

UNIVERSIDADE SANTO AMARO

CURSO DE MEDICINA

Declaração de entrega do Trabalho de Conclusão de Curso

Declaro que o trabalho intitulado: A escassez de médicos de família em áreas rurais:
uma revisão integrativa.

realizado pelo(s) aluno(s): Kleber Rene da
Silva _____

está apto para entrega, apresentação e avaliação das bancas nomeadas.

Prof. Dr. Paula Yuri Sugishita Kanikadan _____

Assinatura do Orientador do Trabalho

UNIVERSIDADE SANTO AMARO

CURSO DE MEDICINA

Kleber Rene da Silva

**A escassez de médicos de família em áreas rurais: uma revisão
integrativa.**

São Paulo

2024

Kleber Rene da Silva

**A escassez de médicos de família em áreas rurais: uma revisão
integrativa.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Medicina da
Universidade Santo Amaro – UNISA,
como requisito parcial para obtenção do
título Bacharel em Medicina.

Orientador: Prof. Dra. Paula Yuri
Sugishita Kanikadan

São Paulo

2024

Ficha Catalográfica

S581e	<p>Silva, Kleber Rene. A escassez de médicos de família em áreas rurais: uma revisão integrativa / Kleber Rene Silva. – São Paulo, 2024. 26 p. : il., color. Orientadora: Profa. Dra. Paula Yuri Sugishita Kanikadan.</p> <p>TCC Graduação. (Curso Superior em Medicina) – Universidade Santo Amaro, 2024. Bibliografia incluída.</p> <p>1. Medicina de família. 2. Rural. 3. Escassez. I. Kanikadan, Paula Yuri Sugishita, orient. II. Universidade Santo Amaro. III. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDD 616</p>
-------	--

Elaborada pela Bibliotecária: Elisângela Silva Herênio CRB-8/6839

Kleber Rene da Silva

A escassez de médicos de família em áreas rurais: uma revisão integrativa.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Medicina da Universidade Santo Amaro – UNISA, como requisito parcial para obtenção do título Bacharel em Medicina.

Orientador: Prof. Dra. Paula Yuri Sugishita Kanikadan

São Paulo, ____ de _____ de 2024

Banca Examinadora

Prof. Dra. Paula Yuri Sugishita Kanikadan _____

Orientadora

Prof. Dra. . Patrícia Colombo de Souza _____

Avaliadora

Prof. Ma. Ma. Fernanda Galvão Canda Kimura Dias _____

Avaliadora

Conceito Final

Kleber Rene da Silva, Paula Yuri Sugishita Kanikadan. *A escassez de médicos de família em zonas rurais: uma revisão integrativa*. [Trabalho de Conclusão de Curso]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade Santo Amaro, 2024.

INTRODUÇÃO: Hoje, mais de 50% da população mundial é rural, mas apenas 23% dos profissionais de saúde atuam nesse meio. Além disso, 56% das pessoas que vivem na zona rural não são cobertas por serviços de Atenção Primária à Saúde. Fatores que influenciam esse cenário são educação em saúde, investimentos em saúde e discrepância salarial entre outros. O objetivo deste estudo foi identificar as dificuldades relacionadas à escassez de médicos de família em áreas rurais e integrar as soluções encontradas usando as variáveis qualitativas “educação em saúde”, “investimentos em saúde” e a “discrepância salarial”. **METODOLOGIA:** Foi feita uma revisão integrativa buscando por artigos nas bases pubmed, scielo e Lilacs no período de agosto de 2024 a novembro de 2024 usando a estratégia população (médicos de família), conceito (educação em saúde, investimentos em saúde e disparidade salarial) e contexto (áreas rurais) buscando os termos Decs/Mesh “medicina de família/family medicine”, “rural/rural” e “escassez/shortage” e os booleanos “e/and”, “ou/or”; em artigos publicados nos últimos 10 anos. A apresentação do estudo seguiu o protocolo Standards for Reporting Qualitative Research da Association of American Medical Colleges. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Foram encontradas 197 publicações, das quais 78 foram incluídas pelos critérios de inclusão. A escassez de médicos de família em áreas rurais é uma realidade em muitos países, independentemente de sua condição territorial e econômica. Observam-se muitos projetos promissores que não obtêm sucesso na captação e retenção de longo prazo de acadêmicos e profissionais pela falta de investimentos em saúde e disparidade salarial. A pesquisa científica em medicina rural também não tem sido incentivada de maneira a atrair pessoas e recursos. Fatores subjetivos podem adicionar influências na escolha entre a prática rural e urbana. **CONCLUSÃO:** Conclui-se que é necessária uma articulação mais robusta entre os projetos dos setores acadêmicos e profissionais e as parcerias públicas e privadas, tanto nacionais quanto locais, a fim de equilibrar necessidades, recursos e desenvolvimento. Assim, será possível garantir à população rural acesso à assistência primária, com um médico de família cuja remuneração seja equivalente à dos centros urbanos.

Palavras-chave: Medicina de família. Rural. Escassez.

ABSTRACT

BACKGROUND Today, more than 50% of the world's population lives in rural areas, but only 23% of healthcare professionals work in this area. Furthermore, 56% of people living in rural areas are not covered by Primary Health Care services. Factors that influence this scenario include health education, investments in health, and wage discrepancies, among others. The objective of this study is to identify the difficulties and integrate solutions that involve this issue. **METHODOLOGY** An integrative review was carried out searching for articles in the pubmed, scielo and Lilacs databases using the strategy population (family doctors), concept (health education, health investments and wage disparity) and context (rural areas) following the Standards for Reporting Qualitative Research protocol. **RESULTS ANS DISCUSSION** A total of 197 publications were found, of which 78 were included according to the inclusion criteria. The shortage of family doctors in rural areas is a reality in many countries, regardless of their territorial and economic conditions. Many promising projects are observed that are not successful in attracting and retaining academics and professionals in the long term due to the lack of investment in health and salary equality. Scientific research in rural medicine has also not been encouraged in a way that attracts people and resources. Subjective factors may add influences in the choice between rural and urban practice. **CONCLUSION** It is concluded that a more robust articulation between projects in the academic and professional sectors and public and private partnerships, both national and local, is necessary in order to balance needs, resources and development. This will ensure that the rural population has access to primary care, with a family doctor whose remuneration is equivalent to that of urban centers.

Keywords: Family medicine. Rural. Shortage.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 METODOLOGIA	12
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	14
4 CONCLUSÃO/ CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS	30
ANEXO 1.....	38
ANEXO 2	39

1 INTRODUÇÃO

Existe considerável literatura demonstrando que a discrepância entre as necessidades de saúde e o treinamento de recursos humanos para a saúde é muito mais evidente nas áreas rurais¹.

Evidências mais recentes revelam que mais de 50% da população mundial é rural, porém apenas 23% dos profissionais de saúde atuam nesse meio. Além disso, 56% das pessoas que vivem nessas áreas não têm acesso à serviços de Atenção Primária. Mundialmente, existe um déficit de profissionais de saúde em zonas rurais e remotas. Enquanto em Manaus há um médico para 574 habitantes, no interior do Amazonas há um médico para 8.944 habitantes. Esses números demonstram as diferenças significantes entre o acesso à serviços de saúde em áreas rurais e urbanas. O número de pessoas que nunca foi consultado por um profissional de saúde, por exemplo, é maior em áreas rurais do que urbana².

De fato, a educação em saúde é um dos temas que tem um número crescente de estudos relacionados à assistência à saúde em áreas rurais. Um dos fatores que tem impactado nas escolhas de carreira dos estudantes de medicina nos Estados Unidos (EUA) é a alta dívida educacional. Foi demonstrado que os alunos com alta dívida têm menos probabilidade de escolher especialidades de cuidados primários e têm um potencial de renda vitalício menor do que muitas outras especialidades³. Outro fator influenciador da escolha é a presença de docentes e preceptores de mesma origem étnica e comunitária. As pessoas, mais do que as atividades, parecem influenciar as escolhas de carreira dos alunos⁴.

Uma medida que fortalece esta iniciativa é construir e validar um currículo baseado em competências para Medicina de Família⁵. Isso contribui na criação de parâmetros objetivos para orientar tanto o treinamento quanto a prática de Medicina de Família e tornar a expansão do treinamento de residência uniforme entre todos os locais de treinamento, como em Moçambique⁶.

Um estudo brasileiro mostrou que após a graduação, as Residências Multiprofissionais em Saúde também contribuem efetivamente para a melhoria da escassez de profissionais médicos em áreas rurais. Mais especificamente, os programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, com ênfase na

saúde da população do campo (RMSFC), a exemplo do que acontece com as comunidades Quilombolas de Garanhuns em Pernambuco⁷.

Muitos estudos internacionais mencionam os investimentos em saúde como fator influenciador destas melhorias e vêm sendo amplamente analisados. A falta de investimentos sempre trouxe dificuldades. Mesmo em cenários econômicos mais favoráveis, como nos Estados Unidos, o número de profissionais médicos de medicina primária não corresponderá às necessidades da população como um todo⁸.

Embora grandes avanços sejam conquistados em investimentos em saúde quando políticas públicas são desenvolvidas, o alcance das necessidades em saúde ainda é caro. A exemplo da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), a qual tem como objetivo a melhoria das condições de saúde das populações do campo, da floresta e das águas por meio da realização de ações e iniciativas que reconheçam as individualidades de gênero, de geração, de raça/cor, de etnia e de orientação sexual. Neste sentido, os serviços de saúde na zona rural enfrentam diversos problemas como: barreiras geográficas; falta de profissionais, de medicamentos e de agendamentos de exames; limitações da referência e contrarreferência e, especialmente, as fragilidades na rede de atenção à saúde⁹.

A discrepância salarial envolvendo a medicina de família e a prática rural está presente em vários países, como a China e os Estados Unidos. Uma diferença salarial racial e de gênero foi bem documentada em toda a economia dos EUA e foi revelado rendas e salários por hora mais baixos entre médicos de família negros/afro-americanos e mulheres¹⁰.

Os primeiros fatos relevantes para a mobilização da medicina de família e comunidade (MFC) em torno da temática rural foram relacionados ao movimento de saúde rural internacional, mais especificamente relacionados à Associação Mundial de Médicos de Família e seu muito ativo Working Party on Rural Health¹¹.

