

Atenção primária à saúde em áreas rurais: acesso, organização e força de trabalho em saúde em revisão integrativa de literatura

Primary healthcare in rural areas: access, organization, and health workforce in an integrative literature review

Atención primaria en salud en áreas rurales: acceso, organización y fuerza de trabajo en salud en una revisión integral de la literatura

Cassiano Mendes Franco ^{1,2}

Juliana Gagno Lima ^{2,3}

Lígia Giovanella ²

doi: 10.1590/0102-311X00310520

Resumo

Em áreas rurais e remotas, a atenção primária à saúde é essencial para enfrentar iniquidades que marcam estes territórios. O conceito de ruralidade é pouco preciso e políticas voltadas à saúde rural no Brasil são frágeis. A revisão da literatura internacional pode apoiar uma maior compreensão sobre estratégias desenvolvidas em questões centrais da saúde rural. O objetivo deste artigo foi identificar e analisar os desafios do acesso, organização da atenção à saúde e a força de trabalho em saúde na atenção primária em áreas rurais. Foi feita uma revisão integrativa da literatura, com busca de artigos científicos publicados entre 2000 e 2019, nas bases Cochrane e MEDLINE e revistas específicas de saúde rural. A pesquisa resultou em 69 artigos, categorizados em acesso, organização à saúde e força de trabalho. Foram analisados os temas principais de seus achados. Os artigos classificados como acesso apresentaram entre os temas centrais: aspectos geográficos, necessidades de deslocamento dos usuários e acesso aos serviços hospitalares e especializados. Artigos da organização da atenção à saúde trataram de: estrutura e insumos, funcionamento dos serviços de saúde e gestão com base na comunidade. Em força de trabalho em saúde, destacou-se: perfil e papel profissional e fatores de atração/fixação. Ações transversais ao fortalecimento do acesso, organização à saúde e força de trabalho em saúde em áreas rurais foram: atuação comunitária, modelos de extensão/visitação, tecnologias de comunicação/informação, acesso à assistência e formação/desenvolvimento profissional. A revisão fornece compreensão abrangente da atenção primária na saúde rural em prol da equidade das populações rurais.

Atenção Primária à Saúde; Serviços de Saúde Rural; Acesso aos Serviços de Saúde; Organização e Administração; Mão de Obra em Saúde

Correspondência

C. M. Franco

Departamento de Medicina em Atenção Primária à Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rua Laura de Araújo 36, 2º andar, Rio de Janeiro, RJ 20211-170, Brasil. casmenfran@gmail.com

¹ Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

² Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

³ Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Oeste do Pará, Santarém, Brasil.



Introdução

Moradores de áreas rurais representam cerca da metade da população mundial, têm menos acesso a cuidados e apresentam as piores condições de saúde quando comparados com populações urbanas ¹. Na maioria dos países, áreas rurais enfrentam dificuldades com transporte e comunicação, desigualdades de financiamento à saúde, além de escassez e distribuição desigual de profissionais de saúde, com as piores condições de trabalho ^{2,3}.

Para Strasser ², o fracasso no alcance da universalidade em saúde proposta na *Declaração de Alma-Ata* ⁴ sobressai em áreas rurais e remotas. Os pressupostos de Alma-Ata para “saúde para todos nos anos 2000” ⁴ propugnavam por saúde como direito e centralidade da atenção primária à saúde (APS). Em áreas rurais e remotas, a APS muitas vezes é único recurso à saúde ^{1,2}. Por esses atributos, como coordenadora da rede de atenção, acesso aos serviços necessários, qualidade do atendimento, precoce e oportuna prevenção e acompanhamento dos problemas de saúde, derivando em abordagem dos problemas em nível familiar e comunitário e competência cultural do cuidado ⁵, o fortalecimento da APS é a chave para enfrentar as iniquidades em áreas rurais ^{3,6}.

