



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS – UNCISAL
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO – PROPEP
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM SAÚDE E TECNOLOGIA

JULIANA MELO DE OLIVEIRA LIMA COSTA

**FATORES QUE INFLUENCIAM A ESCOLHA DOS ESTUDANTES DE MEDICINA
PELA RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**

MACEIÓ- AL

2023

JULIANA MELO DE OLIVEIRA LIMA COSTA

**FATORES QUE INFLUENCIAM A ESCOLHA DOS ESTUDANTES DE MEDICINA
PELA RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**

Dissertação apresentada ao Mestrado em Ensino em Saúde e Tecnologia da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas–UNCISAL, para obtenção do título de mestre

Orientadora: Profa. Dra. Monique Carla da Silva Reis

Linha de Pesquisa: Formação Didático-Pedagógica em Ensino na Saúde.

MACEIÓ- AL

2023

FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da
Biblioteca Central Prof. Hέλvio José de Farias Auto.

C837f

Costa, Juliana Melo de Oliveira Lima
Fatores que influenciam a escolha dos estudantes
de medicina pela residência de Medicina de Família e
Comunidade: / Juliana Melo de Oliveira Lima Costa.
- 2023.
63 f.

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação na
Saúde e Tecnologia) - Centro de Ciências da Saúde -
Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas,
Maceió, AL, 2023.

Orientadora: Monique Carla da Silva Reis .

1. Medicina da Família e Comunidade. 2.
Residência Médica. 3. Atenção Primária à Saúde. I.
Reis , Monique Carla da Silva, orientador. II.
Título.



ESTADO DE ALAGOAS
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS - UNCISAL
Mestrado Profissional em Ensino em Saúde e Tecnologia
Campus Governador Lamenha Filho - Rua Jorge de Lima, 113 - Trapiço-da-Barrica - Maceió

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Aos 24 dias do mês de maio de 2023, às 14:39, na modalidade presencial, reuniram-se os membros da Banca examinadora da Defesa da Dissertação da mestranda **Juliana Melo de Oliveira Lima Costa**, regularmente matriculada no Programa de Pós-Graduação em nível mestrado. A Banca Examinadora esteve constituída pelos professores doutores: Monique Carla da Silva Reis, (Orientadora e Presidenta), Ana Carolina Rocha Gomes ferreira, Paulo José Medeiros de Souza Costa, (Titulares), Janaína Ferro Pereira, (Membro Externo/Titular) e Thiago José Matos Rocha, (suplente). Após a apresentação por 42 minutos da dissertação intitulada: "**Fatores que influenciam a escolha dos estudantes de medicina pela Residência em Medicina de Família e Comunidade**", e dos recursos educativos: "Podcast - Médico de família: ser ou não ser?".

a mestranda foi arguida pela banca na seguinte ordem:

Janaína Ferro Pereira, Paulo José Medeiros de Souza Costa,
Ana Carolina Rocha Gomes ferreira, Monique Carla da Silva Reis
e _____

Reunidos em sessão aberta às 17:30 horas, os examinadores consideraram a mestranda APROVADA.

Para constar foi lavrada a presente ata que depois de lida e aprovada foi assinada pelos membros da Banca Examinadora.

Banca Examinadora:





ESTADO DE ALAGOAS
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS - UNCISAL
Mestrado Profissional em Ensino na Saúde e Tecnologia
Campus Governador Lamenha Filho - Rua Jorge de Lima, 113 - Trapiço da Barra - Maceió

Monique Costa da Silva Reis

PRESIDENTE - UNCISAL

[Signature]

MEMBRO INTERNO - UNCISAL

Ana Carolina Rocha Gomes Ferreira

MEMBRO INTERNO - UNCISAL

Janaína Lima Reis

MEMBRO EXTERNO - IES





ESTADO DE ALAGOAS
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS - UNCISAL
Mestrado Profissional em Ensino em Saúde e Tecnologia
Campus Governador Lamenha Filho - Rua Jorge de Lima, 113 - Trapiçete da Barra - Maceió

PARECER CONDICIONAL PARA EMISSÃO DO DIPLOMA

Banca de Defesa da Dissertação da Mestranda
Juliana Melo de Oliveira Lima Costa, intitulada: **"Fatores que influenciam a escolha dos estudantes de medicina pela Residência em Medicina de Família e Comunidade"**, realizada em 24 de maio de 2023.

PARECER DA COMISSÃO EXAMINADORA

APROVADO(A) com nota 40,0, devendo o(a) Mestrando(a) entregar a versão final no prazo máximo de 60(sessenta) dias;

APROVAÇÃO CONDICIONAL;

REPROVADO(A).

Obs.: No caso de reprovação por um ou mais examinadores, o mestrando tem um período máximo de 6 (seis) meses, a contar da data de defesa, para submeter ao Colegiado a nova versão do trabalho de conclusão para julgamento, respeitado o prazo máximo de 24 meses para a conclusão do programa.

Monique Carla da Silva Reis

PRESIDENTE - UNCISAL

[Assinatura]

MEMBRO INTERNO - UNCISAL



UNCISAL
Universidade Estadual de
Ciências da Saúde de Alagoas



Mestrado Profissional
Ensino em Saúde e
Tecnologia



ESTADO DE ALAGOAS
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS - UNCISAL
Mestrado Profissional em Ensino em Saúde e Tecnologia
Campus Governador Lamenha Filho - Rua Jorge de Lima, 113 - Trapiçete da Barra - Maceió

Olivia Conclima Rocha Gomes Ferreira
MEMBRO INTERNO - UNCISAL

Janaina Luis Pereira
MEMBRO EXTERNO - IES

Recebido em / /

Assinatura do(a) Mestrando(a)

AGRADECIMENTOS

Começo agradecendo à Deus que me ajudou e fortaleceu quando eu pensei que não podia mais.

Aos meus pais que sempre me apoiaram e acreditaram no meu potencial e me incentivaram a dar mais este passo na vida acadêmica

Aos familiares e amigos que compreenderam minha ausência em tantos momentos que não estive presente porque estava me dedicando ao mestrado

Aos colegas de turma que foram tão companheiros e ajudadores

Aos meus sobrinhos por me trazerem alegria e amor nesta jornada de conhecimento.

RESUMO

Introdução: A Medicina de Família e Comunidade (MFC) apresenta-se como uma carreira médica de importância social, porém, seu crescimento nas regiões do Brasil ainda é pouco representativo, sendo necessário identificar os fatores que influenciam o estudante do curso de medicina na escolha desta carreira profissional. Diante desta questão, o presente estudo teve como objetivo primário analisar fatores que influenciam o interesse dos alunos do internato de medicina de Maceió, pela residência em MFC, e ainda se propôs a elaborar o perfil sociodemográfico e acadêmico dos alunos que estão no estágio probatório, construir o perfil do estudante de medicina que tem interesse pela Medicina de Família e Comunidade e identificar os fatores que motivam e/ou desmotivam o aluno a escolher a residência de Medicina de Família e Comunidade como especialidade médica. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de análise quantitativa, realizado com 229 alunos matriculados nos estágios do penúltimo e último anos dos cursos de medicina de Maceió-AL. **Resultados:** estudantes do internato de medicina em Maceió são predominantemente jovens, do sexo feminino, solteiros, sem filhos, matriculados em instituições privadas e com uma renda familiar variando entre cinco e dez salários-mínimos. O estudante que escolhe a Medicina de Família e Comunidade é, em sua maioria, jovem, de ambos os gêneros, na faixa etária entre 26 e 35 anos, casado, com filhos, possui uma renda familiar menor que cinco salários-mínimos. O estudo identificou também, que os fatores que influenciam na escolha pela MFC são a faixa etária dos estudantes e avaliação que eles fazem acerca da especialidade, além disso, eles fizeram a escolha pela residência enquanto cursavam o internato e consideram a MFC uma boa especialidade no campo médico. **Conclusão:** Compreender os fatores que influenciam na escolha pela MFC pode contribuir para aprimorar a formação médica, alinhando as preferências dos estudantes com as necessidades da sociedade e do sistema público.

Palavras-chave: Residência Médica. Medicina da Família e Comunidade. Atenção Primária à Saúde. Ensino.

ABSTRACT

Introduction: Family and Community Medicine (FCM) is a socially important medical career, but its growth in the regions of Brazil is still unrepresentative, making it necessary to identify the factors that influence medical students when choosing this professional career. In view of this issue, the primary objective of this study was to analyze factors that influence the interest of medical students in Maceio in FCM residency, and it also set out to develop a sociodemographic and academic profile of the students who are in their probationary period, to build a profile of medical students who are interested in Family and Community Medicine and to identify the factors that motivate and/or demotivate students to choose Family and Community Medicine residency as a medical specialty. **Methods:** This is a cross-sectional, descriptive, quantitative study of 229 students enrolled in the penultimate and final years of medical courses in Maceio-AL. **Results:** medical internship students in Maceio are predominantly young, female, single, without children, enrolled in private institutions and with a family income of between five and ten minimum wages. The majority of students who choose Family and Community Medicine are young, of both genders, aged between 26 and 35, married, with children, and have a family income of less than five minimum wages. The study also identified that the factors influencing the choice of FCM are the age group of the students and their assessment of the specialty, in addition, they made the choice for residency while in internship and consider FCM to be a good specialty in the medical field. **Conclusion:** Understanding the factors that influence the choice of FCM can help to improve medical training by aligning students' preferences with the needs of society and the public system.

Keywords: Medical Residency; Family and Community Medicine; Primary Health Care; Teaching.

SUMÁRIO

SESSÃO 01 - INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO	17
2 HIPÓTESE	19
3 JUSTIFICATIVA	20

SESSÃO 02 - DISSERTAÇÃO

4 OBJETIVOS	21
4.1 OBJETIVO GERAL	21
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
5 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	22
5.1 ESPECIALIZAÇÃO MÉDICA NO BRASIL – PROCESSO DE FORMAÇÃO DO ESPECIALISTA NO PAÍS	22
5.2 MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE – DEFINIÇÃO E TRAJETÓRIA DA ESPECIALIDADE NO BRASIL.....	22
5.3 O PROGRAMA MAIS MÉDICOS E OS IMPACTOS PARA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE.....	25
5.4 OS AVANÇOS E A EXPANSÃO DA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NA ÚLTIMA DÉCADA.	27
6 MÉTODOS	28
6.1 DESENHO DE ESTUDO.....	28
6.2 ASPECTOS ÉTICOS.....	29
6.3 LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	29
6.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA	30
6.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	31
6.5.1 Critérios de Inclusão.....	31
6.5.2 Critério de Exclusão	31
6.6.1 Instrumento de Coleta de Dados.....	31
6.6.2 Processo de Coleta de Dados.....	32
6.7 ANÁLISE DE DADOS.....	33
7 RESULTADOS	35
8 DISCUSSÃO	42
9 CONCLUSÃO	50
REFERÊNCIAS	52
SESSÃO 03 - PRODUTO EDUCACIONAL	

1 INTRODUÇÃO	55
2 OBJETIVOS	56
2.1 Objetivo Geral	56
2.2 Objetivo Específico.....	56
3 REFERENCIAL TEÓRICO	56
4 REFERENCIAL METODOLÓGICO	58
5 O PRODUTO	59
6 IDENTIDADE VISUAL	62
7 CONCLUSÃO	65
REFERÊNCIAS	66
SEÇÃO 04 - PRODUÇÃO TÉCNICA	
VÍDEO EDUCATIVO	67
1 INTRODUÇÃO	67
2 OBJETIVOS	67
3 REFERENCIAL TEÓRICO	68
4 ETAPAS DE PRODUÇÃO	68
4.1 Duração do vídeo.....	69
5 REFERENCIAL METODOLÓGICO	70
6 O RECURSO EDUCACIONAL	72
6.1 Etapas do recurso educacional.....	72
7 CONCLUSÃO	74
REFERÊNCIAS	76
APÊNDICE	77
ARTIGO	77
1.Artigo publicado na Revista Brasileira de Educação Médica, na edição 48.2 de julho de 2024. Título: Perfil do estudante e fatores que influenciam o interesse pela medicina de família e comunidade.....	77
2 Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	79
3 Termo de Responsabilidade e Compromisso do Pesquisador Responsável.....	82
4 Questionário de Pesquisa.....	83
ANEXOS	87
Anexo 1- Parecer Consubstanciado do CEP.....	87

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Quantitativo de alunos matriculados no estágio obrigatório de Medicina em Maceió.....	30
Tabela 2 - Caracterização de sexo, faixa etária, estado civil, filhos, renda familiar...	35
Tabela 3 - Distribuição dos alunos do internato quanto à natureza jurídica, a Instituição de Ensino Superior e semestre do curso de Medicina	36
Tabela 4 - Interesse dos estudantes de medicina durante o internato em fazer residência após formação, escolha da especialidade e momento da escolha.	37
Tabela 5 - Interesse dos alunos do internato pela MFC e avaliação da especialidade	38
Tabela 6 - Teste X^2 Interesse pela MFC e variáveis nominais	38
Tabela 7 - Interesse MFC x Variáveis Nominiais	39
Tabela 8 - Teste U - Interesse pela MFC e variáveis ordinais.....	40
Tabela 9 - Interesse MFC x Variáveis Ordinais	40

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Marca.....	63
Figura 2 - Logotipo 01.....	63
Figura 3 - Logotipo 02.....	63
Figura 4 - Card Spotify.....	64
Figura 5 - Card Institucional.....	64

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABPO	ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PODCASTERS
AMB	ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA
APS	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
CAAE	CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO DE APRECIÇÃO ÉTICA
CE	CEARÁ
CAPS	CENTRO UNIVERSITÁRIO CESMAC
CNE	CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO
CNRM	COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA
DCNS	DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS
ECMAL	ESCOLA DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE ALAGOAS
ESF	EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
ESF	ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
E-SUS	ESTRATÉGIA DE INFORMATIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA
FAMED	FACULDADE DE MEDICINA DE ALAGOAS
FEJAL	FUNDAÇÃO EDUCACIONAL JAYME DE ALTAVILA
FITS	FACULDADE INTEGRADA TIRADENTES
IES	INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR
MFC	MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE
MGC	MEDICINA GERAL E COMUNITÁRIA
MGFC	MEDICINA GERAL DE FAMÍLIA E COMUNIDADE
MTV	MUSIC TELEVISION
OSM	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
PE	PERNAMBUCO
PEC	PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO CIDADÃO
PMM	PROGRAMA MAIS MÉDICOS
PNAB	POLÍTICA NACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA
PNFP	PLANO NACIONAL DE FORMAÇÃO DE PRECEPTORES
PR	PARANÁ
PRM	PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA
PROVAB	PROGRAMA DE VALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA

PSF	PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA
RJ	RIO DE JANEIRO
RS	RIO GRANDE DO SUL
RSS	REAL SYMPLE SYNDICATION
SBMGC	SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA GERAL COMUNITÁRIA
SES-PE	SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
SISAB	SISTEMA DE INFORMAÇÃO PARA ATENÇÃO BÁSICA
SOBRAMFA	SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
UBS	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
UDA	UNIDADE DE DOCÊNCIA ASSISTENCIAL
UERJ	UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
UFAL	UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
UNCISAL	UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS
UNIT	CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES
VT	VIDEO JOCKEY
XML	EXTENSIBLE MARKUP LANGUAGE
WONCA	WORLD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS

SESSÃO 01 - INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

De acordo com o Ministério da Saúde, a Medicina de Família e Comunidade é considerada uma especialidade médica que promove a prestação de cuidados individualizados e continuados a pessoas e famílias de uma determinada população, independentemente de idade, sexo ou problema de saúde (BRASIL, 2011).

Desde a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde que ocorreu no ano de 1978 em Alma Ata, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem na Atenção Primária à Saúde (APS) o principal pilar para promoção de saúde. A APS é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, individuais e coletivas, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver um cuidado de forma integral ao indivíduo e à comunidade (PNAB, 2012).

Dessa forma, a Atenção Primária representa o primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde e acontece principalmente na camada mais vulnerável da sociedade (ISSA *et al.*, 2016). No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) avança na proposta de fortalecimento da APS desde 1994 quando o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa Saúde da Família (PSF) com a instalação de equipes multiprofissionais, especializadas em cuidados primários, e com vista à integralidade da assistência à saúde (PINTO; GIOVANELLA, 2018)

A princípio o programa teve foco de atuação no atendimento às comunidades de regiões mais vulneráveis e de maior risco. Porém, em 2006, o Ministério da Saúde resolveu fortalecer o modelo assistencial, e através da Portaria 648/2006, o PSF deixou de ser entendido como um programa de saúde e passou a ser considerado uma estratégia, sendo nominada de Estratégia de Saúde da Família (ESF). A partir de então, a ESF tornou-se porta de entrada do sistema de saúde para grande parte da população usuária do SUS (COELHO NETO; ANTUNES; OLIVEIRA, 2019; PINTO; GIOVANELLA, 2018).

De acordo com a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), a Estratégia de Saúde da Família é formada por uma equipe multiprofissional composta por: no mínimo um médico generalista, ou especialista em Saúde da Família ou médico de

Família e comunidade; um enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliares ou técnicos de enfermagem e os agentes comunitários de saúde. Além disso, é possível acrescentar a esta composição os profissionais de Saúde Bucal que são o cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (PNAB, 2012).

Esse modelo assistencial deu uma resposta eficaz à assistência em saúde, o MS começou a buscar formas de incentivar os profissionais médicos a investirem na Medicina de Família Comunidade. Uma destas iniciativas foi a diretriz da PNAB, estabelecida através da Portaria nº 2.436 de 2017. Segundo a diretriz, as equipes da ESF devem ser formadas por médicos preferencialmente da especialidade medicina de família (BRASIL, 2017). Com a nova diretriz, o MS buscou impulsionar a especialidade e gerar campo de trabalho para os médicos que desejavam investir nesta área.

Com outras ações, como a criação do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica- PROVAB e o Programa Mais Médicos (PMM). O Governo buscou despertar na comunidade médica a importância do médico de família dentro do sistema de saúde, mas apesar de todos os incentivos, apenas 1% dos profissionais registrados nos Conselhos Regionais de Medicina do Brasil tem essa especialidade. Isto ocasiona carência de profissionais para trabalhar na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e mostra a pouca valorização no meio médico brasileiro (ISSA *et al.*, 2017).

