



Saúde Rural

Política de qualidade e eficácia dos cuidados de saúde rural

2002

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

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) 2002
Publicado inicialmente em 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 0966 6

Sugestão de citação:
Wonca Working Party on Rural Practice (2002) Policy on Quality and Effectiveness of Rural Health Care, Monash University School of Rural Health; Traralgon, Vic.

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

Editores:

Professor Jim Rourke
Professor Roger Strasser
Dr Chris Simpson

Conteúdo

SUMÁRIO EXECUTIVO	05
1. INTRODUÇÃO	06
2. MEDIDAS DIRETAS E INDIRETAS DE CUIDADOS RURAIS EM SAÚDE	07
2.1 Contexto Rural	07
2.2 Estado de Saúde Rural	07
2.3 Desfechos em Saúde Rural	08
2.4 Serviços de Saúde Rural	08
2.5 Força de trabalho Rural	09
2.6 Força de trabalho Rural – Educação e Treinamento	09
2.7 Infra-estrutura de Saúde Rural e Tecnologia da Informação	10
2.8 Pesquisa em Saúde Rural	10
2.9 Financiamento da Saúde Rural	11
2.10 Organização da Saúde Rural	11
2.11 Satisfação do Consumidor de Saúde Rural	11
3. FUTURO	12
4. REFERÊNCIAS	13
VINHETAS CLÍNICAS ¹	14
GRUPO DE TRABALHO DA WONCA EM MEDICINA RURAL	16
GRUPO DE TRABALHO EM MEDICINA RURAL (SBMFC)	17

¹ Nota dos tradutores: *Clinical Vignettes*: Vinhetas/ “Miniaturas”(do frances *vignettes*) Clínicas. Essa sessão traz alguns casos clínicos.

POLÍTICA DE QUALIDADE E EFICÁCIA DOS CUIDADOS DE SAÚDE RURAL

Endossado pela
Wonca, Novembro de 2003

A *Wonca Policy on Quality and Effectiveness of Rural Health Care* 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 esse documento estimule as idéias 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”.

Professor James Rourke
Professor Roger Strasser
Dr Chris Simpson

Editores

Agradecimentos:

Dr Robert H Hall (Austrália) por suas idéias, em particular sobre o conceito de conectividade usado no desenvolvimento dessa Política.

Dr Ian Couper (África do Sul)

Dr Steve Reid (África do Sul)

Consultas a respeito desta política devem ser dirigidas a:

Professor Roger Strasser
Chair, Wonca Working Party on Rural Practice
Telefone: + 61 3 5173 8181
Fax: + 61 3 5173 8182
Email: roger.strasser@normed.ca

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 são apresentados, a fim de ressaltar os problemas de saúde a partir de uma perspectiva mundial.

1. Introdução

A Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA, 1997) e a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1998) propuseram metas ambiciosas para a saúde de todas as populações rurais no século 21. Essas metas são mais difíceis de atingir 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 onde 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 Desfechos 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

2. Parâmetros diretos e indiretos de cuidados de saúde rural

2.1 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 um 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 encontradas, 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 em 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 dos grandes centros urbanos. Definição semelhante é usada em outros países.

2.2 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 piores do que os de populações urbanas ou outras populações rurais, o que representa um desafio particular/especial para os cuidados de saúde rural.

2.3 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 diabetes, 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 após o quadro de outro paciente, este morador de uma área urbana ? Nascituros prematuros tem o mesmo acesso a cuidados intensivos Estes parâmetros podem ser usados para reconhecer condições específicas onde os cuidados de saúde precisam ser melhorados com finalidade de trazer a saúde rural a valores semelhantes aos obtidos a 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

2.4 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 prenatais; 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 diabetes 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.