Quadros de maiores iniquidades em saúde rural são observados em países em desenvolvimento ³. O Brasil, não obstante a expansão da APS no território nacional, ainda registra forte desigualdade socioespacial na oferta de serviços, equipamentos e profissionais ^{7,8}. A imprecisão do que é rural contribui para que a dívida de universalidade em saúde para com as áreas rurais permaneça ignorada. A ausência de abordagens mais claras sobre contextos rurais resultou na indefinição de perspectivas de ação nessas áreas, restritas à face agrária, sem expressar a realidade rural contemporânea ⁹. A recente revisão da classificação de urbano e rural realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) ¹⁰, considerando a densidade demográfica e a acessibilidade a centros urbanos, indicou que 45% dos municípios apresentam baixo grau de urbanização, colocando luz na importância dos espaços rurais no território nacional.

Mesmo no debate internacional ainda há pouca clareza na definição de critérios sobre o rural que possam particularizar realidades distintas, sobretudo no caso dos territórios remotos ^{3,6,11}. Países continentais e ricos, como Estados Unidos, Canadá e Austrália lideram pesquisas e debates sobre a saúde rural ^{3,6}. A Austrália, particularmente, ganha proeminência com iniciativas governamentais articuladas para a saúde rural ¹². Conhecer as estratégias definidas no debate internacional para a saúde rural pode auxiliar a compreender este tema ainda pouco abordado na realidade brasileira, e insuficientemente incorporado no Sistema Único de Saúde (SUS) ^{7,8}.

Este artigo busca oferecer subsídios para a compreensão abrangente da temática, considerando questões centrais da APS nas áreas rurais. Sintetiza revisão da literatura internacional que teve por objetivos identificar e analisar os desafios do acesso, organização da atenção à saúde e força de trabalho em saúde na APS em áreas rurais.

Metodologia

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura sobre APS em áreas rurais. Revisões integrativas permitem a síntese de diversificados estudos (quantitativos e qualitativos, experimentais e não experimentais) visando à compreensão ampla do estado do conhecimento de assunto complexo. O método é útil para condensar, de forma sistemática, pesquisas sobre um tema abrangente ^{13,14}. Em contraponto a revisões sistemáticas – em geral mais valorizadas nas publicações – revisões integrativas, embora não tenham o propósito de inferência estatística e a capacidade de, como as primeiras, gerar produtos mais objetivos e uniformes quanto à força de evidências, vão além de estudos experimentais e são potentes para análises aprofundadas dos resultados alcançados e dos processos demonstrados nas pesquisas ^{13,14}.

A revisão seguiu etapas recomendadas por Mendes et al. ¹³ e Souza et al. ¹⁴. Foram estabelecidos pergunta norteadora e critérios para inclusão/exclusão de estudos, procedendo-se a busca na literatura com coleta de dados. Foram definidas as informações a serem extraídas dos artigos selecionados, seguidas por categorização dos estudos, análise crítica dos estudos incluídos e síntese dos resultados ^{13,14}.

A revisão da literatura internacional acerca de APS e saúde rural realizada teve como pergunta norteadora: quais as estratégias efetivas para a garantia de APS abrangente/integral para as populações rurais? Considerando a pergunta norteadora, buscou-se mapear a produção e origem da literatura e identificar e analisar três dimensões: acesso, organização da atenção à saúde e força de trabalho em saúde para APS abrangente/integral a populações rurais.

A revisão caracterizou como literatura internacional as produções estrangeiras e brasileiras, com base na localização dos estudos, tanto pelas áreas de abrangência das pesquisas quanto pela origem das publicações, bem como pela escolha de bases bibliográficas que reúnem estudos de vários países. Foram incluídos artigos científicos originais, de natureza empírica ou de revisão de literatura, disponíveis *online*, completos, em inglês e publicados entre janeiro de 2000 e dezembro de 2019, no intuito de alcançar estudos atuais do século XXI – período em que classificações de ruralidade têm ganhado força em discussões internacionais^{1,2,3,6,8} – limitando-se a 2019 pois a busca foi completada no início de 2020. Definiu-se como critérios de exclusão: duplicação e indisponibilidade; publicações que não fossem artigos originais de pesquisa científica (editoriais, opinião, debates, comunicações); artigos sobre procedimentos, substâncias, exames, medicamentos ou agravos específicos; artigos que não se referissem especificamente a áreas rurais, à prestação de serviços de saúde e à APS.

