



SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS
PARA POLÍTICAS DE SAÚDE

DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA E FIXAÇÃO DOS DENTISTAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde
Departamento de Ciência e Tecnologia



SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS
PARA POLÍTICAS DE SAÚDE

DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA E FIXAÇÃO DOS DENTISTAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Brasília – DF
2024

2024 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://bvsm.sau.gov.br>.

Tiragem: 1ª edição – 2024 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde

Departamento de Ciência e Tecnologia

Coordenação-Geral de Evidências em Saúde

SRTVN, quadra 701, via W5 Norte, lote D, Edifício PO 700, 5º andar

CEP: 70719-040 – Brasília/DF

Tel.: (61) 3315-6248

Site: <https://www.gov.br/sau>

E-mail: cgevi@saude.gov.br

Elaboração:

Aline Arcanjo Gomes (Fosp – Ufam)

Ana Paula Cavalcanti (Opas/OMS)

Fernanda Campos de Almeida Carrer (Fosp)

Gilberto Alfredo Pucca Junior (UnB)

Gilles Dussault (IHMT – Lisboa, Portugal)

Mariana Gabriel (Fosp)

Maria Ercília de Araujo (Fosp)

Mariana Lopes Galante (Fosp)

Maristela Honório Cayetano (Fosp)

Revisão Técnica e de Mérito:

Aurelina Aguiar de Lima

Cecília Menezes Farinasso

Editora responsável:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria-Executiva

Subsecretaria de Assuntos Administrativos

Coordenação-Geral de Documentação e Informação

Coordenação de Gestão Editorial

Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício Anexo, 3º andar, sala 356-A

CEP: 70058-900 – Brasília/DF

Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7791

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Equipe editorial:

Normalização: Valéria Gameleira da Mota

Revisão textual: Tatiane Souza

Capa, projeto gráfico e diagramação: Marcos Melquiades

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia.

Síntese de Evidências para Políticas de Saúde : distribuição geográfica e fixação dos dentistas na atenção primária do Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília : Ministério da Saúde, 2024.
70 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_politicas_saude_distribuicao_geografica_dentista.pdf

ISBN 978-65-5993-676-2

1. Dentista. 2. Sistemas Públicos de saúde. 3. Políticas de saúde. I. Título.

CDU 616.314-084

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2021/0366

Título para indexação:

Evidence Synthesis for Health Policy: geographic distribution and fixation of dentists in primary care in the Unified Health System



SUMÁRIO

MENSAGENS-CHAVE	7
O problema	7
Opções para enfrentar o problema	8
Considerações de equidade para as opções	9
Considerações gerais acerca das opções propostas	9
CONTEXTO E ANTECEDENTES	11
Antecedentes da síntese de evidências	12
DESCRIÇÃO DO PROBLEMA	15
Como o problema se originou e como chamou a nossa atenção?	15
Qual a magnitude do problema?	16
Quais são as consequências do problema?	17
O que está sendo feito para enfrentar o problema?	19
Considerações sobre o problema relacionadas com a equidade	21
OPÇÕES PARA ABORDAR O PROBLEMA	23
Buscando evidências científicas sobre as opções	23
Opção 1 – Aumento da exposição da prática no SUS em áreas rurais ou remotas durante a formação profissional	24
Opção 2 – Promover incentivos financeiros diretos e/ou indiretos	27
Opção 3 – Viabilizar medidas de apoio pessoal e/ou profissional	30
Opção 4 – Implementar medidas regulatórias do exercício profissional	33
CONSIDERAÇÕES DE EQUIDADE PARA AS OPÇÕES	36
CONSIDERAÇÕES SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DAS OPÇÕES	38
REFERÊNCIAS	44
APÊNDICES	52
Apêndice A – Quadro com as bases de dados e estratégias de buscas utilizadas para recuperação dos estudos para identificação das opções	52
Apêndice B – Fluxograma do processo de inclusão dos estudos	55
Apêndice C – Quadro com os estudos excluídos após leitura completa	56
Apêndice D – Revisões sistemáticas analisadas	57

Síntese de Evidências para Políticas de Saúde:

Distribuição geográfica e fixação dos dentistas na atenção primária do Sistema Único de Saúde

Inclui

- Contextualização e descrição de um problema.
- Opções viáveis para resolver o problema identificado.
- Considerações de equidade para as opções.
- Considerações sobre a implementação das opções identificadas.

Não inclui

Esta síntese **não incorpora recomendações** sobre quais opções devem ser selecionadas para implementação da política.

Para quem a síntese de evidências para políticas é direcionada?

Para formuladores e implementadores de políticas de saúde, seu pessoal de apoio e outras partes interessadas no problema abordado por esta síntese de evidências.

Para que a síntese de evidências para políticas foi elaborada?

Para subsidiar as decisões a serem tomadas na solução de problemas em questão, de políticas ou programas de saúde, das quais essas sejam bem fundamentadas por evidências científicas relevantes e disponíveis, identificadas, selecionadas e avaliadas por meio de processo sistemático e transparente.

O que é uma síntese de evidências para políticas de saúde?

É um resumo das evidências de pesquisas globais e locais relevantes¹ que foram identificadas, avaliadas e organizadas em opções para o enfrentamento de problemas de saúde para subsidiar o diálogo de políticas com os atores envolvidos como gestores, sociedade civil organizada e pesquisadores.

Para elaboração de síntese de evidência utiliza-se processos sistemáticos e transparentes, a fim de fundamentar as decisões relacionadas às políticas, bem como o julgamento e suas implicações.

¹ A revisão sistemática é um estudo secundário, considerado o melhor nível de evidência para tomada de decisão, que reúne resumos de evidências que abordam uma questão claramente formulada usando métodos sistemáticos e transparentes para identificar, coletar, selecionar e avaliar criticamente as pesquisas relevantes.

Objetivos da síntese de evidências para políticas de saúde

- Esclarecer e priorizar os problemas em questão de políticas ou programas de saúde.
- Subsidiar as decisões para políticas ou programas de saúde considerando os benefícios, os prejuízos, os custos locais ou a relação custo-benefício, a aplicabilidade, os pontos de vistas e as experiências das partes interessadas e os aspectos de equidade para as opções.
- Identificar as considerações sobre implementação das opções.

EVIPNet Brasil

A Rede de Políticas Informadas por Evidências (*Evidence-Informed Policy Network* – EVIPNet) visa promover o uso sistemático e transparente de evidências científicas na tomada de decisão e na elaboração e implementação de políticas e programas de saúde para fortalecer os sistemas de saúde. A EVIPNet promove ainda o uso compartilhado do conhecimento científico e sua aplicação, em formato e linguagem dirigidos aos gestores de saúde, na prática clínica, nos serviços e sistemas de saúde, na formulação de políticas públicas e na cooperação técnica entre os países participantes.

A EVIPNet Brasil é coordenada pelo Ministério da Saúde, no Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit) da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE). A implementação dessa iniciativa é realizada em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme), a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), entre outros.

Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

A Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (Fousp) é uma das mais antigas do País, considerada centro de referência não somente pelo ensino, mas pela pesquisa. A Fousp busca formar um profissional com perfil humanístico, postura ética, responsabilidade social e consciente da importância da educação permanente e continuada. O campo de trabalho é amplo, com atuação em consultório particular como generalista ou especialista e em serviços públicos, como os serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em Unidades Básicas de Saúde, centros de especialidades odontológicas e outros atendimentos à população integrando equipes multiprofissionais.

Financiamento

Esta Síntese de Evidências recebeu financiamento da Chamada Pública de Apoio a Projetos de Tradução do Conhecimento no âmbito da Rede de Políticas Informadas por Evidências (EVIPNet Brasil) para o fortalecimento do SUS – 2017, convocada pelo Ministério da Saúde, por intermédio do Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (Decit/SCTIE/MS).

Conflito de interesses

Os autores declaram não possuírem nenhum conflito de interesse. Os financiadores não interferiram no desenho, na elaboração e na divulgação dos resultados desta síntese.

Revisão de método e mérito da síntese de evidências para políticas de saúde

Esta síntese de evidências foi revisada em método por especialistas, na identificação, na seleção, na avaliação crítica e no mérito por pesquisadores, gestores e atores interessados tanto no problema quanto na sua relevância para política de saúde.

Agradecimentos

Aos professores Dr. Ulysses de Barros Panisset e Dr. Jorge Otávio Maia Barreto pelos valiosos comentários e ensinamentos sobre o método.

À equipe do Instituto de Saúde da Secretaria do Estado de São Paulo, Dra. Tereza Setsuko Toma, Dra. Maritsa Carla de Bortoli, Tais Rodrigues Tesser e Cecilia Setti por todo apoio e amizade na construção da síntese e na implementação do Núcleo de Evidência em Saúde Bucal da Fousp.

Às alunas de iniciação científica Maryana Carmello da Costa e Raquel Tatsumoto Favarini, pela preciosa colaboração no processo de construção da síntese.

Citação

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese de evidências para políticas de saúde: [acesso geográfico aos dentistas na atenção básica do Sistema Único de Saúde]. Brasília: Ministério da Saúde; EVIPNet Brasil, 2022. 55 p.



MENSAGENS-CHAVE

O problema

Globalmente, a saúde bucal apresenta-se à margem das políticas de saúde, o que vem gerando uma carga de doenças bucais elevada em diversas populações, principalmente em países em desenvolvimento. O programa global de saúde bucal da Organização Mundial da Saúde (OMS) enfatiza que a saúde bucal é parte integrante e essencial para a saúde geral, além de ser um fator determinante para a qualidade de vida da população (Petersen, 2009). No entanto, dos 73 países pesquisados pela World Federation of Public Health Associations – Oral Health Working Group, 62% apresentavam a saúde bucal parcialmente integrada no sistema público de saúde e, destes, 25% ainda não haviam sido formalmente integradas (Lomazzi; Wordley; Bedi, 2016).

Somado a isso, os desequilíbrios na distribuição geográfica dos Recursos Humanos em Saúde (RHS) qualificados nas zonas rurais ou desassistidas são observados em quase todos os países do mundo (Bazargan; Chi; Milgrom, 2010; Araújo; Maeda, 2013; Viscomi; Larkins; Gupta, 2013), incluindo o Brasil (Oliveira *et al.*, 2017). Gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) enfrentam dificuldade para ofertar serviços de saúde bucal nos municípios do interior do País com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) reduzido, pois as pesquisas revelam que os dentistas optam por atuar profissionalmente em grandes cidades, principalmente pela característica público/privada da profissão, e para garantir conforto e acesso a bens e serviços disponíveis em grandes centros urbanos. Esse desequilíbrio impacta, principalmente, na limitação do acesso aos serviços de saúde para segmentos da população de maior vulnerabilidade social, cujas necessidades podem não ser tratadas adequadamente em tempo hábil, gerando perdas dentais e impacto na qualidade de vida desses usuários, além da impossibilidade de uma cobertura universal sem uma força de trabalho adequada.

Para potencializar a formulação de políticas públicas informadas por evidências trazidas por resultados de pesquisa e auxiliar na estruturação da tomada de decisão em saúde bucal no Brasil no âmbito do SUS, reduzindo as influências de outros fatores como interesses individuais e de grupos, faz-se necessário identificar pesquisas, avaliar a qualidade e considerar a aplicabilidade de seus achados no contexto em que as decisões são tomadas no SUS. Dessa forma, esta síntese visa identificar opções políticas para

melhorar o recrutamento e a fixação de dentistas em áreas escassas desses profissionais na atenção primária do SUS, informadas por evidência científica, de forma a fortalecer a Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente) e aumentar o acesso aos cuidados de saúde bucal no SUS.

Opções para enfrentar o problema

Existem diferentes estratégias desenvolvidas para solucionar ou mitigar o problema da má distribuição geográfica de profissionais de saúde, por meio da melhoria da atração do profissionais, facilitando o recrutamento, e estratégias para reter/fixar esses profissionais em seus postos de trabalho. Contudo, poucas estratégias implementadas foram observadas sistematicamente, principalmente no que se refere aos dentistas no serviço público de saúde e, conseqüentemente, existe deficiência de dados sobre o impacto dessas estratégias. Sendo assim, nesta síntese, considerou-se as evidências científicas que relatavam o problema e apresentavam opções de enfrentamento para outras classes de profissionais da saúde (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, entre outros) e também para o setor privado. Constatou-se também que os dados sobre dentistas são frequentemente associados aos de outros profissionais de saúde, os estudos apresentam grandes variações relacionados ao local de implementação da estratégia (países desenvolvidos e em desenvolvimento) e os métodos dos estudos primários analisados pelas revisões. Em relação às estratégias de enfrentamento do problema, as intervenções foram agrupadas, conforme aponta o relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) (World Health Organization, 2010), em grandes categorias: educação, regulamentação, incentivos financeiros, apoio pessoal e profissional ou um “pacote” de intervenções, sendo assim as opções aqui apresentadas incluem essas quatro áreas.

Opção 1 – Aumento da exposição da prática no SUS em áreas rurais ou remotas durante a formação profissional

As intervenções relacionadas à formação dos profissionais de saúde buscam incluir os estudantes de graduação ou pós-graduação em ambientes rurais e remotos. Essa vivência pode ser por meio de estágios, disciplinas, programas de admissão de estudantes de origem rural, cursos em áreas rurais e remotas, pós-graduação – modalidade residência, entre outros. A formação apresenta-se como importante componente de influência nas escolhas profissionais, sendo assim é fundamental que ocorra a intersectorialidade saúde/educação de modo a priorizar as necessidades do sistema de saúde local.

Opção 2 – Promover incentivos financeiros diretos e/ou indiretos

Incentivos financeiros são vistos como grande motivador das escolhas profissionais, mas não são unicamente suficientes para motivar o profissional a migrar e fixar em áreas escassas. Essa opção, abrange todos os benefícios financeiros fornecidos aos trabalhadores de saúde, no entanto podem ser divididos em diretos – por exemplo, melhores salários, bonificações e pagamento por desempenho – ou indiretos – como garantia de plano de carreira e reembolso de empréstimo estudantil. Essa é uma intervenção importante, não obstante, é necessário considerar a viabilidade econômica do País, no que se refere à disponibilidade financeira para arcar com essa opção.

Opção 3 – Viabilizar medidas de apoio pessoal e/ou profissional

O bem-estar pessoal e profissional é visto como fundamental para a qualidade do serviço prestado e está relacionado a: boa infraestrutura de trabalho, oportunidades para interações sociais, escolaridade para os filhos, oportunidades de emprego aos cônjuges, oportunidades para progredir na carreira, redes de trabalho, telessaúde, entre outras. Esse suporte motiva o profissional no dia a dia do trabalho.

Opção 4 – Implementar medidas regulatórias do exercício profissional

As medidas de regulação são bastante amplas e abrangem medidas de controle do governo, exercido por meio de ferramentas legislativas, administrativas, jurídicas ou políticas. Essa regulação se dá por intermédio de programa de serviço rural compulsório, empréstimo educacional com requisito de serviço em áreas determinadas pelo governo, atração de profissionais de saúde estrangeiros, reconhecimento de qualificações (diplomas) do exterior e aumento da oportunidade de recrutamento pelo serviço público.

Considerações de equidade para as opções

As opções levantadas buscam colaborar com um sistema de saúde mais equânime, pois enfrenta o problema da falta de profissionais em algumas regiões do País (rural, interior e remota), o que colabora para as iniquidades em saúde, no entanto, é necessário a compreensão e a efetividade da universalidade do Sistema Único de Saúde.

Considerações gerais acerca das opções propostas

A implementação das opções para diminuir os vazios sanitários são complexas e demandam mobilização de diferentes setores. Kroezen *et al.* (2015) destacam que, embora existam poucas evidências sobre a eficácia das intervenções, os estudos apontam

que pacotes de estratégias – combinados com uma apropriada análise do contexto do País e comprometimento das diferentes partes interessadas – apresentam maior chance de sucesso. Enfatiza ainda que o monitoramento, durante todo o processo de implementação das intervenções, e a avaliação podem contribuir com sua efetividade, ao indicar as fortalezas e os desafios das opções implementadas, permitindo possíveis ajustes no plano em execução (Kroezen *et al.*, 2015).



CONTEXTO E ANTECEDENTES

No cuidado em saúde, é essencial valorizar o indivíduo, além das suas necessidades físicas, mas também considerar suas emoções, cultura e espiritualidade. O responsável majoritário por oferecer o cuidado é o profissional de saúde, contudo, a colaboração entre profissionais em busca de apoiar o alcance dos objetivos dos usuários dos serviços de saúde deve ser estabelecida, reconhecendo as atribuições específicas de cada categoria profissional e as responsabilidades com demandas que extrapolam essa especificidade. No contexto de saúde, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem um papel estruturante no sistema, pois articula ações para enfrentar os diferentes fatores relacionados à saúde, incluindo os fatores sociais; além disso, é responsável pela coordenação no cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Compreendendo esses fatores, os serviços de saúde devem ser organizados e entregues de forma abrangente, integrados e centrado nas pessoas para aumentar o acesso à saúde de forma integral e para toda a população, incluindo os moradores das áreas rurais e remotas. Garantir a distribuição geográfica adequada dos profissionais é um primeiro e importante passo para melhorar o acesso à saúde, contudo sabe-se que a qualidade do cuidado vai além de um foco exclusivo no número de profissionais de saúde versus população, pois importância deve ser dada também à acessibilidade, à aceitabilidade e à qualidade dos serviços que são fornecidos (Campbell *et al.*, 2013).

Igualmente importante é adotar planejamento dinâmico e modelos de previsão, baseados em dados de alta qualidade e incluindo análises para combinar a oferta da força de trabalho com a demanda. E, nesse contexto, a presente síntese de evidências visa apoiar gestores na promoção de melhor distribuição e ampliação de estratégias de distribuição e fixação de cirurgiões-dentistas em áreas rurais e remotas, uma vez que a literatura aponta escassez desses profissionais nessas áreas e baixa cobertura populacional, mesmo com a expansão das equipes de saúde bucal (eSB) na atenção básica do SUS. Para isso, entende-se ser fundamental inserir estratégias que garantam uma expansão planejada e equitativa, visando melhorar a produtividade, a qualidade e a capacidade de resposta do sistema.

É de grande relevância inserir na agenda decisória, pauta voltada para a cobertura dos vazios sanitários no País, considerando que o objetivo do SUS é oferecer cobertura universal de saúde, ampliando progressivamente seu alcance para promoção de saúde, prevenção de agravos e outras prioridades, uma vez que a literatura aponta forte relação

entre morar em áreas rurais e apresentar maior carga de doenças bucais. Dessa forma, novas exigências serão feitas aos trabalhadores de saúde existentes em apoio ao acesso mais abrangente e equitativo a serviços de saúde de qualidade, a fim de aumentar a força de trabalho, e todo território será fundamental para alcançar esse objetivo.

