



**Política para a
Formação para a Medicina de Família Rural**

1995

Grupo de Trabalho Wonca sobre Formação para a Prática Rural
Organização Mundial de Médicos de Família

Saúde Rural

World Organisation of Family Doctors

Este trabalho tem direitos autorais. Além de qualquer uso permitido sob a Lei de Direitos Autorais de 1968, nenhuma parte desta publicação poderá ser reproduzida, armazenada em um sistema de recuperação, transmitida de qualquer forma ou por qualquer meio, eletrônico, mecânico, fotocópia, gravação ou outro, sem a prévia permissão do detentor do copyright.

© World Organization of Family Doctors (Wonca) 1995
Reimpresso em 1998, 2002.

Publicado por:
Monash University School of Rural Health
PO Box 424
Traralgon Victoria 3844
Telefone: (03) 5173 8181
Fax: (03) 5173 8182
E-mail: rural.health@med.monash.edu.au

ISBN: 0 7326 0961 5

Sugestão de citação:
Wonca Policy on Training for Rural Practice (1995) Policy on Training for Rural General Practice, Monash University School of Rural Health; Traralgon, Vic.

Tradução para a versão brasileira: Leonardo Cançado Monteiro Savassi e Magda Almeida. Membros do Grupo de Trabalho em Medicina Rural da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.
Rio de Janeiro: SBMFC, 2011.

Índice

MEMBROS DO GRUPO DE TRABALHO	4
INQUÉRITOS SOBRE ESTA POLÍTICA	4
RESUMO	5
1. INTRODUÇÃO	6
2. VANTAGENS DA PRÁTICA RURAL	6
3. BARREIRAS À ENTRADA NA PRÁTICA RURAL	7
4. RECRUTAMENTO E RETENÇÃO DE MÉDICOS DE FAMÍLIA RURAIS	8
5. EDUCAÇÃO NA GRADUAÇÃO	9
6. FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO	10
7. EDUCAÇÃO CONTINUADA E SUPORTE PROFISSIONAL	11
8. ESTUDOS UNIVERSITÁRIOS SUPERIORES	12
9. APOIO FINANCEIRO E MATERIAL	12
10. APOIO FAMILIAR E CÔNJUGE	13
11. APOIO NACIONAL	13
12. CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES	14
REFERÊNCIAS	18
GRUPO DE TRABALHO EM MEDICINA RURAL (SBMFC)	20

POLÍTICA DE FORMAÇÃO PARA A PRÁTICA RURAL

Aprovado pela
Reunião do Conselho Mundial da Wonca
09 de junho de 1995

Esta Política da Wonca para a Formação para a Prática Rural foi preparada pelo Grupo de Trabalho da Wonca sobre Formação para a Prática Rural que foi formado após a Conferência Mundial da Wonca em 1992

Original Working Party Members
Membros Originais do Grupo de Trabalho

Professor R Strasser (Convenor)	Austrália*
Dr J Rourke	Canadá*
Dr I Anwar	Paquistão*
Dr N Naidoo	África do Sul*
Dr H Rabinowitz	Estados Unidos*
Dr J McLeod	Reino Unido*
Dr P Newbery	Canadá*
Dr T Aziz	Paquistão
Professor R Rosenblatt	Estados Unidos
Professor SH Lee	China (Hong Kong)
Dr J Wynn-Jones	Reino Unido
Dr MK Rajakumar	Malásia
Professor Gu Yuan	China
Dr B Chater	Austrália
Dr T Doolan	Austrália
Dr J Cowley	Irlanda
Dr C Simpson	Estados Unidos

* denota membros originais grupo de trabalho

Consultas a respeito desta política
devem ser dirigidas a:

Professor Roger Strasser
Head, Monash University School of Rural Health
PO Box 424 Traralgon Victoria 3844 Australia
Telefone: + 61 3 5173 8181
Fax: + 61 3 5173 8182
Email: roger.strasser@med.monash.edu.au

Resumo

A escassez mundial de médicos de família rural 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 qualificados rural médicos de família para fornecer os serviços necessários. Para atingir este objetivo, 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 médico-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, a cooperação regional e do 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.

