. Porém, levando-se em consideração a forma como a pergunta foi realizada, bastante direta em relação a condição conjugal dos pais, é válido perceber que a maioria dos pais sejam do próprio aluno, e portanto há mais de 17 anos em união, o que diante da população brasileira atual, segundo o IBGE, constitui um padrão com tendências tradicionais.

Quando associamos o número de irmãos (ou filhos do casal), a distribuição também é muito semelhante no seu conjunto. São famílias na sua grande maioria com dois ou três filhos, que corresponde à média da família brasileira para pais na faixa etária esperada. Segundo levantamento do IBGE os estudos demográficos demonstram que as famílias estão tendo cada vez menos filhos: em 1960, a média era de seis filhos por mulher, caiu para 2,89 em 1991 e, em 2000, para 2,39. Considerando que os estudantes desta pesquisa nasceram entre 1985 e 1983, aproximadamente, estaríamos dentro da média do padrão nacional. (IBGE: Síntese dos Indicadores Sociais)

Chamou a atenção que para os alunos de uma das faculdades Públicas há um forte desequilíbrio em relação às demais faculdades quanto a presença do filho único, (mais de 10% dos alunos, contra menos de 5% nas demais faculdades) (vide Tabela 5, p. 123). Este achado, o filho único, em mais de 10% dos alunos, encontrou na nossa análise uma coincidência com a condição de harmonia familiar. No mesmo grupo de faculdades Públicas se pode constatar uma pequena diferença à menor em relação as Particulares, quando comparadas aos parâmetros de interação de harmonia na família, como será analisado posteriormente. Contudo, em ambos os grupos - Particulares e Públicas - o nível de bom relacionamento foi encontrado em percentuais elevados. Não se deve, por estes dados, conduzir o raciocínio a qualquer juízo de valor, entre o filho único e a harmonia familiar, mas a simples constatação de dados estatísticos.

5.2.2.2. Condição sócio-econômica

Não houve avaliação sócio-econômica neste trabalho, visto que esta verificação já foi constatada por diferentes faculdades (UNIFESP Relatório vestibular 2002, Universidade Federal de Minas Gerais in Ferreira et. Al. 1998, Irami Filho et al 1998, Faculdade de Medicina de Pouso Alegre in Teixeira et al 1998; Noto et al 1998), e atualmente várias faculdades estão fazendo este levantamento no vestibular. Perguntas a este respeito aumentariam mais ainda o tempo de resposta pelos alunos, sem dados de maior significância ao nosso objetivo principal. Encontra-se em todos um padrão correspondente a uma classe média alta, alguns preferem o nome “elitista”, para os níveis do território

nacional. Não poderia ser diferente, quando constatamos que 95% dos alunos procedem de escolas de Ensino Médio particulares, associado ao fato de prestarem duas a três vezes vestibulares.

Preparar-se dois ou três anos para um vestibular, onde o nível de competição é dos mais exigentes no país, merece uma dedicação de tempo quase incompatível com atividade de trabalho concomitante por parte do estudante. Isto conseqüentemente acarreta que este deva ser sustentado pela família, com despesas de cursos, condução, moradia, alimentação, etc. Além disto, há de se levar em consideração que, quanto mais vezes o aluno presta vestibular, diminuem as possibilidades do mesmo entrar em uma Faculdade Pública, como pudemos constatar nos nossos resultados. Abaixo de 10% dos alunos entram nas Faculdades Públicas após a terceira tentativa.

Disto decorre que o aluno sabidamente aumenta as chances de custear seus estudos médicos em uma faculdade Particular. Atualmente o valor da mensalidade ultrapassa os R\$ 2.000,00 (dois mil reais) em praticamente todos os estabelecimentos de ensino do Estado de São Paulo (Jornal do Cremesp 2005). Se adicionarmos a isto toda estrutura de custo que envolve, transporte, alimentação, vestuário, para alguns moradia, material didático, celular, etc, percebe-se que, sem extravagâncias, este valor pode (muito provavelmente o consiga) ultrapassar os R\$ 3.000,00 (três mil reais) mensais. Considerando que a faculdade ocupa horário integral por parte do aluno, não facilitando que este tenha uma atividade regular de trabalho com vencimentos, todo investimento deverá ficar a cargo da família, excetuando-se

casos isolados de atitudes heróicas. As cifras mencionadas acima falam por si só na identificação de qual classe social deverá pertencer a família, que mora num país com salário mínimo em torno de R\$300,00 (trezentos reais).

A conclusão é que o processo seletivo inicia-se muito antes do vestibular propriamente dito, tendo-se como critério, “oculto”, a condição sócio-econômica do candidato. Há de se levar em consideração que todos os alunos, procedentes de escolas públicas e particulares, competem pelas mesmas vagas em Faculdades Públicas e Particulares. Este assunto conduziu a elaboração do projeto de quotas para as Universidades, baseando-se numa associação de raça e classe-econômica, que está atualmente em debate (Pinto 2004). Pelo fato de ser adotado como critério a procedência da raça do estudante num país com as características do Brasil, que acolhe uma das mais variadas etnias do planeta, a polêmica ainda deverá oferecer futuros desdobramentos que levem a outras considerações sobre os critérios como, por exemplo, a classe social aqui comentado.

Não levamos em conta no nosso questionário a referência da raça, por ser este autor contrário a estas considerações que são em sua natureza discriminatórios, e não colaborariam para a essência do trabalho, que leva em consideração a “**pessoa**” do estudante e sua família, independente de raça ou de cor.

São estudantes que optam por residir preferencialmente com as suas famílias. Nas faculdades Públicas o maior número de alunos

proporcionalmente que residem com amigos ou sozinhos, leva-nos a possibilidade daqueles que residem no interior e vem cursar a faculdade em São Paulo. A mesma questão encontra-se em Jundiaí, onde os alunos de outros municípios se deslocam para estudar naquela cidade, chegando nesta a ser maioria os que residem entre amigos.

Apesar de ter sido abordada a questão da freqüência de visitas à casa dos pais, a exemplo do que foi estudado em outros trabalhos, acreditamos que as respostas, que avaliam esta intenção positiva, devem ser vistas com ressalvas visto que o questionário foi aplicado no início do curso, sem que os alunos pudessem avaliar ao certo esta questão. Os trabalhos efetuados por Gonçalves e Marcondes na Faculdade de Medicina da USP no ano de 1991, acusou que os alunos no decorrer do curso de seis anos, demonstram o desejo de visitas mais freqüentes, com percentagem superior a 70% igualmente nos sexos, a exceção dos alunos do sexto ano (56%). (Gonçalves e Marcondes 1991)

5.2.2.3. Aspectos da religiosidade

O aspecto da religiosidade despertou uma atenção, de certa forma surpreendente, e que merece maior detalhamento. Como mencionado quando da descrição do questionário, a condição religiosa não foi feita por simples item estatístico. A essência da gênese da atuação médica durante séculos esteve vinculada a um contexto de religiosidade. Como mencionado na Introdução, o médico - na sua gênese - era também o indivíduo que intermediava com os

deuses na busca da cura. Mesmo posteriormente o trato do corpo e da alma manteve-se muitas vezes com limites muito imprecisos, que levaram a conhecida expressão da *“medicina como um sacerdócio”*, por estar esta a serviço de seu semelhante, sem outro interesse maior do que a cura de seu paciente. As condições necessárias de virtudes vinculadas à atuação médica fizeram deste um profissional com uma autoridade diferente, que é capaz de perscrutar o interior da intimidade do ser humano em terrenos onde o corpo e o espírito não se distinguem. Enfim, a ciência e a arte da Medicina freqüentemente se embatem com os temas da religiosidade, quer na abordagem propedêutica, na terapêutica, e também nos aspectos da ética e da pesquisa, como mais recentemente se deslumbra em vários temas polêmicos considerados neste novo século.

Assim sendo, procurar saber como o estudante percebe esta participação da religiosidade na sua vida, na sua família, para o seu desenvolvimento, não podem ser considerados de menor importância. O que encontramos foi uma proporção que obedece ao esperado na população brasileira referente aos pais. Segundo os dados do IBGE, no ano 2000, no Brasil os católicos eram 73,8%, e 15,4% se distribuíam entre outras religiões, com forte predominância dos evangélicos. Os que se manifestaram sem religião foram 7,3%. É digno de nota que em 1991 os *“sem religião”* somavam 4,8%.

Nosso estudo também demonstrou o predomínio de católicos, com uma percentagem menor distribuída entre espíritas, evangélicos (de diferentes

igrejas) e outras com participação estatística não significativa. Era esperado que também o nível de religiosidade entre as mães fosse maior do que entre os pais, conforme verificado.

O que mais surpreendeu foi o achado de questionários não respondidos nestas questões pelos alunos que chegou a 17% do total, sendo que em uma Instituição este número chegou a 25%, significativamente maior do que o verificado nas outras faculdades. A esta observação soma-se o número de alunos (pouco mais de 10%) que afirmaram pelo ateísmo.(vide Tabela 6, p.123) Verifica-se que a resposta dos alunos quanto à própria religiosidade coloca o ateísmo praticamente no mesmo patamar das outras religiões (exceto o catolicismo predominante também neste grupo). Se somarmos ateus e alunos que não responderam a questão, o que indica pelo menos uma menor importância dedicada ao assunto, chegaremos a verificar que o ateísmo declarado com a omissão religiosa é a segunda “crença” do estudante de Medicina como alternativa para 27% deles, e naquela instituição referida alcançamos a 34%.

Não temos elementos suficientes para um melhor julgamento desta questão que no nosso entender, pelo resultado obtido, merece um segundo estudo mais específico. Porém é válido ressaltar que quando comparado aos dados oferecidos da população geral pelo IBGE – 7,3% de ateus - o percentual dos estudantes médicos também é elevado.

Estas constatações não deixam de levar a uma reflexão que tenhamos mais jovens adentrando à faculdade para a formação médica, com este aspecto religioso em menor consideração do que o esperado. Não se pode esquecer que a orientação religiosa é uma atribuição dos pais, assim como a sua perseverança, ainda que respeitada a liberdade humana. Não se deve sobre um único indicador projetar várias conclusões que poderiam estar totalmente fora da realidade, contudo é digno de alerta para uma maior reflexão futura, e suas eventuais implicações na formação humanística tão desejada para este aluno.

Não podemos nos esquecer também que estamos num país de crescente expressão da fé em diferentes credos, que cada vez mais interferem nos próprios cuidados da saúde da população. A busca de recursos sobrenaturais perante a falência dos recursos da tecnologia, é atitude verificada cotidianamente na população. Saber como o nosso jovem se posiciona, ou está se preparando para conviver satisfatoriamente e respeitosamente nestas circunstâncias, não nos parece assunto de menor importância.

5.2.3. Aspectos pessoais

“ O estudante ingressa na Universidade, em geral entre os 18-20 anos de idade; é um ser humano que já “tem uma história e uma personalidade exclusiva”, determinada pelo seu equipamento genético e congênito e pela soma de suas experiências de vida. Como diz Tahka, (aos se referir à pessoa como paciente), a ‘parte mais importante de sua experiência de vida, do ponto de vista de formação

da personalidade, deriva de diversos relacionamentos interativos com outras pessoas', no caso do aluno acrescenta-se, sobretudo, colegas e professores.” (Hossne 1994)

Esta seção procurou abordar antecedentes da vida pessoal do estudante, pertinente ao seu interesse e convivência com assuntos vinculados à área da saúde. Encontramos trabalhos que avaliam nos ingressos os motivos que teriam levado o aluno a escolher Medicina. O interesse em ajudar pessoas, os diferentes aspectos “vocacionais”, identidade com disciplinas afins e outros são bem conhecidos. (Gonçalves, 1987; Hyppölä et al. 1998; Souza e Ramos, 1998, Millan 2003). Contudo, procuramos avaliar estes “*sentimentos*” por atitudes concretas que os alunos já teriam demonstrado na sua “*historia de vida, revelando sua personalidade*” (Hossne 1994). Esta avaliação de atitudes já vivenciadas, e não somente desejadas, podem colaborar para um melhor juízo do perfil do candidato, que agora não se reveste de boas intenções, mas de obras.

Fazemos coro as palavras de Lotufo, quando se refere as novas diretrizes curriculares estabelecidas pelo Ministério da Educação para os cursos médicos:

“..., o processo de avaliação individual e institucional deve ser estabelecido como atividade permanente. Examinar habilidades, atitudes, deve ser tão importante quanto as provas de conhecimento.” (Lotufo , 2004).

Se esta afirmação é validade para os cursos, não seria indevido iniciarmos esta prática para o ingresso do candidato.

5.2.3.1. Interesse prévio

Em nosso trabalho na avaliação dos aspectos pessoais, inicialmente, nas questões referentes aos aspectos profissionais prévios, verificamos que são alunos que demonstram um interesse pelo tema, assim como uma orientação a respeito da profissão. Ainda que o teste vocacional tenha sido relatado por aproximadamente 30% dos alunos, cujos resultados, (em sua maioria), confirmaram a área da saúde; a assistência a palestras; conversas com profissionais; visitas a faculdades de Medicina; e interesse em geral pelo tema, foram afirmados em mais de 65% dos alunos, sendo que interesse por temas de Medicina em noticiário ou revistas leigas foi assinalado por mais de 95% dos alunos. A participação prática em alguma atividade relacionada à área da saúde acusou um índice de 12%.

Este interesse prévio pela Medicina foi mais bem estudado quando agrupamos as questões e estabelecemos uma escala de 0 (zero) a 6. Percebemos que há sem dúvida uma tendência dos alunos em demonstrar seu interesse pela profissão e o fazem de diferentes formas. Esta experiência foi mais marcante nos alunos das faculdades Particulares, os quais se verifica faixa etária mais avançada, e maior presença de profissionais médicos na família. Este dado é interessante de se notar pois apesar de registrarmos maior presença de médicos para familiares de alunos no sexo masculino, (que predomina nas Públicas), foi o sexo feminino, (mais presente nas Particulares), que apresentou índice mais significativo de interesse prévio pela profissão. Possivelmente a resposta esteja quando analisarmos a participação dos

alunos em trabalhos voluntários. Nestas atividades as alunas superaram significativamente os alunos na sua participação (63% vs 45% com $p < 0,001$), enquanto que não verificamos diferenças dentre as faculdades (vide Tabela 10, p.127).

Este resultado, embora realizado com alunos e não profissionais, corresponde ao que Hyppölä et al. (1998), constatou em sua pesquisa realizada em 1993 com mais de 1800 jovens médicos, nos quais verificou que estatisticamente as mulheres, profissionalmente, demonstravam maior interesse pela assistência as pessoas (84%) do que os homens (71%). Os homens demonstravam maior interesse pela Medicina por ser uma profissão muito apreciada (68% vs 59%), e bem remunerada (53% vs 46%), todas estatisticamente significativas ($p < 0,001$).

5.2.3.2. Vivências ambientais

Quando observamos o segundo grupo de questões, referentes à vivência em ambientes pertinentes a ação direta ou indireta da saúde, (creche, orfanato, asilo, crianças deficientes, favelas, e áreas médicas como Posto de Saúde, Pronto-Socorro, Centro-Cirúrgico, Enfermaria e Ambulatórios), já não verificamos diferenças para os gêneros e sim para maior participação dos estudantes de faculdades Públicas. Estas “vivências” foram assinaladas por aproximadamente 40 a 50% dos alunos.

Dentro de uma análise mais ampla, destes aspectos apresentados, há de se considerar que a participação voluntária, parece ter maior peso no que

se refere a valorização da iniciativa pessoal do aluno em direção a um compromisso. A “vivência”, nos vários locais mencionados, possivelmente se limite a visitas sem um grau maior de comprometimento, assim como o interesse por conversas ou leituras, a respeito do assunto Medicina, são menos condicionantes e menos exigentes. Se verificarmos os resultados estatísticos, perceberemos que na participação voluntária encontramos a maior diferença dos grupos (masculino e feminino) com $p < 0,001$ predominando a participação das alunas, sendo que nos demais itens o grupo como um todo se comportou mais homogêneo.

Completando esta primeira parte da seção de aspectos pessoais, precisamos mencionar o significativo resultado obtido pela questão 17. Através dela conhecemos que 85,8% de todos os alunos acreditam que conhecer os locais mencionados possa influenciar na decisão da profissão. Destes, 88,4% , ou seja, 76% do total de alunos, acreditam que possam influenciar a favor da escolha. Esta resposta, por si só, merece atenção por estar pertinente, ainda que de forma oculta, as considerações de aspectos vocacionais.