A Síntese de Evidências para Política de Saúde: Distribuição geográfica e fixação dos dentistas na atenção primária do Sistema Único de Saúde, foi elaborada para subsidiar o diálogo de política entre os atores-chaves envolvidos no problema. As opiniões, as experiências e os conhecimentos tácitos dos atores envolvidos no diálogo contribuem para aperfeiçoamento da síntese de evidências e para complementar estratégias de implementação de uma ou mais opções identificadas. Um dos objetivos do diálogo de política é suscitar ideias que só ocorrem quando todos os envolvidos ou afetados pelo problema passam a trabalhar juntos, possibilitando decisões futuras mais efetivas. Após o diálogo é elaborado a Síntese do Diálogo de Política de Saúde, que apresentará as contribuições dos atores-chaves para uma possível implementação de acordo com as opções elencadas.

Antecedentes da síntese de evidências

Esta síntese de evidências para formulação de políticas mobiliza evidências de investigação, tanto em nível global como local, acerca de estratégias para corrigir a má distribuição geográfica de dentistas no Brasil. São apresentadas quatro opções para abordar o problema e algumas considerações relacionadas à implementação.

A preparação da síntese de evidências inclui cinco passos:

1. Convocação de um grupo de trabalho integrado por representantes da academia, da gestão nacional, estadual e municipal de saúde.
2. Aperfeiçoamento dos termos de referência da síntese de evidências, por meio da leitura de diferentes textos sobre a temática, de dados referente ao problema e as opções viáveis para enfrentá-lo, consultando o grupo de trabalho e uma série de informantes-chave, com a ajuda de vários marcos conceituais que organizam o pensamento sobre as maneiras de abordar a questão.
3. Identificação, seleção, avaliação, extração de dados e síntese das evidências de pesquisa relevantes sobre o problema, elaboração de opções e considerações sobre o processo de implementação.

4. Redação da síntese de evidências, de tal maneira a apresentar de forma concisa e em uma linguagem acessível os resultados das evidências científicas mundial e local.
5. Finalização da síntese de evidências baseando-se nas contribuições de revisores de mérito.

As quatro opções para abordar o problema não são mutuamente excludentes. Podem ser implementadas de forma simultânea ou podem extrair elementos de cada opção para criar uma abordagem adequada de acordo com a realidade local, seja ela municipal, estadual ou nacional.

A síntese foi preparada para informar um diálogo deliberativo no qual a evidência científica é uma de muitas considerações. As opiniões, as experiências e o conhecimento tácito dos participantes que contribuem para os temas em questão são também aportes importantes para o diálogo. Um dos objetivos do diálogo deliberativo é suscitar ideias que só ocorrem quando todos os que estão envolvidos ou são afetados pelas decisões futuras sobre o tema possam trabalhar juntos. Um segundo objetivo do diálogo deliberativo é gerar a ação daqueles que participam do diálogo e daqueles que revisam a síntese do diálogo.

Conceitos-chave

Nesta síntese de evidência utilizamos os seguintes conceitos:

Recrutamento: é o processo de escolha de profissionais para tipos específicos de emprego.

Retenção e fixação: refere-se ao tempo de permanência do profissional em determinado local. Na área da saúde, principalmente na Atenção Primária à Saúde, é desejável que o profissional crie vínculos com a comunidade; nesse sentido, a retenção e fixação do profissional é também desejada.

Má distribuição: quando os profissionais estão distribuídos desigualmente em um território. Muitas vezes existe um número adequado de profissionais em uma determinada região ou país, no entanto, existem concentrações (geralmente em centros urbanos) que ocasionam vazios sanitários em algumas áreas geográficas (geralmente áreas rurais, remotas ou inóspita).

Escassez: quando existe um déficit de profissionais de saúde em uma determinada região ou país. Esse termo pode se referir a uma classe profissional inteira, ou a alguns especialistas dessa classe.

Urbano, rural e remoto: zonas rurais ou de pequenas cidades classificadas como rural. No Brasil,

A situação urbana abrange as áreas correspondentes às cidades (sedes municipais), vilas (sedes distritais) ou às áreas urbanas isoladas (nessa síntese denominada remota). A situação rural abrange toda a área situada fora desses limites. Este critério é, também, utilizado na classificação da população urbana e rural (IBGE, 2017).

DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

Como o problema se originou e como chamou a nossa atenção?

A odontologia apresenta uma forte característica privada, voltada para o mercado (Pinheiro; Noro, 2016). Esse cenário historicamente culminou para um acesso restrito, direcionado a uma pequena parcela da população que pode pagar por esse serviço, deixando milhões de brasileiros excluídos dos cuidados odontológicos. Em 2003, a Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (Pnad) revelou que 27,9 milhões de brasileiros nunca haviam sido consultados por um cirurgião-dentista, ou seja, aproximadamente 16% da população brasileira (IBGE, 2003).

Esses dados apontam a inserção tímida da odontologia nos serviços públicos brasileiros, sendo regulamentada pela primeira vez em 1912 em São Paulo, com o “Serviço Dentário Escolar”, com a existência prévia de gabinetes dentários em estabelecimentos de ensino. Medidas similares apareceram por todo o País no início desse século. Porém, essas medidas não valorizavam qualquer tipo de diagnóstico de situação populacional. Mesmo com intenções educativas, a prática clínica nas escolas era uma reprodução do que era feito em consultórios particulares da época. Esse cenário começou a mudar em 1952, a partir da implementação dos primeiros programas de saúde bucal do País, criados pelo Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp). Os programas ocorreram em Aimorés/MG, e foram disseminados para cidades de outras regiões. O público-alvo era a população em idade escolar, sendo estabelecido um tratamento preventivo, buscando deixar a assistência exclusivamente individual, estabelecida apenas quando um dano fosse identificado (Narvai, 2006).

A implementação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), denominada “Brasil Sorridente”, no ano de 2004, está modificando positivamente o cenário da odontologia brasileira. Em dez anos, mais de US\$ 2,6 bilhões foram aplicados na saúde bucal. Além disso, observa-se também uma modificação importante no cenário da Força de Trabalho em Saúde na odontologia, o que contribuiu para esse avanço. Atualmente, cerca de 50% de todos os dentistas do País apresentam algum vínculo com o serviço público no âmbito do SUS (Pucca *et al.*, 2015).

Entretanto, esses avanços, apesar de relevantes, não foram suficientes para atingir uma cobertura satisfatória em cuidados odontológicos. Dados do Ministério da Saúde apontam que, atualmente, o Brasil tem 27.665 equipes de saúde bucal na Atenção Primária à Saúde, com cobertura de 41,74% da população, sendo o Centro-Oeste com

2.313 equipes e com cobertura de 47,06%, o Nordeste com 12.370 equipes e cobertura de 64,88%, o Norte com 2.202 equipes e cobertura de 39,83%, o Sudeste 7.377 equipes e cobertura de 27,45% e, por fim, o Sul com 3.403 equipes e com cobertura de 37,28% (Brasil, 2018). Esses dados demonstram que, embora tenha havido um importante incremento na saúde bucal do País, após a implementação da PNSB, os vazios sanitários ainda são uma realidade persistente que demandarão estratégias políticas para sua diminuição. A expansão da rede de saúde bucal, embora tenha privilegiado algumas áreas de maior vulnerabilidade, não apresenta-se distribuída no território de forma equitativa (Gabriel, 2017). Vale ressaltar que o Brasil possui 80% da população SUS dependente (Eble, 2018), e que a falta de oferta de serviços de saúde bucal pode significar a impossibilidade de acesso e conseqüente reforço das iniquidades em saúde. Soma-se a esse cenário o fato de que ainda temos no Brasil alta prevalência de doenças bucais, tais como cárie e doença periodontal (Brasil, 2018c), e a falta de acesso aos serviços pode significar mutilação dentária, dor, sofrimento, impacto negativo na produtividade do indivíduo e em sua qualidade de vida. A má distribuição geográfica dos dentistas no Brasil colabora para a falta de acesso à saúde bucal e aumenta as iniquidades em saúde.

Qual a magnitude do problema?

A inserção do dentista nas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), da rede pública do SUS, após a implantação do Brasil Sorridente, foi responsável pela ampliação da cobertura à população, (Dal Poz *et al.*, 2013) principalmente nas Regiões Norte e Nordeste do País (Antunes; Narvai, 2010). Entretanto, ainda persistem as disparidades no acesso à saúde bucal e os desequilíbrios da força de trabalho (Gabardo *et al.*, 2017; Yuen *et al.*, 2018). Dados recentes de pesquisas demográficas da disponibilidade e distribuição dos dentistas apontam que, no ano de 2014, o País graduou 10.768 dentistas (7.357 concluintes em instituições privadas e 3.411 em instituições públicas) (Rio de Janeiro, 2016). Todavia, o desequilíbrio na distribuição desses profissionais no mercado de trabalho é uma problemática existente. Dos 283 mil profissionais ativos, aproximadamente 30% atuam no estado de São Paulo (34% na capital, 15% nas regiões metropolitanas e 51% no interior), porém quando analisado mais especificamente o interior, identifica-se que em 88 cidades existe apenas um dentista cadastrado no conselho para toda a população (Gabriel, 2017).

Outra vertente se refere ao aparelho formador, o Ministério da Educação (MEC) reconhece 415 cursos, sendo que a maioria está localizada nas Regiões Sul e Sudeste (Brasil, 2018a). Essa situação tende a agravar as desigualdades de distribuição profissional

no País, sem priorizar a equidade do acesso à saúde da população, visto que as pesquisas revelam que o local de formação influencia na escolha da região de atuação do profissional (Budhathoki *et al.*, 2017; San Martin *et al.*, 2018). Cerca de 50% dos dentistas registrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (Cnes) do Brasil realizam atendimento no SUS (Norte e Nordeste apresentam dentistas vinculados). Em apenas 13 anos do Brasil Sorridente observou-se aumento de 49% dos municípios com equipes de Saúde Bucal (eSB) implantadas no SUS. No final de 2015, cerca de 90% dos municípios brasileiros apresentavam eSB na atenção básica, o que gerou aumento da demanda por esses profissionais. Em relação à remuneração dos dentistas no serviço público, observa-se grandes discrepâncias entre os municípios. Uma pesquisa que analisou os editais de contratação de dentistas, os salários variaram de 2,41 a 7,11 salários mínimos para cargos de 20 horas semanais; e de 1,05 a 12,67 salários mínimos para cargos de 40 horas (para desenvolver a mesma função), apontando que esse é um tema que precisa ser revisto no sentido de recrutar e reter os dentistas nas diferentes áreas geográficas do País (Gabriel *et al.*, 2018a).

O Brasil apresenta grande estoque de dentistas, reforçando que o problema é a distribuição e fixação de profissionais, e não a escassez deles. Em junho de 2017, o Conselho Federal de Odontologia (CFO) registrou quase 290 mil dentistas, sendo que 60% eram do sexo feminino (Conselho Federal de Odontologia, 2016); esse dado é importante, uma vez que estudos apontam que mulheres tendem a migrar menos que os homens para outras áreas de atuação. O estoque é jovem e o País sofre com concentração de profissionais nos grandes centros e capitais, assim como acontece com médicos e enfermeiros, e certamente essa situação impacta no acesso da população aos serviços de saúde.

Quais são as consequências do problema?

A escassez de dentistas nas áreas rurais e de maior vulnerabilidade social agrava as condições epidemiológicas da população. Os dados globais sobre a saúde bucal retratam essa situação de forma bastante clara, cerca de 60% a 90% das crianças em idade escolar apresentam cárie dentária, e 30% dos idosos não apresentam dentes naturais (World Health Organization, 2017).

Embora o acesso à saúde bucal tenha aumentado após a implementação do Brasil Sorridente, de acordo com os dados do último levantamento epidemiológico realizado no País, ainda não atingimos as metas acordadas pelos estados-membros da OMS. Em relação ao índice que aponta a quantidade de dentes permanentes cariados, perdidos

e obturados (CPO-D) aos 12 anos, o Brasil apresentou índice de 2,07 em 2010, sendo que a meta da OMS era ficar abaixo de 1. Além disso, os achados evidenciam também, as sequelas de uma assistência parcial e mutiladora em odontologia quando apontam um CPO-D de 27,53 na população de 65-74 anos, e com 25,29 no componente de dentes perdidos (o que significa dizer que dos 32 dentes de um adulto apenas 6 estariam presentes, mesmo que cariados ou obturados) (Brasil, 2010b). A realidade epidemiológica do País mostra que existe um declínio da cárie em área urbana e em população com melhores condições de vida, entretanto destaca-se também uma realidade contrária em áreas de maior vulnerabilidade social, situação conhecida como “polarização da doença” (Silva *et al.*, 2014).

No Brasil, observa-se uma associação entre morar em áreas rurais, remotas e periféricas e um maior agravamento das doenças bucais. Estudo realizado em áreas de assentamento rural de Pernambuco identificou alta prevalência de perdas dentárias entre os adultos e relacionou com piores indicadores socioeconômicos dessa população. Além disso, destacou a necessidade do conhecimento das condições de saúde bucal da população rural brasileira, visando à orientação dos serviços públicos odontológicos, uma vez que levanta a hipótese de que a carga de doença dessa população é alta e/ou os serviços apresentam baixa resolutividade, enfatizando portanto a extração dentária (Santillo *et al.*, 2014). Essa mesma relação de iniquidade pode ser verificada em diferentes regiões do País e em diferentes idades. Estudos observaram maior prevalência de cárie em crianças de 12 anos e relato de dor de dente em escolares da área rural quando comparado com crianças da mesma faixa etária das áreas urbanas, com maior probabilidade de apresentar cárie não tratada (Antunes, 2004; Frias *et al.*, 2007; Larocca de Geus *et al.*, 2013).

Outros estudos também apontam importantes variações no acesso aos serviços de saúde bucal, sendo que populações rurais apresentam menor acesso que a população urbana. Importante destacar que essa realidade é encontrada também em municípios com alta cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), esse fato ocorre possivelmente pelas distâncias que a população deve percorrer para chegar às unidades de saúde, pela dificuldade de transportes e também pela falta de profissionais capacitados para atender a essa população (Cavalcanti; Gaspar; Goes, 2012).

Embora exista uma escassez de estudos sobre o acesso à saúde bucal em áreas rurais e remotas no Brasil, as pesquisas disponíveis evidenciam o problema de maneira bastante clara. Um estudo realizado no Amazonas, com uma população ribeirinha do município de Coari, aponta um sério problema de acesso aos serviços odontológicos.

Nesse local, observou-se duas formas de acesso a tratamentos odontológicos, a saber: o deslocamento dos ribeirinhos até a cidade mais próxima ou ações pontuais e esporádicas de serviço odontológico para essa população (Cohen-Carneiro *et al.*, 2009).

Além das consequências relacionadas ao processo saúde-doença, é importante destacar os reflexos que este problema ocasiona no mercado de trabalho público e privado. No público, observa-se o risco da precarização do trabalho, por conta da grande oferta de profissionais que resultam em vagas com baixa remuneração (Gabriel *et al.*, 2018a). Já no setor privado, o problema resulta em grande competição no mercado de trabalho, dificultando o acesso ao trabalho, com perda do foco na saúde e o risco de que os serviços odontológicos prestados tenham foco apenas no mercado privado e no lucro. O que se observa é o surgimento de clínicas populares e a não observância das normas éticas da profissão com consequente degradação da odontologia (Gomes; Ramos, 2015). Nesse cenário, estamos diante de um panorama contraditório, no qual se valoriza o dentista e a equipe de saúde bucal dentro da ESF, com ênfase na integralidade do cuidado, e se degrada a prática privada. Soma-se a isso a dupla prática (público/privado) que, muitas vezes, faz o profissional utilizar o setor público para adquirir benefícios e estabilidade financeira, mas investe seu tempo, sua formação e sua energia no setor privado (Ceccim *et al.*, 2008).

Portanto, as principais consequências do problema são: 1. A persistência das iniquidades em saúde; 2. Dificuldade de acesso da população rural/remota e de maior vulnerabilidade social aos serviços odontológicos; 3. Persistência de um perfil epidemiológico não equitativo e que revela o caráter mutilador dos serviços prestados, ou seja, que por muito tempo foi pautado na extração dentária em detrimento de procedimentos restauradores, de promoção e prevenção da saúde; 4. Mercado de trabalho para dentista caótico, por um lado com precarização do trabalho no setor público e, por outro, uma grande competição pelos mercados consumidores dos grandes centros.

O que está sendo feito para enfrentar o problema?

No contexto do compromisso do Estado, esta problemática encontra-se na agenda sistêmica dos atores interessados, como o CFO, e também na agenda de decisão dos formuladores de políticas brasileiros, expressada pela formulação de intervenções políticas. No Brasil, programas foram propostos pelo governo federal para tentar corrigir essa situação de vazios sanitários, entre eles o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits) em 2001, o Programa de Valorização dos Profissionais na Atenção Básica (Provab) em 2011 e, mais recentemente, o Programa Mais Médicos (Oliveira *et al.*,

2017). O Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (Provab) incluiu dentistas em seu escopo, no entanto, essa estratégia não apresentou monitoramento e avaliações suficientes para identificarmos seu impacto. Os dados apontam que em 2011, primeiro ano do programa, 110 dentistas foram contratados, em 2012 foram 33, em 2014 foram 23 e, em 2015, último ano que incluiu dentistas no programa, apenas 2 foram contratados. A partir de 2015, o Provab foi integrado ao Programa Mais Médicos (PMM) do governo federal e não abriu novas vagas para a odontologia (Gabriel, 2017; Brasil, 2018c).

Em 2008, a Portaria n.º 2.920, de 2 de dezembro, estabeleceu recursos adicionais para municípios com equipes de Saúde da Família que atuassem em áreas prioritizadas para o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (PNSPC), entretanto, sabemos que não só as regiões cobertas por este programa necessitam de políticas de distribuição geográfica de RHS, e que este não foi o foco do PNSPC.