As bases bibliográficas foram: Cochrane Library (<https://www.cochranelibrary.com/>), MEDLINE (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>), *Rural and Remote Health* (<https://www.rrh.org.au/>) e *Australian Journal of Rural Health* (<https://onlinelibrary.wiley.com/journal/14401584>). As duas últimas são revistas científicas específicas sobre saúde rural australiana identificadas em busca inicial, com expressivas citações e especificidade nos artigos sobre saúde rural.

Escolhemos os descritores do *Medical Subject Headings* (MeSH; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/>): “rural health”, “primary health care” e “access”. A opção pela inclusão do termo “access” foi feita para melhorar o refinamento da pesquisa, de acordo com a centralidade do problema de acesso em áreas rurais. Nas revistas australianas, cujo conteúdo é específico de saúde rural, além dos descritores anteriores também foi utilizado o termo “human resources”, para refinar a pesquisa conforme os objetivos desta revisão.

A opção inicial foi pela busca combinada entre os descritores, contudo, foi necessário diferenciar a forma de buscar em cada base, considerando suas ferramentas de pesquisa e a abrangência da literatura investigada. Em cada base, privilegiou-se a forma de busca que gerasse mais artigos voltados aos objetivos desta revisão. A chave de busca em cada base foi:

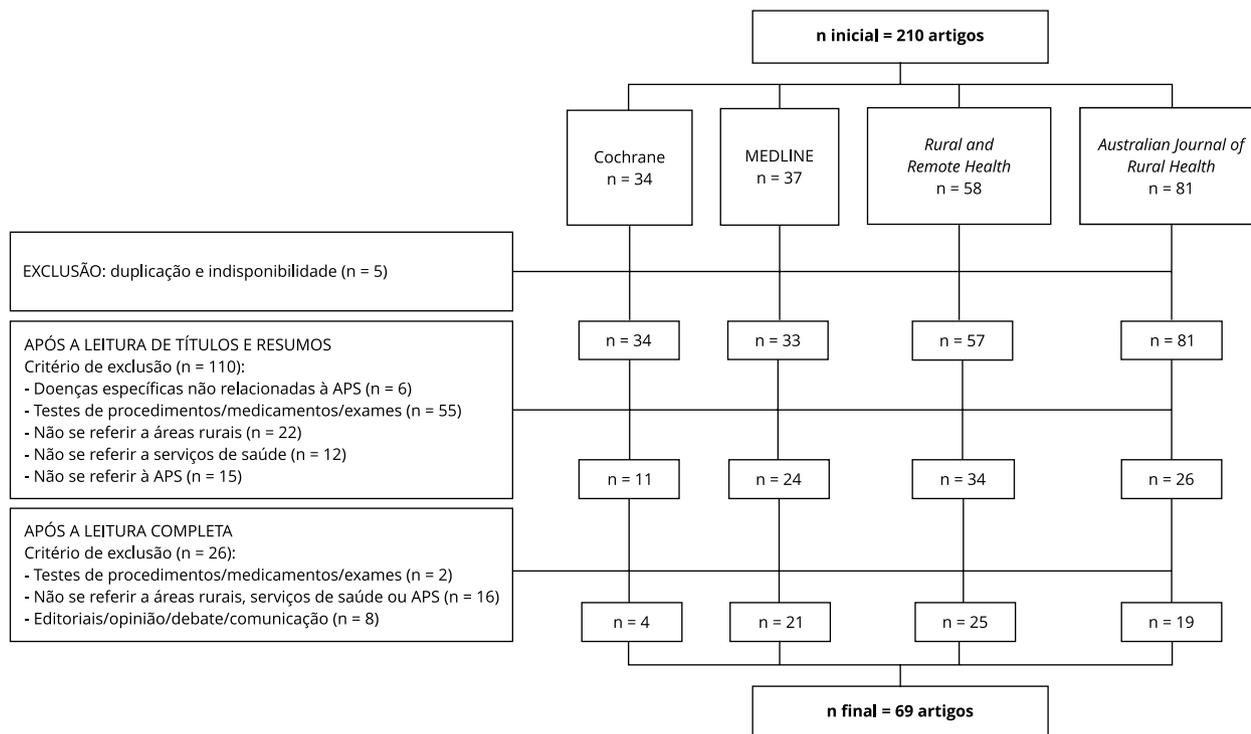
- MEDLINE (37 artigos) – Descritores: rural health AND primary health care AND access; Campo: title/abstract.
- Cochrane (34 artigos) – Descritores: rural health; Campo: title/abstract/keyword.
- *Rural and Remote Health* (58 artigos) – Descritores: primary health care, access, human resources; Campo: article type: original research.
- *Australian Journal of Rural Health* (81 artigos) – Descritores: primary health care AND access, human resources; Campo: this journal/abstract.