Estes alunos que em outras questões, como veremos, acusam um forte sentimento vocacional, se sentem sensibilizados, na sua grande maioria, a influência verificada quando da visita, ou participação em locais que de certa forma identificam-se com um desejo íntimo a ser conquistado. Um desejo que parece ser previamente existente, consciente ou não, e torna-se realizável quando na presença de locais que colocam o aluno no que ele espera ser o seu ambiente futuro.

Não temos dados semelhantes de outras profissões, ou mesmo de alunos, que não desejavam fazer Medicina e poderiam ter tido a mesma

vivência. Seria fundamental para esta comparação conseguirmos estas respostas. No entanto, o fato de uma visita, ou simples convivência com estes locais, pudesse gerar uma resposta de 85,6% num grupo de jovens aleatórios como favoráveis à influência de decidir uma profissão, acusa um percentual elevado. Constatar que além disto, 76% dos alunos julgaram que estas atividades “*poderiam influenciar a favor da decisão profissional*” (no caso *Medicina*), não pode deixar de nos surpreender. Apenas, 7,4% dos alunos escolheu a alternativa: “*não influencia na decisão profissional*”. Em outras palavras, na análise deste pesquisador, o que estes resultados nos transmitem é que estes jovens já estavam determinados à escolha, o que a vivência provocou foi uma identificação. Esta observação pode ser mais bem discutida, e quem sabe interpretada, quando, no próximo item, avaliarmos a convivência com o sofrimento.

5.2.3.3. Vivências com o sofrimento

“At a cardiac arrest, the first procedure is to take your own pulse’. A sick physician cannot take care of a sick patient.” (Barton, 1993)

A questão do estresse nos estudantes de Medicina é fato bem conhecido. Barton em sua carta “*The Need to Teach Stress Management to medical Students*” (1993), aborda de modo objetivo as conseqüências das circunstâncias estressantes ao longo da prática médica. A própria dificuldade em discernir a saúde e a doença para o estudante que começa a conviver diariamente em situações conflitantes (Gunderman, 1994; Marks 1980), torna-se um fator de estresse que leva ao sofrimento por parte dos alunos.

A convivência com o sofrimento é condição fundamental para aqueles que desejam seguir a Medicina. Dificilmente encontraremos uma outra profissão que conviva mais com o sofrimento humano, e principalmente em circunstâncias difíceis de serem aceitas, pela maneira “injusta” que muitas vezes ocorrem. A este respeito escreveu Peter Kreeft (1995) em sua obra : *“Buscar sentido no sofrimento”*:

“Quando você acabar de ler este livro, muitas pessoas terão morrido de morte violenta, outras muitas terão sucumbido à ação devastadora de uma doença terminal e milhares de crianças inocentes terão sido violentadas. E não é apenas o outro que sofre. Você sofre. Eu também.” (Kreeft 1995 contra-capá)

E quem estará atendendo a todos estes mencionados por Kreeft, senão o nosso estudante de hoje e futuro médico.

Seria razoável imaginar que todo candidato que não considere esta possibilidade, quando da sua determinação em seguir uma carreira que é acompanhada intimamente da dor em diferentes formas de manifestação, não estaria plenamente conscientizado da sua decisão. No entanto, dentro de uma sociedade que, a cada dia, zela pelo mais confortável, e com a tolerância à dor chegando cada vez mais a limites menores pelos inúmeros recursos terapêuticos, felizmente, hoje disponíveis; podemos dizer que a dor passou a ser algo não tão próximo do nosso cotidiano. Várias manifestações do

sofrimento são apresentadas de modo tão camuflado, como em desenhos, filmes, e mesmo em jogos eletrônicos, que o *sentido real e verdadeiro da dor* em toda a sua extensão não é objeto de reflexão nos dias atuais; sendo substituído por um novo significado de uma dor “*artificial*”, com a qual convivemos, muitas vezes, sem sentir.

Interessante ainda mencionar que, segundo Kreeft, a resposta para uma melhor convivência com este sofrimento, principalmente os “*inaceitáveis*”, só encontra uma alternativa satisfatória, ou melhor, uma compreensão mais consolável, quem sabe até por resignação, numa dimensão religiosa. Uma dimensão que, como vimos há pouco, parece claudicar em uma percentagem significativa dos estudantes.

No questionário, sete questões são a respeito da dor em diferentes manifestações: pessoal física, pessoal psíquica, dependência para terceiros e assistência da morte. Em cada uma das questões apresentadas no questionário observamos que a internação hospitalar e acidentes físicos severos, estavam praticamente ausentes para a maioria, 17% já havia estado em condição de dependência de terceiros, 20% se submeteu a tratamentos considerados prolongados, e 28% relatou que já havia sofrido uma dor severa (“*necessitando de injeção na veia*”). Há de se considerar que as situações acima implicam que estes três procedimentos possam existir concomitantemente no mesmo aluno, e em outros de modo isolado. Importante observar que 47% assinalaram já ter visto alguém morrendo, de doença ou em acidente.

A questão que chamou a atenção foi o fato de 21% dos alunos ter respondido que já realizou ou está em acompanhamento psiquiátrico ou por psicólogo. Esta é uma resposta que merece atenção. Ainda que o tratamento psiquiátrico ou psicológico esteja bem melhor divulgado socialmente, perdendo estigmas passados totalmente indevidos, em se tratando de um questionário com identificação, é possível, que por diferentes motivos, alguns alunos possam ter omitido esta resposta dentro de uma margem que não podemos avaliar.

A preocupação com os distúrbios de comportamento no estudante de Medicina não é recente. Eron em 1955 alertou para o fato de que os alunos de Medicina apresentavam transtornos emocionais mais freqüentemente do que o esperado para a população. Desde então, tem ocorrido um crescimento de publicações voltadas para o estudo da personalidade do estudante de Medicina .(Davies 1968, Schwartz, 1978; Urzua 1981, Paris 1983, McCue 1985, Pasnau e Stoessel 1994; Millan 1999), assim como estudos na área do uso de drogas (Baldwin et al. 1991; Brito et al. 1998), e também a ocorrência de suicídios (Millan 1990).

Ainda que não se possa utilizar como critério discriminativo o fato do aluno alegar a necessidade de acompanhamento na esfera psicológica, ou psiquiátrica, o índice de 21% deve pelo menos ser visto como um alerta. Isto implica na maneira de acolher estes jovens que, em reconhecendo a

necessidade profissional de apoio, estarão adentrando por caminhos que favorecem a instabilidade emocional e psicológica, conforme já referido.

No aspecto de seleção, estes jovens passam atualmente totalmente despercebidos pelo sistema. Perguntaríamos: se, está questão se encontrasse na ficha de inscrição do vestibular, quantos alunos a teriam respondido afirmativamente? Será que encontraríamos 21%? No momento atual não temos resposta. Caso obtivéssemos esta resposta do vestibulando, seria este um critério classificatório? Estas perguntas devem nos levar a um estudo mais profundo.

Em 1956 ,na Mesa Redonda sobre Ensino Médico do I Congresso da Associação Médica Brasileira, quando lemos a respeito da advertência que, “*o aluno candidato deveria se submeter a um rigoroso exame médico*” , não estaríamos hoje omitindo uma avaliação psicológica. A avaliação psicológica, é cada vez mais utilizado como instrumento de seleção para atividades diversas. Por quê não fazê-lo para quem deverá exercer a atividade de cuidar dos seus semelhantes? São indagações que merecem maior detalhamento em outro trabalho.

A exemplo do que ocorreu com a questão 17, sobre atividades que pudessem favorecer a escolha profissional, a resposta da questão 26 é que nos leva mais uma vez a retomar o aspecto vocacional destes estudantes. De todos os alunos, 78,02% acredita que o sofrimento possa influenciar na

decisão profissional, e destes, 80%, ou seja, 62,4% do total de alunos, acredita que a influência seja a favor da decisão profissional.

Novamente não temos dados referentes ao que seria a resposta à esta questão por um grupo de jovens aleatórios; muito importante para uma comparação. Contudo, não deixa de causar perplexidade que jovens que convivam com uma sociedade que procura “fugir” da dor em suas mínimas manifestações, respondam em 62,4% que esta experiência provoque uma influência favorável a escolha da profissão. Um valor bastante consistente para que se considere um acaso. Cabe a pergunta: Não seria a identidade em conviver com o sofrimento, uma manifestação íntima do desejo destes jovens, já determinados na sua decisão, e que agora, mediante a experiência sofrida, sentem-se mais envolvidos? Devemos salientar que a experiência pessoal do grupo com o evento da dor, que não apresenta diferenças tanto dentre as faculdades, como entre os gêneros, está abaixo de 30%. Não é, portanto, aparentemente, a experiência que levou a considerá-la importante, mas uma possibilidade de identificação da pessoa (no caso, o estudante) com a dor.

Esta identificação da vocação médica com a dor foi analisada por Meleiro, em seu livro *“O médico como paciente”*.

“ Diversos autores, tendem a explicar em parte a escolha da carreira médica como defesa contra a angústia de morte, em razão da exposição à doença e/ou à morte durante infância.” (Meleiro 1999 p.30).

Ainda nesta linha de raciocínio, relacionando-se o fato diretamente com antecedentes familiares, a autora cita o trabalho de Paris (1983) realizado com alunos do Primeiro ano de Medicina e de Direito sobre suas escolhas de carreira e experiência e estrutura familiar.

“ Os alunos de Medicina teriam passado por doenças sérias na família ,mais que os alunos de Direito, e estes , por sua vez, passaram por problemas legais na família mais do que os alunos de Medicina.”
(Meleiro 1999 p.29)

Em nossa pesquisa observamos que 33% dos alunos referiram alguma deficiência ou doença crônica em diversas modalidades que não acarretam grave comprometimento da pessoa, como problemas visuais e alergias. Isto era esperado pela faixa etária envolvida e nas circunstâncias de estudantes para uma profissão de habilidades intelectuais e manuais. Contudo, mais uma vez, 41% dos alunos afirmaram que a presença de doenças crônicas, ou deficiências físicas possam influenciar na decisão profissional. Para 22% dos alunos, *“influencia na maioria das vezes a favor de fazer Medicina”*; em 39,8%, *“não influencia na decisão de fazer Medicina”*; e em 18,7% , *“influencia na maioria da vezes contra a decisão de fazer Medicina.”*

Esta questão é interessante, pois a quase totalidade dos alunos não está comprometida por doenças severas. Porém, quando 41% afirmam que a presença de doenças crônicas ou que provocam deficiência influenciam na decisão, estariam pensando nas suas formas leves apresentadas, ou naqueles

que se sentiriam motivados a estudar Medicina por serem portadores de doenças de comprometimento maior?

Em relação a esta questão, podemos também observar que o número de alunos que acusava o antecedente de sofrimento, como condição que pudesse favorecer a escolha da profissão (78,02%), é quase o dobro dos que colocam a condição de portadores de doenças crônicas ou deficiências para a escolha profissional (41%). Assim, enquanto 62,4% assinalaram que a convivência com o sofrimento pode favorecer a escolha pela profissão, apenas 22%, colocaram o fato de portadores de deficiência ou doença crônica, como fator de influência para fazer Medicina.

O que lemos nestes dados é que o estudante, enquanto valoriza a experiência pessoal com o sofrimento para o seu aprendizado na condição de “cuidar” futuramente, percebe que o fato de ser portador de problemas de saúde possa, comprometer as suas atividades profissionais. Consideramos, no entanto, que a questão ainda está em aberto para uma reflexão que possa contar com um maior número de dados.

O conjunto destes parágrafos, associado a outros resultados apresentados adiante, deixa no nosso entender uma manifestação forte a respeito do caráter vocacional para os candidatos à Medicina, que, como veremos, parece em um número significativo de alunos encontrar sua origem em lugares e razões ainda desconhecidos, ou do inconsciente.

5.2.4. Influências familiares na escolha profissional

5.2.4.1. As influências da paternidade e da maternidade no estudante

O trabalho de Hyppölä et al, realizado em 1993, com mais de 1800 médicos jovens, não apresentou correlações significativas entre a participação dos pais médicos na escolha profissional dos filhos. Ficou abaixo de 8% o número de jovens médicos com pais médicos e poucos admitiram uma influencia na escolha profissional.

Em nosso meio, porém, Machado em seu livro “Os Médicos no Brasil” (1997) constata que quase 50% dos médicos têm parentes médicos. Em seu livro “O Clínico e o Cirurgião” Bellodi (2001) também encontra uma relação significativa com o parentesco médico com os médicos residentes, chegando até a 33% de pais médicos para os residentes de Clínica Médica.

Em nossa pesquisa – *influências familiares na escolha profissional* - iniciamos por uma abordagem da influência educacional, antes de perguntarmos diretamente a respeito da influência profissional. O que observamos é que o conjunto dos alunos, independentemente de faculdades ou de gênero, constitui um grupo bastante homogêneo nas considerações referentes à constituição familiar.

Encontramos as mesmas características pertinentes a “*quem*” os alunos julgaram como responsáveis pela educação. Considerada predominantemente oferecida pelo casal para a maioria (acima de 60%); para uma parcela de aproximadamente 30% a mãe é figura principal, e menos de 5% associaram ao pai e outro tanto a outras pessoas(vide Gráfico 2, p131).. O grupo também permanece homogêneo quanto à importância da família para o desenvolvimento pessoal, onde 80% dos alunos afirmaram ser muito importante a participação da família. Menos de 1% desconsideraram a importância da família (vide Tabela 13, p. 130)

Especificamente ao interesse do estudo da influência da família na decisão profissional, observamos que mais de 50% dos estudantes têm médicos como parentes próximos. Dentre estes, a presença paterna é a mais freqüente, seguida pela materna. A presença de vários parentes (pais, avós, tios, primos), concomitantes, foi verificada em vários estudantes (vide Tabelas 14 e 15, p. 132).

Na pesquisa a figura médica masculina apresentou uma maior influência sobre a decisão profissional do que a presença da mãe enquanto médica. É importante de observar que o número de alunos com “pai médico”, era superior aos alunos com “mãe médica”, e a presença dos dois num número bem menor de alunos.

Devemos observar que os pais médicos dos atuais alunos fazem parte de uma geração de estudantes de Medicina, onde a predominância

significativa do sexo masculino nos formandos já praticamente não havia, e sim uma tendência a se alcançar uma igualdade dos gêneros. A diferença tão grande como ocorrida até meados do século XX, onde o predomínio masculino era incontestável, foi muito diminuída. No entanto, a figura paterna ainda influencia mais, apesar da mãe, no seu modo geral, ter sido mais bem considerada na influência da esfera educacional.

A figura materna, apesar das grandes transformações do mundo moderno, no qual para esta profissão ocorreu um equilíbrio entre os sexos, com certa tendência ao crescimento feminino; parece ainda estar mais vinculada a sua necessidade no *“cuidado familiar”*. No histórico, da introdução deste trabalho, quando mencionamos a gênese da família, encontramos aspectos concretos que reforçam ser a mulher o elo maior no cuidado dos filhos. As rápidas mudanças ocorridas, em menos de meio século, parecem não ter apagado da memória milenar a necessidade da mãe como elemento essencial na educação e no cuidar.

É interessante relacionar o fato de quase 30% dos nossos estudantes associaram a sua educação predominantemente a mãe, com a condição de pais casados para 86% dos estudantes. Ou seja, o fato de 30% apontarem a mãe como figura marcante da educação, não implica que sejam mães separadas, (ao menos na maior parte), mas sim casadas que foram mais responsabilizadas pelo processo educativo. Isto parece reforçar a presença feminina como figura maior na importância do desenvolvimento da criança.

Por outro lado, as implicações da atenção à profissão – médica ou não - podem acarretar, com intensidade variável, prejuízos nas atribuições da educação familiar, o que de certa maneira pode ter levado a um número de alunos, não conhecido, a não ter apontado a mãe como figura principal na educação. Como a figura do pai foi pouco expressiva, como predominante na educação (abaixo de 5%), é possível que para estes alunos a mãe ficasse como parte da maioria (65%) que apontou o casal como dominante para educação. Isto porque, a negação à indicação da figura materna como figura responsável no processo educativo é uma afirmação pouco esperada, em jovens, que em sua grande maioria apresentaram respostas muito positivas ao relacionamento com os pais, demonstrando uma grande afinidade familiar.