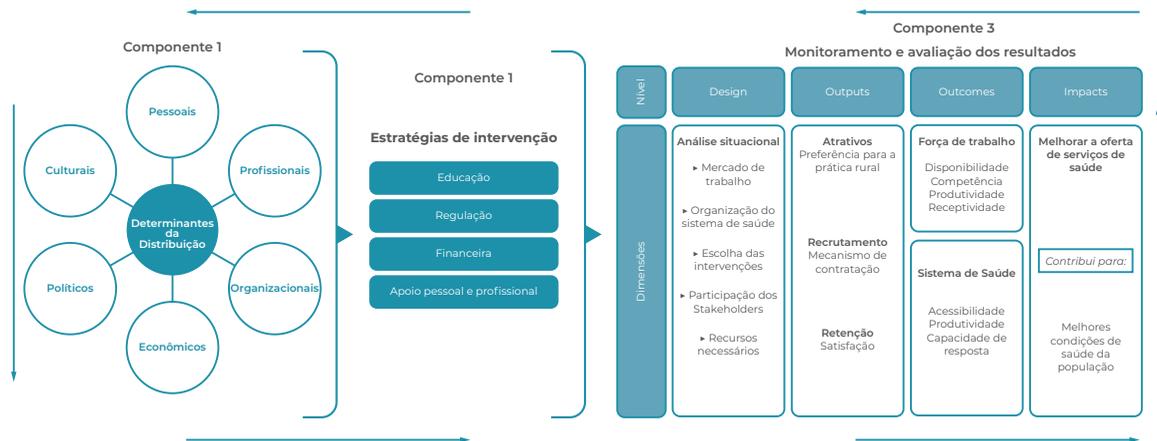
No contexto mundial, algumas experiências já são relatadas na literatura, e, em 2010, a OMS publicou um documento *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Global policy recommendations* (World Health Organization, 2010), propondo recomendações baseadas em evidências científicas disponíveis, a fim de melhorar o recrutamento e a retenção de profissionais de saúde em áreas carentes. Mais recentemente, foi publicado uma revisão de escopo que traz esses conhecimentos para a área da odontologia e que apresenta um quadro conceitual adaptado do documento da OMS (Figura 1) (Gabriel *et al.*, 2018b). O quadro apresenta três componentes complexos, que, devem ser analisados dentro do setor saúde, para melhorar a eficiência do serviço no que se refere à distribuição geográfica, ao recrutamento e à retenção de profissionais.

O primeiro componente do quadro é representado pelos determinantes da distribuição geográfica de RHS, que podem se modificar ao longo do tempo e do contexto, pois integram um processo dinâmico entre os fatores pessoais, profissionais, organizacionais, econômicos, políticos e culturais. Esses determinantes, por sua vez, são fundamentais para definir o segundo componente do quadro, as estratégias de intervenção a serem implementadas, que podem estar alocadas na categoria educação, regulação, financeira, apoio pessoal e profissional, ou ainda articular mais de uma categoria ou setor. Considerando a complexidade e o dinamismo dos primeiros componentes, o terceiro tem a função de monitorar e avaliar esse processo, desde a implementação até os resultados, mostrando que, por vezes, possíveis revisões dessas intervenções podem ser necessárias, ao longo do tempo. Para isso, propõe quatro níveis de análise: “*Design*

(planejamento),” “*Outputs* (produção),” “*Outcomes* (resultados)” e “*Impact* (impacto)”]; e para cada nível algumas dimensões e indicadores podem ser considerados nessa etapa. É importante destacar que esse quadro é flexível e deve ser adaptado dentro de um contexto específico, ou seja, país, estado ou município.

Portanto, o Brasil experimentou políticas e programas que buscaram enfrentar o problema, mas sempre de modo a resolver situações imediatas ou foram planejadas para enfrentar o problema do ponto de vista de uma única categoria profissional. O risco dessas abordagens está no fato de que esses programas podem não ter efeito em longo prazo e continuidade em suas aplicações, ou, ainda, podem ter sua expansão em detrimento de outras categorias profissionais e dos próprios preceitos do SUS, tais como a integralidade do cuidado.

Figura 1 – Quadro teórico conceitual sobre a má distribuição geográfica de dentistas



Fonte: Gabriel *et al.*, (2018b).

Considerações sobre o problema relacionadas com a equidade

Cada vez mais, o País vem se organizando para oferecer um sistema de saúde universal para sua população, no entanto, são inúmeros os desafios relacionados à equidade. Tutor-Hart em 1971, já apontava para um fenômeno conhecido como “lei do cuidado inverso”, onde pessoas com maior necessidade de serviços de saúde apresentam serviços mais deficientes, devido, entre outros fatores, a má distribuição geográfica dos profissionais (Hart, 1971), o que se repete até os dias atuais. Considerando o *framework* “PROGRESS” – que é um acrônimo formado pelas primeiras letras em inglês: *Place of residence* (lugar de residência) *Race* (raça) / *Ethnicity* (etnia) / *Culture* (cultura) / *Language* (língua); *Occupation* (ocupação); *Gender* (gênero) / *sex* (sexo); *Religion* (Religião); *Education*

(educação); *Socioeconomics status* (situação socioeconômica) *Social capital* (capital social) e que permite identificar possíveis grupos desfavorecidos – observa-se que o lugar de residência pode contribuir para as iniquidades em saúde, e é esse problema que essa síntese busca encontrar soluções. Portanto, populações que vivem em áreas rurais e remotas tendem a sofrer com a reduzida oferta do serviço e, conseqüentemente, podem apresentar piores quadros epidemiológicos quando comparados com populações urbanas. Esse tema é bastante discutido na literatura, no entanto no Brasil existe um importante agravante, uma vez que existe dificuldades para delimitar essas regiões, pois as áreas rurais do Brasil são definidas por oposição e exclusão às áreas consideradas urbanas (Miranda; Silva, 2013). Até o ano de 2004, a abrangência geográfica da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) não incluía as áreas rurais de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá, situação que dificulta uma correta análise situacional dessas áreas e conseqüentemente uma subnotificação dessa população (IBGE, 2003).

OPÇÕES PARA ABORDAR O PROBLEMA

Algumas opções foram descritas para abordar o problema da má distribuição geográfica de profissionais. Para promover o debate sobre os prós e contras das opções potencialmente viáveis, foram selecionados quatro para uma análise mais aprofundada. As opções apresentadas foram selecionadas a partir de uma ampla busca na literatura. Importante destacar que a problemática foi analisada a partir de diferentes pontos de vista, alguns países incluídos nas revisões sistemáticas apontam escassez de força de trabalho em saúde, e outros sofrem má distribuição geográfica, embora sejam problemas diferentes ambos geram vazios sanitários. Muitas das estratégias implementadas podem ser adaptadas para ambas realidades, embora seja fundamental o correto diagnóstico do problema local. Sendo assim, as opções identificadas são: 1) Aumento da exposição da prática no SUS em áreas rurais ou remotas durante a formação profissional; 2) Promover incentivos financeiros diretos e/ou indiretos; 3) Viabilizar medidas de apoio pessoal e/ou profissional; 4) Implementar medidas regulatórias do exercício profissional.

O objetivo dessa seção é apresentar as evidências disponíveis sobre as opções. Na seção seguinte serão abordadas as barreiras para a adoção e a aplicação das opções e as possíveis estratégias de implementação para fazer frente às barreiras.

Buscando evidências científicas sobre as opções

As evidências descritas sobre o problema foram identificadas em diferentes bases científicas (PubMed, Health System Evidence, Epistemonikos, Portal Regional da BVS, Cochrane Library), por meio de uma busca abrangente utilizando os termos: *dentists, manpower, health manpower, dental staff, health personnel, health workforce, professional health, health resource, health worker, dental workforce, human migration, emigration and immigration, public policy, personnel selection, brain drain, distribution, recruitment, motivation, retention strategy, regulation of professional, dentist migration, supply of dentists, retaining, turnover, rural health services, rural health services, rural health, rural health, suburban health services, suburban health services, remote áreas, rural retention, dentist shortage, small town, country town, remote communities.*

Os descritores foram utilizados e combinados conforme a especificidade de cada base de dados, as estratégias de busca são apresentadas no Apêndice A. Não houve restrição de idioma ou período de publicação, e os resultados da busca foram

atualizados até julho de 2019. As referências das revisões sistemáticas guarda-chuva foram verificadas para contemplar as publicações que pudessem atender aos objetivos da síntese, do mesmo modo, informantes-chave foram consultados para identificar possíveis revisões sistemáticas não incluídas na busca.

Na primeira etapa, os artigos foram selecionados a partir da leitura dos títulos e resumos por dois pesquisadores independentes, posteriormente, os documentos selecionados foram lidos duplamente pelos pesquisadores e os resultados foram discutidos. Nos casos de divergências, um terceiro pesquisador foi consultado. O fluxograma do processo de seleção dos documentos está no Apêndice B, e os artigos excluídos após a leitura integral do texto está no Apêndice C. Foi realizada uma avaliação da qualidade metodológica das revisões sistemáticas utilizando o instrumento AMSTAR (*A Measurement Tool to assess the methodological quality of systematic Reviews*), sendo esta informada no Apêndice D.

Opção 1 – Aumento da exposição da prática no SUS em áreas rurais ou remotas durante a formação profissional

Aumento da exposição da prática no SUS em áreas rurais ou remotas durante a formação profissional pode ser realizada por meio da exposição precoce à comunidade durante a formação; realização do estágio em região rural/remota; inclusão de disciplinas de graduação com oportunidade de vivências em áreas rurais/remotas; realização de projetos de extensão universitária ou pesquisas científicas em áreas rurais/remotas; programas de residência em áreas rurais/remotas. Outra possibilidade de estratégia seria aumentar a localização de escolas de odontologia em locais rurais/remotos – contudo, o Brasil apresenta muitos cursos de odontologia com notável estoque de profissionais – e garantir a distribuição dos profissionais já poderia resolver os vazios sanitários.

Há evidência de investigação disponível e sintetizada sobre uma série de estratégias que abordam muitos dos componentes dessa opção. O Quadro 1 apresenta o resumo das evidências para a Opção 1 quanto aos benefícios, aos danos potenciais, aos custos e/ou custo-efetividade, às incertezas em relação aos benefícios/danos, aos principais elementos da opção, às necessidades de adaptações e às percepções e experiências das partes interessadas (grupos de interesse).

Quadro 1 – Descrição da síntese das evidências relevantes para a Opção 1, segundo revisões sistemáticas

Categorias dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Benefícios	<p>As revisões sistemáticas indicam que a exposição à prática em região rural/remota poderia fornecer aos dentistas o conhecimento e a experiência da realidade de viver em áreas rurais, com conseqüente maior chance de sucesso na integração à comunidade e no estilo de vida rural (Brooks <i>et al.</i>, 2002; Godwin <i>et al.</i>, 2014). Experiências clínicas e administrativas positivas podem influenciar o recrutamento e a retenção em áreas rurais (Godwin <i>et al.</i>, 2014).</p> <p>Meta-análise conduzida por Suphanchaimat, revelou que os estudantes com exposição rural tendiam a ter uma chance quatro vezes maior de prosseguir com a intenção de atender populações rurais em relação a estudantes não expostos a serviço nas áreas rurais. Programas de ensino que ajudaram a aumentar a experiência rural em estudantes de odontologia tendiam a ter um impacto marginalmente maior sobre a intenção de servir comunidades do que as intervenções que visavam recrutar mais estudantes da zona rural (Suphanchaimat <i>et al.</i>, 2016).</p> <p>Estudo destaca que a experiência rural, além da origem rural e da adaptação ao estilo de vida rural, são fatores pessoais associados ao recrutamento e à retenção de profissionais de saúde nessas áreas (Mbemba; Gagnon; Hamelin-Brabant, 2016).</p> <p>Budhathoki <i>et al.</i> (2017) relatam que ser morador, ter família ou ter estudado em região rural são fatores que facilitam a escolha para ficar exercendo a prática profissional nessas regiões, assim, currículos baseados em regiões rurais são motivadores para profissionais (Budhathoki <i>et al.</i>, 2017).</p> <p>Compromisso da escola de medicina com currículo e rotações que se concentram em atenção primária rural demonstra contribuir para maior proporção de graduados em prática rural (Brooks <i>et al.</i>, 2002).</p>
Danos potenciais	<p>Impedimentos para prática em região rural são relatados a partir de estudos em países com falta de infraestrutura, equipamentos, suprimentos e meios de comunicação dentro do estabelecimento de saúde. Outros impedimentos incluem as necessidades do cônjuge e das famílias para melhor educação para as crianças, geralmente disponível nas cidades e não nas áreas rurais (Budhathoki <i>et al.</i>, 2017).</p>
Custos e/ou custo-efetividade em relação à situação atual	<p>Nenhuma das revisões sistemáticas analisadas para esta opção reportou evidências para afirmar sua custo-efetividade em curto ou longo prazo, ou seja, não houve estudos que avaliassem as despesas com a implementação desta opção em relação ao período de fixação profissional, e o possível atendimento das demandas de saúde da população das áreas rurais/remotas.</p>
Incertezas relacionadas aos benefícios, aos danos potenciais, de modo que o monitoramento e a avaliação possam se concentrar em áreas específicas de incerteza, caso a opção seja implementada	<p>Familiaridade e experiência no meio rural é importante para a tomada de decisão de exercer a prática profissional no meio rural, contudo, os resultados dos estudos são mistos em relação à retenção a longo prazo, alguns demonstram influência importante, outros já demonstram pequena influência (Godwin <i>et al.</i>, 2014).</p> <p>Apenas a exposição à prática rural durante a graduação pode não ser o principal determinante da retenção (Mbemba; Gagnon; Hamelin-Brabant, 2016). Em estudo longitudinal (20 anos) de graduados do Programa de Áreas de Escassez de Médicos (Psap), os autores utilizaram análise univariada e descobriram que a participação no programa Psap ou em um currículo rural júnior ou sênior é correlacionada com a prática rural atual. No entanto, quando um modelo logístico era usado para separar origem rural e interesse na especialidade, o currículo rural não foi um preditor independente de prática rural atual.</p> <p>Todos os estudos analisados apontam que há necessidade de mais investigação sobre o efeito das intervenções em longo prazo.</p>

continua

continuação

Categorias dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Principais elementos da opção (como e porque funciona)	<p>No programa médico na Escola de Medicina de Zamboanga, na região de Mindanao do Sul, nas Filipinas, os estudantes, na sua maioria, são oriundos da própria região, e mais de 90% dos formandos exercem a profissão nesse mesmo território (Mbemba; Gagnon; Hamelin-Brabant, 2016).</p> <p>No Mali, o treinamento apropriado de jovens médicos rurais mostrou que a retenção de médicos rurais treinados é relativamente alta para o contexto do Mali. Precisamente, as três primeiras coortes de estagiários mostraram 50% de retenção após 4 anos, 77% após 3 anos e 86% após 2 anos (Mbemba; Gagnon; Hamelin-Brabant, 2016).</p> <p>Em Uganda, a experiência de formação de graduandos na comunidade influenciou significativamente sua escolha de trabalhar em área rural e carente, em comparação com graduandos do currículo tradicional. Embora os valores pessoais possam influenciar na decisão de trabalhar em uma área rural, a experiência de treinamento também molda valores e escolhas pessoais (Mbemba; Gagnon; Hamelin-Brabant, 2016).</p> <p>Associação do Médico Rural de Minnesota evidenciou que um terceiro ano intensivo, no currículo da escola de medicina, focado no ensino comunitário, resultou em um recrutamento de 59% de profissionais para as áreas rurais entre os participantes, em comparação com apenas 18% dos pares que não participaram do programa (Brooks <i>et al.</i>, 2002).</p> <p>No Colorado, uma rotação voluntária de estudantes no ensino de preceptoria rural resultou em maior probabilidade de prática rural, embora essa eventual diferença entre aqueles que escolhem prática rural e aqueles que escolhem outras práticas foi relativamente pequena (16,4% versus 9,6%). Esse menor número de graduados em prática rural no Colorado pode ser reflexo de uma experiência menos intensa (menor período de tempo) na comunidade (Brooks <i>et al.</i>, 2002).</p> <p>Dados de quase todos os 367 programas de residência de medicina de família nos Estados Unidos, 1994 a 1996, foi reportado que os programas que formaram médicos que exerceram a profissão em áreas rurais apresentavam: 1) mais meses de formação rural e obstétrica; 2) missões rurais integrais ou parciais; 3) instalados em estados de maior proporção rural; 4) ênfase nos processos treinamento; e 5) o diretor do programa designado como o contato rural (Brooks <i>et al.</i>, 2002).</p> <p>O programa de Residência Rural Alternada (Rural Residency Track -RRT) dos Estados Unidos exige que os participantes completem o primeiro ano de treinamento em uma cidade centro e o segundo e terceiro ano em uma distante comunidade rural. Setenta e seis por cento (76%) dos 99 graduados de 13 programas de RRT estavam praticando nas áreas rurais, em comparação com 30% de todos os graduados em medicina de família nos EUA em 1996. Em um acompanhamento transversal de graduados do RRT, entre 1988 e 1997, 76% novamente foram encontrados praticando na zona rural, e 61% deles praticavam em áreas de escassez de profissionais de saúde. Setenta por cento (70%) estavam em seus locais de prática originais, e, daqueles que haviam se mudado, 63% tinham ido de uma localização remota para outra. Importante ressaltar que 72% desses entrevistados indicaram suas intenções de permanecer em suas atuais localizações indefinidamente (Brooks <i>et al.</i>, 2002).</p>

continua

conclusão

Categorias dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
	<p>Programas destinados a aumentar a prática rural mostraram que bem mais da metade dos graduados do programa (53%-65% da média ponderada) passou a praticar em áreas rurais. Estudos de acompanhamento do Psap (Programa de médicos em áreas remotas) da Jefferson Medical College, bem como estudos investigando outros programas que incentivam a prática rural, mostraram o contínuo sucesso e a expansão geográfica desses programas no cultivo e retenção de médicos de atenção primária em áreas rurais décadas após a graduação (Goodfellow <i>et al.</i>, 2016). Um estudo descobriu que os participantes de programas de medicina rural tinham dez vezes mais chances de escolher a prática rural e quatro vezes mais probabilidade de praticar qualquer especialidade de atenção primária rural em comparação com médicos formados na mesma coorte (Goodfellow <i>et al.</i>, 2016).</p> <p>O Programa de medicina geral interna da Universidade da Califórnia, em Los Angeles, obtém licenciamento norte-americano para médicos generalistas bilíngues de língua inglesa/espanhola comprometidos em exercer a prática profissional em áreas carentes. O programa colocou médicos generalistas em programas de residência de medicina de família em toda a Califórnia, e serviu como um exemplo de uma abordagem criativa para o problema da má distribuição do médico nas comunidades carentes (Goodfellow <i>et al.</i>, 2016).</p> <p>Entre 1979 e 1993, a Escola de Medicina da Universidade do Novo México ofereceu dois programas curriculares diferentes – um programa convencional e um programa com currículo comunidade orientado, baseado em cuidados primários (programa baseado em problemas) – durante os primeiros dois anos de curso. Um estudo evidenciou que graduados que vivenciaram o currículo baseado em cuidados primários foram significativamente mais propensos a atuar em áreas rurais e carentes (Grobler, Marais, 2015).</p>
Percepções e experiências das partes interessadas (grupos de interesse)	<p>Nenhum dos estudos reportou a percepção dos sujeitos afetados pelos elementos da opção, tais como satisfação ou percepção de aumento e melhoria do acesso nas áreas rurais/remotas, mas supõe-se que possibilitar o acesso à atenção em saúde é adequado e não produz nenhum nível de insatisfação em comparação a escassez de cuidados oferecidos em algumas regiões.</p> <p>Diversos estudos relatam que a exposição à prática rural influencia positivamente a escolha do graduado em exercer a profissão nessas regiões, o que pode estar relacionado à satisfação profissional, entretanto os estudos não realizam análise qualitativa para aprofundar a discussão sobre os fatores que contribuíram ou determinaram a escolha do local de atuação do profissional.</p>

Fonte: Elaboração própria.

