

REVISTA BRASILEIRA DE **MEDICINA DE**
FAMÍLIA E
COMUNIDADE



Volume 8, Suplemento I, Jan-Mar 2013
ISSN 1809-5909



www.rbmfc.org.br



Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
Brazilian Journal of Family and Community Medicine
Revista Brasileña de Medicina Familiar y Comunitária

Sumário

- 3 Editorial**
Leonardo Vieira Targa
- 4 As recomendações da Wonca para a saúde das populações rurais**
Leonardo Vieira Targa; Nilson Massakazu Ando; André Luiz da Silva; Rodrigo Pinheiro Silveira; Magda Almeida; Ricardo César Garcia Amaral Filho; Mônica Correia Lima; Leonardo Caçado Monteiro Savassi; Dijon Hosana Souza Silva; Thereza Cristina Gomes Horta
- 7 A saúde dos povos indígenas: a declaração de Kuching para ação**
WONCA Working Party on Rural Practice
- 10 Saúde para toda a população rural: declaração de Durban**
WONCA Working Party on Rural Practice
- 12 Um código de condutas para o recrutamento internacional de profissionais de saúde: o manifesto de Melbourne**
WONCA Working Party on Rural Practice
- 15 Política de qualidade e eficácia dos cuidados de saúde rural**
WONCA Working Party on Rural Practice
- 25 Política de formação para a prática rural**
WONCA Working Party on Rural Practice
- 35 Política para médicas de família em áreas rurais**
WONCA Working Party on Rural Practice
- 49 Política sobre o uso da tecnologia da informação para melhoria dos cuidados da saúde rural**
WONCA Rural Information Technology Exchange (WRITE)
- 66 HIV/AIDS: o documento de Santiago de Compostela**
WONCA Working Party on Rural Practice

Grupo de Trabalho (GT) de Medicina Rural da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC)

Presidente da SBMFC: Gustavo Diniz Ferreira Gusso (Gestão 2010-2012)
Nulvio Lermen Junior (Gestão 2012-2014)

Diretor de Medicina Rural da SBMFC: Nilson Massakazu Ando

Coordenação do GT de Medicina Rural da SBMFC: Leonardo Vieira Targa

O GT de Medicina Rural é vinculado à Diretoria de Medicina Rural da SBMFC e foi criado para fomentar as discussões da consolidação da Medicina Rural no Brasil como uma das áreas de atuação da Medicina de Família e Comunidade. Caso você atue em áreas consideradas rurais ou tenha interesse pelo assunto, participe do GT de Medicina Rural. Para ser membro do GT é necessário ser sócio da SBMFC.

E-mail: medicinarural@sbmfc.org.br

Site: <http://www.sbmfc.org.br/medicinarural>

Editorial

Leonardo Vieira Targa. MFC – Coordenador do GT Rural da SBMFC. Universidade de Caxias do Sul (UCS). lvtarga@ucs.br

Os determinantes de saúde apresentam diferenças nos meios rural e urbano. Isto gera diferentes resultados de saúde entre estes meios, o que está bastante documentado, seja nos indicadores clássicos de saúde como mortalidade infantil¹, seja na frequência de alguns agravos². Além disso, os diferentes níveis de acessibilidade ao sistema de saúde em seus diversos serviços e recursos, as dificuldades para o cuidado longitudinal, integral e coordenado somam-se para as diferenças encontradas entre a saúde urbana e rural³ e ajudam a determinar uma pior autopercepção de saúde².

Entre os fatores responsáveis por estas dificuldades, está a carência de profissionais de saúde, em especial médicos, fora dos grandes centros urbanos⁴. Ampla literatura revisa as estratégias e políticas de diversas partes do mundo que procuram reduzir este déficit⁵⁻⁷. Uma combinação de fatores pessoais, com estratégias de acesso à universidade, possibilidade de parte da formação fora de grandes centros urbanos, acrescentada a políticas de melhoria das condições de vida e trabalho do profissional e sua família, o que inclui possibilidades de carreira e aproximação acadêmica, parecem ser a melhor estratégia e constam nas recomendações da Organização Mundial de Saúde⁴.

A Associação Mundial de Médicos de Família (Wonca), através de seu grupo de trabalho em medicina rural (Working Party on Rural Practice), vem produzindo conhecimento e estimulando reflexões relacionadas a esta problemática em nível mundial. Este suplemento procura ajudar na divulgação especialmente nos países de língua portuguesa dos principais documentos deste grupo, ao qual o Grupo de Trabalho em Medicina Rural da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade está associado.

Estes documentos ajudam a suprir uma grande deficiência de material em português sobre os temas saúde rural e medicina rural e servirá de referência importante para futuras produções. Inicialmente, membros do GT rural da SBMFC resenham os documentos que traduziram e, numa segunda parte, os documentos na íntegra estão disponíveis. Esperamos com isto contribuir para fortalecer o entendimento das especificidades desta área de atuação dos profissionais de saúde, em especial dos médicos de família e comunidade e ajudar a despertar o interesse para as discussões na área.

Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Departamento da População e Indicadores Sociais. Evolução e perspectivas da mortalidade infantil no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 1999.
2. Dachs JNW. Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998. *Cienc Saude Colet*. 2002; 7(4): 641-657. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232002000400004>
3. Targa LV. Área Rural. In: Gusso G, Lopes JMC. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade*. Porto Alegre: Artmed; 2012. v. 1, p. 431-442.
4. Organização Mundial de Saúde - OMS. *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention*. Genebra: OMS; 2010.
5. Wilson NW, Couper ID, De Vries E, Reid S, Fish T, Marais BJ. A critical review of interventions to redress the inequitable distribution of healthcare professionals to rural and remote areas. *Rural Remote Health*. 2009; 9(2): 1060. [online]. [acesso em 2011 jan.]. Disponível em: <http://www.rrh.org.au>
6. Kapadia RK, McGrath BM. Medical school strategies to increase recruitment of rural-oriented physicians: the Canadian experience. *Can J Rural Med* 2011; 16(1): 13-19.
7. Hancock C, Steinbach A, Nesbitt TS, Adler SR, Auerswald CL. Why doctors choose small towns: A developmental model of rural physician recruitment and retention. *Soc Sci Med*. 2009; 69(9): 1368-76. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.08.002>

As recomendações da Wonca para a saúde das populações rurais

Leonardo Vieira Targa. Universidade de Caxias do Sul (UCS). lvtarga@ucs.br

Nilson Massakazu Ando. Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA). nilsonando@yahoo.com

André Luiz da Silva. Prefeitura Municipal de Eldorado do Sul/RS. PUCRS - Grupo de Pesquisa Redes, Identidade e Subjetividade - REDIS. barmitzvar@yahoo.com.br

Rodrigo Pinheiro Silveira. Universidade Federal do Acre (UFAC). ropsilv@uol.com.br

Magda Almeida. Universidade de Fortaleza (UNIFOR). magnhets@gmail.com

Ricardo César Garcia Amaral Filho. Universidade do Estado do Amazonas (UEA). amaral.mfc@gmail.com

Mônica Correia Lima. Prefeitura Municipal de Cajati (SP). monicalima@usp.br

Leonardo Cançado Monteiro Savassi. Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP). leosavassi@gmail.com

Dijon Hosana Souza Silva. Secretaria Municipal de Saúde de Jussari, Bahia. dijonhosana@hotmail.com

Thereza Cristina Gomes Horta. Prefeitura Municipal de Brumadinho (MG). thehorta@gmail.com

A Associação Mundial de Médicos de Família, através do seu grupo de trabalho de saúde rural, vem desenvolvendo ações, participando de projetos e realizando recomendações relacionados a diversos temas ligados à saúde rural. O Grupo de Trabalho em Medicina Rural da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade traduz para a língua portuguesa, neste número, os principais documentos que devem servir como referência para a construção de políticas e práticas nesta área. Abaixo um breve resumo dos artigos que se encontram neste volume.

O documento **Política de Qualidade e Eficácia dos Cuidados de Saúde Rural**¹ é, na palavra do Grupo de Trabalho em Medicina Rural da Wonca, um esforço para estruturar o desenvolvimento de metas e avaliações da qualidade e efetividade da prática da Medicina Rural, na busca dos objetivos de “Saúde para todos os povos” (OMS) e “Saúde para todas as Populações Rurais em 2020”².

Define-se a saúde rural como a interação necessária e a conectividade da pessoa rural com sua família e comunidade, alertando sobre o menor acesso das comunidades rurais do mundo a cuidados de saúde, pior estado e desfechos de saúde comparados com comunidades urbanas e afirma que as avaliações de qualidade e efetividade do cuidado não estão disponíveis nem são dirigidos ou aplicados à realidade rural. O objetivo do documento é sugerir parâmetros que levem em conta estas especificidades.

Prover cuidados de saúde efetivos e de alta qualidade em um contexto de ruralidade é um desafio para qualquer nação, pois a saúde fundamenta-se em determinantes amplos, demandando cooperação multidimensional da comunidade nos aspectos ambientais, econômicos, disponibilidade de recursos, educação e cuidados de saúde, respeitando particularidades de algumas populações como as indígenas, as minorias e as comunidades rurais isoladas para se atingir um status de saúde desejável.

A política apresentada neste documento se volta para esses aspectos e busca corrigir estas lacunas ao apresentar critérios e iniciativas que resultem na melhora da qualidade de vida dessas comunidades e permitam a mensuração da qualidade e

Como citar: Targa LV, Ando NM, Silva AL, Silveira RP, Porto MMA, Amaral Filho RCG et al. As recomendações da Wonca para a saúde das populações rurais. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013;8(Suppl 1):4-6. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfcb\(1\)724](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfcb(1)724)

da efetividade do cuidado à saúde. Identificam-se onze deles: o contexto rural, o estado de saúde rural, os desfechos em saúde rural, os serviços de saúde rural, a força de trabalho rural, a educação e o treinamento desta força de trabalho, a Infraestrutura rural e a tecnologia de informação, a pesquisa em saúde rural, o financiamento da saúde rural, a organização da saúde rural e a satisfação do consumidor de saúde rural. Para cada um dos parâmetros identificados, são discutidos a meta e o enquadramento e são feitos comentários pertinentes ao seu significado e importância no contexto.

Para o futuro, o documento reforça a **Declaração de Durban**² que preconiza a “Saúde para Todos os Povos Rurais” e afirma ser imperativo usar metas e medidas de qualidade e efetividade dos cuidados de saúde rural no desenvolvimento de cuidados rurais de qualidade e eficácia.

O **Manifesto de Melbourne**³, adotado na 5ª Conferência Mundial de Saúde Rural da Wonca, tem como foco a migração internacional de profissionais de saúde enquanto fator produtor de desigualdade entre sistemas de saúde. Este tema, que também já figurou como central em discussões e documentos da Organização Mundial da Saúde⁴, assume especial importância nos países mais pobres com consequências para a saúde de suas populações.

O Manifesto, a partir de uma análise que busca equilibrar os direitos individuais com as necessidades das comunidades, propõe a formação de um código internacional de ética neste tópico. Visto que a migração nem sempre é danosa, sendo desejável em algumas situações, sugere que: a) cada país que recebe profissionais de outros lugares examine sua situação e revise suas estratégias de recrutamento; b) países que experimentam perdas destes recursos humanos estudem as causas e reformulem suas políticas de formação, criação de oportunidades para retenção destes profissionais. Reconhece, além disso, a grande desigualdade de forças na competição entre os diferentes países em oferecer condições atraentes de trabalho.

O Documento **Política para Médicas de Família em Áreas Rurais**⁵ foi elaborado por um grupo de médicos e alunos de medicina após extensa pesquisa em países desenvolvidos com o objetivo de apresentar propostas no intuito de dar suporte à mulher trabalhadora em áreas rurais e remotas em sua prática de medicina de família, aumentar o número de mulheres médicas nessas áreas e assegurar a equidade do desenvolvimento de políticas e programas que afetem a força de trabalho na medicina rural relacionados às médicas.

Aponta o documento que, muito embora a força de trabalho da mulher médica tenha aumentado nos últimos anos, ainda há um grande espaço para a inserção desse profissional em áreas rurais e remotas. A presença da mulher médica na liderança de instituições para profissionais rurais, em eventos da categoria, pesquisa científica e publicações foi apontada como essencial para a equidade do trabalho médico nestas regiões. Sendo a mulher médica, um profissional com características de trabalho diferentes dos médicos homens, é importante o estímulo à formação, qualificação, educação permanente e fixação das médicas nessas áreas.

A **Política para a Formação para a Medicina de Família Rural**⁶ apresenta considerações e estratégias para o desenvolvimento de práticas de ensino para a graduação e pós-graduação de medicina, em cenários rurais, tendo em vista o aprimoramento da qualidade da prestação de serviços de saúde nestes locais. As orientações do documento baseiam-se na necessidade global de incrementar o número de médicos qualificados com atuação em áreas rurais e remotas.

Prática médica rural é definida como a atividade médica executada fora de áreas urbanas, para a qual são necessárias competências mais diversificadas, incluindo as áreas de obstetrícia, cirurgia, anestesia e medicina de emergência.

Embora o foco principal do documento sejam programas de formação e preparação de graduados, iniciando no nível de pré-graduação e continuando com a educação médica através de cursos de formação profissional com treinamento vocacional específico, a intenção é contextualizar uma política de recrutamento e retenção de médicos na prática rural.

O texto explora as possíveis soluções para a dificuldade de retenção de profissionais e estudantes nas áreas rurais, concomitante à abordagem dos mitos e fatos que desestimulam a prática profissional nestes locais, como isolamento profissional, a crença em uma prática de menor padrão técnico, a falta de acesso imediato às instalações de alta tecnologia e especialistas, entre outros.

O **Documento de Compostela**⁷, elaborado por médicos de família e comunidade participantes da 6ª Conferência Mundial de Saúde Rural, trata de um dos maiores desafios da atualidade: a redução das iniquidades no tocante à questão do HIV/AIDS de um modo global. Os autores reconhecem o caráter pandêmico e consolidado do vírus HIV em todo o mundo, em especial nos países em desenvolvimento, com aumento progressivo do número de infectados. Dentre questões relevantes como envolvimento de instituições e profissionais e mobilização global, eles tratam do aspecto da interdisciplinaridade, já que se trata de uma questão de saúde em nível global e envolve determinantes biopsicossociais, econômicos, educacionais e de políticas públicas.

A **Declaração de Kuching** para Ação⁸, aprovada no 6º Congresso Mundial de Saúde Rural, pontua a problemática e as especificidades da saúde dos povos indígenas e fornece recomendações gerais para profissionais e gestores que trabalham na área. O documento reforça a definição de povos indígenas, trata a saúde como direito humano e defende o direito à autodeterminação e ao autogoverno. É congruente com a necessidade de atenção diferenciada e controle social, ressaltando que os povos indígenas devem participar da formulação, execução e avaliação das políticas públicas de atenção e de formação na área da saúde indígena. A cultura e a língua diferenciadas são colocadas de maneira central na organização dos serviços, sendo determinante o desenvolvimento da competência cultural por parte dos profissionais de saúde. A Declaração é finalizada com a recomendação de sua utilização na íntegra pelos Governos e pelas Nações Unidas.

O Grupo de Trabalho sobre Formação da Prática Rural da Wonca define **Tele-saúde** como sendo a prestação de serviços de saúde à distância, tendo na Tecnologia da Informação e Comunicação um potencial considerável para que haja impactos positivos ou negativos sobre o acesso à prestação dos serviços de saúde rural.

Sua declaração relacionada ao tema⁹ proporciona aos participantes, financiadores e planejadores dos serviços de saúde rural, orientações para a introdução e o uso da Tecnologia da Informação e Comunicação nas comunidades rurais. Tendo como objetivo, fornecer diretrizes que garantam a gama de tecnologias consideradas apropriadas para as necessidades dos cuidados de saúde e serviços locais, sendo levados em consideração os contextos cultural e social em que os serviços serão introduzidos.

Entretanto, não há garantias de que a introdução de serviços de tecnologia da informação e comunicação será, automaticamente, um benefício para os trabalhadores de saúde rurais e as comunidades. No entanto, é possível, com um planejamento cuidadoso, maximizar o potencial dos serviços de tecnologia da informação e comunicação bem sucedidos e sustentáveis para as comunidades rurais.

Finalmente, afirma que os serviços de tecnologia da informação e comunicação nunca devem ser destinados a substituir a prestação de serviços direto em nível local, por profissionais de saúde devidamente treinados e apoiados. Pelo contrário, a tecnologia da informação e comunicação deve ser um complemento valioso para o suporte do padrão de atendimento que é oferecido para as pessoas que vivem nas comunidades rurais do mundo.

Referências

1. Wonca Working Party on Rural Practice. Policy on Quality and Effectiveness of Rural Health Care. Traralgon: Monash University School of Rural Health; 2002.
2. Wonca Working Party on Rural Practice. Durban Declaration; 2nd World Rural Health Congress; 1997, Durban South Africa. Wonca; 1997.
3. Wonca Working Party on Rural Practice. A Code of Practice for the International Recruitment of Health Care Professionals: the Melbourne Manifesto; 5th Wonca World Rural Health Conference; 2002, Melbourne, Australia. Wonca; 2002.
4. World Health Organization – WHO. The WHO Global CODE of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. Implementation by the Secretariat. Geneva: WHO; 2010.
5. Wonca Working Party on Rural Practice. Policy on Female Family Physicians in Rural Practice. Traralgon: Monash University School of Rural Health; 2002.
6. Wonca Working Party on Rural Practice. Política para a Formação para a Medicina de Família Rural. Wonca; 1995.
7. Wonca Working Party on Rural Practice. HIV/AIDS: O documento de Santiago de Compostela; 6ª Conferência Mundial de Saúde Rural da WONCA; 2003, Santiago de Compostela, Espanha. Wonca; 2003.
8. Wonca Working Party on Rural Practice. The Health of Indigenous Peoples: the Kuching Statement; 3rd World Rural Health Congress Kuching; 1999, Malaysia. Wonca; 1999.
9. Wonca Rural Information Technology Exchange - WRITE. Policy on Using Information Technology to Improve Rural Health Care. Traralgon: Monash University School of Rural Health; 1998.

A saúde dos povos indígenas: a declaração de Kuching para ação

Aprovada no 6º Congresso Mundial de Saúde Rural

Santiago de Compostela, Espanha, 2003

WONCA Working Party on Rural Practice

Ademais da Declaração de Durban e da declaração de Kuching de 1999, que convocam para uma Iniciativa Global de Saúde Para Toda a População Rural, nós, como profissionais de saúde das zonas rurais de todo o mundo, que estivemos presentes à sexta Conferência Mundial WONCA sobre Saúde Rural em Santiago de Compostela, Espanha, notamos com preocupação que:

- A despeito da diversidade cultural e étnica, existem notáveis semelhanças entre os problemas, disparidades na saúde e interesses dos povos indígenas no mundo todo.
- O estado de saúde dos povos indígenas em muitos países é significativamente pior do que aquele da população como um todo.
- Os povos indígenas representam as mais marginalizadas e mais pobres subpopulações do mundo.
- Muitos dos problemas de saúde dos povos indígenas são decorrentes das condições socioeconômicas precárias.
- A realocação forçada de povos indígenas sem consulta ou consentimento informado tem um efeito danoso sustentado sobre a saúde e bem-estar cultural dessas comunidades e seus membros.

Conseqüentemente, afirmamos que:

Definição de Povos Indígenas

O termo “indígena”¹ se refere àqueles que, enquanto conservando total ou parcialmente suas línguas, organizações e estilos de vida tradicionais, que os distinguem da sociedade dominante, ocuparam uma área particular antes da chegada de outros grupos populacionais.

Como citar: Working Party on Rural Practice WONCA. A saúde dos povos indígenas: a declaração de Kuching para ação. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013;8(Suppl 1):7-9.
Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8\(1\)723](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8(1)723)

Definição de autodeterminação

A Carta das Nações Unidas, a Convenção Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais e a Convenção Internacional sobre Direitos Civis e Políticos afirmam a importância fundamental do direito de autodeterminação de todos os povos.

- A. Autodeterminação é o poder que faz com que os povos possam livremente determinar seu status político e buscar o próprio desenvolvimento econômico, social e cultural².
- B. Os Povos Indígenas, como uma forma específica de exercitarem o direito de autodeterminação, têm o direito à autonomia ou autogoverno em matérias relacionadas aos assuntos internos e locais, incluindo cultura, religião, educação, informação, comunicação, saúde, habitação, emprego, bem-estar social, atividades econômicas, gerenciamento de terras e recursos, meio ambiente e ingresso de não membros, bem como aos meios para financiar essas funções autônomas.

Direitos

Os direitos dos Povos Indígenas foram afirmados na Declaração Universal dos Direitos Humanos.³

- A. Saúde equânime para os Povos Indígenas é um direito humano básico.
 - Para atingir isto, são necessários esforços e recursos adicionais.
- B. Parceria, compromisso e vontade política são necessários para melhorar o estado de saúde e bem-estar dos Povos Indígenas.
 - Parcerias exigem participação, em que há reconhecimento de interdependência, necessidade de integridade e equilíbrio de poder no relacionamento entre todos os participantes.
- C. A saúde e o bem-estar das Famílias Indígenas requerem atenção especial.
 - Uma criança nascida na pobreza, exposta a viver e morar em condições inadequadas e com pouco acesso à alimentação perpetua o ciclo de pobreza e predispõe à doença crônica e à incapacidade.
 - Toda criança tem o direito a um meio ambiente que favoreça seu desenvolvimento físico, espiritual, moral e social.⁴
- D. Os Povos Indígenas têm direito a serviços de saúde culturalmente apropriados, de preferência em sua própria língua.
 - Todos os povos têm o direito e o dever de participar individualmente e coletivamente no planejamento e implementação do seu modelo de atenção à saúde.⁵
 - O controle social indígena na saúde, particularmente nas ações de atenção primária⁶, fornece o suporte para uma prestação adequada e aceitável.
 - Profissionais da saúde e governos devem reconhecer a importância das terapias alternativas indígenas, incluindo os curandeiros e os remédios tradicionais.

Controle Social Indígena

- A. É essencial que os Povos Indígenas estejam envolvidos no aprimoramento de seu estado de saúde através de iniciativas públicas e privadas.
 - Os povos Indígenas devem estar incluídos na formulação, execução e avaliação dos serviços de saúde.⁷
- B. Os Povos Indígenas devem sempre ser envolvidos em Fóruns nacionais e internacionais que tratam de questões de saúde rural.
- C. Povos Indígenas devem ser educados e treinados como profissionais de saúde.

Envolvimento dos profissionais da saúde

- A. Profissionais da saúde têm o dever de defender políticas e programas que apontarão os determinantes sociais, ambientais e econômicos de maneira a aprimorar o estado de saúde dos Povos Indígenas.
- B. Profissionais da saúde têm o dever de defender políticas e programas de outras áreas que afetam os determinantes de saúde indígena.
- C. Os profissionais da saúde devem receber educação e treinamento em saúde indígena, incluindo competência cultural, e negociar políticas e programas que afetarão os determinantes de saúde indígena.
 - Povos Indígenas devem ser incluídos na formação, execução e avaliação da educação, incluindo esquemas de treinamento vocacional.⁸

Recomendações à WONCA

Que a WONCA concorda que a *Declaração de Kuching para Ação 2003* revisada seja recomendada para ação das Nações Unidas e Governos.

Esta declaração deve ser usada na sua totalidade. Nenhum elemento individual desta declaração deve ser considerado isoladamente ou usado para negar qualquer dos princípios destacados neste documento.

Referências

1. Organização Internacional do Trabalho, 1989.
2. Resumo da Declaração Sobre os Direitos dos Povos Indígenas.
3. Declaração Universal dos Direitos Humanos 1948.
4. Artigo 27 da Convenção sobre os Direitos da Criança.
5. Alma Ata WHO 1978.
6. Organização Internacional do Trabalho 1989.
7. Organização Internacional do Trabalho 1989.
8. Organização Internacional do Trabalho 1989.

Tradução para a versão brasileira: Rodrigo Silveira
Rio de Janeiro: SBMFC, 2012.

Saúde para toda a população rural: declaração de Durban

Adotada no 2º Congresso Mundial de Saúde Rural

Durban, África do Sul, 1997

WONCA Working Party on Rural Practice

Preâmbulo

Nós, os profissionais de saúde rural do mundo, reunidos em Durban no 2º Congresso Mundial de Saúde Rural, propomos uma iniciativa global para o avanço da saúde da população rural mundial. Nós desejamos trabalhar em parceria para superar as desigualdades enfrentadas em áreas rurais.

Nós reconhecemos as contribuições significativas e o progresso de poucos países e organizações, porém expressamos nossa profunda preocupação e consternação em relação à negligência continuada com as pessoas que vivem em zonas rurais. Estamos profundamente entristecidos pelo fato de, em muitas partes do mundo, a maioria da população viver em absoluta pobreza sem os benefícios da educação ou atenção à saúde, com terríveis consequências à saúde dessas pessoas.

A população rural em tais áreas tem uma expectativa de vida muito baixa e sofre com altos índices de mortalidade materno-infantil. Metade das crianças apresenta baixo peso, e a maioria vai dormir passando fome. Doenças infecciosas, malária e tuberculose, e atualmente infecção pelo HIV, devastam as vidas dessas pessoas desfavorecidas. O futuro parece sombrio. O aumento das desigualdades continua crescendo dentro dos países, entre os países e, de forma mais grave, entre a população rural e urbana.

O fracasso do programa “Saúde para todos nos anos 2000” enfatiza a falha de governos nacionais e instituições internacionais em dar prioridade grande o suficiente para superar a saúde precária e a pobreza da zona rural.

Nós então apresentamos nossa visão positiva na forma a seguir.

Princípios

Nós reafirmamos nosso apoio a uma campanha global para efetivar “Saúde para todos”.

Reconhecemos que a redução da pobreza é fundamental para qualquer esforço em melhorar a vida da população rural.

Enfatizamos que as principais prioridades são: nutrição, água potável e eficiente sistema de esgoto disponível, um ambiente seguro, imunização infantil, moradia adequada e educação.