O objetivo deste estudo foi identificar as dificuldades relacionadas à escassez de médicos de família em áreas rurais e integrar as soluções encontradas usando as variáveis qualitativas “educação em saúde”, “investimentos em saúde” e a “discrepância salarial”, em diferentes cenários sociais.

2 METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão Integrativa, a qual seguiu as seguintes etapas: elaboração da pergunta norteadora; busca ou amostragem na literatura; coleta de dados; análise crítica dos estudos incluídos; discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa.

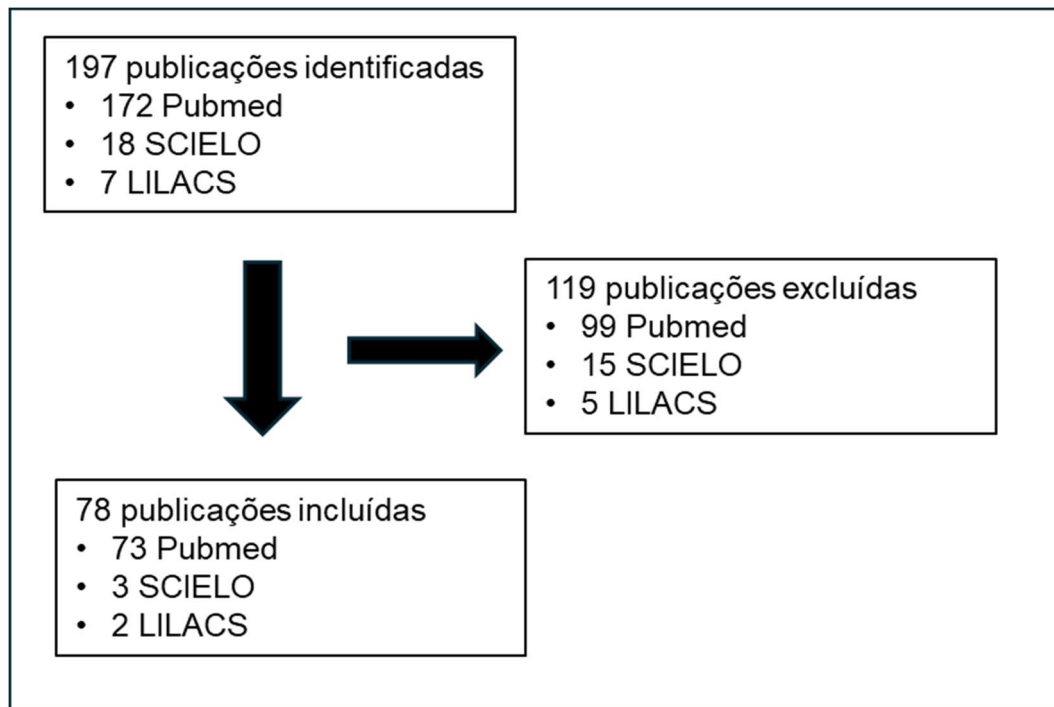
Para este estudo foram incluídos artigos científicos e boletins informativos publicados nos últimos 10 anos relacionados à escassez do profissional médico de família e comunidade em zonas rurais em diferentes partes do mundo. Todos os tipos de estudos disponíveis e publicados nos idiomas português ou inglês foram inclusos. Foram excluídos os artigos e boletins publicados na mesma época dedicados a outras questões vinculadas à medicina de família e comunidade em áreas rurais.

Foram consultados artigos nas bases de dados Pubmed, Scielo e Lilacs, bem como boletins informativos da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), do American Board of Family Medicine (ABFM) e da WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioner).

A estratégia de busca foi a PCC (População, Conceito, Contexto), onde a população estudada foi médico de família, o conceito utilizou como questões centrais a serem examinadas as influências dos fatores educação em saúde, investimentos em saúde e disparidade salarial no contexto da medicina de família em áreas rurais em diferentes partes do mundo.

Os seguintes descritores Decs/Mesh foram utilizados: Medicina de Família/ Family Medicine, médico de família/ family physician, rural/rural e escassez/shortage em uma estratégia de busca avançada com auxílio do operador booleano “OU/OR” “E/ AND” para combinar os descritores entre si. As buscas realizadas foram: “Medicina de Família” OU “médico de família” E “rural” E “escassez”, “Family medicine” OR “family physician” AND “rural” AND “shortage” por artigos nos idiomas inglês e português e que na íntegra atendam ao objetivo desta pesquisa. Os termos poderão estar presentes em título, resumo ou assunto. A figura 1 mostra o resultado da busca e seleção de artigos. A figura 1 mostra o resultado da busca e seleção de artigos.

Figura 1 – Fluxograma da seleção de artigos



Foram utilizadas as seguintes variáveis qualitativas nominais: “educação em saúde,” “investimentos em saúde” e “disparidade salarial” no contexto da Medicina de Família em zonas rurais em diferentes partes do mundo. A apresentação do artigo seguiu o protocolo SRQR, Standards for Reporting Qualitative Research , da Association of American Medical Colleges.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos foram organizados por países e subcontinentes para um melhor entendimento do contexto rural daquele estudo. Além disso, as diferentes sociedades foram categorizadas em três temas, 1. educação em saúde; 2. investimentos em saúde; 3. disparidade salarial, à exceção de alguns países com informações insuficientes na literatura e que foram descritos com somente uma ou duas destas categorias, conforme quadro 1:

Quadro 1 - Educação e investimentos em saúde, e disparidade salarial, por local

Local	Educação em saúde	Investimentos em saúde	em	Disparidade salarial
China	Qualificação com avaliação dos profissionais da APS varia entre zona rural e urbana	Em políticas de incentivo	de	Estratégias lançadas no último ano do curso de medicina para minimizá-la
Japão e Filipinas	Japan Primary Care Association como qualificadora em medicina de família e Programa Nacional de Implantação de Médicos Rurais das Filipinas	Para diminuir prejuízo nos serviços de saúde mental rural		<u>Japão</u> : programa de desenvolvimento de carreira; <u>Filipinas</u> : Lei Universal de Assistência Médica pode aumentar a disparidade
Bangladesh	Correção de desequilíbrios geográficos na distribuição de médicos a partir da análise de avaliações escolares prévias	--		--
Tailândia	Aprendizagem baseada na comunidade	--		--
Tanzânia	Primeiro contato com a profissão desestimula médico	Com a criação de planos de carreira		--
Índia	--	Reduziram taxas de mortalidade materna e infantil		--
Austrália	Treinamento rural dentro da universidade	Mostram dificuldade de atingir contextos sociais remotos		--
Lesoto e África do Sul	Hospitais distritais rurais para treinamento em medicina de família	<u>Lesoto</u> : há um incentivo forte ao treinamento rural		--
Botswana	Family Medicine Rotation para estudantes treinamento de medicina	Voltados para treinamento	para	Baixos salários e incentivos inadequados

Quênia e Hungria	Origem rural de estudantes para treinamento e retenção	<u>Hungria</u> : há prejuízo nos investimentos, pois há expressivo número de consultórios vagos	--
Libéria	Migração de médicos graduados para pós-graduação	--	--
Arábia Saudita	Doutorado em Medicina de Família na Universidade Qassim	Há dificuldade de estabelecer um plano estratégico para os investimentos	--
Escócia	Treinamento pelo NHS Education for Scotland	Cofinanciamento entre estado e conselhos de saúde	--
Alemanha, Espanha, Canadá, Estados Unidos e América Central	Tentativa de absorver médicos em zonas rurais a partir da criação da pós-graduação	<u>Alemanha</u> : melhora da infraestrutura e do treinamento; <u>Canadá</u> : incentivos financeiros e contratos específicos; <u>Estados Unidos</u> : desenvolvimento da comunidade e capacidade de evolução profissional para atender às demandas; <u>América Central</u> : melhorar condições e estabelecer parcerias	<u>Estados Unidos</u> : médico rural ganha menos que médico da zona urbana
Portugal	Escassez e má distribuição de médicos, e desequilíbrios geográficos dificultam ações em educação	Recrutamento de médicos estrangeiros	
Brasil	Incentivos aos estudantes a migrarem para regiões rurais na graduação e na pós-graduação	Programa Mais Médicos e reformulação das Diretrizes Curriculares	Salário como principal determinante de fixação profissional em determinada região

Um ponto comum para grande parte das regiões analisadas é a dificuldade de permanência de médicos nas zonas rurais.

A discussão também seguiu a divisão utilizada em resultados, com a exposição das descrições e reflexões sobre 1. educação em saúde, 2. investimentos em saúde e 3. disparidade salarial, por país e subcontinente.

Educação em Saúde

A China possui programas enfrentam vários desafios. Primeiro, as qualificações educacionais dos profissionais de atenção primária (PCPs) variam muito entre regiões rurais e urbanas. De 2005 a 2013, a porcentagem de PCPs com três ou mais anos de treinamento médico em áreas urbanas foi pelo menos 20,0% maior do que em áreas rurais. Segundo, existem disparidades regionais no número de médicos de família para cada 10.000 pessoas. A parte oriental mais rica da China tem uma proporção de 1,51 médicos de família para cada 10.000 pessoas, quase o dobro da China central (0,70) e ocidental (0,86). Terceiro, médicos mais bem-educados provavelmente preferirão trabalhar em hospitais, que oferecem uma carreira lucrativa com salários e status social mais altos. Pacotes de intervenção que combinam políticas de seleção de alunos que consideram o local de origem e a intenção de carreira com outras estratégias de incentivo valem a pena implementar. Exposição clínica adequada e avaliações regulares e rigorosas são cruciais para melhorar a qualidade do treinamento. A China deve encontrar um equilíbrio na distribuição de médicos de família entre as áreas mais ricas e mais pobres para garantir a equidade.^{12,13,14}

Já no Japão, a má distribuição geográfica de médicos e sua subsequente escassez em áreas rurais têm sido um problema sério no Japão e em outros países. A Medicina de Família, uma nova especialidade certificada pelo conselho iniciada há 10 anos no Japão pela Japan Primary Care Association (JPCA), pode ser uma solução para esse problema.¹⁶

Em Bangladesh, um estudo transversal comparativo foi conduzido para encontrar a associação entre a duração do serviço em unidades de saúde rurais e os fatores de histórico dos médicos para corrigir desequilíbrios geográficos na distribuição de médicos. A associação entre o local de conclusão do exame do certificado do ensino médio (SSC) e a duração dos serviços nas áreas rurais foi considerada estatisticamente significativa ($p = 0,003$). Além disso, nenhum outro fator de histórico foi considerado significativamente associado.¹⁹