No Estado de Alagoas a realidade não difere do cenário nacional. Todos os anos são ofertadas anualmente 92 vagas para a residência de Medicina de Família e Comunidade, sendo 50 vagas pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL), 22 vagas na Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL) e 20 vagas no Centro Universitário CESMAC, mas mesmo com ampla oferta, apenas 20% dessas vagas são preenchidas nos processos seletivos das instituições de ensino da capital. Percebe-se que, apesar da oferta farta e do incentivo financeiro do governo e da Secretaria Municipal de Saúde, a procura dos alunos de Medicina por esta especialidade ainda é inexpressiva.

Dito isto, este estudo propõe uma análise voltada para o estudante de medicina, a fim de compreender as razões do baixo interesse pela MFC, bem como identificar os fatores que influenciam a escolha desta residência médica. Portanto, a questão norteadora para este estudo é: Qual os fatores que influenciam o interesse

dos estudantes do curso de medicina de Maceió pela residência em Medicina de Família e Comunidade?

2 HIPÓTESE

Esta pesquisa é baseada na seguinte pergunta norteadora: quais os fatores que influenciam a escolha dos estudantes do curso de Medicina de Maceió pela residência em Medicina de Família e Comunidade.

Diante disso, é possível levantar a seguinte hipótese: fatores como baixos salários, falta de um plano de cargos e carreiras e pouca perspectiva de crescimento profissional e financeiro são motivações contrárias para a escolha da especialidade de MFC.

3 JUSTIFICATIVA

A baixa adesão às vagas de residência em Medicina de Família e Comunidade é uma questão preocupante que acontece em diversas regiões do Brasil. Segundo Matos *et al* (2014), mesmo com o reconhecimento da relevância desta especialidade, dos resultados positivos para Atenção Primária, e do aumento dos programas de incentivo financeiro em todo o país, menos da metade das vagas de Residência de Medicina de Família e Comunidade são preenchidas anualmente.

O Município de Maceió não difere das estatísticas brasileiras quando se trata desta problemática, visto que a adesão à residência de MFC ainda é incipiente quando comparada a outras especialidades ofertadas nas faculdades de medicina da região. Mesmo sendo uma questão relevante que impacta diretamente na falta de profissionais médicos para atuar na Atenção Primária, até o momento não existe na literatura um estudo realizado com os estudantes de medicina do município de Maceió que se dedique a analisar os motivos do baixo interesse por esta especialidade, nem identificar os fatores que influenciam os futuros médicos na escolha pela residência.

Estudos semelhantes já foram realizados em estados como Minas Gerais (MATOS *et al.*, 2014), São Paulo (RODRIGUES *et al.*, 2017) e Pernambuco (RODRIGUES; DUQUE; SILVA, 2020), porém os mesmos se limitaram a analisar o perfil do egresso da residência em Medicina de Família e Comunidade e sua trajetória profissional após a conclusão do curso.

Então, justifica-se a importância desta pesquisa considerando que a baixa adesão à residência de MFC é uma questão preocupante nas instituições de ensino de Alagoas. Além dos motivos citados, considera-se o estudo significativo, pois por meio dos resultados obtidos, será possível promover diálogos com as instituições de ensino e com os estudantes de medicina, a fim de instigar um novo olhar para esta especialidade médica.

SESSÃO 02 - DISSERTAÇÃO

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar os fatores que influenciam a escolha da residência em Medicina de Família e Comunidade pelos alunos do curso de Medicina de Maceió.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Elaborar o perfil sociodemográfico e acadêmico dos alunos que estão no internato do curso de Medicina de Maceió;
- Construir o perfil do estudante de Medicina de Maceió que tem interesse pela Medicina de Família e Comunidade
- Identificar os fatores que motivam e/ou desmotivam o aluno do internato a escolher a residência de Medicina de Família e Comunidade como especialidade médica.

5 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

5.1 ESPECIALIZAÇÃO MÉDICA NO BRASIL – PROCESSO DE FORMAÇÃO DO ESPECIALISTA NO PAÍS

A residência médica é um modelo de especialização *lato sensu* direcionada a médicos (MICHEL, 2011). Esta modalidade de formação surgiu nos Estados Unidos em 1889, com o objetivo de proporcionar treinamento prático aos médicos recém-formados (ADRIOLO, 2019).

No Brasil, o primeiro programa de residência médica iniciou no ano de 1944 no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) (ADRIOLO, 2019). O Decreto nº 80.281 de 1977, instituiu a residência médica como uma modalidade de ensino de pós-graduação no país e é considerada a forma mais eficiente de formação de especialistas. Os programas de residência médica são credenciados e regulamentados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM, 2022).

Os programas de residência médica adotam uma carga horária superior aos programas de especialização, com 60 horas semanais, com duração mínima de dois anos e priorizando as atividades práticas. A oferta de vagas, em sua maioria, era ligada a hospitais universitários, e a partir dos anos 1970, houve expansão em hospitais privados e não vinculados a instituições de ensino (BRASIL, 1981).

As primeiras residências médicas em Medicina Geral e Comunitária no Brasil iniciaram em 1976, com programas em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, no Município do Rio de Janeiro (Universidade Estadual do Rio de Janeiro) e no município de Recife (Universidade Federal de Pernambuco), contudo, ainda não eram reconhecidas oficialmente pelo Ministério da Saúde como especialidade médica, o que só aconteceu em 1981. No ano de 2002, após cobranças da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, a especialidade passou a ter a nomenclatura de Medicina de Família e Comunidade (MFC), em meio à resistência corporativista de algumas áreas, levando ao maior reconhecimento e articulação com as políticas públicas de saúde em vigor no país (FALK, 2014).

5.2 MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE – DEFINIÇÃO E TRAJETÓRIA DA ESPECIALIDADE NO BRASIL.

No novo cenário de práticas assistenciais à saúde onde a Atenção Primária se estabelece como a base ordenadora no cuidado da população, a figura do Médico de Família e Comunidade ganha mais ênfase. Em virtude disto, é relevante trazer algumas definições existentes na literatura sobre este profissional e falar como a especialidade de MFC surgiu e se estabeleceu dentro do país.

Segundo a *World Organization of Family Doctors (WONCA)*, o médico de família e comunidade é o “primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde. Este profissional presta um acesso aberto e ilimitado e lida com todos os problemas de saúde independentemente da idade, sexo ou qualquer outra característica da pessoa” (WONCA, 2002).

A WONCA (2002) ainda define a Medicina de Família e Comunidade como a especialidade médica que desenvolve uma abordagem centrada na pessoa, orientada para o indivíduo, a sua família e comunidade; que possui um processo de condução da consulta singular, estabelecendo uma relação ao longo do tempo, através de uma comunicação efetiva entre o médico e o paciente. Sendo responsável pela continuidade da prestação de cuidados longitudinais, conforme a necessidade do indivíduo.

No Brasil a MFC tem mais de 40 anos de história, segundo Falk (2004) a trajetória desta especialidade pode ser dividida em cinco fases:

- Primeira fase - 1974 a 1980:

Neste período não havia nenhum respaldo normativo legal sobre a especialidade e nem nome definido para a residência. Existiam poucos Programas de Residência Médica no país, sendo os principais: O Centro de Saúde Escola Murialdo em Porto Alegre - Rio Grande do Sul, Projeto Vitória, em Vitória de Santo Antão – Pernambuco e o Serviço de Medicina Integrada da Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ, que funciona até os dias atuais. Nesta época o mercado de trabalho era escasso de forma que muitos egressos deixavam a especialidade e migravam para uma área semelhante como a Saúde Pública.

Em 1978 acontece a Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, na cidade de Alma Ata na República do Cazaquistão, que desperta vários países inclusive o Brasil para o fortalecimento da Atenção Primária em Saúde (APS). Começam a surgir muitas experiências exitosas com estratégias de APS e 1979 cria-se a primeira Residência Multiprofissional em Saúde Comunitária no Centro de Saúde Murialdo – RS.

- Segunda Fase – 1981 a 1985:

Período com destaque para dois marcos importantes: a Resolução 07/81 da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) que formaliza a Medicina Geral e Comunitária (MGC), como residência médica, tornando oficial a área como especialidade no Brasil. O Segundo marco foi a fundação da Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária (SBMGC), com sede em Petrópolis – Rio de Janeiro.

- Terceira Fase –1986 a 1994:

Em outubro de 1986, o Conselho Federal de Medicina (CFM) reconhece a Medicina Geral Comunitária como Especialidade Médica e torna a Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária sua representante através da Resolução CFM nº 1.232/86 (FALK, 2004). Em 1994 o Ministério da Saúde cria o Programa de Saúde da Família (PSF) que fortalece ainda mais a Atenção Primária e por consequência a Medicina Geral Comunitária.

- Quarta fase - 1995 a 2000:

Com o surgimento do PSF, as oportunidades de atuação médica na área da Atenção Básica começam a se expandir e o campo de trabalho para os especialistas em MGC se desenvolve numa velocidade nunca vista. O Ministério da Saúde, a fim de suprir as lacunas de profissionais aptos para atuar no PSF e na Atenção Básica, começa a apostar em especializações, cursos de curta duração e Polos de Capacitação. No ano 2000, acontece o I Encontro Luso-Brasileiro de Medicina Geral, Familiar e Comunitária no Rio de Janeiro / RJ. Durante o encontro foi aprovada a reativação da Sociedade Brasileira de Medicina Geral e Comunitária (SBMGC) e deu-se início às discussões para a mudança de nome da especialidade.

- Quinta fase - 2000 até 2004:

Foi neste período que aconteceu a reativação da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Após longos debates e seguido de votação em dois turnos pela internet, decidiu-se mudar o nome da especialidade médica para “Medicina de Família e Comunidade”.

Em novembro de 2001 a SBMFC promoveu o V Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade em Curitiba-PR, evento marcante com enfoque multiprofissional em Saúde da Família, com participações bastante qualificadas. No ano seguinte a SBMFC filiou-se à Confederação Ibero-americana de Medicina Familiar (CIMF), a Organização Mundial dos Médicos de Família (*World Organization of Family Doctors* –WONCA) e à Associação Médica Brasileira (AMB) (FALK, 2004).

Foi neste período que o PSF triplicou sua dimensão passando para 20.000 equipes em todo Brasil.

Autores como Simas *et al.* (2018), defendem a existência de uma sexta fase na trajetória da MFC que teve início em 2004 e vai até os dias atuais. Nesta fase destaca-se a Portaria 1.143 de 2005 do Ministério da Saúde que incentivou a residência médica em MFC através do Programa de Bolsas para Educação pelo Trabalho. Segundo o artigo 3º da Portaria 1.143, o Ministério da Saúde apoia financeiramente os PRM-MFC através do custeio das bolsas nas modalidades residente, preceptor, tutor e orientador de serviço, correspondentes do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho. Ainda estabelece que o município participante complemente o valor da bolsa para o residente, no mínimo, em valor igual ao assegurado pelo Ministério da Saúde ou até o valor da remuneração dos médicos de saúde da família da região (BRASIL, 2005), garantindo assim um atrativo financeiro para incentivar a formação de novos médicos na especialidade de Medicina de Família e Comunidade.

Outro destaque da sexta fase foi o I Congresso Paulista de Medicina de Família e Comunidade (CPMFC), ocorrido no ano de 2005 que possibilitou discussões sobre o tema com as Instituições de Ensino Superior (IES) que tinham interesse na prática da especialidade. Neste período ainda ocorreram alguns avanços importantes como o 6º e 7º concursos para Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade que ocorreu em junho e dezembro de 2007, com provas aplicadas simultaneamente em trinta e duas cidades do país; o 9º Congresso Brasileiro sediado em Fortaleza – CE e por fim o curso de Especialização de Medicina de Família e Comunidade ofertada pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família (SOBRAMFA) o qual ocorreu em dois formatos: módulo Básico, para os profissionais que residiam em São Paulo e adjacências, e o modelo compacto, destinado para os residentes no interior paulista ou em outros Estados do Brasil (SIMAS *et al.*, 2018).

5.3 O PROGRAMA MAIS MÉDICOS E OS IMPACTOS PARA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Ao analisar o percurso da MFC percebe-se que a partir do ano 2000 houve um impulso significativo no desenvolvimento desta especialidade. Este impulso

aconteceu graças a uma série de fatores que envolveram políticas públicas indutoras da Atenção Primária e reestruturação do mercado assistencial em saúde (WENCESLAU; SARTI; TRINDADE, 2019). Além da Portaria 1.143 de 2007, mais recentemente, em 2013, o Ministério da Saúde instituiu através da Lei nº 12.871, o Programa Mais Médico que veio para ampliar a formação de especialistas em medicina de família e adequar esta mão de obra às necessidades da população atendida pelo SUS nas unidades básicas de saúde (SIMAS *et al.*, 2018).

O PMM foi resultado de amplo esforço do Governo Federal, com apoio dos estados e municípios para alavancar a Atenção Primária e resolver os vazios assistenciais da saúde pública. O objetivo do programa foi levar mais médicos para as regiões onde há carência de profissionais, promover reformas e ampliação das unidades básicas de saúde (UBS) e gerar novas vagas na graduação e residência médica (BRASIL, 2015).

O Programa Mais Médicos foi idealizado tendo como base três grandes eixos: Provimento Emergencial, Infraestrutura e Educação

O primeiro eixo, Provimento Emergencial, tem como objetivo promover o fortalecimento da Atenção Básica através de contratação de médicos e especialistas que estejam em escassez nas regiões mais necessitadas, vulneráveis e que dependam prioritariamente do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, busca o aperfeiçoamento dos profissionais médicos através da integração ensino-serviço, colocando o médico vinculado ao programa para atuar dentro das unidades básicas e atuando na equipe de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2015).

O segundo eixo está relacionado com a estrutura da Atenção Básica. Este segmento busca alavancar investimentos na rede de serviços básicos de saúde através do Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS). O programa tem como objetivo a construção de novas UBS dentro de um padrão de qualidade diferenciado, ampliação e reforma das unidades já existentes. Além de investir em informatização e implantação de sistemas de informação como o Sistema de Informação para Atenção Básica (SISAB), e-SUS o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEC) (BRASIL, 2015).

O terceiro eixo trata da Educação e reforma na Formação Médica. É o segmento que traz os impactos mais significativos a médio e longo prazo para a saúde pública e privada do país, pois ele provoca mudanças na formação médica, tanto no âmbito da graduação quanto nas residências e formação de especialistas.

Uma das principais mudanças neste segmento ocorre quando o Conselho Nacional de Educação (CNE), após amplo debate, institui as novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do curso de graduação em Medicina (Brasil, 2015).

Segundo as novas diretrizes a formação acadêmica deve ser voltada para integralidade e humanização do cuidado individual, da família e da comunidade. As novas diretrizes buscam a formação de um profissional que esteja preparado para cuidar do indivíduo de forma integral, e que não se limite a tratar apenas da doença. Para isso o médico precisa entender o contexto de vida do paciente em todas as suas esferas: individual, familiar, profissional e comunidade (Brasil, 2014).

Buscando esta integralidade no cuidado e promovendo a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, a DCN estabelece que a nova formação médica deve se desenvolver em cima de três áreas: Área de Competência de Atenção à Saúde, Área de Competência de Gestão em Saúde e a Área de Competência de Educação em Saúde. Acrescenta também a obrigatoriedade de o estudante vivenciar experiências com a MFC quando estabelece que 30% da carga horária do internato devem ser em atividades desenvolvidas na Atenção Básica e voltadas para a área de Medicina Geral de Família e Comunidade (Brasil, 2014).

Em termos de residência médica, a Lei 12.871/2013 promove a criação do Cadastro Nacional de Especialistas que tem como objetivo munir o Estado brasileiro de informações para planejar, dimensionar e regulamentar a quantidade e a formação de médicos especialistas. Com o cadastro destes especialistas é possível atender a necessidade da população e do sistema de saúde em todo território nacional de forma proporcional e de acordo com a necessidade de cada região (BRASIL, 2015).

Outra mudança importante estabelecida pelo Programa Mais Médicos foi a universalização da Residência Médica, no sentido que o número de vagas ofertadas nas residências seja equivalente ao número de egressos do curso de graduação em medicina do ano anterior (BRASIL, 2015).

5.4 OS AVANÇOS E A EXPANSÃO DA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NA ÚLTIMA DÉCADA.

Numa ação conjunta com as novas diretrizes do PMM para promover a expansão de vagas no programa de Residência em Medicina de Família e

Comunidade, o Ministério da Saúde juntamente com a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) estabeleceu algumas vantagens para incentivar os profissionais médicos a optarem pela especialidade. Desta feita, a partir de 2015, conforme decisão da CNRM, o residente que ingressou na residência de medicina de família e concluiu os dois anos do programa passou a garantir uma pontuação adicional de 10% nos processos seletivos para residências em outras áreas. Outra vantagem foi que, a partir de 2016, o residente que ingressar na especialidade e se inscrever em um curso de preceptores pelo Plano Nacional de Formação de Preceptores (PNFP), com duração de 24 meses, receberá a bolsa-formação no valor de R\$ 4.106,09 (quatro mil, cento e seis reais e nove centavos), custeada pelo Ministério da Saúde (UNA-SUS, 2022).

A partir desse novo enfoque dado à Medicina Geral de Família, as grandes cidades como Curitiba, Florianópolis, Fortaleza e Rio de Janeiro passaram a repensar suas políticas de saúde locais e apostaram na criação das residências médicas em Medicina de Família e Comunidade, disponibilizando um número de vagas expressivo para a especialidade. Ao mesmo tempo a saúde suplementar também começa a repensar seu modelo assistencial e apostar na APS, oferecendo aos seus clientes o médico de família. Tais mudanças trouxeram como resultado um aumento bastante significativo da MFC no país: segundo maior número de vagas de residência de MFC dentro das especialidades médicas (WENCESLAU; SARTI; TRINDADE, 2019).

Diante destes avanços visualizados nos últimos 40 anos, a Medicina de Família e Comunidade apresenta-se como uma especialidade médica de importância social, próspera e com possibilidade de ascensão no mercado da saúde pública e privada. Seu crescimento nas regiões do Brasil ainda é pouco representativo, sendo necessário identificar os fatores que influenciam o estudante do curso de medicina na escolha desta residência médica, ajudar a entender essa realidade e contribuir com o crescimento de profissionais da especialidade.

6 MÉTODOS

6.1 DESENHO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de análise quantitativa, realizado com os alunos matriculados no estágio obrigatório dos cursos de Medicina do município de Maceió – AL.

6.2 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Ciências da Saúde em Alagoas (UNCISAL) em 26 de maio de 2021, com Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 47573221.2.0000.5011, sendo aprovada em 18 de julho de 2021, através do parecer de nº 4.854.616, estando de acordo com a Resolução 466/12 que trata sobre diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos.