5.2.4.2. Incentivos e desmotivações

A despeito do elevado custo para a manutenção dos estudos numa faculdade de Medicina, observamos que há um incentivo por parte dos pais para que o aluno possa seguir a sua opção profissional (acima de 60%). Assim observamos tanto na análise de grupos de faculdades como também nos grupos de gêneros indistintamente.

Esta constatação evidencia que os nossos jovens em curso nestas faculdades, estão conscientes, assim como seus pais, do grau de dependência que se estabelecerá por um período mais prolongado do que o esperado para uma classe social média, na qual os filhos freqüentemente colaboram no orçamento familiar. Este fato demonstra que tanto a opção como a aceitação e

incentivo pela família são elementos vinculados a uma condição sócio-econômica que, de certa maneira, atuam seletivamente para que o aluno possa cursar Medicina. Isto já discutido anteriormente, foi assim constatado quando verificamos que quase 95% dos estudantes são procedentes de escolar particulares. Esta seleção, ainda que não demonstrável diretamente em provas de disciplinas da avaliação vestibular, parece ser uma questão mais significativa do que o próprio nível de conhecimento do aluno, comprometido em função da sua formação escolar, e que pode desfavorecê-lo.

Esta condição, que atualmente no Brasil está centrada no mencionado Projeto de Cotas para as Universidades, foi também alertada, já em 1992, por Petersdorf, em seu trabalho *“Not a Choice, an Obligation”*, em que enfatiza a necessidade de se encontrar caminhos para uma melhor oportunidade a todos.

“ All of us must become involved in this campaign. Providing Young people from all racial and ethnic backgrounds with the opportunity to study medicine is not a choice. It is an obligation.” (Petersdorf, 1992).

Acreditamos que esta questão merece um estudo posterior mais aprofundado, não realizado neste trabalho, mas corroborado por ele, em processos seletivos das faculdades Públicas. A seleção atual realizada por provas de conhecimento técnico, não deixa de ser também prova de “seleção” da condição social. Como já referido no estudo realizado na Austrália (Neame ,1992) o grau de conhecimento técnico inicial do aluno não se demonstrou fundamental para o desenvolvimento deste, e não alterou seu resultado final

na formação profissional. Também percebemos que a diferença de instrução entre os alunos em condições de aprovação no vestibular nas diferentes faculdades, a exceção daqueles poucos que ocupam o ápice dos primeiros lugares da classificação, é bastante pequena. Diante disto, parece-nos que o fator econômico exerce maior peso no processo de seleção do que eventualmente a condição vocacional do candidato, ou mesmo do nível de conhecimento técnico adquirido por este.

Esta análise reforça, no nosso entender, a necessidade de novos parâmetros para a avaliação dos alunos em vestibular, principalmente quando consideradas as faculdades Públicas, a fim de se avaliar condições que coloquem os alunos em condições de competitividade diante de suas habilidades e características pessoais, e não somente do conhecimento técnico adquirido em escolas mais equipadas.

Seguindo esta linha de relacionamento entre alunos e família na sua forma de incentivos, verificamos de modo coerente que a desmotivação não ocorre na maioria dos estudantes. Contudo na análise de comparação dos gêneros, as alunas acusaram uma diferença significativa em relação aos alunos, por se sentirem mais desmotivadas. Estes dados correspondem ao que se verificou de modo ainda mais significativo quando elas, as alunas, não consideram que a sua formação em Medicina seja apreciada pelos pais como sendo tão importante quanto para os alunos (masculino), que assim o consideram (vide Tabela 16, p.133)

É interessante associar esta análise oferecida pelas respostas das alunas, com a influência marcante dos pais (homens) médicos sobre a opção dos alunos em fazer Medicina. Esta verificação parece guardar, ainda no século XXI, um resquício da Medicina como uma profissão masculina, com certa discriminação para o gênero feminino, ainda que muito tenha se modificado a partir da segunda metade do século XX. Não se pode deixar de notar que, reforçando esta constatação, ainda hoje a maioria das cátedras de disciplinas das faculdades médicas, assim como seus representantes técnicos de direção administrativa em serviços públicos de saúde, recaiam no gênero masculino, mesmo observando que nos últimos vinte anos a média de alunos em faculdades de Medicina esteja com tendência para o equilíbrio para os gêneros.

5.2.4.3. *Decisão e questionamentos da escolha*

Quando avaliados quanto a época de decisão em fazer Medicina, observamos que o conjunto de alunos no seu todo acusa uma demonstração de precocidade em relação a escolha. Aproximadamente 60% dos alunos decidem a sua opção ainda na adolescência, sendo que um terço do grupo o faz no período correspondente a infância: *“desde que se conhece por gente”*. Não há diferença de gênero neste aspecto, e na comparação dos grupos de faculdades os alunos que entram nas Particulares tomam a decisão mais precoce.

Millan em 2003 também avaliou esta questão, encontrando 39% para uma resposta dentro do critério de precocidade e 61% para alunos após o término do estudo fundamental. Este autor trabalhou com alunos de um Faculdade Pública, que na nossa pesquisa também acusaram uma decisão mais tardia em relação aos alunos das Particulares. Contudo em 241 alunos das Públicas obtivemos 53% de escolha considerada precoce (até termino do fundamental), contra as 39% dos 60 alunos verificados por Millan (2003).(vide Tabela 18, p.135)

Estes resultados confirmam a precocidade com que o aluno candidato a Medicina está determinado ao curso. Recordamos que os alunos das faculdades Particulares em média fazem um maior número de tentativas, o que, associado a escolha mais precoce, determina a decisão firme e perseverante do estudante, (que não se diferencia aqui pelo gênero), em insistir pela sua opção.

Nesta linha de questionamentos e coerente ao até aqui conseguido, verificamos que os alunos na sua maioria pouco questionam a sua decisão pela opção em fazer Medicina, ainda que tendo que concorrer várias vezes para este fim sem sucesso. Quanto a esta verificação não ocorre diferença significativa entre os alunos de diferentes faculdades quanto à dúvida da escolha. Quando verificado na comparação de gêneros, verifica-se uma diferença maior na dúvida no gênero feminino em relação ao masculino.

Observando este conjunto de resultados apresentados contemplamos uma grande coerência nos dados obtidos. São alunos que assumem uma decisão precoce por uma carreira que desperta o interesse por temas como a dor e o sofrimento, e encontram nestes um estímulo, (aparentemente contrário ao esperado numa sociedade que apresenta vários recursos para fugir a dor e ao sofrimento), à identificação com a profissão. Um estímulo que supera a dificuldade de anos de estudos, com dois ou três insucessos nos vestibulares, para se conseguir uma vaga para realizar um longo e difícil curso universitário que compromete o período da juventude. Mesmo assim este estudante pouco questiona a sua decisão, e se o faz, está aparentemente relacionado ao fato de não se sentir tão importante na sua escolha para a família, como encontrado no gênero feminino.

A este panorama complexo, onde tantos fatores intrínsecos e extrínsecos ao aluno interagem, parece se desenhar um sentimento ainda de linhas imprecisas que contornam o que poderíamos chamar de **vocação**. Uma vocação que se encontra indistintamente nos dois gêneros e que parece ficar receosa de não poder ser almejada pelas dificuldades financeiras de se completar o curso, ou por alguma insegurança da certeza desta escolha. Uma incerteza existente naqueles que, tendo entrado mais precocemente na faculdade, não foram testados na sua determinação tanto quanto aqueles que necessitaram perseverar mais, como observamos na diferença entre os alunos das faculdades Públicas em relação as Particulares.

5.2.5. Aspectos vivenciados de situações familiares

5.2.5.1. Relacionamento familiar

Observamos que o grupo responde quase como uma unidade quando questionado quanto ao seu relacionamento familiar. São alunos que demonstram um bom ou ótimo relacionamento com seus pais e irmãos sendo que conforme já verificado, a figura materna destaca-se na afinidade com os estudantes.

A presença de doentes no ambiente familiar dos alunos, não revelou diferenças nos grupos de faculdades ou gêneros. No conjunto, 73,35% não apresentam doentes; 11,35% acusaram a presença de deficientes físicos; 10,34% mencionaram doentes crônicos limitados, que necessitam da ajuda de terceiros; 6,91% reconheceram doenças mentais em tratamento; 6,62% mencionaram deficientes mentais. Estes dados precisam ser lidos com cautela, visto que não houve uma explicação diagnóstica a priori, e estamos falando com alunos do primeiro ano, recém-ingressos. Contudo, é possível verificar 26,65% dos alunos apresenta algum familiar com comprometimento de saúde que desperta a sua atenção.

Nota-se que o número de familiares portadores de doenças mentais em tratamento, aqui referendado pelos estudantes, é muito inferior aos 21% assinalados pelos mesmos, quando perguntados em relação a antecedentes de tratamentos em si próprios.

A diferença a ser mencionada está na melhor afinidade considerada no grupo de alunos das faculdades Particulares, embora nos alunos das faculdades Públicas os índices de bom relacionamento também sejam elevados. Quanto a este resultado caberia a pergunta se não teríamos aqui o viés deste grupo – Particulares - sentir-se em maior grau de dependência em relação aos seus familiares, pelas condições de custeio da faculdade. Da mesma forma o aluno que se sabe dependente deste esforço familiar para a sua formação poderia demonstrar esta maior afinidade como uma gratidão, mesmo inconsciente, àqueles que estarão colaborando para a sua realização profissional, envolvida por tantos esforços, conforme já analisado anteriormente.

Independente das considerações acima, o grau de afinidade e de importância da família para estes estudantes confirma-se quando respondem que o ambiente familiar favoreceu o seu relacionamento e desenvolvimento social.

5.2.5.2. Assuntos do convívio familiar

Dentro destas considerações do ambiente familiar, uma seqüência de perguntas foi feita para se tentar alcançar e classificar os principais itens que compunham este ambiente segundo o seu grau de importância. Os resultados obtidos, nas diferentes faculdades, fizeram com que o grupo se comportasse como procedente de um mesmo lugar comum, de uma mesma comunidade. São famílias nas quais os itens de televisão, música e esporte se sobressaem

bastante em relação aos demais. Um segundo grupo formado pelo interesse em cinema, política e computação, vem a seguir. As atividades de interesse por literatura, religião, teatro e artes plásticas, com menor importância, encerram este cenário para o grupo conforme a ordem apresentada.

No item literatura, constatamos a única diferença significativa dentre os alunos das Públicas e Particulares com maior índice para os primeiros, ($p=0,026$). Esta é uma avaliação que não deve passar despercebida, quando estamos estudando alunos que fazem uma prova de grande competitividade, sendo a literatura, um elemento importante na aquisição de dados informativos e de cultura geral do candidato. Existir uma diferença estatisticamente significativa neste item – literatura – como diferencial no meio de outros nove itens, não diretamente relacionados ao vestibular, é um dado que pode representar uma razão classificatória dentre os alunos.

No entanto, abordando os dez itens na variável gênero, não encontramos a mesma uniformidade (vide Tabela 22, p.140) Desta vez, quatro itens apresentaram diferenças significativas: esportes, religião, literatura e teatro. Enquanto os alunos apresentam preferência para o esporte, as alunas destacam-se para a importância em religião, literatura e teatro. De qualquer forma não podemos deixar de considerar desde já que os dois grupos, esportes por um lado e religião, literatura e teatro, por outro, encerram atividades distintas e com características que identificam gêneros diferentes de afinidades.

É um resultado que leva a uma pergunta de associação com as disciplinas classificatórias nos vestibulares. É fato o predomínio de homens nas faculdades Públicas e de mulheres nas Particulares. Isto válido para um vestibular no qual as disciplinas de ciências exatas são mais valorizadas do que as humanas, que dentro de um processo de associação encontrariam maior correspondência com a religião, literatura e teatro. Estas características deverão ser lembradas quando analisados posteriormente os resultados do perfil de personalidade entre os gêneros.

5.2.6. Expectativas Profissionais

“Lack of vocation and a faint interest in people seem to be the critical factors which determine physicians’ later dissatisfaction with the profession. It is also remarkable that the doctors who said that success at school was an important reason for choosing medicine were later more likely to say they would consider another profession if they were starting their studies again. Surprisingly, respondents’ social background, current job or gender did not affect their dissatisfaction towards their profession.” (Hyppölä 1998)

A afirmação acima correspondente a pesquisa em 1800 jovens médicos, demonstra a importância da vocação médica e o seu desejo de cuidar das pessoas para a sua perseverança profissional. Tanto a vocação como o desejo de cuidar temos visto que são manifestações precoces no nosso grupo. Estas características, vocação, desejo de ajuda, não parecem estar vinculadas ao desenvolvimento do ensino da graduação, mas a este *“misterioso impulso que move o jovem a se decidir pela Medicina”* (Gonçalves, 1998).

5.2.6.1. A importância da família para o futuro do estudante

Nesta seção procuramos observar como o aluno percebe hoje o seu futuro profissional, levando em consideração as suas condições familiares, e o quanto a família representa para ele dentro de sua realização futura.

Inicialmente ficou assinalado, conforme esperado pelos resultados até então já verificados, que para os estudantes a estabilidade da família é fundamental para a sociedade, tanto quanto observados nos gêneros como nos grupos de faculdades (vide Tabela 23, p.140) Assim como já havíamos constatado por outras perguntas que os alunos de faculdades Particulares apresentavam maior índice de afinidade familiar, também nesta questão, este grupo enfatiza mais que os alunos das faculdades Públicas a importância da família para a sociedade num todo.

Demonstrando esta importância da família, verificada hoje para os alunos, também na sua projeção futura estes a consideram importante. Em ambas as variáveis, faculdades e gênero, ocorreram manifestações predominantes a respeito da importância da constituição familiar para o desenvolvimento profissional. Foram esporádicas as manifestações contrárias a respeito da constituição familiar poder atrapalhar o desenvolvimento profissional. Nestes casos é interessante é notar que quase todas (seis em sete manifestações) são de alunas, (vide Tabela 24, p.141).

Devemos fazer algumas considerações a estes resultados, que embora estejam coerentes com as respostas obtidas no seu conjunto por parte dos alunos, encerra uma questão importante a respeito de como os alunos estariam como observadores do futuro, considerando a profissão médica.

O trabalho de Dennis et al. (1990) revela as influências da condição de médicos e médicas, solteiros e casados, com filhos ou sem filhos no ambiente familiar, focando os aspectos econômicos. Enfatiza a diminuição de horas de trabalho das médicas, em decorrência do casamento, independente de ter ou não filhos, em função das atribuições familiares. Esta é uma condição observada no cotidiano por muitos dos alunos desta pesquisa, sendo conhecido que metade destes alunos tem algum parente próximo médico. Além disto, verificamos ao longo destas páginas que estes estudantes procuraram conversar com profissionais, previamente a entrada na faculdade.

A estes dados somam-se todos os outros fatos conhecidos historicamente que apresentam a figura do médico como um profissional profundamente envolvido em suas atividades, quase de uma maneira “*compulsiva*” na interpretação de Gabbard (1985). Este autor, na sua avaliação, declara: “*The most important quality of a physician is compulsiveness.*” Em seu trabalho faz uma análise do por quê disto e das conseqüências decorrentes deste comportamento, dentre outras, as sofridas pela própria família.

Não podemos dizer que estes estudantes desconhecem a existência deste comprometimento do tempo familiar, o que seria a vida em família para eles futuramente. Apesar das dificuldades expostas, para uma maior participação da família no convívio pessoal do médico; mais de 60% dos estudantes afirmam ser a família importante para o desenvolvimento profissional.

O que podemos perceber nestes dados é que estes alunos mesmo conhecedores, embora inexperientes, das atividades que lhes estão reservadas, encontram no ambiente familiar uma fonte de apoio para o desenvolvimento de seu trabalho. Já demonstraram ser o suficientemente esforçado por cumprirem metas nas quais poucos conseguem, e esta seria mais uma tarefa a ser vencida: compartilhar a vida de família com uma vida profissional intensa. E este desafio de modo mais significativo para as alunas.