Na Tailândia, a aprendizagem baseada na comunidade (CBL) é recomendada pela OMS para promover a retenção de médicos. A CBL pode aumentar a retenção de médicos. Ela deve incorporar experiências significativas, como exposição rural, juntamente com ensino em sala de aula para focar conceitos e integrar o serviço à comunidade.²⁰ O serviço público obrigatório de 3 anos foi implementado em 1967 como uma medida para lidar com a má distribuição de médicos na Tailândia. Atualmente, portanto, a maioria dos graduados em medicina trabalha em hospitais comunitários rurais para seus primeiros empregos.²¹

As Filipinas, para lidar com a má distribuição de prestadores de serviços de saúde e a escassez de médicos em áreas geograficamente isoladas e desfavorecidas das Filipinas, o Programa Nacional de Implantação de Médicos Rurais das Filipinas, ou mais comumente conhecido como programa Médicos para os Bairros (DTTB) foi estabelecido em 1993. No entanto, em 2011, apenas 18% dos DTTBs escolheram permanecer em seus municípios designados após sua implantação de dois anos, denominada retenção.²²

Tanzânia, por sua vez, mostra que muitos estudos se concentraram em abordar a escassez de números e a retenção de médicos em áreas rurais e remotas. Essas estratégias devem se concentrar na ligação do estágio com a primeira consulta e preferências de local de trabalho.²³

Na Austrália, o levantamento de mais informações sobre os indivíduos que escolhem a prática rural pode informar maneiras de melhorar o recrutamento e o treinamento futuros em medicina rural. É a combinação dos níveis de características individuais que sugere um perfil que difere entre estudantes em um caminho de treinamento rural ou geral. Médicos e estudantes de medicina se beneficiam de um alto nível de resiliência para lidar e gerenciar os desafios da profissão e, sem dúvida, ainda mais na prática rural. Junto com certas características demográficas, a combinação e os níveis de temperamento (estável) e características (desenvolvimentistas) apoiam a noção de uma mistura de características pessoais que podem ser indicativas de indivíduos mais adequados para a medicina rural e remota.²⁵

Lesoto tem desafios únicos como um pequeno enclave montanhoso da África do Sul com uma das menores taxas de médico para paciente do mundo. O treinamento em medicina de família no Lesoto usa um modelo descentralizado exclusivo, não baseado em universidade, com estagiários postados em hospitais distritais rurais por todo o país.²⁷

Botswana mostra que estudantes de medicina foram expostos a treinamento descentralizado em ambientes rurais. O FMR (Family Medicine Rotation) foi considerado uma experiência positiva para estudantes de medicina do quinto ano. No entanto, melhorias são necessárias, especialmente com a inconsistência das atividades de aprendizagem entre os locais. Acomodação, suporte logístico e recrutamento de mais funcionários também são necessários para a melhoria da experiência de FMR dos estudantes de medicina.²⁸

No Quênia, aproximadamente 52% dos médicos trabalham em áreas urbanas, 6% em áreas rurais e 42% em locais periurbanos. proporção médico-população de 1,8:10.000. A origem rural dos alunos foi considerada o fator mais importante para a retenção da força de trabalho de saúde rural.³⁰

Enquanto que na África do Sul, os associados clínicos (ClinAs) foram introduzidos na África do Sul como parte da solução para a grave escassez de profissionais de saúde em áreas rurais. Esses ClinAs são baseados em hospitais distritais, onde trabalham sob a supervisão de médicos, reduzindo a sobrecarga de trabalho dos médicos e aumentando o acesso aos cuidados de saúde no Cabo Oriental.³¹

Já na Libéria, há grave escassez de força de trabalho em saúde, que é amplificada em áreas rurais. Muitos liberianos talentosos deixam o país para a pós-graduação; os médicos que ficam estão concentrados em Monróvia. O programa de medicina de família tem um componente de treinamento rural longitudinal apoiado pela Partners in Health no condado de Maryland, onde os residentes ganham experiência em uma região remota e mal atendida. Eles identificam um envolvimento mais prático

no atendimento ao paciente, exposição à saúde da comunidade e tempo individual com o corpo docente como os maiores ativos da experiência de treinamento rural.³²

Na Arábia Saudita, tanto para áreas urbanas quanto rurais, a Universidade Qassim está propondo estabelecer um Programa de Doutorado em Medicina de Família acelerado que duraria 6 anos. Os alunos terão que passar por um período de 6 meses de treinamento extensivo em Medicina de Família e nas especialidades clínicas relevantes.³³

Na Hungria, em uma pesquisa com estudantes de medicina, identificou-se que apenas 5% dos participantes planejam ser médicos de família e 5% dos alunos planejam trabalhar em áreas rurais. Estudantes de medicina de origem rural e interessados em medicina de família têm maior probabilidade de planejar trabalhar em áreas rurais.³⁵

Na Escócia, o NHS Education for Scotland (NES), órgão de treinamento e educação do NHS Scotland, trabalha em parceria com conselhos territoriais de saúde e escolas médicas para abordar o recrutamento e a retenção rurais por meio de uma variedade de iniciativas. A mais antiga delas é a GP Rural Fellowship, que está em vigor desde 2002. O programa GP Rural Fellowship da Escócia representa uma colaboração bem-sucedida entre educação e serviço.³⁶

Na Alemanha, um programa estruturado de treinamento de pós-graduação em clínica geral (CG) - desenvolveu um "dia rural" como uma intervenção para garantir a exposição à saúde rural para estagiários. O dia rural aumentou as atitudes positivas em relação às áreas rurais em geral, mas não teve influência na intenção de trabalhar na prática rural. Mais conscientização e responsabilidade em relação à escassez de força de trabalho em cuidados primários de saúde rurais entre as partes interessadas políticas, treinadores e estagiários são necessárias. A duração da intervenção deve ser estendida e possivelmente complementada pela oferta de rotações em práticas rurais para aumentar o efeito.³⁷

Preconceitos e uma imagem negativa da medicina de família dissuadiram os alunos de escolher uma carreira como CG, enquanto os estagiários de pós-graduação não se sentiam adequadamente preparados para serem totalmente competentes para exercer a profissão fora de uma área metropolitana.³⁸

A Universidade de Magdeburg na Saxônia-Anhalt foi a primeira escola médica na Alemanha a oferecer uma disciplina eletiva rural para alunos de pós-graduação. O curso eletivo levantou uma série de tópicos relevantes para a criação de uma prática rural e forneceu aos alunos uma visão útil sobre as condições de vida e trabalho na prática rural.³⁹

Existe um programa de ensino em uma área rural para estudantes de medicina humana na faculdade de medicina da Universidade Goethe, Frankfurt. Desde o inverno de 2016/2017, geralmente até 15 estudantes interessados por ano tiveram a oportunidade de participar do programa prioritário longitudinal "Landpartie 2.0". O programa dura seis semestres durante o estágio clínico dos estudos médicos e consiste em estágios regulares durante os quais os alunos recebem suporte individual

em uma clínica de família e participam de uma série de seminários e de uma excursão anual de um dia.⁴⁰

Embora os efeitos desses programas sejam positivos, muitas vezes é difícil motivar os alunos a participar, as causas podem ser "identificação com outra disciplina" com 61,0%, seguido diretamente por "não disposto a se comprometer a longo prazo" (56,1%). Em terceiro lugar está "conexões pessoais com outra região" com 30,5%.⁴¹

Na Espanha atual escassez de médicos e enfermeiros de atenção primária está causando dificuldades na substituição, e espera-se que essa escassez aumente. Essa situação é mais pronunciada em ambientes rurais do que em urbanos. Residentes em medicina de família e comunidade e enfermagem treinados em ambientes rurais expressaram satisfação com o programa de especialidade e a maioria dos recursos de atenção primária, mas vivenciaram uma ampla gama de incertezas ao decidir sobre seu futuro profissional em termos de vida em áreas rurais, suporte familiar, suporte financeiro e recrutamento.⁴⁵

Em Portugal, A escassez de médicos em áreas remotas, rurais e outras áreas carentes e a falta de clínicos gerais limitam o acesso aos serviços de saúde. Os desafios enfrentados pelos tomadores de decisão para garantir o acesso aos médicos foram identificados como uma escassez prevista de médicos, desequilíbrios geográficos e má distribuição de médicos por nível de atendimento.⁴⁶

No Canadá, em um estudo para examinar os atributos de estudantes de medicina canadenses na matrícula que previram prática posterior em uma localização rural, foi encontrado uma forte associação entre o interesse profissional em medicina de família rural na entrada na faculdade de medicina e a prática rural pós-residência como médico de família. Quando o interesse profissional inicial em um ambiente rural foi incluído no modelo multivariado, apenas essa variável e idade mais avançada previram prática familiar rural pós-residência.⁴⁷

Nos EUA, programas de residência em medicina de família rural (RFMRPs) enfrentam dificuldades únicas que ameaçam sua sustentabilidade e eficácia, apesar de seu recente sucesso em lidar com a escassez de médicos rurais.⁵⁰

Existem associações entre a quantidade de treinamento rural durante residências em medicina de família (FM) e trabalho rural subsequente. Passar mais da metade dos meses de treinamento de residência em áreas rurais foi associado a chances substancialmente maiores de prática rural. Há um gradiente linear entre níveis crescentes de exposição rural e trabalho rural subsequente.⁵¹

Estudantes de origem urbana podem escolher a prática rural por causa das forças de mercado, bem como incentivos financeiros. A participação em treinamento rural de graduação e pós-graduação é relatada como alterando positivamente a atitude de estudantes de origem urbana. Um pequeno subconjunto desses estudantes tem uma mentalidade predeterminada para praticar ruralmente no momento da matrícula. Obstáculos para escolher uma carreira rural incluem, mas não estão limitados a, falta de oportunidades de emprego e educação para cônjuges/parceiros,

falta de oportunidades recreativas e educacionais para crianças e oportunidades obscuras para educação médica contínua.⁵²

As residências rurais são um mecanismo eficaz para aumentar a colocação de médicos em áreas rurais e carentes de atendimento médico, mas são limitadas em número devido ao financiamento. As parcerias entre centros de saúde comunitários e medicina acadêmica (CHAMPs) podem servir como uma estrutura colaborativa para expansão de residências acadêmicas de cuidados primários fora dos modelos de financiamento tradicionais. As escolas de medicina deveriam considerar ter um programa rural e usar amplamente admissões focadas em áreas rurais.⁵³