1. 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 RACGP define como prática rural a atividade médica executada fora das zonas urbanas, onde o local de prática obriga alguns médicos generalistas a ter, ou adquirir, habilidades processuais 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 os 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 rural, mesmo em países onde há uma oferta global ampla de médicos.

Pessoas que vivem em comunidades rurais e remotas necessitam a segurança de pronto acesso a cuidados médicos em momentos de doença grave ou lesão. 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 apoiada por hospitais e outras instalações de saúde fornecem a base para o desenvolvimento de cuidados primários de saúde e programas de promoção da saúde.

É bem reconhecido 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 desenvolvimento econômico estão intimamente ligados. Conseqüentemente, é importante que todas as nações adotem políticas e programas específicos que visem melhorar os serviços de saúde rural através do aumento do número de médicos de família amplamente qualificados localizados em áreas rurais e remotas.

2. Vantagens da Prática Rural

Médicos rurais identificar uma série de atrações-chave da prática rural. Primeiro, a maior variedade da prática que muitas vezes inclui obstetrícia, cirurgia, anestesia e medicina de emergência, juntamente com o acesso hospital e cuidado da doença aguda. Médicos rurais são muito mais propensos ao cuidado individual de pacientes para todos os seus problemas de saúde em uma base contínua e de cuidar de outros membros da família. Estes cuidados abrangentes e continuados são realidades freqüentes no país.

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, em um bom lugar para criar os filhos, particularmente nos países desenvolvidos. Satisfações sociais da prática rural identificados 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 as dificuldades da vida na cidade.

3. Barreiras à entrada 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 urbanos. Além disso, a maioria dos professores "senior" nas escolas médicas tem uma experiência e visão da medicina que enxerga a prática hospitalar de ensino como o ideal. Conseqüentemente, eles assumem que a prática médica em áreas rurais sem as mesmas instalações e apoio como hospitais de ensino é de um 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 ser capaz de avaliar até que especialista para encaminhar o paciente. Conseqüentemente, é uma perspectiva assustadora para eles contemplar a prática rural onde 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 contemplar a prática rural. Estes incluem a carga de trabalho pesada e longas horas *on call* ("a disposição" ou "plantão"), que provavelmente continuarão, enquanto houver escassez de médicos. A falta de infra-estrutura e apoio regional é comum a 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 supra enfatizado 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 é a educação continuada 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 para a prática em áreas rurais.

Juntando todos esses fatores, não é de estranhar que, na opinião de alunos de graduação e muitos novos graduados em medicina, as vantagens profissionais e sociais da prática rural são suplantados 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.

4. Recrutamento e retenção de Médicos da Família Rurais

O objetivo final deste documento é existir um número suficiente de médicos especializados 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 recém-formados médicos 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 poder 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 cruzada 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 rural 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 cônjuge e familiares. Conseqüentemente, a estes é dada atenção específica neste documento.

5. 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 sejam recrutados 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 uma 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 participarem 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 auto-suficiência 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, onde cada um é anexado a um médico que pratica medicina na cidade 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 realizadas 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 serem bem sucedidos 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 as necessidades da sua região geográfica geral, incluindo áreas carentes. Do mesmo modo que elas 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 uma 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 médicos de família rurais serem ativamente envolvidos no ensino dos alunos e no treinamento do exercício ensino profissional. Eles também fornecem um foco para outros desenvolvimentos acadêmicos, incluindo a pesquisa em saúde rural.

6. Formação Profissional após a graduação

Médicos de família rurais geralmente proporcionam uma gama de serviços mais ampla do que os seus pares metropolitanos. Conseqüentemente, há uma necessidade de programas de residência com formação específica para a prática rural que preparam 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 processuais; 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 um a dois anos de tempo de treinamento adicional para além de treinamento básico de medicina de família.

Deve-se considerar o reconhecimento a 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.

7. Educação Continuada e Apoio Profissional

A maioria dos praticantes rurais experimentam grandes dificuldades em conseguir facilidades locais para participar de atividades de educação continuada. Muitas vezes os médicos de família rurais quando se inserem em programas de educação continuadas acham que as mesmas são 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 as necessidades dos médicos de família das zonas rurais. Geralmente, 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-existent 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 treinamentos formais. Os programas devem ser sensíveis às necessidades específicas de aprendizagem dos médicos que geralmente envolve um foco que é prático, baseado 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 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.