Selecionou-se inicialmente 210 artigos. Após a exclusão por duplicação e indisponibilidade, restaram 205, com a leitura de títulos e resumos realizada por dois pesquisadores de forma independente. Nessa etapa, adotando-se critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 95. Repetiu-se o processo com a leitura completa, produzindo a seleção final de 69 artigos (Figura 1).

Os artigos foram organizados em Excel (<https://products.office.com/>). Procedeu-se leituras repetidas do material por dois pesquisadores. Cada artigo foi atribuído a uma categoria principal: acesso, organização da atenção à saúde e força de trabalho em saúde. Após a categorização, em leitura vertical exaustiva, buscou-se núcleos de sentido com base em semelhanças e particularidades entre os achados, para identificar os temas de cada categoria. Foram realizados cálculos de frequência, tanto para categorias e temas quanto para período de publicação e localização dos artigos. O Quadro 1 descreve as referências dos artigos selecionados conforme método de estudo, localização e classificação nas categorias: acesso, organização da atenção à saúde e força de trabalho em saúde.

Figura 1

Fluxograma da seleção de artigos.



APS: atenção primária à saúde.

Resultados

Uma visão geral dos artigos selecionados é apresentada na Tabela 1. Nota-se um número crescente de publicações ao longo dos anos 2000, com a primeira referência em 2003, porém em quantidade e ritmo de produção reduzidos na literatura internacional extraída.

A origem das publicações circunscreveu a 23 países, já o recorte espacial das pesquisas abarcou 20 países. Nas duas formas de localização, Austrália teve a maior representação (36,4% e 38%), seguida pelos Estados Unidos (17% e 12,7%) e Canadá (9,1% e 8,4%) (Tabela 1). Sublinha-se que, retirando os 44 artigos obtidos das revistas australianas, os Estados Unidos contam com 18,4% (n = 7) das publicações, e a Austrália 15,8% (n = 6).

Na Tabela 2 apresenta-se os temas dos artigos classificados nas categorias acesso (23), organização da atenção à saúde (25) e força de trabalho em saúde (21). Cada artigo foi classificado em apenas uma categoria. Os temas emergiram da análise, atribuindo-se um ou mais temas à mesma publicação. Portanto, a soma das frequências dos temas é diferente da quantidade de estudos da respectiva categoria.

A síntese analítica dos resultados é apresentada a seguir, por categoria e tema, identificando desafios e estratégias mais efetivas para a garantia de APS integral para as populações rurais, conforme os objetivos e a pergunta norteadora da revisão integrativa.

Quadro 1

Descrição dos artigos incluídos na revisão integrativa da literatura, segundo autor/ano, periódico, métodos, localização por três primeiros autores e por campo de pesquisa e categoria.