6.3 LOCAL DA COLETA DE DADOS

O estudo foi realizado no município de Maceió com estudantes das instituições que ofertam o curso de Medicina, sendo elas: Universidade Federal de Alagoas – UFAL (Campus Maceió), Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas - UNCISAL, o Centro Universitário Cesmac – CESMAC e o Centro Universitário Tiradentes – UNIT AL.

A Faculdade de Medicina de Alagoas (FAMED) tem o curso de Medicina mais antigo do estado de Alagoas, foi fundada em 1950 e em janeiro de 1951 teve seu funcionamento autorizado e o seu primeiro vestibular realizado. Dez anos após, a FAMED foi incorporada à Universidade Federal de Alagoas – UFAL e desde então vem consolidando o curso de medicina no estado de Alagoas, com modelos de aprendizagem que visam à integração de ensino e serviço e na formação de um profissional capacitado para atuar no mercado público e privado, alinhado com as necessidades reais da sociedade. Atualmente a UFAL oferta 100 vagas no Campus Maceió para novos estudantes que queiram seguir a carreira médica. O programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade teve início em 2016 e oferece 50 vagas anuais (UFAL, 2021).

Criada em 1968 como Escola de Ciências Médicas de Alagoas (ECMAL), a Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL) é uma autarquia pública estadual. Transformada em universidade em 2005, seu campo de

atuação acadêmica são as ciências da saúde. O curso de medicina que deu origem à instituição oferece por ano 50 vagas para novos ingressos. A residência em MFC foi credenciada em 2016 com o aval do Conselho Nacional de Residência Médica, e desde então a UNCISAL oferece 22 vagas para esta especialidade (UNCISAL, 2016).

O Centro Universitário CESMAC é uma instituição filantrópica, tendo como mantenedora a Fundação Educacional Jayme de Altavila- FEJAL. Foi criado em 1973 e em 2012 passou a ser regido pelo sistema MEC, vinculado ao Ministério da Educação. O curso de medicina da instituição teve sua primeira oferta de vagas no ano de 2014, oferecendo 145 vagas para novos alunos a cada ano. Além disso, o CESMAC oferta 22 vagas anuais na residência de Medicina de Família e Comunidade aos médicos interessados nesta especialidade (CESMAC, 2021).

O Centro Universitário Tiradentes (UNIT) é uma instituição de ensino superior particular que faz parte do Grupo Tiradentes com sede em Aracaju e sua fundação é datada de 1962. Em 2006 a então Faculdade Integrada Tiradentes –FITS iniciou suas atividades em Maceió, e em 2014 recebeu autorização do Ministério da Educação para se tornar o Centro Universitário Tiradentes – UNIT, no mesmo ano passou a ofertar 170 vagas anuais para o curso de medicina, contudo ainda não contempla o programa de residência médica (UNIT, 2021).

6.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA

- Caracterização da Amostra

A população total de alunos matriculados no estágio obrigatório dos cursos de medicina no ano de 2021 foi de 752 estudantes, distribuídos nas quatro instituições, conforme tabela abaixo:

Tabela 1 - Quantitativo de alunos matriculados no estágio obrigatório de Medicina em Maceió

Instituição de Ensino Superior (IES)	Alunos matriculados
UFAL	95
UNCISAL	93
CESMAC	291
UNIT	273
TOTAL	752

Fonte: Coordenações acadêmicas dos cursos de Medicina de Maceió

Para realização do estudo foi estipulada uma amostra representativa de 255 estudantes, definida a partir de um cálculo amostral, realizado no site Prática Clínica (<https://praticaclinica.com.br/anexos/ccolaborativa-calculo-amostal/ccolaborativa-calculo-amostal.php>), considerando uma população homogênea, erro amostral de 5% e nível de confiança de 95%.

Dos 255 alunos convidados a participar da pesquisa, 234 responderam ao questionário, sendo que cinco foram excluídos do estudo por preenchimento incompleto do instrumento de coleta de dados. Dessa forma, o estudo foi realizado com um total de 229 estudantes, o que representou 90% da amostra calculada.

6.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

6.5.1 Critérios de Inclusão

Foram elegíveis para participar da pesquisa, estudantes de ambos os sexos, matriculados regularmente no curso de medicina das instituições incluídas, cursando o penúltimo e último ano (9º ao 12º períodos).

6.5.2 Critério de Exclusão

Alunos que se encontravam afastados por licença médica, maternidade ou por outros motivos, os que estavam com matrículas canceladas, trancadas e aqueles que estiveram em programas de intercâmbio ou mobilidade acadêmica no período da pesquisa.

6.6 COLETA DE DADOS

6.6.1 Instrumento de Coleta de Dados

Para a realização da coleta de dados foi utilizado um questionário adaptado pelos próprios autores que teve como base para sua construção os instrumentos utilizados em dois estudos semelhantes de Cavalcante Neto (2008) e Oliveira (2015).

O questionário foi elaborado na plataforma Google *Forms*, com um total de 25 perguntas, sendo 11 abertas e 14 fechadas. A primeira sessão do instrumento foi voltada para a investigação sociodemográfica, e buscou traçar o perfil social e demográfico dos alunos que estão no internato de medicina em Maceió. Nesta etapa foram obtidos dados como: a instituição de ensino que o aluno está vinculado, qual período está cursando, sexo, faixa etária, cidade de nascimento, local de residência atual, estado civil, se tem filhos e, em caso afirmativo, quantos filhos possui até o momento e a renda mensal familiar.

A segunda sessão contou com perguntas específicas voltadas para investigação do objeto de pesquisa. Nesta parte do questionário foram coletadas informações relacionadas aos objetivos profissionais e suas perspectivas de carreira após conclusão do curso. Foram abordados assuntos como: os objetivos profissionais do aluno após conclusão do curso, o interesse em fazer residência médica e em qual área, em que momento do curso o participante escolheu a residência que deseja cursar, se teve até aquele período do curso alguma atuação na Estratégia de Saúde da Família e por quanto tempo, os aspectos positivos e negativos da experiência na ESF para a formação, se existe interesse em cursar a residência de Medicina de Família e Comunidade e quais os fatores que contribuem para este interesse; que fatores podem estimular e/ou desestimular um médico a escolher a carreira de medicina de família e como ele avalia a carreira de MFC atualmente.

O instrumento foi enviado por e-mail e através de aplicativos de mensagens (WhatsApp) aos estudantes incluídos na amostra para que eles respondessem e enviassem os dados para o pesquisador para tabulação e análise de dados. O link para acesso ao questionário foi disponibilizado no link https://docs.google.com/forms/d/1UWkV8R97fb9Qorlz7gOJy7WSP0j_bIUiZjr8rJpMFxl/edit durante todo o período de coleta de dados.

6.6.2 Processo de Coleta de Dados

Antes do início da coleta, foi comunicado através de e-mail às coordenações das quatro instituições de ensino que a pesquisa tinha sido aprovada pelo Comitê de Ética da UNCISAL sob o CAAE nº47573221.2.0000.5011, e que a partir daquela

data a pesquisadora iria entrar em contato com os participantes para enviar o instrumento de pesquisa. Neste mesmo momento foi solicitado às coordenações de medicina os endereços de eletrônicos das turmas e o contato telefônico dos alunos que estavam inseridos na amostra para dar início à coleta de dados.

A primeira estratégia de divulgação da pesquisa foi o envio do questionário para os e-mails dos alunos através da coordenação dos cursos e do e-mail pessoal da pesquisadora. Mas esta estratégia não foi eficaz e a adesão de respostas foi baixa. Partiu-se então para o contato via aplicativo de mensagem (WhatsApp), enviando o questionário eletrônico de forma individualizada. Essa forma de divulgação foi mais eficaz e o percentual de respostas obtidas cresceu, porém, ainda não foi suficiente para alcançar o quantitativo da amostra.

A última estratégia utilizada para coleta de dados foi a ida aos campos de estágio onde os alunos realizavam suas práticas acadêmicas referente ao internato. A fim de ter um contato presencial com os estudantes e sensibilizá-los a fazerem parte do estudo, a pesquisadora foi às Unidades Básicas de Saúde (UBS), às Unidades Docente Assistencial (UDAS), aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e aos hospitais particulares e privados. As visitas ocorreram em turnos variados, de acordo com o cronograma de estágio dos alunos. Nestas visitas os participantes eram abordados de forma presencial e ao aceitarem fazer parte da pesquisa, o questionário era aplicado de forma física ou enviado pelo aplicativo de mensagem do estudante para que respondessem no local.

Devido à amostra ser extensa e os sujeitos estarem dispersos nos serviços, a coleta de dados exigiu diversas estratégias de abordagens e de sensibilização para conseguir adesão suficiente para completar o número total de participantes exigido no cálculo amostral.

6.7 ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados foi feita através do software Jamovi, versão 2.2.5, para realização da estatística descritiva e inferencial. A fim de analisar a correlação entre as variantes foram utilizados os testes não paramétricos Qui-Quadrado (X^2) e de Mann-Whitney (U). O teste Qui-Quadrado foi usado para verificar se havia associação entre a variável dependente e as variáveis independentes qualitativas

nominais. Já para análise das variáveis ordinais foi usado Mann-Whitney. Em todos os testes foi considerado o nível de significância de $\alpha = 0,05$ ou 5%.

Para fins de interpretação foi definido como variável dependente o interesse pela Medicina de Família e Comunidade. As demais variáveis que constam no instrumento de pesquisa foram consideradas independentes. Como todas as variáveis são qualitativas não foi necessário fazer o teste de normalidade, entendendo que a distribuição é anormal nas variantes.

7 RESULTADOS

Os resultados apresentados são fruto do estudo realizado com 229 estudantes do curso de medicina, no período entre agosto de 2021 a maio de 2022, em quatro instituições de ensino superior do município de Maceió.

A descrição dos resultados foi dividida em dois blocos: um primeiro bloco apresenta a caracterização da amostra, como: o perfil sociodemográfico dos participantes, o perfil acadêmico e por último os interesses profissionais dos alunos após a conclusão do curso.

O segundo bloco apresenta a análise das associações entre a variável dependente sobre as variáveis independentes nominais e ordinais. A partir da associação entre as variáveis foi possível construir o perfil do estudante de medicina que tem interesse pela Medicina de Família e Comunidade e identificar as variáveis que exercem influência na escolha do estudante pela MFC.

A Tabela 02 apresenta as características sociodemográficas da amostra identificando que a mesma é composta, em sua maioria, por estudantes do sexo feminino 64,2%(n=147), na faixa etária de 20 a 25 anos de idade 58,5%(n=134), solteiros 85,2%(n=195) e sem filhos 92,1%(n=211) com uma renda familiar entre cinco a dez salários mínimos 33,6%(n=69).

Tabela 2 - Caracterização de sexo, faixa etária, estado civil, filhos, renda familiar

Variável	N	Total %
Sexo		
Feminino	147	64,2%
Masculino	82	35,8%
Faixa Etária		
20-25 anos	134	58,5%
26-35 anos	79	34,5%
36-45 anos	15	6,5%
45-55 anos	1	0,5%
Estado Civil		
Solteiro (a)	195	85,2%
Casado (a)	29	12,7%
Outros	05	2,1%
Filhos		
Sim	18	7,9%
Não	211	92,1%
Renda Familiar		

Menos de 5 salários	60	29,3%
5 a 10 salários	69	33,6%
10 a 20 salários	47	23,0%
Mais de 20 salários	29	14,1%

Fonte: Dados da pesquisa

O perfil acadêmico é apresentado na Tabela 03 onde é possível identificar um maior número de alunos vinculados às instituições de ensino privado 64,5%(n=147). Este quantitativo pode ser explicado pelo número de vagas ofertadas semestralmente nas instituições privadas, que é três vezes maior que o ofertado pelas instituições públicas do Estado. Os participantes das instituições públicas representaram um percentual menor 35,6%(n=81) do total de respostas, porém, em comparação com a oferta de vagas, o número de respostas dos alunos vinculados às faculdades públicas foi superior.

Quanto ao período do curso em que os estudantes estavam matriculados no momento da pesquisa, percebe-se que alunos do 9º período são mais prevalentes com 41% (n= 91) enquanto o 10º e 11º apresentam um quantitativo semelhante de alunos, sendo 27,5% (n= 64) estudantes matriculados no 10º período e 25,7% (n=57) no 11º período. Houve pouca adesão por parte dos alunos do 12º período, obtendo 5,4%(n=12). O estudo tem uma população bem distribuída entre os três primeiros semestres do internato, havendo uma discreta prevalência de respondentes matriculados no primeiro semestre do estágio obrigatório.

Tabela 3- Distribuição dos alunos do internato quanto à natureza jurídica, a Instituição de Ensino Superior e semestre do curso de Medicina

Variável	N	Total%
Natureza Jurídica		
Pública	81	35,5%
Privada	147	64,5%
IES		
CESMAC	100	43,8%
UFAL	41	18,0%
UNCISAL	40	17,6%
UNIT	47	20,6%
Semestre		
9º Período	91	41,0%
10º Período	62	27,9%
11º Período	57	25,7%

12º Período	12	5,4%
-------------	----	------

Fonte: Dados da pesquisa

Quanto aos objetivos profissionais, 97% (n=222) dos participantes da pesquisa pretendem fazer residência após a graduação. Deste quantitativo, 69% (n=157) já escolheram a especialidade que irão cursar e relataram que esta decisão aconteceu nos primeiros quatro anos do curso de medicina 40% (n=63) ou durante o internato 43% (n=68).

Tabela 4 - Interesse dos estudantes de medicina durante o internato em fazer residência após formação, escolha da especialidade e momento da escolha.

Variável	Nº de alunos	% Total
Residência		
Sim	222	97%
Não	1	0,4%
Talvez	6	2,6%
Escolheu a Residência		
Sim	157	69%
Não	71	31%
Momento da escolha		
Antes de entrar na faculdade	22	14%
Nos primeiros quatro anos de curso	63	40%
Durante o internato	68	43%
No último ano de curso	4	3%

Fonte: Dados da pesquisa

Os dados da Tabela 05 mostram que 70,3% (n=161) dos estudantes pesquisados não têm interesse pela Medicina de Família. Isto pode ser considerado um percentual elevado quando se analisa o dado bruto. Porém, é preciso considerar que existem no Brasil 55 especialidades com programas de residência médica autorizados pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), e que mesmo com o número grande de opções para residência 29,7% (n=68) dos estudantes demonstraram interesse pela MFC.

Outro fator a ser considerado é que mesmo com um percentual baixo de preferência pela MFC, os alunos avaliaram a especialidade médica como boa 51,7% (n=118).

Tabela 5 - Interesse dos alunos do internato pela MFC e avaliação da especialidade

Variável	Nº de alunos	% Total
Interesse pela MFC		
Sim	68	29,7%
Não	161	70,3%
Avaliação da MFC		
Ótima	28	12,3%
Boa	118	51,7%
Regular	70	30,7%
Ruim	10	4,4%
Péssima	2	0,8%

Fonte: Dados da pesquisa

O segundo bloco apresenta as associações estatísticas entre as variáveis. A primeira avaliação de significância estatística foi feita com as variáveis nominais. Ao realizar o teste Qui Quadrado (X^2) verificou-se que não houve associação significativa entre as variantes já que todos os resultados apresentaram um $p > 0,05$, conforme mostra a Tabela 06.

Tabela 6 - Teste X^2 Interesse pela MFC e variáveis nominais

Variável	N	p
Sexo	229	0,619
Estado Civil	229	0,096
Filhos	229	0,154
IES	228	0,050
Natureza Jurídica da IES	228	0,952
Fazer residência	229	0,109
Escolheu a residência	228	0,069

Fonte: Dados da pesquisa

Apesar de não ser identificada associação significativa entre as variáveis nominais, alguns dados importantes foram identificados ao fazer a relação entre elas. Estes dados contribuíram para construir o perfil do aluno que tem interesse pela medicina de família no município de Maceió.

Analisando a Tabela 07 verificou-se que a motivação pela residência médica não varia de um sexo para o outro. Independente do gênero, o interesse pela medicina de família aparece em 36% dos entrevistados. Quanto ao estado civil os alunos que são casados demonstram mais inclinação para a especialidade (18%) em especial os participantes que possuem filhos (12%).

Quando se trata das instituições de ensino, os estudantes da UNIT (30%) e da UFAL (22%) apresentam maior desejo pela residência e o CESMAC tem o maior índice de desinteresse (48%). Ao analisar a natureza jurídica das IES, percebe-se que os percentuais de alunos interessados na MFC são semelhantes, independente da instituição de ensino ser pública ou privada. Nas públicas o percentual de interessados é de 36% e nas instituições privadas 35%.

Por fim a Tabela 07 mostra que, dos participantes da pesquisa que já escolheram a residência médica que irão cursar após a formação, 72% não tinham interesse na especialidade de Médico de Família e Comunidade e dos alunos que ainda não tinham decidido a residência, 40% tem inclinação pela especialidade.

Tabela 7 - Interesse MFC x Variáveis Nominais

Variável	Interesse MFC SIM	Interesse MFC NÃO
Sexo		
Masculino	38%	62%
Feminino	35%	65%
Estado Civil		
Solteiro	78%	88%
Casado	18%	11%
Outros	4%	1%
Filhos		
Com filhos	12%	6%
Sem Filhos	88%	94%
IES		
CESMAC	35%	48%
UFAL	22%	16%
UNCISAL	13%	19%
UNIT	30%	17%
Natureza Jurídica		
Pública	36%	64%
Privada	35%	65%
Escolha da Residência		
Escolheu	60%	72%
Não escolheu	40%	28%

Fonte: Dados da pesquisa

Após análise das variáveis nominais, partiu-se para avaliação das variáveis ordinais aplicando o teste Mann-Whitney (U). A associação significativa foi identificada em duas variantes: faixa etária e avaliação da especialidade de MFC.

Tabela 8 - Teste U - Interesse pela MFC e variáveis ordinais

Variável	N	p
Semestre	222	0,085
Renda Familiar	205	0,157
Faixa Etária	229	<0,001
Momento escolha	157	0,744
Avaliação carreira	228	<0,001

Fonte: Dados da pesquisa

A variável Faixa Etária se destaca na análise dos dados da Tabela 09 ao apresentar que o interesse pela especialidade está concentrado em estudantes que estão na faixa etária de 26 a 35 anos (47%) enquanto o maior quantitativo de desinteresse (66%) encontra-se no público mais jovem: de 20 a 25 anos. Na segunda variável significativa percebe-se que a especialidade é avaliada como boa por 62% dos estudantes. É importante notar que, apesar do percentual alto de estudantes que não tem inclinação para a medicina de família, poucos avaliaram a especialidade como ruim (8%) ou péssima (1%).