Os alunos notaram que em seus locais rurais o ambiente de aprendizagem se estendia além do ensino clínico direto de quatro maneiras principais: (1) relacionamentos com o corpo docente clínico se traduziam em um senso de participação significativa em equipes de saúde; (2) conexões com membros da comunidade fora dos ambientes clínicos levavam a uma maior conscientização sobre preocupações com a saúde; (3) ambientes rurais forneciam espaço importante para refletir sobre suas experiências; e (4) a importância da infraestrutura era destacada. Os alunos também acreditavam que a diversidade de ocupação, educação, atitude e percepção do atendimento médico impactava o aprendizado em ambientes rurais. A metodologia de pesquisa participativa photovoice permitiu uma compreensão mais profunda dos aspectos da experiência de treinamento rural que mais repercutiram entre os alunos em tempo real, usando representações visuais das experiências vividas pelos alunos, conforme definidas pelos alunos.⁵⁴

Em áreas rurais de Minnesota a análise sugeriu que as considerações familiares são o determinante mais importante do local da prática.⁵⁵

Os internistas são mais dominantes em áreas urbanas, especialmente no Nordeste; eles também são mais propensos a praticar no Oeste e no Sul. Os médicos de família são mais propensos a praticar em áreas rurais e áreas de escassez de profissionais de saúde de atenção primária do que os internistas.⁵⁶

Meyers, em um estudo onde quantificou-se as contribuições da força de trabalho rural de graduados em programas de residência em medicina de família treinados em áreas rurais e as compara às contribuições de uma coorte geograficamente correspondente de graduados não treinados em áreas rurais. Médicos treinados em áreas rurais/RTT dedicam substancialmente mais serviços às comunidades rurais do que uma coorte correspondente de graduados não rurais/RTT e destacam a importância dos programas rurais/RTT como um grande contribuinte para a força de trabalho de atenção primária rural nos Estados Unidos.⁵⁷

A Thomas Jefferson University iniciou o Physician Shortage Area Program (PSAP) em 1974. O programa admite seletivamente candidatos à faculdade de medicina que cresceram em uma área rural e planejam atuar em uma área rural. Os graduados têm 8,5 a 9,9 vezes mais probabilidade de ingressar na medicina de família rural do que seus colegas. A retenção de longo prazo dos graduados do PSAP na medicina de família rural foi maior que 70% após 20 a 25 anos. Querer viver na zona rural parece ser essencial para a decisão de prática rural.⁵⁸

Também em 1974, a Faculdade de Medicina Humana da Universidade Estadual de Michigan (MSU-CHM) criou o Rural Physician Program (RPP) para abordar essas questões e aumentar os médicos de atenção primária na Península Superior (UP) de Michigan. Os autores descrevem o programa e analisam 30 anos de resultados. As características do programa, incluindo a segmentação de alunos interessados em áreas rurais, foco em atenção primária e treinamento clínico substancial em uma região rural, podem promover com sucesso carreiras de médicos rurais. O maior benefício é para a região rural onde o programa está sediado.⁵⁹

Os países da América Central, como muitos outros, enfrentam uma escassez de médicos de saúde rural. A maioria das escolas médicas nesta região está localizada em áreas urbanas e se concentra em treinamento de cuidados terciários em vez de saúde comunitária ou cuidados primários, que são mais adequados para a prática rural. No entanto, muitos países exigem que os médicos jovens façam serviço comunitário em comunidades rurais para lidar com a escassez de provedores de saúde. (a) a exposição dos médicos à medicina rural ocorre principalmente durante o tempo de compromisso com o serviço social, em vez de durante o treinamento médico formal; (b) programas educacionais inovadores geralmente não são sustentáveis devido a desafios financeiros e de liderança; (c) a maioria da mão de obra médica está em áreas urbanas, resultando em poucos modelos e professores de médicos rurais; e (d) não há colaboração suficiente para estabelecer sistemas clínicos e educacionais para atender às necessidades de saúde rural. Dessa forma, tornar o treinamento em cuidados primários um componente central da educação em escolas médicas; e expandir os currículos das escolas médicas em comunicação intercultural são determinantes.⁷⁰

No Brasil, a escassez de médicos em áreas rurais e carentes é um obstáculo à implementação da Cobertura Universal de Saúde. Estratégias educacionais em graduações e residências médicas são eficazes. No entanto, é necessário expandir essas intervenções para garantir a oferta de médicos em áreas rurais ou urbanas carentes. Os participantes dessas iniciativas educacionais têm maior probabilidade de trabalhar em áreas rurais ou carentes ou de escolher a medicina de família.⁷¹

O internato rural surge como uma experiência positiva na formação médica, com potencial agregador qualitativo para os envolvidos e influência na futura opção de trabalho, auxiliando na redução da lacuna de recursos humanos no meio rural. O diálogo entre comunidades, equipes de saúde, universidades e gestores locais é essencial para superar os desafios cotidianos e manter as atividades, assim como o apoio institucional aos estudantes e a qualificação do corpo docente.⁷²

Investimentos em Saúde

Na China, para lidar com a escassez de profissionais de saúde nas áreas rurais da Nova Área de Pudongde Xangai, o governo local emitiu uma política de incentivo como uma das reformas médicas. Conforme indicado pela investigação atual, a política de incentivo produziu algum efeito positivo na atração de prestadores de cuidados de saúde para trabalhar nos centros de saúde comunitários rurais, especialmente clínicos gerais, enfermeiros, detentores de diplomas de MS/MD e detentores de títulos profissionais intermediários para serem empregados nos mais

distantes. No entanto, descobriu-se que a população de prestadores de cuidados de saúde de alta qualidade ainda não era suficiente para cobrir todas as áreas rurais, o que sugeria que ainda era difícil atrair tais indivíduos médicos qualificados. Para concluir este estudo, foram feitas três recomendações para os formuladores de políticas levarem em consideração em termos de manutenção de políticas, benefícios para o pessoal de saúde e garantia de seus direitos e interesses legais.¹⁵

No Japão, existem várias lacunas críticas na prestação de serviços de saúde mental rural: a migração de profissionais médicos para centros urbanos, a transformação de estruturas sociais que afetam os cuidados tradicionais e a falta de treinamento especializado em serviços de saúde mental entre médicos de atenção primária.¹⁷

Na Tanzânia, procura-se definir e apoiar planos de carreira para profissionais de saúde que trabalham sob as autoridades do governo local, melhorando as relações de trabalho e a formação de equipes nos locais de trabalho e promovendo a saúde rural com estudantes de medicina durante o treinamento médico.²³

Na Índia a National Rural Health Mission (NRHM) tem sido bem-sucedida na redução das taxas de mortalidade materna e infantil na Índia. O especialista em medicina de família pode ser uma alternativa viável aos médicos especialistas, pois preenchem a lacuna existente e melhoram drasticamente a qualidade dos cuidados de saúde fornecidos.²⁴

Na Austrália, pessoas que vivem em áreas rurais e remotas têm acesso a consideravelmente menos médicos em comparação com populações em grandes cidades. Quatro temas principais foram identificados, incluindo 1) aprendizagem supervisionada em comunidades carentes, 2) impacto do trabalho em contextos pequenos e remotos, 3) equilíbrio entre vida pessoal e profissional e 4) promoção de práticas remotas sustentáveis.²⁶

Em Lesotho, embora a medicina de família no Lesoto ainda esteja nos estágios iniciais de desenvolvimento, este modelo de treinamento descentralizado demonstra uma estratégia eficaz para desenvolver a força de trabalho de saúde rural no Lesoto. Tem o potencial de mudar a força de trabalho médica e o sistema de saúde do Lesoto, e pode ser um modelo para treinamento de médicos em ambientes semelhantes.²⁷

EM Botswana havia uma escassez percebida de profissionais de saúde na atenção primária à saúde, que se acreditava resultar de uma necessidade maior de serviços de saúde, distribuição desigual de profissionais de saúde, migração e muito poucos desses trabalhadores sendo treinados. A migração foi principalmente o resultado de fatores pessoais e familiares desfavoráveis, gestão de saúde e recursos humanos fraca e ineficaz.²⁹

Na Arábia Saudita, há uma escassez de médicos de família qualificados em todos os setores de saúde na Arábia Saudita como resultado da falta de um plano estratégico para o treinamento de médicos de família. Um plano estratégico nacional com objetivos específicos e um orçamento explícito são necessários para lidar com essa escassez.³⁴

Na Hungria, a escassez de médicos de família é um desafio considerável. O número de consultórios vagos está aumentando e as áreas rurais e carentes são mais afetadas.³⁵

Na Escócia, o modelo atual envolve acordos de cofinanciamento entre a NES e os conselhos participantes, apoiando um máximo de 12 bolsistas por ano. O investimento dos Conselhos de Saúde na Fellowship é retornado por meio do compromisso de serviço que os bolsistas fornecem, e a parcela de financiamento da NES permite que os bolsistas tenham tempo educacional protegido para atender às suas necessidades educacionais em relação à medicina rural. Dado esse nível de suporte financeiro, é importante que o resultado da experiência da Fellowship seja compreendido, em particular sua influência no recrutamento e retenção na clínica geral na Escócia rural.³⁶

Na Alemanha concluíram que estratégias devem ser desenvolvidas para aumentar a conscientização e criar uma conexão pessoal com áreas rurais durante o treinamento médico de graduação e pós-graduação. Atenção deve ser dada para destacar a simpatia familiar (creches, escolas), a atratividade das condições de trabalho e para melhorar as deficiências na infraestrutura local (internet e/ou conexões de tráfego).^{38,42}

Diante das crescentes desigualdades e da menor acessibilidade de médicos em áreas rurais, novas estruturas de prestação de cuidados de saúde estão sendo consideradas para dar suporte aos cuidados de saúde locais em comunidades alemãs.⁴³

O estabelecimento de um programa de educação médica na área rural de Siegen está planejado para ser o primeiro passo contra a escassez de médicos nesta região.⁴⁴

Em Portugal, até o momento, nenhuma política de recursos humanos para a saúde foi formulada, apesar da maioria dos documentos revisados afirmar que ela é necessária. Por outro lado, várias estratégias isoladas e ad hoc foram adotadas, como incentivos para escolher a saúde da família como uma especialidade ou trabalhar em uma região carente e recrutamento de médicos estrangeiros por meio de acordos bilaterais.⁴⁶