Percebemos que o governo de países pobres tem poucos recursos disponíveis e não conseguem sustentar a sobrecarga da dívida externa, a balança comercial em déficit e o impacto de programas de ajustes estruturais. Apesar disso, insistimos em boa gestão, fim do nepotismo e da corrupção, e medidas para reduzir as grandes desigualdades na distribuição de renda e riqueza nesses países subdesenvolvidos.

Enfatizamos a responsabilidade dos países mais ricos em contribuir com a ajuda prometida de 1% do PIB, em reduzir o comércio de armas, em anistiar, enquanto credores, os débitos dos países mais pobres, e em apoiar formas mais igualitárias de comércio global.

Percebemos que a reestruturação de instituições globais está em andamento e enfatizamos a importância de um papel mais nitidamente definido das Nações Unidas, com suas agências e organizações não governamentais mundiais, no trabalho da eliminação da pobreza mundial.

Tradução para a versão brasileira: André L. Silva

Rio de Janeiro: SBMFC, 2011.

Um código de condutas para o recrutamento internacional de profissionais de saúde: o manifesto de Melbourne

Adotado na 5ª Conferência Mundial de Saúde Rural da Wonca

Melbourne, Austrália, 3 de maio de 2002

WONCA Working Party on Rural Practice

Preâmbulo

Muitos países, tanto no mundo em desenvolvimento quanto desenvolvido, estão experimentando déficits de profissionais de saúde qualificados, especialmente em áreas rurais e de maior privação social.

Uma das respostas dos países mais ricos é o recrutamento de profissionais de saúde dos países mais pobres, em vez do treinamento suficiente de pessoas de seus próprios territórios.

Isto leva a um fluxo de profissionais altamente qualificados para fora dos países que menos podem se dar o luxo de perdê-los. O resultado é o impacto negativo nos sistemas de saúde já seriamente defasados e, conseqüentemente, uma piora no status de saúde destas nações.

O desenvolvimento de um código ético deve equilibrar os direitos dos indivíduos viajarem e as necessidades das comunidades.

Princípios

Nós afirmamos que:

1. É responsabilidade de cada país assegurar que esteja formando suficientemente profissionais de saúde para suas necessidades atuais e futuras; retendo-os; e realizando planejamento tanto para áreas rurais quanto urbanas.
2. O recrutamento internacional está relacionado a uma inabilidade de países em satisfazer suas próprias necessidades de recursos humanos.
3. Os princípios de justiça social e equidade global, a autonomia e liberdade individuais e os direitos das nações devem ser levados em consideração de forma equilibrada.

Como citar: Working Party on Rural Practice WONCA. Um código de condutas para o recrutamento internacional de profissionais de saúde: o manifesto de Melbourne. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013;8(Suppl 1):12-14. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf08\(1\)727](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf08(1)727)

4. Integridade, transparência e colaboração devem caracterizar qualquer recrutamento de recursos humanos em saúde.
5. Intercâmbios internacionais de profissionais de saúde são parte importante do desenvolvimento internacional do cuidado à saúde.
6. Países que produzem mais profissionais de saúde do que necessitam, podem continuar a contribuir para a saúde global.

Proposta

Este código de conduta objetiva:

- Promover os melhores padrões de qualidade possíveis no cuidado à saúde em todo o mundo;
- Encorajar o planejamento racional das forças de trabalho por todos os países, de forma a satisfazer suas próprias necessidades;
- Desencorajar atividades que possam causar dano a qualquer sistema de saúde nacional.

O Código

Países, levando em conta e se beneficiando do recrutamento de outros países, devem:

- a. Examinar sua própria situação nacional e
 - i. considerar os efeitos que suas políticas e práticas atuais de recrutamento estão produzindo em países menos desenvolvidos;
 - ii. desenvolver e implementar suas próprias políticas éticas de recrutamento;
 - iii. assegurar que o número e distribuição de postos de treinamento de graduação e pós-graduação DISPONÍVEIS dentro do país estejam adequados e atendam às necessidades nacionais;
 - iv. assegurar que as condições nacionais de trabalho e oportunidades educacionais sejam suficientes para encorajar profissionais de saúde a trabalhar nas áreas de necessidade;
 - v. desenvolver e apoiar ligação ativa educacional com universidades e escolas médicas em países menos desenvolvidos que contribuam para a educação e treinamento de seus profissionais de saúde;
 - vi. considerar meios alternativos e inovadores de prover cuidado à saúde em áreas necessárias tais como o desenvolvimento de equipes multidisciplinares e colaboração intersetorial;
 - vii. explorar o uso de habilidades dos profissionais de saúde que migraram por razões pessoais e que estão morando nesses países, mas impossibilitados de trabalhar.
- b. Revisar suas estratégias de recrutamento e assegurar que elas:
 - i. Reconheçam os princípios presentes na Declaração de Durban da Wonca “Saúde para Toda População Rural” de 1997, juntamente com os princípios apontados acima;
 - ii. Desenvolver um Memorando de Entendimento (ME) com os países que deseja recrutar. Este ME deve destacar temas como:
 - Como o recrutamento será realizado;
 - Os benefícios para cada país;

- A natureza e grau de compensação que deve ser empenhado para contribuir para o apoio e treinamento dos profissionais de saúde nos seus países de origem;
- As etapas requeridas para assegurar que qualquer recrutamento por agências ou governo seja conduzido e monitorado de acordo com este código de práticas;
- A inclusão de profissionais de saúde recrutados sob as leis trabalhistas do país receptor;
- A provisão de total e acurada informação aos potenciais recrutados a respeito da natureza do trabalho, procedimentos de seleção e direitos contratuais e obrigações;
- O apoio, educação, treinamento e desenvolvimento profissional continuado posterior disponível para o recrutado de forma equivalente a qualquer outro profissional de saúde;
- O suporte e encorajamento do retorno dos profissionais a seus países de origem.

iii. Somente recrutar e divulgar (incluindo periódicos nacionais) de outro país quando um ME existir.

Países experimentando perda danosa de profissionais de saúde devem explorar as razões pelas quais os profissionais de saúde estão partindo e encarar estas da seguinte forma:

- a. Avaliar seus próprios programas de treinamento para assegurar que eles equipem seus graduados com conhecimento, habilidades e atitudes que são mais apropriados para as necessidades nacionais;
- b. Assegurar que as condições de trabalho, incentivos e oportunidades educativas nos seus países sejam suficientes para encorajar os profissionais de saúde a trabalhar nas áreas de necessidade;
- c. Considerar formas alternativas e inovadoras de prover cuidado à saúde em áreas necessárias como o desenvolvimento de equipes multidisciplinares e colaboração intersetorial.

Países em desenvolvimento devem receber suporte de países desenvolvidos para recrutar recursos humanos em saúde, visto que eles não estão aptos a competir em termos de pacotes de incentivo financeiro. Tais recrutamentos devem focar na provisão de oportunidades de curta duração para profissionais de saúde com habilidades clínicas, em educação, gestão e pesquisa, entre outras, para auxiliar no desenvolvimento dos serviços de saúde nesses países.

Os países devem desenvolver processos transparentes para o registro limitado ou licenciamento de profissionais de saúde treinados no exterior que permitam:

- a. Intercâmbio de curta duração, *fellowships*, períodos de licença, que podem:
 - i. Oferecer oportunidades de aprimoramento prático e experiência dentro de um período específico;
 - ii. Permitir pessoal treinado dos países que recrutam de se beneficiar de experiências de intercâmbio no exterior.
- b. Treinamento posterior para profissionais de saúde de países em desenvolvimento em países mais desenvolvidos. Isto pode gerar uma contribuição positiva se for estruturado de forma a garantir o retorno de profissionais de saúde para seus países de origem após o treinamento, ao menos pelo período equivalente ao da duração do treinamento;
- c. Mobilidade internacional de profissionais de saúde preparados para trabalhar em áreas de grande necessidade.

Nós acreditamos que deve haver um processo internacional para assegurar a avaliação e monitoramento contínuo da migração internacional de recursos humanos em saúde para atualizar este código.

Os participantes da 5ª Conferência Mundial de Saúde Rural em Melbourne, desta forma, conclamam todos os países a adotar este Código de Condutas para o Recrutamento Internacional de Profissionais de Saúde.

Tradução para a versão brasileira: Leonardo Vieira Targa

Revisão: André L. Silva

Rio de Janeiro: SBMFC, 2011.

Política de qualidade e eficácia dos cuidados de saúde rural

Endossado pela Wonca,

Novembro de 2003

WONCA Working Party on Rural Practice

A Política de Qualidade e Eficácia dos Cuidados de Saúde Rural foi desenvolvida pelo Grupo de Trabalho de Medicina Rural.

O objetivo é fornecer uma estrutura que estimule o desenvolvimento de metas diretas e indiretas e de avaliações da qualidade e efetividade da prática da medicina rural.

Em nome do Grupo de Trabalho de Medicina Rural da Wonca, esperamos que este documento estimule as ideias e ajude no esforço para o sucesso da proposta da Organização Mundial de Saúde de “Saúde para todos os povos” e da Declaração de Durban “Saúde para todas as populações rurais em 2020”.

Sumário executivo

Este documento é uma contribuição para o debate sobre a qualidade e a efetividade dos cuidados de saúde em todo o mundo. Tendo como referencial o objetivo da OMS de saúde para todos os povos, o GT de Medicina Rural da WONCA concorda que alcançar um cuidado de saúde rural de alta qualidade e efetividade é um enorme desafio para os países desenvolvidos e em desenvolvimento. Saúde rural, definida de maneira ampla, inclui o bem-estar físico, mental e social, mas também está relacionada ao grau de conectividade/interatividade que o indivíduo tem com a família, os amigos, o trabalho e a comunidade.

Moradores de áreas rurais de todo o mundo em geral possuem menos acesso aos cuidados de saúde e piores estado de saúde e desfechos em saúde quando comparados com as populações urbanas. Avaliações da qualidade e da efetividade do cuidado de saúde rural não estão disponíveis, nem são dirigidos ou aplicados à realidade rural. O documento sugere parâmetros para avaliações diretas e indiretas dos cuidados de saúde em áreas rurais que possam estar em concordância com a meta de “Saúde para todas as populações rurais em todo o mundo”. Este intento inclui o contexto da ruralidade, o estado de saúde em áreas rurais, os desfechos de saúde nessas circunstâncias, os serviços de saúde, a força de trabalho, a educação dos trabalhadores, a tecnologia de informação e a infraestrutura no âmbito da ruralidade, pesquisa, financiamento e organização dos cuidados de saúde e a satisfação do consumidor desses cuidados.

Uma série de vinhetas de saúde de todo o mundo é apresentada, a fim de ressaltar os problemas de saúde a partir de uma perspectiva mundial.

Introdução

A Organização Mundial de Médicos de Família¹ e a Organização Mundial de Saúde² propuseram metas ambiciosas para a saúde de todas as populações rurais no século 21. Essas metas são mais difíceis de serem atingidas naqueles locais em que a maior parte da população vive em áreas rurais. A melhoria da saúde das populações rurais implica na promoção do bem-estar físico, mental e social, de acordo com a definição ampliada de saúde da OMS. A qualidade da saúde das populações rurais está fundamentada em determinantes muito amplos, incluindo não apenas a ausência de doença, mas a ‘conectividade/interatividade’, entendida como o relacionamento do indivíduo com sua família, amigos, trabalho e comunidade. Populações rurais saudáveis são produto de uma geração de pais que propiciem aos seus filhos um relacionamento fundamentado em bases sólidas e prazerosas, em que eles vivam, brinquem e trabalhem de forma produtiva ao longo de suas vidas. Melhorar a saúde das populações rurais requer atividade cooperativa multidimensional de todas as áreas da nossa sociedade, necessitando atenção para os aspectos ambientais, econômicos, dos recursos disponíveis, educacionais e cuidados de saúde.

Populações com necessidades diferenciadas devem ter alta prioridade, em especial as necessidades de saúde de povos indígenas, minorias e comunidades rurais isoladas, visando atingir o mesmo estado de saúde desejado para o resto da população. Prover um cuidado de saúde efetivo e de alta qualidade é um desafio gigantesco seja em países desenvolvidos ou em desenvolvimento. As comunidades rurais, quando comparadas às comunidades urbanas, possuem menos acesso aos cuidados de saúde e, por isso, piores estado de saúde e desfechos de saúde. Avaliações da qualidade e da efetividade dos cuidados de saúde não estão bem estudadas, dirigidas e nem são aplicadas ao contexto rural. Esta Política oferece um desenho para o desenvolvimento e a implementação de iniciativas de melhoria da qualidade da saúde rural. Ela descreve e apresenta critérios diretos e indiretos de saúde rural que estão alinhadas com a proposta da WONCA de “Saúde para todos os povos” e a Declaração de Durban de “Saúde para toda a População Rural até 2020” (Tabela 1). A qualidade e a efetividade do cuidado à saúde rural podem ser medidas diretamente usando o estado de saúde rural e os desfechos em saúde rural. Medidas indiretas, incluindo a disponibilidade de serviços de saúde, de mão de obra, organização, infraestrutura, pesquisa e financiamento, também são importantes. Ao final, alguns casos clínicos são apresentados para destacar o contexto da saúde rural e ilustrar o desafio de atingir a qualidade e a efetividade do cuidado à saúde rural quer nos países desenvolvidos ou em desenvolvimento.

Tabela 1. Objetivo: “Saúde para todas as populações rurais até 2020” (Declaração de Durban).

Parâmetros Diretos e Indiretos de Cuidados de Saúde Rural	
1.	Contexto Rural
2.	Estado de saúde rural
3.	Desfecho em cuidados de saúde rural
4.	Serviços em cuidados de saúde rural
5.	Recursos Humanos em Saúde rural
6.	Formação de Recursos Humanos em Cuidados de saúde rural
7.	Infraestrutura e tecnologias de informação em cuidados de saúde rural
8.	Pesquisa em cuidados de saúde rural
9.	Financiamento de saúde rural
10.	Organização de cuidados em saúde rural
11.	Satisfação do consumidor da saúde rural

Parâmetros Diretos e Indiretos de Cuidados de Saúde Rural

Contexto rural

Objetivo: Compreensão do contexto rural, incluindo as diferenças entre rural e urbano e entre diferenças específicas entre diferentes ruralidades, assim como melhorar o modelo e a oferta dos serviços de saúde, e, em última análise, dos desfechos de saúde nas áreas rurais.

- Parâmetros:** Geografia e demografia das populações rurais, incluindo distribuição por sexo e idade; sociologia e psicologia, incluindo atitudes e valores; nível de educação; indicadores socioeconômicos de riqueza; taxas de emprego/desemprego; profissão; qualidade da água, moradia, saneamento e existência de rede elétrica.
- Comentários:** Fatores socioeconômicos são determinantes fundamentais da saúde. Áreas rurais geralmente possuem taxas menores que as nacionais de escolaridade e renda per capita e taxas mais altas do que as nacionais de desemprego, além de proporcionalmente mais ocupações de baixa renda. As populações rurais também possuem frequentemente risco de acidentes, lesões e traumas relacionados a atividades como a pesca, agricultura, mineração, silvicultura e, ainda, acidentes automobilísticos e desastres ambientais. Existem ótimos exemplos de vilas e áreas rurais onde são encontrados, excepcionalmente, desfechos favoráveis, e essas áreas precisam ser estudadas para a compreensão e a duplicação das causas de seus sucessos.
- A definição do que é rural varia enormemente de país para país, o que gera dificuldade fazer comparações. No Canadá, por exemplo, se define atualmente, como população rural, os habitantes de áreas censitárias que não sejam regiões metropolitanas e nem regiões de aglomeração populacional. Essa definição engloba, essencialmente, as pequenas comunidades com menos de 10.000 habitantes que não estão localizadas nos grandes centros urbanos. Definição semelhante é usada em outros países.

Estado de saúde

- Meta:** “Saúde para todas as populações rurais”.
- Parâmetros:** Avaliação dos desfechos em saúde rural inclui tabelas de expectativa de vida e taxas de mortalidade, inclusive mortalidade infantil e perinatal, mortalidade materna e taxas de suicídio; incidência e prevalência de doenças, incluindo as doenças infecciosas como a tuberculose, HIV/AIDS, doenças crônico-degenerativas, como o diabete e as doenças cardiovasculares, comparando os níveis de incapacidade entre populações rurais e urbanas. Avaliar estes desfechos em populações indígenas (aborígenes /nativos) de forma específica é importante em vários países.
- Comentários:** Os dados de morbimortalidade são os que mensuram de forma mais objetiva as patologias rurais e podem ser comparados com dados nacionais e internacionais de forma a destacar problemas de saúde típicos das populações rurais. É necessário coletar informações que permitam comparar dados rural/ urbano e rural/ rural. Em todo o mundo, populações indígenas, grupos de minorias e populações isoladas privadas de seus direitos possuem, geralmente, estado de saúde pior do que os de populações urbanas ou outras populações rurais, o que representa um desafio particular/especial para os cuidados de saúde rural.

Desfechos em cuidados de saúde rural

- Objetivo:** Comparar desfechos em problemas clínicos semelhantes.
- Parâmetros:** São exemplos de avaliação de desfechos a morbimortalidade por doenças como o diabete, as doenças cardiovasculares e o trauma.
- Comentários:** Quais os desfechos atingidos pelo tratamento de doenças iguais quando comparadas populações rurais, populações urbanas e populações nacionais? Por exemplo, um morador rural que sofreu um infarto agudo do miocárdio apresenta como desfecho um estado de saúde semelhante ao quadro de outro paciente, este morador de uma área urbana? Nascituros prematuros têm o mesmo acesso a cuidados intensivos? Estes parâmetros podem ser usados para reconhecer condições específicas em que os cuidados de saúde precisam ser melhorados com a finalidade de trazer a saúde rural a valores semelhantes aos obtidos em níveis nacionais e internacionais. Auditorias realizadas nos gráficos de prática/clínica rural podem ser uma ferramenta útil para a educação médica continuada e melhoria da qualidade.

Serviços Rurais de Cuidados de Saúde

- Objetivo:** Equidade em acesso e utilização dos serviços de saúde disponíveis.
- Parâmetros:** Visitas de saúde e visitas de médicos de saúde em domicílio; visitas de médicos especialistas; cuidados pré-natais; taxas de procedimentos cirúrgicos; taxas de hospitalização; atividades de prevenção (como as imunizações, exames preventivos cervicais e mamografias); procedimentos ambulatoriais e utilização das taxas de incidência das condições sensíveis aos cuidados primários; acesso e taxas de utilização de exames de alta complexidade (como a tomografia computadorizada, a ressonância magnética e a testagem genética); uso de recursos de telessaúde e informática aplicada à saúde.
- Comentários:** O uso dos serviços de saúde é um critério importante sobre o acesso que a população tem aos cuidados de saúde. Em populações iguais – mesma distribuição de gênero e idade e mesmas incidências de doença – é de se esperar uma utilização também semelhante dos serviços de saúde, supondo-se que estes sejam distribuídos de forma suficiente e acessível. Por exemplo, a disponibilidade e a utilização de cuidados primários de saúde e dos préstimos de um médico de família seriam amplamente uniformes. A grandeza com que elas diferem refletem as barreiras oriundas do acesso desigual a esses serviços.
- A interpretação das diferentes taxas de procedimentos específicos e de hospitalizações pode ser bastante interessante. Por exemplo, a taxa de apendicectomias deveria ser semelhante entre duas populações semelhantes, com dietas também semelhantes, uma vez que as incidências seriam as mesmas e a cirurgia é não eletiva e não prorrogável. De outro lado, a taxa de cirurgias de catarata ou de prótese de quadril é muito dependente do acesso a serviços de saúde terciários. Taxas de hospitalização maiores em doenças sensíveis aos cuidados da atenção primária, como complicações de diabete e asma, demonstram uma falta de serviços de cuidados primários e secundários que terminam em elevação das taxas de complicações. Interpretações desses indicadores vão se tornando mais complexas na medida em que a carga populacional de doenças difere de maneira significativa.

Força de trabalho em Saúde Rural

- Objetivo:** Distribuição justa da Força de Trabalho em Saúde para atender a Cuidados de Saúde
- Parâmetros:** Relação médico/população; taxas Médico de Família (GP^{*})/população; taxa de alguns especialistas/população; taxas enfermeira/população; apoios de saúde, por exemplo, relações fisioterapeuta/população.
- Comentários:** A distribuição da força de trabalho básica de saúde, incluindo médicos de família/generalistas^{**} e enfermeiros, é uma medida importante, pois todas as populações necessitam de cuidados de saúde primários e preventivos. Funcionamento eficaz de equipes multidisciplinares de saúde rural é essencial. Há um papel importante para o médico de família/GP que conhece o seu/sua paciente, é capaz de gerenciar a maioria dos seus problemas de saúde e coordenar investigação especializada e cuidados especializados. A dificuldade de acesso a cuidados especializados e serviços especializados da população rural é uma importante barreira à distribuição equitativa dos serviços de saúde. É claro que uma distribuição uniforme de especialistas é impraticável, como muitos serviços de especialidades de tratamento de condições de baixa prevalência que só produzem uma carga de trabalho eficiente em grandes populações (neurocirurgia, por exemplo) e, portanto, precisam ser centralizados para sua eficiência. Especialistas regionais, no entanto, desempenham um papel importante em muitas áreas rurais. Acesso a clínicas especializadas pode ser uma parte importante da distribuição da força de trabalho de saúde rural, bem como prover aos prestadores de cuidados de saúde rural uma importante conexão com consultores para dúvidas e educação médica continuada. Além disso, alguma regionalização e ruralização podem ser feitas por serviços de relativamente alta tecnologia especializada. Cirurgia de catarata, por exemplo, tem sido exitosamente descentralizada em alguns países, utilizando clínicas regionais e móveis. Os aumentos nos serviços de telecomunicações em todo o mundo podem fazer referência e consulta à distância de um clique do *mouse*. Cuidadores alternativos e medicina tradicional tribal e herbal têm seu papel em muitas partes do mundo e precisam ser estudados cientificamente para a qualidade e eficácia¹.

* GP significa *General Practitioner*, que é o sinônimo de Médico de Família no *National Health System (NHS)* inglês.

** Generalistas aqui se refere ao termo GP (*General Practitioner*), sinônimo de Médico de Família no *NHS* inglês.

Pessoal de Saúde Rural - Educação e Formação

- Objetivo:** Educação e formação de um número suficiente de médicos rurais devidamente qualificados e outros membros da força de trabalho rural de saúde.
- Medidas:** Recrutamento de pessoas do meio rural para a medicina e outras ocupações de saúde, de acordo com a porcentagem rural da população; *curriculum* de medicina rural nos serviços de treinamento prestados na graduação; pós-graduação em medicina rural com um fluxo de prática definido; oferta de treinamento complementar em anestesiologia, gineco-obstetrícia, cirurgia, etc para o médico rural; enfermeira rural e profissionais de apoio à saúde, de acordo com a população rural.
- Comentários:** Médicos rurais oferecem maior gama de serviços e carregam maior nível de responsabilidade clínica, atuando em relativo isolamento profissional, quando comparados com seus congêneres metropolitanos. Prática em áreas rurais, onde especialistas e serviços especializados são limitados ou distantes, requer educação médica específica orientada para o meio rural para produzir um número suficiente de médicos e outros profissionais de saúde com formação adequada. Recrutamento de indivíduos de origem rural e educação médica rural elevaram a escolha da prática rural como uma carreira e foram eficazes na educação de mais médicos e outros profissionais de saúde com os conhecimentos, habilidades e interesse para continuar a prática rural como uma carreira³.

Infraestrutura de Saúde Rural e Tecnologia da Informação

- Objetivo:** Clínicas/instalações/pessoal e apoio de infraestrutura de rede para fornecer cuidados de saúde rurais eficazes e manter condições atraentes e sustentáveis de trabalho para os profissionais de saúde rural.
- Medidas:** Instalações clínicas, pessoal de apoio clínico e estrutura; instalações hospitalares regionais; comunicação e rede de transportes para fornecer acesso a serviços especializados para pacientes criticamente doentes e gravemente feridos; e acesso e suporte da tecnologia da informação.
- Comentários:** A organização da infraestrutura de saúde rural, tecnologias de informação e apoio são importantes contribuintes para a saúde rural. Sem o apoio da infraestrutura de alta qualidade é impossível para os profissionais de saúde rurais prestarem cuidados de saúde rurais eficazes. Além disso, a falta de infraestrutura é uma barreira significativa para recrutamento e retenção da força de trabalho de saúde rural⁴.
- A tecnologia da informação tem o potencial de aumentar significativamente a força de trabalho de saúde rural. Conhecimento, acesso à informação e telessaúde podem melhorar os serviços e educação do paciente, onde consulta direta não é possível. A telessaúde, no entanto, não é uma opção à prestação de serviços diretos primários ou consultivos ao paciente⁵.

Pesquisa em Saúde Rural

- Objetivo:** Projetos de pesquisa efetivos locais e amplos em Saúde Rural.
- Medidas:** Envolvimento de médicos locais e dos outros trabalhadores de saúde tanto na concepção quanto participação em grandes projetos locais e de saúde rural de pesquisa, com o envolvimento apropriado da comunidade.
- Comentários:** As populações rurais têm padrões específicos de doenças, lesões e incapacidades. Os sistemas de saúde rurais precisam de pesquisa e desenvolvimento. Os povos indígenas têm muitas vezes determinantes muito específicos de saúde e padrões de doença usuais. Cuidados de saúde eficazes são baseados em pesquisas de campo para as necessidades da população e desempenho de melhores práticas de cuidados de saúde para esse contexto. Um componente importante desta pesquisa é a promoção da pesquisa comunitária por médicos e outros profissionais de saúde rural.