Sob a perspectiva do semestre do curso, observa-se que os estudantes que estão no 11º período do internato apresentam maior inclinação pela medicina de família (34%) enquanto os alunos do 9º período demonstram menor interesse em ingressar neste caminho após a conclusão do curso (44%).

Em relação à renda familiar, a Tabela 09 mostra que os estudantes que estão numa faixa de renda mais elevada estão menos motivados para se dedicar à especialidade médica voltada para o SUS (8%). Já os alunos que possuem uma renda familiar menor que cinco salários-mínimos, estão mais inclinados a optarem por este caminho profissional (35%).

Por fim, entende-se que o interesse pela MFC se intensifica durante o internato, período do curso em que os alunos estão conhecendo mais de perto as especialidades médicas. Na Tabela 9, 54% dos respondentes afirmaram que o momento da escolha desta especialidade aconteceu neste período do curso.

Tabela 9 - Interesse MFC x Variáveis Ordinais

Variável	Interesse MFC SIM	Interesse MFC NÃO
Faixa Etária		
20 a 25 anos	40%	66%

26 a 35 anos	47%	29%
36 a 45 anos	12%	5%
46 a 55 anos	1%	0%
Semestre		
9º Período	35%	44%
10º Período	25%	29%
11º Período	34%	22%
12º Período	6%	5%
Renda Familiar		
Menos de 5 salários	35%	26%
De 5 a 10 salários	31%	35%
De 10 a 20 salários	26%	22%
Mais de 20 salários	8%	17%
Momento da escolha		
Antes de entrar na faculdade	20%	12%
Nos primeiros quatro anos do curso	27%	45%
Durante o internato	53%	40%
No último ano do curso	0%	3%
Avaliação da Especialidade		
Ótima	19%	9%
Boa	62%	48%
Regular	16%	37%
Ruim	3%	5%
Péssima	0%	1%

Fonte: Dados da pesquisa

8 DISCUSSÃO

No que se trata da variável sexo, nota-se que a prevalência é de mulheres, sendo: 64,5% (151) das participantes da pesquisa, enquanto os homens ficam com 35,5% (83) do percentual total.

De acordo com a Demografia Médica no Brasil, realizada em 2020 pelo Conselho Federal de Medicina em parceria com a Universidade de São Paulo (USP), a distribuição dos médicos segundo gênero não é homogênea em todas as unidades federativas do país. A pesquisa mostra que em 2020 os homens eram predominantes, representando 53,4% dos profissionais médicos, enquanto as mulheres representavam 46,6% (SCHEFFER *et al.*, 2020).

Mesmo o sexo masculino ainda sendo maioria na classe médica as informações da Demografia Médica mostram uma crescente feminização da medicina desde 2009. Ao analisar os registros no CRM, entre os anos de 2000 e 2020, é possível verificar um aumento de mais de 10% do número de mulheres exercendo a medicina. No ano 2000, o sexo feminino representava 35,8% dos médicos, já em 2020 este percentual aumentou para 46,6% (SCHEFFER *et al.*, 2020).

Estados como Alagoas, Amapá, Pernambuco e Rio de Janeiro as mulheres são mais da metade da força de trabalho médico e Alagoas destaca-se pela feminização da medicina. De acordo com a Demografia Médica, este é o estado com maior índice de mulheres exercendo a medicina, com 51,6% de mulheres registradas no CRM. O Rio de Janeiro vem em segundo lugar com 50,9% (SCHEFFER *et al.*, 2020).

Observando o perfil do aluno do internato de medicina de Maceió, entende-se que esta profissão na capital alagoana prossegue no processo de feminização e de rejuvenescimento que é tendência no Brasil (MINELLA, 2015).

Ao analisar a variável faixa etária, verifica-se que a população que participou do estudo é, em sua maioria, formada por jovens com idade entre 20 e 25 anos. Os dados de Maceió se assemelham ao estudo de Miranda *et al.* (2021) realizado na região sudoeste onde 66,7% (349) dos participantes são jovens menores de 25 anos.

Os resultados das pesquisas realizadas nas duas regiões do país ratificam o perfil demográfico dos médicos no Brasil. De acordo com a Demografia Médica, a

idade média dos médicos brasileiros é de 45 anos, mas esta média vem caindo ao longo dos anos, apontando para um processo de rejuvenescimento da medicina no país. Isto é resultado do crescimento do número de cursos e de vagas de graduação de medicina, o que gera a entrada de novos médicos no mercado de trabalho (SCHEFFER *et al.*, 2020).

Observando a variável estado civil, o estudo mostra que a maioria dos estudantes se declaram solteiros e sem filhos. Menos de 15% já constituíram matrimônio e um pequeno percentual são pais ou mães. É possível levantar a hipótese que pode haver uma correlação destes dados com a predominância feminina entre os participantes e de uma faixa etária jovem, o que evidencia uma priorização das mulheres à carreira profissional.

Quanto ao que se refere à renda familiar declarada, foi possível identificar que existe uma predominância de alunos que possuem uma renda familiar entre cinco e dez salários-mínimos.

Este resultado se assemelha à faixa de renda de estudantes de medicina de outros estados do país, como mostra o estudo de Minella (2015), realizado em instituições públicas e privadas da Bahia e Santa Catarina.

Minella (2015) identificou que o perfil dos estudantes de medicina apresentou uma crescente participação de mulheres, majoritariamente jovens e com uma renda familiar entre cinco e dez salários mínimos. Os dados apontam que a medicina brasileira caminha para ser exercida por médicos mais jovens, com predomínio de mulheres e com renda mais elevada.

Quanto ao tipo de instituição de ensino onde os estudantes estão matriculados no curso de medicina, verifica-se que 63,7% estão em instituições privadas. Isto pode ser justificado pelo aumento no número de vagas ofertadas desde o ano de 2013, que mais que dobrou nos últimos dez anos (AMB, 2023), devido ao número de vagas que as instituições privadas de Alagoas oferecem anualmente, que é duas vezes maior que o quantitativo de vagas ofertadas nas instituições públicas. Enquanto a UFAL e a UNCISAL oferecem por ano 100 e 50 vagas respectivamente, o CESMAC oferta 145 e a UNIT 160 vagas para o curso de medicina.

Segundo SCHEFFER *et al.* (2020) o maior número de cursos e vagas de medicina concentra-se na região Sudeste e Sul e no litoral do Nordeste. No Sul e Sudeste o número de vagas nas instituições privadas é maior. No Norte e Centro-

Oeste existe mais cursos e vagas públicas. No Nordeste existe um equilíbrio entre pública e privada.

Após identificar as características sociodemográficas dos alunos do internato de medicina de Maceió, este estudo debruçou-se sobre a identificação do perfil do estudante de medicina que tem interesse pela Medicina de Família e Comunidade.

No que compete o interesse pela MFC, quanto à questão do gênero, nota-se que não houve uma predominância do sexo masculino ou feminino quando se trata de interesse pela MFC. Neste estudo, a motivação pela residência aparece em percentuais semelhantes para ambos os sexos, sendo o interesse dos homens 38%, enquanto 35% de mulheres demonstraram motivação pela especialidade.

Segundo a Demografia Médica no Brasil, a Medicina de Família e Comunidade está na 14^o posição na distribuição de títulos de especialidade do Brasil, ficando atrás de áreas como Clínica Médica, Pediatria, Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia, Psiquiatria, dentre outras. Até o ano de 2020 o país possuía 7.149 médicos diplomados em medicina de família, o que representa 1,7% do total de especialistas do país. Neste quantitativo, 41,3% são homens e 58,7% mulheres, mostrando uma tendência feminina na especialidade (SCHEFFER *et al.*, 2020).

Um estudo feito por Matos *et al.* (2014) com egressos da Residência Multiprofissional em Saúde da Família no norte de Minas Gerais, mostra uma predominância de homens na especialidade (54,8%) enquanto as mulheres representavam 45,2%.

Quanto à idade, a população estudada está na faixa etária entre 26 e 35 anos, o que caracteriza um estudante mais maduro, que já passou pelos primeiros anos do curso e que começou a ter uma vivência mais intensa com as áreas médicas do internato.

Percebe-se que a faixa etária do público que escolhe a MFC caracteriza-se como um estudante mais amadurecido, como no estudo de Matos *et al.* (2014) em que os estudantes se encontram numa faixa etária entre 26 e 40 anos. Diferente da variação de gênero que foi detectada em algumas regiões do país, a faixa etária deste público permanece constante. Esta faixa etária se assemelha às estatísticas da demografia médica de 2020 que apresenta a MFC como a especialidade mais jovem no meio médico (SCHEFFER *et al.*, 2020).

De acordo com a demografia médica, a média de idade dos médicos no Brasil é de 44,6 anos. Para os especialistas esta média sobe para 47,3 anos. As especialidades mais jovens, com menor média de idade, são a Medicina de Família e Comunidade (41,7 anos) e Medicina de Emergência (42,3 anos) (SCHEFFER *et al.*, 2020).

Quanto ao estado civil, o estudante que tem interesse pela MFC é, em sua maioria, casado com filhos e com uma renda familiar de menos de cinco salários-mínimos.

O estudo de Rodrigues *et al.* (2017), realizado com os médicos residentes de dezessete programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) do Estado de São Paulo, 63,6% declaram viver em união estável e 56,6% não tinha filhos. Na pesquisa de Matos *et al.* (2014) 64,7% dos pesquisados declaram-se casados ou em união estável o que aponta para uma predominância deste público inseridos na MFC.

Ao observar à renda familiar, percebe-se que em Maceió o interesse pela medicina de família foi predominante em estudantes que possuem uma renda familiar menor que cinco salários-mínimos. Quando se observa a faixa de renda dos participantes da pesquisa, 70,7% declararam possuir uma renda entre cinco e vinte salários-mínimos, evidenciando a prevalência de estudantes com um padrão de vida alto, enquanto os interessados em se especializar em medicina de família apresentam um padrão menos elevado.

Na pesquisa de Rodrigues *et al.* (2020), não foi questionado a renda familiar, porém, 72,1% dos participantes fizeram o curso em instituições públicas e dos 27,9% que estudaram em faculdades privadas 44,8% utilizaram o Fundo de Financiamento Estudantil (FIES), o que pode indicar que este público pertence à uma classe social com menor poder aquisitivo. Já na região sudeste do país, o perfil do egresso da residência de MFC é pertencer a classes sociais mais altas, cuja renda familiar é de dez a quinze salários-mínimos (Rodrigues *et al.*, 2017).

Quanto ao momento da escolha da residência que pretende cursar, a maior parte dos alunos (53%) decidiu pela residência de MFC durante o internato médico. Este resultado difere do encontrado na pesquisa realizada com os residentes de MFC de Pernambuco. Para o grupo mencionado, o momento da escolha pela residência aconteceu, em sua maioria, após a conclusão da graduação, onde 66,3% dos participantes decidiram pela residência somente após finalizar o curso de

Medicina, enquanto 21,3% fizeram a escolha durante o internato (Rodrigues *et al.*, 2020).

É possível que a explicação para o momento da escolha esteja no fato de que é no internato onde se inicia uma vivência mais aprofundada na estratégia de saúde da família, período em que o estudante terá um contato mais próximo com o médico da família, com a comunidade e com o território. A experiência da prática diária na ESF pode despertar um olhar diferenciado para a especialidade, que durante os primeiros anos de curso pode não ter acontecido.

Quanto à natureza jurídica das IES de origem do estudante percebe-se que, quando se trata de escolha pela medicina de família, os resultados não apresentaram diferença entre alunos das faculdades públicas ou privadas. Independentemente de onde o estudante esteja fazendo seu curso, o interesse pela MFC entre os alunos ficou em 35%.

Isto traz o entendimento que mais significativa que a natureza jurídica da instituição de ensino, a medicina de família costuma ser mais valorizada pelos discentes quando os cursos possuem médicos de família compondo seu corpo docente, bem como, quando os graduandos são inseridos de forma precoce e frequente na Atenção Primária, sobretudo quando os preceptores são modelos de médicos de família (RODRIGUES *et al.*, 2020).

Miranda *et al.*(2021), afirma que uma experiência positiva na APS, assim como uma maior exposição à MFC durante o curso e o contato com médicos de família na graduação são fatores que incentivam o discente a escolher carreiras médicas voltadas para Atenção Primária e para o SUS, e isto independente de ter cursado a graduação em instituições públicas ou privadas.

Quanto se trata da avaliação da especialidade percebe-se que a MFC é bem avaliada no meio acadêmico, porém, ainda não é considerada primeira opção de escolha para residência médica.

Considerando o estudo de Miranda *et al.*(2021),64% dos alunos avaliaram a especialidade como boa ou ótima, mas apenas 30% dos participantes da pesquisa demonstraram interesse em se especializar em medicina de família.

No estudo feito por Issa *et al.* (2017) com estudantes do último ano do curso de medicina em uma faculdade privada do Estado de Goiás2,4% dos entrevistados pretendiam trabalhar predominantemente no SUS e nenhum aluno escolheu a medicina de família como especialidade a ser seguida, porém, mais da metade dos

entrevistados considera a carreira em MFC como regular e boa e 35,7% avaliaram como ótima e boa.

Estes resultados levam a um ponto importante de discussão: mesmo sendo bem avaliada no meio discente, a MFC ainda não está entre as primeiras opções de especialidade da maioria dos estudantes. Então que fatores são relatados na literatura que contribuem positiva ou negativamente para o futuro médico escolher este caminho?

Miranda *et al.* (2021) cita como fatores positivos para intenção de carreira na APS a interação com o paciente, profissionais de saúde e comunidade, questões financeiras, bom equilíbrio entre vida pessoal e profissional, valorização das relações médico-paciente a longo prazo, prestação de cuidados em diferentes fases da vida, vivenciar atendimentos em áreas rurais e a possibilidade de atuar com medicina preventiva.

Rodrigues *et al.* (2020) realizaram levantamento dos fatores que influenciaram os ingressos na escolha pela MFC, e observou que o compromisso social foi decisivo na escolha da especialidade. Mesmo sendo considerada uma motivação intrínseca, de âmbito pessoal, muitos médicos relataram o compromisso com a sociedade como fator motivador para escolha da residência.

Ter aptidão e afinidade com a especialidade foi também um fator relevante. Isto reforça a importância de as faculdades proporcionarem ao aluno o contato cada vez mais breve e qualificado com a MFC, e com a Atenção Primária, através de campos de prática amplos e docentes motivados pela medicina de família a fim de despertar esta afinidade (RODRIGUES *et al.*, 2020).

A presença de preceptores modelos (*role models*) que provoquem inspiração no exercício da MFC foi apontado como um fator relevante na escolha pela especialidade. Em contrapartida, outras atividades acadêmicas, curriculares ou extracurriculares, como aulas teóricas, participação em ligas acadêmicas e projetos de extensão, não foram mencionados como influência positiva para a MFC (RODRIGUES *et al.*, 2020).

Um estudo realizado por Alavi *et al.*, em 2018 nos Estados Unidos com alunos do quarto ano de medicina investigou os fatores que influenciavam os futuros médicos a escolherem a medicina familiar e os resultados foram semelhantes aos encontrados em algumas pesquisas brasileiras.

Segundo a pesquisa americana, os fatores foram divididos em três temas chave: perspectiva, escolha e exposição. Perspectiva incluiu a visão dos alunos sobre medicina familiar, bem como a opinião de mentores, professores, família e colegas de curso. O tema escolha tratou do interesse primário que os estudantes tinham desde o início do curso e que foi se fortalecendo ou diminuindo ao longo dos anos, e por fim, exposição que está relacionada com as experiências práticas da medicina de família, contato com as pessoas, culturas e dia a dia da especialidade (ALAVI *et al.*, 2019).

No estudo foi identificado que os fatores mais influenciaram de forma positiva foram: a presença de preceptores que expressem entusiasmo pelo campo e pela prática da medicina de família, a experiência da Medicina Familiar Rural pela amplitude da prática e diversidade de casos clínicos e por fim, o apoio institucional dentro dos cuidados primários à saúde, destacando a importância da exposição precoce dos alunos à prática da medicina familiar logo no início do currículo (ALAVI *et al.*, 2019).

Quando se trata de valorização da MFC o Canadá desponta como referência no cenário mundial. Segundo Eggertson (2015), o movimento de valorização da especialidade vem ocorrendo no país desde 2004. Dentre os fatores que contribuíram para esta valorização destacam-se: a oferta vasta de emprego na área, já que não existe desemprego para médicos de família no país. Novos modelos de remuneração e professores que são médicos de família e que servem de influência positiva para os graduandos.

De acordo com o *Canadian Medical Association Journal* (CMAJ), o Colegiado de Medicina de Família do Canadá (*College of Family Physicians of Canadá*) atingiu seu objetivo final que era ter 45% dos graduandos em Medicina se especializando em MFC no ano de 2015 (EGGERTSON, 2015). Isto mostra que com os incentivos adequados, oportunidades de emprego e valorização da especialidade é possível aumentar o número de profissionais médicos optando pela residência.

Quanto aos fatores negativos que contribuem para a desmotivação na escolha da carreira de MFC, Cavalcante Neto *et al.* (2009) aponta os seguintes: a baixa remuneração sendo este um fator considerado relevante não só para a realidade brasileira, mas para outros países mais desenvolvidos como Estados Unidos, Canadá, Austrália e Portugal; pouco prestígio da medicina de família no meio médico e acadêmico, o perfil tecnológico e científico das outras especialidades

que influencia o prestígio na sociedade, o perfil socioeconômico dos estudantes do curso de medicina, pouca vivência na Atenção Primária durante a graduação ou experiência com médicos de família frustrados e desmotivados e amplitude de conhecimento necessários para exercer a especialidade.

Em consonância com o estudo de Cavalcante Neto *et al.* (2009), Rodrigues *et al.* (2020) afirma que o desprestígio social, o baixo retorno financeiro e o mercado de trabalho escasso foram enfatizados como fatores de impacto negativo para a escolha da MFC. A autora ainda ressalta que estas questões poderiam ser amenizadas com a instituição de políticas públicas que valorizassem a Atenção Primária com planos de cargos e carreiras e salários mais atrativos para o médico de família.

Segundo Alavi *et al.* (2019), os alunos americanos relataram que o desprestígio da especialidade no meio médico e acadêmico, carga de trabalho excessiva e escopo amplo da clínica médica foram fatores que desestimularam a seguir na carreira de medicina de família.