8. Estudos Superiores da Universidade

Atualmente não há sentido de progressão na carreira para os médicos que seguem a prática rural e aqueles 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.

9. 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 remotas e rurais, estas questões financeiras precisam ser abordadas. Isto pode assumir a forma de pagamento adicional reconhecendo o maior nível de responsabilidade clínicas 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 onde ele ou ela não é o único fornecedor de serviços médicos. Conseqüentemente, 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 pode 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 compartilhamentos de facilidades de cuidados de saúde e profissionais entre diversas comunidades. Existindo a responsabilidade governamental de garantir que o sistema de saúde forneça instalações físicas adequadas e serviços para atender as necessidades das comunidades rurais e remotas.

10. 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 sua conexão com o médico. Em muitos aspectos, o cônjuge do praticante rural pode ser socialmente mais isolado do que o médico. Conseqüentemente, há uma necessidade de estratégias específicas para fornecer apoio pessoal para os cônjuges 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 freqüentes 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 recriação fora da comunidade rural.

11. 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 dotados de recursos e mecanismos de financiamento deveriam ser desenvolvidos para satisfazer as necessidades das populações rurais. A criação de Organizações de Pesquisa Nacional de Saúde Rural pode facilitar este processo.

12. 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. No longo prazo, é a única abordagem estratégica susceptível de melhorar o recrutamento e a retenção de médicos de família rural. Para atingir este objetivo, 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 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 Uma introdução às questões de saúde rural no início do 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 A corrente da medicina rural para um grupo selecionado de alunos que indicam um compromisso cedo para prática rural. Isso pode assumir a forma de:
 - 2.5.1 De um a três anos de currículo médico completo realizadas no meio rural.
 - 2.5.2 A linha de acessórios rural interligadas através dos componentes clínicos do currículo.
 - 2.6 Descentralizada escolas médicas que permitem que os alunos façam a maior parte ou toda a sua educação escolar em centros médicos fora dos 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 na formação em competências processuais e um currículo adequado à prática rural, além de uma sólida fundação de medicina de família
 - 3.4 Oferecer uma porção importante da formação dentro do contexto rural
 - 3.5 Fornecer a 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 experimentarem 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 rural.**
- 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 à distância, incluindo tecnologia da informação moderna.
 - 4.2 Geralmente, programas de educação médica continuada deve ser desenvolvida por médicos rurais para médicos rurais.
 - 4.3 Desenvolvimento de graduação e diplomas de pós-graduação universitárias apropriadas, disponíveis através de educação a distância, de modo a permitir médicos rurais mais isolados a prosseguir 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 ensino de graduação, a formação profissional de pós-graduação e 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 as 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 deve 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 a educação médica continuada.
 - 8.3 Programas específicos para atender às necessidades dos cônjuges médicos rurais e famílias, tais como:
 - 8.3.1 Redes de apoio familiar e ao conjuge.