Financiamento de Saúde Rural

- Objetivo:** Financiamento equitativo aos serviços de saúde em todas as regiões.
- Medidas:** O financiamento da Saúde Rural baseado em necessidades. Equidade pode ser avaliada pela despesa *per capita*, baseada em necessidades comparativas documentadas.
- Comentários:** O financiamento da Saúde Rural precisa não apenas ter em conta a utilização *per capita* dos serviços de saúde, mas também infraestrutura mais ampla e apoio necessário, por causa da distância envolvida nos cuidados de saúde rural. A eficácia para a qual o financiamento de cuidados de saúde rural é distribuído é um dos principais determinantes do tamanho da força de trabalho rural de cuidados de saúde e da infraestrutura de apoio. Isto contribuirá significativamente para a quantidade e a qualidade dos cuidados de saúde rural que podem ser desempenhados e têm um grande impacto sobre a saúde da população rural.

Organização da Atenção de Saúde Rural

- Objetivo:** Desenvolvimento e gestão eficaz de recursos da saúde para atender às necessidades da população rural.
- Medidas:** Deve ser definido localmente, baseado nas necessidades locais, bem como em modelos nacionais e internacionais.
- Comentários:** A organização global de cuidados de saúde afeta diretamente o número e a distribuição de médicos e outros profissionais de saúde e o acesso a serviços médicos, bem como os desfechos. A organização local e regional dos cuidados de saúde afeta diretamente a qualidade e a eficácia dos cuidados de saúde rural. Participação da comunidade local na posse e gestão de serviços de saúde rural é a chave para a sustentabilidade dos serviços de saúde rural. Fortes políticas e estruturas organizacionais que abordam especificamente as necessidades de cuidados de saúde rural são, portanto, necessárias em níveis local, regional e nacional⁵.

Satisfação do Consumidor Rural de Saúde

- Objetivo:** Senso de boa saúde e cuidados de saúde de qualidade acessíveis.
- Medidas:** Medidas quantitativas e qualitativas pessoais de bem-estar/acesso a/qualidade dos cuidados de saúde recebidos.
- Comentários:** Muito trabalho resta a ser feito, com base nas dimensões que os pacientes acham importante. Consumidores de cuidados de saúde rurais precisam ser envolvidos em todos os aspectos de planejamento e prestação de cuidados de saúde rural. Medidas de sua satisfação (ou falta) pode ser uma poderosa ferramenta na identificação de melhorias necessárias.

Futuro

“Saúde para Todos os Povos Rurais” exige cuidados de saúde rural de alta qualidade e eficazes. Esta continua a ser uma meta desafiadora, que exige uma abordagem social total à educação, emprego e conexão dentro da comunidade. Isso exigirá liderança local, regional, nacional e internacional. De todas as formas, na maioria dos países do mundo um grande esforço e organização são necessários para trazer a qualidade e a eficácia dos cuidados de saúde rurais comparáveis aos padrões urbanos. Medidas da qualidade e eficácia dos cuidados de saúde rural incluem o contexto rural, o estado de saúde rural, os desfechos de saúde rural, serviços de cuidados de saúde rural, força de trabalho em saúde rural, educação da força de trabalho rural, infraestrutura e tecnologia da informação, pesquisa em saúde rural, financiamento da saúde rural e organização da atenção à saúde rural. O Grupo de Trabalho Wonca sobre Medicina Rural incentiva fortemente o uso de metas e medidas de qualidade e efetividade dos cuidados de saúde rural no desenvolvimento e avaliação de programas de saúde rural.

Referências

1. World Organization of Family Doctors – Wonca. Health for all Rural People: The Durban Declaration; 2nd World Rural Health Congress, World Organization of Family Doctors, Policy Statement; 1997, Durban. Singapore: World Organization of Family Doctors, College of Family Physicians, College of Medicine Building; 1997. Disponível em: http://www.wonca.org/working_groups/rural_training/durban_declaration.htm
2. World Health Organization – WHO. Health-for-all policy for the twenty-first century; Fifty-First World Health Assembly; 1998, World Health Organization. Geneva: The World Health Organization, Headquarters Office in Geneva (HQ); 1998. Agenda item 19. Disponível em: <http://policy.who.int>
3. World Organization of Family Doctors – Wonca. Training for Rural General Practice, World Organization of Family Doctors, Policy on Training for Rural Practice. Singapore: World Organization of Family Doctors, College of Family Physicians Singapore, College of Medicine Building; 1995. Disponível em: http://www.wonca.org/working_groups/rural_training/training/WONCAP.htm
4. World Organization of Family Doctors – Wonca. Rural Practice and Rural Health, Policy on Rural Practice and Rural Health. Singapore: World Organization of Family Doctors, College of Family Physicians Singapore, College of Medicine Building; 2000. Disponível em: http://www.wonca.org/working_groups/rural_training/practice/Practi.htm
5. World Organization of Family Doctors – Wonca. Using Information Technology to improve Rural Health Care. Singapore: World Organization of Family Doctors, College of Family Physicians Singapore, College of Medicine Building, Policy Brief; 1998. Disponível em: <http://www.ruralnet.ab.ca/write/itpolicy/itpoli.htm>
6. World Organization of Family Doctors – Wonca. The Health of Indigenous Peoples: The Kuching Statement; 3rd World Rural Health Congress; 1999, Kuching. Singapore: World Organization of Family Doctors, College of Family Physicians Singapore, College of Medicine Building; 1999. Disponível em: http://www.wonca.org/working_groups/rural_training/kuching_statement.htm

Vinhetas Clínicas

Canadá

JA, um idoso de 75 anos previamente saudável chegou à emergência do hospital rural com um quadro de IAM extenso instalado. Apesar do diagnóstico e início do tratamento terem sido feitos rapidamente, sua situação continuou a se deteriorar e ele necessitou de intubação orotraqueal, que foi bem-sucedida. O médico assistente (residente em cirurgia cardíaca de plantão naquele fim de semana substituíva os médicos rurais locais) e a família acreditavam que a chance de sobrevivência de JA dependia da sua transferência para um centro de referência terciário distante dali cem quilômetros. Desconsiderando as condições climáticas (uma tempestade de inverno), médico e enfermeira seguiram em uma ambulância que terminou se acidentando. O paciente morreu e o médico, a enfermeira e a equipe da ambulância sofreram traumas, incluindo traumatismo craniano e fratura de fêmur que os afastaram do trabalho por vários meses.

Comentário: Os riscos associados a uma emergência médica e a transferência para um serviço maior não costumam ser avaliados de forma adequada.

Nepal

SH, uma nepalesa de 48 anos, apresentou dor na região torácica direita, na região da mama. Sendo mulher e sentindo dor em mama, ela viajou para ser consultada por um famoso ginecologista, que a examinou e, de imediato, a encaminhou a um cardiologista, o que ela fez imediatamente. Este, após examinar e realizar alguns exames, prescreveu anti-inflamatório não hormonal e a tranquilizou sobre o caráter benigno da dor. Esta, porém, continuou e foi solicitada a visita de um médico clínico geral/médico de família/médico rural que colheu sua história e de imediato fez o diagnóstico de litíase biliar, que foi confirmada pela realização de um exame de ultrassonografia feita por ele. Depois de tratada de forma adequada, a paciente se viu livre da dor e, mais adiante, foi submetida ao tratamento cirúrgico da doença.

Comentário: Este caso deixa claro a importância do clínico geral/médico de família/médico rural em qualquer cenário, particularmente em um país em desenvolvimento como o Nepal.

África do Sul

Uma mãe deu à luz um bebê prematuro em uma área urbana. O neonato vai ter acesso à Unidade Intensiva Neonatal e tem uma grande chance de, se necessitar de um ventilador, ter acesso a ele. O mesmo bebê, se nascido em uma região rural, terá poucas chances de ter acesso a um centro terciário, exceto se sua mãe possuir um plano de saúde privado. Não possuindo, a única maneira de conseguir esse cuidado é ter sido a parturiente enviada a um serviço de referência ANTES do parto. Como a possibilidade de que um parto resulte em prematuro não pode ser predita, iniciado o trabalho de parto, a distância até aquele serviço e as condições de transportá-la podem fazer desse deslocamento um risco.

África do Sul

O quadro clínico de malária grave é comum em algumas áreas rurais da África do Sul. Os médicos rurais dessas regiões têm experiência no manejo desses casos, e os médicos de zona urbana não possuem. Estes últimos, no entanto, têm acesso às UTIs. Um paciente com o risco de complicações, em especial insuficiência renal, precisa ser transferido, mas os hospitais de referência sempre têm receio em recebê-lo sem estar plenamente convencido do risco. Uma vez instalada a insuficiência renal, essa transferência se torna tecnicamente mais difícil e perigosa.

Nigéria

MG, 43 anos, G4P3***, todos vivos, último filho nascido há três anos, perdeu o marido há dois anos e meio. Ela está sendo acompanhada pelo clínico geral/médico de família/médico rural com a queixa de que a perda do esposo ainda interfere em sua vontade de conseguir um novo parceiro. Ela, que engravidou de seu namorado e foi pedida em casamento, ainda não havia iniciado o pré-natal devido à sua certeza de que o falecido marido cumpriria a promessa de causar algum mal a ela e a seu novo bebê. Ela acredita, firmemente, que somente a religião poderá ajudá-la.

Na igreja que frequenta, é acompanhada por uma cuidadora que lhe prescreveu uma dieta e uma série de orações e afirma que ela deve dar à luz na igreja, pois somente assim estará livre do risco de ver o medo que tem ser concretizado.

Ao fim da gravidez e no momento do parto, ela já estava há 48 horas com contrações irregulares e perda de líquido e a criança tinha uma apresentação de face com a qual sua cuidadora não soube lidar, mas não queria ficar, ou deixar sua Igreja, em situação constrangedora. A paciente solicitou, então, que o médico viesse até a Igreja e ali realizasse seu parto, pedido que ele atendeu.

Comentário: Respeitar as crenças de nossos pacientes pode salvar vidas.

Egito

SM, um fazendeiro de 63 anos, chegou a um lugarejo situado a vinte e cinco quilômetros da cidade mais próxima e foi internado no hospital local com um quadro clínico iniciado há dois dias de febre alta, prostração, dores de cabeça, fortes dores no corpo, dor abdominal e fezes amolecidas. Contou que estivera trabalhando descalço nos campos de arroz alagado na semana anterior. Ao exame, apresentava-se levemente desorientado, febre de 40 °C, pressão arterial 110/80, pulso de 120 bpm, hiperemia conjuntival ++. Apresentava rigidez de nuca leve e hipersensibilidade muscular generalizada. Foram os únicos achados semiológicos. O laboratório mostrou elevações discretas do leucograma (leucocitose polimorfonuclear) e da ureia, assim como também discretas elevações da bilirrubina e da TGO. CPK moderadamente elevada e RX do tórax que evidenciou infiltrados pulmonares difusos. O EAS mostrou albuminúria +. Disso resultou o diagnóstico clínico de uma sepse por leptospirose.

Oito horas após a admissão, o paciente evoluiu com quadro de hiperpirexia grave, taquicardia, oligúria e fibrilação atrial. Foi tratado com penicilina cristalina 2.000.000UI a cada quatro horas. Depois de quarenta e oito horas, apresentou oligúria

*** significa que é uma mulher que gestou quatro vezes (G4) e pariu três vezes (P3).

grave e instalou-se um quadro de insuficiência renal aguda e necessitou de cinco sessões de hemodiálise. A essa altura, o anticorpo antileptospira já estava positivado.

No momento, ele está em plena recuperação, sem sequelas e seu diagnóstico final foi o de sepse causada por leptospirose e complicada com cardite, alveolite e insuficiência renal aguda.

Comentário: evitar quadros como esse exige a conscientização da comunidade sobre medidas preventivas de saúde.

Estados Unidos

CS é uma senhora de 48 anos que foi acordada por um desconforto torácico que durou cerca de uma hora, acompanhado de náuseas e sudorese. Ela permaneceu com fadiga e um pouco de falta de ar. Pensou em ir até um pronto-socorro, mas lembrou-se de que a despesa hospitalar poderia ser muito cara e que ela esperaria muito tempo pelo atendimento, uma vez que não possuía seguro-saúde. Por isso, ela não chamou nenhuma ambulância e se automedicou com um cigarro, um antiácido e repouso até que os filhos chegassem da escola. Ela morreu de infarto agudo do miocárdio antes disso acontecer.

CS é uma senhora de 48 anos que foi acordada por um desconforto torácico que durou cerca de uma hora, acompanhado por náuseas e sudorese. Ela permaneceu com fadiga e um pouco de falta de ar. Discou 192 e uma ambulância a conduziu ao hospital rural onde um ECG e as provas sanguíneas confirmaram que ela tinha sofrido um infarto agudo do miocárdio. O protocolo de suporte cardíaco avançado foi seguido e ela foi conduzida por resgate aéreo para o centro de referência coronariano mais próximo onde foi submetida imediatamente a uma revascularização e teve alta caminhando, após três dias.

Comentário: Os EUA possuem os mais sofisticados recursos de saúde disponíveis, o que não impede que quarenta milhões de americanos estejam excluídos do acesso a eles.

África do Sul

Uma criança com malformação congênita (cloaca anal) foi encaminhada aos cirurgões pediátricos de um centro de cuidados terciários a cinco horas de distância do hospital rural. A consulta foi respondida com a informação de que a cirurgia somente seria possível a partir dos seis meses de idade e que deveria ser feito, como tratamento até lá a dilatação do orifício anal, duas vezes ao dia com uma vela de Helgar nº 8. Esta criança precisava ser levada até uma clínica de periferia, distante duas horas de caminhada, que era atendida por um médico uma vez por semana e que não tinha disponível a vela de Helgar. O que fazer? Após muita discussão com a mãe, o compromisso assumido foi de que ela traria a criança à clínica a cada duas SEMANAS e que o médico, estaria assegurado, traria o instrumento para realizar o procedimento. A criança terminou sendo encaminhada na época certa ao centro de referência e sua cirurgia foi malsucedida. Que dizer da qualidade desse cuidado?

Grupo de Trabalho da Wonca sobre Medicina Rural

A WONCA é um grupo de trabalho composto por até 20 membros com, pelo menos, dois representantes de cada uma das regiões do mundo: Europa, Ásia, África, América do Norte, América do Sul, Australásia/Pacífico. Estes membros são identificados através de associações membro WONCA em cada região, com uma exigência de que cada membro seja um profissional rural ou tenha uma estreita associação com a prática rural. O Grupo de Trabalho está empenhado em alcançar a equidade de gênero.

O presidente do Grupo de Trabalho é eleito pelos membros do Grupo de Trabalho para um mandato de três anos, com início no ano de cada Conferência Mundial WONCA.

Visão

Saúde para todas as pessoas ao redor do mundo rural

Missão

Melhorar a saúde rural em todo o mundo

Objetivos

1. Facilitar a comunicação e formação de redes de medicina geral rural em todo o mundo, tanto individualmente como através de organizações médicos de família rurais e grupos de interesse;
2. Representar os médicos de família rural dentro da WONCA, Conselho da WONCA, Comissões Permanentes, Grupos de Trabalho e Organizações Membros;
3. Através da WONCA, sobre questões de saúde rural, contactar a Organização Mundial de Saúde e outros órgãos internacionais relevantes;
4. Colaborar com as organizações de médicos rurais;
5. Tratar de questões de importância para os médicos de família rurais, incluindo desenvolver:
 - 5.1. Sistemas de saúde rurais cuidados com um financiamento adequado para atender às necessidades da comunidade;
 - 5.2. Integração do médico de família na oferta de cuidados de saúde com foco na atenção primária no meio rural;
 - 5.3. Participação da comunidade, incluindo uma abordagem multissetorial aos cuidados de saúde e promoção da saúde nas comunidades rurais;
 - 5.4. Estratégias para melhorar o estado e a saúde das mulheres rurais em todo o mundo;
 - 5.5. Modelos de força de trabalho rural de saúde;
 - 5.6. Recrutamento, retenção e apoiar estratégias para os profissionais rurais;
 - 5.7. Educação e formação para a prática médica rural; e
 - 5.8. Pesquisa em saúde rural e prática rural, incluindo a criação de parcerias de pesquisa e desenvolvimento envolvendo indivíduos e organizações em diferentes países.

Tradução para a versão brasileira: Dijon Hosana Silva e Leonardo Cançado Monteiro Savassi
Rio de Janeiro: SBMFC, 2011

Política de formação para a prática rural

Aprovado pela Reunião do Conselho Mundial da Wonca

9 de junho de 1995

WONCA Working Party on Rural Practice

Resumo

A escassez mundial de médicos de família rurais contribui diretamente para as dificuldades com prestação de cuidados médicos adequados em áreas rurais e remotas, tanto em países desenvolvidos, quanto nos menos desenvolvidos. A Wonca acredita que há uma necessidade urgente de implementar estratégias para melhorar os serviços de saúde rural em todo o mundo. Isso vai exigir um número suficiente de médicos de família rurais qualificados para fornecer os serviços necessários. Para atingir este objetivo, a Wonca recomenda:

1. Aumentar o número de estudantes de medicina recrutados de áreas rurais.
2. Exposição substancial da prática rural no currículo médico de graduação.
3. Programas de treinamento vocacional em medicina rural específicos, flexíveis, integrados e coordenados.
4. Educação continuada específica adaptada e programas de desenvolvimento profissional que satisfaçam as necessidades identificadas dos médicos de família rurais.
5. Posições acadêmicas apropriadas, desenvolvimento profissional e apoio financeiro para médicos-professores rurais para incentivar a pesquisa e educação rural.
6. Escolas médicas devem assumir a responsabilidade de formar médicos devidamente qualificados para atender às necessidades da sua região geográfica geral, incluindo áreas carentes, e desempenhar um papel fundamental no fornecimento de apoio regional para os profissionais de saúde e cuidados de saúde terciários acessíveis.
7. Desenvolvimento das necessidades rurais adequadas de base e recursos culturalmente sensíveis para cuidados de saúde rural com o envolvimento da comunidade local, com a cooperação regional e apoio do governo.
8. Melhoria das condições profissionais e pessoais/familiares na prática rural para promover a retenção de médicos rurais.
9. Desenvolvimento e implementação de estratégias nacionais de saúde rural, com apoio do governo central.

Como citar: Working Party on Rural Practice WONCA. Política de formação para a prática rural.

Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013;8(Suppl 1):25-34.

Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8\(1\)730](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8(1)730)

Introdução

Toda prática rural é única e possui seus próprios desafios e recompensas. Uma variedade de definições é usada em todo o mundo, dependendo do contexto local. Na Austrália, a Faculdade de Medicina Rural do (Royal Australian College of General Practitioners) define como prática rural a atividade médica executada fora das zonas urbanas, onde o local de prática obriga alguns médicos generalistas a ter, ou a adquirir, habilidades procedurais e outras, que geralmente não são necessárias na prática urbana.

Continua a haver uma escassez mundial de médicos de família (clínicos gerais) em áreas rurais e remotas, e, em especial, de médicos com as habilidades e os conhecimentos necessários para trabalhar de forma eficaz e confortavelmente nessas áreas. Nos países menos desenvolvidos, a maioria da população está localizada em áreas rurais que podem não ter condições sanitárias básicas, como água potável, alimentação adequada e abrigo, e onde, na melhor das hipóteses, há acesso limitado a serviços modernos de saúde. Os países desenvolvidos também têm significativa escassez de médicos de família rurais, mesmo em países em que há uma oferta global ampla de médicos.

Pessoas que vivem em comunidades rurais e remotas necessitam da segurança de pronto acesso a cuidados médicos em momentos de doença grave ou injúrias. Além disso, médicos e hospitais em comunidades rurais são importantes para a rede econômica e social local. Muitas vezes, o estado de saúde de grupos com necessidades especiais é pior nas zonas rurais que em áreas metropolitanas. Estes incluem os pobres, idosos, mulheres e populações indígenas. Estabelecimento de serviços de medicina de família apoiados por hospitais e outras instalações de saúde fornecem a base para o desenvolvimento de cuidados primários de saúde e programas de promoção da saúde.

Já se sabe que a prestação de serviços médicos por médicos de família amplamente treinados é mais custo-efetiva do que uma gama de profissionais especialistas e outras pessoas que prestem cuidados de saúde primários. Além disso, para os países em desenvolvimento, as melhorias no estado de saúde e o desenvolvimento econômico estão intimamente ligados. Consequentemente, é importante que todas as nações adotem políticas e programas específicos que visem melhorar os serviços de saúde rurais através do aumento do número de médicos de família amplamente qualificados localizados em áreas rurais e remotas.

Vantagens da prática rural

Médicos rurais identificam uma série de atrações-chave na prática rural. Primeiro, a maior variedade da prática que, muitas vezes, inclui obstetrícia, cirurgia, anestesia e medicina de emergência, juntamente com o acesso a hospital e cuidado da doença aguda. Médicos rurais são muito mais propensos a estar cuidando de pacientes individuais, para todos os seus problemas de saúde, de forma contínua; e a cuidar de outros membros da família. Estes cuidados abrangentes e continuados são realidades frequentes no interior.

Para muitos médicos rurais, a segunda grande atração da prática rural é o ambiente rural e o estilo de vida que está associado a uma vida melhor da família, e um bom lugar para criar os filhos, particularmente nos países desenvolvidos. Satisfações sociais da prática rural identificadas por médicos rurais incluem apoio e respeito da comunidade, juntamente com um sentimento de pertencimento a uma comunidade estável, e o prazer da vida ao ar livre, com muitas oportunidades de lazer. Em suma, a prática rural pode oferecer consideráveis recompensas profissionais e satisfações junto com as atrações de significativo status social longe das dificuldades da vida na cidade.

Barreiras à entrada na prática rural

Uma série de barreiras de atitude e perceptivas foi identificada como desencorajadoras à entrada de graduandos em medicina na prática rural. Alguns destes são equívocos e outros têm base na realidade. O equívoco fundamental é que a prática rural é, de alguma maneira, uma “prática médica de segunda classe”. A maioria dos estudantes de medicina tem um perfil urbano e, assim, não têm nenhuma experiência pessoal de vida e trabalho rurais. Além disso, a maioria dos professores “sênior” nas escolas médicas tem uma experiência e visão da medicina que os faz enxergar a prática hospitalar de ensino

como a ideal. Conseqüentemente, eles assumem que a prática médica em áreas rurais sem as mesmas instalações e apoio, como hospitais de ensino, é de menor padrão.

Um problema importante de atitude é a de “desamparo aprendido”. O mais alto que muitos dos novos graduados em medicina aspiram, ao lidar com problemas de saúde, é de ser capaz de avaliar até para qual especialista encaminhar o paciente. Conseqüentemente, é uma perspectiva assustadora para eles contemplar a prática rural, na qual eles têm de gerir eles mesmos os problemas, sem acesso imediato às instalações de alta tecnologia médica e a especialistas.

Há uma série de outras barreiras que contribuem para desestimular os novos graduados a almejar a prática rural. Estes incluem a carga de trabalho pesada e longas horas *on call* (“à disposição” ou “plantão”), que provavelmente continuarão enquanto houver escassez de médicos. A falta de infraestrutura e apoio regional é comum à prática rural, especialmente nos países em desenvolvimento. Além disso, o relativo isolamento profissional, que oferece muitos desafios e recompensas para os médicos rurais, é visto como um fator negativo para muitos estudantes e recém-formados. Muitas vezes, este aspecto é supraenfatizado no contexto de treinamento urbano, em vez do desenvolvimento de conhecimentos e competências individuais e estratégias organizacionais necessárias para atender às necessidades de saúde rural.

Assim como os desestímulos para a prática profissional rural, existem questões pessoais e familiares também. A prática rural, nomeadamente nas pequenas comunidades, pode ser difícil para o cônjuge do médico. Muitas vezes, o cônjuge é tratado diferentemente de outros membros da comunidade e pode tornar-se pessoalmente isolado. Emprego para o cônjuge e educação para a família, muitas vezes, são problemas significativos na prática rural. Arranjos de liberação local (*locum relief*) para permitir feriados e educação continuada é, muitas vezes, uma grande dificuldade.

Mesmo para aqueles estudantes e recém-formados que desejam entrar na prática rural, há dificuldades na obtenção de formação adequada e educação permanente. Programas de formação e preparação de graduados para a prática médica rural são relativamente escassos. Uma vez na prática rural, não só a educação continuada é difícil de arranjar, mas, muitas vezes, revela-se de valor limitado para a prática de médicos rurais. Geralmente, os conhecimentos e competências adquiridos através da experiência na prática rural não são devidamente reconhecidos. Isso limita o potencial de desenvolvimento profissional dos médicos que escolhem a prática em áreas rurais.

Juntando todos esses fatores, não é de estranhar que, na opinião de alunos de graduação e de muitos novos graduados em medicina, as vantagens profissionais e sociais da prática rural são suplantadas pelas desvantagens. Para superar esses problemas, deve-se desenvolver uma série de estratégias globais que abordam todas as questões específicas. Esta política se desenvolve com base na experiência de muitos países ao redor do mundo e forma o quadro de um plano estratégico abrangente para melhorar o recrutamento e retenção de médicos de família rurais.

Recrutamento e retenção de médicos de família rurais

O objetivo final deste documento é que haja um número suficiente de médicos qualificados localizados em áreas rurais e remotas para atender às necessidades dos serviços de saúde das pessoas a quem servem. Embora o foco principal do documento seja a educação e a formação para a prática rural, isto deve ser visto no contexto mais amplo de recrutamento e retenção de médicos na prática rural. Há uma necessidade de estabelecer uma via integrada de carreira de educação e formação para a prática rural, iniciando no nível de pré-graduação, continuando com a educação médica através de cursos de formação profissional com treinamento vocacional específico para a prática rural, seguido por educação continuada e universitária adequadas, estruturas para a prática e suporte familiar.

Em última análise, o recrutamento para a prática rural só aumentará quando os estudantes e médicos recém-formados enxergarem a prática rural como uma opção positiva de carreira. As séries de estratégias descritas neste documento pretendem que isso aconteça sensibilizando precocemente alunos para a medicina rural e oferecendo ensino clínico apropriado na última parte do curso de graduação e no período imediato após a graduação.

Retenção na prática rural pode ser melhorada através de formação continuada específica e programas de desenvolvimento profissional e a oportunidade de prosseguir o ensino superior universitário enquanto permanece na prática rural.