9 CONCLUSÃO

O presente estudo se propôs a analisar os fatores que influenciam a escolha da residência em Medicina de Família e Comunidade pelos alunos do curso de medicina de Maceió, bem como elaborar o perfil sociodemográfico e acadêmico dos alunos que estão no internato do curso e ainda construir o perfil do estudante de medicina que tem interesse pela Medicina de Família e Comunidade.

Segundo os resultados, foi possível identificar que os acadêmicos que estão cursando o estágio probatório são em sua maioria, jovens, do sexo feminino, solteiros, sem filhos, matriculado sem instituições privadas e com uma renda familiar variando entre cinco e dez salários-mínimos.

Já o estudante que possui inclinação pela medicina de família em Maceió é jovem, de ambos os sexos, na faixa etária entre 26 a 35 anos, casado, com filhos, possui uma renda familiar menor que cinco salários mínimos, em sua maioria, fizeram a escolha pela residência enquanto cursavam o internato e consideram a MFC uma boa especialidade no campo médico.

Quanto aos fatores que influenciam a escolha da residência em Medicina de Família e Comunidade pelos alunos do curso de medicina de Maceió, duas variáveis apresentaram associação significativa: faixa etária e avaliação da especialidade médica.

Em relação à idade, conclui-se que o estudante que escolhe a MFC está numa faixa etária entre 26 e 40 anos, caracterizando um público mais amadurecido. Identificou-se também que esta faixa etária permanece constante em várias regiões do país, não sendo um fenômeno característico apenas no município de Maceió.

Quanto à avaliação da especialidade foi possível concluir que a MFC é bem avaliada no meio acadêmico, porém, ainda não é considerada primeira opção de escolha para residência médica e isto acontece devido a alguns fatores que foram levantados no estudo.

Destacam-se como fatores motivadores para escolha da Medicina de Família e Comunidade como especialidade médica: a interação e convívio com paciente e comunidade, bem como a oportunidade de proporcionar um cuidado integral à saúde do indivíduo de forma duradoura, valorizando o vínculo médico e paciente em longo prazo; compromisso e consciência social do estudante para com a sociedade, principalmente para os que vieram de uma classe social menos favorecida; ter

aptidão e afinidade com a especialidade, enfatizando a vocação para uma medicina menos robotizada e mais humana, exercida no dia a dia das pessoas e dentro dos territórios; o contato qualificado desde os primeiros anos da graduação com Atenção Primária e com a medicina de família, proporcionando experiências positivas nos campos de prática; a presença de professores e preceptores que sejam entusiastas da medicina de família no corpo docente das faculdades, de forma que sejam referências positivas para os alunos, despertando o interesse pela especialidade através do exemplo de vida.

Dentre os fatores que influenciam negativamente na escolha do aluno, foram citados: a desvalorização da especialidade no meio médico e acadêmico, baixa remuneração e falta de um plano de cargos e salários a fim de tornar a MFC mais atrativa financeiramente para os futuros médicos, mercado de trabalho restrito e carga horária elevada foram fatores mencionados nos estudos brasileiros e por fim, experiências negativas com médicos de família frustrados e desmotivados durante a graduação que se destacaram nas pesquisas brasileiras e nas realizadas no exterior.

Diante do que foi tratado, a avaliação do aluno sobre a MFC está ligada à maneira como esta especialidade é apresentada e vivenciada ao longo da graduação. Por isso, faz-se necessário que as Instituições de Ensino de Maceió se debrucem sobre seu corpo docente e invistam em professores que sejam entusiastas e defensores da medicina de família, de forma a provocar o encantamento de seus alunos pela especialidade.

Além disso, as IES devem fortalecer as parcerias já existentes com as Secretarias de Saúde do Estado e do Município a fim de ofertarem campos de prática mais amplos e qualificados dentro da Atenção Primária do SUS, proporcionando aos estudantes a oportunidade, desde os primeiros anos da graduação, de vivenciar uma medicina resolutiva e humanizada, com cuidado integral e duradouro ao paciente, à sua família e à comunidade.

Essa vivência precoce, frequente e qualificada com a medicina de família pode despertar nos futuros médicos um olhar diferenciado sobre esta especialidade que é tão fundamental para o sustento da Atenção Primária e do Sistema Único de Saúde e que ainda hoje permanece desprestigiada no meio médico e acadêmico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALAVI, M. *et al.* Factors that influence student choice in family medicine: A national focus group. **Family Medicine**, v. 51, n. 2, p. 143–148, 2019.

ANDRIOLO, A. Residência médica em Patologia Clínica / Medicina Laboratorial na Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo. v. 55, n. 6, p. 637–640, 2019.

BRASIL. Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, que dispõe sobre as atividades do médico-residente e dá outras providências, **Diário Oficial da União**, 1981.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução nº 3/CNE/ME, de 20 de junho de 2014, que estabelece Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Brasília: **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa Mais Médicos - Dois anos: mais saúde para os brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 129 p

BRASIL. Ministério da Saúde. **UNA-SUS**: Residência em Medicina de Família e Comunidade: confira os editais abertos. 2016. Disponível em: www.unasus.gov.br. Acesso em: 28 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mais Médicos**: Conheça o Programa. 2015. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/>. Acesso em: 14 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de Dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS

BRASIL. Portaria Interministerial nº 9, de 13 de outubro de 2021. **Altera O Valor Mínimo da Bolsa Assegurada Aos Médicos-Residentes e Aos Residentes em Área Profissional da Saúde**. 195. ed. Brasília, DS, 15 out. 2021. Seção 1, p. 42-42.

CAVALCANTE NETO, P. G.; LIRA, G. V.; MIRANDA, A. S. DE. Interesse dos estudantes pela medicina de família: estado da questão e agenda de pesquisa. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 2, p. 198–204, 2009.

CESMAC. **Medicina**. 2021. Disponível em: <https://acesso.cesmac.edu.br/maceio/pos-graduacao>. Acesso em: 30 de abr. 2022.

COELHO NETO, G. C.; ANTUNES, V. H.; OLIVEIRA, A. A prática da Medicina de Família e Comunidade no Brasil: contexto e perspectivas. **Cadernos de Saude Publica**, v. 35, n. 1, p. 1–4, 2019.

COMISSÃO NACIONAL DE MÉDICOS RESIDENTES (CNRM). **Sistema do CNRM**. 2022. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/escola-de-gestores-da-educacao->

basica/114-conhecaomec-1447013193/sistemas-do-mec-88168494/12233-cnrm.
Acesso em: 15 de mar. 2022.

EGGERTSON, L. More medical graduates than ever choosing family practice. **CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne**, v. 187, n. 9, p. 644, 2015.

FALK, J. W. A Medicina de Família e Comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 1, n. 1, p. 5–10, 2004.

ISSA, A. H. T. M. *et al.* a Escolha Pela Medicina De Família Entre Estudantes De Medicina No Mundo Tropical: Uma Revisão De Literatura Career Choice for Family Medicine Among Medical Students in Tropical World: a Literature Review. **Resu - Revista Educação Em Saúde**, v. 04, n. 02, p. 117–126, 2016.

ISSA, A. H. T. M. *et al.* Fatores influenciadores na escolha pela medicina de família segundo estudantes numa região neotropical do Brasil. **Revista Educação em Saúde**, v. 5, n. 2, p. 56, 2017.

IZECKSOHN, M. M. V. *et al.* Preceptorial em medicina de família e comunidade: Desafios e realizações em uma atenção primária à saúde em construção. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 737–746, 2017.

JANAUDIS, M. A. Formando médicos para a Medicina de Família e Comunidade. **Revista Bioética**, v. 15, n. 1, p. 27–36, 2007

MATOS, F. V. DE *et al.* Egressos da residência de medicina de família e comunidade em Minas Gerais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 38, n. 2, p. 198–204, 2014.

MICHEL, J. L. M; OLIVEIRA, R. A.B; NUNES, M. P. T. **Residência Médica no Brasil**. Cadernos da Abem, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 7-12, out. 2011

MINELLA, L. S. Medicina e feminização em universidades Brasileiras: O gênero nas interseções. **Revista Estudos Feministas**, v. 25, n. 3, p. 1111–1128, 2017.

MIRANDA, C. Z. DE *et al.* Fatores associados à intenção de carreira na atenção primária à saúde entre estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 45, n. 3, 2021.

OLIVEIRA, P. R. B. P. DE. A escolha da especialidade por ingressantes na Residência Médica do estado de Minas Gerais. 2015.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à Atenção Básica (ICSAB). **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1903–1913, 2018

RODRIGUES, E. T. *et al.* Perfil e Trajetória Profissional dos Egressos da Residência em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 41, n. 4, p. 604–614, 2017.

RODRIGUES, L. H. G.; DUQUE, T. B.; SILVA, R. M. DA. Fatores Associados à Escolha da Especialidade de Medicina de Família e Comunidade. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, n. 3, 2020.

SCHEFFER, M. *et al.*, Demografia Médica no Brasil 2020. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, 2020. 312 p. ISBN: 978-65-00-12370-8

SIMAS, K. B. DA F. *et al.* A residência de Medicina de Família e Comunidade no Brasil: breve recorte histórico. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 13, n. 40, p. 1–13, 2018.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS (UNCISAL). **Apresentação**. 2016. Disponível em: <https://www.uncisal.edu.br/uncisal/institucional/apresentacao>. Acesso em: 18 mar. 2022.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS (UFAL). **Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade**. 2021. Disponível em: <https://famed.ufal.br/pt-br>. Acesso em: 18 mar. 2022.

UNIVERSIDADE TIRADENTES (UNIT). **Curso de medicina**. 2021. Disponível em: <https://www.medicinatiradentes.com.br/>. Acesso em: 14 abr. 2022.

WENCESLAU, L. D.; SARTI, T. D.; DA TRINDADE, T. G. Reflexões e propostas para estruturação de programas de Mestrado em Medicina de Família e Comunidade no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1281–1292, 2020

WONCA. **A Europeia de Medicina Geral e Familiar**. Barcelona -Es: Wonca Europa, 2002.'

SEÇÃO 03 – PRODUTO EDUCACIONAL

1 INTRODUÇÃO

O avanço dos meios de comunicação e das tecnologias digitais possibilita que o indivíduo tenha acesso à informação ampla e rápida. O acesso ao conhecimento tornou-se fácil, rápido e ilimitado para todos. Hoje, com um aparelho de celular ou computador e uma rede de internet conectada, o indivíduo tem em suas mãos o assunto que desejar em fração de segundos, e esta facilidade de acesso ao conhecimento vem modificando a sociedade em várias dimensões, inclusive na educação.

Desde o ano de 1995, quando a internet foi privatizada e passou a ser comercializada no mercado digital, houve um aumento exponencial do uso da rede. Isto provocou mudanças importantes dentro da sociedade, que passou a desenvolver um novo modelo de comunicação e novas formas de buscar conhecimento (JESUS, 2014).

A hiper conectividade provocou mudanças não só nas relações humanas, mas também nos processos educacionais, uma vez que a informação passou a ser disponibilizada através de tecnologias e isto demandou novas formas de pensar, agir, conviver e aprender com esses meios de comunicação (JESUS, 2014).

Este avanço tecnológico também atingiu a área da saúde. Hoje o uso crescente de plataformas digitais para interagir, gerar e acessar informações é uma prática comum entre os profissionais de saúde. Estudos internacionais já reconhecem a utilidade das mídias digitais como ferramenta para a promoção de projetos de pesquisa, fornecimento e disseminação de informações de saúde e educação de estudantes e profissionais (FRANÇA; RABELLO; MAGNAGO, 2019).

Uma mídia digital que vem ganhando destaque entre o público jovem e adulto é o *Podcast*. De acordo com Jesus (2014, p10) *Podcast* pode ser definido como: “uma mídia de publicação de áudio, vídeo e imagens na internet que pode ser reproduzida em qualquer aparelho com capacidade de leitura de arquivos de áudio”.

Considerando a popularidade desta ferramenta, principalmente entre os jovens que é o público predominante na pesquisa e por se tratar de uma mídia versátil, democrática e de amplo alcance, escolheu-se elaborar como produto do

curso um *Podcast* que aborde o tema: Medicina de Família e Comunidade como carreira e as vantagens de ser médico de família atualmente.

Espera-se que o produto educacional sirva de disparador para diálogos relevantes sobre a carreira do médico de família, suas vivências e sua importância para a saúde pública do país. Deseja-se também que este produto desperte um novo olhar para a especialidade de MFC que muitas vezes é preterida e até discriminada no meio médico e acadêmico, promovendo uma nova perspectiva do que é ser Médico de Família no Brasil.

2 OBJETIVOS DO PRODUTO EDUCACIONAL

2.1 Objetivo Geral

- Produzir um produto educacional em formato de *Podcast* que incentive os estudantes do curso de Medicina à carreira de Medicina de Família e Comunidade

2.2 Objetivo Específico

- Despertar nos estudantes do curso de Medicina a reflexão sobre a carreira do médico de família dentro do sistema de saúde público e privado.
- Divulgar experiências exitosas dos profissionais de saúde, atuantes na Estratégia de Saúde da Família
- Provocar nos futuros médicos um novo olhar para a Medicina de Família e Comunidade através dos temas abordados no *Podcast*.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

A escolha e a elaboração de um recurso educacional como produto final de um curso de Mestrado em Ensino em Saúde e Tecnologia é um caminho desafiador que exige tempo, planejamento e criatividade. Em especial na área da saúde, os produtos educacionais são de grande importância porque poderão ser aplicados no

campo da prática e servir de instrumento para uma aprendizagem significativa (SANTOS *et al.*, 2019).

Pensando no que foi defendido por Santos *et al.*, buscou-se na literatura evidências do uso do *Podcast* neste contexto. Alguns autores brasileiros defendem a ferramenta como uma mídia de transmissão com potencialidades na área educacional. É o caso de Cruz (2009) quando afirma que ao utilizar um *Podcast* o professor alia informação, entretenimento, dinamismo e rapidez ao processo de ensino-aprendizagem. Jesus (2014) fortalece a temática ao falar que o uso desta ferramenta potencializa a construção do pensamento crítico nos alunos e abre espaço para discussões dos temas entre os próprios estudantes, com os professores e com o público que ouve e debate sobre os conteúdos.

Outro exemplo é a pesquisa realizada por Cardoso Junior *et al.* (2012) que tratou sobre como o *Podcast* pode estimular novas formas de expressão para alunos com dificuldade educacionais especiais. Como resultado, a tecnologia serviu para estreitar os laços entre pais, alunos e funcionários da escola, proporcionando uma integração destes alunos especiais com pessoas de seu convívio escolar e facilitando assim seu aprendizado.

O último caso de sucesso é o estudo realizado por Moura e Carvalho (2006), que utilizou um *Podcast* para reproduzir os assuntos ministrados pelos docentes em sala de aula para alunos do turno noturno e/ou alunos que por algum motivo não podiam estar presentes na escola acompanharem os conteúdos curriculares da disciplina de Português.

Os exemplos citados acima evidenciam as potencialidades do *Podcast* no cenário educacional e assim também acontece na área da saúde, porém para atingir seus objetivos, o produto educacional precisa ser adequado ao público-alvo ao qual se destina. No caso deste estudo, o público do produto são os alunos do curso de medicina do município de Maceió, que segundo resultado da pesquisa, a sua maioria encontra-se na faixa etária entre 20 e 35 anos

De acordo com a Associação Brasileira de Podcasters (ABPOD) o maior público ouvinte de *Podcast* está na faixa etária entre 25 e 29 anos, são solteiros e estão cursando ou concluíram o ensino superior (ABPOD, 2019). Considerando os dados da Podpesquisa é possível identificar uma relação entre o perfil de consumidores de *Podcast* e o público participante da pesquisa, o que pode ser um

indicativo que o produto seja bem aceito pelos alunos de Medicina e atinja os objetivos que foram idealizados na sua criação.

4 REFERENCIAL METODOLÓGICO

Criado há pouco mais de uma década, o termo *Podcast* foi utilizado pela primeira vez em 2004 pelo jornalista do jornal *The Guardian*, Ben Hammersley e trata-se de uma junção de duas palavras em inglês: *Ipod* – aparelho produzido pela empresa norte americana Apple que reproduz mídia Mp3 e *Broadcast* que é um método de distribuição/transmissão de dados. Desta feita, *Podcast* pode ser entendido como um programa de rádio personalizado, gravado nas extensões Mp3, Ogg, ou Mp4 que possibilitam o armazenamento de músicas e arquivos de áudio em um espaço pequeno, podendo ser armazenados em computadores e disponibilizados na internet (BARROS; MENTA, 2007).

O gênero virtual foi criado por Adam Curry, um VJ (VÍdeo Jockey) do canal norte americano MTV (*Music Television*) e pelo desenvolvedor de software Dave Winer no início dos anos 2000 e se assemelha a um programa de rádio, porém, com alguns avanços na área de transmissão: no *Podcast* o conteúdo fica disponível para os ouvintes acessá-lo no momento que quiserem e quantas vezes desejarem, podendo ouvir o programa completo ou apenas as partes que julgarem mais relevantes. Esta mídia pode ser acessada através de *websites*, mas o comum é que os conteúdos sejam ouvidos em *smartsphones* através de aplicativos ou plataformas digitais de streaming de áudio como o Spotify, Google Podcast, Deezer, dentre outras (BERTO; GREGGIO, 2021).

Os *Podcasts* utilizam a tecnologia *Feed RSS (Real Symple Syndication)* para transmitir seus conteúdos na internet. O *Feed RSS* é uma forma de distribuição online em formato XML (*Extensible Markup Language*) que avisa programas agregadores quando acontece uma atualização do conteúdo de um site ou um blog. A assinatura do *feed* permite que o ouvinte receba as novidades de seu *Podcats* favorito sem precisar acessar o site do mesmo. O programa pode ser baixado a qualquer momento desde que ele esteja disponível no servidor (BARROS; MENTA, 2007).

Algumas vantagens tornam esta mídia de transmissão atrativa, uma delas é a facilidade de produção. Diferente dos programas de rádios que precisam de

concessão pública para utilização da radiodifusão, o *Podcast* não precisa de autorização legal para publicação. O desenvolvedor do programa, também chamado de *Podcaster*, grava o áudio, faz a edição, disponibiliza para download na plataforma de sua preferência e o produto já está disponível para acesso direto (JESUS, 2014).

Outro fator que positivo na elaboração do *Podcast* é a ausência de regras rígidas na produção do conteúdo: não há um padrão de locução ou restrições em relação à linguagem ou temas abordados. A linguagem utilizada na gravação dos episódios vai se adequar ao conteúdo abordado e ao público consumidor daquele assunto. Isto faz do *Podcast* uma ferramenta midiática versátil, dinâmica e capaz de se conectar com os mais variados públicos, independente de idade, classe social e interesses pessoais.