No Canadá, atualmente, há uma má distribuição de médicos, com áreas rurais enfrentando uma maior escassez de médicos. A força-tarefa entre o College of Family Physicians e a Society of Rural Physicians criou um relatório, "The Rural Road Map for Action" (RRMA) para melhorar a saúde dos canadenses rurais treinando e retendo um número maior de médicos de família rurais.⁴⁸

A escassez de médicos é um problema persistente em regiões rurais ao redor do mundo, e a zona rural do norte de Ontário, Canadá, não é exceção. Mesmo com intervenções governamentais significativas, incentivos financeiros e contratos específicos das áreas rurais, o recrutamento de médicos para a região continua sendo um desafio contínuo.⁴

Nos EUA, dois temas principais influenciam: (1) o desenvolvimento da comunidade e (2) a capacidade de evoluir para atender às demandas. O desenvolvimento da comunidade possui cinco subtemas: avaliar recursos locais, priorizar a adesão da comunidade, projetar uma clínica de continuidade robusta, identificar ou cultivar um campeão médico local e dar suporte ao corpo docente e preceptores médicos. Os programas que evoluíram para atender às demandas tinham quatro subtemas: rever frequentemente a missão do programa para se alinhar ao escopo da medicina de família, redefinir expectativas na educação médica, integrar experiências longitudinais e implementar inovação no design curricular.⁶⁰

Programas de residência de treinamento rural foram criados para ajudar a lidar com a escassez de médicos rurais. Os participantes citaram os desejos de outras pessoas significativas, trabalho significativo e integração na comunidade local como os fatores mais importantes na retenção rural. O pagamento de empréstimos estudantis e as oportunidades de ensino foram os menos importantes.⁶¹

As médicas têm mais probabilidade do que os médicos de escolher especialidades de atenção primária, mas menos probabilidade de se localizar em áreas rurais. Temas comunitários associados à prática rural bem-sucedida incluem: adequação à comunidade; adequação do cônjuge/parceiro à comunidade; relacionamentos com indivíduos; e relacionamentos com a comunidade. Laços familiares, experiência de treinamento dentro da comunidade, redes sociais e investimento na comunidade foram fatores positivos, enquanto diferenças políticas/culturais foram negativas.⁶²

Três temas principais foram encontrados que influenciam os alunos: perspectiva, escolha e exposição. Os subtemas incluíram: (1) a importância de preceptores de alta qualidade praticando medicina de família de escopo completo, (2) o valor de uma experiência rural e (3) apoio institucional para buscar medicina de família.⁶³

Com a assistência financeira ao empréstimo estudantil, os alunos demonstraram um escopo de prática mais amplo e era mais provável que praticassem em áreas rurais ou subservidas de serviços de saúde.⁶⁴

Outros autores recomendam uma nova estratégia para reforçar a força de trabalho médica rural, focada no uso de parcerias acadêmico-rurais para incorporar rotações rurais como parte rotineira.⁶⁵

Uma escassez de provedores de assistência médica, particularmente em cuidados primários e saúde mental, existe no estado predominantemente rural de Idaho. Foi identificado múltiplos fatores que os provedores de assistência médica consideraram como vantagens ou desvantagens importantes para reter provedores de assistência médica em áreas rurais. No geral, fatores de suporte de instalações e comunidade foram constatados como tendo a maior vantagem na retenção de provedores rurais. Organizações de assistência médica rurais que buscam aumentar a retenção de provedores de assistência médica devem direcionar esforços de retenção para esses fatores.⁶⁶

Os resultados mostram que os hospitais rurais e urbanos têm desempenho semelhante na dimensão eficiência, enquanto os hospitais rurais têm desempenho significativamente melhor do que os hospitais urbanos na dimensão satisfação do paciente. Quando as duas dimensões são consideradas em conjunto, alguns hospitais rurais apresentam o melhor desempenho.⁶⁷

Na América Central as sugestões para mudanças no sistema de saúde incluem: (a) melhorar as condições de vida e de trabalho dos médicos rurais; e (b) estabelecer parcerias entre organizações educacionais, governamentais e não governamentais e a liderança da comunidade rural, para promover o treinamento e os sistemas de saúde rurais.⁷⁰

No Brasil, o Programa Mais Médicos visa diminuir a escassez de médicos e reduzir as disparidades regionais de saúde e envolve três estratégias principais: i) mais vagas e novos Cursos de Medicina com base nas Diretrizes Curriculares revisadas; ii) investimentos na (re)construção de Unidades Básicas de Saúde; iii) provisão de médicos brasileiros e estrangeiros. Evidências indicam redução de 53% no número de municípios com escassez de médicos; no Norte, 91% dos municípios com escassez de médicos foram provisionados, com quase cinco médicos por município, em média. A integração dos profissionais nas Equipes de Saúde da Família fortaleceu e ampliou a capacidade de intervenção, particularmente no contexto da adoção de um modelo de atenção à saúde que engloba diferentes demandas de promoção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças e agravos, para enfrentar o desafio da dupla carga de doenças.⁷³

A saúde rural pode incluir as populações de áreas tradicionalmente reconhecidas como rurais, mas também comunidades ribeirinhas; áreas indígenas; populações quilom-bolas, de pescadores, mineradores, de alguns trabalhadores temporários; migrantes; áreas remotas e locais de difícil acesso, mesmo dentro de grandes cidades, como favelas, áreas rurais incrustadas, municípios muito pequenos etc.⁷⁴

Disparidade Salarial

Na China, estratégias para relacionamentos paciente-médico, Bianzhi e salário devem ser consideradas para atrair estudantes de medicina e enfermagem do último ano para trabalhar na China rural.¹²

No Japão, os resultados atuais sugerem que o sistema de apoio à carreira representado pelo *ikyoku*, bem como um programa de desenvolvimento de carreira, são de importância potencial para aumentar a retenção regional por meio dos mecanismos de um senso de pertencimento e um sistema de educação ao longo da vida. Essas descobertas fornecem informações úteis para o desenvolvimento de intervenções políticas adicionais que entrelacem sistemas tradicionais e novos para maximizar sua eficácia.¹⁸

Nas Filipinas, sobre compensação médica, a Lei Universal de Assistência Médica recentemente assinada e Segurança e Proteção foram identificados como fatores nacionais que podem afetar a retenção.²²

Em Botswana, baixos salários e incentivos inadequados para serviços em áreas rurais e remotas também foram fatores identificados como influenciadores da escassez de trabalhadores da saúde em áreas remotas.²⁹

Nos EUA, mais de 12% dos médicos com menos de 55 anos estão insatisfeitos com suas carreiras e mais de 18% relatam planos de deixar o atendimento ao paciente nos próximos 6 anos. Médicos rurais na Pensilvânia têm 18,6% mais chances de relatar insatisfação com a carreira e 29,5% mais chances de deixar o atendimento ao paciente nos próximos 6 anos em comparação com seus colegas urbanos. Proprietários de consultórios rurais têm maiores chances de sair em comparação com proprietários urbanos, sugerindo dificuldades relativamente maiores de administrar um consultório bem-sucedido em áreas rurais. Em relação às maiores fontes de insatisfação, médicos rurais têm maiores chances de relatar a falta de autonomia, mas menores chances de relatar preocupações com salário/renda.⁶⁸

As rendas anuais não ajustadas dos médicos de atenção primária rurais eram semelhantes às de seus colegas urbanos, mas eles tendiam a trabalhar mais horas, completar mais consultas de pacientes e ter uma proporção muito maior de pacientes do Medicaid. Após o ajuste para esforço de trabalho, características do médico e características da prática, os médicos de atenção primária que praticavam em ambientes rurais ganhavam \$ 9.585 (5%) a menos do que seus colegas urbanos.⁶⁹

No Brasil, a pesquisa Demografia Médica 2018 mostrou que 63,1% dos médicos pesquisados consideraram o salário como o principal determinante para a fixação do médico em uma instituição ou cidade. Outro estudo de abrangência nacional revelou que 92% dos médicos consideraram o salário um dos principais fatores para justificar a permanência do profissional em um município.⁷⁵

Em um estudo ecológico e transversal com 78 municípios da Macrorregião de Saúde Norte, Minas Gerais, Brasil; a média salarial encontrada foi de R\$11.188,61 (\pm R\$2.093,71), variando de R\$6.388,20 até R\$17.000,00 pela mesma carga horária.⁷⁶

A Declaração de Limerick sobre Saúde Rural da WONCA Rural (Associação Mundial de Médicos de Família, grupo de saúde rural), em 2022, fez recomendações as quais se concentraram em quatro temas principais: necessidades e prestação de cuidados de saúde rurais, força de trabalho rural, advocacia e política, e pesquisa para cuidados de saúde rurais.⁷⁹

Tais recomendações deveriam nortear a conduta dos serviços de saúde em áreas rurais, porém observa-se que poucos países conseguem colocar em prática algumas dessas recomendações, seja por falta de estrutura, por falta de engajamento político ou mesmo pela falta de interesse da classe médica, tanto profissional quanto acadêmica.

Por fim, há limitações deste estudo, pois pesquisas em países que não usam o termo “medicina de família” podem não ter sido encontrados e incluídos. Nem todos os países possuem estudos sobre as três variáveis do estudo.

4 CONCLUSÃO/ CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escassez de médicos de família em áreas rurais é uma realidade em muitos países, independente de sua condição territorial e econômica.

Observam-se muitos projetos promissores que não obtêm sucesso na captação e retenção de longo prazo de acadêmicos e profissionais pela falta de investimentos em saúde e disparidade salarial. A pesquisa científica em medicina rural também não tem sido incentivada de maneira a atrair pessoas e recursos. Fatores subjetivos podem adicionar influências na escolha entre a prática rural e urbana.

Conclui-se que é necessária uma articulação mais robusta entre os projetos dos setores acadêmicos e profissionais e as parcerias públicas e privadas, tanto nacionais quanto locais, a fim de equilibrar necessidades, recursos e desenvolvimento. Assim, será possível garantir à população rural acesso à assistência primária, com um médico de família cuja remuneração seja equivalente à dos centros urbanos.