Além de questões de educação e treinamento, há uma série de outros fatores que requerem atenção em qualquer programa para melhorar o recrutamento e retenção para a prática rural. Condições de trabalho razoáveis, incluindo um equilíbrio entre a carga de trabalho, de plantão e tempo livre, são essenciais. Cobertura profissional transversal para férias ou lazer

confiável ou *locum relief* é uma questão fundamental. Também é preciso que haja recompensa financeira apropriada para a complexidade dos serviços prestados e o grau de responsabilidade clínica assumida pelo médico. Outros aspectos financeiros incluem os custos adicionais de viver em comunidades rurais com a necessidade de transporte para grandes centros para educação continuada e desenvolvimento profissional. Proporcionar uma boa educação para os filhos do médico pode ser difícil e caro.

Além disso, a retenção de médicos rurais depende muito da satisfação do cônjuge e familiares dos médicos. Muitas vezes, as razões para os médicos rurais retornarem para a cidade se relacionam com preocupações com o cônjuge e familiares. Conseqüentemente, a estes é dada atenção específica neste documento.

Educação na graduação

Experiências em todo o mundo mostram que os estudantes de origem rural são muito mais propensos a se inserir na prática rural após a graduação. Na maioria dos cursos de medicina atuais, a proporção de estudantes de origem rural é significativamente menor do que a proporção da população que vive no país. Claramente, uma estratégia importante para aumentar o número de médicos rurais envolve o recrutamento de mais estudantes de medicina advindos do âmbito rural.

Para que isso ocorra, alunos do ensino médio de áreas rurais precisam ser encorajados a considerar a medicina como uma opção de carreira e se candidatarem a entrar nos cursos de medicina. Conseqüentemente, há a necessidade de programas específicos que promovam a medicina nas escolas secundárias rurais. Em muitas áreas rurais, o padrão acadêmico das escolas secundárias pode não ser suficientemente alto para que os seus diplomados possam se qualificar para o ingresso nas escolas médicas. De modo que programas que identifiquem potenciais estudantes de medicina e possam auxiliá-los com o ensino secundário, em preparação para a entrada na escola médica, precisam ser desenvolvidos.

A fim de assegurar que uma proporção adequada dos estudantes de origem rural seja recrutada em escolas de medicina, é necessário que haja mecanismos específicos incluídos no processo de seleção. Critérios para a seleção com base em metas além de outros critérios estão evoluindo. Processos de seleção que incluem entrevistas de candidatos, nas quais é oferecido reconhecimento e crédito para aqueles provindos de ambientes rurais, devem ser incentivados. Metas específicas para a admissão de alunos de origem rural podem ser necessárias.

Depois de possuir origem rural, o fator mais forte associado com o ingresso na prática rural é possuir experiência clínica de graduação e de pós-graduação em um cenário rural. Conseqüentemente, a exposição rural para todos os alunos de graduação médica deve ser maximizada. A exposição positiva precoce à prática rural irá incentivar mais estudantes a desenvolver interesse na medicina rural como uma opção de carreira e promover melhor compreensão da prática rural para os outros. Todos os alunos devem ser introduzidos às questões de saúde rural no início do curso médico e participar de rodízios clínicos em hospitais rurais e em clínicas de prática rural familiar mais adiante no curso.

Como os praticantes da medicina rural fornecem uma ampla oferta de serviços, com maior variedade do que seus colegas metropolitanos, estágios de prática rural proporcionam aos alunos a oportunidade de desenvolver uma gama de habilidades clínicas. Estes incluem habilidades procedurais diagnósticas e terapêuticas, bem como habilidades de julgamento clínico e autossuficiência no cenário prático. Esta experiência rural também ajuda os alunos a identificar as suas próprias necessidades de aprendizagem.

Além disso, os alunos devem ser incentivados a realizar estágios opcionais e eletivos em saúde rural, que vão desde práticas em hospitais rurais, medicina de família rural e outros serviços de saúde rural.

“Clubes de Prática Rural” encorajam estudantes de origem urbana a desenvolver o interesse pela prática rural e apoiar os alunos de origem rural a se ajustar aos desafios da vida na cidade e aos estudos universitários. Estudantes de origem rural deveriam ser assistidos ainda mais através de esquemas com médicos rurais como mentor: cada um seria anexado a um médico que pratica medicina na zona rural ou na região da qual o aluno provém.

O mentor fornece ao estudante o apoio pessoal e incentivo, bem como um modelo profissional.

Para os alunos que demonstram um comprometimento precoce com a prática rural, então, um “direcionamento para a medicina rural” na escola médica é recomendado. Isso pode assumir a forma de um a três anos, do currículo médico completo, realizados no meio rural ou uma sequência de complementos rurais interligados através dos componentes clínicos do currículo.

Escolas médicas descentralizadas que permitam ao estudante de medicina realizar a maior parte ou todo o seu estudo em centros localizados fora das principais áreas metropolitanas são mais susceptíveis de atrair estudantes de áreas rurais e de serem bem sucedidas na produção de médicos para a prática nas áreas rurais.

Na educação médica, um currículo de medicina de família baseado na comunidade deve ser encorajado e deve incluir de maneira significativa o conteúdo rural. As escolas de medicina deveriam assumir a responsabilidade de educar os médicos devidamente treinados para atender às necessidades da sua região geográfica geral, incluindo áreas carentes. Do mesmo modo que devem desempenhar um papel fundamental no fornecimento de apoio regional para os profissionais de saúde e na provisão de cuidados de saúde em nível terciário. A inclusão de médicos rurais como educadores e pesquisadores é essencial para o desenvolvimento de melhor compreensão e uma atitude de apoio para a prática rural.

O desenvolvimento do ensino de graduação e pós-graduação no treinamento para a prática rural é muito facilitada pela criação de Centros de Educação Médica Rural. Estes centros devem ser estabelecidos em áreas rurais com o objetivo de coordenar o ensino de graduação, a formação profissional, a educação continuada e os estudos universitários de pós-graduação para os médicos rurais. Uma função importante desses centros é facilitar o desenvolvimento de relações recíprocas entre os hospitais/clínicas rurais e escolas médicas/hospitais de ensino. A criação destes centros oferece a oportunidade para os médicos de família rurais serem ativamente envolvidos no ensino dos alunos e no treinamento do exercício de ensino profissional. Eles também fornecem um foco para outros desenvolvimentos acadêmicos, incluindo a pesquisa em saúde rural.

Formação profissional após a graduação

Médicos de família rurais geralmente proporcionam uma gama de serviços mais ampla do que os seus pares metropolitanos. Consequentemente, há uma necessidade de programas de residência com formação específica para a prática rural que preparem novos graduados em medicina para uma carreira no meio rural.

Sempre que possível, a formação para a prática rural deve ocorrer no meio rural com base em hospitais regionais rurais e medicina de família rural. Adicionalmente ao treinamento padrão para a medicina de família, a formação prática profissional rural requer especial destaque para: aprendizagem prática (*hands-on*) de habilidades procedurais o espectro de doenças em comunidades rurais e remotas; a sociologia e a psicologia das comunidades rurais e remotas; e aspectos profissionais e pessoais da vida e do trabalho em pequenas comunidades rurais.

Vagas de treinamento para habilidades avançadas de prática rural em medicina de emergência, anestesia, cirurgia, obstetrícia processual e outros precisam ser desenvolvidas e adequadamente financiadas. Dependendo da intensidade do programa, essa formação pode envolver de um a dois anos de tempo de treinamento adicional para além de treinamento básico de medicina de família.

Deve-se considerar o reconhecimento à formação profissional rural na forma de certificação em medicina rural. A oportunidade de realizar algum treinamento em outros países pode ampliar a experiência e ajudar a desenvolver novas abordagens para a prática médica, a educação médica e a prestação de cuidados de saúde.

Educação permanente e apoio profissional

A maioria dos praticantes rurais experimentam grandes dificuldades em conseguir facilidades locais para participar de atividades de educação permanente. Muitas vezes, os médicos de família rurais, quando se inserem em programas de educação continuada, os acham de pouco valor para eles, pois não se encontram em nível adequado.

Existe uma necessidade de que os programas de educação continuada e desenvolvimento profissional sejam especificamente adaptados para atender às necessidades dos médicos de família das zonas rurais. Estes programas devem ser desenvolvidos por médicos de zonas rurais para médicos rurais. Centros de Educação Médica Rural fornecem um foco muito apropriado para o desenvolvimento de tais programas de educação continuada.

Estes programas devem reconhecer os conhecimentos pré-existentes e as competências dos médicos de família rurais, que, muitas vezes, são desenvolvidos através do manejo de problemas clínicos no isolamento profissional relativo e não através de

treinamentos formais. Os programas devem ser sensíveis às necessidades específicas de aprendizagem dos médicos, que geralmente envolvem um foco que é prático, baseadas em casos, e orientadas por problemas. O objetivo de tais programas de educação continuada deve ser o de capacitar o aluno e, portanto, estender e expandir os conhecimentos médicos e habilidades clínicas.

Os programas de educação continuada também devem ser acessíveis aos médicos rurais, o que significa localizá-los em centros regionais da zona rural ao invés de grandes cidades. Além disso, o uso de métodos de educação a distância para levar a educação continuada para os profissionais rurais deve ser incentivado. Isso inclui não apenas os tradicionais materiais publicados, mas também o uso de novas tecnologias, incluindo teleconferência, correios eletrônicos, televisão por satélite, e outros desenvolvimentos em tecnologia da informação moderna.

Outra importante forma de educação continuada e desenvolvimento profissional são rodízios clínicos “*hand-on*” de curto prazo em hospitais maiores. Estes devem ser incentivados e facilitados por meio da vinculação com os especialistas nesses hospitais. A liberação do trabalho talvez possa ser facilitada por esquemas locais de rotação de liberações, nos quais um grupo de médicos rurais compartilha um local de estágio.

A oportunidade de ter licença remunerada e realizar intercâmbios em outros países pode ampliar a experiência prática de médicos rurais e ajudar a desenvolver novas abordagens para a prática médica, a educação médica e para a prestação de cuidados de saúde.

Estudos superiores da universidade

Atualmente não há sentido de progressão na carreira para os médicos que seguem a prática rural, e àqueles que mais tarde desejam seguir uma carreira acadêmica são dados poucos créditos para o conhecimento e experiência adquiridos durante a prática no interior do país. Há necessidade de desenvolver diplomas universitários apropriados de pós-graduação e graduação que forneçam um meio para a progressão da carreira em pesquisa, educação ou administração.

Além disso, tais programas de pós-graduação vão ajudar na criação de uma classe de profissionais rurais academicamente treinados para serem o corpo clínico dos Centros de Educação Médica Rurais e de outras unidades acadêmicas de saúde rural.

Apoio financeiro e material

Como mencionado anteriormente, a prática em áreas remotas e rurais tem muitas desvantagens financeiras. A fim de recrutar e reter os médicos em ambientes de prática remotos e rurais, estas questões financeiras precisam ser abordadas. Isto pode assumir a forma de pagamento adicional, reconhecendo o maior nível de responsabilidade clínica e serviços prestados; pagamentos específicos de incentivos para a prática em áreas carentes; assistência financeira com a educação, alojamento e viagem para o médico e sua família, e assim em diante.

Outra forma de apoio material é a disponibilização de instalações e equipamentos para a prática médica. Muitas comunidades rurais fornecem tais facilidades para auxiliar na atração de médicos.

É mais provável que um médico se mantenha a longo prazo em um ambiente de prática rural no qual ele ou ela não é o único fornecedor de serviços médicos. Consequentemente, dois ou três grupos médicos devem ser incentivados sempre que necessário através do apoio financeiro direto, de modo a sustentar a viabilidade econômica da prática. A fim de fornecer cuidados de saúde primária eficaz, os médicos rurais requerem a assistência de enfermeiros devidamente formados e de outros profissionais de saúde, combinando facilidades para os médicos e outros profissionais em centros comunitários de saúde rural que promovam a prestação de cuidados integrados de saúde.

Depois de um médico, a próxima prioridade de serviço de saúde para uma comunidade rural é um hospital que ofereça cuidados médicos para situações agudas, cirúrgicas, obstétricas e cuidados pediátricos. Muitos desses hospitais foram construídos e equipados com um apoio financeiro considerável da comunidade local. O hospital é importante também para a economia da cidade como um grande empregador e comprador de bens e serviços dentro da comunidade. Médicos das zonas rurais necessitam de facilidades e privilégios para fornecer os serviços necessários para os quais são treinados e

competentes. Grandes dificuldades em comunidades rurais podem resultar da imposição das autoridades reguladoras centrais pela certificação excessiva ou pela exigência de especialização para a execução de procedimentos.

A prestação geral de serviços de saúde pode ser aprimorada pela integração entre os médicos e pelo compartilhamento de facilidades de cuidados de saúde e profissionais entre diversas comunidades. Há também a responsabilidade governamental de garantir que o sistema de saúde forneça instalações físicas adequadas e serviços para atender às necessidades das comunidades rurais e remotas.

Família e suporte conjugal

Para o médico da família rural, há um grande desafio em ser o conselheiro confidencial médico no consultório e amigo do ambiente social e de lazer na comunidade. Para os cônjuges dos médicos, isto pode ser ainda mais difícil, pois os membros da comunidade tendem a tratá-los de forma diferente, devido a sua conexão com o médico. Em muitos aspectos, o cônjuge do praticante rural pode ser socialmente mais isolado do que o médico. Consequentemente, há uma necessidade de estratégias específicas para fornecer apoio pessoal para os cônjuges dos médicos. Também os cônjuges têm, muitas vezes, dificuldades na obtenção de emprego e/ou realização de objetivos de carreira. Estratégias para atender a essas necessidades devem ser incluídas.

Para a família do médico, há dificuldades com a educação e emprego posteriores. Estratégias auxiliares de apoio educacional e de financiamento para ir longe buscar a educação deve ser incluído em programas de apoio às famílias dos médicos.

Os períodos de plantão com chamadas frequentes levam à interrupção dos espaços e momentos familiares tão grandes, que há necessidade de mais tempo do que os períodos habituais de férias e recreação para os médicos rurais e suas famílias. Programas de assistência devem incluir o local apropriado para o repouso e assistência financeira para permitir a recreação fora da comunidade rural.

Apoio nacional

O apoio do governo central é essencial para a prestação de cuidados de saúde acessíveis, particularmente em áreas rurais carentes. Os governos nacionais precisam desenvolver e implantar estratégias nacionais de saúde rural. Isto requer a cooperação das comunidades, médicos e outros profissionais de saúde, hospitais, escolas médicas, organizações profissionais, e os governos. Cuidados de saúde rurais deveriam ser dotados de recursos e mecanismos de financiamento deveriam ser desenvolvidos para satisfazer às necessidades das populações rurais. A criação de Organizações de Pesquisa Nacional de Saúde Rural pode facilitar este processo.

Conclusão e recomendações

A Wonca acredita que há uma necessidade urgente de implantar estratégias para melhorar os serviços de saúde rural em todo o mundo. Para alcançar isso, é necessário um número suficiente de médicos de família rurais qualificados para fornecer os serviços médicos necessários. Este documento traçou uma série de questões fundamentais de interesse em relação à formação para a prática rural.

Verificou-se que a produção de mais e mais médicos não leva a um fluxo de médicos das cidades para o meio rural. A fim de aumentar o número e a qualidade de médicos rurais, é necessário implantar uma série de estratégias destinadas a estabelecer uma via integrada de carreira de educação e formação para a prática rural. A longo prazo, é a única abordagem estratégica susceptível de melhorar o recrutamento e a retenção de médicos de família rurais. Para atingir este objetivo, a Wonca recomenda:

1. **Aumentar o número de estudantes de medicina recrutados a partir das áreas rurais. Estratégias podem incluir:**
 - 1.1. Introdução de programas de promoção da medicina como uma carreira para alunos do ensino médio rural.
 - 1.2. Criação de bolsas de estudo e programas de apoio educativo que identifiquem potenciais estudantes de medicina nas áreas rurais e ajudem-nos com educação secundária e terciária, em preparação para a entrada na escola médica.
 - 1.3. Processos de seleção que incentivem a admissão de estudantes das áreas rurais.
 - 1.3.1. Processos de seleção, incluindo entrevistas, devem dar reconhecimento específico e crédito para origem, experiência e interesse rurais.
 - 1.3.2. Metas específicas para os estudantes de origem rural podem ser necessárias.
2. **Exposição substancial à prática rural no currículo de graduação médica. Isto pode ser conseguido através de:**
 - 2.1. Estabelecimento de “Clubes de Prática Rural” que incentivam alunos de origem urbana a desenvolver interesse na prática rural e apoio aos estudantes de origem rural para responder aos desafios da vida urbana e dos estudos universitários.
 - 2.2. Esquemas de tutoria médica rural que ofereça aos estudantes de origem rural apoio pessoal e incentivo, por um médico de família rural designado.
 - 2.3. Introdução precoce à questões de saúde rural no currículo, incluindo anexos específicos de medicina rural prática para os alunos no início do curso de medicina.
 - 2.4. Rodízios clínicos em internatos para hospitais rurais e prática familiar rural no final do curso.
 - 2.5. Um eixo de medicina rural para um grupo selecionado de estudantes que demonstra envolvimento precoce com a prática rural. Isso pode assumir a forma de:
 - 2.5.1. De um a três anos de currículo médico completo, realizados no meio rural.
 - 2.5.2. Um segmento de estágios rurais eletivos interligados através dos componentes clínicos do currículo.
 - 2.6. Descentralizar escolas médicas que permitem que os alunos façam a maior parte ou toda a sua educação escolar em centros médicos fora das grandes áreas metropolitanas.
3. **Programas de treinamento vocacional para prática rural específicos, flexíveis, integrados e coordenados. Estes programas devem:**
 - 3.1. Ser direcionados por necessidades, baseados em evidências, e aluno-centrados.
 - 3.2. Ter um corpo docente adequado, hospital, e apoio financeiro.
 - 3.3. Dar ênfase particular à formação em competências procedurais e a um currículo adequado à prática rural, além de uma sólida base de medicina de família.
 - 3.4. Oferecer uma porção importante da formação dentro do contexto rural.
 - 3.5. Fornecer oportunidade e financiamento para o treinamento de competências rurais avançadas em emergência, anestesia, cirurgia, obstetrícia prática e outros.
 - 3.6. Oferecer oportunidades para residentes regulares de medicina de família experimentar as alegrias e desafios da prática da família rural.
4. **Educação contínua específica adaptada e programas de desenvolvimento profissional que respondam às necessidades identificadas dos médicos de família rurais.**
 - 4.1. Programas de educação médica continuada devem ser acessíveis para os profissionais rurais pela locação em centros regionais rurais e, onde apropriado, fazendo uso de métodos de educação a distância, incluindo tecnologia da informação moderna.
 - 4.2. Geralmente, programas de educação médica continuada devem ser desenvolvidos por médicos rurais para médicos rurais.
 - 4.3. Desenvolvimento de graduação e diplomas de pós-graduação universitários apropriados, disponíveis através de educação a distância, de modo a permitir a médicos rurais mais isolados o prosseguimento de estudos universitários superiores sem sair de suas cidades ou práticas.

- 5. Posições acadêmicas apropriadas, o desenvolvimento profissional e apoio financeiro para médicos-professores rurais incentivarem a investigação em saúde e educação rural.**
- 5.1. Educação Médica Rural e Centros de Pesquisa devem ser estabelecidos em áreas rurais com o objetivo de coordenar o ensino de graduação, a formação profissional de pós-graduação e a educação médica continuada para os médicos rurais. Tais centros facilitam grandemente a implementação de todas as recomendações anteriores. Uma importante consequência do estabelecimento de Educação Médica Rural e Centros de Investigação é o desenvolvimento de relações recíprocas entre os hospitais e práticas rurais e escolas médicas/hospitais de ensino.
- 6. Escolas médicas devem assumir a responsabilidade de educar médicos devidamente qualificados para atender às necessidades da sua região geográfica em geral, incluindo áreas carentes, e deve desempenhar um papel fundamental no provimento de apoio regional para profissionais de saúde e nível terciário de saúde acessível.**
- 7. Desenvolvimento de recursos para a saúde rural baseados em necessidades e culturalmente sensíveis, com o envolvimento da comunidade local, cooperação regional e apoio do governo.**
- 7.1. Fornecer financiamento adequado para desenvolver e manter hospitais e outros serviços de saúde e serviços de referência para atender às necessidades das pessoas em comunidades rurais e remotas.
- 7.2. Criar centros de saúde comunitários rurais, com instalações e apoio para os médicos e outros profissionais de saúde.
- 8. Melhoria das condições profissionais e pessoais/familiares na prática rural para promover a retenção de médicos rurais. Estratégias incluem:**
- 8.1. Esquemas de liberação local devem ser estabelecidos para permitir a liberação dos médicos de família rurais para realizar a educação continuada, bem como recreação e outras formas de viagem.
- 8.2. Apoio financeiro orientado para a prática rural, tais como:
- 8.2.1. Modelos de financiamento que ofereçam segurança e flexibilidade para o médico e reconheçam o médico como um recurso da comunidade.
- 8.2.2. Os pagamentos complementares para os profissionais rurais em reconhecimento ao alto nível de responsabilidade clínica, serviços prestados e nas chamadas sob demanda.
- 8.2.3. Pagamentos de incentivos específicos para a prática em áreas isoladas/carentes.
- 8.2.4. O apoio financeiro para manter a viabilidade econômica de pelo menos dois médicos trabalhando juntos em uma zona rural.
- 8.2.5. O financiamento para viagens e outros custos para o médico para submeter-se à educação médica continuada.
- 8.3. Programas específicos para atender às necessidades dos cônjuges dos médicos rurais e famílias, tais como:
- 8.3.1. Redes de apoio familiar e ao cônjuge.
- 8.3.2. Assistência financeira com acomodação para o médico e familiares.
- 8.3.3. Assistência financeira para facilitar a educação da família do médico.
- 8.3.4. Financiamento para permitir viagens do médico e da família para recreação e outras formas de viagem e para visitar familiares em processo de ensino secundário ou terciário.
- 8.3.5. Assistência no desenvolvimento de oportunidades de emprego para o cônjuge do médico.
- 9. Desenvolvimento e implantação de estratégias nacionais de saúde rural, com o apoio do governo central. Isto requer:**
- 9.1. Envolvimento cooperativo das comunidades, médicos e outros profissionais de saúde, hospitais, escolas médicas, organizações profissionais e os governos, em todos os níveis. O estabelecimento de organizações nacionais de pesquisa e educação em saúde rural pode facilitar este processo.

Referências

Este documento da Wonca é baseado em experiências em muitos países ao redor do mundo. A seguinte lista de referências destaca questões fundamentais:

1. Australian Health Ministers Conference. National Rural Health Strategy. Canberra: Australian Government Publishing Service; 1994.
2. Rural Undergraduate Steering Committee. Rural Doctors: Reforming undergraduate medical education for rural practice. Australian Commonwealth Department of Human Services and Health. Canberra: Australian Government Publishing Service; 1994.
3. Rural medicine design project. Training curriculum surgery, anaesthesia and obstetrics for rural general practice. Sydney: Faculty of Rural Medicine, Royal Australian College of General Practitioners; 1992.
4. Association of American Medical Colleges. Rural Health : A challenge for medical education. Proceedings of 1990 invitational symposium. Acad. Med. 1990; 65(Suppl.): 1-126. PMID:2294917. <http://dx.doi.org/10.1097/00001888-199012000-00024>
5. Littlemeyer M, Martin D. Academic Initiatives to address physician supply in rural areas in the United States : A compendium. Washington: Association of American Medical Colleges; 1991.
6. American Academy of Family Physicians. Rural Family Practice: You can make a difference. Kansas City: American Academy of Family Physicians; 1989.
7. Canadian Medical Association. Report of the advisory panel on the provision of medical services in underserved regions. Ottawa: Canadian Medical Association; 1992.
8. Blackwood R, McNab J. A portrait of rural family practice: Problems and Priorities. Toronto: College of Family Physicians of Canada; 1991. PMID:1298622.
9. Stiratanaban A, Sangprasert B. The Rural Area Project (RAP) in Thailand: curriculum development. Med. Educ. 1983; 17: 374-377. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2923.1983.tb01123.x>
10. Carter RG. The relation between personal characteristics of physicians and practice location in Manitoba. CMAJ. 1987; 136: 366-368. PMID:3815198 PMID:1492066.
11. Asuzu MC. The influence of undergraduate clinical training on the attitude of medical students to rural medical practice in Nigeria. Afr. J. Med. & Med. Sci. 1989; 18: 245-250. PMID:2558554.
12. Poulouse KP and Natarajan PK. Re-orientation of medical education in India past, present and future. Indian J. Pub. Health. 1989; 33: 55-58. PMID:2641747.
13. Hickner JM. Training for rural practice in Australia 1990. Med. J. Australia. 1991; 154: 111-118. PMID:1986187.
14. Rosenblatt RA, Whitcomb ME, Cullen TJ, Lishner DM and Hart LG. Which medical schools produce rural physicians? JAMA. 1992; 268: 1559-1565. PMID:1308662. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.1992.03490120073031>
15. Strasser RP. Attitudes of Victorian rural general practitioners to country practice and training. Aust. Fam. Phys.. 1992; 21(7): 808-812.
16. Umland B, Waterman R, Wiese W, Duban S, Mennin S, Kaufman A. Learning from a rural physician program in China. Acad. Med. 1992; 67: 307-309. PMID:1575861. <http://dx.doi.org/10.1097/00001888-199205000-00004>
17. Magnus JH and Tolan A. Rural doctor recruitment: does medical education in rural districts recruit doctors to rural areas? Med. Educ. 1993; 25: 250-253. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2923.1993.tb00264.x>
18. Gray JD, Steeves LC and Blackburn JW. The Dalhousie University experience of training residents in many small communities. Acad. Med. 1994; 69(10): 847-851. <http://dx.doi.org/10.1097/00001888-199410000-00016>

Uma lista extensa de artigos publicados sobre a educação para a prática rural foram recuperados, confrontados e anotados pelo Dr. James Rourke. Esta publicação “Educação para a prática rural: Metas e oportunidades: uma bibliografia anotada” está disponível sob pagamento através do Australian Rural Health Research Institute Moe, Victoria 3825 Austrália

Tradução para a versão brasileira: Leonardo Cançado Monteiro Savassi e Magda Moura de Almeida. Membros do Grupo de Trabalho em Medicina Rural da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

Rio de Janeiro: SBMFC, 2011.