5 O PRODUTO

Trata-se de um *Podcast* chamado “Médico de família: ser ou não ser?” que foi gravado no Centro de Inovação de Jaraguá, nos dias 27 de fevereiro e 06 de março do corrente ano, contando com a participação para o debate dos temas uma aluna de medicina do CESMAC, um residente de MFC da UFAL e dois médicos de família.

Após a gravação, os episódios foram editados utilizando o software de gravação e edição Soundforge 10 e mesa de som UI 24R e disponibilizados para acesso na plataforma de streaming de música, podcast e vídeo Spotify no link: <https://open.spotify.com/episode/454CeWbNvYzrsyFg1hkedC?si=IMFydpGUTFOYX0OG1WBRdA&dd=1>

O Médico de família: ser ou não ser? abordou assuntos relacionados à especialidade de Medicina de Família e Comunidade e as perspectivas de carreira do médico de família em Maceió. O podcast teve um total de quatro episódios, com duração de 15 a 25 minutos em média, cada um abordando um tema diferente e com um convidado que debateu o conteúdo.

Os episódios foram lançados semanalmente e seguiram a seguinte ordem:

Episódio 01 – Escolha de Carreira: Medicina de Família e Comunidade por amor

O primeiro episódio contou com a participação da estudante do 12º período do curso de medicina do Cesmac, Aline Gusmão trouxe um diálogo sobre sua

escolha pela especialização de MFC como carreira médica. Os temas dialogados foram:

1. Trajetória profissional do convidado
2. Período do curso que teve contato com a MFC e ESF
3. Contato com a MFC durante o curso: grade curricular, campo de prática
4. Quais os motivos para a escolha pela Medicina de Família
5. Fato marcante que fez despertar para especialidade
6. Perpectivas para o futuro como médica de família

Episódio 02 –O que é ser Médico de Família e Comunidade na visão de um residente

O segundo episódio trouxe para o debate o médico residente Dr. Atrhur Sampaio que está no segundo ano da residência de Medicina de Família e Comunidade e integra a ESF na Unidade de Saúde Dídimo Otto Kummer em Maceió. Neste programa foram abordados os seguintes assuntos:

1. Trajetória profissional do convidado
2. Escolha da especialidade
3. O que é ser um médico de família
4. Como é o dia a dia de um residente que está vivenciando a Estratégia de Saúde da Família? Quais as atribuições?
5. Contato com a comunidade, aceitação do residente e convívio como território.
6. Relação preceptor x residente
7. Discriminação da MFC no meio médico e acadêmico.
8. Grade curricular na IES pública em relação à especialidade de MF.
9. Vantagens e desvantagens de ser um médico de família.
10. Importância da especialidade para o Sistema Único de Saúde (SUS)

Episódio 03 – Médico e Paciente: uma relação de cumplicidade e cuidado

O terceiro episódio foi com a médica da estratégia de saúde da família, Dra Luciene de Oliveira, que atua na área há 27 anos e trabalha na Unidade de Saúde da Família Dídimo Otto Kummer, no município de Maceió. Neste podcast o assunto em destaque foi a relação entre médico e paciente que se estabelece através da

vivência do médico de família com a comunidade que assiste. Os assuntos debatidos foram:

1. Trajetória profissional do convidado
2. Motivações para a escolha da MFC
3. Importância do vínculo com o paciente, com sua família e com o território.
4. Competências que um aluno de medicina precisa ter para ser um bom médico de família
5. Relação de confiança entre médico e paciente.
6. Momentos marcantes na trajetória como médica de família

Episódio 04 – Desafios e perspectivas da especialidade em Medicina de Família e Comunidade

O último episódio teve a participação do especialista em Medicina de Família, Dr. Rafael Morais. Durante a residência Dr. Rafael atuou como médico de família na Unidade de Saúde Robson Cavalcante e teve grandes experiências à frente da equipe de estratégia. Ele é defensor da especialidade e abordou os desafios de ser médico de família em Maceió e as perspectivas de crescimento da carreira médica. Os temas conversados durante o episódio foram:

1. Trajetória profissional do convidado
2. Fatores que levaram a escolher a Medicina de Família como especialidade médica
3. Experiência na residência de MFC.
4. Pontos positivos e negativos desta especialidade
5. O que poderia tornar a especialidade mais atrativa para o aluno que ainda está na graduação.
6. Como é visto no meio médico a baixa remuneração e a carga horária elevada de trabalho característicos do profissional desta especialidade.
7. Que estratégias o Ministério da Saúde, junto com as Secretarias poderiam fazer para tornar a MF mais atrativa para o médico que pensa em seguir esta especialidade.
8. Desafios da carreira médica
9. Perspectivas para o futuro do médico de família no Brasil
10. Fato marcante nos anos de residência

6 IDENTIDADE VISUAL

Com o produto já estruturado, a próxima etapa foi desenvolver a identidade visual do *Podcast*.

Na área do marketing entende-se por identidade visual um conjunto de elementos que sintetizam e comunicam o conceito de uma empresa. A identidade visual é composta por símbolos, logotipos, tipologias e cores, que, através de uma assinatura gráfica, identificam visualmente uma organização ou produto (DAVI, 2010)

Sobre o tema Strunck (2001) afirma que a identidade visual é o conjunto de elementos gráficos que formalizam a personalidade visual de uma ideia, produto, nome ou serviço. Estes elementos institucionais representaram a personalidade do produto ou serviço para os consumidores.

Na composição da identidade visual, alguns elementos se destacam é o caso da marca e do logotipo. Entende-se por marca todo sinal distintivo como nomes, figuras ou formas tridimensionais que identifica um produto ou serviço de outros semelhantes (SAMPAIO, 2002). Já o logotipo pode ser traduzido como um conceito transmitido através de um símbolo (OLIVEIRA, 2022).

Para criação da identidade visual do *Podcast* “Médico de família: ser ou não ser?” algumas características importantes foram consideradas: ter uma marca que representasse a essência da medicina de família. O médico de família é um profissional próximo da comunidade, que acompanha o dia a dia dos pacientes e de sua família, então a logo precisava expressar a ideia de cuidado, proteção e vínculo. Desta feita foram desenvolvidos o seguinte repertório para compor a identidade visual: marca, logotipo em dois modelos, card para Spotify e card institucional. Segue abaixo os modelos:

Figura 1 - Marca



Fonte: Agência digital Sete Nove Publicidade

Figura 2 - Logotipo 01



Fonte: Agência digital Sete Nove Publicidade

Figura 3 - Logotipo 02



Fonte: Agência digital Sete Nove Publicidade

Figura 4 - Card Spotify



Fonte: Agência digital Sete Nove Publicidade

Figura 5 - Card Institucional



Fonte: Agência digital Sete Nove Publicidade

A marca apresenta elementos que remetem à MFC como a casa do paciente, representando as visitas domiciliares que o médico realiza no seu dia a dia, o estetoscópio, instrumento de trabalho do profissional, remetendo ao exercício da medicina e o cuidado ao paciente e o logotipo em tons de azul suave que indica calma e tranquilidade. Todos os elementos foram planejados e confeccionados para trazer o conceito de cuidado e vínculo na relação médico-paciente que ocorre no exercício da Medicina de Família e Comunidade.

7 CONCLUSÃO

O produto educacional foi elaborado com a intenção de produzir conteúdo que tratem sobre o caminho profissional do médico que escolhe a medicina de família como carreira, mostrando através dos depoimentos, e dos diálogos com os convidados do *Podcast* que esta especialidade tem encantos e vantagens que passam despercebidos durante a formação acadêmica.

Espera-se que o produto suscite um novo olhar dos alunos do curso de Medicina para esta residência, promovendo um pensar crítico sobre a carreira de médico de família, que se encontra em desvalorização no país, mas tão importante para o Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PODCASTS. **Abpod.org**, 2022. Podpesquisa2019. Disponível em: <<https://abpod.org/podpesquisa-2019/>>. Acesso em: 05, jul 2022.

BARROS, G. C.; MENTA, E. Podcast: produções de áudio para educação de forma crítica, criativa e cidadã. **Economia Política das Tecnologias da Informação e da Comunicação**, v. 9, n. 1, p. 1–14, 2007.

CARDOSO, J. V. S.; AMENO, H. Z. M.; BARBOSA, P. L.; DE MELLO, V. G. V. G. Brincar na mídia: oficinas de Podcast e criação de blog em escola de educação especial. [S.l.]: **Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação**, p. 1-10, 2012.

CRUZ, S. C. O Podcast no ensino básico. In: Carvalho, A. A. A. (Org.). **Actas do Encontro sobre Podcasts**. Braga: CIEd, 2009. p. 65-80. Disponível em: . Acesso em: 05 mai. 2022.

DAVI, C. A. Gestão Estratégica do design sob o ponto de vista do redesenho de identidade visual. **Unoesc & Ciência-ACET**, v. 1, n. 1, p. 5-20, 2010.

DE FÁTIMA BERTO, E.; GREGGIO, S. As potencialidades do gênero podcast no desenvolvimento e aprimoramento da habilidade de compreensão oral na aprendizagem de língua inglesa. **Ilha do Desterro A Journal of English Language, Literatures in English and Cultural Studies**, v. 74, n. 3, 2021.

DE JESUS, W. B. **Podcast e Educação: um estudo de caso**. 2014. 63 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Instituto de Biociências do Campus de Rio Claro, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Rio Claro, 2014.

FRANÇA, T.; RABELLO, E. T.; MAGNAGO, C. As mídias e as plataformas digitais no campo da Educação Permanente em Saúde: debates e propostas. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe1, p. 106–115, 2019.

MOURA, A.; CARVALHO, A. A. A. Podcast: uma ferramenta para usar dentro e fora da sala de aula. In: Rui, J.; Baquero, C. (Eds). **Proceedings of the Conference on Mobile and Ubiquitous Systems**. Guimarães: Universidade do Minho, 2006. p. 155-158.

OLIVEIRA, M. **Blog da Printi**: descubra a diferença entre logo, logotipo e logomarca. Descubra a diferença entre logo, logotipo e logomarca. 2022. Disponível em: www.printi.com.br. Acesso em: 25 jul. 2022.

SAMPAIO, Rafael. **Marcas de A a Z**. Rio de Janeiro: Campos, 2002.

SANTOS, A. A. *et al.* Produtos educacionais na Educação em Saúde. In: MARQUES, A. L. B. A. *et al.* (org.). **Interfaces entre educação e saúde**. Curitiba. CRV, 2019. p. 45-53.

STRUNCK, Gilberto Luiz. **Como criar identidades visuais para marcas de sucesso**. Rio de Janeiro: Books, 2001.

SESSÃO 04 – PRODUÇÃO TÉCNICA

VÍDEO EDUCATIVO: O Agente Comunitário de Saúde e a Comunidade: conhecendo as atribuições para fortalecer os laços.

<http://educapes.capes.gov.br/handle/capes/585755>

1 INTRODUÇÃO

Promover Educação em saúde é hoje um dos grandes objetivos a serem alcançados pelos profissionais que atuam na Atenção Primária e em especial na Estratégia de Saúde da família. Definida como um processo que envolve a capacitação de pacientes, e profissionais de saúde, estimulando-os a agir conscientemente diante de cada ação do cotidiano, criando um espaço para o aprimoramento de novos conhecimentos e práticas, Educação em saúde implica mudança de comportamento, hábitos e atitudes, podendo esta mudança acontecer individualmente ou em grupo.

Mas, provocar a mudança de atitudes em indivíduos através do ensino de boas práticas nem sempre é uma tarefa fácil, principalmente quando o público que se quer atingir é composto por pessoas carentes e com um baixo nível de escolaridade, como é o caso da grande maioria dos usuários que fazem parte da Estratégia de Saúde da Família. Muitas vezes é preciso inovar a maneira como o conhecimento é transmitido para assim promover a aprendizagem significativa e trazer bons resultados.

Segundo DOBROVOLNY (2006), o aprendizado que ocorre por meio de situações utilizando metodologias ativas, é mais sustentável e efetivo que por transmissão passiva. Sendo assim, muito se tem investido na construção de produtos educacionais voltados para saúde, pois eles surgem como ferramentas para levar conhecimento e promover educação em saúde de forma ativa, inovadora, lúdica e até divertida.

2 OBJETIVOS

Elaborar um vídeo educativo que desperte a população atendida pela Estratégia de Saúde da Família para a importância do Agente Comunitário de Saúde dentro da comunidade.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

A escolha por produzir um vídeo não foi aleatória. Existe todo um embasamento teórico que nos faz optar por este tipo de mídia, mas antes de explicar as razões, acreditamos ser importante trazer uma definição sobre Produtos Educacionais.

Produtos Educacionais podem ser conceituados como materiais didático-pedagógicos facilitadores do aprendizado de algum tema, devendo ser instrumentalizados para uma aplicação prática contextualizada (RUIZ *et al.*, 2014; KAPLÚN, 2003; MOREIRA; NARDI, 2009.)

Como foi visto, existem diversas possibilidades para elaboração de um produto educacional, desde a produção de um manual até a criação de aplicativos e softwares. Entendemos com isso que a escolha por um determinado tipo de produto está muito atrelada ao público-alvo que se quer atingir e ao objetivo educacional que se deseja promover. No nosso caso, o público-alvo é a população usuária do Sistema Único de Saúde que em geral tem baixa escolaridade e nível de vida mais humilde, mas que tem acesso à internet e rede sociais.

Sobre o uso de mídia para levar informações para as populações carentes Moraes afirma que o vídeo disponibiliza a informação para todos de forma onipresente e universal. O autor ainda complementa que as informações são polivalentes porque ensinam, discutem, divulgam e influenciam, dando voz as pessoas e salvando vidas (MORAES, 2018).

Segundo Mansfield (2019), um vídeo em uma rede social gera doze vezes mais compartilhamento do que um texto e uma imagem combinados. Uma pesquisa encomendada pela plataforma Youtube e realizada pelo estúdio Provokers em conjunto com a Box 1824, afirma que “a audiência do audiovisual para a internet cresceu nada menos que 135% nos últimos quatro anos” (STRAZZA, 2018).

4 ETAPAS DE PRODUÇÃO

Para elaborar um vídeo de qualidade é preciso entender como ele deve ser produzido. Segundo KidKindem & Musburger (1997) o processo de produção de um vídeo é composto por três etapas, são elas:

Pré-produção: consiste na preparação, planejamento e projeto do vídeo a ser produzido. Essa etapa também abrange todas as fases de confecção, desde a ideia inicial até a filmagem, incluindo Sinopse, Argumento, Roteiro e Storyboard.

Entende-se por Sinopse o resumo geral de tudo que vai acontecer no vídeo. O Argumento é uma fase intermediária entre a Sinopse e o roteiro, que descreve de forma breve como se desenvolverá a ação.

O Roteiro é um detalhamento do que vai acontecer no vídeo e divide conteúdo em cenas com o objetivo de informar – textualmente - o leitor a respeito daquilo que o espectador verá/ouvirá no vídeo.

E por fim o Storyboard que é a representação das cenas do roteiro em forma de desenhos sequenciais, semelhante a uma história em quadrinhos. Tem o objetivo de tornar mais fácil, para a equipe de produção, a visualização das cenas antes que sejam gravadas. (VARGAS et al, 2007)

A segunda etapa é a Produção. Nesta fase são feitas as filmagens das cenas. Estas filmagens são feitas em tomadas, isto é, em intervalos de tempo entre o início e o fim de cada gravação. Uma cena é composta por várias tomadas e o vídeo é o conjunto de todas as cenas. (VARGAS et al, 2007)

E por fim chega-se na fase de Pós-produção que se refere a todas as atividades para finalização do vídeo, elaboração das edições e a organização das tomadas gravadas para compor as cenas e o vídeo como um todo.

4.1 Duração do vídeo

Além de saber as etapas que compõe a feitura de um vídeo é importante saber quanto tempo ele pode durar sem prejudicar a atenção do espectador. Segundo Amaral (2018) a preocupação com o tempo de duração de um vídeo está relacionado com a taxa de retenção, que nada mais é do que a quantidade de pessoas que assistem o conteúdo até o final. Se o objetivo do produto é a educação em saúde, observar a taxa de retenção é uma métrica importante a ser considerada.

Segundo a HubSpot, vídeos com menos de 90 segundos de duração possuem uma taxa de retenção de 57%, ao passo que aqueles acima de 30 minutos, apenas 10%.

A escolha do veículo de divulgação também influencia para determinar o tempo de duração de um vídeo. Então, saber em que plataforma ou aplicativo o vídeo será divulgado é importante na hora de se produzir o conteúdo.

Amaral (2018) defende que cada rede social tem o seu tempo ideal de duração de vídeos. Por exemplo: um conteúdo postado no Instagram pode durar até 1min. Mas o ideal é que tenha até 30s, pois, ultrapassando este limite pode prejudicar a atenção de quem está assistindo. A plataforma do Youtube suporta vídeos de até 12 horas, mas o tempo ideal é de até 2 min. Já o WhatsApp possibilita uma duração possível de 3 min, o ideal fica em torno de 1min e 30s. O Facebook possibilita vídeos de até 04 horas, mas recomenda-se que tenha uma duração de apenas 1 min.

Entende-se com isso que já na pré-produção, no momento do planejamento é necessário considerar o canal de divulgação escolhido, pois este fator influenciará diretamente no tempo viável que o executor terá para passar sua mensagem e atingir seu objetivo.

5 REFERENCIAL METODOLÓGICO

O produto educacional desenvolvido foi todo elaborado seguindo a metodologia CTM3, um método criado pela Prf^a. Dra^a. Almira Alves e que está alicerçado sobre três teorias que se complementam: a Análise Transacional, a Programação Neurolinguística e a Aplicação Multissensorial. Cada uma dessas teorias traz componentes que influenciam na comunicação, ampliando a capacidade de absorção da mensagem ser transmitida e aumentando a eficiência dos produtos educacionais. (SANTOS et al, 2019)

A Análise Transacional foi criada pelo psiquiatra canadense Eric Berne, e defende que a personalidade do indivíduo é estruturada por três Estados de Ego: Estado de Ego Pai, Adulto e Criança.

O Estado de Ego Pai representa as normas, os valores, os conceitos preestabelecidos e os modelos de conduta. Enfatiza os padrões aprendidos na infância com os pais ou com alguma figura importante que se destacou na vida do indivíduo nesse período, tais como: avós, tios, professores, entre outros (SANTOS, 2019). Em geral o Ego Pai é aquele que cuida, protege, zela.