Opção 2 – Promover incentivos financeiros diretos e/ou indiretos

A promoção de incentivos financeiros é a opção com maior número de evidências relatadas na literatura, sendo possível implementá-la por meio das seguintes estratégias: pagamento de maiores salários para os trabalhadores de saúde que atuarem em áreas rurais/remotas; inclusão de pagamento por desempenho; garantia de plano de carreira, reembolso de empréstimo estudantil.

O Quadro 2 apresenta o resumo das evidências para a Opção 2 quanto aos benefícios, aos danos potenciais, aos custos e/ou custo-efetividade, às incertezas em relação aos benefícios/danos, aos principais elementos da opção; às necessidades de adaptações e às percepções e experiências das partes interessadas (grupos de interesse).

Quadro 2 – Descrição da síntese das evidências relevantes para a Opção 2, segundo revisões sistemáticas

Categorias dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Benefícios	<p>Incentivos financeiros e contratuais, como esquemas de reembolso de empréstimos e condições de vistos, foram eficazes em aumentar o recrutamento e a retenção de curto prazo, assim como durante o período do financiamento (Buykx <i>et al.</i>, 2010; Godwin <i>et al.</i>, 2014).</p> <p>No que diz respeito à retenção, às condições de trabalho e de vida, as oportunidades de progresso na carreira e os incentivos financeiros exercem forte influência nos países de baixa renda (Mbemba; Gagnon; Hamelin-Brabant, 2016).</p> <p>Alguns países implementaram os incentivos financeiros e os programas de serviços rurais obrigatórios no formato de lei. A lei concedeu autonomia do apoio político e assegurou a sustentabilidade do programa ao longo do tempo (Liu <i>et al.</i>, 2015).</p> <p>Existem evidências substanciais da eficácia de programas de incentivo financeiro como uma intervenção de política de saúde para atrair recursos de saúde humana em áreas carentes, aumentando o número de profissionais em áreas carentes (Mbemba <i>et al.</i>, 2013).</p>
Danos potenciais	<p>Estudos apontam que ao final do programa e/ou incentivo financeiro não há garantia de que o profissional ficará no local, ou seja, incentivos financeiros são mais eficazes para melhorar o recrutamento e a retenção de trabalhadores de saúde em curto prazo do que para retenção de longo prazo em áreas carentes (Buykx <i>et al.</i>, 2010; Mbemba <i>et al.</i>, 2013; Godwin <i>et al.</i>, 2014; Grobler; Marais, 2015).</p> <p>Salários melhores são grandes incentivos aos profissionais, mas países em desenvolvimento geralmente lidam com recursos limitados, sendo importante considerar esse contexto (Mbemba; Gagnon; Hamelin-Brabant, 2016).</p> <p>Incentivos financeiros podem não ser o único ou mais importante fator na decisão de um profissional de saúde para ficar ou sair de uma organização (Buykx <i>et al.</i>, 2010). Contudo, muitos programas de incentivo são unidimensionais, envolvendo incentivos financeiros de forma isolada (Sempowski, 2004).</p> <p>Apesar de a literatura evidenciar extensa experiência com programas de incentivo financeiro associados a serviço obrigatório, há poucas pesquisas realizadas em relação à sua eficácia, e as existentes tem baixo nível de evidência (Sempowski, 2004).</p>
Custos e/ou custo-efetividade em relação à situação atual	<p>Os incentivos financeiros exigem compromissos financeiros, e a capacidade fiscal de um país ou organização pode afetar o recrutamento, com diferentes opções de subsídios, relacionados ao poder econômico, financeiro e político (Liu <i>et al.</i>, 2015).</p> <p>Existem poucas evidências sobre a eficácia dos programas de incentivos financeiros implementados, sendo necessário o desenvolvimento de mais pesquisas para fornecer dados sobre custo-efetividade (Buykx <i>et al.</i>, 2010).</p> <p>Em países em desenvolvimento, melhores salários e benefícios mostraram-se importantes, no entanto, é necessário considerar o contexto e as possíveis limitações de recursos financeiros (Mbemba; Gagnon; Hamelin-Brabant, 2016).</p> <p>Incentivos financeiros são eficazes para melhorar o recrutamento e a retenção de trabalhadores de saúde em curto prazo, contudo a retenção em longo prazo em áreas carentes necessita da associação de estratégias, pois apenas o incentivo financeiro não garante a permanência do profissional (Buykx <i>et al.</i>, 2010; Mbemba <i>et al.</i>, 2013; Godwin <i>et al.</i>, 2014; Grobler; Marais, 2015).</p>

continua

continuação

Categorias dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
<p>Incertezas relacionadas aos benefícios, aos danos potenciais, de modo que o monitoramento e a avaliação possam se concentrar em áreas específicas de incerteza, caso a opção seja implementada</p>	<p>Incentivos financeiros são eficazes para melhorar o recrutamento e a retenção de trabalhadores de saúde em curto prazo, contudo, a retenção em longo prazo em áreas carentes necessita da associação de estratégias, pois apenas o incentivo financeiro não garante a permanência do profissional (Buykx <i>et al.</i>, 2010; Mbemba <i>et al.</i>, 2013; Godwin <i>et al.</i>, 2014; Grobler; Marais, 2015).</p>
<p>Principais elementos da opção (como e porque funciona)</p>	<p>Revisão realizada na África do Sul revela que a melhoria dos salários dos médicos rurais é frequentemente mencionada como uma das intervenções mais importantes para atraí-los e retê-los na prática rural (Mbemba; Gagnon; Hamelin-Brabant, 2016).</p> <p>Um esquema de bolsas de estudo no norte de KwaZulu-Natal oferece à comunidade local a oportunidade de desenvolver seus próprios recursos humanos para a saúde. O sucesso desse esquema fornece um modelo para o desenvolvimento de recursos humanos em nível de distrito que pode ser adotado por qualquer nível (Mbemba; Gagnon; Hamelin-Brabant, 2016).</p> <p>Nos Estados Unidos, a Lei do Serviço de Saúde Pública forneceu apoio financeiro para treinar e desenvolver médicos de cuidados primários nos últimos 50 anos. Os médicos expostos ao financiamento desta lei durante a faculdade de medicina e residência apresentaram maior probabilidade de localizar sua prática em áreas carentes em comparação com os médicos sem exposição (Goodfellow <i>et al.</i>, 2016).</p> <p>Coorte retrospectiva com objetivo de avaliar programa multidimensional na Pensilvânia, uma combinação de critérios para admissão de candidatos de áreas rurais para as escolas de medicina, experiências de educação médica rural e empréstimos. Esse programa foi único e de aplicabilidade limitada, porque não havia imposição de serviço obrigatório. Os graduados deste programa representaram 21% dos médicos de família, apesar de representar apenas 1% do total de diplomados no estado. Trinta e quatro por cento (34%) dos diplomados pelo programa ingressou na prática rural em comparação com 11% dos graduados do estado (Sempowski, 2004).</p> <p>Mbemba <i>et al.</i> (2013) relata que há quatro estágios para assegurar a carreira rural: 1) “fazer escolhas de carreira” (contato estruturado entre escolas secundárias e profissionais de saúde), inclui a promoção de carreiras de saúde, como medicina, enfermagem e outras profissões da área de saúde; 2) “estar apegado ao lugar” (seleção de estudantes rurais), diz respeito à atração de estudantes rurais. 3) “assumir a prática rural” (exposição rural), reconhece que a exposição a ambientes clínicos rurais e locais diferentes pode aumentar o interesse na prática rural para estudantes de medicina, enfermagem e afins; 4) “permanecer na prática rural” (apoio educacional e profissional), apresentar satisfação com a vida rural e o equilíbrio entre os papéis pessoal e profissional (Mbemba <i>et al.</i>, 2013).</p>

continua

conclusão

Categorias dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Percepções e experiências das partes interessadas (grupos de interesse)	<p>Qualquer estratégia de retenção da força de trabalho em saúde deve ser suficientemente flexível para atender às necessidades específicas de profissionais de saúde atuantes em diferentes contextos (Buykx <i>et al.</i>, 2010).</p> <p>A mensuração da eficácia dos programas de incentivo financeiro deve basear-se numa demonstração de melhoria na saúde da população assistida pelos profissionais. Devido ao pequeno tamanho dos programas de incentivo e ao longo intervalo de tempo necessário entre a formação profissional e a efetiva prestação de serviço, isso é impraticável. Devemos confiar em marcadores secundários, tais como taxas de recrutamento e retenção (Sempowski, 2004).</p> <p>A maioria das intervenções não é rigorosamente monitorada e avaliada. Além disso, as fontes de financiamento podem não ser sustentáveis para implementar políticas de incentivo financeiro (Liu <i>et al.</i>, 2015).</p>

Fonte: Elaboração própria.

Opção 3 – Viabilizar medidas de apoio pessoal e/ou profissional

O apoio pessoal e/ou profissional proporciona um importante suporte para o profissional que atua em áreas rurais e remotas, e é visto como uma eficiente estratégia para incentivar o profissional a migrar e permanecer nessas áreas. Esse apoio se dá desde as questões sociais e emocionais, que proporcionam um importante bem-estar psicológico ao profissional e sua família, até questões relacionadas às melhores condições de trabalho, por exemplo, oportunidades de maiores salários, educação e formação continuada, estabilidade profissional e melhorias na infraestrutura. Outro importante apoio são as ferramentas midiáticas de comunicação (telessaúde), que podem melhorar a integração de conhecimento entre profissionais de saúde e reduzir seu isolamento.

O Quadro 3 apresenta o resumo das evidências para a Opção 3 quanto aos benefícios, aos danos potenciais, aos custos e/ou custo-efetividade, às incertezas em relação aos benefícios/danos, principais elementos da opção, às necessidades de adaptações e às percepções e experiências das partes interessadas (grupos de interesse).

Quadro 3 – Descrição da síntese das evidências relevantes para a Opção 3, segundo revisões sistemáticas

Categorias dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Benefícios	<p>As evidências indicam que os incentivos não financeiros, relacionados às boas condições de trabalho e moradia, apresentam maior potencial para influenciar a tomada de decisão do profissional de saúde. Esses impactos estão relacionados, por exemplo, ao maior tempo de permanência em áreas rurais e remotas (Buykx <i>et al.</i>, 2010).</p> <p>Melhores condições de trabalho e de vida, um ambiente mais estimulante, oportunidades de progresso na carreira e os incentivos financeiros exercem forte influência sobre a retenção em países de baixa renda (Mbemba; Gagnon; Hamelin-Brabant, 2016).</p> <p>A disponibilidade de apoio profissional foi importante para atrair e reter fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais nas áreas rurais (Roots; LI, 2013).</p> <p>A origem rural (familiar), o estilo de vida rural e a experiência prévia em áreas rurais melhoram o recrutamento e a retenção de profissionais de saúde nessas áreas (Goodfellow <i>et al.</i>, 2016; Mbemba; Gagnon; Hamelin-Brabant, 2016).</p> <p>Mentoria, supervisão clínica e preceptoria são consideradas estratégias de apoio profissional, e melhoraram o recrutamento e a retenção dos profissionais (Mbemba <i>et al.</i>, 2013). Uma boa comunicação e entrosamento com a equipe também se mostraram desejáveis para um bom ambiente de trabalho (Buykx <i>et al.</i>, 2010).</p> <p>As tecnologias de informação e comunicação (TIC) podem ter efeitos positivos no recrutamento e na retenção de profissionais de saúde em regiões rurais e remotas, pois reduzem o isolamento profissional, aumentam o trabalho em rede, apoiam a tomada de decisão e melhoram a satisfação no trabalho (Mbemba <i>et al.</i>, 2013). Outro aspecto importante é a possibilidade de acesso à educação continuada (Gagnon <i>et al.</i>, 2011).</p> <p>Para a prática de enfermeiras rurais, as relações de apoio dentro do local de trabalho representam um compromisso pragmático que as estimula a permanecer (Mbemba <i>et al.</i>, 2013).</p> <p>O suporte profissional da organização de saúde mostrou-se essencial para a retenção de profissionais, a compreensão prévia da natureza da prática rural teve um efeito significativo nas decisões de deixar ou permanecer na zona rural (Roots; LI, 2013).</p>
Danos potenciais	<p>O uso de teleconsultorias pode aumentar a taxa de não referência de casos complexos que deveriam ser encaminhados para serviços especializados (Gagnon <i>et al.</i>, 2011).</p> <p>Em algumas áreas, a falta de acomodação adequada e acessível pode piorar a retenção dos profissionais (Buykx <i>et al.</i>, 2010). Outros problemas relacionados ao trabalho também podem ter um impacto negativo, entre eles: acesso limitado às instalações (Godwin <i>et al.</i>, 2014; Budhathoki <i>et al.</i>, 2017), grandes cargas horárias, folga inadequada e isolamento social e profissional (Godwin <i>et al.</i>, 2014).</p> <p>As relações familiares também podem pesar na decisão do profissional migrar e ficar em áreas rurais e remotas. Aspectos como dificuldade de acesso à educação para crianças, oportunidades limitadas de trabalho para os cônjuges, insatisfação com o estilo de vida rural, incapacidade de se integrar com sucesso à comunidade rural, diferenças culturais e barreiras de idioma podem ser considerados dificultadores nesse processo (Godwin <i>et al.</i>, 2014; Budhathoki <i>et al.</i>, 2017).</p> <p>Estudantes de famílias com alta renda foram encontrados como preditor negativo para a futura localização de carreira como áreas rurais (Budhathoki <i>et al.</i>, 2017).</p> <p>Alguns médicos rurais acreditam que o telessaúde pode privá-los de uma educação continuada externa (presencial), que eles consideram como possibilidade privilegiada de interagir com os pares (Godwin <i>et al.</i>, 2014).</p>

conclusão

Categorias dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Custos e/ou custo-efetividade em relação à situação atual	O custo da implementação do telessaúde pode reduzir o financiamento da Atenção Primária à Saúde (Gagnon <i>et al.</i> , 2011).
Incerteza relacionado aos benefícios, danos potenciais, de modo que o monitoramento e a avaliação possam se concentrar em áreas específicas de incerteza, caso uma dada opção seja implementada	<p>Embora muitas estratégias de retenção da força de trabalho em saúde rural tenham sido implementadas, poucas foram rigorosamente avaliadas, inclusive as de apoio profissional e pessoal (Buykx <i>et al.</i>, 2010).</p> <p>Muitos dos estudos que se enquadram nos critérios de revisão são incapazes de descrever ou investigar de forma abrangente fatores motivacionais relacionados aos apoios profissionais e pessoais (Godwin <i>et al.</i>, 2014). Além disso, é difícil determinar as diferenças nas estratégias dessa categoria de recrutamento e retenção entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento (Mbemba; Gagnon; Hamelin-Brabant, 2016).</p> <p>Alguns estudos concluíram que as Tecnologia da Informação e Comunicação (TICs) não influenciaram na presença ou na ausência dos profissionais de saúde, um estudo não achou diferença na satisfação do profissional. Um estudo também concluiu que as TICs têm limitada influência no recrutamento e na retenção (Godwin <i>et al.</i>, 2014).</p>
Percepções e experiências das partes interessadas (grupos de interesse)	<p>Foi relatada a estratégia de envolver um diretor-executivo (CEO) no recrutamento de profissionais de saúde, com a intenção de selecionar profissionais com perfil adequado para atuar em zonas rurais ou remotas (Lee; Nichols, 2014).</p> <p>Estratégias de marketing visando à divulgação com foco nos aspectos positivos da comunidade (sistemas escolares, recreação etc.) podem favorecer o recrutamento e a retenção de profissionais nas áreas rurais (Lee; Nichols, 2014).</p> <p>Os fatores que influenciam a retenção foram complexos e os fatores individuais não devem ser considerados separadamente de outras influências para implementar uma estratégia. A retenção de profissionais de saúde foi influenciada por vários fatores, incluindo, mas não se limitando a: satisfação no trabalho, satisfação profissional, coesão e gestão do grupo, profissionalismo e autonomia, necessidades culturais, oportunidades de educação e contentamento da família (Godwin <i>et al.</i>, 2014).</p> <p>Chopra <i>et al.</i> (2008) mostrou que mudanças organizacionais, como o estabelecimento de uma clínica separada dedicada a atividades de prevenção e triagem, o uso de uma visita planejada para prevenção ou a designação de responsabilidades específicas de prevenção para pessoal não médico foram muito mais eficazes do que as abordagens educacionais (Chopra <i>et al.</i>, 2008).</p>
Percepções e experiências das partes interessadas (grupos de interesse)	<p>Verificou-se que a combinação de estratégias que articulem satisfação no trabalho e estilo de vida influenciou mais na retenção a longo prazo (Godwin <i>et al.</i>, 2014).</p> <p>Os cônjuges dos médicos desempenham um importante papel nas decisões de praticar e permanecer nas áreas rurais (Lee; Nichols, 2014).</p> <p>A complexidade multidimensional da prestação de cuidados de saúde significou que fatores inter-relacionados, como contentamento pessoal e aproveitamento do ambiente social, econômico, político e cultural, desempenharam papéis importantes nas taxas de retenção (Godwin <i>et al.</i>, 2014).</p>

Fonte: Elaboração própria.

Opção 4 – Implementar medidas regulatórias do exercício profissional

Essa opção é bastante relatada na literatura e envolve diversas estratégias, entre elas: programa de serviço rural compulsório, empréstimo educacional com requisito de serviço em áreas determinadas pelo governo, atração de profissionais de saúde estrangeiros, reconhecimento de qualificações (diplomas) do exterior e aumento da oportunidade de recrutamento pelo serviço público. Essas intervenções se referem a leis e/ou políticas de um país que, de alguma forma, regulam a atuação dos trabalhadores de saúde com o objetivo de melhorar o acesso da população aos serviços de saúde nos países que sofrem com a problemática de escassez e/ou má distribuição geográfica de profissionais.