Política para médicas de família em áreas rurais

Endossado por Wonca,
novembro de 2003

WONCA Working Party on Rural Practice

Objetivos-chave

1. Dar suporte à mulher trabalhadora em áreas rurais e remotas em sua prática de medicina de família.
2. Aumentar o número de mulheres médicas trabalhando em áreas rurais e remotas.
3. Assegurar equidade do desenvolvimento de políticas e programas que afetem a força de trabalho em medicina rural relacionados às médicas.

Postulado

Esse documento foi desenvolvido a partir de extensa pesquisa entre médicas de área rural e estudantes de medicina de países desenvolvidos. Ele reconhece que uma nova etapa deste estudo deve incluir um processo de pesquisa com mulheres médicas em países em desenvolvimento, particularmente África, Ásia e América do Sul. Esse processo requererá um processo de comunicação especificamente desenhado para conhecer as visões e experiências das médicas que trabalham em ambientes sem a facilidade de acesso como e-mail, fax e outros meios práticos de comunicação.

Estratégias

1. Recrutamento
 - 1.1. Atrair a mulher rural para a medicina
 - 1.2. Atrair a mulher médica para a medicina rural
 - 1.3. Prover às estudantes de medicina experiências em zona rural
 - 1.4. Prover às estudantes e aos estudantes de medicina, bem como aos pós-graduados, preceptoras médicas de áreas rurais
 - 1.5. Ensinar acerca de questões de gênero para médicos rurais
 - 1.6. Recrutar mulheres de áreas rurais para posições de liderança

Como citar: Working Party on Rural Practice WONCA. Política para médicas de família em áreas rurais. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013;8(Suppl 1):35-48.
Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8\(1\)729](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8(1)729)

2. Treinamento
 - 2.1. Providenciar ferramentas apropriadas e acessíveis para a prática rural
 - 2.2. Encorajar habilidades em procedimentos e cirurgias
 - 2.3. Providenciar uma educação médica continuada flexível e acessível
 - 2.4. Providenciar um ambiente apropriado para aprendizagem
 - 2.5. Trabalhar com preceptoras mulheres em ambiente rural
 - 2.6. Inserir o ensino de habilidades de gênero como parte importante do currículo
 - 2.7. Desenvolver e implementar o currículo para retreinamento para médicos que ficaram afastados da prática profissional
 - 2.8. Desenvolver e implementar o currículo para o ensino da graduação e pós-graduação em competência e segurança cultural
 - 2.9. Providenciar suporte e assistência para prática em tempo parcial e reentrada no mercado de trabalho
 - 2.10. Providenciar treinamento em gerenciamento, liderança, resolução de conflitos e tecnologia da informação
 - 2.11. Certificar que o cuidado das crianças e da família será providenciado durante os eventos de educação médica
 - 2.12. Providenciar treinamento em métodos de lidar com ameaças, dificuldades e situações perigosas
 - 2.13. Desenvolver políticas de desenvolvimento profissional continuado quando a médica não é uma profissional ativa
 - 2.14. Treinamento durante a graduação
 - 2.14.1. Treinamento na graduação flexível e período parcial em instituições ao invés de trabalhos individuais com a finalidade de resolver a interface família/profissional
 - 2.14.2. Encorajar o diálogo com estudantes a respeito da rotatividade rural a fim de permitir uma integração sensível com suas vias, inclusive número e tempo de rotatividade, acomodações adequadas, orientações e integração social com a comunidade
 - 2.14.3. Seleção do curso (faculdade) que enfatize experiências de sucesso na prática rural
3. Suporte
 - 3.1. Assegurar que há espaço para toda a família
 - 3.2. Providenciar suporte (retaguarda) para a médica enquanto ela cuida da comunidade
 - 3.3. Assegurar médicos que podem substituir a médica em suas saídas regulares ou férias
 - 3.4. Buscar apoio político para o pagamento adequado durante o afastamento em caso de cuidado dos familiares, equitativos em relação ao restante da sociedade
 - 3.5. Dar prioridade à substituição do profissional durante a licença maternidade e crises familiares
 - 3.6. Estabelecer uma rede de apoio à médica de área rural
 - 3.7. Assegurar o respeito de e para os colegas de profissão
 - 3.8. Desenvolver acesso aos serviços de saúde para si mesmo e para a família
4. Estrutura para a prática da medicina rural
 - 4.1. Desenvolver práticas flexíveis de trabalho
 - 4.2. Estabelecer um kit de ferramentas baseadas na internet para assistir a médica em sua prática
 - 4.3. Assegurar pagamento adequado para a necessidade de dedicação em maior tempo devido às interações clínicas iniciadas pelos pacientes das médicas rurais
 - 4.4. Aprofundar sistemas para tempo parcial e para trabalho sob interrupções temporárias
 - 4.5. Providenciar arranjos trabalhistas transparentes (contratos)
 - 4.6. Providenciar plantões a distância flexíveis
 - 4.7. Desenvolver e implementar políticas que incluam licenças para cuidar dos familiares
 - 4.8. Reconhecer e facilitar diferentes estilos de trabalho
 - 4.9. Providenciar cuidados para os filhos para as horas de plantões (durante as chamadas) e horas extras.

- 4.10. Desenvolver um kit de ferramentas na internet para implicações profissionais durante o período de transição para a maternidade.
- 4.11. Assegurar um ambiente de trabalho seguro
- 4.12. Reconhecer e facilitar o estilo de trabalho da mulher
5. Representação e liderança
 - 5.1. Assegurar representação equitativa para mulheres em organizações profissionais de médicos em área rural
 - 5.2. Desenvolver um plano para recrutar mulheres para posições de liderança
 - 5.3. Incluir as organizações que se responsabilizam por contratar mulheres
 - 5.4. Assegurar que as mulheres estejam presentes nas conferências nacionais e internacionais
 - 5.5. Assegurar que as mulheres terão suporte para realizar pesquisas científicas
 - 5.6. Assegurar representação equitativa de mulheres como principais autoras em publicações profissionais

Essas estratégias foram desenhadas a partir de um trabalho internacional realizado previamente para a Conferência da Wonca e a partir de pesquisas das experiências das médicas em áreas rurais e remotas.

Antecedentes

As organizações internacionais estão agora reconhecendo que a ciência do século 21 demandará locais de trabalho do século 21, onde homens e mulheres, de diversas regiões do planeta estarão igualmente e plenamente empoderados para dar seu melhor para o mundo do futuro (Grupo consultor em Pesquisa de Agricultura Internacional, 1999).

Depois de 3000 anos, as mulheres estão começando a tomar o seu lugar na arena pública e a contribuir para o discurso público, falando sobre a verdade e a ordem própria do cosmos. A experiência mulher confiante é diferente da fé que tem dominado o sistema público até agora (Benlenky et al., 1997, Giligan 1982). O desafio que se mostra a todos nós é incorporar o conhecimento e a cultura, bem como a experiência de mulheres em sistemas e conhecimento, como na medicina.

A má distribuição de médicos tem sido identificada como uma matéria de equidade e força de trabalho em muitos países (Makan 1998, AMWAC 1998) e que tem sido confundida pela mudança na distribuição por sexo da força de trabalho médico e pelas diferentes formas dos homens e mulheres médicos contribuírem para a medicina.

No mundo desenvolvido, tem havido uma mudança radical da distribuição por sexo dos estudantes de medicina. No ano de 2000, 50% dos estudantes de primeiro ano e 40% de todo o corpo estudantil na África do Sul era formado por mulheres (MWIA 2001) e 47,9% dos médicos, em seu primeiro ano de residência, eram mulheres (de Villiers & de Villiers, 2002). Canadá, EUA, África do Sul e Reino Unido relataram uma tendência similar e, na Austrália, há o mesmo número de mulheres matriculadas no primeiro ano (Birenbaum 1995, NEJM 2000, Moodley 1999, referência canadense de Leslie Rourke). A proporção de mulheres entre os estudantes de medicina nos Estados Unidos tem crescido sensivelmente, especialmente a partir do ano de 1999, 44% dos estudantes de medicina no primeiro ano são mulheres (NEJM 2000).

Durante o período de 1983-1999, a porcentagem de médicas generalistas na Inglaterra e Wales aumentou de 17,4% para 31,75%. Esse quadro aparece também na Escócia e Irlanda do Norte, onde aproximadamente 1/3 de todas as gestoras são mulheres (36,1% e 29,5%, respectivamente). Essa tendência é semelhante à que continua como o número de médicas generalistas que solicitam novos registros no Royal College, que são 57% (Royal College of General Practitioners, 2002). De acordo com a Associação dos Colégios Médicos Americanos (Association of American Medical Colleges), em 1999 houve 38.529 inscrições – um aumento de 6% em relação ao ano de 1998 -, entre essas, das que foram aceitas, houve 8809 homens (um decréscimo de 2,2%) e 7412 mulheres (um aumento de 3,5%).

A força de trabalho médico feminino está crescendo mais rapidamente do que a dos médicos homens. O aumento do número de mulheres nesse contingente trabalhista é uma tendência global.

O aumento da participação feminina na força de trabalho médica, combinada com as diferenças de trabalho entre as mulheres e os homens, está trazendo um impacto substancial ao futuro no suprimento e distribuição dos médicos (McEwin 2001). A mulher médica tende a escolher a prática geral, trabalhar em tempo parcial e prefere as capitais ou as maiores áreas urbanas. As mulheres também tendem a deixar a medicina ou praticá-la em melhor número de atividades por razões legítimas durante curtos períodos durante suas carreiras (AMWAC 1998).

Somando-se a estes fatos, há evidências na Austrália e em outros países do Oeste de que, enquanto todos os médicos têm seu corpo de conhecimento, competências e ética profissional, há diferenças de estilos de trabalho que podem ser identificadas entre homens e mulheres (Hojat, Gonnella & Xu 1995; Turner, Tippet, Raphael 1994). Um estudo australiano por Redman, Saltman, Straton, Young e Paul (1994) encontrou que médicas são mais influenciadas do que os homens em sua escolha da especialidade, pela necessidade de “oportunidade para o cuidado holístico” (86% das mulheres comparadas a 58% dos homens).

Em geral, os homens valorizam aspectos psicossociais da saúde em menor grau que as mulheres, e tendem a operar mais fortemente pelo modelo biomédico do que pelo paradigma biopsicossocial. Eles dão menor espaço e ênfase ao cuidado holístico, praticam menos medicina preventiva, lidam com um problema de cada vez ao invés de muitos com os pacientes presentes, fazem menos aconselhamento e preferem realizar procedimentos ao invés de lidar com o subjetivo em saúde mental (idem). Os pacientes são muito menos propensos a procurar um médico homem com assuntos como violência interpessoal ou agressões sexuais (Wainer 1998). Essas diferentes prioridades são reflexos de diferentes estilos de prática (AMWAC 1998) e combinam com as diferentes expectativas dos pacientes (Rogers 1996).

As médicas têm características de trabalho distintas. Britt, Sayer, Miller et al. (1999) encontraram que, em comparação com os homens, as médicas generalistas tendem a ter consultas de maior duração, gerenciar maior número de problemas por encontro, ver maior percentagem de pacientes jovens e novos pacientes, manejar depressão com mais frequência. Tolhurst (1999) encontrou que as médicas fazem mais aconselhamento e trabalham com casos de violência e agressões sexuais. Elas trabalham com saúde mental na comunidade. Um estudo sobre habilidades profissionais de médicos em zona rural na África do Sul encontrou que as médicas são estatisticamente mais procuradas do que os homens durante o final da gestação (De Villiers & DeVilliers 2002). Esse dado é importante para compreender porque a presença de mulheres como médicas é tão importante para as mulheres como pacientes.

Há uma convergência não compreendida entre a “medicina” e a “prática do homem médico”. Isso tem mudado à medida que aumenta o número de mulheres que impõem um estilo feminino de exercer a medicina que reflita suas prioridades e valores.

Força tarefa rural

Os médicos são pouco representados em áreas rurais e de difícil acesso e, nos países do Oeste, as médicas são ainda em menor número na prática rural do que os médicos homens (Strasser, Kamien, Hays & Carson 1997, Doescher, Ellesbury & Hart 2000).

Nos Estados Unidos, somente 16% das médicas em medicina de família rural/generalistas são mulheres (Doescher, Ellesbury & Hart 2000), entre elas, 43% são recém-graduadas. As médicas generalistas nos Estados Unidos são consistentemente em menor número do que os médicos homens em sua prática em área rural ((Doescher, Ellesbury & Hart 2000). Na Austrália, 27% dos médicos generalistas em zona rural são mulheres, entretanto 40% das mulheres médicas de família rurais têm menos de 35 anos, e 60% das residentes são mulheres. Nas Filipinas, a maioria das mulheres em área rural são mulheres. Os dados de outros países poderão complementar essa evidência.

Alguns estudos na Austrália e Canadá (Rourke 1996, Wainer 1998, Carson 1998, Thompson 1997) analisaram a evidência de uma emergente mudança cultural da força de trabalho em medicina rural, e Tolhurst (1997) encontrou que algumas das tensões experimentadas por médicas em áreas rurais acontecem quando elas necessitam encontrar um caminho que mescle suas responsabilidades profissionais e familiares.

As escolhas de trabalho das mulheres são geralmente modificadas pela prioridade que elas dão ao desenvolvimento e manutenção de seus relacionamentos pessoais e familiares e as demandas em balancear as responsabilidades familiares com seu trabalho clínico (Strasser, Kamien, Hays & Carson 1997). Uma pesquisa emergente no Canadá sugere que uma vez que a médica é recrutada para a prática em área rural, ela tende a trabalhar em média 48 horas por semana (referência de Mary).

As médicas tendem a ser a principal cuidadora/provedora da família (Wainer 2001)., Desde cedo, as mulheres praticam um estilo mais flexível de trabalho e, geralmente, trabalham pouco ou nunca em horas irregulares ou plantões a distância (McEwin 2001).

A medicina rural é um dos pontos profissionais em que as mudanças ocorridas a partir da presença de mulheres foram primeira e profundamente mais sentidas. A medicina rural é quase a única área profissional com um pequeno número de candidatos. Ela necessita de mais candidatos para suas diversas regiões de trabalho, o que ocasiona maior rol de negociações para redesenhar sua prática.

Há um paralelo entre o diálogo que existe dentro da medicina rural e da medicina praticada por mulheres. Ambos os grupos (mulheres e rurais) realizam a sua medicina de uma forma particular. Sua forma de atuação converge com a prevalência da cultura médica nas habilidades centrais e no conhecimento, e difere em contexto e prioridades.

Coletando evidências

Workshops realizados na Conferência do Wonca World Rural Health em Durban (1997) e Kuching (1999) e a conferência da Wonca em Dublin (1998) testaram a premissa de que mulheres e homens praticam a medicina de formas diferentes, e as implicações que essa premissa traz. O Wonca 4th World Rural Health Conference em Calgary produziu o Compromisso Calgary para as mulheres que praticam medicina de família em áreas rurais.

Durante o workshop em Durban, os médicos foram questionados a considerar quais os pontos fortes das mulheres na prática de medicina rural. Os participantes primeiro tiveram que considerar quais são os pontos fortes e, então, entrar em acordo sobre os pontos fortes que as médicas possuem:

- capacidade de ouvir
- bom trabalho com a equipe e boa relação com o staff de enfermeiros
- compreensão sobre os problemas ginecológicos
- cuidado valorizado das crianças
- orientação para a atenção primária e prevenção
- maior arsenal para diversidade
- capacidade de trabalhar por um menor salário
- permitir ao homem valorizar sua feminilidade
- valorizar a vida rural como melhor para sua vida familiar
- as mulheres apreciam mais o trabalho das médicas.

Os participantes do Workshop em Durban organizaram suas recomendações, que foram refinadas por um pequeno grupo de trabalho, as submeteram ao Comitê de Recomendações, e as apresentaram para toda a Conferência. Todas essas primeiras recomendações foram incluídas nessa Política para Médicas de Família em áreas rurais (1999).

As recomendações são:

1. As mulheres devem ser envolvidas em todos os corpos representativos e envolvidas nas tomadas de decisão sobre seu trabalho.
2. Certificar-se de que os médicos em área rural refletem o uso de habilidades apropriadas e o mix sobre gênero que necessitam para atender às necessidades de suas comunidades.
3. Dar suporte para médicas em área rural em sua prática e formas de elas se apropriarem de suas múltiplas funções como médicas, esposas e mães, incluindo estratégias de empoderamento das mulheres e homens na medicina rural, reconhecendo seus próprios limites para essa prática. Essa forma inclui, mas não se limita a, horários flexíveis de trabalho e formação descontínua.
4. Essa modalidade de prática preferida pela mulher deve ser adequadamente remunerada e gerenciada.
5. O estabelecimento de rede para a atenção à família dos médicos, tais como Rede para Medicina de Família, estrutura de educação para o médico e sua família, relacionamentos e limites profissionais.
6. Que educação seja providenciada às comunidades em suas necessidades de médicos rurais e suas famílias.
7. Que as oportunidades de emprego sejam providenciadas para os cônjuges dos médicos ou médicas.

8. Que oportunidade de educação seja providenciada para os filhos dos médicos ou financiadas para facilitar a educação das famílias dos médicos e facilitar as visitas aos membros das famílias que estão estudando em locais distantes.
9. Que haja um financiamento que permita a viagem para o médico e sua família para recreação e outras formas de viagem.
10. Assistência financeira com acomodações deve ser provida para o médico e sua família.
11. As futuras conferências internacionais em medicina rural devem ser estruturadas de forma a assegurar a participação de um mais amplo espectro de médicos rurais, com atenção especial ao envolvimento de médicas de áreas rurais.
12. Que os futuros encontros regionais da WONCA e congressos mundiais contenham um forte componente rural.
13. Que uma atenção particular seja dada ao pagamento para o envolvimento de mulheres na organização e programas das conferências. Uma quantidade substancial de tempo deve ser incluída nos programas da conferência na discussão de assuntos gênero-relacionados, incluindo, mas não restringindo, considerações de relacionamentos pessoais, de família e profissionais de homens e mulheres médicos, e que também incluam apresentações desses assuntos em sessões plenárias.
14. Assuntos sobre saúde da mulher devem ser estimulados nas reuniões clínicas das futuras conferências rurais.
15. O cuidado de crianças e programas para crianças dos delegados devem ser providenciados para todos os encontros e conferências.
16. Que a WONCA desenvolva uma política de assegurar a representação equitativa de médicas nos corpos de tomadas de decisões.

Recomendações de que as mulheres estejam envolvidas no planejamento e apresentações das conferências mundiais da WONCA Rural Health, e que a saúde das mulheres, assuntos ligados a gênero para a força de trabalho em zona rural façam parte do programa em conferências rurais, foram implementadas pelas conferências da WONCA Rural Health Kuchingo (1999), Calgary (2000) e Melbourne (2002).

Médicos que participaram de workshops conduzidos em Dublin (1998) (Wainer, Bryant & Strasser 1998) concordaram que a prática médica das mulheres e dos homens é diferente. As mulheres sabem disso e os homens tentam contestar.

Tabela 1. Mulheres e homens praticam medicina diferentemente.

Mulheres	Homens	Todos os médicos
Lidam confortavelmente com emoções	Atendem a maior número de pacientes	Precisam estar aptos para lidar com o modelo biomédico,
Veem maior número de problemas por consulta	Gostam de realizar procedimentos	assim como as apresentações biopsicossociais
Fazem mais prevenção	Recebem mais dinheiro	
Fazem mais escuta qualificada e aconselhamento	Fazem menos screenings	
Gerenciam melhor seu tempo	Ressentem-se pelas mulheres não levarem a mesma carga	
Delegam, acompanham	Querem fazer tudo	
Têm papel de provedoras para suas famílias		
Diferente estilo de reafirmar sua prática, a despeito de treinamento e pagamento		

No workshop realizado preliminarmente em Sydney, em 1998, um estilo de homens e mulheres interativos foi observado. Como mostrado na Tabela 2.

Tabela 2. Estilos interativos de mulheres e homens médicos.

Mulheres	Homens
Assuntos claros	Não permitem interrupções
Mais atentas à linguagem do corpo	Expressam opiniões como fatos
Facilidade em não se tornar paternalista	Sentam-se atrás observando
Vendendo ideias	Abrem-se para outros pontos de vista
Contato dos olhos	Mais confiantes e apresentam senso de humor

Os médicos concluíram que os homens precisam ser mais flexíveis e as mulheres precisam fixar limites, e os estudantes médicos e jovens médicos devem ser ensinados nesses aspectos.

Uma oficina sobre o desenho da prática das mulheres em área rural foi realizada na terceira conferência mundial de medicina rural em Kuching. Assuntos emergentes na conferência incluíram:

- Práticas Sustentáveis de apoio às mulheres
- Financiamento que reconheça a forma de trabalho das mulheres
- Valorização do estilo feminino de praticar a medicina
- Aproximação dos modelos de tecnologia para as mulheres
- Assuntos ligados ao gênero na pesquisa de saúde rural
- Indicadores específicos de gênero e indicadores sensíveis de bem-estar
- Efeitos da saúde aos estados relacionados às mulheres
- Integridade física para mulheres como um direito humano
- Saúde sexual das mulheres como uma prioridade nos assuntos de saúde rural.

A maior parte dos trabalhos necessita ser realizado em torno desses assuntos como uma marca política e integrar o trabalho internacional em uma perspectiva de gênero em medicina e direitos humanos no contexto da saúde da mulher.

A 4ª Conferência Mundial sobre Medicina Rural da Wonca realizada em Calgary, em 2000, incluiu, em sua agenda de discussões, questões sobre a Mulher como Médica Rural e desenvolveu o Compromisso Calgary com as Mulheres na Prática da Medicina de Família Rural. Este documento estipula o seguinte:

Compromisso Calgary com as Mulheres na Prática da Medicina de Família Rural

Preâmbulo

Nós, os profissionais em saúde rural do mundo, reunidos em Calgary durante a 4ª Conferência Mundial sobre Medicina Rural, reconhecemos e celebramos as mulheres que contribuíram e contribuem, de forma especial e essencial, na prática da medicina rural e para promoção da saúde nas suas comunidades.

Com base no conhecimento bem fundamentado de que a contribuição igualitária de mulheres e para as políticas públicas é essencial para garantir o futuro da vida neste planeta, assim como na melhoria das condições humanas, o Compromisso Calgary com as Mulheres na Prática da Medicina de Família Rural tornará o trabalho da mulher visível e reconhecido.

Isto é particularmente importante dada a crescente presença das mulheres na medicina rural, os desafios enfrentados pelas mulheres na prática rural e as desigualdades de comprometimento e recursos para estas questões em todo o mundo.

Reconhecemos a diversidade das contribuições femininas na saúde rural através do apoio ao desenvolvimento de práticas, políticas, financiamentos e iniciativas de pesquisas que refletem os seguintes princípios:

Princípios

- A prática de Medicina Rural deve ser estruturada para refletir e comportar a forma como as mulheres a experimentam em suas vidas.
- A prática sustentável da medicina rural pelas mulheres deve ser flexível, segura, desenvolvida localmente e culturalmente, de forma apropriada.

- A promoção do envolvimento das mulheres no desenvolvimento de políticas é fundamental para garantir a inclusão da contribuição feminina.
- O trabalho que a mulher desenvolve como médica rural, de acordo com o interesse da população atendida, deve ser devidamente valorizado e adequadamente remunerado.
- As muitas contribuições femininas na Medicina Rural devem estar incluídas no programa de ensino médico básico.
- As mulheres desejam a diversidade e flexibilidade do trabalho, sem a pressão para se adequar ao atual profissional valorizado, com suas estruturas de treinamento e práticas.
- Equipe de trabalho local e parcerias são necessárias para garantir que iniciativas sejam desenvolvidas de forma apropriada para cada área.

Compromisso

Essa Conferência parabeniza o Grupo de Trabalho em Práticas Rurais da WONCA pelo trabalho feito para implantar as recomendações do 2º Congresso Mundial de Saúde Rural no que diz respeito aos assuntos debatidos pelas mulheres. Particularmente, notamos a inclusão de muitas recomendações na Política em Práticas Rurais e Saúde Rural, além da presença feminina nos programas científicos das conferências.

Dando continuidade a este trabalho essencial de reestruturação das práticas rurais para atrair maior participação feminina, esta Conferência compromete-se a trabalhar visando uma representação igualitária das mulheres no Grupo de Trabalho da WONCA, comitês organizadores de conferências e outros, além de outros grupos de trabalho para desenvolvimento de políticas sobre práticas rurais.

Com o objetivo de avançar em questões que têm sido identificadas por mulheres, esta Conferência apoia o desenvolvimento da Política de Práticas Rurais por Mulheres da Wonca.

O grupo de Prática Rural por Mulheres (PRM) do Grupo de Trabalho de Práticas Rurais foi estabelecido como resultado deste Compromisso e sua Presidente é uma participante do Grupo de Trabalho. O desenvolvimento de Políticas para as Mulheres na Prática da Medicina de Família Rural é parte das tarefas definidas para o mandato deste Grupo de Trabalho.

Estratégias

Recorrendo a trabalhos anteriores das conferências em saúde rural da WONCA e pesquisas a respeito de experiências de médicas de família rurais, as estratégias a seguir serão apresentadas para o conhecimento das necessidades das médicas e das comunidades rurais por elas atendidas, visando à contribuição para o cuidado em saúde.

