

Declaração de Gramado pela Saúde Rural nos países em desenvolvimento

Gramado Statement for Rural Health in developing countries

Declaración de Gramado para la Salud Rural en los países en desarrollo

Leonardo Vieira Targa. Universidade de Caxias do Sul (UCS). Caxias do Sul, RS, Brasil. targalv@gmail.com (*Autor correspondente*)
John Wynn-Jones. Presidente do Grupo de Trabalho de Saúde Rural da WONCA. Greenock, País de Gales, Reino Unido. john@johnwj.com
Amanda Howe. Associação Mundial de Médicos de Família (Wonca). Londres, Inglaterra amanda.howe@wonca.net
Maria Inez Padula Anderson. Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. inezpadula@yahoo.com.br
José Mauro Cerratti Lopes. Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Porto Alegre, RS, Brasil. jmauro.lopes@terra.com.br
Nulvio Lermen Junior. Presidente da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. nulvio@hotmail.com
Thiago Gomes da Trindade. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Natal, RN, Brasil. thiagogtrindade@gmail.com
Ian Couper. Universidade de Witwatersrand. Johannesburg, África do Sul. ian.Couper@wits.ac.za
Nilson Massakazu Ando. Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA). Manaus, AM, Brasil. nilsonando@gmail.com
Alan Bruce Chater. Universidade de Queensland, Brisbane, Austrália bruce.chater@theodoremedical.com.au
Jo Scott-Jones. Wonca Working Party on Rural Practice. Opotiki, Nova Zelândia. drjo@opotikigp.co.nz
André Luiz da Silva. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS). Porto Alegre, RS Brasil. barmitzvar@yahoo.com.br

Nós, aqui reunidos na XII Conferência Mundial de Saúde Rural da Wonca / IV Congresso Sulbrasileiro de Medicina de Família e Comunidade, declaramos como reflexão e recomendação para a saúde das populações rurais, em particular para os países em desenvolvimento, o que segue.

Sistemas de saúde para uma melhor saúde rural

- A saúde rural não pode ser pensada separadamente do desenvolvimento do sistema de saúde.
- Pessoas de países em desenvolvimento merecem um uso racional e eficiente dos recursos disponíveis para gastos de saúde a fim de se otimizarem os resultados e a satisfação com os serviços. O aprimoramento da saúde rural deve estar associado a uma forte orientação do sistema de saúde para atenção primária à saúde¹ e orientação para as reais necessidades das comunidades.
- Cobertura de saúde universal com equidade nos sistemas de saúde deve ser uma prioridade global^{2,3}
- Longitudinalidade e atenção integral devem ser constantemente alvo das políticas de saúde.
- Cuidado centrado na comunidade com competência cultural devem ser princípios de todas as políticas de sistema de saúde.
- Hospitais e unidades de saúde rurais devem estar adequadamente vinculados a uma rede de saúde constantemente avaliada, e esta rede vinculada aos serviços mais especializados por meio de fluxos estabelecidos de comunicação, regulação e transporte.
- Envolvimento com a comunidade em todos os níveis das decisões deve ser encorajado para todos os sistemas de saúde.

Como citar: Targa LV, Wynn-Jones J, Howe A, Anderson MIP, Lopes JMC, Lermen Jr N, et al. Declaração de Gramado pela Saúde Rural nos países em desenvolvimento. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014;9(32):292-294. Disponível em [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(32\)982](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(32)982).

Fonte de financiamento:
SBMFC.

Parecer CEP:
não se aplica.

Conflito de interesses:
declaram não haver.

Recebido em: 19/07/2014.
Aprovado em: 11/08/2014.

- “Rural Proofing” implica “pensar no rural”, consultar as comunidades rurais com a revisão de evidências rurais, desenvolver soluções rurais que são postas em prática, assim como monitorar, reavaliando continuamente e agindo em resposta a um ambiente em mudança.⁴ “Rural Proofing” deve ser centrado na pessoa e derivado por meio da lente do conhecimento contextualizado rural. É declaração do Wonca Working Party on Rural Practice (WWPRP) que Rural Proofing deve ser um aspecto rotineiro da aprovação e implementação das políticas. O WWPRP vai procurar desenvolver uma abordagem para ferramentas de Rural Proofing que abranja os princípios de melhoria da saúde para todas as pessoas rurais com uma apresentação do progresso dos resultados em 2015, na 13ª Conferência Mundial de Saúde Rural da WONCA.
- Estratégias para o desenvolvimento profissional contínuo devem envolver tecnologias de suporte remoto e formação. As iniciativas de sucesso de treinamento em serviços de medicina de família já existentes devem ser exploradas. Competências desejáveis para a prática rural devem ser definidas e adicionadas de forma adaptada às diferentes realidades locais e necessidades.
- Devem-se qualificar e corresponsabilizar os gestores de saúde para a adoção de políticas orientadas pelo uso culturalmente apropriado das melhores evidências disponíveis.
- A necessidade de discussão das particularidades da saúde rural e da prática profissional é essencial. No entanto, a busca excessiva de definições muito estritas pode não ser útil para a implementação de políticas que realmente impactem a saúde dessas populações.⁵ Categorias intermediárias geradas pelo conceito de rururbano^{6,7} são fundamentais para estimular o intercâmbio de conhecimentos de medicina rural diante da enorme complexidade das situações sociais contemporâneas. Entende-se aqui *rururbano* como “um processo de desenvolvimento socioeconômico que combina, em termos de forma e conteúdo, uma única vivência regional e nacional. Ela representa uma rejeição à absoluta urbanização e, ao mesmo tempo, à idealização de camponeses vivendo arcaicamente em espaço rurais.”⁶ O conceito também é utilizado para discutir a complexidade da definição de rural/urbano na legislação brasileira por outros autores, ao constatar-se que quase 15% da população nacional não se encaixam claramente em nenhuma das categorias isoladamente.⁷
- O estabelecimento de um sistema de saúde, o que especificamente inclui a preocupação com a saúde das populações rurais, implica estabelecer redes de cooperação eficazes entre comunidades, educação e instituições de pesquisa, serviços de saúde e de gestão.
- Reconhecemos o trabalho realizado anteriormente nos fóruns rurais de Cartagena, Santa Fé e Montevideu como importantes para o desenvolvimento da saúde rural na América Latina.