O Quadro 4 apresenta o resumo das evidências para a Opção 4 quanto aos benefícios, aos danos potenciais, aos custos e/ou custo-efetividade, às incertezas em relação aos benefícios/danos, aos principais elementos da opção, às necessidades de adaptações e às percepções e experiências das partes interessadas (grupos de interesse).

Quadro 4 – Descrição da síntese das evidências relevantes para a Opção 3, segundo revisões sistemáticas

Categorias dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Benefícios	<p>Evidências de alta qualidade demonstram que permitir o reconhecimento de formação no exterior e introduzir regulamentações de emprego temporário melhoram a oferta (quantidade) de trabalhadores de saúde nos países que vivenciam a escassez de profissionais em áreas rurais e remotas. Exigir serviço em regiões desfavorecidas também melhora a distribuição geográfica de trabalhadores de saúde (Chopra <i>et al.</i>, 2008).</p> <p>Evidências apontam que medidas regulatórias, por exemplo, o serviço obrigatório em áreas rurais e remotas, são eficazes para a retenção durante o tempo de contrato do profissional (Buykx <i>et al.</i>, 2010). Também, há estudos que indicam melhores resultados de recrutamento em países em desenvolvimento apoiados por melhores oportunidades de emprego aos profissionais no setor público de saúde (Mbemba <i>et al.</i>, 2013; Mbemba; Gagnon; Hamelin-Brabant, 2016).</p> <p>O empréstimo educacional, com requisito de serviço no setor público, eleva as taxas de retenção após o tempo de obrigatoriedade (Brooks <i>et al.</i>, 2002). Comunidades que receberam médicos, decorrentes de programas obrigatórios, aumentaram a quantidade (disponibilidade) de médicos sem obrigatoriedade de prestação de serviço (Bärnighausen; Bloom, 2009).</p> <p>Reduzir a migração de profissionais, ou seja, criar mecanismos para mantê-los em regiões rurais e remotas, melhora a distribuição geográfica da força de trabalho em saúde (Chopra <i>et al.</i>, 2008).</p> <p>Medidas de macropolíticas e mecanismos em outros setores, por exemplo, estimar as necessidades de recursos humanos e planejar o fornecimento do serviço civil, melhoraram a oferta (quantidade) e a distribuição geográfica de profissionais de saúde nos países (Chopra <i>et al.</i>, 2008).</p> <p>Os programas com retorno de serviço obrigatório para áreas rurais e carentes alcançaram seu objetivo principal de recrutamento de curto prazo (Suphanchaimat <i>et al.</i>, 2016). Programas com retorno de serviço são uma das poucas políticas de saúde, intervenções destinadas a melhorar a distribuição dos recursos humanos para a saúde em que existe evidência substancial (Bärnighausen; Bloom, 2009).</p>
Danos potenciais	<p>Alguns profissionais são capazes de lidar melhor com estratégias regulatórias, mas a falta de orientação (rede colaborativa) e o apoio profissional e pessoal adequado podem levar a experiências negativas que poderão afastá-los de uma prática rural futura. Recrutar médicos estrangeiros para atuar em áreas rurais pode ser visto como uma solução de curto prazo para os países que importam esses profissionais, mas pode gerar falta de profissionais nos países exportadores (Grobler; Marais, 2015).</p> <p>Os programas de empréstimo educacional com requisito de serviço aumentam a quantidade de profissionais em áreas rurais e carentes, no entanto geram alta rotatividade de profissionais após o período de obrigatoriedade. Estudos sobre financiamentos estudantis e programas governamentais mostram que médicos após terminarem seus contratos saem das áreas rurais (Brooks <i>et al.</i>, 2002).</p>
Custos e/ou custo-efetividade em relação à situação atual	<p>Nenhuma revisão sistemática analisada apontou custos e/ou custo-efetividade em relação à implementação de medidas regulatórias do exercício profissional. Porém é preciso considerar que, assim como na opção de incentivos financeiros, é possível que haja limitações de recursos para implementar empréstimo educacional com requisito de serviço (Mbemba; Gagnon; Hamelin-Brabant, 2016).</p>

continua

conclusão

Categorias dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
<p>Incerteza relacionado aos benefícios, aos danos potenciais, de modo que o monitoramento e a avaliação possam se concentrar em áreas específicas de incerteza, caso uma dada opção seja implementada</p>	<p>O “serviço comunitário obrigatório” resolve o recrutamento em curto prazo, mas existe a preocupação de que ele possa afastar as pessoas da prática rural em longo prazo. Essa estratégia deve ser adotada com grande cautela. Mais estudos precisam ser realizados para fornecer melhores informações, pois os resultados dos estudos são inconclusivos (Grobler; Marais, 2015).</p> <p>Estratégias de obrigatoriedade podem ser eficazes na retenção de indivíduos durante o período do contrato, no entanto, existe a incerteza se tais estratégias têm um efeito residual na retenção após o período de obrigatoriedade acabar (Buykx <i>et al.</i>, 2010).</p> <p>Poucas pesquisas avaliam os efeitos, em curto e/ou longo prazo, de medidas que exijam serviços em áreas carentes, ou de incentivos como bolsas de estudo com compromissos de devolução de serviço (Chopra <i>et al.</i>, 2008).</p> <p>Não foram encontradas relações claras quanto aos efeitos na mortalidade em comunidades com ou sem o serviço obrigatório de médicos (Bärnighausen; Bloom, 2009).</p> <p>A proporção de participantes de programas de incentivo financeiro que permaneceram em áreas carentes após o cumprimento de suas obrigações variou de 12% a 90% nos 18 artigos que relataram resultados de retenção (Bärnighausen; Bloom, 2009).</p>
<p>Principais elementos da opção (como e porque funciona)</p>	<p>Exigir que os profissionais trabalhem um tempo mínimo em uma área carente antes de realizar uma especialização (intervenção conhecida como “Pré-requisito para especialização”) já foi aplicada em vários países de baixa e média renda (Grobler; Marais, 2015).</p> <p>A exigência de trabalho rural ou remoto como pré-requisito para realizar uma especialização foi criticada na Indonésia, com a justificativa de que essa intervenção pode atrair um “profissional inadequado” e também por retardar o treinamento especializado (Grobler; Marais, 2015).</p> <p>Recrutamento de médicos estrangeiros é amplamente praticado nos países que sofrem com a escassez e com a má distribuição de profissionais (Grobler; Marais, 2015).</p> <p>A retenção em longo prazo de médicos estrangeiros em áreas carentes continua se mostrando baixa (Grobler; Marais, 2015).</p> <p>Países como Rússia, México, Equador, Bolívia, Cuba, República Dominicana, África do Sul e Nigéria implementaram o serviço comunitário obrigatório em seus sistemas de saúde (Grobler; Marais, 2015).</p> <p>Programas de serviços rurais obrigatórios geralmente foram combinados com programas de incentivos financeiros nos sistemas de saúde avaliados (Liu <i>et al.</i>, 2015).</p> <p>Comunidades com melhores condições econômicas, quando comparadas com comunidades menos favorecidas e com piores condições de saúde, eram mais propensas a reter profissionais após o período obrigatório (Bärnighausen; Bloom, 2009).</p>
<p>Percepções e experiências das partes interessadas (grupos de interesse)</p>	<p>Alguns profissionais são capazes de lidar melhor com o serviço comunitário obrigatório, mas a falta de orientação e apoio adequado podem ocasionar algumas experiências negativas, fato que poderá afastá-los de uma prática rural futura (Grobler; Marais, 2015).</p> <p>Em relação ao recrutamento de médicos estrangeiros, existe a necessidade de respeitar o direito dos profissionais de saúde de entrar no mercado de trabalho global, como qualquer outro profissional; não permitir essa mobilidade pode ter um impacto negativo naqueles que consideram a assistência médica como uma profissão (Grobler; Marais, 2015).</p>

Fonte: Elaboração própria.

CONSIDERAÇÕES DE EQUIDADE PARA AS OPÇÕES

As opções aqui apresentadas buscam corrigir as iniquidades em saúde e corrigir os vazios sanitários relacionados a disponibilidades de profissionais em áreas com maior vulnerabilidade social. No entanto, é importante destacar que a disponibilidade de profissionais da saúde não garante por si só o serviço, nem tão pouco sua qualidade. As políticas públicas de saúde são complexas e exigem articulações intersetoriais por parte do estado, dos indivíduos e da sociedade (Paim *et al.*, 2011), além disso melhorias nas condições sociais e econômicas da população são ações importantes para garantir a equidade.

Opção 1 – Aumento da exposição da prática no SUS em áreas rurais ou remotas durante a formação profissional

Oferecer a oportunidade de graduandos e pós-graduandos vivenciar a prática profissional em área rural/remota pode apoiá-los na decisão de exercer sua profissão nessas regiões, a partir de melhor integração na comunidade e adaptação ao estilo de vida rural. Essa escolha de atuação pode contribuir para diminuir as iniquidades de saúde nessas áreas, uma vez que aumenta a disponibilidade de trabalhadores de saúde em áreas mais vulneráveis. Contudo, é importante estar atento às necessidades e aos desejos singulares do indivíduo, pois a dificuldade de adaptação e o desinteresse em atuar na zona rural são possíveis e isso pode gerar sofrimento psíquico a esses novos graduandos ou graduados, com consequente repercussão negativa no atendimento da comunidade.

Opção 2 – Promover incentivos financeiros diretos e/ou indiretos

A escolha de estratégias de intervenção envolvendo incentivos financeiros dependerá, em grande parte, do desenvolvimento econômico e da capacidade financeira do governo central ou local. É necessário que os formuladores de política analisem a possibilidade de o País arcar financeiramente com essas estratégias de forma a não comprometer outros setores da saúde e, conseqüentemente, gerar iniquidades.

Opção 3 – Viabilizar medidas de apoio pessoal e/ou profissional

Medidas de apoio pessoal e/ou profissional não tendem a gerar problemas relacionados à equidade, no entanto, é importante apontar que essas estratégias são desejadas em diferentes cenários de atuação profissional, sendo assim, não devem ser planejadas apenas para profissionais que atuam em áreas rurais e remotas.

Opção 4 – Implementar medidas regulatórias do exercício profissional

As estratégias relacionadas às medidas regulatórias do exercício profissional, embora sejam pensadas e articuladas pelos governos com foco em uma distribuição de recursos humanos para saúde mais justa para a população que recebe os serviços, exigem um planejamento adequado para que as populações que vivem em áreas urbanas e com melhores condições socioeconômicas não sejam negligenciadas, principalmente em países que buscam uma saúde universal. Outro aspecto importante está relacionado aos profissionais da saúde, pois é fundamental que a estratégia seja implementada de forma transparente. Hatcher *et al.* (2014) apontam a importância de deixar claro para todos os atores envolvidos os objetivos e as diretrizes da estratégia, além de possíveis fatores intencionais de alocação profissional, por exemplo, gênero, sexo, estado civil, raça, língua, lugar de nascimento, entre outros (Hatcher *et al.*, 2014). Essas são medidas que podem potencializar a efetividade da estratégia e diminuir as iniquidades em saúde.

CONSIDERAÇÕES SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DAS OPÇÕES

Embora as opções apresentadas não tenham que, necessariamente, ser implementadas de forma conjunta e completa, a aplicação prática deve considerar a viabilidade local, inserindo-se na governabilidade da tomada de decisão, independentemente da dimensão de sistema de saúde (nacional, regional ou local). Também é importante considerar as barreiras à implementação das opções, especialmente as localizadas no campo da cultura e as representações sociais dos usuários e trabalhadores de saúde.

Quadro 5 – Considerações sobre a implementação da opção 1

Níveis	Opção 1: Aumento da exposição da prática no SUS em áreas rurais ou remotas durante a formação profissional
Usuários do sistema de saúde	
Trabalhadores de saúde	<p>As principais razões de estudantes e profissionais para participarem de programas de prática rural foram vivenciar um ambiente rural e adquirir ampla experiência clínica. As razões mais comuns pelas quais os alunos optaram por não participar eram preocupações com a falta de palestras e atrasos em seus requisitos clínicos especializados nos hospitais universitários de ensino, barreiras ao emprego rural foram isolamento profissional, falta de interação social com amigos e separação da família (Johnson; Blinkhorn, 2013).</p> <p>Ênfase no desenvolvimento profissional e na supervisão é crucial para que se desenvolva habilidades profissionais, distribua equitativamente os profissionais de saúde e retenha a força de trabalho médica em áreas rurais e carentes. Desigualdades importantes merecem atenção. Há necessidade de reduzir os vieses intencionais ou não intencionais que surgem por meio do processo de colocação (Hatcher <i>et al.</i>, 2014).</p> <p>Estudos revelam que tanto o conteúdo quanto a localização das experiências de treinamento são importantes contribuintes para a probabilidade de praticar em comunidades rurais (Brooks <i>et al.</i>, 2002).</p> <p>Os relatórios finais dos alunos que participaram do projeto Sorriso no Campo, no interior de Minas Gerais, apontam que essa experiência é muito positiva, pois os alunos conhecem a realidade social, aprimoram seus conhecimentos, contribuem na formação pessoal e profissional do estudante, aumentam sua autoconfiança (Palmier; Lucas, 2011).</p>
Organização de serviços de saúde	<p>Lalloo, Evans e Johnson (2013) revelam que, no serviço de clínica rural implementado em região remota da Austrália, não foram oferecidos serviços protéticos e endodônticos, pois não havia laboratório de prótese disponível e o fornecimento de dentaduras não era considerado uma prioridade quando o serviço começou, contudo, a ausência de dentes compromete a alimentação e, conseqüentemente a nutrição, importante problema de saúde pública (Lalloo; Evans; Johnson, 2013).</p> <p>Neste mesmo estudo, considerou-se clinicamente prudente não fornecer um serviço endodôntico devido à falta de continuidade de serviço ao longo do ano. Havia preocupações de que o atendimento de emergência não seria facilmente acessível para lidar com complicações, com o dentista mais próximo há mais de 100 km de distância e não disponível continuamente, salientando mais uma vez a importância de garantia do serviço/acompanhamento contínuo em saúde bucal nas regiões rurais/remotas, com possibilidade de incentivar a atuação profissional por meio do estágio e/ou residência rural (Lalloo; Evans; Johnson, 2013).</p>

conclusão

Níveis	Opção 1: Aumento da exposição da prática no SUS em áreas rurais ou remotas durante a formação profissional
	<p>Estudo realizado em Minas Gerais apresenta uma iniciativa da parceria entre a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (FO-UFMG) e a Secretaria do Estado de Saúde (SES), o projeto é denominado “Sorriso no Campo” e tem como objetivo melhorar a condição de saúde bucal das populações residentes na zona rural do norte e nordeste de Minas Gerais.</p> <p>Os dados apontam que essa experiência está alcançando seus objetivos a partir dos conceitos que orientam o SUS e também com ações orientadas a fortalecer a atenção primária (Palmer; Lucas, 2011). Projetos semelhantes também vêm sendo implementados em outros estados, por exemplo, Santa Catarina e Mato Grosso, no entanto, não contam com o auxílio do curso de odontologia, mas sim com os dentistas dos municípios (Meleiro, 2015; Cáceres, 2017).</p>
Sistemas de saúde	<p>A ausência de serviços odontológicos disponíveis em região rural/remota gera maior proporção de exames clínicos iniciais que reduzem à medida que os pacientes retornam para acompanhamento. Contudo, os serviços preventivos e o tratamento de periodontia constituíram uma proporção relativamente pequena dos cuidados prestados, devido à presença de condições agudas que envolvem dor de dente. Dessa forma, procedimentos do tipo intervenção, especialmente restaurações e, em menor escala, extrações, tornaram-se a maior parte dos serviços de tratamento prestados, evidenciando a importância da presença do acompanhamento contínuo para evitar agudizações e manter a saúde bucal da população (Lalloo; Evans; Johnson, 2013). A instituição do estágio/residência rural pode apoiar a realização de ações de promoção da saúde, além das ações curativas, contribuindo para a assistência integral da população.</p>

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 6 – Considerações sobre a implementação da Opção 2

Níveis	Opção 2: Promover incentivos financeiros diretos e/ou indiretos
Usuários do sistema de saúde	A duração prevista da atuação rural varia nas diferentes áreas da saúde, sendo observada uma variação de até 2,5 anos (Godwin <i>et al.</i> , 2014), e é importante usar várias estratégias para lidar com a escassez de profissionais de saúde nos países em desenvolvimento (Mbemba; Gagnon; Hamelin-Brabant, 2016). Destaca-se que esse pouco tempo pode comprometer o vínculo entre o profissional e a população, o que é desejado na Atenção Primária à Saúde.
Trabalhadores de saúde	<p>Condições de trabalho e de vida, oportunidades de progressão na carreira e incentivos financeiros têm uma forte influência sobre a retenção de trabalhadores de saúde nas áreas rurais dos países de baixa renda (Mbemba; Gagnon; Hamelin-Brabant, 2016).</p> <p>A natureza da sustentabilidade da força de trabalho em saúde é complexa; estratégias não devem abordar um aspecto singular da questão, mas devem ser adaptáveis, de forma a poder responder às necessidades em mudança dos dentistas (Godwin <i>et al.</i>, 2014).</p> <p>Estratégias em que os profissionais de saúde têm alguma forma de obrigação (como as condições de vistos restringindo a área de prática ou o reembolso do empréstimo) poderiam ser mais eficazes para retê-los por um período mais longo. No entanto, há algumas evidências que indicam que os incentivos não financeiros, como o fornecimento de condições de trabalho e de moradia de qualidade, poderiam ter mais impacto na decisão dos profissionais de saúde permanecerem na área (Mbemba <i>et al.</i>, 2013).</p> <p>O aumento da mensalidade e da dívida canadense entre os estudantes de medicina pode tornar programas de incentivo com retorno de serviço obrigatório atraentes (Sempowski, 2004).</p>
Organização de serviços de saúde	O Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab) buscou reunir em seu escopo medidas para atrair e reter profissionais da saúde (médicos, dentistas e enfermeiros) em áreas rurais e remotas. O programa previa que os profissionais ficassem 12 meses em municípios determinados pelo governo, com carga horária semanal de 32 horas para atividades nas Unidades Básicas de Saúde, e 8 horas semanais para a realização do curso de Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família promovido pela rede UNA-SUS. Os profissionais recebiam uma bolsa mensal para desenvolver essas atividades e, na área média, os profissionais poderiam incorporar 10% a mais na sua nota de residência após cumprir seu período no programa (Sindicato dos Odontologistas no Estado de Goiás, 2013) (Brasil, 2013).
Sistemas de saúde	Um sistema de saúde descentralizado pode promover fluxos mais dinâmicos de trabalhadores de saúde no mercado de trabalho, caso em que as áreas rurais estão em posição de desvantagem para atrair e reter seus trabalhadores de saúde devido a suas desvantagens nas condições de trabalho e de vida (Liu <i>et al.</i> , 2015).