REFERÊNCIAS

1. Almeida MM, Floss M, Targa LV, Wynn-Jones J, Chater AB. It is time for rural training in Family Medicine in Brazil! *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2018;13(40):1–4. doi:10.5712/rbmfc13(40)1696
2. Vieira Targa L, Floss M, Gusso G, Almeida M, Massakazu Ando N, Lima M, et al. História do Grupo de Trabalho em Medicina Rural da SBMFC. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2020 Jun 6;15(42):2365.
3. Ricketts TC, Porterfield DS, Miller RL, Fraher EP. The Supply and Distribution of the Preventive Medicine Physician Workforce. *J Public Health Manag Pract*. 2021 May-Jun 01;27(Suppl 3):S116-S122. doi: 10.1097/PHH.0000000000001322.
4. Anderson A, Morgan ZJ, Olaisen RH, Bazemore A, Taylor MK, Wang T, et al. Family physician income disparities by race and gender. *The Journal of the American Board of Family Medicine*. 2022;35(4):859–61. doi:10.3122/jabfm.2022.04.210472
5. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (internet). São Paulo; 2023. (acesso em 2023 abr 28). Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/medicos-que-atuam-na-zona-rural-atendem-50-da-populacao-do-mundo>
6. Phillips JP, Peterson LE, Fang B, Kovar-Gough I, Phillips RL Jr. Debt and the Emerging Physician Workforce: The Relationship Between Educational Debt and Family Medicine Residents' Practice and Fellowship Intentions. *Acad Med*. 2019 Feb;94(2):267-273. doi: 10.1097/ACM.0000000000002468.
7. Schiel K, Everard KM, Hooks-Anderson D, Cronholm PF. People, Not Programs: Improving Diversity in the Family Medicine Workforce. *Fam Med*. 2022 Oct;54(9):718-721. doi: 10.22454/FamMed.2022.683878.
8. Sanoë I, Beyan-Davies K, Anyango S, Ekwen G, Pierre J, Farley J, George M, Marsh RH, Luma M, Okiror D, Sacra R, Cook R. The Role of Family Medicine Training in Addressing Workforce Challenges in Rural Liberia - Early Implementation Experience. *Ann Glob Health*. 2021 Oct 8;87(1):96. doi: 10.5334/aogh.3249.
9. Sabino Y, Francisco PA, Rambique ODC, Chavez Noya LA, Bucuane AJ, Jantsch AG. One swallow does not a summer make: Twenty years of challenges and achievements of family medicine in Mozambique. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2022 Feb 3;14(1):e1-e4. doi: 10.4102/phcfm.v14i1.3335.
10. Targa LV, Camargo TS de. Avaliação do internato médico rural em Medicina de Família e Comunidade da Universidade de Caxias do Sul: reflexões para a educação médica e políticas de saúde. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*. 2022 Jan 13;43(1):51.

11. Souza VA, Gurgel IG, Albuquerque PC. Residência multiprofissional em saúde: (trans)formação para o sus em comunidades quilombolas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2022;32(3). doi:10.1590/s0103-73312022320313
12. Bao M, Huang C. Job preferences of medical and nursing students seeking employment in rural China: a discrete choice experiment. *BMC Med Educ*. 2021 Mar 5;21(1):146. doi: 10.1186/s12909-021-02573-3. PMID: 33673842; PMCID: PMC7934374.
13. Wu D, Lam TP. At a Crossroads: Family Medicine Education in China. *Acad Med*. 2017 Feb;92(2):185-191. doi: 10.1097/ACM.0000000000001512. PMID: 28121686.
14. 32 Han X, Chen C, Pittman P. Use of Temporary Primary Care Providers in Federally Qualified Health Centers. *J Rural Health*. 2021 Jan;37(1):61-68. doi:10.1111/jrh.12424. Epub 2020 May 1. PMID: 32356936.
15. Jing L, Liu K, Zhou X, Wang L, Huang Y, Shu Z, Lou J, Fan J, Sun X. Health-personnel recruitment and retention target policy for health care providers in the rural communities: A retrospective investigation at Pudong New Area of Shanghai in China. *Int J Health Plann Manage*. 2019 Jan;34(1):e157-e167. doi:10.1002/hpm.2618. Epub 2018 Aug 31. PMID: 30168615.
16. 34 Yoshida S, Matsumoto M, Kashima S, Koike S, Tazuma S, Maeda T. Geographical distribution of family physicians in Japan: a nationwide cross-sectional study. *BMC Fam Pract*. 2019 Oct 29;20(1):147. doi: 10.1186/s12875-019-1040-6. PMID: 31664903; PMCID: PMC6819408.
17. Ohta R, Sano C. Family Medicine Implementation to Maternal and Child Health in Rural Japan: A Narrative Review. *Cureus*. 2024 May 14;16(5):e60305. doi:10.7759/cureus.60305. PMID: 38883014; PMCID: PMC11175992.x. Souza, MTD, Silva, M. DD, & Carvalho, RD. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo)*, 8(1), 102-106, 2010.
18. Koike S, Okazaki K, Tokinobu A, Matsumoto M, Kotani K, Kataoka H. Factors associated with regional retention of physicians: a cross-sectional online survey of medical students and graduates in Japan. *Hum Resour Health*. 2023 Oct 26;21(1):85. doi: 10.1186/s12960-023-00871-z. PMID: 37885012; PMCID: PMC10604803.
19. Saha L, Dey AC, Talukder HK. Selection of right medical students to combat rural shortage of doctors: could it be a solution? In perspective of Bangladesh. *MedEdPublish* (2016). 2021 Jun 7;10:161. doi: 10.15694/mep.2021.000161.1. PMID:38486586; PMCID: PMC10939572.
20. Boonluksiri P, Tumviriyakul H, Arora R, Techakehakij W, Chamnan P, Umthong N. Community-based learning enhances doctor retention. *Educ Health (Abingdon)*. 2018 May-Aug;31(2):114-118. doi: 10.4103/efh.EfH_153_17. PMID: 30531054.
21. Thailand prepare doctors for work in community hospitals? An analysis of critical incidents. *Hum Resour Health*. 2019 Jul 29;17(1):62. doi:10.1186/s12960-019-0399-8. PMID: 31357987; PMCID: PMC6664783.

22. Flores ELL, Manahan EMR, Lacanilao MPB, Ladaw IMBT, Mallillin MMB, MappataoNTQ, Leonardia JA, Pepito VCF. Factors affecting retention in the Philippine National Rural Physician Deployment Program from 2012 to 2019: a mixed methods study. *BMC Health Serv Res.* 2021 Nov 5;21(1):1201. doi:10.1186/s12913-021-07219-0. PMID: 34740342; PMCID: PMC8571874.
23. Sirili N, Frumence G, Kiwara A, Mwangu M, Goicolea I, Hurtig AK. "Doctor sready to be posted are jobless on the street..." the deployment process and shortage of doctors in Tanzania. *Hum Resour Health.* 2019 Feb 1;17(1):11. doi:10.1186/s12960-019-0346-8. PMID: 30709401; PMCID: PMC6359816.
24. Pandey P, Sharma S. In the dark even after a decade! A 10-year analysis of India's National Rural Health Mission: Is family medicine the answer to the shortage of specialist doctor in India? *J Family Med Prim Care.* 2017 Apr-Jun;6(2):204-207. doi:10.4103/jfmpc.jfmpc_254_16. PMID: 29302518; PMCID: PMC5749057.
25. 67 Eley DS, Laurence C, Cloninger CR, Walters L. Who attracts whom to rural general practice? Variation in temperament and character profiles of GP registrars across different vocational training pathways. *Rural Remote Health.* 2015 Oct-Dec;15(4):3426. Epub 2015 Nov 17. PMID: 26572965.
26. Young L, Peel R, O'Sullivan B, Reeve C. Building general practice training capacity in rural and remote Australia with underserved primary care services: a qualitative investigation. *BMC Health Serv Res.* 2019 May 28;19(1):338. doi:10.1186/s12913-019-4078-1. PMID: 31138189; PMCID: PMC6537426.
27. Bryden B, Bryden M, Steer-Massaró J, Malope S. Family Medicine Training in Lesotho: A Strategy of Decentralized Training for Rural Physician Workforce Development. *Front Med (Lausanne).* 2021 Jan 14;7:582130. doi:10.3389/fmed.2020.582130. PMID: 33521009; PMCID: PMC7840654.
28. Mbuka DO, Mubuke AG. Family medicine rotation in Botswana: experiences of fifth-year medical students in decentralized rural training sites. *Pan Afr Med J.* 2023 Feb 2;44:67. doi: 10.11604/pamj.2023.44.67.38504. PMID: 37187597; PMCID:PMC10175651
29. Nkomazana O, Mash R, Shaibu S, Phaladze N. Stakeholders' Perceptions on Shortage of Healthcare Workers in Primary Healthcare in Botswana: Focus Group Discussions. *PLoS One.* 2015 Aug 18;10(8):e0135846. doi:10.1371/journal.pone.0135846. PMID: 26284617; PMCID: PMC4540466.
30. Dossajee H, Obonyo N, Ahmed SM. Career preferences of final year medical students at a medical school in Kenya--A cross sectional study. *BMC Med Educ.* 2016 Jan 11;16:5. doi: 10.1186/s12909-016-0528-1. PMID: 26754206; PMCID: PMC4709906.
31. Isembatya G, Kakia A, Iputo JE. Clinical associates and access to healthcare in the Eastern Cape province of South Africa. *Afr J Prim Health Care Fam Med.* 2022 Mar 28;14(1):e1-e8. doi: 10.4102/phcfm.v14i1.3027. PMID: 35384685; PMCID:PMC8991084.