Recursos humanos para a Saúde Rural

- A má distribuição e escassez de recursos humanos são muitas vezes maiores e mais graves nos países em desenvolvimento, e as soluções para este problema devem ser idealmente trabalhadas de forma conjunta por políticas de retenção e de qualidade, respeitando-se as recomendações internacionais⁸ e acordos para a migração internacional ética.^{9,10}
- O melhor perfil a ser alcançado por meio de políticas de alta prioridade para otimizar a saúde rural é o de pós-graduado em medicina de família. Em países em desenvolvimento, muitas vezes serão exigidos tempo e recursos para estimular a formação deste perfil, mas no médio e longo prazo, isto é custo-efetivo.¹
- Programas de residência devem ser a estratégia de padrão-ouro para este objetivo. Condições devem ser criadas para aumentar o número de vagas, sua descentralização e a garantia de uma quantidade adequada de bolsas de estudos para que os profissionais de saúde não sejam desviados para outras áreas nem entrem diretamente no mercado de trabalho. Outras maneiras de alcançar mais rapidamente o número necessário de profissionais devem preservar as diferenças entre esses modelos e valorar diferentemente profissionais com uma formação mais completa.
- Um escopo mais amplo de habilidades e conhecimentos deve ser incluído em uma formação estendida para esses profissionais. Em locais onde já há programas de medicina de família, períodos adicionais com conteúdo rural devem ser criados, ou seja, com conteúdos especiais ligados à realidade local, podendo incluir cirurgia, habilidades e conhecimentos de obstetrícia, atendimento de emergência, pediatria, etc.

- Políticas de migração, serviços obrigatórios, recrutamentos temporários sem estratégias de retenção devem ser estratégias excepcionais e não devem ser as principais políticas de nenhum país. Descentralização rural da formação, políticas para estimular os alunos advindos de áreas rurais, melhoramentos na qualidade do trabalho, de vida e de pagamento, incluindo programas de carreira profissional devem ser parte de políticas multifatoriais para retenção.
- Migração de profissionais internacionais deve sempre respeitar as legislações nacionais e as recomendações internacionais.
- Trabalhadores de saúde rural que vivem e trabalham em zonas rurais devem ser valorizados e sua situação sempre deve ser comparada com as novas políticas para evitar prejuízo destes.
- A exposição dos alunos de todas profissões da área da saúde deve incluir todos os possíveis cenários de prática profissional, incluindo rural e rururbanas, e deve ser planejada longitudinalmente sempre que possível. A formação necessariamente deve ser direcionada para as necessidades locais. As competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) de medicina de família rural devem ser parte da formação de graduação. Unidades de cuidados de ensino nas áreas rurais são o cenário adequado para a formação de saúde rural e capacitação.

Referências

- 1 Starfield, B. Primary care: balancing health needs, services and technologies. New York: Oxford University Press; 1998.
- 2 World Health Organization (WHO). Declaration of Alma-Ata. Alma Ata: WHO; 1978. Disponível em: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
- 3 Vance C, Barrera A, Kidd M, Pena M, Anderson MIP, León E. Carta de Quito: Cobertura Universal, Medicina de Família e Comunidade e participação social. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014;9(31):183-5. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(31\)928](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(31)928)
- 4 Swindlehurst HF, Deaville JA, Wynn-Jones J, Mitchinson KM. Rural proofing for health: a commentary. Rural Remote Health. 2005;5: 411. Disponível em: <http://www.rrh.org.au/articles/subviewnew.asp?ArticleID=411>
- 5 Ando NM, Targa LV, Almeida A, Silva DHS, Barros EF, Schwalm FD et al. Declaração de Brasília: o conceito de rural e o cuidado à saúde. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2011;6(19):142-4. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc6\(19\)390](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc6(19)390)
- 6 Freire G. Rururbanização: o que é? Recife: Massangana, 1982.
- 7 Veiga JE. Cidades imaginárias: o Brasil é menos urbano do que se calcula. Campinas: Autores Associados; 2002.
- 8 World Health Organization (WHO). Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. Geneva; 2010.
- 9 Wonca Working Party on Rural Practice (WWPRP). A Code of Practice for the International Recruitment of Health Care Professionals: The Melbourne Manifesto. Melbourne; 2002.
- 10 World Health Organization (WHO). Migration of health workers: The WHO Code of Practice and the Global Economic Crisis. Geneva; 2014. Disponível em: http://www.who.int/hrh/migration/14075_MigrationofHealth_Workers.pdf?ua=1