2.5 Força de trabalho em Saúde Rural

- Objetivo:** Distribuição justa da Força de Trabalho em Saúde para atender Cuidados de Saúde
- Parâmetros:** relação médico / população; taxas Médico de Família (GP²) / 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 / generalistas³ 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. O nível que a população rural tem dificuldades de acesso a cuidados especializados e serviços especializados 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, e 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 a 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 eficácia (WONCA, 2002).

2.6 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 da família rural fluxos de treinamento medicina prestados; formação avançada na pós-graduação para medicina de família rural, ou seja, anestesia para o GP, obstetrícia para o GP, cirurgia para o GP, etc; enfermeira rural e profissionais de apoio a saúde de acordo com a população rural.

² GP significa *General Practitioner*, que é o sinônimo de Médico de Família no *National Health System (NHS)* inglês

³ Generalistas aqui se refere ao termo GP (*General Practitioner*), sinônimo de Médico de Família no *NHS* inglês.

Comentários: Médicos rurais ofertam uma maior gama de serviços, e carregam um maior nível de responsabilidade clínica, atuando em relativo isolamento profissional quando comparado 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 carreira. (WONCA 1995)

2.7 Infra-estrutura de Saúde Rural e Tecnologia da Informação

Objetivo: Clínicas / instalações / pessoal e apoio de infra-estrutura 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 infra-estrutura de saúde rural, tecnologias de informação e apoio são importantes contribuintes para a saúde rural. Sem o apoio da infra-estrutura de alta qualidade é impossível para os profissionais de saúde rurais prestarem cuidados de saúde rurais eficazes. Além disso, a falta de infra-estrutura é uma barreira significativa para recrutamento e retenção da força de trabalho de saúde rural. (WONCA 2000)

A tecnologia da informação tem o potencial de aumentar significativamente a força de trabalho de saúde rural. Conhecimento, acesso a 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 paciente. (WONCA 1998)

2.8 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 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.

2.9 Financiamento de Saúde Rural

- Objetivo:** financiamento eqüitativo 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*, baseado 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 infra-estrutura 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 infra-estrutura de apoio. Isto contribuirá significativamente para a quantidade e a qualidade dos cuidados de saúde rural que podem ser desempenhados e tem um grande impacto sobre a saúde da população rural.

2.10 Organização da Atenção de Saúde Rural

- Objetivo:** Desenvolvimento e gestão eficaz de recursos da saúde para atender as 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 nacional (WONCA, 2000).

2.11 Satisfação do Consumidor Rural 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.

3. 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. Por todas as medidas na maioria dos países ao redor do mundo, grande esforço e organização são necessários para trazer a qualidade e a eficácia dos cuidados de saúde rurais comparável 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, infra-estrutura 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.

4. Referências

WHO (1998). Health-for-all policy for the twenty-first century, Fifty-First World Health Assembly, Agenda item #19, World Health Organization, May 16, 1998. The World Health Organization, Headquarters Office in Geneva (HQ), Avenue Appia 20, 1211 Geneva 27, Switzerland,

< <http://policy.who.int> >

Wonca (1995). Training for Rural General Practice, World Organization of Family Doctors, Policy on Training for Rural Practice, 1995, World Organization of Family Doctors, College of Family Physicians Singapore, College of Medicine Building, 16 College Road#01-02, Singapore 169854

<http://www.wonca.org/working_groups/rural_training/training/WONCAP.htm>

Wonca (1997). Health for all Rural People: The Durban Declaration, 2nd World Rural Health Congress, World Organization of Family Doctors, Policy Statement, Durban, South Africa, 1997. World Organization of Family Doctors, College of Family Physicians Singapore, College of Medicine Building, 16 College Road#01-02, Singapore 169854

<http://www.wonca.org/working_groups/rural_training/durban_declaration.htm>

Wonca (1998). Using Information Technology to improve Rural Health Care, World Organization of Family Doctors, Policy Brief 1998, World Organization of Family Doctors, College of Family Physicians Singapore, College of Medicine Building, 16 College Road#01-02, Singapore 169854