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 7 – Considerações sobre a implementação da Opção 3

Níveis	Opção 3: Viabilizar medidas de apoio pessoal e/ou profissional
Usuários do sistema de saúde	
Trabalhadores de saúde	<p>Quando os indivíduos se tornam sozinhos ou isolados sem redes de apoio próximas eles saem, independentemente de quanto dinheiro foi oferecido (Godwin <i>et al.</i>, 2014).</p> <p>Em algumas áreas, a falta de acomodação adequada e acessível pode piorar a retenção dos profissionais (Buykx <i>et al.</i>, 2010).</p> <p>Aspectos como dificuldade de acesso à educação para crianças, oportunidades limitadas de trabalho para os cônjuges, insatisfação com o estilo de vida rural, incapacidade de se integrar com sucesso à comunidade rural, diferenças culturais e barreiras de idioma podem afetar a retenção desses profissionais (Godwin <i>et al.</i>, 2014; Budhathoki <i>et al.</i>, 2017).</p> <p>O apoio social para estudantes de ciências da saúde que trabalham em uma área rural pode vir de uma variedade de fontes, incluindo pais, vizinhos, amigos e instituições. A autoeficácia das estratégias faz diferença no modo como os indivíduos se sentem, em suas crenças, em sua motivação pessoal e na capacidade percebida, como componentes-chave do desempenho (Theppanya; Suwannapong; Howteerakul, 2014).</p> <p>A razão mais importante para deixar a prática rural de acordo com 27 (30%) entrevistados seria a educação de seus filhos, especialmente quando as crianças precisam de acesso ao ensino secundário e terciário (Kruger; Whyman; Tennant, 2012).</p>
Organização de serviços de saúde	<p>A proporção entre profissional de saúde e população é uma medida amplamente aceita dos resultados da força de trabalho. Na Austrália, é usado regularmente para impulsionar a discussão de políticas. Continua sendo um método muito simples de aplicar e sempre foi a técnica convencional de planejamento de saúde. A exigência da força de trabalho é simplesmente baseada no tamanho da população, e as proporções desejáveis são estabelecidas com base em situações atuais, comparação internacional, padrões recomendados e extrapolação de tendências passadas (Tennant; Kruger; Shiyha, 2013).</p>
Sistemas de saúde	

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 8 – Considerações sobre a implementação da Opção 4

Níveis	Opção 1: Implementar medidas regulatórias do exercício profissional
Usuários do sistema de saúde	<p>A qualidade do cuidado e os direitos dos pacientes podem deixar médicos recém-graduados mais cautelosos em relação ao trabalho nas áreas rurais por não poder contar com orientações de seus supervisores. Esses fatores devem ser considerados, pois podem ameaçar a eficácia do sistema. Na Tailândia, o apoio do governo foi essencial (Wiwanitkit, 2011).</p>
Trabalhadores de saúde	<p>Muitos profissionais de saúde se opõem a programas de serviço compulsório devido a possíveis instalações rurais deficientes, falta de transporte, água potável, eletricidade, equipamentos e medicamentos inadequados, entre outros (Frehywot <i>et al.</i>, 2010).</p> <p>Os participantes do serviço comunitário obrigatório relataram altos níveis de satisfação com o treinamento e a supervisão. A grande maioria dos participantes relatou que puderam experimentar a prática profissional e contribuir com a comunidade durante o ano de serviço obrigatório. Todavia, os profissionais relataram que a acomodação era insatisfatória (Straume; Shaw, 2010).</p> <p>A maioria dos profissionais participantes do serviço comunitário obrigatório planejava permanecer na África do Sul após a obrigatoriedade do serviço, sendo que (69%) planejava trabalhar no setor público e um quinto (23%) no setor privado. No entanto, quando se analisou os dados dos dentistas observou-se menor intenção de trabalhar no serviço público (Straume; Shaw, 2010).</p> <p>Participantes negros foram mais propensos a relatar intenções de trabalhar no setor público (Straume; Shaw, 2010).</p> <p>A intenção de permanecer no mesmo local do serviço obrigatório após o período estipulado foi associada à satisfação com a supervisão e a possibilidade de escolha do lugar de atuação (em relação à escolha, os profissionais podiam indicar lugares que preferiam atuar durante o serviço obrigatório e, na medida do possível, essa indicação era acatada) (Straume; Shaw, 2010).</p> <p>A colocação rural durante o ano de serviço comunitário aumentou as chances de intenções de trabalho em comunidades rurais ou carentes (Straume; Shaw, 2010).</p> <p>Embora o trabalho rural possa ser uma experiência difícil para os profissionais, ele também pode ser uma oportunidade para ganhar experiências profissionais (Wiwanitkit, 2011).</p> <p>A oposição dos profissionais pode ser minimizada se os programas forem planejados e estruturados em conjunto com os profissionais de saúde (Frehywot <i>et al.</i>, 2010).</p> <p>O serviço rural obrigatório não está isento de problemas. Os trabalhadores obtidos sob este sistema são recém-formados e menos experientes. Forçar jovens profissionais a trabalhar no campo apresenta uma grande chance de desmotivá-los (Wiwanitkit, 2011).</p> <p>Na Tailândia, algumas vantagens são oferecidas aos médicos que continuam trabalhando por mais de cinco anos em hospitais rurais, eles podem realizar provas de certificação para algumas especialidades (como medicina de família e medicina preventiva). Esse título é reconhecido como equivalente a um grau de doutorado, o que garante um aumento no salário-base desses profissionais. Entretanto, essas especializações não são populares entre os médicos desse país (Wiwanitkit, 2011).</p>

continua

conclusão

Níveis	Opção 1: Implementar medidas regulatórias do exercício profissional
Organização de serviços de saúde	<p>Na Tailândia, uma organização do sistema de saúde rural obrigatório foi estabelecida para expandir a força de trabalho na Atenção Primária à Saúde nas áreas rurais e remotas, com o objetivo de melhorar a situação geral de saúde pública do país. Para médicos e dentistas essa obrigatoriedade era de três anos (Wiwanitkit, 2011).</p> <p>Um estudo identificou que 70 países (subdesenvolvidos, em desenvolvimento e desenvolvidos) implementaram programas de serviços obrigatórios em seu sistema de saúde que foram divididos em três modalidades: i) condição de programa de emprego de serviço/estado; ii) serviço compulsório com incentivos; e iii) serviço compulsório sem incentivos (Frehywot <i>et al.</i>, 2010).</p> <p>Um fator primordial de um sistema de serviço compulsório é a necessidade de respeitar os direitos humanos dos profissionais de migrar para outros lugares, no entanto também deve ser analisado os países pobres também têm o direito de reivindicar o investimento que fizeram para formar esses profissionais (Frehywot <i>et al.</i>, 2010).</p> <p>O estágio em áreas remotas, se ofertado com um bom suporte profissional e social, contribui para melhorar o recrutamento em áreas carentes (Straume; Shaw, 2010).</p>
Sistemas de saúde	<p>O programa de serviço comunitário da África do Sul foi considerado uma excelente estratégia de recrutamento para profissionais de saúde. Contudo, destaca a necessidade de processos mais transparentes na alocação dos profissionais nos serviços (Hatcher <i>et al.</i>, 2014).</p> <p>Existe algumas discussões e controvérsias se o serviço obrigatório é eticamente aceitável (Wiwanitkit, 2011).</p> <p>Um problema para os sistemas de saúde é como manter os profissionais após o término do serviço rural obrigatório (Wiwanitkit, 2011).</p> <p>O sucesso ou fracasso dos programas obrigatórios dependem bastante do apoio do sistema de saúde, sendo assim, é importante que os governos sejam transparentes em relação ao que esperam dos profissionais (Frehywot <i>et al.</i>, 2010).</p> <p>Embora os serviços compulsórios, não possam ser suficientes para fornecer uma resposta a longo prazo para os sistemas de saúde, nem garantir uma força de trabalho permanente para comunidades carentes, se forem bem planejados e com incentivos podem contribuir para o plano de desenvolvimento, distribuição e retenção da força de trabalho em saúde em áreas rurais e carentes de um país (Frehywot <i>et al.</i>, 2010).</p>

Fonte: Elaboração própria.

REFERÊNCIAS

- ANTUNES, J. L. F.; NARVAI, P. C. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 360-365, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/dhTDjrQxGYzNpx7bhZHtmTr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 4 jan. 2021.
- ANTUNES, T. R. De C. M. J. L. F. Prevalência de cárie dentária em escolares da região rural de Itapetininga, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 829-835, 2004.
- ARAÚJO, E.; MAEDA, A. **How To Recruit and Retain Health Workers in rural and Remote Areas in Developing Countries: a guidance note**. Washington, DC: The World Bank, 2013.
- BÄRNIGHAUSEN, T.; BLOOM, D. E. Financial incentives for return of service in underserved areas: a systematic review. **BMC Health Services Research**, London, v. 9, p. 1-17, 2009.
- BAZARGAN, N.; CHI, D. L.; MILGROM, P. Exploring the potential for foreign-trained dentists to address workforce shortages and improve access to dental care for vulnerable populations in the United States: a case study from Washington State. **BMC Health Services Research**, London, v. 10, n. 1, p. 336, 2010. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6963-10-336.pdf>. Acesso em: 4 jan. 2021.
- BRASIL. Ministério da Educação. **E-MEC de Instituições e Cursos de Educação Superior**. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2018a. Disponível em: <http://emec.mec.gov.br/>. Acesso em: 5 jan. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://provab.saude.gov.br/>. Acesso em: 8 fev. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde; IBGE. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios 2008. Um Panorama da Saúde no Brasil Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. **Programa Mais Médicos**. 2018b. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/>.

BRASIL. SB Brasil 2010. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal Resultados

Principais. Brasília, DF, 2018c. Acesso em: 13 set. 2018.

BROOKS, R. G. *et al.* The Roles of Nature and Nurture in the Recruitment and Retention of Primary Care Physicians in Rural Areas: A Review of the Literature. **Academic Medicine**, Philadelphia, v. 77, n. 8, p. 790–798, 2002.

BUDHATHOKI, S. S. *et al.* Factors Influencing Medical Students' Motivation to Practise in Rural Areas in Low-Income and Middle- Income Countries: A Systematic Review. **BMJ Open**, London, v. 7, n. 2, p. e013501, 2017.

BUYKX, P. *et al.* Systematic review of effective retention incentives for health workers in rural and remote areas: Towards evidence-based policy. **Australian Journal of Rural Health**, Armidale, v. 18, n. 3, p. 102-109, 2010.

CÁCERES (MT). Secretaria de Saúde. **Prefeitura Municipal de Cáceres** – Prefeitura apresenta hoje (24) para Câmara, projeto Sorriso no Campo. Cáceres: Prefeitura Municipal, 2017. Disponível em: : <https://www.caceres.mt.leg.br/vereadores-solicitam-aquisicao-de-equipamentos-para-o-projeto-sorriso-no-campo-e-expansao-do-centro-de-especialidades-odontologicas>. Acesso em: 8 jan. 2022

CAMPBELL, J. *et al.* A. A universal truth: no health without a workforce. **Forum Report Third Global Forum on Human Resources for Health Global Health Workforce Alliance and World Health Organization**, p. 104, 2013. Disponível em: http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/GHWA-a_universal_truth_report.pdf?ua=1. Acesso em: 11 jan. 2018.

CAVALCANTI, R. P.; GASPAR, G. DA S.; GOES, P. S. A. DE. Utilização e acesso aos serviços de saúde bucal do SUS -uma comparação entre populações rurais e urbanas. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, v. 12, n. 1, p. 121-126, 2012.

CECCIM, R. B. *et al.* Imaginários da formação em saúde no Brasil e os horizontes da regulação em saúde suplementar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 1567-1578, 2008.

CHOPRA, M. *et al.* Effects of policy options for human resources for health: an analysis of systematic reviews. **Lancet**, London, v. 371, n. 9613, p. 668-674, 23 fev. 2008. Disponível em: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673608603050>. Acesso em: 25 set. 2018.

COHEN-CARNEIRO, F. *et al.* Oferta e utilização de serviços de saúde bucal no Amazonas, Brasil: estudo de caso em população ribeirinha do Município de Coari. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1827–38, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/XmGdjxYWtnTWjVPhv5q5FrH/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 5 jan. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Dados Estatísticos**. Brasília, DF: CFO, 2021. Disponível em: <http://cfo.org.br/servicos-e-consultas/dados-estatisticos/>. Acesso em: 5 jan. 2021.

DAL POZ, M. R. *et al.* Formação, mercado de trabalho e regulação da força de trabalho em saúde no Brasil. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**: organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocru, 2013. V. 3, p. 187-233.

EBLE, L. J. 30 anos do SUS. Como avaliar sua atuação? SciELO em Perspectiva. **Press Releases**, 8 Mar. 2018. Disponível em: <https://pressreleases.scielo.org/blog/2018/03/08/30-anos-do-sus-como-avaliar-sua-atuacao/#.W47SPehKjIU>. Acesso em: 6 jan. 2022.

FREHYWOT, S. *et al.* Compulsory service programmes for recruiting health workers in remote and rural areas: do they work? **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v. 88, n. 5, p. 364–370, 1 maio 2010. Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/5/09-071605.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2018.

FRIAS, A. C. *et al.* Determinantes individuais e contextuais da prevalência de cárie dentária não tratada no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, DC, v. 22, p. 279-285, 2007.

GABARDO, M. C. L. *et al.* Inequalities in the workforce distribution in the Brazilian Dentistry. **RGO-Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 65, n. 1, p. 70-76, 2017.

GABRIEL, M. **Distribuição geográfica dos Cirurgiões-Dentistas: percepção e motivação para a migração**. 2017. Tese (Doutorado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

GABRIEL, M. *et al.* Mecanismos de ingresso de cirurgiões dentistas no SUS: Uma agenda prioritária para o fortalecimento do Brasil Sorridente. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2018a. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YsQgQKWCKHn3LW6wV4hVdnP/?lang=pt>. Acesso em: 8 jan. 2022.

GABRIEL, M. *et al.* **A Global overview of the geographical distribution of dentists: a scoping review.** *JDR Clinical & Translational Research*, Thousand Oaks, CA, v. 3, n. 3, p. 229-237, Jul. 2018b.

GAGNON, M. P. *et al.* Supporting health professionals through information and communication technologies: a systematic review of the effects of information and communication technologies on edicineg and retention. **Telemedicine Journal and e-health**, Larchmont, NY, v. 17, n. 4, p. 269-274, 2011.

GODWIN, D. M. *et al.* Dental Practitioner Rural Work Movements: a systematic review. **Rural and Remote Health**, Geelong, v. 14, n. 3, p. 2825, 2014.

GOMES, D.; RAMOS, F. R. S. O profissional da odontologia pós-reestruturação produtiva: ética, mercado de trabalho e saúde bucal coletiva. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, p. 285-297, 2015.

GOODFELLOW, A. *et al.* Predictors of Primary Care Physician Practice Location in Underserved Urban and Rural Areas in the United States: A Systematic Literature Review. **Academic Medicine**, Philadelphia, v. 79, n. 2, p. 211-227, 2016.

GROBLER, L.; MARAIS, B. J. M. S. Interventions for increasing the proportion of healthprofessionals edicineg in rural and other underserved areas. **Cochrane Database System Review**, n. 6, p. 1–83, 2015. Disponível em: <http://www.cochrane.org/es/CD008262/inmersion-en-agua-fria-crioterapia-para-la-prevencion-y-el-tratamiento-del-dolor-muscular-despues>. Acesso em: 5 jan. 2022.

HART, J. T. The inverse care law. **The Lancet**, London, v. 1, n. 7696, p. 405–12, 27 fev. 1971. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(71\)92410-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(71)92410-X/fulltext). Acesso em: 25 set. 2018.

HATCHER, A. M. *et al.* Placement, support, and retention of health professionals: National, cross-sectional findings from medical and dental community service officers in South Africa. **Human Resources for Health**, London, v. 12, n. 1, p. 1-13, 2014. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3975958&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>. Acesso em: 6 jan. 2022.

IBGE. **Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil** : uma primeira aproximação. Rio de Janeiro: IBGE, 2017.

IBGE. **Acesso e utilização de serviços de saúde** – 2003. Rio de Janeiro: IBGE, 2003.

JOHNSON, G.; BLINKHORN, A. The influence of a clinical rural placement programme on the work location of new dental graduates from the University of Sydney, NSW, Australia. **European Journal of Dental Education**, Copenhagen, v. 17, n. 4, p. 229-235, 2013.

KROEZEN, M. *et al.* Recruitment and retention of health professionals across Europe: A literature review and multiple case study research. **Health Policy**, Amsterdam, v. 119, n. 12, p. 1517-1528, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.08.003>. Acesso em: 5 jan. 2022.

KRUGER, E.; WHYMAN, R.; TENNANT, M. High-acuity GIS mapping of private practice dental services in New Zealand: Does service match need? **International Dental Journal**, London, v. 62, n. 2, p. 95-99, 2012.

LALLOO, R.; EVANS, J. L.; JOHNSON, N. W. Dental care provision by students on a remote rural clinical placement. **Australian and New Zealand Journal of Public Health**, Canberra, v. 37, n. 1, p. 47-51, 2013.

LAROCCA DE GEUS, J. *et al.* Prevalência de cárie e autopercepção da condição de saúde bucal entre crianças de escolas urbanas e rurais de Ponta Grossa-PR. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, v. 13, n. 1, 2013.

LEE, D. M.; NICHOLS, T. Physician recruitment and retention in rural and underserved areas. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Bradford, v. 27, n. 7, p. 642-652, 2014.

LIU, X. *et al.* Analysis of context factors in compulsory and incentive strategies for improving attraction and retention of health workers in rural and remote areas: a systematic review. **Human Resources for Health**, London, v. 13, n. 1, p. 61, 21 jul. 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26194003/>. Acesso em: 8 jan. 2022.

LOMAZZI, M.; WORDLEY, V.; BEDI, R. Dental public health capacity worldwide: Results of a global survey. **Journal of Public Health Policy**, Burlington, v. 37, n. 4, p. 528-542, Dec. 2016.

MBEMBA, G. *et al.* Interventions for supporting nurse retention in rural and remote areas: an umbrella review. **Human Resources for Health**, London, v. 11, n. 1, p. 1-9, 2013.