Recrutamento

Através da análise dos sistemas médicos, médicas têm identificado que há uma estratégia para crescimento do número de estudantes em contextos rurais, ligando estudantes de medicina do sexo feminino a médicas rurais, criando programas de aprendizado e treinamento durante a graduação e pós-graduação em áreas rurais, além de assegurar um plano de carreira em práticas rurais (Wainer 2001, McEwin 2001, White & Fergusson 2001). Universidades australianas e faculdades de medicina já estão colocando esta estratégia em prática. Encorajando estudantes de áreas rurais a se inscreverem no curso de Medicina, selecionam propositalmente estudantes de origem rural para ingressar no curso e ajudam na manutenção de conexão com comunidades rurais através de atividades como clubes rurais e tutorias com médicos rurais oferecidas para todos os estudantes desde o primeiro ano, seguindo por todo o curso.

Essas universidades também conseguiram aumentar a quantidade de estudantes que optam por formação com ênfase rural, oferecendo e promovendo um percentual de treinamento em hospitais rurais e unidades de prática generalista rural.

Estratégias

- Atrair mulheres rurais para dentro das escolas médicas através de um trabalho em parceria com as escolas de ensino fundamental e médio rurais. Além disso, promoção, pelas universidades, de maior aceitação e ampliação da participação de estudantes de origem rural em carreiras médicas e outras carreiras da saúde.
- Atrair mulheres para entrar para a medicina rural.
- Oferecer experiências de práticas médicas rurais para as estudantes em formação.
- Oferecer a estudantes de medicina, sejam eles mulheres ou homens, e também a pós-graduandos, treinamentos, tendo médicas rurais como tutoras.
- Ensinar sobre as questões de gênero para os médicos rurais, tanto na vida profissional e prática clínica como no currículo básico do ensino de graduação e pós-graduação médica.
- Recrutar mulheres de origem rural para posições de liderança.
- Oferecer às estudantes de medicina a oportunidade de experimentar a saúde rural.

Treinamento

As médicas que atuam no meio rural recomendam que esteja disponível um sistema de treinamento em parte do tempo, de forma que médicas sejam capacitadas por outras médicas, que seriam suas mentoras. Este treinamento inclui desenvolvimento de habilidades adequadas em áreas importantes para a prática da medicina rural, como emergências, anestesia, cirurgia e obstetrícia (Wainer 2001, White & Fergusson 2001, McEwin 2001). As mulheres estão certas quanto à necessidade de uma atividade profissional sistematizada e compreensiva, com o objetivo de desenvolvimento pessoal e construção de apoio personalizado. Esta prática tem como objetivo fornecer às médicas as competências necessárias ao bom desempenho profissional e confiança no cuidado que a comunidade requer.

Este projeto deve ser iniciado com o estímulo a estudantes provenientes de áreas rurais, do sexo feminino, a ingressarem no curso de Medicina e, durante o curso, oferecer oportunidade de conhecimento e atuação em Medicina Rural. O estímulo deve continuar com treinamentos em hospitais rurais e práticas rurais, durante a pós-graduação (residência médica), incluindo treinamento de habilidades que as médicas rurais necessitam. Além disso, suporte a profissional deve ser oferecido para uma educação médica continuada, de forma acessível às mulheres, levando em consideração o custo financeiro, deslocamento, cuidados com os filhos e horas-aula dedicadas à atividade. Tem sido sugerido que alguns destes eventos de educação continuada ocorram durante o horário de trabalho, tentando minimizar o afastamento da família por mais tempo. Outras questões levantadas por mulheres para a educação médica continuada incluem: treinamento de atendimento a emergências em lugares seguros, com prestação de cuidados as crianças; reorganização de programas de trabalho para mulheres que desejam aumentar suas horas trabalhadas de meio horário para horário integral ou ainda que queiram retornar ao trabalho após a licença maternidade; habilidades de negociação e gestão.

Estratégias

- Oferecer acesso a treinamentos de habilidades apropriadas para a prática rural.
- Incentivar o desenvolvimento de habilidades cirúrgicas e para a realização de procedimentos.
- Oferecer educação médica continuada de forma flexível e acessível.
- Oferecer ambiente seguro para aprendizado.
- Treinamento em serviços rurais com outras médicas.
- Incorporar ao currículo básico médico o ensino de habilidades de gênero.
- Desenvolver e implementar um currículo que possibilite a reentrada no treinamento para as médicas que permanecerem por um tempo fora da prática profissional.
- Desenvolver e implementar um currículo para graduandos e pós-graduandos que ensine competências culturais e segurança.
- Oferecer apoio e assistência para a força de trabalho que atue em meio período ou que necessita voltar a atuar.

- Oferecer treinamento em gestão, liderança, habilidades de negociação e tecnologia da informação.
- Garantir o cuidado às crianças e estabilidade nos arranjos familiares durante a realização de eventos de educação médica.
- Oferecer treinamento em metodologias para lidar com situações que sejam de maior dificuldade de abordagem, apresentem perigo ou ameaça.
- Desenvolver uma política de continuidade no desenvolvimento profissional, em que a médica não esteja atuando profissionalmente.
- Treinamento durante a graduação:
 - Flexibilidade e possibilidade de treinamentos de meio horário durante a graduação, pois, assim, a instituição, não somente o indivíduo, trabalha para encontrar a solução para adequar uma interface entre a família e a atividade profissionalizante.
 - Incentivar o diálogo de estudantes preocupados com os estágios rurais para permitir a integração desta prática em suas vidas, incluindo número e tempo de duração dos estágios, moradia adequada, orientação suficiente e integração social com a comunidade.
 - Seleção de corpo docente que possa enfatizar e exemplificar uma prática de saúde rural de sucesso.

Currículos sensíveis ao gênero incluem ensino sobre a importância das pesquisas que refletem a maneira como as mulheres vivem a experiência da saúde e da doença, além das diferenças dos dados por sexo. Dados específicos sobre gênero são dados e indicadores apropriados para um sexo. Uma abordagem sensível sobre gênero reconhece que os diferentes sexos, feminino e masculino, necessitam de tratamentos diferenciados em uma mesma situação e pesquisas que levam em consideração as diferenças de gênero reconhecem que o mesmo tratamento pode apresentar diferentes resultados para mulheres e homens. Em ambos os sexos, o aspecto biológico – ser homem ou mulher – e os de gênero – masculino ou feminino – os papéis e significados atribuídos a cada sexo são determinantes de saúde. Tanto a educação médica, quanto a pesquisa e a prática em saúde apresentaram um déficit na atenção dada a questões que envolviam o gênero e eram limitadas no conhecimento dos efeitos dos estereótipos prevalentes em nossa sociedade na saúde.

Embasamento teórico

Pesquisas sobre as mudanças necessárias para atrair mulheres médicas para a medicina rural observaram que uma das mais importantes necessidades é proporcionar trabalho para o parceiro desta médica, possibilitando sua estabilidade nesta área de atuação (Wainer 2001). As mulheres são, claramente, a maioria quando se avaliam os médicos que se mudam com suas famílias; e as comunidades que desejam atraí-las devem compreender a necessidade de se estabelecer um lugar apropriado para cada membro desta família que está se mudando para uma nova localidade. Isso significa um trabalho para o marido, educação e cuidado para os filhos. Mulheres solteiras apresentam necessidades diferentes, relacionadas ao isolamento e a amizades, além do desconforto de algumas comunidades rurais que têm como único profissional médico uma mulher. É necessário que se desenvolvam programas específicos de apoio às médicas que se dispõem à prática da medicina rural e vêm, independentemente de sua família. Comunidades rurais podem ser estimuladas a proporcionar acolhimento e integração da médica solteira através de redes de trabalho e atividades comunitárias.

A Associação Médica Australiana recomenda que a comunidade local apoie e ofereça incentivos à médica rural, seu esposo e família, e isto inclui: informações sobre as perspectivas da prática médica rural e sobre a comunidade; facilidade para adquirir, a curto prazo e com financiamento do governo, uma moradia, com consequente estabilidade de instalação na comunidade local (Australian Medical Association Position Statements: Rural and Remote Health (Julho 2001).

Mulheres têm identificado as redes de trabalho e suporte de pares com outros profissionais do sexo feminino como um ponto importante para o contínuo desenvolvimento profissional e a redução do isolamento, apoiado por um sistema de orientação de estagiárias e novos recrutamentos para práticas rurais.

Mulheres querem ser valorizadas pelo que elas fazem. Um tema recorrente nas pesquisas (Tolhurst 1997, McEwin 2001, Wainer 2001) é que as mulheres se consideram “médicas não adequadas”, pois seu estilo e prática, de certa forma, não mimetizam a prática dos homens.

Mulheres querem uma mudança cultural para que, quando elas trouxerem uma nova forma de trabalho para a prática rural, ocorram valorização e reconhecimento de seus colegas, equipe de trabalho e sistema, refletindo a dedicação oferecida por elas a sua prática através de seus pacientes.

Estratégias

- Garantir que haja um lugar, uma colocação, para toda a família.
- Oferecer apoio para a médica enquanto ela cuida de sua comunidade.
- Garantir que as médicas tenham apoio feminino local e férias regulares.
- Garantir licença maternidade remunerada, em acordo com toda a sociedade.
- Dar prioridade de apoio local durante a licença maternidade e em períodos de crises familiares.
- Estabelecer uma rede feminina de trabalho e parcerias.
- Garantir o respeito de e para com outros colegas.
- Desenvolver acesso a seguros de saúde para a médica e sua família.

Na Austrália, a Faculdade de Médicos Generalistas Rurais da Real Universidade Australiana está desenvolvendo um kit de pesquisa para o governo local e suas comunidades prestarem assistência, com compreensão e respeito, às necessidades das famílias de médicos rurais, com foco prioritário nas mulheres.

Estrutura da prática da Medicina Rural

A tradicional expectativa da sociedade de que as mulheres devem assumir a responsabilidade, prioritariamente, pela família tem um impacto substancial na forma como as mulheres fazem suas escolhas profissionais e a prática da medicina. Isso é evidente nas áreas de atuação, como da Medicina Rural, que preenchem uma parte importante do tempo da profissional com imersões, estudos e atendimentos telefônicos.

As diferenças entre as práticas clínicas de homens e mulheres no que diz respeito ao total de horas trabalhadas são devidas, em quase sua totalidade, a maior porcentagem de mulheres que optam por trabalhar meio horário. Em 1994, 46,8% das médicas australianas trabalhavam meio horário em comparação a 15,3% dos homens que faziam a mesma opção. Trabalhos de meio horário são definidos pelo Comitê Consultor de Trabalhadores Médicos Australianos como aqueles que ocorrem por menos de 40 horas semanais. Essa definição varia de acordo com as especialidades médicas e é uma média das horas trabalhadas pelos profissionais de cada especialidade. A maior proporção de mulheres trabalhando meio horário era entre as profissionais de 30 a 40 anos, período coincidente com a fase em que as mulheres assumem compromissos extrafamiliares. Entretanto, as mulheres, geralmente, que têm que deixar de trabalhar, retomam suas atividades após certo período. Isso destaca a necessidade de boas oportunidades de reciclagem profissional para melhoria de competências, assim como maior acesso a serviços de cuidados para as crianças, se necessário. Negociações satisfatórias no trabalho são necessárias para permitir que as mulheres (assim como médicos jovens) retornem a sua prática clínica (AMWAC 1998, Incitti 2002).

Pesquisas recentes realizadas por Moodley, Barnes e de Villiers evidenciaram a escassez de mulheres que praticam parcerias e a falta de licença maternidade para as mulheres médicas na África do Sul.

Além disso, mulheres e homens apresentam diferentes padrões de relação com suas carreiras e vida familiar, e isto irá influenciar a forma como cada um atua na prática da Medicina. Mulheres têm uma carreira cíclica e interrompida, o que reflete nos seus papéis produtivos como membros da comunidade e de suas famílias, particularmente seus pais. Mulheres e homens na Medicina têm experiências de trabalho paralelas até as mulheres terem seus bebês, o que leva as mulheres a buscarem novas formas de trabalho (Carr et al., 1998, Quadrio 1991, Quadrio 2001).

A Associação Médica Australiana recomenda o apoio a mulheres médicas rurais para uma prática que permita que elas exerçam seus múltiplos papéis, incluindo a aceitação de flexibilização de horas de trabalho e cursos de treinamento (Australian Medical Association Position Statements: Rural and Remote Health - Julho 2001).

Mulheres estão buscando um aumento na flexibilidade na prática rural, apoiadas pelo acesso a trabalhos de meio horário. Elas desejam esses arranjos para uma prática flexível quando suas crianças são pequenas, incluindo flexibilidade de horas trabalhadas e em registros de chamadas, além de possibilidade de divisão de trabalho. Elas também querem um menor comprometimento de horas extras trabalhadas, especialmente quando suas crianças são novas (White & Fergusson 2001, Tolhurst 1997, Wainer 2001, McEwin 2001).

Pesquisas identificaram que as mudanças que a maioria das mulheres julgou de maior importância foi serem pagas adequadamente pelo que fazem (Wainer 2001). Isso pode ser percebido pelo aumento nos índices de reconhecimento da responsabilização nas práticas rurais; estes foram os índices que aumentaram mais. Mulheres são muitas vezes requeridas para oferecer consultas de maior complexidade, com incentivo aos exames citológicos de colo do útero, pagamento adequado por plantões necessários para custear os filhos, apoio financeiro para cobrir os gastos com os cuidados com os filhos e viagens para participação em eventos de educação continuada, assim como dedução de impostos nos cuidados às crianças.

Estratégias

- Desenvolver uma prática de trabalho flexível.
- Estabelecer um conjunto de ferramentas baseadas na web para ajudar na negociação entre prática clínica e comunidade.
- Garantir pagamento adequado para iniciar interações clínicas que exijam um tempo maior de realização, pelos pacientes das médicas.
- Incorporar nos sistemas de trabalho as práticas de meio horário e interrupção do trabalho.
- Oferecer um contrato de trabalho com negociações transparentes.
- Oferecer arranjos flexíveis de horários de plantões.
- Desenvolver e implementar políticas de licença-maternidade.
- Reconhecer e facilitar estilos diferentes de trabalhar.
- Oferecer cuidados com as crianças durante os plantões e após as horas de trabalho.
- Desenvolver um kit de ferramentas baseada na internet para gerenciar as implicações profissionais resultantes da transição para a fase da paternidade.
- Garantir um ambiente seguro de trabalho.
- Reconhecer e facilitar os estilos de trabalho feminino

Representação e liderança

Em todo o mundo, as pessoas estão fazendo alertas a respeito das perdas na Medicina decorrentes da menor representação feminina em posições de decisão e maior participação ativa. A Assembleia Mundial da Saúde aprovou a resolução “Reconhecendo o valor adicional que um equilíbrio entre as equipes masculinas e femininas pode trazer para o trabalho da Organização: [e] Solicita que a meta para a representação das mulheres nas categorias profissionais seja aumentada para 50% da OMS,” em 1997 (WHA50. 16).

- Garantir representação igualitária de mulheres médicas em organizações profissionais rurais.
- Desenvolver um plano de ação para recrutamento de mulheres para posições de liderança.
- Criar organizações que sejam responsáveis por garantir a inclusão feminina.
- Garantir que as mulheres estejam presentes em conferências nacionais e internacionais.
- Garantir que as mulheres sejam apoiadas quando estiverem realizando pesquisas científicas.
- Garantir representação igualitária para mulheres como autoras principais em publicações profissionais.

Conclusão

Médicos que desejam ser profissionais rurais exercem múltiplas funções e querem ter reconhecimento e compaixão em sua vida pessoal e familiar. Para mulheres que querem prosperar no trabalho em Medicina Rural, há a necessidade de reestruturação em sua vida profissional para que possam servir à sua comunidade, expressando sua plena humanidade, em equilíbrio com o resto de suas vidas. Para os homens, tais tarefas também têm se tornado cada vez mais importantes.

Existem muitas áreas da medicina nas quais as mulheres não experimentam a sensação de serem bem valorizadas e a Medicina Rural não poderia ser diferente disso. Uma resposta acolhedora e aconchegante dos colegas e organizações profissionais seria bastante atrativa para as mulheres, que têm identificado que a natureza competitiva e hierárquica de outras áreas da Medicina como um dos principais atrativos para a prática com famílias. Mulheres estão famintas por atividades valorizadas por seus colegas e outros membros de sua profissão. O primeiro ramo da Medicina a atuar dessa forma, ao invés de mostrar má-vontade implementou pequenas mudanças de atitude que atrairão mulheres com tudo que elas têm a oferecer. Isso faz sentido para a prática rural e comunidades rurais, para assumir a liderança nisso e em algumas maneiras de agir.

Referências

1. Australian College of Rural and Remote Medicine – ACRRM. Prospectus. Kelvin Grove: ACRRM; 1997.
2. Australian Medical Association Position Statements: Rural and Remote Health. Sydney: Australian Medical Association Publishing Company; 2001.
3. Australian Medical Workforce Advisory Committee – AMWAC. Influences on Participation in the Australian Medical Workforce Sydney. AMWAC; 1998. Report 1998.4
4. Belenky M, Clinchy B, Golderberger N, Tarule J. Women's Ways of Knowing. New York: Basic Books, Harper Collins; 1997.
5. Birenbaum R. Growing number of female physicians changing the face of Canadian Medicine. CMAJ. 1995; 153(8): 1164-1166. PMID:7553527 PMCID:1487329.
6. Britt H, Sayer G, Miller G, Charles J, Scahill S, Horn F, et al. Bettering the evaluation and care of health. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare; 1999.
7. Carr P, Ash A, Friedman R, Scaramucci A, Barnett R, Szalacha L, et al. Relation of Family: Responsibilities and Gender to the Productivity and Career Satisfaction of Medical Faculty. Ann Intern Med. 1998; 129(7): 532-8. PMID:9758572.
8. Consultative Group on International Agricultural Research. 1999.
9. De Villiers PJT, De Villiers MR. Family Medicine and Primary Care in South Africa. Med Educ. 1999; 33(10): 716-721. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2923.1999.00545.x>
10. De Villiers MR, De Villiers PJT. The Professional Skills of Medical Practitioners in delivering. Stellenbosch: District Hospital Services in the Western Cape Province; 2002. A Health Systems Trust supported study. Cape Town, February.
11. Doescher MP, Ellsbury KE, Hart LG: The distribution of rural female generalist physicians in the United States. J Rural Health. 2000; 16(2): 111-118. PMID:10981362. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1748-0361.2000.tb00444.x>
12. Gilligan C. In a Different Voice. London: Harvard University Press; 1982.
13. Incitti, F. Canadian Frontiers of Rural Women Physicians; Wonca 5th World Rural Health Conference; 2002, Melbourne. Melbourne: Wonca; 2002
14. Hojat M, Gonnella J, Xu G. Gender comparisons of young physicians' perceptions of their medical education, professional life, and practice: A follow-up study of Jefferson Medical College graduates. Acad Med. 1995; 70(4): 305-12. PMID:7718063. <http://dx.doi.org/10.1097/00001888-199504000-00014>
15. Makan B. Distribution of Health Personnel. South African Health Review Health Services Trust; 1998. Disponível em: www.hst.org.za/sahr/98/chap7.htm
16. McEwin K, Levitt L. Wanted: New Rural Workforce Strategies for Female Doctors: Findings from a Survey of Women in Rural Medicine. Mascot: NSW Rural Doctors Network; 2001
17. Medical Womens International Alliance – MWIA. Dortmund; 2001. Disponível em: <http://members.aol.com/mwia/index.htm>
18. Moodley K, Barnes JM, De Villiers PJT. Constraints Facing the Female Medical Practitioner in Private Family Practice in the Western Cape. S Afr Med J. 1999; 89(2): 165-169. PMID:10191870.
19. Quadrio C. Women Working and Training in Australian Psychiatry. Sydney: Book House; 2001.
20. Quadrio C. Women in Australian and New Zealand Psychiatry: The Fat Lady Sings. Aust N Z J Psychiatry. 1991; 25(1): 95-110. PMID:2049026. <http://dx.doi.org/10.3109/00048679109077723>

21. Redman S, Saltman D, Straton J, Young B, Paul C. Determinants of career choice among women and men medical students and intern. *Medical Education*, 1994; 28(5): 361-371. PMID:7845254. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2923.1994.tb02546.x>
22. Rogers S. *Women in the Medical Workforce: The Changing Gender Profile and its Implications*. Canberra: State Financing Branch, Commonwealth Department of Human Services and Health; 1995.
23. Rourke LL, Rourke J, Brown JB. Women family physicians in rural medicine: Can the grass be greener in the country? *Can Fam Physician*. 1996; 42: 1063-7, 1077-82. PMID:8704479 PMID:2146492.
24. Royal College of General Practitioners. RCGP; 2002. Disponível em: <http://www.rcgp.org.uk/index.asp>
25. Strasser R, Kamien M, Hays R, Carson D. *National Rural General Practice Study*. Traralgon: Monash University School of Rural Health; 1997.
26. *New England Journal of Medicine – NEJM*. Women in Academic Medicine: New Insights, Same Sad News. *N Engl J Med*. 2000; 342(6): 426-7. PMID:10666436.
27. Tolhurst H, Bell P, Baker L, Talbot J, Cleasby L. *Educational and Support Needs of Female Rural General Practitioners*. Bathurst: School of Nursing and Health Administration, Charles Sturt University; 1997.
28. Tolhurst H, Talbot J, Baker L. Women in Rural Practice: conflict and compromise. Commissioned Editorial. *Med J Aust*. 2000; 173: 119-120. PMID:10979374.
29. Tolhurst H, Mc Millan J, McInerney P, Bernasconi J. The Emergency Medicine Training Needs of Rural General Practitioners. *Aust J Rural Health*. 1999; 7: 90-96. PMID:10646369.<http://dx.doi.org/10.1046/j.1440-1584.1999.00234.x>
30. Turner J, Tippett V, Raphael B. Women in medicine - socialisation, stereotypes and self-perceptions. *Aust N Z J Psychiatry*. 1994; 28(1): 129-35. PMID:7864933. <http://dx.doi.org/10.3109/00048679409075854>
31. Wainer J. *Female Rural Doctors in Victoria: It's where we live*. Melbourne: Rural Workforce Agency Victoria; 2001. PMID:2363676.
32. Wainer J. *Rural Women's Health*. *Aust J Prim Health-Interchange*, 1998; 4(3). Special Issues: Women's Health, LaTrobe University.
33. Wainer J, Bryant L, Strasser S. *Women in General Practice; Workshop Wonca World Rural Health 1998 People and their family doctors – Partners in care: Abstracts; 1998, Dublin*. Dublin: Wonca; 1998.
34. White C & Fergusson S. *Female medical practitioners in rural and remote: An analysis of findings, issues and trends*. Kelvin Grove: Queensland Rural Medical Support Agency; 2001.
35. *World Organization of Family Doctors - Wonca. Rural Practice and Rural Health*. Traralgon: Chater (ed) Monash University School of Rural Health; 1999.

Tradução para a versão brasileira: Monica Correia Lima e Thereza Cristina Gomes Horta
Rio de Janeiro: SBMFC, 2011.

Política sobre o uso da tecnologia da informação para a melhoria dos cuidados da saúde rural

Aprovado por Wonca World Council Meeting

12 de junho de 1998

Wonca Rural Information Technology Exchange (WRITE)

Esta Política sobre o uso da Tecnologia da Informação para a Melhoria dos Cuidados da Saúde Rural da Wonca foi preparada pela Wonca Rural Information Technology Exchange (WRITE), na Subcomissão do Grupo de Trabalho sobre Formação da Prática Rural da Wonca.

Sumário Executivo

A Tecnologia da Informação e Comunicação possui um potencial considerável para que haja impactos positivos ou negativos sobre o acesso à prestação dos serviços de saúde rural. Esta declaração política proporciona aos participantes, financiadores e planejadores dos serviços de saúde rural orientações para a introdução e uso da Tecnologia da Informação e Comunicação para as comunidades rurais.

As comunidades rurais foram as primeiras a adotar essa tecnologia, sendo que essas tecnologias podem reduzir seu isolamento e desvantagem no acesso aos serviços. Com baixo nível, e custo relativamente baixo, as tecnologias têm o potencial de oferecer acesso a recursos de informação úteis para muitas comunidades rurais, especialmente os serviços baseados na Internet. Se uma comunidade rural tem acesso a serviços básicos de telefonia e a um computador, então essa comunidade tem acesso a e-mail como em um serviço de Internet básico. Neste nível básico, há muitas oportunidades para usar o e-mail para reduzir o isolamento profissional dos trabalhadores da saúde rural.

Planejadores e designers da Tecnologia da Informação e Comunicação devem reconhecer o impacto econômico de tais serviços em uma comunidade rural ao especificar componentes e critérios de desempenho. Muitas comunidades rurais não são capazes de manter os serviços de Tecnologia da Informação e Comunicação, sem significativos subsídios do centro de financiadores. Os financiadores dos Serviços de Tecnologia da Informação e Comunicação Rurais também devem alocar níveis suficientes de financiamento recorrente, para que os trabalhadores de saúde rural tenham acesso ao suporte técnico e à formação contínua e para substituição de capital de atualização e depreciação dos custos nos equipamentos da tecnologia da informação.

Como citar: Rural Information Technology Exchange WRITE. Política sobre o uso da tecnologia da informação para a melhoria dos cuidados da saúde rural. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013;8(Suppl 1):49-65. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8\(1\)731](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8(1)731)

Fatores críticos no planejamento e implementação que irão determinar o sucesso e sustentabilidade dos serviços de Tecnologia da Informação e Comunicação incluem:

- as necessidades apropriadas e levantamento ativo das comunidades rurais para o planejamento dos Serviços de Tecnologia da Informação e Comunicação;
- uma parceria envolvendo os financiadores e planejadores com as comunidades rurais que reconheça, respeite e responda às opiniões e necessidades dos trabalhadores de saúde local, em todas as fases do planejamento e implementação destes serviços;
- níveis suficientes de financiamento para a saúde rural, para apoiar um compromisso político para a saúde rural, incluindo a Tecnologia da Informação e Comunicação;
- o potencial de parcerias locais, nacionais, regionais e mundiais que podem aumentar o nível dos serviços prestados e/ou distribuir o custo, ao fornecer infraestrutura de tecnologia da informação e comunicações; e
- consideração sobre se existe alguma barreira regulatória para a Tecnologia da Informação e Comunicação (especialmente para o reembolso no fornecimento dos cuidados de telessaúde) e iniciativas para garantir que estas serão tratadas antes da introdução de tais serviços.