ESTUDO (ANO)	PERIÓDICO	MÉTODOS	LOCALIZAÇÃO POR TRÊS PRIMEIROS AUTORES	LOCALIZAÇÃO POR CAMPO DE PESQUISA
Categoria: Acesso				
Alston et al. ²⁵ (2006)	<i>Rural and Remote Health</i>	Estudo quantitativo (análise descritiva com inquérito com usuários)	Austrália	Austrália
Burton & Walters ²⁹ (2013)	<i>Rural and Remote Health</i>	Estudo qualitativo (análise temática com entrevistas com usuários, cuidadores e profissionais)	Austrália	Austrália
Butler et al. ⁷⁷ (2010)	<i>Australian Journal of Rural Health</i>	Estudo quantitativo (análise espacial com dados secundários)	Austrália; Estados Unidos	Austrália
Carlton & Simmons ²⁷ (2011)	<i>Rural and Remote Health</i>	Estudo quantitativo (regressão logística multivariada com dados de inquéritos nacionais)	Estados Unidos	Estados Unidos
Choo et al. ³² (2014)	<i>Rural and Remote Health</i>	Estudo quantitativo (regressão linear com variáveis de dados administrativos)	Reino Unido	Reino Unido
Dassah et al. ²³ (2019)	<i>Global Health Research and Policy</i>	Revisão da literatura	Canadá	Internacional
Doran & Hornibrook ²⁴ (2014)	<i>Australian Journal of Rural Health</i>	Estudo qualitativo (análise temática com entrevistas com usuáries e profissionais)	Austrália	Austrália
Gruen et al. ³⁰ (2003)	<i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i>	Revisão da literatura	Austrália; África do Sul	Internacional
Haggerty et al. ¹⁷ (2014)	<i>Health & Place</i>	Estudo qualitativo (análise temática com grupos focais com usuários)	Canadá	Canadá
Halder et al. ⁷⁸ (2013)	<i>Rural and Remote Health</i>	Estudo quantitativo (análise descritiva com questionário com usuários)	Estados Unidos	Honduras
Ilyasu et al. ³¹ (2015)	<i>Rural and Remote Health</i>	Estudo quantitativo (análise estatística com dados administrativos)	Nigéria	Nigéria
Kulig et al. ¹¹ (2008)	<i>Australian Journal of Rural Health</i>	Estudo qualitativo (análise temática com entrevistas com enfermeiras)	Canadá	Canadá
McGrail & Humphreys ¹⁸ (2015)	<i>Geospatial Health</i>	Estudo quantitativo (análise espacial, descritiva e comparativa de variáveis de dados secundários nacionais)	Austrália	Austrália
Neville et al. ²¹ (2019)	<i>Australian Journal on Ageing</i>	Estudo qualitativo (análise temática com entrevistas com usuários)	Nova Zelândia	Nova Zelândia
Quine et al. ²⁸ (2003)	<i>Rural and Remote Health</i>	Estudo qualitativo (análise temática com grupos focais com usuários)	Austrália	Austrália
Rosenwasser et al. ²⁶ (2013)	<i>Rural and Remote Health</i>	Estudo qualitativo (análise temática com entrevistas com médicos)	Estados Unidos	Estados Unidos
Russel et al. ⁷⁹ (2013)	<i>Australian Journal of Rural Health</i>	Revisão da literatura	Austrália	Austrália
Sanders et al. ¹⁹ (2015)	<i>Journal of Rural Health</i>	Estudo quantitativo (regressão logística e análise espacial de inquérito com usuários e dados secundários)	Estados Unidos	Estados Unidos
Scott et al. ⁸⁰ (2006)	<i>Australian Journal of Rural Health</i>	Estudo quantitativo (análise espacial e descritiva transversal com dados secundários, administrativos e de inquérito com médicos)	Austrália	Austrália

(continua)

Quadro 1 (continuação)