MBEMBA, G. I. C.; GAGNON, M.-P.; HAMELIN-BRABANT, L. Factors influencing recruitment and retention of healthcare workers in rural and remote areas in

developed and developing countries: an overview. **Journal of Public Health in Africa**, Pavia, Italy, v. 7, n. 2, p. 61-66, 2016. Disponível em: <http://publichealthinafrica.org/index.php/jphia/article/view/565>. Acesso em: 5 jan. 2022.

MELEIRO (Santa Catarina). Secretaria de Saúde de Meleiro. **Programa Sorriso no Campo – Município de Meleiro**. Meleiro: Secretaria de Saude de Meleiro, 2015. Disponível em: <http://www.meleiro.sc.gov.br/noticias/index/ver/codMapaltem/16572/codNoticia/340357>. Acesso em: 25 set. 2018.

MIRANDA, C.; SILVA, H. **Concepções da ruralidade contemporânea: as singularidades brasileiras**. Brasília, DF: IICA, 2013. Disponível em: <http://repiica.iica.int/DOCS/B3226P/B3226P.PDF>. Acesso em: 5 jan. 2022.

NARVAI, P. C. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Revista de Saúde Pública**, Sao Paulo, v. 40, p. 141-147, 2006.

RIO DE JANEIRO (Estado). Observa-RH. IMS/UERJ. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde/Estação de Trabalho do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro**. Sistema de Indicadores das Graduações em Saúde – SIGRAS. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, Disponível em: <http://www.obsnetims.org.br/sigras/home.php>. Acesso em: 5 jan. 2022.

OLIVEIRA, A. P. C. De *et al.* Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. **Ciencia & Saude Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1193-120, 2017.

PAIM, J. *et al.* The Brazilian health system: History, advances, and challenges. **The Lancet**, London, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

PALMIER, A. C.; LUCAS, S. D. Sorriso no Campo: a experiência da Faculdade de Odontologia da UFMG. **Arquivos em Odontologia**, Belo Horizonte, v. 47, p. 68-71, 2011. Disponível em: http://revodontobvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-09392011000600015&script=sci_arttext. Acesso em: 25 set. 2018.

PETERSEN, P. E. Global policy for improvement of oral health in the 21st century—implications to oral health research of World Health Assembly 2007, World Health Organization. **Community dentistry and oral epidemiology**, Copenhagen, v. 37, n. 1, p. 1-8, fev. 2009. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1600-0528.2008.00448.x>. Acesso em: 10 ago. 2018.

PINHEIRO, I. A. G.; NORO, L. R. A. Egressos de Odontologia : o sonho da profissão liberal confrontado com a realidade da saúde bucal. **Revista da ABENO**, Brasília, DF, v. 16, n. 1, p. 13–24, 2016.

PUCCA, G. A. *et al.* Ten years of a national oral health policy in Brazil: Innovation, boldness, and numerous challenges. **Journal of Dental Research**, Washington, DC, v. 94, n. 10, p. 1333-1337, 27 out. 2015. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26316461>. Acesso em: 11 jan. 2018.

ROOTS, R. K.; LI, L. C. Recruitment and retention of occupational therapists and physiotherapists in rural regions: A meta-synthesis. **BMC Health Services Research**, London, v. 13, n. 1, 2013.

SAN MARTIN, A. S. *et al.* Distribuição dos cursos de Odontologia e de cirurgiões-dentistas no Brasil: uma visão do mercado de trabalho. **Revista da ABENO**, Brasília, DF, v. 18, n. 1, p. 63–73, 2018.

SANTILLO, P. M. *et al.* [Factors associated with tooth loss among adults in rural areas in the state of Pernambuco, Brazil]. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 581-590, 2014.

SEMPOWSKI, I. P. Effectiveness of financial incentives in exchange for rural and underserved area return-of-service commitments: systematic review of the literature. **Canadian journal of rural medicine : the official journal of the Society of Rural Physicians of Canada = Journal canadien de la edicine rurale : le journal edicine de la Societe de edicine rurale du Canada**, Canada, v. 9, n. 2, p. 82-88, 2004.

SILVA, L. F. H. *et al.* Fatores sócio comportamentais em grupos de polarização da cárie dentária em escolares e pré-escolares em município de médio porte. **Arquivos em Odontologia**, Belo Horizonte, v. 50, n. 3, p. 103-112, 2014.

SINDICATO DOS ODONTOLOGISTAS NO ESTADO DE GOIÁS. **Governo lança PROVAB 2 com adesões abertas à cirurgões-dentistas – SOEGO**. Disponível em: <http://soego.org.br/governo-lanca-provab-2-com-adesoes-abertas-a-cirurgioes-dentistas/>. Acesso em: 25 set. 2018.

STRAUME, K.; SHAW, D. M. P. Effective physician retention strategies in Norway's northernmost county. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v. 88, n. 5, p. 390- maio 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20461137>. Acesso em: 25 set. 2018.

SUPHANCHAIMAT, R. *et al.* The Impact of Rural-Exposure Strategies on the Intention of Dental Students and Dental Graduates to Practice in Rural Areas: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Advances in Medical Education and Practice**, Auckland, NZ, v. 7, p. 623-633, 2016.

TENNANT, M.; KRUGER, E.; SHIYHA, J. Dentist-to-population and practice-to-population ratios: In a shortage environment with gross maldistribution what should rural and remote communities focus their attention on? **Rural and Remote Health**, Geelong, v. 13, n. 4, p. 1–7, 2013.

THEPPANYA, K.; SUWANNAPONG, N.; HOWTEERAKUL, N. Health-science students' self- efficacy, social support, and intention to work in rural areas of the Lao People's Democratic Republic. **Rural and remote health**, Geelong, v. 14, p. 2530, 2014.

VISCOMI, M.; LARKINS, S.; GUPTA, T. S. Recruitment and retention of general practitioners in rural Canada and Australia: a review of the literature. **Canadian journal of rural medicine : the official journal of the Society of Rural Physicians of Canada = Journal canadien de la edicine rurale : le journal edicine de la Societe de edicine rurale du Canada**, Canada, v. 18, n. 1, p. 13-23, 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23259963>. Acesso em: 10 ago. 2018.

WIWANITKIT, V. Mandatory rural service for health care workers in Thailand. **Rural and Remote Health**, Geelong, v. 11, n. 1, p. 1-9, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention Sciences New York**. Geneva: WHO, 2010. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44369/9789241564014_eng.pdf;jsessionid=6239B84BCAC61F7806E44CAE494ECCE7?sequence=1. Acesso em: 4 jan. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Statistics 2017: Monitoring health for the SDGs**. Geneva: WHO, 2017. . Disponível em: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2017/en/. Acesso em: 6 jan. 2022.

YUEN, A. *et al.* The Equity of Access to Primary Dental Care in Sao Paulo, Brazil: A Geospatial Analysis. **International Dental Journal**, London, v. 68, n. 3, p. 171-175, 2018.

APÊNDICES

Apêndice A – Quadro com as bases de dados e estratégias de buscas utilizadas para recuperação dos estudos para identificação das opções

Data	Base de Dados	Estratégia	Resultado
30/4/2018	PubMed	<p>(((((dentists[MeSH Terms]) OR dentists[Text Word]) OR dentist[Text Word]) OR manpower[MeSH Terms]) OR manpower[Text Word]) OR health manpower[MeSH Terms]) OR dental staff[MeSH Terms]) OR "dental staff" [Text Word]) OR "health personnel" [Text Word]) OR "health workforce" [Text Word]) OR "professional health" [Text Word]) OR "health resource" [Text Word]) OR "health worker" [Text Word]) OR "dental workforce" [Text Word]) AND (((("human migration" [Text Word]) OR (emigration and immigration[MeSH Terms])) OR "public policy" [Text Word]) OR "public policies" [Text Word]) OR public policy[Text Word]) OR personnel selection[MeSH Terms]) OR "brain drain" [Text Word]) OR distribution[Text Word]) OR recruitment[Text Word]) OR motivation[Text Word]) OR "retention strategy" [Text Word]) OR "Regulation of Professional") OR "Dentist Migration" [Text Word]) OR "Supply of Dentists" [Text Word]) OR Retaining[Text Word]) OR Turnover[Text Word]) AND (((rural health services[MeSH Terms]) OR "rural health services" [Text Word]) OR rural health[MeSH Terms]) OR "rural health" [Text Word]) OR suburban health services[MeSH Terms]) OR "suburban health services" [Text Word]) OR "remote areas" [Text Word]) OR "rural retention" [Text Word]) OR "dentist shortage" [Text Word]) OR "small town" [Text Word]) OR "country town" [Text Word]) OR "remote communities" [Text Word]))</p> <p>Com filtro para revisões sistemáticas</p>	58 identificados
29/3/2018	PubMed	"Dentists" AND "rural health services" AND review	33 identificados
29/3/2018	PubMed	"Dentists" AND "rural and remote health services" AND review	6 identificados
29/3/2018	BVS	"Dentists" AND "rural and remote health services" AND review	5 identificados
29/3/2018	Health Systems Evidence	Dentists OR dental staff OR health personnel OR public health professional AND professional practice location AND health, Manpower AND review	3 identificados
29/3/2018	Health Systems Evidence	Dentists OR dental staff AND retention strategy OR Regulation of Professional OR Dentist Migration OR Supply of Dentists OR Retaining OR Turnover OR Education strategy OR regulatory strategy OR financial financial OR personal and professional support strategy AND review	80 identificados

continua

continuação

Data	Base de Dados	Estratégia	Resultado
29/3/2018	Health Systems Evidence	dentists OR dental staff OR public health professional AND professional practice location AND Health Services Needs and Demand AND review	2 identificados
30/3/2018	PDQ – Evidence	Dentists AND recruitment AND rural health services AND review	1 identificados
30/3/2018	Epistemonikos	Dentists OR dental staff AND retention strategy OR Regulation of Professional OR Dentist Migration OR Supply of Dentists OR Retaining OR Turnover OR Education strategy OR regulatory strategy OR financial strategy OR personal and professional support strategy AND review	10 identificados
30/3/2018	Epistemonikos	dentists OR dental staff OR public health professional AND professional practice location AND Health Services Needs and Demand AND review	1 identificados
30/3/2018	Epistemonikos	dentists OR manpower OR health manpower OR dental staff OR health personnel OR health workforce OR professional health OR health resource OR health worker OR dental workforce AND human migration OR emigration and immigration OR public policy OR public policies OR public policy OR personnel selection OR brain drain OR distribution OR recruitment OR motivation OR retention strategy OR Regulation of Professional OR Dentist Migration OR Supply of Dentists OR Retaining OR Turnover OR Education strategy OR regulatory strategy OR financial strategy OR personal and professional support strategy AND rural health services OR rural health services OR rural health OR rural health OR suburban health services OR suburban health services OR remote areas OR rural retention OR dentist shortage OR small town OR country town OR remote communities OR marginalized communities OR remote communities OR rural and remote access	15 identificados
30/3/2018	PDQ – Evidence	Dentists AND recruitment AND rural health services AND review	1 identificados
30/3/2018	Cochrane Database	Dentists AND Education strategy AND review	1 identificados
30/3/2018	Cochrane Database	Dentists AND regulatory strategy AND review	1 identificados

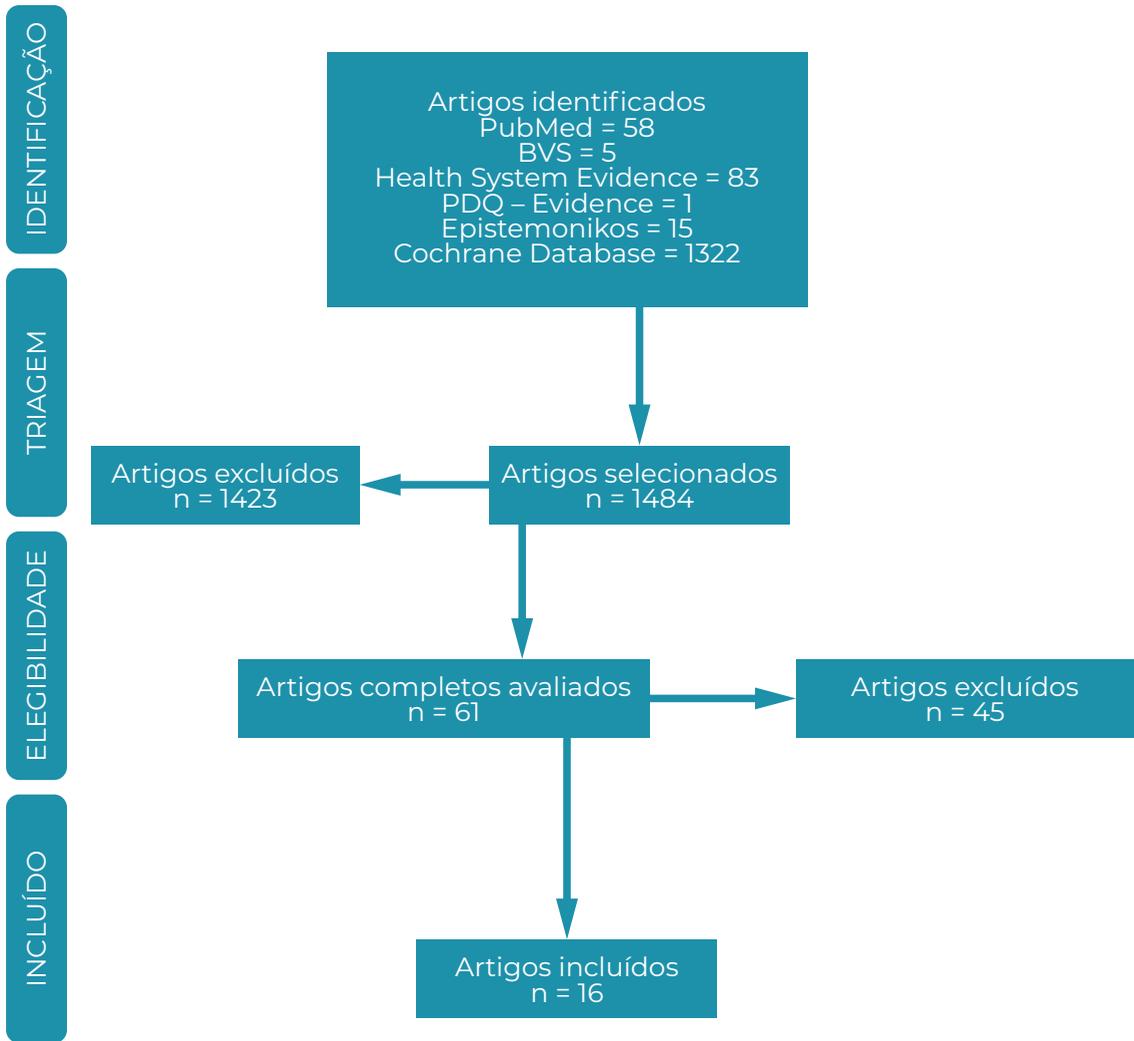
continua

conclusão

Data	Base de Dados	Estratégia	Resultado
30/3/2018	Cochrane Database	dentists OR manpower OR health manpower OR dental staff OR health personnel OR health workforce OR professional health OR health resource OR health worker OR dental workforce AND human migration OR emigration and immigration OR public policy OR public policies OR public policy OR personnel selection OR brain drain OR distribution OR recruitment OR motivation OR retention strategy OR Regulation of Professional OR Dentist Migration OR Supply of Dentists OR Retaining OR Turnover OR Education strategy OR regulatory strategy OR financial strategy OR personal and professional support strategy AND rural health services OR rural health services OR rural health OR rural health OR suburban health services OR suburban health services OR remote areas OR rural retention OR dentist shortage OR small town OR country town OR remote communities OR marginalized communities OR remote communities OR rural and remote access	1322 identificados

Fonte: Elaboração própria.

Apêndice B – Fluxograma do processo de inclusão dos estudos



Fonte: Elaboração própria.

Apêndice C – Quadro com os estudos excluídos após leitura completa

Referências	
Russell DJ, McGrail MR, Humphreys JS. Determinants of rural Australian primary health care worker retention: A synthesis of key evidence and implications for policymaking. <i>Aust J Rural Health</i> . 2017 Feb;25(1):5-14.	Não aborda estratégias de intervenção
Lee DM, Nichols T. Physician recruitment and retention in rural and underserved areas. <i>Int J Health Care Qual Assur</i> . 2014;27(7):642-52.	Não é revisão sistemática
Ossai EN, Ibiok NC, Chukwuogo O, Umeobieri AK, Aniwada EC, Ugwunna NC. Rural retention of human resources for health. <i>Niger J Med</i> . 2012 Apr-Jun;21(2):138-45.	Não é revisão sistemática

Apêndice D – Revisões sistemáticas analisadas

O quadro a seguir fornece informações detalhadas sobre as revisões sistemáticas identificadas. Cada linha do quadro corresponde a uma revisão sistemática. A revisão sistemática é identificada na primeira coluna; a segunda coluna descreve a intervenção analisada; os objetivos da revisão sistemática estão descritos na terceira coluna e as principais conclusões do estudo que se relacionam com a opção estão listadas na quarta coluna. As colunas restantes referem-se à avaliação da qualidade global metodológica da revisão sistemática utilizando o instrumento AMSTAR (*A Measurement Tool to Assess the methodological quality of systematic Reviews*), que avalia a qualidade global usando uma escala de 0 a 11, em que 11/11 representa uma revisão da mais alta qualidade. Entretanto, sempre que algum aspecto do instrumento não se aplicou ou não pode ser avaliado e a revisão sistemática foi considerada relevante, o denominador do escore AMSTAR será diferente de 11. É importante notar que a ferramenta AMSTAR foi desenvolvida para avaliar revisões sistemáticas de estudos sobre intervenções clínicas e não os aspectos de políticas analisados nessa síntese de evidências, como arranjos de governança, financiamento, provisão de serviços e implementação de estratégias no âmbito dos sistemas de saúde. Portanto, notas baixas não refletem, necessariamente, que uma revisão sistemática tenha má qualidade. Ademais, uma revisão sistemática com alto escore pelo AMSTAR pode conter evidência de baixa qualidade, dependendo do desenho metodológico e da qualidade geral dos estudos primários incluídos nesta revisão, e vice-versa. As demais colunas trazem a proporção dos estudos que incluíram a população-alvo, a proporção dos estudos que foram realizados em cenários/países de baixa ou média renda (LMIC – *Low and Middle Income Countries*), a proporção dos estudos com foco no problema e o último ano da busca para inclusão de estudos na revisão sistemática respectiva.