A adoção de serviços de Tecnologia da Informação e da Comunicação não deve ter um impacto adverso sobre o acesso aos serviços de saúde por parte das comunidades rurais. O planejamento dos serviços de Tecnologia da Informação e Comunicação nunca deve ser destinado a substituir os serviços de saúde locais na assistência prestada por profissionais de saúde rurais para a comunidade em nível local.

Qualquer prestação de serviços baseada em telessaúde deve reconhecer a referência existente e os padrões de acesso entre as comunidades rurais e os prestadores dos cuidados de saúde secundários/terciários. A instalação das tecnologias da informação e comunicação para apoiar o telessaúde também oferece aos trabalhadores de saúde rural, a oportunidade de acesso a uma gama de serviços de educação continuada a distância.

Há um pequeno corpo de evidências até o momento que dá suporte à eficácia da tecnologia da informação e comunicação, mas os futuros programas devem incorporar a coleta de dados e a análise do processo, o impacto e os resultados da Tecnologia da Informação e Comunicação, como um componente central do processo de planejamento. A avaliação deve ser parte integrante de quaisquer Serviços de Tecnologia da Informação e Comunicação. Os critérios de avaliação devem permanecer sensíveis às questões locais das comunidades rurais.

Recomendações para a Tecnologia da Informação e Comunicação Rural

Parceria com a Comunidade

1. O planejamento dos programas de tecnologia da informação e de comunicações deve reconhecer e responder especificamente às necessidades e expectativas locais da comunidade rural e de seus trabalhadores de saúde. A participação ativa das comunidades rurais e de seus profissionais de saúde deve ser um componente integral em toda a fase do processo de planejamento e implementação das tecnologias da informação e comunicação.

Especificação e Design do Sistema

2. Uma parte integral para estabelecer os programas de tecnologia da informação e comunicação é o de assegurar que o sistema a ser implementado adere às recomendações de estrutura de dados e às normas e protocolos de comunicação para arcar com o cumprimento ideal dos sistemas regional, nacional e internacional.

Segurança e Confidencialidade

3. A especificação de protocolos de segurança de tecnologia da informação e comunicação deve aderir aos padrões internacionalmente reconhecidos. A implementação destas normas não deve impactar negativamente os trabalhadores rurais da saúde.

Questões locais

4. As comunidades rurais devem ter acesso aos serviços de telecomunicações e largura de banda capaz de fornecer pelo menos um nível mínimo aos serviços de tecnologia da informação e comunicação para as necessidades identificadas.

5. As comunidades rurais não devem ser penalizadas por quaisquer alterações no ambiente econômico local, criadas quando os sistemas de comunicação são instalados para apoiar as tecnologias da informação e comunicação.

Implementação - Questões Local, Regional e Mundial

6. As comunidades rurais devem procurar trabalhar com outras partes interessadas em empreendimentos cooperativos, para melhorar a infraestrutura das comunicações locais.

7. Todos os países, em particular os países em desenvolvimento, devem ser encorajados a procurar ativamente relações de parceria regional e mundial com Universidades, indústrias e fundações em outros países, para desenvolver e apoiar a disseminação das tecnologias da informação e comunicação nas áreas rurais.

Implementação – Questões Regulatórias

8. As questões políticas e decisões relativas à tecnologia da informação e comunicação não devem afetar adversamente a distribuição local dos cuidados de saúde nas comunidades rurais.

9. As questões de regulamentação e barreiras que possam ter impacto sobre a distribuição interestadual ou internacional dos serviços de tecnologia da informação e comunicação devem ser claramente identificadas e tratadas em nível nacional.

Implementação - Questões de Reembolso

10. O planejamento e implementação de serviços de telessaúde devem abordar a questão do reembolso das partes envolvidas no processo de teleconsulta.

Implementação - Financiamento em Curso

11. O financiamento para tecnologia da informação e comunicação deve incluir alocações para fornecer níveis adequados de despesas correntes para apoio técnico, manutenção e modernização do equipamento.

Implementação – Formação de Pessoal

12. Uma promoção abrangente e um programa de treinamento no uso e aplicação das tecnologias da informação e comunicação para a saúde, incluindo a divulgação de experiências de projetos existentes, são componentes imperativos de qualquer projeto de tecnologia da informação e comunicação. Tais programas devem reconhecer as diversas e variadas necessidades dos trabalhadores de saúde rural e dos clientes e comunidades para os quais prestam serviços.

13. Todos os projetos que envolvam a aplicação de tecnologia da informação e comunicação para a saúde, financiados pelas autoridades de saúde nacionais, devem ser obrigados a ter uma formação no manejo da tecnologia integrada dentro do projeto e conhecer as questões culturais e organizacionais, que são partes integrantes para o sucesso da tecnologia da informação e comunicação implementada.

Implementação – Avaliação

14. O desenvolvimento e medição do processo, impacto e critério de avaliação dos resultados dos serviços de tecnologia da informação e comunicação devem ser componentes fundamentais de qualquer programa de tecnologia da informação e comunicação e devem ser baseados em fatores que são relevantes e importantes para as comunidades rurais envolvidas.

15. As autoridades de saúde devem aumentar o alcance e nível das atividades de pesquisa para o uso das tecnologias da informação e comunicação em saúde, através do estabelecimento de agendas de pesquisa.

No âmbito internacional, existe a necessidade do estabelecimento de um recurso de avaliação que deveria estar sob os auspícios de organizações como Wonca ou OMS.

Impacto sobre os Serviços de Saúde Rural – Acesso aos Serviços e a Prestação de Serviços

16. Os serviços de tecnologia da informação e comunicação devem ser usados para apoiar e melhorar, mas não para substituir a prestação dos serviços locais de cuidados de saúde para as comunidades rurais.

17. Os padrões de serviços de telessaúde devem, sempre que possível, refletir e apoiar os padrões de referência e acesso existentes nas comunidades rurais para os níveis secundário e terciário.

Impacto sobre os Serviços de Saúde Rural – Recrutamento e Retenção

19. Os programas que abordam o recrutamento e retenção de profissionais de saúde para as comunidades rurais devem colocar uma alta prioridade nas tecnologias da informação e comunicação que podem melhorar o ambiente de trabalho e o estilo de vida dos trabalhadores de saúde e das comunidades rurais.

Impacto sobre os Serviços de Saúde Rural – Educação Continuada

20. As tecnologias de informação e comunicação instaladas para fornecer serviços de telessaúde devem ser disponibilizadas para os trabalhadores de saúde rurais para acesso à educação e formação contínua.

21. Os programas de telessaúde têm o potencial para desempenhar um papel crucial, fornecendo educação continuada como parte integrante do processo de consulta. Este deve ser estimulado pela:

- promoção de um elevado grau de colegialidade no processo de consulta,
- permitindo o aspecto educativo no orçamento e no processo de gestão do tempo e
- incentivando ativamente a participação do trabalhador da saúde de referência no processo de consulta.

Preâmbulo

Finalidade do documento

Telessaúde é a prestação de serviços de saúde a distância - como tal, era o foco predominante da edição anterior deste documento de orientação política. Embora muitos dos temas e recomendações dessa edição sejam também amplamente aplicáveis ao tema ampliado da tecnologia da informação e comunicação, o mundo mudou, em particular neste campo, tendo visto grandes mudanças em um curto período.

Esta declaração política tem como objetivo fornecer diretrizes que garantam, quando o planejamento é empreendido para os serviços de tecnologia da informação e comunicação rural, a gama de tecnologias da informação e comunicação consideradas apropriadas para as necessidades dos cuidados de saúde locais e serviços. Os contextos cultural e social em que os serviços serão introduzidos também devem ser levados em consideração.

Os membros da Wonca Rural Information Technology Exchange (WRITE) prepararam o documento. A WRITE foi formada na Primeira Conferência Internacional sobre Medicina Rural, em Xangai, em maio de 1996 por um grupo de médicos rurais com interesse no uso adequado da tecnologia da informação em saúde.

Compromisso Político e Financiamento

O financiamento para os serviços de saúde rurais em uma base per capita é significativamente menor do que para os serviços de saúde urbanos em muitos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Qualquer planejamento ou decisão de financiamento para introduzir tecnologias da informação e comunicação para áreas rurais e remotas não deve ter um efeito adverso sobre os níveis de financiamento existentes para essas áreas. A introdução de tecnologias da informação e comunicação não deve ser usada como justificativa para a redução dos níveis de financiamento para outros serviços. Isso só pode ser evitado pelos governos, com uma política clara de compromisso de melhorar o estado de saúde de suas populações rurais. Os níveis apropriados de financiamento para a saúde rural deve apoiar este compromisso político.

A WRITE acredita que a tecnologia da informação e comunicação tem o potencial para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde nas áreas rurais de todo o mundo, apoia a sua aplicação em que o financiamento específico é disponibilizado e quando os serviços de tecnologia da informação e comunicação se mostram apropriados para apoiar ou melhorar os serviços locais de saúde rural.

Antecedentes

Uma das questões mais críticas na saúde rural em todo o mundo tem sido a falta de acesso das comunidades rurais ao mesmo nível de serviços de saúde desfrutados por comunidades urbanas. Esta falta de acesso foi criada por um certo número de fatores, incluindo a falta de profissionais de saúde preparados para trabalhar nessas áreas, a distância do local de serviços de saúde e a falta de recursos adequados. O problema é ainda mais grave para os trabalhadores de saúde que escolhem trabalhar em comunidades rurais e remotas, pela falta de acesso à informação para apoiar a prestação dos serviços de saúde, para avaliar as necessidades e a eficácia dos sistemas de distribuição de saúde, educação, formação e apoio contínuo aos seus papéis, incluindo o apoio dos pares adequados. O resultado final muitas vezes é a maior rotatividade de pessoal.

A convergência das tecnologias de informação e comunicação criou um ambiente técnico, em que existem desenvolvimentos rápidos em tecnologias interativas e melhorado o acesso a conjuntos mais ricos de informação. Estas tecnologias combinam a comunicação de alta velocidade, possibilitadas pela tecnologia digital, baseadas em sofisticados programas e aplicações de computador. O interativo desenvolvimento de aplicações têm altos níveis de funcionalidade, e cada vez mais preços acessíveis. No entanto, o acesso aos serviços de telecomunicações confiáveis e adequados, especialmente à rede de telefonia, na maioria das áreas rurais mundiais, é limitado e precisa ser atualizado. O primeiro passo é o de proporcionar serviços de telecomunicações que permitirão a comunicação de voz, fax e de dados adequados para acesso à Internet. O próximo passo é a modernização dos serviços de telecomunicações com os padrões digitais, e, em terceiro lugar, a longo prazo, disponibilizar serviços de banda larga, tornando-os acessíveis. É reconhecido que, para muitas comunidades rurais, não será econômico fornecer serviços além da telefonia básica. O impacto desses desenvolvimentos permanece incerto, e os custos podem ser ainda muito grandes para muitos países em desenvolvimento. No entanto, o potencial para estes desenvolvimentos tecnológicos, para permitir a entrega de informação eficaz dos custos e serviços de tecnologia da comunicação, deve ser reconhecido em qualquer processo de planejamento e implementação para a introdução de tecnologias da informação e comunicação para as áreas rurais.

É importante implementar um nível de tecnologia que seja apropriado para curto prazo e metas de longo prazo de uma região. Ao escolher o nível de tecnologia para uma determinada comunidade rural, em termos de utilidade e retorno sobre o investimento, há uma hierarquia de especificações de métodos e necessidades de telecomunicações para os planejadores e projetistas de sistemas a considerar. Estes são:

1. Voz – telefonia ponto a ponto
2. Voz – teleconferência multiponto
3. Troca de dados analógico – fax
4. Troca de dados digital – incluindo os arquivos, imagens, fluxos de dados
5. Em tempo real de alta banda larga, troca de dados multiponto

A oportunidade existe agora para tecnologias da informação e de telecomunicações para ter um impacto significativo na saúde das comunidades rurais. Em particular, a aplicação destas tecnologias para a saúde oferece o potencial para reduzir as barreiras da distância, custo, má distribuição dos serviços e falta de apoio para os trabalhadores de saúde que, atualmente, restringem o acesso de comunidades rurais para o nível dos serviços de saúde apreciados pela maioria das comunidades urbanas. No entanto, embora a tecnologia da informação e comunicação tenha sido promovida como um meio que tem o potencial de entregar ou melhorar a prestação dos serviços de saúde nas áreas rurais, não houve muitas evidências até o momento para apoiar esta afirmação. Em particular, há pouca evidência para sustentar o custo-benefício da introdução da tecnologia da informação e comunicação em áreas rurais. Essa escassez de evidências sugere que qualquer financiador, planejando apresentar serviços de tecnologia da informação e comunicação para as áreas rurais, deve avaliar cuidadosamente o impacto da tecnologia da informação e comunicação sobre o financiamento para ambos os serviços existentes e quaisquer serviços futuros.

Questões específicas que precisam ser abordadas incluem:

- a falta de conscientização e treinamento no uso e aplicação da respectiva tecnologia da informação e comunicação por muitos trabalhadores de saúde rurais;
- projetos de investigação e avaliação precisam ser feitos para determinar o potencial das tecnologias da informação e comunicação emergentes;
- as questões legais e regulatórias que podem agir como barreiras para a efetiva implementação de tecnologias da informação e comunicação precisam ser resolvidas;
- a presente infraestrutura de telecomunicações e serviços para a maioria das áreas rurais não são confiáveis e são inadequados para a aplicação sistemática e eficaz para os serviços de saúde;
- o desenvolvimento de políticas de tecnologias da informação e comunicação e iniciativas para a saúde são muitas vezes escalonados e fragmentados e poderiam beneficiar as alianças estratégicas entre os setores de saúde, com outro governo, educação e setores privados em escala local e mundial.

Pesquisas com trabalhadores de saúde rurais sugerem que esse grupo foi o primeiro a adotar essa tecnologia. Essa atitude será um fator importante que irá influenciar a introdução de serviços de tecnologia da informação e comunicação em comunidades rurais.

Parcerias com a Comunidade e Avaliação das Necessidades

É essencial que as necessidades e questões locais sejam levadas em consideração na aplicação dos sistemas de tecnologia da informação e comunicação. Os fatores locais são fundamentais na determinação do que deve ser implementado. Sem este apoio local, a imposição de qualquer serviço de tecnologia da informação e comunicação é muito provável que seja vencida. A comunidade e os profissionais de saúde rurais são as fontes mais confiáveis de informações sobre esses fatores. Os planejadores centrais não devem ignorar as opiniões e necessidades dos profissionais de saúde locais no planejamento e implementação dos serviços de tecnologia da informação e comunicação. Para fazer isso, deve-se arriscar na criação de um ambiente de serviço de saúde local que pode tornar-se severamente diminuído em sua eficácia em comparação com os serviços de nível anterior.

Para assegurar a implementação bem sucedida da tecnologia da informação e comunicação, os seguintes critérios devem ser atendidos:

- Antes da concepção e implementação de rede e infraestrutura de tecnologias da informação e comunicação, é essencial realizar uma avaliação das necessidades para e com as comunidades envolvidas, com oportunidades adequadas para a entrada da comunidade rural e seus trabalhadores de saúde. Na avaliação de necessidades, devemos olhar para as futuras necessidades da comunidade.
- A avaliação das necessidades deve ter uma visão holística da comunidade, além de uma avaliação global das necessidades de saúde da comunidade. Deve também levar em conta a situação econômica e educacional da comunidade, e quaisquer outros fatores locais que terão impacto sobre a introdução de um sistema de tecnologia da informação e comunicação.

- A avaliação das necessidades deve demonstrar claramente à comunidade que a introdução de tecnologias da informação e comunicação será adequada para a comunidade, tanto em termos de saúde, como em termos econômicos.
- A comunidade e seus profissionais de saúde devem ter indicado claramente que estão preparados para aceitar e apoiar a introdução de tecnologias da informação e comunicação.

Existe uma necessidade de todos os participantes terem alguma propriedade do processo e do produto em tecnologia da informação e comunicação. As comunidades rurais e seus trabalhadores de saúde devem ter o acesso adequado em todas as fases do desenvolvimento dos sistemas de tecnologia da informação e comunicação que lhes são destinados. Nessa abordagem de parceria, porque eles são mais afetados pelos sistemas de tecnologias da informação e comunicação que será instalado, na maioria dos casos, o equilíbrio de poder na tomada de decisões sobre a tecnologia da informação e comunicação deve descansar no seio das comunidades rurais e não em qualquer agência central ou demais agências.

Recomendação 1

O planejamento dos programas de tecnologia da informação e comunicação deve reconhecer e responder especificamente para as necessidades locais e expectativas da comunidade rural e dos trabalhadores da saúde. A participação ativa das comunidades e dos trabalhadores rurais deve ser um componente integral em todas as fases do planejamento e implementação do processo de tecnologias da informação e comunicação.

Especificação e Design do Sistema

A especificação e design de qualquer sistema de tecnologia da informação e comunicação para uma comunidade rural devem levar em conta fatores locais, tais como:

- o meio ambiente local - incluindo poeira, umidade e temperatura ambiente;
- infraestrutura física - incluindo serviços de telecomunicações existentes (se houver), fonte de energia, condição e segurança dos edifícios dos serviços de saúde;
- posição geográfica e isolamento - em especial a distância do centro de referência mais próximo e modalidades de transferência existentes e padrões de referência.

Todos têm um papel na determinação do que pode ser executado em um sistema de tecnologia da informação e comunicação.

Na primeira etapa de especificação e design do sistema de serviços de tecnologia da informação e comunicação para a saúde rural, é importante reconhecer que há retornos decrescentes à medida que aumenta o investimento em tecnologia da informação. Isso significa que, com baixo nível e custo relativamente baixo, as tecnologias têm o potencial para oferecer acesso a serviços de tecnologia da informação e comunicação úteis para muitas comunidades rurais, especialmente os serviços baseados na Internet. É importante trabalhar dentro do orçamento disponível para uma comunidade ou região; portanto, a entrada ativa, a partir da comunidade, é essencial na implementação de qualquer sistema.

Planejadores e designers de tecnologias da informação e comunicação devem reconhecer o impacto econômico dos serviços de tecnologia da informação e comunicação na comunidade rural ao especificar componentes e critérios de desempenho para tecnologia da informação e comunicação. Muitas comunidades rurais não serão capazes de sustentar os serviços de tecnologia da informação e comunicação sem significativos subsídios do centro de financiadores. Isso não deve ser à custa de financiamento reduzido para outros serviços locais de saúde. Esta afirmação é consistente com o World Bank's May 1995 *Operational Policy Directive on Telecommunications* (Diretiva Operacional sobre Política de Telecomunicações), que observa que

O Banco incentiva os governos a desenvolverem estratégias para estender os serviços de telecomunicações para toda a população, incluindo os grupos menos privilegiados. Serviços que são considerados necessários para o desenvolvimento social ou por razões de segurança, mas que não são rentáveis, até mesmo sob a entrada liberal e políticas de preços, podem ser fornecidos para grupos populacionais de baixa renda (incluindo rural), através de instalações comuns ou tornado viável por meio limitado, com subsídios do governo.

Os princípios do projeto devem assegurar o uso contínuo da tecnologia - um sistema que é muito complexo ou estranho cairá rapidamente em desuso. Projetistas de sistemas devem considerar que diferentes categorias de usuários podem necessitar ser acomodados em um sistema, e que um sistema não deve ser concebido apenas com os trabalhadores de saúde em mente como usuários finais.

Enquanto os fatores locais são muito importantes na concepção e especificação de um sistema de tecnologia da informação e comunicação, qualquer sistema projetado deve estar de acordo com normas e protocolos internacionalmente reconhecidos. Em vários níveis, a falta de dados e padrões de protocolo de comunicação tem dificultado a introdução bem sucedida da tecnologia em vários campos da medicina. Se as comunidades estão fazendo melhor uso dos sistemas de tecnologia da informação e comunicação para melhorar os cuidados de saúde, é essencial que os sistemas consigam a integração máxima com os padrões de comunicação regional, nacional e internacional e de dados estruturais de saúde. Este reconhece a necessidade de usar o sistema de tecnologia da informação e comunicação para, eficazmente, comunicar-se com áreas e comunidades para além do âmbito local das operações.

Recomendação 2

Como parte integrante do estabelecimento de programas de tecnologia da informação e comunicação é o de assegurar que o sistema que é implementado adere às recomendações de estrutura de dados e padrões de protocolos de comunicação que proporcionam melhor conformidade com os sistemas regionais, nacionais e internacionais.

Segurança e Confidencialidade

Uma parte essencial de qualquer projeto de sistema de tecnologia da informação e comunicação é assegurar que toda a informação transmitida pelo sistema é absolutamente segura. Qualquer quebra de sigilo de informações de saúde sensíveis poderiam ser potencialmente desastrosas não só para os indivíduos, mas também para toda a comunidade. Designers de serviços de tecnologia da informação e comunicação devem aderir às normas reconhecidas internacionalmente para a transferência segura de informações de saúde, tais como HL 7 e Edifact. É importante que todos os protocolos de segurança possam ser implementados em nível local em uma comunidade rural, sem reduzir a integridade profissional e independência dos profissionais de saúde locais.

Recomendação 3

A especificação de protocolos de segurança da tecnologia da informação e comunicação deve aderir aos padrões reconhecidos em nível internacional. A implementação destas normas não deve impactar negativamente os trabalhadores de saúde rurais.

Implementação

Questões locais

O nível local de conhecimentos, habilidades e atitudes para a tecnologia da informação é um importante fator determinante na implementação de um sistema. Trabalhadores de saúde locais e planejadores devem estar cientes dos potenciais benefícios da tecnologia da informação e comunicação e as possibilidades de desenvolver serviços adequados dentro das limitações de recursos disponíveis. A formação dos trabalhadores de saúde locais, para alcançar um nível adequado de habilidades para

operar e manter instalado os equipamentos de tecnologia da informação e comunicação deve ser visto como um componente imperativo de qualquer implementação de tecnologia da informação e comunicação.

A acessibilidade de recursos é inversamente proporcional à distância dos centros populacionais. Quando este princípio é aplicado à tecnologia da informação e comunicação, empresas de comunicação vão cobrar mais por acesso remoto a sistemas de telecomunicações. Um problema de implementação chave é a responsabilidade de financiamento contínuo do serviço, em particular os custos recorrentes de comunicação, que não deve ser prejudicial para os atuais níveis de financiamento local para os serviços de saúde. Comunidades rurais e remotas não devem ser penalizadas com custos mais elevados para acesso a recursos de telecomunicações. Tem sido uma prática econômica generalizada subsidiar as comunidades rurais e remotas em muitas áreas de infraestrutura de apoio, por exemplo, estradas, abastecimento de água. Os custos relativos de equalização do custo de fornecimento das telecomunicações e de informação são muito menores e os benefícios potenciais são muito maiores.

No entanto, deve ser reconhecido que dentro da estrutura econômica atual da maior parte dos sistemas de cuidados de saúde, as maiores economias da implementação do telessaúde podem estar nos custos de viagem para pacientes em regiões remotas. Quando as comunidades têm subsidiado a organização de viagens para a transferência de pacientes, essa economia pode ser facilmente identificada. Em sistemas de saúde que não pagam diretamente as despesas de viagem, que são de responsabilidade do paciente, será mais difícil medir qualquer economia direta.

Os custos mais elevados de implementação da tecnologia da informação e comunicação nas áreas rurais pode ser reduzida através da aplicação de métodos tecnológicos adequados como micro-ondas e transmissão de dados via satélite. Os referidos meios podem ainda ser demasiado caros para implementar em muitas regiões do mundo, mas são relativamente mais viáveis do que os métodos anteriores de comunicação. Existem agora vários exemplos de tais tecnologias “leap-frogging” nas regiões em desenvolvimento, onde as infraestruturas baseadas em fio têm sido completamente ignoradas pela infraestrutura de rede sem fio.

Recomendação 4

Comunidades rurais devem ter acesso ao nível dos serviços de telecomunicações e largura de banda capaz de fornecer pelo menos o nível mínimo de serviços de tecnologia da informação e comunicação para as suas necessidades identificadas.

Recomendação 5

As comunidades rurais não devem ser penalizadas por quaisquer alterações no ambiente econômico local criadas quando os sistemas de comunicação são instalados para apoio às tecnologias da informação e comunicação.

Compartilhamento de Recursos Local, Regional e Mundial

A tecnologia da informação e comunicação oferece a possibilidade de construção de pontes para ligar as comunidades rurais, os trabalhadores da saúde e outros. O planejamento para a implementação também deve considerar o potencial para o compartilhamento de recursos entre o governo e os setores privados. Se o setor privado tem interesse em uma área rural (por exemplo, exploração mineral), então, muitas vezes, desenvolve infraestrutura de comunicação excelente para o pessoal de suporte. As comunidades locais devem considerar as relações que formam com o setor privado, nas quais essas oportunidades existem, e formar empreendimentos cooperativos em que ambos podem se beneficiar das melhores comunicações. Ao fazer uso mais eficiente de recursos escassos durante a implementação de serviços de tecnologia da informação e comunicação, consideráveis reduções de custos podem ser realizadas por organizações que compartilham o uso de base ampla de comunicações. Estas mesmas questões de redução de custos se aplicam para outras áreas além da prestação de cuidados de saúde. Administrações municipais, agências de aplicação da lei, administrações de serviços de

saúde, administrações industriais* podem todos os benefícios da infraestrutura aprimorada de comunicações e reduzir os custos globais dos serviços de telecomunicações.