O Estado de Ego Adulto é o mais racional, analítico e realista. Não se deixa levar pelas emoções. Sobre ele Santos (2019, p.50) afirma: é representativo do pensamento lógico e abstrato, recebe as informações externas e as avalia, analisa e toma decisões em virtude da racionalidade, sem interferência das emoções.

O Estado de Ego Criança é o primeiro a ser formado e está relacionado com os sentimentos: amor, prazer, alegria, tristeza, medo. É dominado por desejos, impulsos, sonhos, espontaneidade, criatividade e entusiasmo. O brasileiro costuma ter o Estado de Ego criança bastante afluído, por isso os produtos educacionais devem ter este ego bem destacado em sua composição;

Santos (2019) ressalta que, em produtos destinados a um público diversificado é importante inserir os três estados de ego já que não tem como definir qual é o ego que prevalece dentro de cada indivíduo. Inserindo os três egos atinge-se toda população.

O segundo pilar da metodologia CTM3 é baseado na Programação Neurolinguística (PNL), que foi desenvolvida na década de 70 no Canadá e tem como fundadores nomes importantes como Richard Bandler e John Grinder.

Em seu livro *Programação Neurolinguística para leigos*, Ready e Burton (2016) afirmam que a PNL é uma das metodologias mais sofisticadas e eficientes disponíveis atualmente para ajudar o indivíduo a se comunicar de forma eficaz e que a PNL está centrada na comunicação e na mudança. Então, usar a PNL em um produto educacional é buscar que esta comunicação seja assertiva e que a mensagem transmitida através do recurso alcançará seu objetivo;

De certo a Programação Neurolinguística tem várias ferramentas a serem trabalhadas dentro da comunicação, mas o enfoque dado no método CTM3 é o uso das âncoras. Segundo O'Connor e Seymour (1995), âncoras são estímulos atuais que evocam uma experiência original. Quando bem inseridas em um recurso, reforçam a todo momento o comportamento adequado, que pode gerar uma melhoria da qualidade de vida, como: escovar os dentes, lavar as mãos, praticar uma atividade física. As âncoras devem estar presentes no produto educacional para fixar uma ideia ou mensagem importante que se queira transmitir.

O último pilar é a Aplicação da Multisensorialidade que nada mais é que o uso dos cinco sentidos: Visão, Audição, Olfato, Paladar e Tato na comunicação; Santos et al. (2019, p. 51) afirmam que “É por intermédio dos sentidos que apreendemos as

informações e sensações do mundo externo. Portanto, os cinco sentidos compõem uma importante ferramenta nesse processo de comunicação.”

Entende-se que as pessoas são diferentes e tem sentidos mais aguçados que outros; umas são mais visuais, outras mais sinestésicas e algumas tem o olfato bastante apurado. Dessa forma, com o propósito de atingir a todos, Santos et.al (2019) nos aconselha que todos os sentidos sejam incluídos dentro do recurso educacional. Assim a mensagem transmitida atinge todos os indivíduos, independente do sentido que lhe seja mais predominante.

Em resumo: um produto educacional eficiente deve conter os três estados de ego: Ego Pai, Adulto e Criança, deve evocar os cinco sentidos: Visão, Audição, Olfato, Paladar e Tato, e conter as âncoras. Com estes elementos presentes o recurso torna-se potente para transmitir mensagens de boas práticas e promover a Educação em Saúde.

6 O RECURSO EDUCACIONAL

O recurso educacional é um vídeo educativo com duração de 3min, elaborado no Movavi Vídeo Editor Plus 2020, versão 20.3.0

6.1 Etapas do recurso educacional

Como foi citado anteriormente, um recurso educacional bem elaborado deve conter os três estados de ego, os cinco sentidos e as âncoras. No vídeo educativo procuramos inserir todos estes elementos,

A Âncora – O Agente Comunitário de Saúde figurado como um super-herói, simbolizando o guardião da saúde. A imagem do super-herói fica fixa durante todo o filme no canto direito da tela, tipo um ícone. A âncora aparece no vídeo nos momentos em que são citadas as atribuições do ACS e quando se exalta a importância deste trabalhador para promoção da saúde e prevenção de doenças. O objetivo é fixar a figura do ACS como um guardião e protetor.

A Multisensorialidade – para trabalhar a multisensorialidade procuramos inserir no recurso educacional os cinco sentidos:

Visão – Trabalhada através das imagens presente no vídeo que sempre associam o que se está sendo narrado com a figura na tela. Então temos imagem do

médico, enfermeiro, dentista, ACS, das áreas e microáreas representadas pelas ruas e vilas e assim acontece até o fim do filme. A Visão também é evocada no uso de algumas frases no script:

- Veja bem...
- Observa se os idosos estão sendo bem cuidados...
- Imagina quanta coisa!
- Ver a melhor forma...

Audição – o auditivo é trabalhado no vídeo através das vozes já que todo o roteiro é narrado com vozes masculinas e femininas. Mas pode-se encontrar este sentido nas seguintes frases inseridas na narrativa:

- Ouviu falar...
- Disposto a te ouvir...
- Contar como anda...

Olfato – O olfativo foi inserido quando aparece a cena de alguém mexendo o feijão no fogo e o narrador diz: “quando o feijão já esteja cheirando e o almoço quase pronto”

Paladar – o sentido gustativo foi trabalhado nas cenas que aparece o feijão no fogo, na imagem seguinte que mostra várias comidas prontas numa mesa preparada pra refeição e quando propositalmente colocamos no roteiro a seguinte fala: “o Acs já marca sua consulta com o dentista para você sentir o gosto do flúor”, fazendo o receptor da mensagem acionar o sentido gustativo quando relembra do sabor do flúor que é bem característico e marcante.

Sinestésico - foi o sentido que mais se evidenciou no recurso educacional. Podemos ver isso em diversas frases e imagens que aparecem ao longo do vídeo, tais como: a imagem da Agente dando à mão a uma criança, imagem de alguém batendo na porta, duas pessoas dando às mãos e nas falas:

- Cuidar mais perto de...
- Sendo bem cuidados ...
- Dor de dente atacar
- Dar aquele abraço amigo

Os Estados de Ego – como já foi mencionado acima, cada estado de ego se caracteriza de uma forma específica e tivemos o cuidado de representar os três estados no produto.

Estado de Ego Pai: se destaca em cenas específicas que expressam cuidado, zelo, proteção como a da agente comunitária que dá a mão à criança, o agente fazendo visita domiciliar e outra dele abraçando o idoso. A própria figura que usamos como âncora também pode ser inserida no estado de ego pai porque ela representa alguém que está zelando pela saúde da população (o guardião da saúde). Outras falas que estão no vídeo e retratam o estado de ego pai são:

- Cuidar mais perto de você
- Assistir você e sua família sempre que precisar, prestando atendimento humanizado e de qualidade
- Agendar uma consulta para o médico
- Se os idosos estão sendo bem cuidados

Estado de Ego Adulto: enfatizamos o Ego Adulto quando foi explicado de forma racional e realista o que é a Estratégia de Saúde da Família citando quem compõe este programa do SUS e onde o mesmo acontece: no território, dentro das áreas e microáreas. Outro momento em que o ego Adulto é referenciado é quando o narrador usa um tom formal e direto para explicar qual as funções e atribuições do ACS e que ele deve ir de casa em casa fazer visitas pelo menos uma vez por mês. Algumas falas são trazidas como referência deste estado de ego, são elas:

- Durante a visita domiciliar - Durante as visitas domiciliares, que devem acontecer pelo menos 1 vez por mês ...
- Promover a educação em saúde dentro das comunidades, ensinando as pessoas o que devem fazer para prevenir doenças e se manterem saudáveis

Estado de Ego Criança: o vídeo está repleto de referências a este estado da personalidade. O Ego Criança está representado na grande maioria das figuras animadas, gifs e desenhos que aparecem no filme, inclusive na figura do super-herói que usamos como âncora. Também quando se demonstra as sensações de insegurança e medo da dor de dente ou problema de saúde e por fim nas cenas das crianças jogando bola no campinho.

7 CONCLUSÃO

Ao longo deste trabalho esperou-se ter construído um produto educacional eficiente, com a presença dos três estados de EGO, Pai, Adulto e Criança, que

tenha evocado os cinco sentidos e ainda enfatizado a programação neurolinguística através de uma âncora bem definida.

Deseja-se ainda que a mensagem do vídeo sirva para intensificar os laços entre o Agente Comunitário de Saúde e a comunidade, fortalecendo assim a Estratégia de Saúde da família e o Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARAL, L. Software e Marketing de Conteúdo: **Qual a duração ideal de um vídeo nas redes sociais?** Página inicial. Disponível em: <https://rockcontent.com/br/blog/duracao-de-videos/>. Acesso em: 05 jun 2020

DOBROVOLNY, J. How adults learn from self-paced, technology-based corporate training: New focus for learners, new focus for designers. **Distance Education**, v. 27, n. 2, p. 155-170, 2006.

KAPLÚN, G. Material Educativo: a experiência do aprendizado. **Comunicação e Educação**, São Paulo, v. 27, p. 46-60, maio/ago, 2003. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/comueduc/article/view/37491>. Acesso em: 07 jun. 2020

MORAES, A. A diversidade cultural presente nos vídeos em saúde. **Interface Saúde e Educação**, [s. l.], v. 12, ed. 27, p. 811-822, 2008

O'CONNOR, J.; SEYMOUR, J. **Introdução à programação neurolinguística**. São Paulo: Summus, 1995.

READY, R; BURTON, K. **PROGRAMAÇÃO NEUROLINGUÍSTICA PARA LEIGOS**. 2. ed. Rio de Janeiro: ALTAS BOOKS, 2016. 393 p. ISBN 978-85-7608-963-6

SANTOS, A. **EDUCAÇÃO EM SAÚDE: Trabalhando com Produtos Educacionais**. 24. ed. rev. Curitiba: CRV, 2019. 252 p. ISBN 978-85-444-3437-6

SANTOS, A. A. *et al.* Produtos educacionais na Educação em Saúde. In: MARQUES, A. L. B. A. *et al.* (org.). **Interfaces entre educação e saúde**. Curitiba. CRV, 2019. p. 45-53.

STRAZZA, P. Consumo de vídeos online no Brasil cresceu 135% nos últimos 4 anos. *In: Brasil Social Media*. São Paulo, 19 set. 2018. Disponível em: <https://www.b9.com.br>. Acesso em: 22 jul. 2020.

VARGAS, Ariel *et al.* Promídia: produção de vídeos digitais no contexto educacional. **Novas tecnologias na Educação**, Rio Grande do Sul, ano 2, v. 5, p. 1-13, 12 dez. 2007

APÊNDICES

1. ARTIGO

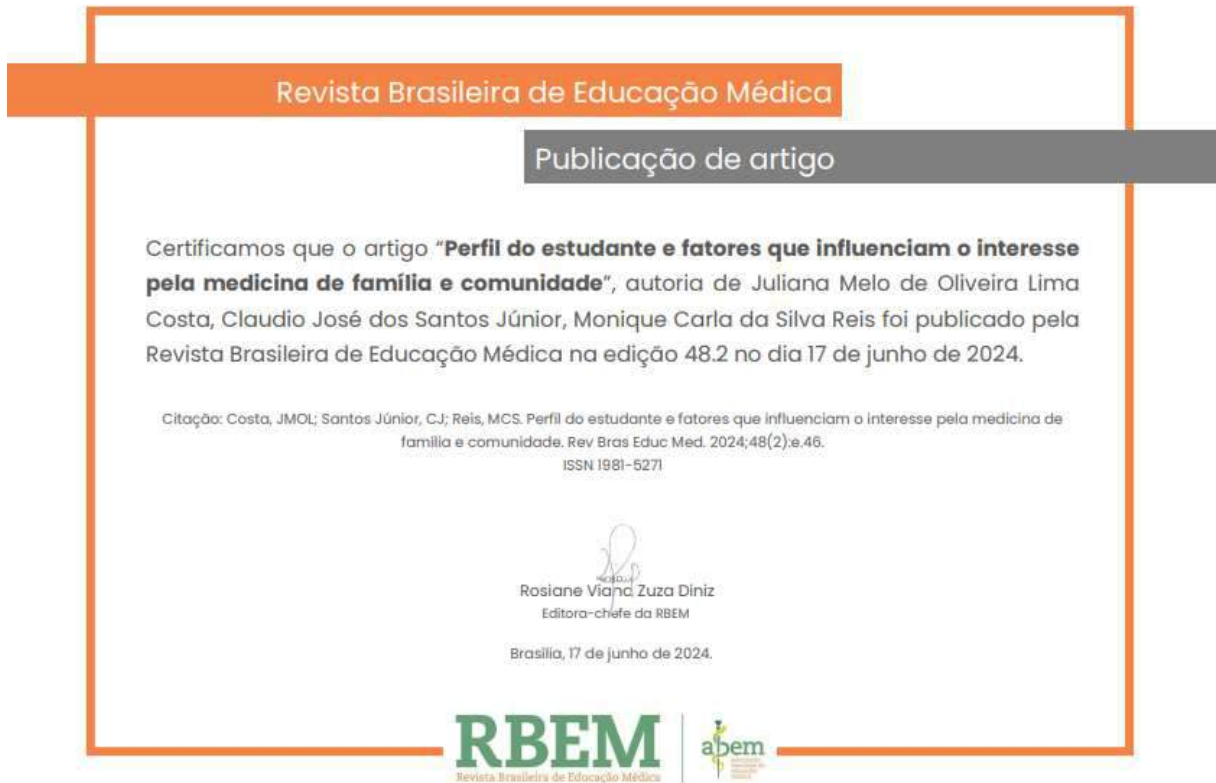
Artigo publicado na Revista Brasileira de Educação Médica, na edição 48.2 de julho de 2024. Título: Perfil do estudante e fatores que influenciam o interesse pela medicina de família e comunidade.

(<https://doi.org/10.1590/1981-5271v48.2-2024-0007>)

Recebimento dos originais: 10/01/2024

Aceito para publicação: 21/03/2024

<https://www.scielo.br/j/rbem/a/7C5LmdKNBcvnNgbpPnhRmkz/abstract/?lang=pt#>



Perfil do estudante e fatores que influenciam o interesse pela medicina de família e comunidade

Profile of medical students and factors that influence their interest in the family and community medicine residency

Juliana Melo de Oliveira Lima Costa¹ | julianamelocosta@hotmail.com
 Claudio José dos Santos Júnior² | claudiojunior@usp.br
 Monique Carla da Silva Reis¹ | monique.reis@uncisal.edu.br

RESUMO

Introdução: A medicina de família e comunidade (MFC) apresenta-se como uma carreira médica de importância social, porém seu crescimento nas regiões do Brasil ainda é pouco representativo, sendo necessário identificar os fatores que influenciam o estudante do curso de Medicina na escolha dessa carreira profissional.

Objetivo: Este estudo teve como objetivo analisar fatores que influenciam o interesse pela residência em MFC pelos alunos do internato do curso de Medicina.

Método: Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de análise quantitativa, realizado com os alunos matriculados nos estágios do penúltimo e último anos dos cursos de Medicina de uma capital brasileira.

Resultado: Participaram da pesquisa 229 estudantes matriculados no internato de Medicina. Aqueles que demonstraram interesse pela MFC eram, em sua maioria, jovens, de ambos os gêneros, na faixa etária entre 26 e 35 anos, casados, com filhos e renda familiar menor que cinco salários mínimos. Duas variáveis estiveram associadas à opção pela MFC: a faixa etária e a avaliação positiva acerca da especialidade.

Conclusão: Compreender os fatores que influenciam na escolha da MFC pode contribuir para aprimorar a formação médica, alinhando as preferências dos estudantes com as necessidades da sociedade e do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Residência Médica; Medicina da Família e Comunidade; Atenção Primária à Saúde; Ensino.

ABSTRACT

Introduction: Family and community medicine (FCM) is presented as a socially important medical career; however, its growth in regions of Brazil remains relatively low. It is necessary to identify the factors that influence medical students in their choice of this professional path.

Objective: To analyse factors that influence interest in FCM residency among medical interns.

Methods: A cross-sectional, descriptive, quantitative analysis study was conducted with students enrolled in the penultimate and final years of medical courses in a Brazilian capital city.

2. Modelo do termo de consentimento livre e esclarecido

(Em 2 vias, uma para o participante e outra para o pesquisador)

TCLE BASEADO NAS DIRETRIZES CONTIDAS NA RESOLUÇÃO CNS
Nº466/2012, MS.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.)

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após o consentimento livre e esclarecido dos participantes da pesquisa, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa”

1. O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) do estudo **“Fatores de influência para ingresso na Residência Médica em Saúde da Família e Comunidade em Alagoas”**, que será realizada na Universidade Federal de Alagoas, na Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, no Centro Universitário CESMAC e no Centro Universitário Tiradentes, recebi da Srta. Juliana Melo de Oliveira Lima Costa, Administradora e Gerente do VI Distrito Sanitário de Maceió, responsável por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

2. Este estudo se destina a analisar o interesse de ingresso na Residência em Medicina de Família e Comunidade pelos alunos do curso de Medicina de Alagoas, identificar os fatores que influenciam na escolha desta carreira profissional, identificar as características sociodemográficas dos alunos investigados e associar estes dados ao objetivo de formação em residência médica e caracterizar os objetivos profissionais a curto prazo dos estudantes de Medicina pós formação; considerando que a importância deste estudo é que o mesmo analisará os fatores que influenciam o estudante de Medicina de Alagoas na escolha pela carreira de Medicina de Família e Comunidade e assim fomentar estratégias que fortaleçam e promovam a formação de mais médicos de Família e Comunidade; que os resultados que se deseja alcançar são identificar e analisar os fatores que motivam ou desmotivam o estudante de Medicina a cursar a Residência de Medicina de Família e Comunidade; tendo início planejado para começar em 01 de julho de 2021 e terminar em 30 de outubro de 2021.

3. O (a) Senhor (a) participará do estudo da seguinte maneira: receberá um questionário elaborado na plataforma Google Forms por e-mail ou através de aplicativo de mensagem e após acessá-lo e responder o instrumento, suas respostas serão tabuladas pelo pesquisador do estudo. Sabendo que os possíveis riscos à sua saúde física e mental são que o

entrevistado entenda que sua privacidade esteja sendo invadida e que a entrevista tome o tempo dos entrevistados, e serão minimizados da seguinte forma: todas as informações colhidas serão tratadas em sigilo, e sem qualquer identificação do participante e o entrevistado tem total liberdade de eximir de responder a qualquer uma das perguntas ou de se negar a participar do estudo. Para evitar o segundo risco, foi elaborado um questionário simples, de fácil compreensão e de acesso rápido, de forma que não exija muito tempo dos entrevistados e nem desmotive sua vontade de contribuir com a pesquisa.