Esta visão do aluno, nos seus primeiros meses de vida universitária, encontrará ao longo do curso inúmeras barreiras que poderão revelar caminhos diferentes do imaginado inicialmente. Contudo, não constatamos no momento presente uma maior preocupação pelos meios universitários em preparar este aluno também neste aspecto pessoal, fundamental para que possa gozar de equilíbrio suficiente para a sua realização profissional e pessoal, conforme mencionado por McCue (1985). A perda ou insucesso destes sonhos, ou o confronto com situações que de certa maneira abalam estes valores forjados no histórico familiar, não devem passar pelo estudante

sem deixar marcas que possivelmente acarretarão conseqüências no seu desempenho profissional e de vida pessoal.

5.2.6.2. A escolha da especialidade

A escolha de uma especialidade tem sido abordada por diversos autores, alguns tentando correlacionar características dos estudantes com a especialidade. Embora a pergunta tenha sido feita a recém-ingressos na faculdade, alguns dados conhecidos, levam a crer que muitos estudantes entram praticamente determinados na sua escolha. Em seu trabalho *“Specialty Choice in Medicine”*, Geertsma e Grinols, ainda em 1972 realizaram um estudo com cerca de 200 alunos. São palavras dos autores:

“Inasmuch as characteristics of students entering medical school are related to specialty choice, the selection of students for medical training is also selection for specialty practice.” (Geertsma e Grinols, 1972)

Neste estudo apresentam uma revisão de vários trabalhos. Em um deles os autores fazem um esforço em buscar fatos que relacionem os residentes e suas escolhas durante a entrada na faculdade. Por exemplo, cita que os psiquiatras entram mais decididos a fazer a especialidade do que os demais colegas. Dos que se tornam psiquiatras 83% já o desejavam, contra 40% das intenções das outras especialidades. São tipicamente solteiros e sem religião na entrada da faculdade. Os obstetras eram casados e com forte afinidade religiosa (Kritzer e Zimet, 1967). Estudantes com características

autoritárias fazem sua opção mais precocemente, enquanto que os “*não autoritários*” demoram mais por decidir Coker et al (1960).

O trabalho de Bruhn e Parsons (1964) sugere algumas características das especialidades segundo o perfil do estudante. *Medicina Interna*: sensíveis a vários fatores que envolvem a evolução do problema médico, e interessados em problemas intelectuais. *Cirurgiões*: Dominantes e arrogantes, agressivos e cheios de energia, e principalmente concentrados em seu próprio prestígio. *Psiquiatras*: profundamente interessados em problemas intelectuais, emocionalmente instáveis e pensamento confuso. *Clínico Geral*: interessado na pessoa, agressivo e cheio de energia, extremamente paciente, amigo, personalidade agradável, e sensível a uma gama de fatores que envolvem a evolução dos problemas médicos.

Em nosso meio Bellodi (2001) realizou a abordagem comparativa dos aspectos da personalidade de residentes clínicos e cirurgiões. Dentre as características dos clínicos destacam-se:

- trabalham em ritmo mais lento,
- mais atentos aos detalhes,
- hipercríticos,
- maior dificuldade de controlar a ansiedade,
- forte preocupação com o outro,
- ambições intelectuais.

Nos cirurgiões observou:

- trabalho em ritmo mais rápido, próximo da impulsividade,
- interesse pelo outro mas com menor empatia do que os clínicos,
- definem situações de acordo com suas experiências,
- maior dificuldade em controlar suas ambições de realizações.

Assemelham-se por serem afetivos, emotivos, com dificuldade de controlar racionalmente os afetos, apresentando forte presença de angústia. Mostram-se auto-críticos quanto ao próprio comportamento. São teóricos – privilegiam a globalidade - e pouco práticos. A sua conclusão quanto a gênero, especialidade e a personalidade foi que,

“...homens e mulheres que escolhem uma mesma especialidade são mais parecidos entre si do que homens e mulheres que escolhem especialidades diferentes” (Bellodi 2001).

Em nossa pesquisa, no contexto de projeção para o futuro, foi perguntado qual o caminho mais provável a seguir dentre as áreas: assistencial, docência e pesquisa. A grande maioria dos alunos optou pela área assistencial, (81,86%). No aspecto assistencial houve preferência pelas especialidades clínicas por parte dos alunos das faculdades Públicas e da cirurgia por parte das Particulares. Quanto ao gênero, recaiu a opção clínica preferencialmente às alunas e da cirurgia para os alunos. Não se deve deixar de mencionar que o número de alunos nas Públicas é significativamente maior do que alunas, o que poderia levar a supor uma inclinação para cirurgia, que não ocorreu.

Para que se pudesse observar qual a tendência do grupo quanto as especialidades escolhidas pelos alunos, criamos dois grupos. O primeiro grupo constituído de seis áreas das mais escolhidas, a saber: Cardiologia. Somando-se as clínicas (35) e cirúrgicas (43) totalizamos 78 estudantes, ou seja, 16% do total. Cirurgia Geral, com 38. Neurologia, com 33 escolhas, somadas clínica e cirurgia. Psiquiatria, com 33. Oncologia, com 31, e Cirurgia Plástica com 28 intenções. Com estas seis especialidades atingimos 49,5% dos alunos. O segundo grupo constituído também por seis áreas mais generalistas. Chamou a atenção que apenas 2 alunos optaram por Medicina de Família e 2 para Medicina Preventiva. Pediatria, com 36. Ginecologia-Obstetrícia, com 22. Clínica Médica, com 21 e Geriatria com 18. Este segundo Grupo corresponde a 20,7% dos alunos (vide Tabela 28, p.145).

O panorama apresentado acima, se obedecer as previsões de Geertsma e Grinols, (1972), que afirmam que os ingressos já optaram pelas suas especialidades, estaremos formando, em seis anos, alunos na contra-mão do que se espera para a sociedade, e para o que se oferece nos Programas de Saúde, ou seja, médicos com formação generalista.

Quanto a esta escolha de especialidade, caso as escolhessem hoje, é digno de se observar que em outra questão, envolvendo o mesmo tema de especialização futura, mais de 60% dos estudantes afirmaram que a especialidade deveria estar decidida segundo a vocação. Nesta questão a alternativa vocação que era a última de quatro opções (voltadas para mercado de trabalho, idéias pré-concebidas antes da faculdade, ou não ter a

especialidade decidida), foi a mais assinalada. A palavra “vocação” da alternativa despertou uma atenção especial. A vocação novamente é a palavra chave para o nosso estudante, que vem assim a declarando desde o início do questionário nas manifestações de identidade com a vivência em ambientes relacionados com a saúde, ou com o envolvimento com o sofrimento (vide Tabela 26, p.143).

Ainda a este respeito devemos mencionar, que mesmo com menor número de respostas, assinalamos que os alunos ainda que predominantemente tenham optado pela alternativa vocação, distinguiram-se das alunas quando da questão da valorização do mercado de trabalho. Em outras palavras, enquanto as alunas centraram suas atenções na alternativa vocação, os alunos não deixam de considerar a importância do mercado de trabalho para a sua escolha de especialidade. Uma decisão aparentemente mais emotiva por parte das alunas e mais racional em relação aos alunos. Interessante lembrarmos que no trabalho voluntário ocorreu uma diferença significativa a favor das alunas que desde cedo parecem assinalar este maior interesse pelas pessoas do que pelo mercado profissional propriamente dito.

Concluindo este tópico, não podemos deixar de fazer a pergunta: Em que a vocação destes alunos se relaciona com especialidades tão específicas como as apresentadas, em detrimento das “especialidades mais sociais”, propriamente ditas? Lembramos o que Miller (1967) nos afirmava ao dizer que, os estudantes que não conseguiam aprovação para Medicina, acabavam por optar por áreas técnicas e não assistenciais, embora em suas entrevistas

todos enfatizam a necessidade de virtudes humanísticas na personalidade do médico.

5.2.6.3. A influência de parentes para o futuro profissional

Verificamos que a presença de médicos na família foi vista como importante fator de favorecimento para o desenvolvimento profissional por parte dos alunos, enquanto que para as alunas esta condição era de indiferença, ainda que apreciariam a presença de médicos na família como fator de facilitação para o desenvolvimento. Esta diferença não foi constatada entre as faculdades, restringindo-se a variável de gênero (vide Tabela 25, p.142).

Complementando esta abordagem da vocação e fatores de facilitação na escolha da especialidade, questionamos se o sucesso ou fracasso de um parente de determinada especialidade seria condição de estímulo ou de desmotivação. Sem diferenças significativas para as variáveis de faculdade ou gênero, houve uma divergência nas duas respostas com pequena predominância para a resposta de “não” interferência da condição de sucesso ou fracasso no referente a escolha da especialidade por parte dos estudantes de modo geral.

5.3. QUESTIONÁRIO 16 PF (16 FATORES DE PERSONALIDADE)

5.3.1. Considerações gerais

O teste 16 PF evidenciou estudantes no seu conjunto pertencente aos parâmetros compreendidos dentro dos estenos medianos da população geral, ou seja, nos seus 68% centrais com valores entre 4 e 7, a exceção do item Inteligência (B) no qual os estenos de 9 e 10 são significativamente predominantes (vide Gráfico 7, p.151). Ainda que, como já mencionado, a avaliação da inteligência apresente outros testes de melhor especificidade, não podemos omitir que o fato de praticamente todos os alunos ocuparem estenos tão elevados signifique que a população de estudantes candidatos à Medicina ocupa um lugar destacado neste item.

De certa forma isto não surpreende quando verificamos que estes alunos são selecionados especificamente pelo conhecimento cognitivo que desenvolvem que está vinculado a sua capacidade ou habilidade de resolver problemas usando o raciocínio (Russell e Karol 2002). Uma seleção que envolve milhares de estudantes numa proporção de mais de 50 alunos por vaga, o que por si só, esclarece estes alunos aprovados apresentarem um esteno tão diferenciado. Associe-se a este achado o fato de cerca de 95% dos alunos procederem de escolas particulares, nas quais observa-se tradicionalmente no país, uma maior facilidade para que estes alunos desenvolvam o aprendizado e acúmulo de conhecimento em relação aos

alunos procedentes de escolas públicas. Este conhecimento não somente favorecido pela procedência, mas também por classes sociais mais favorecidas sócio-economicamente, nas quais a disponibilidade de tempo, como as oportunidades de freqüentar cursos extra-escolares, complementa uma bagagem cultural maior.

Procuramos dentre os alunos verificar se ocorreria diferenças significativas quando comparados entre eles nas variáveis de gênero e de faculdade (Públicas ou Particulares). Inicialmente apresentaremos os dados obtidos quando analisados quanto ao gênero.

5.3.1.1.Aspectos referentes aos gêneros

Quando confrontados todos os alunos do sexo masculino com todas as alunas do sexo feminino, (vide Tabela 33, p.154) obtivemos diferenças significativas em vários fatores do 16 PF, a saber:

Fator A - Expansividade ($p < 0,001$). As mulheres obtiveram maiores índices conforme o esperado pelos autores do teste, ou seja, são mais expansivas, participantes e atenciosas, enquanto que os homens apresentam um comportamento mais impessoal, reservado e distante.

Fator G - Consciência ($p = 0,019$). As mulheres obtiveram maior índice compatível com um comportamento que segue valores mais tradicionais e convencionais. São mais perseverantes e conscienciosas. Ao

contrário os homens, com valores baixo tendem a burlar regulamentos, são evasivos.

Fator I - Brandura ($p < 0,001$). Classicamente descrito pelos autores, este fator é aquele em que se encontra marcadamente a maior diferença entre os sexos, associado a Expansividade (já descrita) e a Afirmação (não verificada diferença como significativa em nosso trabalho). As mulheres apresentam resultados elevados para Brandura, demonstrando um perfil sensível, harmonioso e sentimental. Este dado correlaciona-se com o encontrado no Questionário VR sobre as atividades de arte, literatura e religião, significativamente mais freqüentes no sexo feminino. Os homens, com resultados baixos, tendem ao perfil prático, objetivo e realista, constituindo um caráter mais rígido.

Fator O - Apreensão ($p < 0,001$). Novamente neste fator são as mulheres que apresentaram resultados elevados compatíveis com maior insegurança, indecisão e perturbação. Colabora muito para o Fator global Ansiedade. O resultados baixos dos homens acusam uma característica de maior segurança, serenidade diante das decisões. Sentem-se inabaláveis em situações que exigem uma auto-avaliação.

Fator Q2 - Auto-Suficiência ($p = 0,005$). Neste fator os homens apresentaram valores mais altos. São pessoas que se consideram auto-suficientes, preferem o trabalho solitário, e são individualistas. Estão de acordo com os resultados obtidos no Fato O (Apreensão) e com o Fato A

(Expansividade). Ao contrário as mulheres apresentam valores baixos que demonstram a tendência a dependência do trabalho em grupo, preferem estar com outras pessoas, e apresentarem um comportamento mais social. Também aqui ocorre a correlação com os achados nos Fatores Expansividade, Apreensão e Brandura.

Fator Q4 - Tensão ($p < 0,001$). Este fator vem colaborar para os achados até agora apresentados, vinculando valores altos para as mulheres e baixos para os homens. As mulheres que já apresentaram valores altos para apreensão e expansividade, que colaboram com uma maior ansiedade e maior insegurança demonstram ser mais tensas, impulsivas e impacientes. Pelo contrário os homens, com menores valores para Tensão, apresentam-se mais pacientes e relaxados o que está de acordo com o seu maior grau de Auto-Suficiência e menor nível de Apreensão, pela maior segurança que tem em suas ações tomadas de modo individualistas, sem se importar tanto com a avaliação dos outros.

Fator Global I - Extroversão ($p = 0,003$). São as mulheres que apresentam valores elevados com características que tendem a uma maior participação social, com um convívio extrovertido para o qual colaboram a sua Afirmação e Brandura já mencionadas, e este se faz por uma necessidade da participação em grupo verificado pelo Fator Q2 de Auto –Suficiência. Os homens, contrariamente, com valores baixos são Introversos, com maior dificuldade social pelo seu individualismo, e dificuldade de se manter em

regras culturais e comportamentais pré-estabelecidas conforme já constatado nos fatores: Afirmação, Brandura e Auto-Suficiência.

Fator Global II - Ansiedade ($p < 0,001$). Pelas razões já descritas acima, encontramos os valores altos para o sexo feminino e os valores baixos para o sexo masculino.

Fator Global III - Rigidez de Pensamento ($p < 0,001$). Para este fator global contribuem principalmente os fatores primários Expansividade, Brandura, Imaginação e Experimentador. Conforme verificamos a Expansividade e a Brandura encontram-se significativamente elevadas para o sexo feminino, o que repercutiu no nosso achado de valores baixos de Rigidez de Pensamento que significa um perfil de Receptividade, mente aberta e uma postura intuitiva. Por outro lado os homens, com baixos índices de Expansividade e Brandura, alcançam níveis altos para Rigidez de Pensamento que demonstram a sua inflexibilidade, firmeza e baixa empatia, compatíveis com o que vimos até agora no seu comportamento individualista e de Auto-suficiência.

Fator Global V - Auto-Controle ($p = 0,049$). A diferença discreta, ainda que significativa, acusou maiores índices de auto controle para o sexo feminino, ficando os homens com a avaliação de mais descontrolados. O descontrole neste fator diz respeito a indisciplina, despreocupação, e até mesmo a impulsividade; enquanto que os controlados sejam mais

conscenciosos e disciplinados, podendo mesmo a se tornar inibidos no seu comportamento.

Após ter sido verificado diferenças significativas em dez fatores entre primários e globais quando comparados todos os alunos e alunas, procuramos analisar se estas diferenças se mantinham quando observadas segundo cada faculdade isoladamente. Isto porque em recente trabalho desenvolvido por Millan 2003 no qual foram estudados alunos de uma mesma faculdade, tantas diferenças assim não ocorreram.

Conforme apresentado nos Resultados (p.156-157), quando comparadas as faculdades isoladamente, foi encontrado um número menor de fatores diferentes, que variaram conforme a faculdade, sendo que o único fator presente em todas as faculdades foi o Fator Primário Brandura, que conforme já mencionado ao lado dos fatores Expansividade e Afirmação são os mais esperados na diferenciação dos sexos

É interessante observar que a exceção da Faculdade de Medicina de Jundiaí, onde o número de alunos foi menor, as faculdades Particulares apresentaram um número maior de fatores com diferenças significativas entre os gêneros do que as faculdades Públicas, nas quais a competitividade é mais pronunciada pela proporção candidatos/vaga, visto as condições de gratuidade e tradição que apresentam.