- 8.3.2 Assistência financeira com acomodação para o médico e familiares.
- 8.3.3 A assistência financeira para facilitar a educação da família do médico.
- 8.3.4 O financiamento para permitir viagens pelo médico e a família para recreação e outras formas de viagem e 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**. Australian Government Publishing Service, Canberra, 1994.
2. Rural Undergraduate Steering Committee. **Rural Doctors: Reforming undergraduate medical education for rural practice**. Australian Commonwealth Department of Human Services and Health. Australian Government Publishing Service, Canberra, 1994.
3. Rural medicine design project. **Training curriculum surgery, anaesthesia and obstetrics for rural general practice**. Faculty of Rural Medicine, Royal Australian College of General Practitioners, Sydney. 1992.
4. Association of American Medical Colleges. **Rural Health : A challenge for medical education. Proceedings of 1990 invitational symposium**. Academic Medicine 65: Supplement 1-126. 1990.
5. Littlemeyer M, Martin D. **Academic Initiatives to address physician supply in rural areas in the United States : A compendium**. Association of American Medical Colleges, Washington, 1991.
6. American Academy of Family Physicians. **Rural Family Practice: You can make a difference**. American Academy of Family Physicians, Kansas City. 1989.
7. Canadian Medical Association. **Report of the advisory panel on the provision of medical services in underserved regions**. Canadian Medical Association, Ottawa. 1992.
8. Blackwood R, McNab J. **A portrait of rural family practice: Problems and Priorities**. College of Family Physicians of Canada, Toronto. 1991.
9. Stiratanaban A and Sangprasert B. **The Rural Area Project (RAP) in Thailand: curriculum development**. Medical Education 17:374-377, 1983.
10. Carter R G. **The relation between personal characteristics of physicians and practice location in Manitoba**. CMAJ 136:366-368, 1987.
11. Asuzu M C. **The influence of undergraduate clinical training on the attitude of medical students to rural medical practice in Nigeria**. African Journal of Medicine & Medical Sciences 18:245-250, 1989.
12. Poulouse K P and Natarajan P K. **Re-orientation of medical education in India past, present and future**. Indian Journal of Public Health. 33:55-58, 1989.
13. Hickner J M. **Training for rural practice in Australia 1990**. Medical Journal of Australia 154:111-118, 1991.
14. Rosenblatt R A, Whitcomb M E, Cullen T J, Lishner D M and Hart L G. **Which medical schools produce rural physicians?** JAMA 268:1559-1565, 1992.
15. Strasser R P. **Attitudes of Victorian rural general practitioners to country practice and training**. Australian Family Physician 21(7). 808-812, 1992.

16. Umland B, Waterman R, Wiese W, Duban S, Mennin S and Kaufman A. **Learning from a rural physician program in China.** *Academic Medicine* 67:307-309, 1992.
17. Magnus J H and Tollan A. **Rural doctor recruitment: does medical education in rural districts recruit doctors to rural areas?** *Medical Education* 25:250-253, 1993.
18. Gray J D, Steeves L C and Blackburn J W. **The Dalhousie University experience of training residents in many small communities.** *Academic Medicine* 69(10):847-851, 1994.

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

Grupo de Trabalho em Medicina Rural da SBMFC

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

Coordenação: Leonardo Vieira Targa

Presidente da SBMFC: Gustavo Diniz Ferreira Gusso

Diretoria de Medicina Rural da SBMFC: Nilson Massakazu Ando

Membros do GT Medicina Rural	Cidade (UF)
ANA CAROLINA	VALENÇA (RJ)
ANDRÉ L. SILVA	ELDORADO DO SUL (RS)
ARNALDO ALMEIDA	DIVINÓPOLIS (MG)
CRISTINA FURLAN ZABKA	MORRO REUTER (RS)
DIJON HOSANA SILVA	ILHÉUS (BA)
ENRIQUE FALCETO DE BARROS	SANTA MARIA DO HERVAL (RS)
FÁBIO DUARTE SCHWALM	BARÃO (RS)
LEONARDO CANÇADO MONTEIRO SAVASSI	OURO PRETO (MG)
LISIANE BELOME ARAVITES	FORTALEZA DOS VALOS (RS)
MARCIO MARCOLINO	PORTO ALEGRE (RS)
MARCOS BREUNIG	AJURICABA (RS)
MARTINA HOBLIK	NOVA PETRÓPOLIS (RS)
MONICA CORREIA LIMA	CAJATI (SP)
OTAVIO C. DA SILVA	ÁGUA BOA (MT)
RAFAEL PIAZENSKI	PORTO ALEGRE (RS)
RAQUEL BARRETO ALENCAR	NOVO CABRAIS (RS)
RICARDO C. GARCIA AMARAL FILHO	MANAUS (AM)
RIGOBERTO GADELHA CHAVES	TABULEIRO DO NORTE (CE)
ROBERTO ARAÚJO	INHAMUNS (RS)
RODRIGO PINHEIRO SILVEIRA	RIO BRANCO (AC)
THAIA ROSA CORRÊA DA SILVA	GRAVATAÍ (RS)
THEREZA CRISTINA GOMES HORTA	BRUMADINHO (MG)

O GT de Medicina Rural é vinculado a 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.

Email: medicinarural@sbmfc.org.br

Site: <http://groups.google.com/group/gtruralsbmfc>