4.Os benefícios previstos com a sua participação são: os resultados obtidos serão enviados às coordenações de residência em Medicina de Maceió (COREME) como forma de produzir diálogos possíveis nas instituições formadoras, fomentando políticas de incentivo aos estudantes para escolha da carreira de Medicina de Família e Comunidade e pode servir de embasamento para fortalecer as relações de ensino-serviço entre as Instituições de Ensino e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, a medida que incentivem uma maior adesão à residência de MFC e conseqüentemente ampliação do campo de prática e do número de profissionais médicos atuando na Atenção Primária dos municípios. Para isso o (a) Senhor (a) poderá contar com a assistência do psicólogo Luciano Domingues Bueno, CRP: 4968-15, CPF 303.198.838-84.

5.Durante todo o estudo, a qualquer momento que se faça necessário, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.

6. O Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL é um colegiado transdisciplinar de caráter consultivo, educativo e deliberativo. O CEP/UNCISAL tem por Finalidade defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade, contribuindo para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos obedecendo aos pressupostos da Resolução 466/12 do Conselho nacional de Saúde – CNS e de todas as suas complementares. (Regimento Interno do CEP UNCISAL artigos 1º e 2º).

7.A qualquer momento, o (a) Senhor (a) poderá recusar a continuar participando do estudo e, retirar o seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo. A divulgação dos resultados será realizada somente entre profissionais e no meio científico pertinente.

8.O (a) Senhor (a) deverá ser ressarcido (a) por qualquer despesa que venha a ter com a sua participação nesse estudo e, também, indenizado por todos os danos que venha a sofrer pela mesma razão, sendo que, para estas despesas é garantida a existência de recursos.

8. O (a) Senhor (a) tendo compreendido o que lhe foi informado sobre a sua participação voluntária no estudo ***“Fatores de influência para ingresso na Residência Médica em Saúde da Família e Comunidade em Alagoas”*** consciente dos seus direitos, das suas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que terá com a sua participação, concordará em participar da pesquisa mediante a sua assinatura deste Termo de Consentimento.

9. Este documento foi elaborado em 2 vias de igual teor, firmado por cada uma das partes envolvidas no estudo: participante voluntário(a) da pesquisa e pelo Pesquisador Principal responsável pela pesquisa.

Para informar ocorrências irregulares ou danosas, dirija-se ao Comitê de Ética em Pesquisa, pertencente UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - UNCISAL: Rua Dr Jorge de Lima, 113. Trapiche da Barra, CEP.:57010-382. Sala 203, segundo andar, Prédio Sede. Telefone: 3315 6787. Correio eletrônico: cep@uncisal.edu.br . Website: <https://cep.uncisal.edu.br/> Horário de funcionamento: diariamente no horário das 13:00 às 19:00 horas.

Ciente, _____ DOU O MEU
CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Prfª Drª Monique Carla da Silva Reis

Universidade Estadual de Ciências da Saúde – UNCISAL

Rua Dr. Jorge de Lima, 113 – Trapiche da Barra, Maceió

Tel: 082. 98848-8117

Maceió, _____ de _____ de _____

Assinatura do pesquisador principal

Assinatura ou impressão digital do(a)
voluntário(a) ou responsável legal

Assinatura de testemunha

3. Termo de Responsabilidade e Compromisso do Pesquisador Responsável.

TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Protocolo de pesquisa: Fatores de influência para ingresso na Residência Médica em Saúde da Família e Comunidade em Alagoas

Declaramos que conhecemos e cumpriremos os requisitos da Resolução CNS 466/12, 510/16 e suas complementares. Aceitamos as responsabilidades pela condução científica do projeto acima como pesquisador principal e pesquisadores associados de modo a:

1. Realizar a pesquisa somente após a aprovação do protocolo pelo sistema CEP/CONEP em atendimento a Carta Circular nº. 061/2012/CONEP/CNS/GB/MS (Brasília-DF, 04 de maio de 2012);
 2. Coletar dados após a emissão do Parecer Consubstanciado com a aprovação do protocolo de pesquisa pelo sistema CEP/CONEP;
 3. Assumir o compromisso de zelar pela privacidade e sigilo das informações auferidas pelo pesquisador protegendo o pesquisado sem jamais causar-lhes malefícios;
 4. Comprometemo-nos a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não.
 5. Informar ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Ciências da Saúde – UNCISAL acerca de qualquer tipo de ocorrência e ou irregulares que venham a incidir negativamente sobre os pesquisados.
- Temos ciência que esse termo será anexado ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.

Maceió, 16 de abril de 2021

Monique Carla da Silva Reis

Prof. Drª. Monique Carla da Silva Reis
Pesquisador principal/CPF 065.730.734-36
NUCIP
Matrícula: 3056-2/UNCISAL

Juliana Melo de O. Lima Costa

Juliana Melo de Oliveira Lima Costa
Pesquisador Assistente/CPF 030.690.684.80
Matrícula 4107-7/ UNCISAL

4. QUESTIONÁRIO PARA PESQUISA

1. CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SÓCIODEMOGRÁFICO

- 1) Qual o semestre que você está cursando?
 - a) 9º Período
 - b) 10º Período
 - c) 11º Período
 - d) 12º Período
 - e) Não desejo responder
- 2) Em que instituição de ensino que você está concluindo seu curso?
 - a) UFAL Polo Maceió
 - b) UFAL Polo Arapiraca
 - c) UNCISAL
 - d) CESMAC
 - e) UNIT – AL
 - f) Não desejo responder
- 3) Faixa Etária
 - a) Entre 20 a 25 anos
 - b) Entre 26 a 35 anos
 - c) Entre 26 a 45 anos
 - d) Entre 46 a 55 anos
 - e) Não desejo responder
- 4) Sexo
 - () Feminino
 - () Masculino
 - () Não desejo responder
- 5) Qual a cidade de Nascimento? (Caso não deseje responder, por favor, informar).
- 6) Cidade onde mora atualmente? (Caso não deseje responder, por favor, informar).
- 7) Estado Civil?
 - a) Solteiro (a)
 - b) Casado (a)
 - c) Outros _____
 - d) Não desejo responder
- 8) Tem filhos?

- () Sim
- () Não
- () Não desejo responder

9) Se sim, quantos? (Caso não deseje responder, por favor, informar).

10) Renda mensal familiar?

- a) Menos de 05 salários-mínimos
- b) De 5 a 10 salários-mínimos
- c) De 10 a 20 salários-mínimos
- d) Mais de 20 salários-mínimos
- e) Não desejo responder
- f) Outros _____

2. INVESTIGAÇÃO SOBRE OS FATORES DE INFLUÊNCIA PARA INGRESSO NA RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMILIA E COMUNIDADE

1) Quais são seus objetivos profissionais logo após a conclusão do curso de Medicina? (Caso não deseje responder, por favor, informar).

2) Você pretende fazer alguma Residência após a formação? (Caso não deseje responder, por favor, informar).

3) Em caso afirmativo, qual seria esta especialidade?

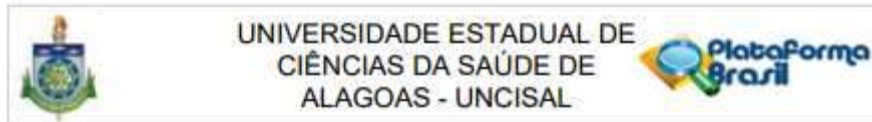
- 1. Clínica Médica
- 2. Cirurgia Geral
- 3. Oftalmologia
- 4. Otorrinolaringologia
- 5. Patologia / Anatomia Patológica
- 6. Radiologia / Medicina Nuclear
- 7. Medicina do Trabalho
- 8. Psiquiatria
- 9. Medicina de Família e Comunidade (MFC)
- 10. Pediatria
- 11. Infectologia
- 12. Ortopedia
- 13. Neurologia
- 14. Ginecologia e Obstetrícia
- 15. Anestesiologia
- 16. Dermatologia
- 17. Outros

18. Não desejo responder
- 4) Se a sua resposta for “Outros”, por favor indique qual. (Caso não deseje responder, por favor, informar).
- 5) Em que momento do curso você escolheu a Residência que pretende cursar?
- a) Antes de entrar na faculdade
 - b) Nos primeiros quatro anos da faculdade
 - c) Durante o internato
 - d) No último ano de curso
 - e) Ainda não decidi que Residência vou fazer
 - f) Não desejo responder
- 6) Durante sua graduação, você teve experiência de atuação na ESF?
- Sim
 - Não
 - Não desejo responder
- 7) Se Sim, por quanto tempo? Caso não deseje responder, favor informar.
- 8) Cite aspectos positivos da experiência na Estratégia de Saúde da Família para sua formação médica: (Caso não deseje responder, por favor, informar).
- 9) Cite aspectos negativos da experiência na Estratégia de Saúde da Família para sua formação médica: (Caso não deseje responder, por favor, informar)
- 10) Você tem interesse pela residência em Medicina de Família e Comunidade?
- Sim
 - Não
 - Não desejo responder
- 11) Se sim, qual (quais) fatores contribuem para esse interesse? (OLIVEIRA, 2015)
- Interesse pelas causas sociais
 - expectativa de abordagem integral ao paciente (biopsicossocial)
 - Interesse de formar vínculo com os pacientes e de segui-los por mais tempo
 - Interesse de atuar em equipe multidisciplinar de saúde
 - Oferta de emprego mais diversificada
 - Remuneração atrativa
 - Carga horária de trabalho adequada às suas expectativas

- Facilidade para ingressar na Residência Médica
 - Possibilidade de ocupar um cargo administrativo / de gerenciamento em saúde
 - Ter uma relação médico-paciente mais próxima
 - Expectativa de realizar consulta médica mais completa e humanizada
 - Necessidade de ter um conhecimento médico menos aprofundado e específico
 - não precisar trabalhar em ambiente hospitalar
 - não precisar atender emergências
 - maior possibilidade de seguir carreira acadêmica na especialidade
 - Outro (s): _____
 - Não desejo responder
- 11) Quais fatores em sua opinião poderiam estimular um médico a escolher a carreira de Medicina de Família e Comunidade: (Caso não deseje responder, por favor, informar).
- 12) Quais fatores em sua opinião poderiam desestimular um médico a escolher a carreira de Medicina de Família e Comunidade: (Caso não deseje responder, por favor, informar).
- 13) Como você avalia a carreira de Medicina de Família e Comunidade?
- a) Ótima
 - b) Boa
 - c) Regular
 - d) Ruim
 - e) Péssima
 - f) Não desejo responder
- 14) Justifique a resposta anterior. (Caso não deseje responder, por favor, informar).

ANEXOS

Anexo 1- Parecer Consubstanciado do CEP - Número do Parecer: 4.854.616



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Fatores de influência para ingresso na Residência Médica em Saúde da Família e Comunidade em Alagoas

Pesquisador: JULIANA MELO DE OLIVEIRA LIMA COSTA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 47573221.2.0000.5011

Instituição Proponente: Campus sede

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.854.616

Apresentação do Projeto:

O presente estudo busca analisar a adesão à Residência de Medicina de Família e Comunidade pelos estudantes de Medicina de Alagoas e os fatores que influenciam na escolha desta carreira profissional. A pesquisa será um estudo transversal do tipo quantitativo feito através de questionário com estudantes do último ano do curso de Medicina de Alagoas. O estudo terá uma amostra censitária, incluindo todos os estudantes que estiverem cursando o último ano do curso de medicina em 2021 nas seguintes instituições: Universidade Federal de Alagoas – UFAL (Campus Maceió e Arapiraca), Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas - UNCISAL, O Centro Universitário Cesmac – CESMAC e o Centro Universitário Tiradentes – UNIT AL. A análise de dados se dará de forma descritiva e analítica através do software Biostat 5.3, quando possível será realizada a análise do teste Qui-Quadrado

Objetivo da Pesquisa:

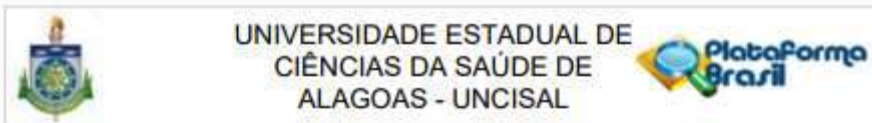
Geral:

Analisar o interesse de ingresso na Residência em Medicina de Família e Comunidade pelos alunos do curso de Medicina de Alagoas.

Específicos:

- Identificar os fatores que influenciam na escolha desta carreira profissional;

Endereço: Rua Jorge de Lima, 113
Bairro: PRADO **CEP:** 57.010-300
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3315-6787 **Fax:** (82)3315-6787 **E-mail:** cep@uncisal.edu.br



Continuação do Parecer: 4.854.616

- Identificar as características sociodemográficas dos alunos investigados e associar estes dados ao objetivo de formação em residência médica;

- Caracterizar os objetivos profissionais a curto prazo dos estudantes de Medicina pós formação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa pode apresentar alguns riscos ao logo de sua execução, porém são riscos de baixa intensidade e que podem ser contornados com rapidez pelo responsável do estudo.

Um risco possível é que ao responder as questões o entrevistado entenda que sua privacidade esteja sendo invadida. Este ponto pode ser dirimido quando o pesquisador deixar claro que todas as informações colhidas serão tratadas em sigilo, e sem qualquer identificação do participante. É importante deixar claro também que o entrevistado tem total liberdade de eximir de responder a qualquer uma das perguntas ou de se negar a participar do estudo.

Outro risco provável é que a entrevista tome o tempo dos entrevistados. É importante lembrar que os alunos estão envolvidos com a finalização do curso e o início de suas carreiras profissionais. Para minimizar este risco, é necessário que o questionário aplicado seja simples, de fácil compreensão e de acesso rápido, de forma que não exija muito tempo dos entrevistados e nem desmotive sua vontade de contribuir com a pesquisa.

Benefícios:

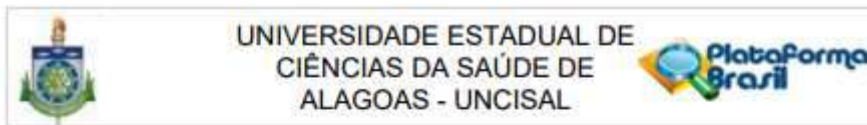
Como preconiza a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, toda pesquisa deve proporcionar benefícios imediatos ou posterior para o participante e/ou sua comunidade (Brasil, 2012). Dessa feita, ao fim do estudo, pretende-se encaminhar os resultados obtidos às coordenações de residência em Medicina de Maceió (COREME) como forma de produzir diálogos possíveis nas instituições formadoras, fomentando políticas de incentivo aos estudantes para escolha da carreira de Medicina de Família e Comunidade.

Os resultados também pode servir de embasamento para fortalecer as relações de ensino-serviço entre as Instituições de Ensino e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, a medida que incentivem uma maior adesão à residência de MFC e conseqüentemente ampliação do campo de prática e do número de profissionais médicos atuando na Atenção Primária dos municípios.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo se encontra de acordo com a Resolução 466/12.

Endereço: Rua Jorge de Lima, 113
 Bairro: PRADO CEP: 57.010-300
 UF: AL Município: MACEIO
 Telefone: (82)3315-6787 Fax: (82)3315-6787 E-mail: cep@uncisal.edu.br



Continuação do Parecer: 4.854.616

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Sem pendências.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

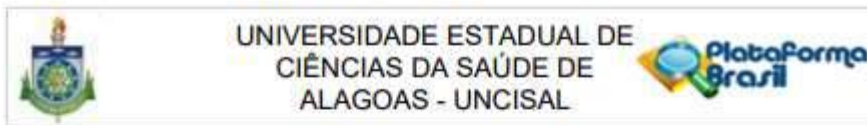
Considerações Finais a critério do CEP:

Nesta oportunidade, lembramos que o pesquisador tem o dever de durante a execução do experimento, manter o CEP informado através do envio a cada seis meses, de relatório consubstanciado acerca da pesquisa, seu desenvolvimento, bem como qualquer alteração, problema ou interrupção da mesma.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1759643.pdf	06/07/2021 20:23:02		Aceito
Outros	NOVARESPOSTA.docx	06/07/2021 20:20:39	JULIANA MELO DE OLIVEIRA LIMA COSTA	Aceito
Outros	QUESTIONARIO.docx	06/07/2021 20:19:23	JULIANA MELO DE OLIVEIRA LIMA COSTA	Aceito
Outros	CARTARESPOSTA.docx	19/06/2021 11:18:17	JULIANA MELO DE OLIVEIRA LIMA COSTA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PESQUISA.docx	18/06/2021 21:21:55	Monique Carla da Silva Reis	Aceito
Outros	Declaracao_de_assistencia.pdf	18/06/2021 20:26:51	Monique Carla da Silva Reis	Aceito
Outros	ISENCAO_CONFLITO.pdf	27/05/2021 15:39:35	JULIANA MELO DE OLIVEIRA LIMA COSTA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_PESQUISADOR.pdf	27/05/2021 15:38:13	JULIANA MELO DE OLIVEIRA LIMA COSTA	Aceito
Declaração de concordância	DECLARACOES_FACULDADES.pdf	27/05/2021 15:37:14	JULIANA MELO DE OLIVEIRA LIMA COSTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE.docx	26/05/2021 19:22:19	JULIANA MELO DE OLIVEIRA LIMA COSTA	Aceito

Endereço: Rua Jorge de Lima, 113
 Bairro: PRADO CEP: 57.010-300
 UF: AL Município: MACEIO
 Telefone: (82)3315-6787 Fax: (82)3315-6787 E-mail: cep@uncisal.edu.br



Continuação do Parecer: 4.854.616

Ausência	TCLE.docx	26/05/2021 19:22:19	JULIANA MELO DE OLIVEIRA LIMA COSTA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	26/05/2021 19:20:43	JULIANA MELO DE OLIVEIRA LIMA COSTA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	26/05/2021 19:11:57	JULIANA MELO DE OLIVEIRA LIMA COSTA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO.pdf	26/05/2021 19:09:17	JULIANA MELO DE OLIVEIRA LIMA COSTA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MACEIO, 18 de Julho de 2021

Assinado por:
Ana Lúcia de Gusmão Freire
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Jorge de Lima, 113
Bairro: PRADO CEP: 57.010-300
UF: AL Município: MACEIO
Telefone: (82)3315-6787 Fax: (82)3315-6787 E-mail: cep@uncisal.edu.br