Enquanto verificamos quatro fatores diferentes nas faculdades Públicas, sendo que dois deles - Brandura e Apreensão - foram comuns a ambas, nas faculdades Particulares constatamos um total de doze fatores diferentes distribuídos pelas quatro faculdades onde Brandura foi o único fator comum a todas. Esta constatação pode nos fazer pensar que quanto mais competitiva a avaliação mais se aproximam as características dos alunos dos dois sexos. Em uma prova com características seletivas tão acirradas parece que os alunos melhores classificados tendem a uma aproximação de seu perfil de personalidade, conforme verificado por Millan (2003).

5.3.1.2. Aspectos referentes ao gênero x faculdade

Importante ainda observar que conforme apresentado nos Resultados (p. 158-160) quando analisados quer no conjunto total de alunos, quer por agrupamentos por faculdades individualizadas, o fator primário B Inteligência não se apresentou como elemento significativo de distinção. Porém quando verificamos distintamente os sexos, pelas diferentes faculdades, os resultados obtidos foram diferentes .

Para o sexo feminino foram significativas as diferenças dentre as faculdades os fatores: **B- Inteligência, L-Confiança, Q1- Abertura a Novas Experiências.**

Para o sexo masculino foram significativas as diferenças dentre as faculdades os fatores: **B- Inteligência, I-Brandura, Global III (Rigidez de Pensamento).**

Finalmente agrupamos os alunos e alunas em faculdades Públicas e Particulares para avaliação de possíveis fatores significativamente diferentes e encontramos os fatores: **B- Inteligência, L-Confiança, Global V (Auto-Controle).**

Outros dois fatores embora não tenham atingido os índices de significância para valorizar a diferença entre faculdades Públicas e Particulares apresentaram um “*p*” com valores próximos a serem considerados significativos. **Foram eles: Q3- Disciplina, G- Consciência**

Todos os demais fatores não apresentaram diferenças significativas com índices distantes da significância para um $p < 0,05$.

Ao término da apresentação destas diferenças, dentre os alunos diante de suas variáveis de gênero e faculdades, constatamos que o Fator B-Inteligência é o fator diferencial significativo para o processo classificatório destes alunos, que se manifesta quando analisado por gênero nos diferentes grupos de faculdades (Públicas e Particulares), mas que não se manifesta para o grupo total de alunos de uma mesma faculdade. Ou seja, homens e mulheres não apresentam diferença pelo fator de B-Inteligência, mas se distinguem pelos grupos de faculdades. No entanto, ainda que se encontrem

em proporções equivalentes no grupo total de matriculados (320 homens e 314 mulheres), os mesmos não apresentam representatividade equivalente em todas as faculdades, predominando, como já vimos, os homens nas Públicas e as mulheres nas Particulares. A este respeito procuraremos analisar este fator B- Inteligência do 16PF junto ao processo de seleção dos candidatos.

5.3.2. Aspectos da personalidade e processo seletivo

Como já mencionado, e avaliado no Questionário VR, são estudantes de diferentes faculdades, que parecem pertencer a um grupo no seu todo bastante homogêneo. Suas características de personalidade não são significativamente diferentes da população geral, (exceto pelo fator Inteligência), para que possamos obter uma personalidade com características definidas, a fim de se constituir um perfil, a ser utilizado como “*modelo*” para um processo de seleção classificatório.

As diferenças encontradas foram mais importantes quando analisados os grupos de gêneros no total da população, do que quando observadas as diferenças dos grupos de faculdades. Ao mesmo tempo, quando se procurou estabelecer diferenças dentre as faculdades segundo os gêneros separadamente, não se conseguiram muitos dados significativos.

Estes achados colaboram para a idéia de que dentre os estudantes que entram nas faculdades Públicas ou Particulares não ocorre diferenças marcantes exceto pelo Fator B - Inteligência. Esta diferença ocorreu tanto

dentre as faculdades Públicas e Particulares quando consideradas pelos grupos de alunos no todo, como também pelos grupos de alunos separadamente por gêneros.

5.3.2.1. A questão da inteligência

“O que é a inteligência? É difícil defini-la, e as descrições geralmente se baseiam em paradoxos. Assim, atribui-se inteligência aos que têm geralmente de pensar porque não conhecem muito, e aos que conhecem muito e, assim, não têm de pensar.” (Gregory, 1994 p.19)

No livro, *“A Natureza da Inteligência”*, coordenado por Jean Khalfa (1994), vários autores de diferentes áreas do saber como a Filosofia, a Neuropsicologia, a Psicologia, a Matemática, a Engenharia, a Música, das Artes e Ciências, e Sociologia, apresentam suas reflexões sobre este complexo tema, nas quais todos concordam com Richard Gregory: *“É difícil defini-la”*

O conceito do que é inteligência faz parte ainda de uma grande discussão, que permanece no terreno da *impossibilidade*. Os testes para melhor aferirem estas *“qualidades”*, são ainda discutíveis na sua plenitude de valores. Conforme afirmou Philip Yam (2005):

“Os teste de inteligência não apreendem todas as habilidades de alguém num só número.”(Yam 2005)

Assim sendo, quando verificamos que este é o fator diferencial mais significativo na análise de nossos estudantes, deve-se ler estes resultados com

a cautela que merece o assunto, a fim de não criarmos falsos modelos para um ideal do “*melhor aluno*”, ou do “*mais inteligente*”. O máximo que podemos fazer, é permanecer no campo da observação comparativa de estudantes que foram submetidos às mesmas provas. Destes dados, extrapolarmos para o conceito de “*mais inteligentes*” é arriscado, como percebemos nas palavras de Nicholas Mackintosh, outro colaborador do livro citado acima:

“Com efeito, poderia argüir de modo bem convincente que deveríamos evitar todo uso do termo ‘inteligência’. Mas isso poderia colocar-me em dificuldade diante dos outros colaboradores do presente livro.” (Mackintosh , 1994 p.53)

Conforme já referido o Fator B - Inteligência não é pela avaliação do 16 PF o exame mais adequado para esta difícil conclusão. No entanto, não deixa de ser relevante o fato deste fator não ser de diferença significativa, em nenhuma faculdade, quando analisado comparativamente entre os gêneros da mesma faculdade, mas somente quando dentre os grupos de faculdades.

5.3.3. O perfil dos estudantes pelo 16PF e o vestibular

Ainda que não ocorra diferenças tão distintas nos perfis da personalidade dos estudantes, é importante observar as possíveis implicações que estas diferenças encontradas, possam acarretar quando confrontadas com o modelo de avaliação empregado no vestibular. Esta prova apresenta algumas características como:

- Exige habilidade de raciocínio rápido, conforme descrito nas questões de habilidades do 16 PF para avaliação da Inteligência, ainda que neste último de modo bem mais simplificado do que na prova do vestibular.

- São questões evidentemente desconhecidas pelos estudantes, ainda que o conteúdo da disciplina seja de conhecimento prévio dos mesmos. Assim sendo, não podemos negar que o aluno é exposto a uma situação não programada e não controlada, em toda as suas circunstâncias.

- Habitualmente as questões de múltiplas escolhas, mais utilizadas, conduzem com freqüência a dúvidas que levam o estudante a desconfiar da possibilidade de enganar-se ou mesmo de ser conduzido ao erro por parte do examinador.

- O tempo de realização da prova de questões desconhecidas conduz a uma maior dificuldade de controle do horário, o que em pessoas com tendência ao perfeccionismo, sem margem de erro, pode conduzir a dificuldade do manejo do tempo e conseqüentemente a maior ansiedade e descontrole.

Não levando em consideração o Fator B Inteligência, pelos motivos já referidos, mas os demais fatores analisados: Confiança, Auto-Controle, Disciplina e Consciência; procuraremos associar as características apresentadas da prova acima, com os achados de personalidade dos

estudantes, através de uma interação que pode ser interpretada à luz do 16 PF da maneira que se segue.

O *Auto-controle* elevado verificado nos alunos das faculdades Particulares parece estar associado ao fato de desejarem fazer a prova de modo organizado, planejado antecipadamente. *Disciplinados* que são, estes alunos podem achar mais difícil manter o controle do comportamento em situações de imprevisibilidade como é o vestibular, na qual a desconfiança pela possibilidade de ser enganado pelo erro induzido, faz com que *a sua maneira de condicionar-se a modelos convencionais*, segundo regras bem estabelecidas, seja prejudicada. Assim sendo diminui a confiança em si mesmo, crescendo a ansiedade (que apresentou maior tendência a índices elevados nestes alunos no Fato Global II) pela dificuldade de relaxarem nesta situação, o que poderá induzir a dúvida e ao erro.

Por outro lado os alunos das faculdades Públicas demonstram ser *Confiantes* em relação ao comportamento mais cauteloso e desconfiado dos alunos que entraram nas faculdades Particulares. Mais *flexíveis*, tendem a sentir-se à vontade na desorganização, seguindo seus próprios desejos, sem se perturbarem com eventuais questões que busquem um erro induzido. Não esperam dos organizadores falsas interpretações ou mesmo equívocos nas suas respostas, que segundo seus modelos próprios serão respondidas de acordo com os critérios que estabeleçam dentro do prazo permitido pela prova, sem *se comprometerem com o perfeccionismo* da totalidade, que pode estar prejudicado pelo tempo já previsto de término.

Este conjunto parece demonstrar que os alunos mais adaptados a uma prova com as características do vestibular atual, onde o nível de competitividade aumenta em muito a ansiedade daqueles que desejam cumprir de modo organizado e completo todas as questões, sejam aqueles favorecidos por se sentirem mais tranquilos diante do inesperado, pela razão de apresentar uma elevada confiança em si e maior flexibilidade diante de intercorrências, sem se preocuparem com o perfeccionismo das respostas.

5.4. ASSOCIAÇÃO DO 16 PF COM O QUESTIONÁRIO VR

A análise feita quanto aos tipos de personalidade mais predominantes nos alunos de faculdade Públicas e Particulares pode ser confrontada com os achados do questionário VR onde verificamos as características dos dois grupos de alunos. Assim perceberemos que os alunos das Faculdades Públicas são mais jovens do que os alunos das faculdades Particulares, que por sua vez prestam um número maior de vezes os exames de vestibulares.

Verificando-se as características apresentadas pelos alunos das faculdades Particulares, estes apresentariam maior nível de ansiedade na sua personalidade. O quanto isto não poderia estar mais exacerbado pelo fato de estar a cada ano tentando mais uma vez é uma dúvida. Esta condição possivelmente influencie numa posição classificatória que é determinada por número reduzido de questões. Fazer o raciocínio inverso, ou seja, estão mais ansiosos por estarem fazendo mais exames, não nos parece o caminho

correto, pois o 16 PF é um teste de personalidade que foi aplicado, para este trabalho, em uma condição na qual o aluno já superou o vestibular e, portanto encontra-se presumivelmente na sua condição basal.

Outra consideração significativa é o perfil de personalidade apresentado pelas alunas no 16 PF e as manifestações encontradas no Questionário VR na atividade filantrópica. As características de Expansividade (A+), Brandura (I+) e Extroversão confirmam a maior participação das alunas no envolvimento com o trabalho voluntário com idosos, crianças e deficientes, assim como sua maior participação em conhecer previamente os aspectos da profissão médica.

Um outro conjunto de fatores da personalidade do 16 PF composto pela Consciência (G+), Apreensão (O+), Tensão (Q4+) e Ansiedade poderiam explicar o fato das alunas não se perceberem tão importantes para os pais na realização como médicas, questionarem-se mais enquanto da decisão profissional, e se qualificarem como mais desmotivadas pela família. Os alunos que apresentam estes fatores invertidos, associados a uma Auto-Suficiência (Q2+), consideram que a sua formação para os pais seria algo muito importante, questionam menos sua decisão e sentem-se motivados pelos familiares.

Ainda nesta associação verificamos como o fator Brandura (I+), marcadamente feminino, manifesta-se nas preferências por teatro, literatura e religião, mais adequadas às pessoas sensíveis, harmoniosas e sentimentais.

Enquanto os alunos manifestaram sua preferência pelo esporte, que denota uma personalidade prática, objetiva, realista - Brandura (I-). Assim também relacionado à Brandura (I+) está a maior correspondência ao chamado vocacional para a escolha da especialidade por parte das alunas, e por outro lado os alunos -Brandura (I-) ou Rigidez, dão uma atenção especial a presença de profissionais bem sucedidos na família, o que corresponde a uma atitude mais prática e realista em relação ao futuro profissional.

Nas características do perfil do clínico e do cirurgião, bastante estudadas por Bellodi (2001), e verificadas nas tendências de nossos estudantes, pudemos sugerir uma correspondência entre o gênero feminino e a Clínica e entre o masculino e a Cirurgia. Sem contrariar as conclusões de Bellodi que afirma: *“não existir diferença de gênero na escolha profissional, mas que a diferença é determinada pela especialidade a ser seguida”* (2001); o que observamos foi que a escolha Clínica corresponde mais ao perfil do gênero feminino que apresentaria Expansividade (A+), Brandura(I+) e Extroversão como características marcantes. Para a Cirurgia encontraremos o aspecto Reservado (A-), Rígido e Prático (I-) e Auto-Suficiente (Q2+), e Introversão.

5.5. CARACTEROLOGIA

A análise dos dados referentes ao teste de caracterologia para personalidade deve ser feita com reservas, conforme mencionado na Metodologia, visto que um teste completo empreenderia um número bem maior

de questões, tornando o procedimento do trabalho no seu todo muito mais prolongado, dificultando uma operacionalização diante dos alunos que demonstraram uma colaboração positiva e, surpreendente ao pesquisador. Ainda assim, é válido refletir nos achados destas questões e suas possíveis correlações com os resultados obtidos junto ao 16 PF, na busca das características da personalidade dos estudantes.

5.5.1. Atividade

A atividade manifestou-se nas questões 34 e 35 do Questionário VR onde as respostas mais frequentes foram:

“As dificuldades que se apresentam para a realização de uma tarefa o animam a avançar na sua realização, como um desafio a ser superado.” (questão 34)(72%)

“Diante das solicitações de trabalhos em ambiente de família procura realizá-los de modo rápido, sem demoras.” (questão 35)(75%)

A questão 33 abordava o que fariam nas horas de lazer. A resposta mais freqüente tendeu para a alternativa: *“pensando, sem fazer nada, ou distraindo-se sem compromisso (na leitura, radio ou TV)”*,(61,3%). A alternativa *“sempre fazendo alguma atividade (cursos paralelos, ação social, atividade artística, ajudando à alguém)”* foi menos escolhida, (38,7%). Não podemos esquecer que estes alunos recém-ingressos na faculdade após um ou mais anos de vestibulares, estavam com o cotidiano comprometido com os estudos, encontrando nas poucas horas de lazer tempo suficiente para assistir a um

filme, uma leitura sem compromisso, etc., sem grandes intervalos para serem preenchidos por outras atividades mais dispendiosas de tempo.

Assim parece-nos que aos que optaram pela alternativa da tarefa extraordinária acusam uma forte tendência de atividade, contudo para os que ficaram com a opção da distração sem compromisso, não poderiam ser caracterizados, nestas circunstâncias como inativos na sua totalidade. Esta tendência a maior Atividade por parte dos alunos pode ser percebida no Gráfico 3 (p.147), sem diferença para gênero.

5.5.2. Emotividade

A Emotividade foi avaliada nas questões de 51 a 53, onde demonstraram as seguintes opções diante das situações apresentadas.

“Em situações familiares você dá muita importância às pequenas intercorrências (familiares doentes, pequenas dificuldades econômicas, pequenos atritos entre pais e irmãos, etc.) que perturbam a dinâmica da família, mesmo com situações que aparentemente não incomodam os demais.”
(Questão 51).(65,3%)

“As situações envolvendo acontecimentos familiares do cotidiano promovem em você sentimento de felicidade ou tristeza que interferem de modo significativo no seu rendimento nas diferentes atividades que participa.”
(Questão 53)(72,8%)

Estas duas questões além de acusarem a característica predominante da emotividade, colaboram para demonstrar o elevado vínculo de

relacionamento que estes estudantes apresentam com sua família, constatado em outras diferentes questões deste mesmo questionário e já discutidas. Não há indiferença por parte da maioria dos alunos ao que ocorre com sua família, seja pelas suas características emotivas, seja pelo vínculo que parecem zelar.