32. Sanoe I, Beyan-Davies K, Anyango S, Ekwen G, Pierre J, Farley J, George M, Marsh RH, Luma M, Okiror D, Sacra R, Cook R. The Role of Family Medicine Training in Addressing Workforce Challenges in Rural Liberia – Early Implementation Experience. *Ann Glob Health*. 2021 Oct 8;87(1):96. doi:10.5334/aogh.3249. PMID: 34707976; PMCID: PMC8499711.
33. Al-Shafei A, Al-Damegh S, Al-Matham F, Al-Mohaimeed A, Al-Nafeesah A, Hamad-Aldosary A, Al-Otaibi M, Al Wutayd O, Mansour A, El-Gendy O, Fadda W, El-Migdadi F, Al-Qumaizi K, Shaban S. Establishment of an Accelerated Doctor of Family Medicine Program at Unaizah College of Medicine, Qassim University, Kingdom of Saudi Arabia. *J Med Educ Curric Dev*. 2019 Jan 29;6:2382120518818844. doi:10.1177/2382120518818844. PMID: 30729169; PMCID: PMC6351709.
34. Al-Khaldi YM, Al-Ghamdi EA, Al-Mogbil TI, Al-Khashan HI. Family medicine practice in Saudi Arabia: The current situation and Proposed Strategic Directions Plan 2020. *J Family Community Med*. 2017 Sep-Dec;24(3):156-163. doi:10.4103/jfcm.JFCM_41_17. PMID: 28932160; PMCID: PMC5596628.
35. Mohos A, Szöllösi GJ, Kolozsvári LR, Rinfel J, Varga A, Kucsera MM, Hargittay C, Torzsa P. Rural family medicine as a career option among Hungarian medical students. *Eur J Gen Pract*. 2023 Dec;29(1):2174258. doi:10.1080/13814788.2023.2174258. PMID: 36794681; PMCID: PMC9937003.
36. MacVicar R, Clarke G, Hogg DR. Scotland's GP Rural Fellowship: an initiative that has impacted on rural recruitment and retention. *Rural Remote Health*. 2016 Jan-Mar;16(1):3550. Epub 2016 Jan 15. PMID: 26765331.
37. Flum E, Goetz K, Berger S, Ledig T, Steinhäuser J. Can a 'rural day' make a difference to GP shortage across rural Germany? *Rural Remote Health*. 2016 Jan-Mar;16(1):3628. Epub 2016 Feb 25. PMID: 26924228.
38. Wilhelmi L, Ingendae F, Steinhäuser J. What leads to the subjective perception of a 'rural area'? A qualitative study with undergraduate students and postgraduate trainees in Germany to tailor strategies against physician's shortage. *Rural Remote Health*. 2018 Nov;18(4):4694. doi: 10.22605/RRH4694. Epub 2018 Nov 19. PMID: 30447658.
39. Holst J, Normann O, Herrmann M. Strengthening training in rural practice in Germany: new approach for undergraduate medical curriculum towards sustaining rural health care. *Rural Remote Health*. 2015;15(4):3563. Epub 2015 Nov 11. PMID: 26564099.
40. Seeger L, Becker N, Ravens-Taeuber G, Sennekamp M, Gerlach FM. "Landpartie 2.0" - Conceptual development and implementation of a longitudinal priority program to promote family medicine in rural areas. *GMS J Med Educ*. 2020 Apr 15;37(3):Doc29. doi: 10.3205/zma001322. PMID: 32566731; PMCID: PMC7291387.
41. Sapoutzis N, Schneider A, Brandhuber T, Berberat PO, Wijnen-Meijer M. Programs to encourage working as a general practitioner in rural areas: why do medical students not want to participate? A cross-sectional study. *BMC Med Educ*. 2022 Aug

17;22(1):622. doi: 10.1186/s12909-022-03688-x. PMID: 35978341; PMCID:PMC9382807.

42. Schröder L, Flügel K, Goetz K, Steinhäuser J. Mobility concepts and access to health care in a rural district in Germany: a mixed methods approach. *BMC Fam Pract.* 2018 May 2;19(1):47. doi: 10.1186/s12875-018-0733-6. PMID: 29720091; PMCID: PMC5932842.

43. Kuhn B, Kleij KS, Liersch S, Steinhäuser J, Amelung V. Which strategies might improve local primary healthcare in Germany? An explorative study from a local government point of view. *BMC Fam Pract.* 2017 Dec 20;18(1):105. doi: 10.1186/s12875-017-0696-z. PMID: 29262798; PMCID: PMC5738820.

44. Adarkwah CC, Schwaffertz A, Labenz J, Becker A, Hirsch O. GPs' motivation for teaching medical students in a rural area-development of the Motivation for Medical Education Questionnaire (MoME-Q). *PeerJ.* 2019 Jan 24;7:e6235. doi:10.7717/peerj.6235. PMID: 30697479; PMCID: PMC6348089.

45. Tort-Nasarre G, Vidal-Alaball J, Pedrosa MJF, Abanades LV, Arcarons AF, Rosanas JD. Factors associated with the attraction and retention of family and community medicine and nursing residents in rural settings: a qualitative study. *BMC Med Educ.* 2023 Sep 13;23(1):662. doi: 10.1186/s12909-023-04650-1. Erratum in: *BMC Med Educ.* 2023 Nov 2;23(1):823. doi: 10.1186/s12909-023-04814-z. PMID:37705018; PMCID: PMC10500790.

46. de Oliveira AP, Dussault G, Craveiro I. Challenges and strategies to improve the availability and geographic accessibility of physicians in Portugal. *Hum Resour Health.* 2017 Mar 23;15(1):24. doi: 10.1186/s12960-017-0194-3. PMID:28335776; PMCID: PMC5364681.

47. Mitra G, Gowans M, Wright B, Brenneis F, Scott I. Predictors of rural family medicine practice in Canada. *Can Fam Physician.* 2018 Aug;64(8):588-596. PMID:30108078; PMCID: PMC6189886.

48. Button BL, Gao M, Dabous J, Oandasan I, Bosco C, Cameron E. The Rural Road Map For Action: an examination of undergraduate medical education in Canada. *Can Med Educ J.* 2023 Jun 27;14(3):33-40. doi: 10.36834/cmej.74649. PMID: 37465727; PMCID: PMC10351623.

49. DeMiglio L, Jolicoeur J, Lamb IR, Cousins M, Nutbrown L, Orrantia E. Draw to Practice: A Qualitative Study Examining Factors Attracting Physicians to Rural Northern Ontario. *Cureus.* 2024 Feb 27;16(2):e55074. doi: 10.7759/cureus.55074. PMID: 38550479; PMCID: PMC10977940.

50. Forrest LL, McHugh D, Marquis-Eydman T. Insights for New and Developing Rural Family Medicine Residency Programs. *Fam Med.* 2023 Feb;55(2):81-88. doi:10.22454/FamMed.2022.810495. Epub 2023 Jan 7. PMID: 36689447; PMCID: PMC10614542.

51. Davis CS, Meyers P, Bazemore AW, Peterson LE. Impact of Service-Based Student Loan Repayment Program on the Primary Care Workforce. *Ann Fam Med.*

2023 Jul-Aug;21(4):327-331. doi: 10.1370/afm.3002. PMID: 37487722; PMCID:PMC10365874.

52. Myhre DL, Bajaj S, Jackson W. Determinants of an urban origin student choosing rural practice: a scoping review. *Rural Remote Health*. 2015 Jul-Sep;15(3):3483. Epub 2015 Sep 22. PMID: 26391014.

53. Kardonsky K, Evans DV, Erickson J, Kost A. Impact of a Targeted Rural and Underserved Track on Medical Student Match Into Family Medicine and Other Needed Workforce Specialties. *Fam Med*. 2021 Feb;53(2):111-117. doi:10.22454/FamMed.2021.351484. PMID: 33566345.

54. Castro MG, Roberts C, Hawes EM, Ashkin E, Page CP. Ten-Year Outcomes: Community Health Center/Academic Medicine Partnership for Rural Family Medicine Training. *Fam Med*. 2024 Mar;56(3):185-189. doi:10.22454/FamMed.2024.400615. PMID: 38467006; PMCID: PMC11136635.

55. Mader EM, Roseamelia CA, Lewis SL, Arthur ME, Reed E, Germain LJ. Clinical training in the rural setting: using photovoice to understand student experiences. *Rural Remote Health*. 2016 Apr-Jun;16(2):3877. Epub 2016 May 14. PMID: 27179591.

56. Fritsma T, Henning-Smith C, Gauer JL, Khan F, Rosenberg ME, Clark K, Sopdie E, Sechler A, Sundberg MA, Olson APJ. Factors Associated With Health Care Professionals' Choice to Practice in Rural Minnesota. *JAMA Netw Open*. 2023 May 1;6(5):e2310332. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2023.10332. PMID: 37140925; PMCID:PMC10160870.

57. Morken C, Bruksch-Meck K, Crouse B, Traxler K. Factors Influencing Rural Physician Retention Following Completion of a Rural Training Track Family Medicine Residency Program. *WMJ*. 2018 Dec;117(5):208-210. PMID: 30674097.

58. Xierali IM. Distributional Differences between Family Physicians and General Internists. *J Health Care Poor Underserved*. 2018;29(2):711-722. doi:10.1353/hpu.2018.0054. PMID: 29805136.

59. Paladine HL, Hustedde C, Wendling A, Sola O, Prasad R, Bjorkman S, Phillips J. The role of rural communities in the recruitment and retention of women physicians. *Women Health*. 2020 Jan;60(1):113-122. doi: 10.1080/03630242.2019.1607801. Epub 2019 Apr 29. PMID: 31035912.

60. Meyers P, Wilkinson E, Petterson S, Patterson DG, Longenecker R, Schmitz D, Bazemore A. Rural Workforce Years: Quantifying the Rural Workforce Contribution of Family Medicine Residency Graduates. *J Grad Med Educ*. 2020 Dec;12(6):717-726. doi: 10.4300/JGME-D-20-00122.1. Epub 2020 Dec 4. PMID: 33391596; PMCID: PMC7771603.

61. Alavi M, Ho T, Stisher C, Richardson E, Kelly C, McCrory K, Snellings J, Zurek K, Boltz MW. Factors That Influence Student Choice in Family Medicine A National Focus Group. *Fam Med*. 2019 Feb;51(2):143-148. doi: 10.22454/FamMed.2019.927833. PMID: 30736039.