<<http://www.ruralnet.ab.ca/write/itpolicy/itpoli.htm>>

Wonca (1999). The Health of Indigenous Peoples: The Kuching Statement, World Organization of Family Doctors, Policy Statement, 3rd World Rural Health Congress, Kuching, Malaysia 1999, World Organization of Family Doctors, College of Family Physicians Singapore, College of Medicine Building, 16 College Road#01-02, Singapore 169854

<http://www.wonca.org/working_groups/rural_training/kuching_statement.htm>

Wonca (2000). Rural Practice and Rural Health, Policy on Rural Practice and Rural Health, World Organization of Family Doctors, 2000, World Organization of Family Doctors, College of Family Physicians Singapore, College of Medicine Building, 16 College Road#01-02, Singapore 169854

<http://www.wonca.org/working_groups/rural_training/practice/Practi.htm>

Vinhetas Clínicas

1 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 o 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 substituía 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 entre uma emergência médica e a transferência para um serviço maior não costumam ser avaliados de forma adequada.

2 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 antiinflamatório 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. Após tratada de forma adequada, a paciente se viu livre da dor e, mais adiante, 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.

3 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.

4 África do Sul

O quadro clínico de malária grave é comum em algumas áreas rurais da África do Sul. Os médicos rurais dessas regiões tem experiência no manejo destes casos, o que 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, precisam ser transferidos, mas os hospitais de referência sempre tem 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.

5 Nigéria

MG, 43 anos, G4P3, todos vivos, último filho nascido há tres 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 prenatal 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 lhe ajudar.

Ela frequenta uma Igreja onde 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 ela estará livre do risco que o medo que tem seja 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.

6 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 hiperssensibilidade muscular generalizada. Foram os únicos achados semiológicos. O laboratório mostrou elevações discretas do leucograma (leucocitose polimorfonuclear) e da uréia, 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 no 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. Após quarenta e oito horas apresentou oligúria grave e instalou-se um quadro de insuficiência renal aguda e necessitou de cinco sessões de hemodiálise. A essa altura, o anticorpo anti-leptospira 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.

7 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. Ela pensou em ir até um pronto-socorro, mas lembrou 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. Ela 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 à 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.

8 África do Sul

Uma criança com malformação congênita (cloaca anal) foi encaminhada aos cirurgiões 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, onde um médico atendia uma vez por semana e 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 mal sucedida. Que dizer da qualidade desse cuidado?

Grupo de Trabalho da Wonca sobre Medicina Rural

A WONCA 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 tem 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 cuidado com um financiamento adequado para atender as necessidades da comunidade
 - 5.2. Integração do médico de família nos cuidados de saúde primários abordagens para entrega rural de cuidados de saúde
 - 5.3. Participação da comunidade, incluindo uma abordagem multisetorial 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
 - 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

Membros do Grupo de Trabalho da WONCA sobre Medicina Rural

Professor Roger Strasser (Chair).....	Australia	Dr David Whittet	New Zealand
Dr Bruce Chater	Australia	Dr Peter Newbery.....	Canada
Dr James Rourke	Canada	Dr David Topps	Canada
Dr John Wynn Jones	Wales	Professor S H Lee	China (Hong Kong)
Dr Tariq Aziz.....	Pakistan	Professor Gu Yuan.....	China
Dr Neethea Naidoo	South Africa	Dr Chris Simpson.....	USA
Dr John Macleod.....	Scotland	Dr Berta Nunes	Portugal
Dr Ijaz Anwar	Pakistan	Dr Elisabeth Swensen	Norway
Dr Dan Smith.....	USA	Dr Shatendra K Gupta.....	Nepal
Dr Prem Kainikkara.....	India	Dr Alan Fayati-Williams	Nigeria
Dr Barb Doty.....	Alaska	Dr Ashok Patil.....	India
Dr Victor Inem.....	Nigeria	Dr Kamil Ariff.....	Malaysia

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>