Quanto a questão 52, a preferência recaiu para a alternativa *“em conversas de família, você costuma falar com tranqüilidade e pausadamente”* com 60% dos alunos. Os outros 40% afirmaram *“sentir a necessidade de falar mais alto para a argumentação, gesticular, movimentar-se”*. Precisamos ler estas respostas cautelosamente a exemplo do que foi feito com a questão 33 da Atividade. Os que optaram pela segunda alternativa , *“...falar mais alto, gesticular, movimentar-se”*, sem dúvida manifestam seu caráter emotivo. Contudo aos que preferiram a primeira alternativa de *“...falar com tranqüilidade”*, não podemos afirmar pela ausência de Emotividade. Isto porque como verificamos em questões outras deste questionário, o nível de relacionamento familiar tende a ser bom ou ótimo, o que de certa forma não incentiva manifestações mais calorosas desnecessariamente, exceto por aqueles fortemente emotivos. Assim sendo é possível que neste grupo, aparente de inemotivos, tenhamos um percentual de alunos que tenham a sua emotividade camuflada por um cotidiano familiar mais tranqüilo.

Esta tendência de comportamento Emotivo pode ser percebido no Gráfico 4 (p. 148), onde foi constatada uma diferença significativa ($p < 0,001$) em favor de uma forte Emotividade feminina.

5.2.3. Ressonância

A Ressonância é a maneira como a pessoa reage e permanece num determinado tempo sob a influência de um episódio ocorrido ou de uma meta a ser alcançada. Foi avaliada pelas questões 54, 74 e 75. As respostas podem conduzir a um comportamento que denominamos Primário ou Secundário. O primeiro, Primário, corresponde às pessoas que rapidamente desvinculam-se do ocorrido, mudam freqüentemente de objetivos e de humor, podendo simular uma atividade que mais se aproxima de um “ativismo”. O Secundário determina o comportamento sistemático, planejado, perseverante de suas metas, dificilmente muda de opinião, é conservador, e quando ofendido arrasta a pena com grande demora na reconciliação.

Na avaliação destes itens os alunos apresentaram uma distribuição muito equilibrada, praticamente nas três questões, demonstrando o que já se conhece a respeito da Ressonância como sendo das três características, (atividade, emotividade e ressonância) , a mais difícil de se avaliar.

A questão 54 apresentou uma divisão praticamente na metade. A questão abordava: *“Diante das situações que provocam tristeza, humilhação e mágoa:”*

“Costumam permanecer por tempo prolongado em sua mente, influenciando as suas atividades , rendimento e dificultando reconciliações”
(48%)*Secundário*

“Você costuma esquecer facilmente estes episódios, não sentindo interferência significativa nas suas atividades, procurando recompor com rapidez os laços de coleguismo e amizade.” (52%)Primário

A questão 74 avaliava a postura de planejamento do aluno diante de sua recém entrada na faculdade.

“Desde já, uma programação para o estudo de uma especialidade futura, verificando novas alternativas de atividades ou de mercado, planejando cursos que favoreçam uma escolha, envolvendo-se em atividades paralelas ao curso curricular.” (40%)Secundário

“É melhor fazer o que se apresenta a cada instante, sem preocupações futuras que levam a uma programação antecipada.” (60%)Primário

Este posicionamento exige uma análise cuidadosa para verificar o posicionamento dos alunos. Embora a primeira alternativa possa sugerir um caráter empreendedor e planejado, própria do Secundário, também poderá estar camuflando o ativismo do aluno Primário que ao entrar numa nova situação – a faculdade – passa a deslumbrar um grande horizonte com inúmeras atividades que não necessariamente será capaz de cumpri-las.

Por outro lado, a segunda opção que em princípio nos levaria ao comportamento Primário da atuação “pelo momento presente”, sem preocupações e planejamentos futuros, pode conter alunos que associados a um certo caráter inativo e ou inemotivo, procuram cautelosamente caminhar pela “nova estrada” sem grandes emoções ou projetos, mas com a

tranqüilidade que se associa mais freqüentemente ao Secundário. Lembramos que em outra questão mais de 60% dos alunos afirmaram que a especialidade deveria ser escolhida de acordo com a identidade manifesta pelo conhecimento na vocação, sem antecipações.

Por última, a questão 75, deseja conhecer como este aluno percebe o seu relacionamento com amigos e familiares diante da entrada na faculdade.

“Acredita que seus vínculos familiares se mantenham como hoje, assim como as antigas amizades de colégio ou cursinho, ainda que estejam em outros locais.” (60%)Secundário

“Considera que a faculdade propiciará novas amizades que farão com que os vínculos passados se percam, ou diminuam significativamente na sua nova etapa de vida.” (40%)Primário.

Assinalamos ao longo deste estudo, que boa parte dos alunos, parece demonstrar um vínculo de bom relacionamento e de influência com seus familiares. Assim também assinalam que a constituição familiar ocupa, pelo menos neste momento, um valor relevante como de importância para o relacionamento pessoal. De certa maneira é isto que lemos quando 60% dos alunos esperam permanecer com seus vínculos pré-universitários. Esta postura tende mais para um comportamento conservador, próprio do Secundário.

Não podemos deixar de avaliar que embora os alunos saibam que estão adentrando uma faculdade de período integral, e com um grau de exigência importante, principalmente quando em estágios hospitalares, ainda não vivenciaram concretamente esta situação que, possivelmente comprometa a manutenção destes vínculos. Aqueles que já deslumbram esta possibilidade (40%), talvez até pelo convívio com familiares médicos, ou mesmo pelo fato de transferência de cidade para cursar a faculdade, posicionam-se mais como Primários.

Esta distribuição de respostas equivalentes entre Primário e Secundário, sem qualquer diferença para gênero e faculdade pode ser observado na Tabela 30 e Gráfico 5 (p. 149).

Todas as nove questões, três para cada modalidade (atividade, emotividade e ressonância) apresentadas aos alunos divididos por grupos de faculdades, foram classificadas nas seis respostas possíveis: ativo e inativo, emotivo e inemotivo, secundário e primário. O resultado do cruzamento dos totais de respostas vs totais de alternativas, gerou na apresentação dos resultados o Gráfico 6 (p.150). Percebemos como os dois grupos apresentam comportamentos muito semelhantes.

5.5.4. Caracterologia e escolha da especialidade

Não podemos verificar tendências para o fator Ressonância, que aparentemente, conforme apresentado, parece se distribuir igualmente pelos

dois posicionamentos: Primário ou Secundário. Chegamos portanto, a dois tipos de caráter com presenças mais freqüentes : os Coléricos (Ativo-Emotivo-Primário) e Apaixonados (Ativo-Emotivo-Secundário).

Os *Coléricos* (A,E,P) são extrovertidos, impulsivos, excitáveis e sempre a procura de impressões novas. São práticos e dotados de capacidade inventiva, desejam resultados imediatos. Loquazes em defesa própria, não têm complexos e são ousados. Querem liberdade e procuram independência. Sonham tudo e trocam de decisão facilmente. São capazes de uma fortíssima concentração para enfrentar situações inesperadas e urgentes. Tendem à improvisação e à precipitação.

Os *Apaixonados* (A,E,S), apresentam variações entre apaixonados *intensos* e *reflexivos*. Os primeiros – *intensos*- são mais semelhantes aos coléricos com a diferença da perseverança diante do insucesso, e mais decidido por ser secundário. Os *reflexivos* são aplicados aos deveres escolares, diversões complicadas e inteligentes. Apresenta interesse por coisas, pessoas e acontecimentos, que guarda com boa memória. Reservado e tenso, tem sentimentos familiares muito acentuados. Manifesta uma firme ponderação quando faz a sua escolha. É generoso, ajuda com prazer, mas prefere trabalhar sozinho. Tem vivo sentimento religioso.

Encerrando esta avaliação da caracterologia, que não deve ser enfocada de modo simplista ou reducionista, conforme salientamos, poderíamos associar os resultados obtidos pelos dois questionários 16 PF e

VR e sugerir uma tendência de comportamento dos alunos em estudo. Uma tendência que não apresentou diferenças dentre os grupos de faculdades, mas somente dentre os gêneros.

Verificamos que há uma maior opção pela área clínica no sexo feminino, o que corresponde mais ao cuidar da pessoa na sua visão assistencial clássica, revelado por um caráter fortemente Emotivo e com Brandura. Sugere compor um caráter mais próximo ao *Apaixonado reflexivo*. Enquanto no sexo masculino tende a cirurgia, compatível com a praticidade do cuidar em termos técnicos, cada vez mais providos de tecnologia avançada, na qual a pessoa do ser humano fica muitas vezes reduzida ao campo de atuação de interesse do profissional, sem o envolvimento afetivo pertinente à atuação clínica. Aproximam-se mais do caráter *Colérico*.

5.6. ASSOCIAÇÕES ENTRE CARACTEROLOGIA DO QUESTIONÁRIO VR E 16PF

O estudo nos gêneros demonstrou que os aspectos de *Atividade e Emotividade* são dominantes enquanto que a *Primariedade e Secundariedade* dividem-se igualmente, o que nos leva a dois tipos predominantes de caracteres: *Colérico* ou *Apaixonado*. Enquanto na *Atividade e Ressonância* (Primário ou Secundário) não observamos diferenças significativas para gêneros ou para grupos de faculdades, na *Emotividade*, verificou-se diferença significativa ($p < 0.001$) na comparação de gêneros, sendo mais emotivas as alunas. O mesmo não se verificou na comparação dentre os grupos de faculdades.

Este achado da diferença entre os sexos na Emotividade de modo marcante, nos reporta a mais significativa diferença encontrada dentre os fatores do 16 PF que é a Brandura, também com características femininas (I+). Quando correlacionamos estes dois fatores Brandura e Emotividade, pelo teste não paramétrico de Spearman's, encontramos uma correlação de 0,123 ($p=0,007$). O mesmo foi feito para os demais fatores que acusavam uma diferença significativa entre os gêneros no 16 PF e foi constatado correlação significativa para os fatores Apreensão (O+), Tensão (Q4+), Ansiedade , e inversamente a Rigidez de Pensamento, o que reforça a resposta Emotividade manifestada pelas alunas na caracterologia (vide Tabela 34, p.161)

Se a *Brandura* é um fator incontestável na diferença dos gêneros, assim como também se demonstrou com a *Emotividade*, a *Inteligência* foi o fator comum encontrado mais significativo na diferença dentre os grupos de faculdades, quer analisados por gêneros separadamente, quer no conjunto dos alunos, conforme já apresentado. Procuramos uma possível correlação da Inteligência com os fatores de caracterologia pelo mesmo teste de Spearman's e não encontramos significância com nenhum dos fatores (atividade, emotividade ou ressonância). Esta constatação está de acordo com o comentário da 5ª edição do 16 PF a respeito da Inteligência (Fator Primário B) que procura analisar este fator como um domínio separado da personalidade, podendo este apresentar pequenas correlações discutíveis com outros fatores primários como Estabilidade Emocional (C+), Confiança (L-) e Experimentação (Q1+).(Russell e Karol 2002).

Desta forma, aparentemente, o atual sistema de vestibular utiliza instrumentos que avaliam o desempenho a respeito do conhecimento que o aluno adquiriu, associado a sua capacidade (*"Inteligência"*) de resolver problemas. Neste processo as características de personalidade dos estudantes, não encontram espaço para manifestações ou avaliações. Assim se percebe na leitura do Gráfico 6 (characterologia), onde o conjunto de aluno atua de modo bastante uniforme, como também nos Gráficos 1 e 2 em que apresentam comportamentos bastante semelhantes pelo 16PF.

O Questionário VR apesar de encontrar algumas divergências de respostas nos gênero e grupos de faculdades, além de avaliar posicionamentos dos alunos no seu aspecto vocacional e no âmbito do comportamento familiar,(que merecem novos estudos); não foi suficiente para constituir um sistema a ser utilizado no momento como critério classificatório justificado. Como mencionado, são alunos, essencialmente, bastante semelhantes também nestes parâmetros.

No entanto, conseguiu-se avançar no maior conhecimento destes alunos, além de se confirmar posicionamentos, alguns já conhecidos e outros ainda em campo duvidoso, e suscitar novas indagações. Permanecer nesta busca pelo conhecimento do aluno, certamente levantará cada vez mais elementos que incentivem junto as Universidades, a implementação e o aperfeiçoamento de mecanismos que possam valorizar a pessoa do aluno na sua individualidade personalizada. Personalidade esta que necessita de apoio,

orientação, treino, reflexão para um melhor desenvolvimento, que conduza não só ao bom desempenho profissional, mas também a felicidade pessoal.

5.7. UM TRABALHO PARA SER CONTINUADO

O atual sistema de *vestibulares*, que, sem focar aspectos da personalidade do estudante, parece estar cumprindo o papel de selecionar jovens com uma personalidade predominantemente centrada na vocação, entusiasmados pelas suas convicções através de uma perseverança positiva, e que buscam apoio em raízes familiares, e nelas esperam de alguma maneira construir uma sociedade equilibrada.

Através das questões científicas propostas numa prova altamente competitiva, o que se assiste é uma corrida para qual os alunos colocam o empenho de suas características pessoais que, ocultamente, oferecem embasamento para a atuação de uma inteligência privilegiada, (com todas as críticas possíveis a este termo), em relação à média da população. Contam para isto, também, com um forte apoio sócio-econômico de suas famílias.

De certa maneira o vestibular não parece estar simplesmente selecionando “alunos tecnicamente” bons, mas pessoas que se esforçam na sua totalidade, comprometendo lazer, descanso, em troca de sacrifícios pessoais que exigem além da “inteligência” para responder bem a testes, uma postura de personalidade que sabe onde quer chegar.

Estes jovens responderam nesta pesquisa que entram sensibilizados com o trabalho voluntário, com a vivência do sofrimento, e vinculados com o sentimento de família. No entanto, estas boas intenções podem ser rapidamente apagadas, quando encontram um ambiente que, ao mesmo tempo fascina pela tecnologia, e o afasta do necessário amadurecimento em conviver e aprender com o sofrimento, diante das condições impensáveis da miséria humana que deverá enfrentar nos hospitais universitários, para a sua formação médica, sem a preparação adequada.

Dentro deste contexto, procurando contribuir para o conhecimento do perfil deste aluno que chegou ao primeiro ano de Medicina, encontramos um jovem que valoriza a família para o seu presente e futuro, mas que ainda desconhece as grandes dificuldades que os seis anos de faculdade oferecem, na prática, para a manutenção destes vínculos no cotidiano, e possivelmente comprometendo sonhos do futuro profissional. Portanto não permitir que se apaguem estes valores, pelo contrário, fortalecê-los, é uma função dos educadores.

A Universidade pode, e deve inserir-se neste processo no decorrer da formação acadêmica, como compromisso de uma atitude que terá desdobramentos sociais por intermédio de futuros profissionais mais conscientizados e sensibilizados das interações familiares, presente em todos os campos da atividade humana. Para tanto, há de comprometer-se com disciplinas que contemplem o estudo das *humanidades* como preceito curricular.

Políticas de Saúde que se voltem para a assistência da família desacompanhadas de uma formação humanística adequada de seus profissionais, ainda nos bancos universitários, estarão mais comprometidas com projetos administrativos, do que com ações práticas humanizadas.

Desde o início falamos que este seria um trabalho de continuidade. E ele não terminou. O volume de dados oferecidos pela aplicação de dois questionários com 268 testes a 487 alunos de seis diferentes faculdades, gerou um total de mais de 128.000 respostas. Certamente não caberia numa tese todos os resultados possíveis dos cruzamentos a serem realizados por diferentes parâmetros. No entanto, permanece neste universo informações, que poderão ainda ser trabalhadas para o melhor conhecimento do aluno nos aspectos de sua personalidade, antecedentes, comportamento, relacionamento familiar, vocação, desejos profissionais, etc.

O mérito em se pesquisar está na importância de crescer no conhecimento do perfil da personalidade do aluno, no intuito de, em conhecendo melhor suas tendências, possamos colaborar mais adequadamente na sua formação. Este processo pode iniciar-se por uma seleção não mais baseada somente no conhecimento do que o aluno sabe, mas no conhecimento que podemos ter do que o aluno é.