62. Rabinowitz HK, Motley RJ, Markham FW Jr, Love GA. Lessons Learned as Thomas Jefferson University's Rural Physician Shortage Area Program (PSAP) Approaches the Half-Century Mark. *Acad Med.* 2022 Sep 1;97(9):1264-1267. doi: 10.1097/ACM.0000000000004710. Epub 2022 Apr 19. PMID: 35442906.
63. Wendling AL, Phillips J, Short W, Fahey C, Mavis B. Thirty Years Training Rural Physicians: Outcomes From the Michigan State University College of Human Medicine Rural Physician Program. *Acad Med.* 2016 Jan;91(1):113-9. doi: 10.1097/ACM.0000000000000885. PMID: 26332428.
64. 12 Davis CS, Meyers P, Bazemore AW, Peterson LE. Impact of Service-Based Student Loan Repayment Program on the Primary Care Workforce. *Ann Fam Med.* 2023 Jul-Aug;21(4):327-331. doi: 10.1370/afm.3002. PMID: 37487722; PMCID: PMC10365874.
65. Hawes EM, Rodefeld L, Weinstein DF. Academic Medicine and Rural Health System Partnerships: Enhancing Education While Advancing Physician Workforce Priorities. *Acad Med.* 2024 May 2. doi: 10.1097/ACM.0000000000005753. Epub ahead of print. PMID: 38704825.
66. Moore JD, Lords AM, Casanova MP, Reeves AJ, Lima A, Wilkinson C, Deming SM, Baker RT. Exploring healthcare provider retention in a rural and frontier community in Northern Idaho. *BMC Health Serv Res.* 2024 Mar 27;24(1):381. doi:10.1186/s12913-024-10807-5. PMID: 38539177; PMCID: PMC10976735.
67. Javier Garcia-Lacalle, Emilio Martin, Rural vs urban hospital performance in a 'competitive' public health service, *Social Science & Medicine*, Volume 71, Issue 6, 2010, Pages 1131-1140, ISSN 0277-9536
68. Vick B. Analyzing Rural Versus Urban Differences in Career Dissatisfaction and Plans to Leave Among Pennsylvanian Physicians. *J Rural Health.* 2016 Spring;32(2):164-75. doi: 10.1111/jrh.12139. Epub 2015 Sep 3. PMID: 26334927.
69. Weeks WB, Wallace AE. Rural-urban differences in primary care physicians' practice patterns, characteristics, and incomes. *J Rural Health.* 2008 Spring;24(2):161-70. doi: 10.1111/j.1748-0361.2008.00153.x. PMID: 18397451.
70. Colon-Gonzalez MC, El Rayess F, Guevara S, Anandarajah G. Successes, challenges and needs regarding rural health medical education in continental Central America: a literature review and narrative synthesis. *Rural Remote Health.* 2015 Jul-Sep;15(3):3361. Epub 2015 Sep 25. PMID: 26402719.
71. Figueiredo AM, Labry Lima AO, Figueiredo DCMM, Neto AJM, Rocha EMS, Azevedo GD. Educational Strategies to Reduce Physician Shortages in Underserved Areas: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2023 May 29;20(11):5983. doi: 10.3390/ijerph20115983. PMID: 37297587; PMCID: PMC10252282.
72. Targa LV, Camargo TS de. Avaliação do internato médico rural em Medicina de Família e Comunidade da Universidade de Caxias do Sul: reflexões para a educação

médica e políticas de saúde. Semin. Cienc. Biol. Saude [Internet]. 13º de janeiro de 2022

73. Santos LM, Costa AM, Girardi SN. Mais Medicos Program: an effective actionto reduce health inequities in Brazil. Cien Saude Colet. 2015Nov;20(11):3547-52. English, Portuguese. doi:10.1590/1413-812320152011.07252015. PMID: 26602731.

74. Rev bras med fam comunidade. Florianópolis, 2011 Abr-Jun; 6(19): 142-

75. Pereira, João Alves_Salário de médicos da APS e a tipologia rural-urbano dos municípios e sua relação com o contexto social e de saúde_2021.

76. Pereira JA, Damasceno RF, Vieira MRM, Paula AMB, Haikal DSA. Salário de médicos contratados da Estratégia Saúde da Família e contexto municipal: estudo ecológico. Saúde Debate 2020;44(126):624-39. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012603>

77. Dantas HLL, Costa CRB, Costa LMC, Lúcio IML, Comassetto I. Como elaborar uma revisão integrativa: sistematização do método científico. São Paulo: Rev Recien. 2021; 12(37):334-345.

78. O'Brien, Bridget C. PhD; Harris, Ilene B. PhD; Beckman, Thomas J. MD; Reed, Darcy A. MD, MPH; Cook, David A. MD, MHPE. Standards for Reporting Qualitative Research: A Synthesis of Recommendations. Academic Medicine 89(9): p 1245-1251, September 2014. | DOI: 10.1097/ACM.0000000000000388

79. Glynn L, Murphy AW, Scully R, Strasser R, Quinlan D, Cowley J, Hayes P, O'Donnell P, O'Regan A, Tuli S, Santana MA, Sparrow-Downes VM, Petrazzuoli F, Nowlan S, Collins C, Fogarty F, MacFarlane A, Wynn-Jones J, Chater AB. The Limerick Declaration on Rural Health Care 2022. Rural and Remote Health 2023; 23: 7905. <https://doi.org/10.22605/RRH7905>

Anexo 1. Formulário de organização da coleta de dados.

A. Identificação

Título do artigo
Título do periódico
Autores
País
Idioma
Ano de publicação

B. Instituição sede do estudo

Hospital
Universidade
Centro de pesquisa
Instituição única
Pesquisa multicêntrica
Outras instituições
Não identifica o local

C. Tipo de publicação

Publicação de enfermagem
Publicação médica
Publicação de outra área da saúde. Qual?

D. Características metodológicas do estudo

1. Tipo de publicação

() Final _____

3.3 Características

Idade _____
Sexo: M () F ()
Raça _____
Diagnóstico _____
Tipo de cirurgia _____

3.4 Critérios de inclusão/exclusão dos sujeitos

4. Tratamento dos dados

5. Intervenções realizadas

6. Resultados

7. Análise

8. Implicações

9. Nível de evidência

E. Avaliação do rigor metodológico

Nome _____

Local de trabalho _____

Graduação _____

1.1 Pesquisa

() Abordagem quantitativa

() Delineamento experimental

() Delineamento quase-experimental

() Delineamento não-experimental

() Abordagem qualitativa

1.2 Não pesquisa

() Revisão de literatura

() Relato de experiência

() Outras _____

2. Objetivo ou questão de investigação

3. Amostra

3.1 Seleção

() Randômica

() Conveniência

() Outra _____

3.2 Tamanho (n)

() Inicial _____

Clareza na identificação da trajetória metodológica no texto (método empregado, sujeitos participantes, critérios de inclusão/exclusão, intervenção, resultados)

Identificação de limitações ou vieses Einstein. 2010; 8(1 Pt 1):102-6

5.1 Variável independente _____

5.2 Variável dependente _____

5.3 Grupo controle: sim () não ()

5.4 Instrumento de medida: sim () não ()

5.5 Duração do estudo _____

5.6 Métodos empregados para mensuração da intervenção _____

7.1 Tratamento estatístico _____

7.2 Nível de significância _____

8.1 As conclusões são justificadas com base nos resultados _____

8.2 Quais são as recomendações dos autores: _____

Anexo 2. SRQR – Standards for Reporting Qualitative Research.

No.	Topic	Item
Title and abstract		
S1	Title	Concise description of the nature and topic of the study identifying the study as qualitative or indicating the approach (e.g., ethnography, grounded theory) or data collection methods (e.g., interview, focus group) is recommended
S2	Abstract	Summary of key elements of the study using the abstract format of the intended publication; typically includes background, purpose, methods, results, and conclusions
Introduction		
S3	Problem formulation	Description and significance of the problem/phenomenon studied; review of relevant theory and empirical work; problem statement
S4	Purpose or research question	Purpose of the study and specific objectives or questions
Methods		
S5	Qualitative approach and research paradigm	Qualitative approach (e.g., ethnography, grounded theory, case study, phenomenology, narrative research) and guiding theory if appropriate; identifying the research paradigm (e.g., postpositivist, constructivist/interpretivist) is also recommended; rationale ^b
S6	Researcher characteristics and reflexivity	Researchers' characteristics that may influence the research, including personal attributes, qualifications/experience, relationship with participants, assumptions, and/or presuppositions; potential or actual interaction between researchers' characteristics and the research questions, approach, methods, results, and/or transferability
S7	Context	Setting/site and salient contextual factors; rationale ^b
S8	Sampling strategy	How and why research participants, documents, or events were selected; criteria for deciding when no further sampling was necessary (e.g., sampling saturation); rationale ^b
S9	Ethical issues pertaining to human subjects	Documentation of approval by an appropriate ethics review board and participant consent, or explanation for lack thereof; other confidentiality and data security issues
S10	Data collection methods	Types of data collected; details of data collection procedures including (as appropriate) start and stop dates of data collection and analysis, iterative process, triangulation of sources/methods, and modification of procedures in response to evolving study findings; rationale ^b
S11	Data collection instruments and technologies	Description of instruments (e.g., interview guides, questionnaires) and devices (e.g., audio recorders) used for data collection; if/how the instrument(s) changed over the course of the study
S12	Units of study	Number and relevant characteristics of participants, documents, or events included in the study; level of participation (could be reported in results)
S13	Data processing	Methods for processing data prior to and during analysis, including transcription, data entry, data management and security, verification of data integrity, data coding, and anonymization/deidentification of excerpts
S14	Data analysis	Process by which inferences, themes, etc., were identified and developed, including the researchers involved in data analysis; usually references a specific paradigm or approach; rationale ^b
S15	Techniques to enhance trustworthiness	Techniques to enhance trustworthiness and credibility of data analysis (e.g., member checking, audit trail, triangulation); rationale ^b
Results/findings		
S16	Synthesis and interpretation	Main findings (e.g., interpretations, inferences, and themes); might include development of a theory or model, or integration with prior research or theory
S17	Links to empirical data	Evidence (e.g., quotes, field notes, text excerpts, photographs) to substantiate analytic findings
Discussion		
S18	Integration with prior work, implications, transferability, and contribution(s) to the field	Short summary of main findings; explanation of how findings and conclusions connect to, support, elaborate on, or challenge conclusions of earlier scholarship; discussion of scope of application/generalizability; identification of unique contribution(s) to scholarship in a discipline or field
S19	Limitations	Trustworthiness and limitations of findings
Other		
S20	Conflicts of interest	Potential sources of influence or perceived influence on study conduct and conclusions; how these were managed
S21	Funding	Sources of funding and other support; role of funders in data collection, interpretation, and reporting

^aThe authors created the SRQR by searching the literature to identify guidelines, reporting standards, and critical appraisal criteria for qualitative research; reviewing the reference lists of retrieved sources; and contacting experts to gain feedback. The SRQR aims to improve the transparency of all aspects of qualitative research by providing clear standards for reporting qualitative research.

^bThe rationale should briefly discuss the justification for choosing that theory, approach, method, or technique rather than other options available, the assumptions and limitations implicit in those choices, and how those choices influence study conclusions and transferability. As appropriate, the rationale for several items might be discussed together.