Questões de implementação da parceria para os países em desenvolvimento têm uma perspectiva global. Todos os países devem ser encorajados a procurar relações de parceria regional e mundial em tecnologia da informação e comunicação. Maria Oakes Smith, 1997 World Bank Learning e Leadership Center Fellow, Tecnologia da Informação e Ensino à Distância no World Bank Bulletin Nº 1, levanta a preocupação de alcance global. Este se refere a

país em desenvolvimento o acesso à prestação da saúde, educação, informação pública, serviços comerciais e outros que utilizam apropriada tecnologia de comunicação - e é de divulgação às partes mais pobres do desenvolvimento mundial que exige relações mais fortes de parceria.

Também é importante não ignorar o potencial de parcerias regionais para os países em desenvolvimento. Parcerias regionais, sempre que possível, podem resultar em economias significativas no custo de infraestrutura de informação e comunicação. Oakes Smith enfatiza as questões-chave da

parceria entre indústria, academia, fundações, organizações internacionais e com as partes interessadas dos países em desenvolvimento, necessárias para concretizar o potencial de aplicação bem sucedida de (telessaúde) nos países mais pobres e entre os pobres que precisam mais dos serviços de saúde.

Ao descrever o impacto da parceria, Oakes Smith prevê um

novo relacionamento de parceria baseado em um comparativo de rede, mas diferentes habilidades (que apoiariam inovações na prestação dos serviços de saúde e espalhariam os riscos financeiros que precisam ser levados a perceber o potencial para aplicações de telemedicina nas regiões mais pobres do globo.

Esta visão reconhece a realidade de que “a era da informação é interativa, instantânea e em rede, e acima de tudo mundial.” Na tecnologia da informação e comunicação, a sustentabilidade dos programas regionais e mundiais dependerá da disposição dos participantes em compartilhar conhecimentos e conselhos livremente.

O acesso online a publicações de textos médicos completos foi recentemente muito melhorado para as nações em desenvolvimento por iniciativa da OMS, em colaboração com um consórcio de editoras liderado pelo BMJ Publishing Group. Este recurso anteriormente proibitivamente caro foi disponibilizado a preços muito justos para algumas das nações mais pobres do mundo. Esta iniciativa é uma grande promessa para a melhoria na distribuição de informação médica essencial para as áreas mais necessitadas. Esperamos que este exemplo promova esforços filantrópicos semelhantes de colaboração em outros campos da tecnologia da informação e comunicação, como com os principais editores de software de computador.

Recomendação 6

As comunidades rurais devem procurar trabalhar com outras partes interessadas em empreendimentos cooperativos para melhorar a infraestrutura das comunicações locais.

Recomendação 7

Todos os países, em particular os países em desenvolvimento, devem ser encorajados a procurar ativamente relações de parcerias regionais e mundiais com Universidades, empresas e fundações em outros países para desenvolver e apoiar a disseminação de tecnologias da informação e comunicação nas áreas rurais.

* Link Centre projeto entre a Canadian Association of Petroleum Producers (CAPP) e Shock Trauma Air Rescue Society (STARS), Calgary, Alberta, Junho de 1996.

Assuntos Regulatórios

Os planejadores de serviços de tecnologia da informação e comunicação devem determinar a existência de quaisquer obstáculos regulamentares às tecnologias da informação e comunicação. Essas barreiras podem incluir:

- política de telecomunicações que não suporta os subsídios para as áreas rurais;
- questões de licenciamento interestadual ou internacional de trabalhadores da saúde, fornecendo serviços consultivo e de diagnóstico por serviços de telessaúde;
- a política que rege a responsabilidade legal para as decisões de saúde pela saúde local e remota trabalhadores de cuidados com base em informações fornecidas por meio de serviços de telessaúde;
- a política de responsabilidade que regem legal para os trabalhadores de saúde interestadual ou internacional fornecendo consultoria e serviços de diagnóstico por serviços de telessaúde;
- política de Privacidade governar e segurança das informações de saúde que não faz reconhecer a utilização das telecomunicações como uma modalidade de serviço de saúde entrega;
- partilha de regulamentos em matéria de informação médica que não reconhecem o uso das telecomunicações como uma modalidade de prestação de serviços de saúde;
- regulamentos e normas para gestão da informação, incluindo codificação e sistemas de classificação, que não levam variações rurais, culturais e étnicas em conta;
- padrões de tecnologia;
- políticas regionais/distritais sobre as modalidades de financiamento para obter informações e tecnologia das comunicações;
- políticas aduaneiras especiais de consumo e exportação que impedem a divulgação de tecnologias da informação e comunicação que seriam um benefício para a saúde das comunidades rurais.

É importante que todas as decisões sobre o fornecimento de serviços de tecnologia da informação e comunicação para as comunidades rurais feitas com base na política existente ou na política destinada a superar essas barreiras reguladoras não tenham um impacto adverso sobre os serviços de saúde locais.

Recomendação 8

As questões políticas e decisões relativas à tecnologia da informação e comunicação não devem afetar adversamente a entrega local dos cuidados de saúde nas comunidades rurais.

Recomendação 9

As questões de regulamentação e barreiras que possam ter impacto sobre a entrega interestadual ou internacional dos serviços de tecnologia da informação e comunicação devem ser claramente identificadas e tratadas em um nível nacional.

Reembolso

Em muitos países, a taxa pelo serviço é o método predominante para o reembolso dos praticantes da saúde. Nestes países, os regulamentos dos órgãos nacionais normalmente proíbem o reembolso nos casos em que não houve a presença física ou o contato entre o médico e o paciente. Este princípio foi projetado para prevenir o abuso de faturamento, por exemplo, para aconselhamento por telefone.

Nos países em que existe um sistema de saúde predominantemente financiado pelo Estado, o reembolso de serviços de saúde é frequentemente, em escala nacional, dividido regularmente com o fornecedor-comprador o nível de pagamento. Onde este sistema de financiamento da saúde está em vigor, acordos de financiamento contratuais existentes não podem dirigir a prestação de serviços por telessaúde. Mudanças regulamentares ou legislativas podem ser necessárias para permitir isso. Os administradores dos sistemas de gestão e cuidados da saúde também precisam incorporar financiamento para os serviços de telessaúde em suas estruturas de pagamento.

O ganho máximo a partir do processo de teleconsulta é obtido quando o profissional de saúde referido está incluído no processo. Se o trabalhador de saúde referido é um praticante independente, então, deve considerar-se o fornecimento adequado do reembolso ao trabalhador referido. Exceções a este princípio, que são levantadas pelos órgãos de financiamento com base de que não há precedente, devem ter vigorosa oposição com a observação de que este é um modelo totalmente novo de consulta.

Recomendação 10

O planejamento e implementação de serviços de telessaúde devem abordar a questão do reembolso das partes envolvidas no processo de teleconsulta.

Suporte e Manutenção em andamento

Os sistemas de tecnologia de informação e comunicação irão precisar de manutenção, uma vez instalados, e irão cair rapidamente em desuso, a menos que haja suporte técnico adequado. Financiadores de serviços de tecnologia da informação e comunicação rurais devem alocar níveis suficientes de financiamento recorrente para que os trabalhadores rurais da saúde tenham acesso ao suporte técnico contínuo. Sempre que possível este acesso deve ter o custo de não mais do que uma chamada telefônica local para o trabalhador de saúde rural. O acesso para solicitar reparação e manutenção de equipamentos é fundamental.

É também essencial alocar fundos recorrentes para manutenção contínua, capital de depreciação, reinvestimento e atualizações nos equipamentos de tecnologia da informação e comunicação instalados em comunidades rurais para os serviços de tecnologia da informação e comunicação. Existe uma necessidade contínua para atualizar os sistemas de tecnologia da informação e comunicação para acompanhar o desenvolvimento e as tendências mundiais.

O apoio técnico e diagnóstico remoto é cada vez mais empregado na tecnologia da informação e comunicação. Isso ajudará a reduzir os custos de suporte, mas, centralmente na base, os grupos de apoio devem ter conhecimento dos fatores locais que afetam seus usuários remotos e comunidades.

O custo de manutenção e atualização não deve ser subestimado - o custo total de valores de propriedade para tecnologia da informação e comunicação em termos de três a cinco anos, quando dividido tipicamente, demonstram que 80% do custo total são despesas de manutenção e atualizações. Novamente, estes custos não devem ser suportados desproporcionalmente pelas comunidades rurais.

Recomendação 11

O financiamento para a tecnologia da informação e comunicação deve incluir dotações para fornecer níveis recorrentes adequados de despesas para o apoio técnico, manutenção em curso e modernização de equipamentos.

Sensibilização e Formação

Além de serem providos de suporte técnico, os trabalhadores de saúde rurais devem ser providos de adequada educação e formação, que lhes permitam operar instalações de tecnologia das informações e comunicação. É importante que a atitude dos profissionais de saúde rurais seja alvo de educação e formação para criar expectativas realistas sobre o desempenho dos serviços de tecnologia da informação e comunicação.

Há uma falta geral de consciência por parte dos trabalhadores de saúde rurais em relação a tecnologias da informação e comunicação disponíveis e suas aplicações para a saúde. Estratégias de implementação de tecnologias da informação e comunicação devem identificar a necessidade de formação no:

- funcionamento das tecnologias de comunicação para suportar aplicações de saúde;
- aplicação das tecnologias para a educação continuada dos profissionais de saúde;
- aplicação das tecnologias aos serviços clínicos de saúde; e
- aplicação das tecnologias para avaliar e melhorar a prestação de serviços de saúde.

Cada uma dessas áreas tem questões específicas que estão associadas.

Recomendação 12

Uma promoção abrangente e programa de treinamento no uso e aplicação de tecnologias da informação e comunicação para a saúde, incluindo a disseminação de experiências de projetos existentes, são componentes obrigatórios de qualquer projeto de tecnologia da informação e comunicação. Tais programas devem reconhecer as necessidades diversas e variadas dos trabalhadores de saúde rurais e os clientes e as comunidades para as quais prestam serviços.

Recomendação 13

Todos os projetos que envolvam a aplicação de tecnologias da informação e comunicação para a saúde, que são financiados por autoridades nacionais de saúde, devem ser obrigados a ter formação na operação da tecnologia integrada dentro do projeto e ser educados nas questões culturais e organizacionais que são partes integrantes do sucesso na implementação de tecnologia da informação e comunicação.

Avaliação

Há muito pouca evidência internacional que avalia a eficácia da atividade de tecnologia da informação e comunicação na prestação de serviços primários de saúde, particularmente para as comunidades rurais em países em desenvolvimento. A evidência é necessária para justificar o gasto de recursos escassos em programas caros que não podem melhorar os serviços de saúde locais. Os critérios de avaliação devem ser projetados para medir o processo, resultados e impacto da implementação e o desempenho dos serviços de tecnologia da informação e comunicação instalados nas comunidades rurais. Esses critérios também devem levar em conta a cultura e variações étnicas nas comunidades rurais.

Recomendação 14

O desenvolvimento e medição dos critérios de avaliação do processo, impacto e resultado dos serviços de tecnologia da informação e comunicação devem ser componentes fundamentais de qualquer programa de tecnologia da informação e comunicação e devem ser baseados em fatores que são relevantes e importantes para as comunidades rurais envolvidas.

Indicadores para medir o desempenho do desenvolvimento e entrega de serviços de tecnologia da informação e comunicação são necessários. A coleção de dados sobre serviços de tecnologia da informação e comunicação é fundamental para garantir que os serviços de tecnologia da informação e comunicação sejam eficazes nos critérios clínicos, econômicos e de desempenho. Pesquisa e desenvolvimento em dados e itens para medir os critérios de avaliação são essenciais.

Recomendação 15

As autoridades de saúde devem aumentar o alcance e nível das atividades de pesquisa para o uso das tecnologias da informação e comunicação em saúde através do estabelecimento de agendas de pesquisa.

Em nível internacional, existe necessidade do estabelecimento de um recurso de avaliação que deve estar sob os auspícios de organizações como Wonca ou OMS.

Impacto da Tecnologia da Informação e Comunicações nos Serviços de Saúde Rural

Os problemas que se seguem devem também ser levados em consideração na concepção e implementação dos serviços de tecnologia da informação e comunicação para o desenvolvimento das comunidades rurais.

Acesso aos Serviços e Prestação de Serviços

A introdução de serviços de tecnologia da informação e comunicação não deve ter um impacto adverso sobre o acesso aos serviços de saúde por parte das comunidades rurais. Planejadores devem levar em consideração os efeitos da tecnologia da informação e comunicação sobre os níveis de habilidade e perícia local em comunidades rurais e as relações entre trabalhadores de saúde locais e suas comunidades. O planejamento para os serviços de tecnologia da informação e comunicação nunca devem substituir os serviços de cuidados da saúde local prestados por trabalhadores de saúde rurais para a sua comunidade no nível local.

No entanto, qualquer prestação de serviço baseada em tecnologias da informação e comunicação deve complementar a referência existente e os padrões de acesso entre as comunidades rurais e os prestadores de cuidados de saúde secundário/terciário. Se não, então a comunidade e os trabalhadores de saúde podem ignorar os serviços de tecnologia da informação e comunicação que teriam um impacto significativo sobre a viabilidade dos serviços de tecnologia da informação e comunicação. Qualquer variação de referência existente e padrões de acesso para os serviços de saúde devem ser plenamente justificados e explicados à comunidade rural.

As tecnologias da informação e comunicação têm um grande potencial na avaliação das necessidades de saúde das comunidades rurais e na prestação dos serviços de saúde para lidar com essas necessidades. No entanto, os critérios de avaliação e metodologias utilizadas devem levar em conta as variações culturais locais e étnicas das comunidades rurais. As comunidades rurais devem estar envolvidas no estabelecimento de tais critérios. As alterações que são implementadas, como resultado de tais avaliações, devem ser com o acordo das comunidades envolvidas.

Recomendação 16

Os serviços de tecnologia da informação e comunicação devem ser utilizados para apoiar e melhorar, mas não para substituir a prestação de serviços de saúde local para as comunidades rurais.

Recomendação 17

Os padrões de serviços de telessaúde devem, sempre que possível, refletir e apoiar os padrões existentes de referência e acesso das comunidades rurais para os serviços secundários e terciários.

Recomendação 18

A avaliação dos serviços de saúde em comunidades rurais, utilizando a tecnologia da informação e comunicação, devem considerar as questões culturais e étnicas locais e negociar essas questões com as comunidades.

Recrutamento e Retenção

A introdução dos serviços de tecnologia da informação e comunicação, em associação com as tecnologias da informação e telecomunicações, tem o potencial para melhorar o recrutamento e retenção de profissionais de saúde rurais, reduzindo a sensação de isolamento profissional vivida por muitos destes trabalhadores. No entanto, este potencial ainda não foi claramente estabelecido, e precisa ser cuidadosamente avaliado e pesquisado.

Recomendação 19

Os programas que abordem o recrutamento e retenção de trabalhadores de saúde para as comunidades rurais devem colocar uma alta prioridade em tecnologias da informação e comunicação que podem melhorar o ambiente de trabalho e o estilo de vida dos trabalhadores de saúde e das comunidades rurais.

Educação Continuada

A instalação das tecnologias da informação e da comunicação proporciona aos trabalhadores de saúde rurais a oportunidade de acessar uma ampla gama de serviços de educação continuada remotamente. As oportunidades de educação a distância serão limitadas pelo desempenho técnico dos sistemas instalados. No entanto, os sistemas devem ser disponibilizados aos trabalhadores de saúde rurais como parte de uma estratégia global para reduzir o isolamento profissional.

Recomendação 20

As tecnologias da informação e comunicação instaladas para fornecer serviços de telessaúde devem ser disponibilizadas para os trabalhadores de saúde rurais para acesso à educação e formação contínua.

Os trabalhadores de saúde rurais podem desenvolver a percepção de que o telessaúde simplesmente representa uma oportunidade para os especialistas estenderem sua influência. Uma crítica para o telessaúde é que ele tem potencial para incentivar a dependência da entrada do especialista e não promover uma atitude para resolução de problemas entre os trabalhadores de saúde rurais. O Documento da Wonca sobre Política de Formação para a Prática Rural sublinha a necessidade de evitar a criação de tal ambiente de desamparo aprendido.

Esta mudança de atitude também se estende para os pacientes. Experiências da entrada de especialistas em gestão de problemas complexos tendem a elevar as expectativas de que o mesmo grau de consulta deve estar disponível nos casos

que estão bem dentro das capacidades do trabalhador de saúde rural. Isto tem o potencial para reduzir as habilidades e a motivação do trabalhador de saúde rural

As consultas em telessaúde não devem ser um fórum para mostrar as habilidades do especialista, com pouco benefício do processo de consulta para o médico assistente. Para garantir que haverá benefícios mútuos do processo de telessaúde para todas as partes envolvidas, é necessário assegurar na dinâmica de uma consulta de telessaúde:

Fomentar uma forte atmosfera colegial entre a comunidade assistida e o especialista em consultoria. O respeito mútuo para as habilidades de cada partido aumenta muito a aceitação da entrada na consulta e na aceitação das recomendações que surgem a partir da consulta.

Assegurar que todas as partes envolvidas em uma consulta de telessaúde reconheçam o potencial para a educação no processo.

as partes referentes se beneficiam da experiência do médico de família consultor, com a probabilidade de ser capaz de lidar com casos semelhantes no futuro com menos necessidade de consulta;

os benefícios da consultoria especializada a partir do conhecimento local do médico de família assistente sobre o paciente, expectativas, condições e costumes locais. O especialista também desenvolve um maior nível de familiaridade com as habilidades e incertezas do médico assistente e as capacidades e recursos locais.

Recomendação 21

Os programas de telessaúde têm o potencial de desempenhar um papel crucial por proporcionar educação continuada como parte integrante do processo de consulta. Isso deve ser estimulado por:

- **promover um alto grau de colegialidade no processo de consulta;**
- **permitir o aspecto educativo no orçamento e processo de gerenciamento de tempo; e**
- **incentivar ativamente a participação do trabalhador da saúde assistente no processo de consulta.**

Conclusão

Não há garantias de que a introdução de serviços de tecnologia da informação e comunicação será automaticamente um benefício para os trabalhadores de saúde rurais e para as comunidades a que servem. No entanto, é possível, com um planejamento cuidadoso, maximizar o potencial dos serviços de tecnologia da informação e comunicação bem sucedidos e sustentáveis para as comunidades rurais. Este documento fornece recomendações genéricas, para o planejamento da política de tecnologia da informação e comunicação, que podem orientar os trabalhadores de saúde e moradores de comunidades rurais ao redor do mundo a alcançar este resultado.

A chave para atingir esse resultado desejável é que os planejadores incluam as comunidades rurais e seus trabalhadores em um papel de parceria, desde a fase de planejamento mais precoce possível dos serviços. A imposição de serviços de tecnologia da informação e comunicação para as comunidades que não foram envolvidas no planejamento é muito pouco provável que tenha sucesso ou que seja sustentável. Neste papel de parceria, é importante tratar de questões-chave relativas à formação, financiamento e apoio contínuo da tecnologia da informação e comunicação, a partir da perspectiva da comunidade. A responsabilidade recai sobre os promotores e planejadores dos serviços de tecnologia da informação e comunicação para assegurar que a introdução de tecnologias da informação e comunicação não terá quaisquer efeitos adversos sobre a prestação dos cuidados de saúde e o bem-estar econômico das comunidades rurais.

Caso um projeto de tecnologia da informação e comunicação seja implementado como parte de uma parceria local, nacional, regional ou internacional, é imperativo que o financiamento para a avaliação de tecnologias da informação e comunicação seja um componente integrante do projeto.

Finalmente, os serviços de tecnologia da informação e comunicação nunca devem ser destinados a substituir a prestação de serviços direto em nível local por profissionais de saúde devidamente treinados e apoiados. Pelo contrário, a tecnologia da informação e comunicação deve ser um complemento valioso para o suporte do padrão de atendimento que é entregue às pessoas que vivem nas comunidades rurais do mundo.

Glossário

Analógico	Um sinal, tendo um valor representativo, em vez de uma unidade, o qual assume uma variação contínua de valores. Dado analógico é muitas vezes transmitido como ondas sonoras. Isto significa que podem ser transmitidos através de padrão de redes de telefone ou rádio.
Largura da banda	A capacidade de largura da banda de transmissão de dados por uma tecnologia de comunicação. Quanto maior for a largura da banda mais rápida é a transferência de dados, a qual geralmente é medida em bits de dados por segundo. Uma maior largura de banda é quase sempre mais cara para instalar e usar.
Tecnologia da comunicação	Tecnologias usadas para transmissão de dados. Podem ser analógicas ou digitais. Existe uma vasta gama de tecnologias de comunicação disponível. Estas se dividem em dois grandes grupos, baseado em cabo (que vai por terra) ou sem fio [wireless]. Tecnologias sem fio [wireless] incluem rádio, micro-ondas e satélite. Tecnologias sem fio geralmente exigem menos infraestrutura, mas podem ser mais caras para uso do que as tecnologias baseadas em cabos.
Digital	Dados digitais são transmitidos em bits de dados digitais, geralmente como "1s" e "0s" ou código binário. Exige uma conexão digital, ou devem ser convertidos em dados analógicos por um modem. Conexões digitais são muito mais rápidas do que as redes analógicas, mas são atualmente mais caras para instalação e manutenção.
EDIFACT	Um protocolo de segurança e um conjunto de padrões que estão sendo desenvolvidos e implementados, principalmente na Comunidade Europeia. Não necessariamente compatíveis com HL 7.
E-mail	Mensagens de texto eletrônicas trocadas entre computadores. Este pode ocorrer em nível local, através de uma rede ou em nível mundial na Internet. Pode operar eficazmente em qualquer velocidade de conexão. E-mails estão sujeitos a normas e protocolos para garantir que possam ser trocados, independentemente do sistema de computador dos usuários finais. Mensagens de e-mail também podem transmitir arquivos anexados.
Fax ou fac-símile	A transmissão de material impresso sobre o padrão de linhas telefônicas entre equipamentos dedicados a fax.
Full duplex voice	Conexão de voz entre duas partes, na qual ambas as partes podem transmitir a fala (incluindo conversar) em qualquer altura, por exemplo, a maioria dos telefones.
Half duplex voice	Conexão de voz entre duas partes, na qual apenas uma parte pode falar a qualquer momento. Comum em transmissões de rádio.
HL7	Um protocolo de segurança e um conjunto de padrões que estão sendo desenvolvidos e implementados, principalmente nos EUA. Não necessariamente compatível com EDIFACT. HL7 é um protocolo de segurança e um conjunto de especificações para o intercâmbio do padrão de dados de saúde, projetado para facilitar a transferência de dados de saúde residente em diferentes e díspares sistemas de computador em um estabelecimento de saúde. HL7 facilita a transferência de resultados de laboratório, dados da farmácia e de outras informações entre diferentes sistemas de computação.
Tecnologia da informação	Tecnologias baseadas na utilização de computadores e outros circuitos integrados para processar os dados e produzir informação.
Internet	A Internet é uma rede mundial de computadores que fornece a infraestrutura para e-mail, a WWW e a uma série de outras modalidades. No contexto do presente documento, o uso do termo "Internet" geralmente se refere apenas a e-mail. As regiões rurais de diversas partes do mundo não têm a infraestrutura de telecomunicações para fornecer as velocidades de acesso necessárias para a WWW.
World Wide Web	A World Wide Web (WWW) é a interface gráfica para a Internet. Ela exige uma conexão relativamente alta de velocidade para a Internet. A WWW é regida por um conjunto de normas e protocolos para garantir que poderá ser acessada independentemente dos sistemas de computadores dos usuários finais.
WHO (OMS)	World Health Organisation (Organização Mundial da Saúde).

Tradução para a versão brasileira: Nilson Massakazu Ando e Ricardo César Garcia Amaral Filho
Rio de Janeiro: SBMFC, 2012

HIV/AIDS: o documento de Santiago de Compostela

Adotado na 6ª Conferência Mundial de Saúde Rural da WONCA

Santiago de Compostela, Espanha, 26 de setembro de 2003

WONCA Working Party on Rural Practice

Nós, enquanto médicos assistentes rurais na 6ª Conferência Mundial de Saúde Rural da WONCA em Santiago, estamos profundamente preocupados com a extensão do crescimento da pandemia do HIV/AIDS e o modo que isso exacerba os problemas de pobreza, desigualdade e subdesenvolvimento no mundo.

Nós reconhecemos que esse é um problema global. Nós vivemos em um mundo interdependente. Nenhum de nós pode permanecer alheio. Todos nós somos afetados, se não infectados.

Nós acreditamos:

- Que é crucial voltar-se para a questão do HIV/AIDS em termos de atenção primária à saúde, sistemas de atenção à saúde e organizações internacionais; e
- Que os países desenvolvidos têm uma responsabilidade moral de trabalhar em direção a um cuidado equânime dos infectados com HIV/AIDS em todas as partes do mundo.

Nós, portanto:

1. Comprometemo-nos a trabalhar com outros profissionais de saúde, organizações não governamentais e comunidades para garantir uma resposta abrangente e equânime para o HIV/AIDS ao nível de atenção primária, dentro da filosofia de Saúde para Todos;
2. Apoiar uma abordagem abrangente do problema que inclui desde tratamento apropriado e com recursos adequados, e estratégias preventivas amplas (incluindo práticas médicas seguras, educação sobre os riscos, promoção da mudança de comportamento, prevenção da transmissão materno-infantil, etc.); e
3. Solicitar à WONCA
 - reconhecer a importância crucial e a urgência da situação relacionada a HIV/AIDS; e
 - reunir países membros e agências internacionais para comprometerem recursos para o problema, especialmente nos países em desenvolvimento, reconhecendo a importância, tanto do fortalecimento dos sistemas locais de atenção à saúde como da atenção aos problemas de pobreza global, injustiça e desigualdades que alimentam a propagação do HIV/AIDS.

Tradução para a versão brasileira: André L. Silva

Rio de Janeiro: SBMFC, 2011

Como citar: Working Party on Rural Practice WONCA. HIV/AIDS: o documento de Santiago de Compostela. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013;8(Suppl 1):66.
Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8\(1\)732](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8(1)732)