Desde a metade do século XX, quando coincidiram, sem lugar comum, as manifestações de Miller nos EUA, com as preocupações do I Congresso da Associação Médica Brasileira em Ribeirão Preto, a respeito da

avaliação da personalidade aluno, multiplicam-se, de modo impressionante, as teses voltadas para o imprescindível desenvolvimento científico da Medicina. No mesmo período, ainda encontramos uma lacuna desproporcional para investimentos de pesquisas para o conhecimento e avaliação do desenvolvimento do próprio estudante, principalmente no aspecto da prática dos exercícios acadêmicos das *qualidades humanas* indispensáveis para o trabalho médico profissional.

O desafio é grande. No entanto, vai se desenhando a sua necessidade. Necessidade diante de um contingente de candidatos muito competitivos, e que exigem uma seleção mais personalizada. As alternativas de avaliação, como incluir a valorização de disciplinas voltadas para uma manifestação da “arte” e criatividade, ao invés da “ciência”, como critério de desempate, ainda encontram-se no campo da reflexão. A pontuação para certificados de estágios em serviços credenciados para trabalho voluntariado – assinalado por metade dos alunos desta pesquisa - estimulando a participação do jovem na sociedade carente, é uma outra sugestão. Estas são apenas algumas possibilidades a serem estudadas.

No processo seletivo, as entrevistas não são instrumentos ainda utilizados pelas nossas instituições. Poderiam estas, após já superada uma fase de seleção básica, oferecer condições para o candidato se apresentar aberto a uma comissão examinadora. A grande crítica a este sistema está para o *subjetivismo*.

Para o subjetivismo, discutido e criticado por alguns autores nestas páginas, deverá encontrar-se mecanismos de superação para a realização das avaliações, pois a subjetividade ainda é um dos critérios mais utilizados pela humanidade para estabelecer seus vínculos pessoais, inclusive o de procurar e manter o seu médico, contando menos o número de certificados que ele tenha. O homem é subjetivo na sua essência e expressão, e, no entanto, enfrenta enormes dificuldades para trabalhar este critério para a sua própria avaliação. Não sei onde estará o critério melhor: a selecionar com subjetividade real da entrevista, ou pela “certeza” da pontuação de uma prova que oculta, sentimentos, ansiedades, empatias, entusiasmos, dedicação, perseverança, indisposições físicas, que podem ocorrer em qualquer ser humano; comprometidos por uma alternativa quase lotérica, nos limites classificatórios; que indicará sua aprovação ou não.

Deve nos animar o crescimento das manifestações a favor da seleção de um profissional com formação mais generalista e humanística, que atue numa sociedade que, a cada dia, resgata com ares de saudade, a importância do núcleo familiar, em todos os seus empreendimentos.

É uma expectativa repleta de esperanças, que a Universidade cresça para caminhos que permitam aos jovens estudantes não se afastarem de seus ideais de interesse pelo amparo ao sofrimento humano, formando-o cada vez mais dentro dos princípios éticos da valorização da vida, que utiliza-se da tecnologia como um instrumento à seu serviço, e não como um fim em si mesma, para o qual norteie suas ações.

Desejo que as Faculdades de Medicina, encontrem nos resultados aqui apresentados por estes alunos, não apenas estatísticas com maior ou menor significância, mas uma abertura que leve a novos elementos para um melhor conhecimento deste jovem que necessita de ser assistido e formado na sua plenitude, que contempla além do trabalho profissional, os seus anseios de vida pessoal e familiar, muito comprometidos pela exigência que se impõe naturalmente para os seus estudos.

A perspectiva de conhecer os alunos nos seus traços de personalidade a partir do seu convívio familiar, através de suas experiências de vida e das influências presentes na escolha profissional, não revelaram o segredo pela vocação precoce apresentada por um terço dos participantes. No entanto, ocorreu uma forte identificação nos alunos com a “*hereditariedade*” e a presença do *sufrimento* como prováveis fatores participativos.

Em uma sociedade marcada pela diversidade de opiniões a respeito da natureza e constituição familiar, nem sempre construtivas, entusiasmo ler as respostas destes jovens estudantes de Medicina, que constituem representação altamente significativa do mundo universitário. A eles o nosso desejo que descubram que o bom profissional, deve também se esforçar na “competência familiar”, da onde procede valores que promovem a sustentação moral, psicológica, afetiva e espiritual, para que desempenhe um trabalho mais humanizado para o próximo, e mais humano para consigo mesmo.

6. Conclusões

CONCLUSÕES

O trabalho realizado em seis faculdades de Medicina localizadas na Grande São Paulo permitiu após a análise de resultados e discussão dos dois questionários aplicados – 16 PF e questionário VR (do autor) – chegar as conclusões:

1. A população de 487 estudantes distribuída nas seis faculdades, sendo duas Públicas e quatro Particulares, apresenta um perfil de características muito semelhantes em diferentes aspectos, como constituição e comportamento familiar, assim como de personalidade, avaliados tanto pelo 16 PF, como no questionário VR, incluindo a caracterologia.

2. A análise do 16 PF não caracterizou um perfil de personalidade marcante peculiar, encontrando-se os alunos com estenos em valores pertinentes aos encontrados na distribuição de uma população normal, a exceção da Inteligência, que apresentou valores bastante elevados.

3. As diferenças mais significativas encontradas, quando, confrontados diferentes grupos de populações, estiveram relacionadas aos gêneros, e não as faculdades.

4. A Brandura no 16PF foi a diferença mais significativa nos gêneros com índices maiores para as mulheres, apresentando correlação com a Emotividade que registrou grande diferença na caracterologia , com maiores índices para as mulheres.

5. O Fator-B Inteligência embora tenha sido diferencial para as Faculdades Públicas e Particulares, (sendo maior nas Públicas), não se mostrou significativo para diferenciação entre os gêneros masculino e feminino. No entanto, mais alunos, do que alunas, foram aprovados para as duas faculdades Públicas e o inverso ocorreu nas quatro faculdades Particulares.

6. Os resultados revelaram um grupo que valoriza os vínculos familiares, e sente-se relacionado aos aspectos de incentivo ou desmotivação que a família possa ter na sua escolha profissional, assim como para o seu desenvolvimento futuro.

7. O histórico familiar dos alunos e o modo de relacionamento destes com seus vínculos familiares, não constituem, aparentemente, um critério que possa ser utilizado como instrumento para melhorar a seleção do alunos que ingressam no curso médico.

8. Não verificamos entre alunos e famílias, um número suficiente de diferenças significativas dentre os grupos de faculdades ou de gêneros em diversas abordagens como no aspecto do ambiente, relacionamento ou influência profissional, para que se pudesse estabelecer um novo critério de seleção a ser desenvolvido futuramente.

9. A busca por novas metodologias, que possam caracterizar de modo mais adequado o aluno no seu conjunto de conhecimentos cognitivos e aspectos comportamentais, permanece um caminho aberto a ser explorado, no intuito de se conseguir critérios para uma melhor seleção dos candidatos às faculdades de Medicina.

*Referências
bibliográficas*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Academia Nacional de Medicina. *Em comemoração do centenário do ensino médico*. Rio de Janeiro. Typ. Do “Jornal do Commercio” de Rodrigues & C; 1908, p. 1-55

Ângelo M. O contexto familiar. In: Duarte YAO, D’Elboux MJ, editores. *Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 27-31.

Ángyan L, Téczy T, Mezey B, Lelovics Z. *Selected physical characteristics of medical students*. Med Educ Online [serial online] 2003; 8:1. Available from <http://www.med-ed-online.org/res00048.htm>

Ariola GHA, Loyo HAP. *Hábitos de lectura en estudiantes universitarios*. Educ Med Super 2004; 18(1), [Internet], disponível em: http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol18_1_04/ems06104.htm

Associação Brasileira de Educação Médica. *Trajetória dos Congressos Brasileiros de Educação Médica*. [Internet], disponível em: http://www.abem-educmed.org.br/paginascongressos/congressos_realizados.htm

Azevedo Neto RS. Prólogo. In Blasco PG. editor: *Medicina de Família & cinema – Recursos humanísticos na educação médica*. São Paulo. Casa do Psicólogo; 2002. p.15

Baldwin DC, Hughes PH, Conard SE, Storr CL, Sheehan DV. *Substance use among senior medical students – a survey of 23 medical schools*. JAMA; 1991, April, vol 265, nº 16: 2074-2078.

Barton D. *The Need to teach stress management to medical students*, Academic Medicine, 1993; vol 68, nº 10: 782

Bell MA, Smith OS, Brokaw JJ, Cushing HE. *A family day program enhances knowledge about medical school culture and necessary support*. BMC Medical Education 2004, 4:3 .[Internet], disponível em <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/4/3>.

Bellodi PL. *O Clínico e o Cirurgião, Estereótipos, Personalidade e Escolha de Especialidade Médica*. São Paulo. Casa Do Psicólogo Livraria e Editora Ltda.,2001.

Bellodi PL, Cardillo GZ. O aluno da FMUSP e sua vida pessoal. In: *Perfil do Aluno da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*. São Paulo Relatório CEDEM 2000, p. 36- 41.

Berger G. *Tratado prático de análise do caráter*. Rio de Janeiro. Livraria Agir Editora, Coleção Família, 1963.

Blasco PG. *O médico de família, hoje*. São Paulo. SOBRAMFA- Sociedade Brasileira de Medicina de Família, 1997.

Blasco PG. *Medicina de Família & cinema – Recursos humanísticos na educação médica*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2002.

Bohoslavsky R. *Orientação Vocacional - A estratégia clínica*. São Paulo, Martins Fontes, 1998.

Braunwald E,Isselbacher KJ, Petersdorf RG, Wilson JD, Martin JB, Fauci AS Editors. The practice of Medicine In: *Harrison´s. Principles of Internal Medicine* Eleventh Edition, United States. McGraw-Hill Book Company, 1987; vol.1, p.1.

Brito AO, Oliveira CHC, Silva FA ,Canela GGC, Gontijo GHS, Pereira WJF. *Avaliação do uso de drogas entre estudantes de medicina*. Rio de Janeiro. Rev. Bras.Ed.Med. 1998; vol. 22(supl): 45

Bruhn JG, and Parsons OA. Medical student attitudes toward four medical specialities. *J.Med.Educ.* 1964, 39:40-9

Canesqui AM. *Ciências sociais e saúde para o ensino médico.* São Paulo. FAPESP, Editora Hucitec, 2000.

Castillo G; *Juventud reto y promesa*, México. Loma Editorial.1992.

Castillo G; *Los Estudios y la Familia*, Madrid. Hacer Familia. Ediciones Palabra, 1993.

Chang FC. *Where have all the students gone?* *American Journal of Surgery*, 1989, vol 158 : 482-484.

Coker Jr RE, Back KW, Donnelly TG, and Miller N. Patterns of influence : *Medical school faculty members and the values and specialty interests of medical students.* *J.Med.Educ.*, 1960, 35:518-27.

Colquitt WL. *Medical Specialty Choice: A Selected Bibliography with Abstracts.* *Academic Medicine.* 1993, may: 391-432.

Colwill JM. *Where have all the Primary Care applicants gone?* , *The New England Journal of Medicine.* 1992, Feb ,vol.326, nº6: 387-93.

Conferência Internacional de Educação Médica 2000, Rio de Janeiro; *Conclusões e Recomendações.* Rio de Janeiro: Academia Nacional de Medicina, Outubro de 2000, p. 37-39.

I Congresso da Associação Médica Brasileira; 1956; Ribeirão Preto, SP. *Mesa Redonda: Ensino Médico. Colaboração da Escola Paulista de Medicina;* Ribeirão Preto, Outubro 1956

Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, [Internet], disponível em: http://www.abem-educmed.org.br/dir_med_2001.htm

Coscarelli C. *Influência familiar*; universiabrasil.net, 2004 a, Janeiro [Internet], disponível em: http://www.universiabrasil.net/materia_carreira.jsp?id=2704

Coscarelli C. *Seguindo os passos do pai*; universiabrasil.net, 2004 b, Janeiro [Internet], disponível http://www.universiabrasil.net/materia_carreira.jsp?id=2703

Cousins N. *How patients appraise physicians*. The New England Journal of Medicine; 1985, Nov. 28: 1422-24.

Crandall SJS, Volk RJ, Loemker V. *Medical students' attitudes toward providing care for the underserved, are we training socially responsible physicians?*, JAMA; 1993 ;may , vol. 269 : 2519-23.

Da Luz PL. *Nem só de ciência se faz a cura, o que os pacientes me ensinaram*. São Paulo , Editora Atheneu, 2001.

Davies BM, Mowbray RM. *Medical students: personality and academic achievement*. British Journal of Medical Education; ,1968 , vol.2: 195-9.

De Marco MA. *A face humana da medicina – Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2003.

Dennis T, Harris I, Petzel R, Lofgren R, Rich E, MacCollister R, Foley J, Lifty J. *Influence of marital status and parenteral status on the professional choices of physicians about to enter practice*. Academic Medicine; 1990, vol. 65, nº:12: 775-7.

Dogra N, Stretch D. *Developing a questionnaire to assess student awareness of the need to be culturally aware in clinical practice*. Medical Teacher; 2001, vol 23: 59-64.

Donati P. In Petrini JC, Moreira LVC, De Alcântara MAR editores: *Família XXI, entre pós- modernidade e cristianism*. São Paulo , Companhia Ilimitada, 2003, p. 80.

Eron LD. *Effect of Medical Education on Medical Students' Attitudes*. Journal of Medical Education ; 1955, vol.30 :559- 66.

Farrell J. *A assustadora história das pestes e epidemias*. Rio de Janeiro, Ediouro Publicações, 2002.

Ferreira JR. *Formação de recursos humanos para a medicina o ano 2000*. R. Bras. Educ. Méd., Rio de Janeiro, 1983, 7(2); 93-100.

Ferreira RA, Perét Filho LA, Salgado MCBO, Valadão MMA. *Perfil social de alunos do curso de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais*, R. Bras.Educ.Med., Rio de Janeiro; 1998, vol 22(supl): 36

Feuerwerker LCM. *Mudanças na Educação Médica e Residência Médica no Brasil*. São Paulo. Rede Unida – HUCITEC, 1998.

Fincher RME, Lewis LA, Jackson TW. *Why Students choose a Primary Care or Nonprimary Care Career*. American Journal of Medicine ;1994, vol 97:410-7.

Finucanes P, Allery A, Hayes TM. *Attitudes to teaching among teachers at a British medical school*. Medical Education 1994, 28: 213-19

Fraiman L. *Meu filho vai prestar vestibular. E agora ? guia para os pais de vestibulandos*. São Paulo, Editora Gente. 2000.

Gabbard GO. *The role of compulsiveness in the normal physician*. JAMA; 1985, Nov. vol 254, nº20: 2926-9.

Gallian DMC. *A (Re)humanização da Medicina*. Psiq Prat Méd, 2000; 33(2): 5-8

Gallian DMC. *As humanidades e o saber médico*. Publisher: Arvo Comunicación. Salamanca; 2002, p. 47-50.

Garcia-Manzo NT. *Humanismo y Medicina*. Rev. Méd. IMSS, México, 1993, 31: 33-6

Geertsma RH, Grinols DR. *Specialty choice in medicine*. Journal of Medical Education, 1972, July , vol 47: 509-17.

Glick SM. *Selection for entry to medicine and specialist training*. Medical Teacher, 2000 , vol 22:443-7.

Gonçalves EL. *A medicina no Brasil, hoje: ensino e prática*; Ver. Hosp. Clin. Fac. Med. S. Paulo , 1990, 45(4):190-193.

Gonçalves EL, Marcondes E. *Perfil do Ex- aluno da faculdade de medicina da Universidade de São Paulo*. São Paulo. Universidade de São Paulo: Faculdade de Medicina. abril 1991.

Gonçalves EL. *Ingressos no curso médico e necessidades do país*. R. Bras. Educ. Méd., Rio de Janeiro, : 1987, 11(3):103-111.

Gunderman RB. *Rethinking our basic concepts of health and disease*. Academic Medicine; 1995; vol 70; nº8: 676-683.

Hahnemann CFS. *Exposição da doutrina homeopática ou Organon da arte de curar*. São Paulo, Grupo de Estudos Homeopáticos, tradução da 6ª edição alemã, 3ª reimpressão brasileira, 1986, p.1.

Herbert K. *Where have all the men gone?*; studentBMJ, 2004, April [Internet], disponível em: http://www.studentbmj.com/back_issues/0404/life/170.html

Hernandez OM, Espinosa JG, Garcia-Manzo NT. *Humanismo y ciencia médica. Una falsa dicotomia*. Revista Médica IMSS; 1995, vol 33:1-8.