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em Países de baixa e média renda e outros e identificá-los	Proporção de estudo com foco no problema	Último ano da busca	Utilizado na opção:
Buykx <i>et al.</i> , 2010	Aborda estratégias de financiamento (incentivos salariais), regulação (serviço obrigatórios e isenção de vistos), apoio pessoal e profissional (acesso a TIC – tecnologia de informação e comunicação, suporte técnico e apoio familiar e habitacional), educação (pesquisas e bolsas de estudos).	Sintetizar as evidências disponíveis sobre a eficácia das estratégias de retenção para trabalhadores de saúde em áreas rurais e remotas, com foco nos estudos relevantes para a Austrália.	A revisão incluiu 14 estudos que apontaram diversas estratégias de retenção em áreas rurais e remotas, destacando importantes componentes, a saber: pessoal, infraestrutura, remuneração, organização do local de trabalho, ambiente profissional e apoio social, familiar e comunitário. No entanto, destaca que poucas estratégias foram rigorosamente avaliadas. As evidências disponíveis sugerem que as estratégias devem ser multifacetadas e flexíveis.	5/11	14/14	Não disponível	14/14	2009	2, 3 e 4

continua

continuação

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em Países de baixa e média renda e outros e identificá-los	Proporção de estudo com foco no problema	Último ano da busca	Utilizado na opção:
Godwin <i>et al.</i> , 2014	Relatou intervenções para aumentar o número de estudantes de odontologia em universidades com educação rural, estágio rural durante a graduação ou abrir cursos de odontologia em lugares que precisam de dentistas. Programas de reembolso de	O objetivo desta revisão foi aumentar a compreensão da má distribuição regional da força de trabalho em odontologia, com foco na Austrália. Esta revisão sintetizou as evidências disponíveis sobre o recrutamento e a retenção da força de trabalho do dentista em áreas rurais e remotas.	A revisão incluiu 16 estudos, que destacaram a importância do dentista na atenção primária e o problema da escassez de mão de obra em áreas carentes e rurais. Aponta fatores positivos para a prática nessas áreas, a saber: gostar do estilo de vida rural e boa integração com a comunidade rural. Aponta também alguns pontos negativos: isolamento social e profissional, sobrecarga de trabalho e tipo de trabalho clínico, dificuldade de acesso a novas oportunidades de educação, instalações adequadas, educação para crianças e oportunidades de trabalho para o parceiro e incapacidade de integração na comunidade rural. As estratégias para corrigir a escassez são de natureza financeira ou contratual e o fator que mais contribui para atuação nessas áreas é a exposição rural prévia para os dentistas.	5/11	16/16	Nenhum, 8 estudos foram na Austrália, 6 nos EUA e 1 no Reino Unido	16/16	2013	1, 2 e 3

continua

continuação

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em Países de baixa e média renda e outros e identificá-los	Proporção de estudo com foco no problema	Último ano da busca	Utilizado na opção:
Mbemba <i>et al.</i> , 2016	Essa revisão traz evidências sobre bolsas de estudos, programas de reembolso de empréstimos e salários mais altos para indivíduos que trabalham no setor da saúde pública. Aborda também as medidas coercivas (serviço obrigatório).	Esta overview objetiva sintetizar os fatores significativos que afetam o recrutamento e a retenção de profissionais de saúde em áreas rurais e remotas e identificar aqueles relevantes para os países em desenvolvimento, a fim de propor intervenções efetivas para lidar com a escassez de profissionais de saúde.	Quinze revisões foram incluídas neste estudo. Quatro revisões focaram em fatores de recrutamento, e outras quatro avaliações focadas em fatores de retenção. As demais revisões focaram ambos os fatores (recrutamento e retenção). Os fatores que influenciam o recrutamento são origem rural, desenvolvimento de carreira, oportunidades para o progresso profissional, redes de apoio profissional e incentivos financeiros. Enquanto os principais fatores que influenciam o recrutamento e retenção têm sido amplamente explorados na literatura, as evidências sobre estratégias para reduzir a escassez de profissionais de saúde, especialmente nos países em desenvolvimento, é baixa. Mais pesquisas nesse campo são necessárias.	6/11	15/15	2/15	15/15	2014	1, 2, 3 e 4

continua

continuação

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em Países de baixa e média renda e outros e identificá-los	Proporção de estudo com foco no problema	Último ano da busca	Utilizado na opção:
Liu <i>et al.</i> , 2015	Aborda aspectos de programas de serviços rurais obrigatórios e incentivos financeiros diretos e indiretos, por exemplo, bolsas de estudos, empréstimo, reembolso de empréstimos e incentivos financeiros diretos.	O objetivo desta revisão foi identificar os principais fatores contextuais que os formuladores de políticas devem considerar ao formular e implementar as intervenções.	O estudo destaca os fatores contextuais fundamentais para serem analisados nas fases de agenda, formulação e implementação das intervenções para atrair e reter profissionais de saúde em áreas rurais e remotas, mas apresenta seu foco nas intervenções relacionadas a programas de serviço obrigatório e incentivos financeiros. Classifica esses fatores em três níveis, macro, meso e micro. Um total de 40 estudos foram incluídos. Os fatores contextuais de nível macro incluem fatores políticos, econômicos e sociais. Os fatores de nível meso incluem fatores do sistema de saúde, como a má distribuição dos trabalhadores de saúde, o crescimento do setor privado, a descentralização e o financiamento da saúde. Os fatores de nível micro referem-se ao processo de implementação de políticas, incluindo fontes de financiamento, agência administrativa, processo de legislação, monitoramento e avaliação.	8/11	40/40	25/40	40/40	2014	2 e 4

continua

continuação

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em Países de baixa e média renda e outros e identificá-los	Proporção de estudo com foco no problema	Último ano da busca	Utilizado na opção:
Gagnon, 2011	Tecnologias de informação e comunicação (TICs).	Explorar o impacto das intervenções que utilizam as TICs no recrutamento e retenção de profissionais de saúde, mais especificamente, na satisfação do trabalho, na permanência do serviço, na oportunidade de educação continuada e na tradução do conhecimento.	O estudo explora o impacto das tecnologias de informação e comunicação (TIC) no recrutamento e na retenção de profissionais de saúde em áreas remotas e rurais. A maioria dos estudos apresentou influência positiva por proporcionar redução do isolamento profissional, maior suporte clínico, maior satisfação no trabalho, possibilidade de acesso à educação continuada e, portanto, indicam que podem possuir um efeito indireto no recrutamento e na retenção dos trabalhadores. Por outro lado, alguns estudos apontaram que as TICs apresentam uma limitada influência no recrutamento e na retenção.	8/11	13/13	0/13	13/13	2009	3
Mbemba, 2013	Incentivos financeiros, relações de apoio profissional (mentoria, supervisão clínica e preceptoria, TIC) e pessoal, exposição rural durante a graduação, intervenções regulatórias.	Esta revisão guarda-chuva tem como objetivo sintetizar as evidências atuais sobre a eficácia das intervenções para promover a retenção de enfermeiros em áreas rurais ou remotas, e para apresentar uma taxonomia de estratégias potenciais para melhorar a retenção de enfermagem nessas regiões.	Esta revisão guarda-chuva evidencia a partir de cinco estudos que os incentivos financeiros, as relações de apoio na enfermagem (tutoria, supervisão clínica, preceptoria), as TIC e as trajetórias de carreira para a saúde rural constituem estratégias importantes na retenção de enfermeiros em áreas rurais e remotas. Além disso, propõe uma taxonomia de intervenções importante, apontando a força de evidência de cada categoria, a saber: i) educação e intervenções de desenvolvimento profissional contínuo; ii) intervenções regulatórias; iii) incentivos financeiros (diretos e indiretos); e iv) apoio pessoal e profissional.	7/11	5/5	0/0	5/5	2012	2, 3 e 4

continua

continuação

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em Países de baixa e média renda e outros e identificá-los	Proporção de estudo com foco no problema	Último ano da busca	Utilizado na opção:
Chopra <i>et al.</i> , 2008	Aborda estratégias para atuar na quantidade, distribuição, eficiência e performance profissional.	O objetivo foi listar todas as possíveis opções de políticas (agrupadas por objetivos-chave); identificar efeitos e resultados para os quais existem evidências e aquelas para as quais está faltando; e sintetizar conclusões para países de baixa ou média renda.	A Revisão analisou 28 estudos sobre a temática, sendo a maioria realizado em países de alta renda. A maioria das estratégias abordou mecanismos organizacionais para recursos humanos. Além disso, observou que maior proporção de avaliação em estudos que substituíam profissionais <i>shifting tasks</i> .	9/11	28/28	0/0	28/28	2006	3 e 4
Brooks, 2002	Origem do estudante e sua relação com suas escolhas profissionais.	Investigar os fatores associados ao recrutamento e retenção de médicos de atenção primária em áreas rurais.	Um total de 6 estudos analisaram fatores pré-escolares, 15 consideraram fatores da escola médica e 6 analisaram os fatores de residência, relacionados ao recrutamento e à retenção de médicos. Fatores da escola pré-médica como educação rural e preferência de especialidade foram mais fortemente correlacionados com o recrutamento de médicos para áreas rurais. Fatores de treinamento, como compromisso com currículos e rotações, particularmente durante a residência, foram mais fortemente correlacionados com a retenção em áreas rurais.	5/11	21/21	0/21	21/21	2000	1 e 2

continua

continuação

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em Países de baixa e média renda e outros e identificá-los	Proporção de estudo com foco no problema	Último ano da busca	Utilizado na opção:
Suphanchaimat <i>et al.</i> , 2016	As estratégias discutidas na revisão incluíram o recrutamento de estudantes de odontologia de áreas rurais e as rotações clínicas em áreas rurais durante a formação de estudantes de odontologia.	O objetivo deste estudo foi avaliar o impacto de estratégias para aumentar a intenção de estudantes de odontologia e graduados para a prática em áreas rurais.	Sete dos 897 artigos inicialmente selecionados foram incluídos para a revisão completa. A maioria dos artigos selecionados foi publicada em países desenvolvidos. Na meta-análise os resultados revelaram que o OR (razões) agrupado quanto à exposição rural sobre a intenção de praticar em áreas rurais foi estatisticamente significativo e de aproximadamente 4,1. A análise de subgrupos mostrou que as rotações clínicas nas áreas rurais tendem a ter uma influência ligeiramente maior na prática odontológica rural do que o recrutamento de estudantes do meio rural (OR 4,3 versus 4,2). Houve evidência mais fraca sobre publicação de viés, derivado apenas de efeitos de pequenos estudos.	10/11	7/7	2/7	7/7	2015	1 e 4

continua

continuação

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em Países de baixa e média renda e outros e identificá-los	Proporção de estudo com foco no problema	Último ano da busca	Utilizado na opção:
Sempowski, 2004	Abordou programas que fornecem incentivos financeiros aos médicos em troca de um compromisso de retorno de serviço.	Avaliar a eficácia dos programas que fornecem incentivos financeiros aos médicos em troca de um compromisso de retorno de serviço (ROS) na área rural ou carente de serviços.	Dez publicações foram selecionadas como maior nível de evidência disponível. A qualidade da evidência era baixa e de limitada aplicabilidade (um estudo retrospectivo e um coorte prospectivo, sendo o restante pesquisas transversais). Três estudos foram do Canadá, 1 da Nova Zelândia e os 6 restantes eram dos Estados Unidos. Os resultados incluíram recrutamento inicial de médicos, taxas de aquisição e retenção a longo prazo. A maioria dos estudos relatou recrutamento efetivo apesar das altas taxas de aquisição em alguns programas baseados dos EUA. Aumento da mensalidade e dívida canadense entre estudantes de medicina pode tornar esses programas atraentes. O primeiro estudo prospectivo de coorte sobre retenção mostrou que os médicos que escolheram voluntariamente ir a uma área eram muito mais propensos a permanecer a longo prazo do que aqueles que lá se localizavam como comprometidos com retorno de serviço obrigatório. Os programas multidimensionais pareciam ter mais sucesso que os que contavam apenas com incentivos financeiros.	3/10	10/10	0/10	10/10	2002	2

continua

continuação

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em Países de baixa e média renda e outros e identificá-los	Proporção de estudo com foco no problema	Último ano da busca	Utilizado na opção:
Grobler, Marais, Mabunda, 2015	Aborda estratégias educacionais, financeiras, reguladoras e de apoio pessoal e profissional, a partir de diversos modelos, por exemplo, programas de residência, educação continuada, entre outras.	Avaliar a eficácia de intervenções destinadas a aumentar a proporção de profissionais de saúde que trabalham em áreas rurais e outras áreas carentes.	Embora o estudo aborde todas as estratégias, apenas um estudo contemplou os critérios de inclusão da revisão e relata o efeito de um Seguro Nacional de Saúde em Taiwan, situação que melhorou a distribuição de profissionais e o acesso da população. O estudo também destaca que há uma escassez de pesquisas bem desenhadas.	10/11	1/1	0	1/1	2007	1, 2 e 4
Bärnighausen <i>et al.</i> , 2009	Abordou a estratégia incentivos financeiros por meio de bolsas de estudo que exigem serviço, empréstimo estudantil com opção de serviço, além de bolsas para residentes e incentivos financeiros diretos.	Avaliar programas de incentivos financeiros com retorno de serviço (um trabalhador de saúde (futuro) entra em um contrato para trabalhar por vários anos em uma área carente em troca de um pagamento financeiro).	Dos 43 estudos revisados, 34 investigaram programas de incentivo financeiro nos EUA. Os estudos restantes avaliaram programas no Japão (cinco estudos), Canadá (dois), Nova Zelândia (um) e África do Sul (um). Os programas começaram entre 1930 e 1998. Foram identificados 5 diferentes tipos de programas (bolsas de estudos que requerem serviços, empréstimos educacionais com opção de serviço, programas de reembolso de empréstimos e incentivos financeiros diretos). Incentivos financeiros para servir por um ano em uma área carente variaram desde o ano 2000 entre 1.358 a 28.470 dólares. Todos os estudos revisados foram observacionais.	8/11	43/43	1/43	43/43	2009	4

continua

continuação

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em Países de baixa e média renda e outros e identificá-los	Proporção de estudo com foco no problema	Último ano da busca	Utilizado na opção:
			<p>A estimativa de todos os participantes elegíveis do programa que cumpriram a sua obrigação ou a cumpriram no momento do estudo foi de 71% (intervalo de confiança de 95% 60%-80%). Sete estudos compararam a retenção na mesma área (desassistida) entre os participantes do programa e não participantes. Seis estudos descobriram que os participantes eram menos propensos do que os não participantes a permanecerem na mesma área (cinco estudos relataram que a diferença é estatisticamente significativa); um estudo não encontrou diferença significativa na retenção na mesma área. Treze estudos compararam a prestação de cuidados ou a retenção em qualquer área carente entre participantes e não participantes. Onze estudos descobriram que os participantes eram mais propensos a continuar a praticar em qualquer área carente (nove estudos relataram que a diferença foi estatisticamente significativa, enquanto dois estudos não forneceram os resultados de um teste de significância); dois estudos descobriram que os participantes do programa eram significativamente menos propensos do que os não participantes a permanecerem em qualquer área carente. Sete estudos investigaram a satisfação dos participantes com o seu trabalho e vidas pessoais em áreas carentes.</p>						

continua

continuação

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em Países de baixa e média renda e outros e identificá-los	Proporção de estudo com foco no problema	Último ano da busca	Utilizado na opção:
Budathoki <i>et al.</i> , 2017	Aborda a motivação dos estudantes de medicina para a prática em áreas rurais de países de baixa e média renda após a graduação.	Este estudo objetiva explorar as influências sobre os estudantes de medicina da motivação para a prática em rurais áreas de baixa renda e de renda média países após a graduação.	Compensação monetária, diversidade de práticas e pessoal de apoio foram potenciais motivadores para a atuação em áreas rurais. Estudantes de medicina com formação rural perceberam a proximidade de sua família como um motivador para a prática rural.	9/11	13/13	6/13	13/13	2016	1 e 3
Lee, 2014	Aborda métodos para melhorar o recrutamento e a retenção de médicos rurais.	Identificar os desafios no recrutamento e retenção de médicos rurais e determinar os métodos que tornam o recrutamento e a retenção de médicos rurais bem-sucedida.	Aponta a dificuldade de encontrar estudo que subsidiem a discussão sobre a temática.					2013	3

continua

continuação

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em Países de baixa e média renda e outros e identificá-los	Proporção de estudo com foco no problema	Último ano da busca	Utilizado na opção:
Roots <i>et al.</i> , 2013	Aponta o apoio profissional aos trabalhadores de saúde.	Este estudo visa ampliar a compreensão dos fatores associados ao recrutamento e retenção de terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas em regiões rurais, por meio de uma síntese de evidências de estudos qualitativos encontrados na literatura.	Doze estudos qualitativos preencheram os critérios de elegibilidade. Nossa síntese revelou que a decisão dos terapeutas de localizar, permanecer ou deixar as comunidades rurais foi influenciada em maior grau pela disponibilidade de acesso a práticas de apoio, oportunidades de crescimento profissional e compreensão do contexto da prática rural, do que por localização. A análise de segunda ordem revelou os benefícios de um inquérito baseado na força para determinar o recrutamento e fatores de retenção. Os temas que surgiram foram: 1) apoio da organização influencia a retenção; 2) com apoio, os desafios podem se tornar recompensas e ativos; e 3) uma compreensão dos desafios associados à prática antes da chegada influencia a retenção.	7/11	12/12	0/12	12/12	2009	3

continua

conclusão

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em Países de baixa e média renda e outros e identificá-los	Proporção de estudo com foco no problema	Último ano da busca	Utilizado na opção:
Goodfellow <i>et al.</i> , 2016	Aborda a exposição em áreas rurais durante a graduação.	Determinar os fatores mais fortemente associados à localização de médicos de atenção primária em áreas urbanas ou rurais carentes dos Estados Unidos.	Setenta e dois estudos observacionais ou de caso-controle preencheram os critérios de inclusão. Estes foram categorizados em quatro grandes temas alinhados com a literatura prévia: 19 estudos focados em características do médico, 13 em fatores financeiros, 20 em currículos de escolas de medicina/programas, e 20 em programas de educação médica de pós-graduação (GME). Estudos encontraram relações significativas entre raça/etnia e linguagem do médico e prática em áreas carentes. Múltiplos estudos demonstraram associações significativas entre fatores financeiros (por exemplo, dívida ou incentivos) e prática em áreas carentes ou rurais, independentemente das características dos formandos já existentes. Também houve evidências de que os programas de medicina e GME foram eficazes na formação de PCPs que se localizam em áreas carentes.	7 /11	72/72	0/72		2015	1, 2 e 3

Fonte: Elaboração própria.

Conte-nos o que pensa
sobre esta publicação.



CLIQUE AQUI
e responda a pesquisa



Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsmms.saude.gov.br



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

Governo
Federal