Hossne WS. *Relação professor-aluno. Inquietações-Indagações-Ética*. R. Bras. Educ. Méd., Rio de Janeiro, 1994, 18(2): 75-81.

Hyppölläh H, Kumpusalo E, Neittaanmäki L, Mattila K, Virjo I, Kujala S, Luhtala R, Halila H, Isokoski M. *Becoming a Doctor – Was it the wrong career choice ?* Soc.Sci.Med.; 1988, vol. 47: 1383-87.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE. Comunicação Social de 30 de agosto de 2004: Projeção da População do Brasil, disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidência/notícias/notícia_impressao.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Síntese de Indicadores Sociais, em http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Estatística do Registro Civil 2003. : http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza

Irami Filho A, Carlos Filho ABM, Trindade TG, Carlos MS, Sousa IC. *Perfil do estudante de Medicina sobre sua consciência em relação à Legislação Acadêmica*. Rio de Janeiro. R Bras.Educ.Méd; 1998, vol22(supl): 73.

Irami Filho A, Freire GM, Pereira MG, Souza IC. *Perfil sócio-econômico do acadêmico de Medicina*. Rio de Janeiro. R Bras.Educ.Med,; 1998, vol 22 (supl): 75

Jelley RB, Parkes MA, Rothstein MG. *Personality perceptions of medical school applicants*; Med Educ Online [serial online] 2002; 7:11. Available from URL <http://www.med-ed-online.org>.

João Paulo II. *Cartas às famílias*. São Paulo, Edições Loyola, 1994.

Jornal do Cremesp. *Ensino Médico: Cremesp debate com Tarso Genro suspensão de novos cursos de Medicina*. São Paulo. Órgão Oficial do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Nº 211- Março 2005, p.8

Khalfa J. *A natureza da inteligência*. São Paulo, Editora da UNESP, 1996.

Kreeft P. *Buscar sentido no sofrimento*. São Paulo. Edições Loyola;1995.

Kritzer H, and Zimet CN. *A retrospective view of medical specialty coice*. J.Med. Educ.. 1967, 42:47-53.

Lampert JB. *Tendências de mudanças na formação médica no Brasil. Tipologia das escolas*. São Paulo, Aderaldo e Rothschild Editores Ltda, 2002

Leclercq J. O filho na família e na sociedade, in: *A família*, São Paulo. Editora Quadrante, 1968 pag 317-47.

Levi-Strauss C. In Petrini JC, Moreira LVC, De Alcântara MAR editores : *Família XXI, entre pós-modernidade e cristianismo*. São Paulo. Companhia Ilimitada, 2003, p. 88.

Linton R. *O homem: Uma introdução à antropologia*, 7ª edição. São Paulo. Martins Editora, 1970, p. 165-184

Lopes OC. *A Medicina no tempo*. São Paulo. Edições Melhoramentos e Editora da Universidade de São Paulo, 1970

Lown B. *A arte perdida de curar*, 3ª edição. São Paulo. JSN Editora Ltda, 1997.

Lowry S. *Assessment of students*. British Medical Journal; 1993, vol 306, p.51-4

Lotufo PA. *Sobre o novo currículo médico*. Revista da APM; 2004, Setembro, nº550:28-29.

Lyons AS e Petrucelli J. *História da Medicina*. São Paulo, Editora Manole Ltda, 1997

McCue JC. *Influence of Medical and Premedical Education on Important Personal Qualities of Physicians*. The American Journal of Medicine ; 1985, vol 78: 985-91.

McDermott W. Medicine as a Learned Profession. In : Wyngaarden JB & Smith LH: *Cecil Textbook of Medicine*,;W B Saunders Company, 1982, vol 1, p. xxxiii

McManus IC. *Examining the educated and the trained*. The Lancet; 1995, May 6, vol 345: 1151-3

Machado MH. *Os médicos no Brasil, um retrato da realidade*. Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz/Editora, 1997.

Maffei WE. *Os Fundamentos da Medicina*. São Paulo. Artes Médicas, 1978, vol. 1, p.13.

Marcondes E, Gonçalves EL. *Educação Médica*. São Paulo. Sarvier Editora, 1998.

Martins RA. *Contágio: História da prevenção das doenças transmissíveis*. São Paulo, Editora Moderna, 2001.

Mantovani M. *Quando é necessário dizer não*. São Paulo. Edições Paulinas; 2004.

Marks Jr SC, Bertman SL. *Experiences with learning about death and dying in the undergraduate anatomy curriculum*. Journal of Medical Education; 1980; January, vol.55: 48-52.

Medeiros EB. *Nossas práticas de avaliação: um anacronismo na escola*. Rio de Janeiro. R.Bras.Educ.Méd, 1982, 6(2): 89-100.

Meleiro AMA; *O Médico como Paciente*, São Paulo Lemos Editorial,1999.

Menken M. *Humanitas in medical education*. Medical education 1992, 26: 429-432.

Mezzaroba L. *Avaliação educacional na área da saúde*. Rio de Janeiro, R. Bras. Educ. Méd.. 1996, vol.20 nº 2/3 Mio/Dez: 27-31

Millan LR, *Vocação médica e gênero: um estudo com primeiranistas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo* [tese]. São Paulo: Faculdade de medicina da Universidade de São Paulo ; 2003.

Millan LR, Rossi E, De Marco OLN. *O suicídio entre estudantes de medicina*. Revista Hosp. Clin. Fac. Med. S.Paulo, 1990 ,vol. 45: 145 a 149.

Millan LR, Rossi E, De Marco OLN, Arruda PCV, *O Universo Psicológico do Futuro Médico, vocação, vicissitudes e perspectivas*. São Paulo. Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda. 1999.

Miller GE. *Ensino e aprendizagem nas escolas médicas*. São Paulo, Companhia Editora Nacional, Editora Universidade de São Paulo, Atualidades Pedagógicas volume 92, 1967

Ministério da Educação. Exame Nacional de Cursos,Inep/MEC; ENC-PROVÃO
<http://www.resultadosenc.inep.gov.br/instituicao.action?inst=415> (FCMSCSP)
<http://www.resultadosenc.inep.gov.br/instituicao.action?inst=375> (UNISA)
<http://www.resultadosenc.inep.gov.br/instituicao.action?inst=55> (FMUSP)
<http://www.resultadosenc.inep.gov.br/instituicao.action?inst=591> (UNIFESP)
<http://www.resultadosenc.inep.gov.br/instituicao.action?inst=93> (FMJ)
<http://www.resultadosenc.inep.gov.br/instituicao.action?inst=224> (FMABC)

Montoro GF. O Apego. In: Castilho T. editor. *Temas de terapia familiar*. São Paulo, Plexus Editora Ltda, 1994, p. 40-81.

Moris JG. *The value and role of the interview in the student admissions process: a review*. Medical Teacher; 1999, vol.21:473-81.

Naranjo P. *Del juramento Hipocrático a la ética de la Salud Pública*. Educ Med Salud; 1994, vol. 28, nº 1: 3-6.

Neame RLB, Powis DA, Bristow T. *Should medical students be selected only from recent school-leavers who have studied science?* Medical Education; 1992; vol 92: 433-40.

Neittaanmäki L, Luhtala R, Virjo I, Kumpusalo E, Mattila K, Jääskeläinen M, Kujala S, and Isokoski M. *More women enter medicine: young doctors' family origin and career choice*. Medical Education, 1993, 27: 440-5.

Nieman LZ, Holbert D, Bremer CC. *Career Preferences and Decision-Making Habits of First-year Medical Students*. Journal of Medical Education ;1986; vol.61: 644-53.

Noto JRS, Gohman S. *Perfil sócio-econômico e cultural do estudante de Medicina das Instituições Federais de Ensino Superior*. Rio de Janeiro. R Bras.Educ.Med.; 1998, vol 22(supl) : 66.

Oliva BF, Martinez CS, Fontes RR, Cárdenas FS. *Diseño y aplicación Del Test de Habilidades Múltiplas en el proceso seletivo de ingreso al destacamento "Carlos J. Finlay"*; Educ Med Super 2004; 18(1): [Internet], disponible em: http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol18_1_04/ems04104.htm

Oliveira AB. *A evolução da Medicina : até o início do século X*. São Paulo. Livraria Pioneira Editora , Secretaria de estado da Cultura, 1981.

Oliveira RA, Carvalho RRP. *Especialidades médicas: um assunto para instituições e entidades*. Diagnóstico e Tratamento; Jan/Fev/Mar 1998, volume III, nº 1 : 7-13.

Paris J, Frank H. *Psychological Determinants of a Medical Career*. Can J. Psychiatry; 1983; vol 28: 354-357.

Pasnau RO, Stoessel P. *Mental health service for medical students*. Medical Education; 1994, vol 28: 33-9.

Perestrello D. *A Medicina da pessoa*. Segunda Edição. Rio de Janeiro. Livraria Atheneu; 1974.

Petrini JC, Moreira LVC, Alcântara MAR. *Família XXI: entre pós modernidade e cristianismo*. São Paulo, Companhia Ilimitada. 2003.

Petersdorf RG. *Not a choice, na obligation*. Academic Medicine; 1992; February, vol. 67, nº2: 73-9

Pfeiffer RJ. *Early-adult development in the medical student*. Mayo Clin Proc. 1983; Feb, vol 58: 127-134.

Pinto JMR. *O acesso à educação superior no Brasil*. Campinas, Ed. Soc. 2004, Especial Outubro, vol.25, nº 88, p. 727-56. Disponível em <http://www.cedes,unicamp.br>

Porter R. *Cambridge, História Ilustrada da Medicina*. Rio de Janeiro, Livraria e Editora Revinter, 2001.

Price PB, Lewis EG, Loughmiller GC, Nelson DE, Murray SL & Taylor CW. *Attributes of a good practicing physician*. Journal of Medical Education. 1971, 46: 229-37.

Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud de la OPAS. *Los Cambios de la profesión médica y su influencia sobre la educación médica*. Educ Med Salud; 1994; vol. 28,nº1: 7-19.

Reginato V. *Aprendendo a ser pai em dez lições*. São Paulo. Edições Paulinas, 2004.

Relvas AP. *O ciclo vital da família: perspectiva sistemática*. Porto, Edições Apontamento, 1996.

Rennie S. *The Medical Student in the year 2020*. Medical Teacher; 2000; vol.22: 532-5.

Ribeiro SCC. As inovações constitucionais no Direito de Família; Jus Navigandi [Internet] ,em: <http://www1.jus.com.br/doutrina/texto.asp?id=3192>

Rippentrop AE, Wong MY-S, Altmaier EM. *A content analysis of interviewee reports of medical school admissions interviews*. Med Educ Online [serial online] 2003; 8:10. Available from <http://www.med-ed-online.org/res00063.htm>

Roberts JM. *O livro de ouro da história do mundo*. Rio de Janeiro. Ediouro Publicações, 2001.

Rozental M, Byrne N. *Tendências actuales de la educación médica y propuesta de orientación para la educación médica en América Latina*. Educ Med Salud; 1994; vol 28, nº 1: 53-93.

Russell MT , Karol D. *16PF, Quinta edição : manual, atualizado e adaptado pelo Departamento de Estudos do CEPA*. Rio de Janeiro : CEPA; 2002

Sade RM, Stroud MR, Levine JH, Fleming GA. *Crítéria for Selection of Future Physicians.*, Ann. Surg. ;1985; February, p.225- 30.

Sadi A, Freitas DG. *O ensino médico em São Paulo, anteriormente à fundação da Paulist*. São Paulo. Editora Comercial Safady Ltda; 1995

Salem J. *Hipócrates. Conhecer, cuidar, amar. O juramento e outros textos*. São Paulo , Landy Editora; 2002. p. 17-8.

Seidel HM. *Medical Education :Broadening the agenda for change*. Academic Medicine;1994, November, vol 69 nº 11: 894-5

Self DJ. *Cognitive moral development of medical students*. R. Brás. Ed. Méd. , Rio de Janeiro; 2000; v. 24, nº1, jan/abr. :14-21.

Sevilla I. Libro IV, Acerca de la Medicina In *Etimologias*, Madri, 1982, BAC.

Schraiber LB. *O Médico e seu trabalho, limites da liberdade*. São Paulo. Editora Hucitec; 1993.

Schraiber LB. *Formación escolar, capacitacion profesional y calidad de los servicios de salud*. Educ Méd Salud; 1994;vol.28 nº 2: 157-70

Schwartz AH, Swartzburg M, Lieb J, Slaby AE. *Medical school and the process of disillusionment*. Medical Education; 1978;vol 12: 182-185.

Shapiro SL, Shapiro DE, Schwartz GER. *Stress Management in Medical Education, a Review of the Literature*. Academic Medicine; 2000; 75: 748-59.

Simon HJ. *Mortality Among Medical Students, 1947-1967*. Journal of Medical Education; 1968; vol 43: 1175-1182.

Sobral DT. O papel docente em medicina: avaliação pelos estudantes. Rio de Janeiro. R. Brás. Educ. Méd.; 1983; 7 (1):9-13

Sobral DT. *Avaliação do desempenho docente baseada nas percepções dos alunos: efeitos da mudança no estilo do ensino*. Rio de Janeiro. R.Bras.Educ.Méd; 1995; 9(1):20-24.

Souza EG, Ramos LBM. *Para que ser Médico? A resposta do aluno de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia – Agosto 1997*. Rio de Janeiro. R Bras.Educ.Méd.; 1998; vol 22(supl): 78

Smith R. *Thoughts for new medical students at a new medical school*. BMJ 2004, [Internet] em: http://www.studentbmj.com/back_issues/0204/life/80.html

Stenson JB. *Pais bem sucedidos*; São Paulo. Editora Quadrante;1997.

Szauter K, Williams B, Ainsworth MA, Callaway M, Bulik R, Amp MG. *Student perceptions of the professional behavior of faculty physicians*. Med Educ Online [serial online] 2003; 8: 17;em: <http://www.med-ed-online.org/res00067.htm>

Teixeira AA, Penteadó VCL, Guido AS, Paiva GR, Mesquita Filho M. *Perfil do estudante de Medicina da Faculdade de Medicina de Pouso Alegre*. Rio de Janeiro. Revista Bras.Educ.Med; 1998; vol 22(supl): 40.

Universidade de São Paulo: Faculdade de Medicina. *Perfil do aluno da faculdade de medicina da USP em 1991*. São Paulo, abril de 1992.

Universidade de São Paulo: Faculdade de medicina. *Perfil do aluno da faculdade de medicina da Universidade de São Paulo em 2000*. São Paulo. Relatório CEDEM., 2002

Universidade Federal De São Paulo. CAIDI – Coordenadoria de avaliação e integração de dados institucionais , *Perfil do aluno que ingressa na UNIFESP*. São Paulo. UNIFESP; 2001

Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. *A Universidade na Saúde – 70 anos*. São Paulo: UNIFESP/EPM; 2003.

Universidade Federal de São Paulo -Escola Paulista de Medicina. *Relatório Vestibular 2002*. São Paulo. UNIFESP; 2002.

Urzua RF, Cajewsky C, Sepúlveda N, Lavados M. *Sintomas psicológicos en estudiantes de medicina*, Rev. Med. Chile; 1981; vol.109: 977- 982.

Van Dijk LCC, Bray JH, Moore S, Rogers J. *Prospective study of how students' humanism and psychosocial beliefs relate to specialty matching*. Academic Medicine; 1997, December, vol 72, nº 12: 1106-8.

Vasconcelos E. *O Juramento de Hipócritas*. Separata da Revista da Academia Paulista de Letras, nº94; 1973.

Vesalius *De humani corporis fabrica. Epítome. Tabular se*. Saunders JBDeC, O'Malley CD. São Paulo, Editora Ateliê, Unicamp, Imprensa Oficial SP; 2003.

Vittal Katikireddi Clegg scholar BMJ. *Pain: Pasion, Compassion, Sensibility*; [Internet] April 2004. Available from: http://www.studentbmj.com/back_issues/o4o4/reviews/174.html

Volani S. *Educação, família e sociedade* in Petrini et al, Família XXI entre a pós-modernidade e cristianismo, Companhia Ilimitada; 2003; p. 181-91

Weatherall DJ. *Examining undergraduate examinations*, Lancet; 1991;vol 338: 37-9.

Yam P. *A inteligência em questão*. Scientific American; 2005; nº 1:5-9