ESTUDO (ANO)	PERIÓDICO	MÉTODOS	LOCALIZAÇÃO POR TRÊS PRIMEIROS AUTORES	LOCALIZAÇÃO POR CAMPO DE PESQUISA
Categoria: Acesso				
Smith & Carragher ²² (2019)	<i>Rural and Remote Health</i>	Estudo quantiqualitativo (análise temática e estatística de questionários e grupos focais com usuários)	Irlanda	Irlanda
Whitehead et al. ²⁰ (2019)	<i>Rural and Remote Health</i>	Estudo quantitativo (regressão logística binomial e análise espacial com dados administrativos)	Nova Zelândia; Estados Unidos	Nova Zelândia
Wong & Regan ¹⁵ (2009)	<i>Rural and Remote Health</i>	Estudo quantiqualitativo (análise temática e estatística de questionário e grupos focais com usuários)	Canadá	Canadá
Zubieta & Bequet ¹⁶ (2010)	<i>Rural and Remote Health</i>	Estudo quantitativo (análise algorítmica com dados administrativos e secundários)	Canadá	Canadá
Categoria: Organização da atenção à saúde				
Allenby et al. ⁸¹ (2016)	<i>Australian Journal of Rural Health</i>	Estudo quantitativo (regressão logística de variáveis de registros de prontuário)	Austrália	Austrália
Ambruoso et al. ³⁶ (2019)	<i>Health Policy and Planning</i>	Estudo quantiqualitativo (estudo transversal com dados secundários, autópsia verbal e pesquisa-ação participativa com usuários, profissionais e gestores)	África do Sul; Reino Unido; Suécia	África do Sul
Brieger et al. ³³ (2015)	<i>International Quarterly of Community Health Education</i>	Estudo qualitativo (análise temática e situacional com entrevistas com profissionais, usuários, cuidadores e grupos focais e oficinas com usuários)	Estados Unidos; Suíça; Burkina Faso	África
Carey et al. ⁴⁰ (2018)	<i>Australian Journal of Rural Health</i>	Revisão da literatura	Austrália	Internacional
Carroll et al. ⁴⁴ (2015)	<i>Rural and Remote Health</i>	Estudo qualitativo (análise temática com entrevistas com usuários)	Austrália	Austrália
Eckhardt et al. ⁴⁶ (2019)	<i>Inquiry</i>	Estudo qualitativo (análise temática com grupos focais com profissionais e usuários)	Suécia; Equador	Equador
Holdsworth et al. ⁸² (2019)	<i>Australian Journal of Rural Health</i>	Estudo quantitativo (regressão logística de inquérito nacional com usuários)	Austrália	Austrália
Labhardt et al. ³⁴ (2010)	<i>BMC Health Services Research</i>	Estudo quantitativo (análise descritiva em coorte de intervenção com usuários e profissionais)	Suíça; Camarões	Camarões
Morley et al. ⁸³ (2007)	<i>Australian Journal of Rural Health</i>	Estudo quantiqualitativo (análise descritiva estatística e temática com inquéritos e entrevistas com gestores e dados de estudos de casos)	Austrália	Austrália
Naeem & Bhatti ³⁷ (2015)	<i>Health Information and Libraries Journal</i>	Estudo quantitativo (análise descritiva com inquérito com médicos)	Paquistão	Paquistão
Ndayisaba et al. ⁸⁴ (2017)	<i>Journal of Diabetes Research</i>	Estudo quantitativo (estudo longitudinal com análise descritiva de dados administrativos)	Ruanda; Serra Leoa; Estados Unidos	Ruanda
Okwundu et al. ⁴⁵ (2003)	<i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i>	Revisão da literatura	África do Sul; Reino Unido	África

(continua)

Quadro 1 (continuação)

ESTUDO (ANO)	PERIÓDICO	MÉTODOS	LOCALIZAÇÃO POR TRÊS PRIMEIROS AUTORES	LOCALIZAÇÃO POR CAMPO DE PESQUISA
Categoria: Organização da atenção à saúde				
Pancer et al. ⁴³ (2018)	<i>Australian Journal of Rural Health</i>	Estudo quantitativo (análise estatística retrospectiva de dados administrativos)	Canadá; Austrália	Austrália
Probst et al. ⁷⁰ (2009)	<i>BMC Health Services Research</i>	Estudo quantitativo (estudo ecológico transversal com dados secundários)	Estados Unidos	Estados Unidos
Rahmawati & Bajorek ⁸⁵ (2018)	<i>Rural and Remote Health</i>	Estudo quantitativo (análise descritiva com inquérito com usuários)	Indonésia; Austrália	Indonésia
Rashidian et al. ⁶⁹ (2013)	<i>Bulletin of the World Health Organization</i>	Estudo quantitativo (séries temporais interrompidas com dados administrativos)	Irã	Irã
Reddy et al. ⁸⁶ (2011)	<i>Australian Journal of Rural Health</i>	Estudo qualitativo (análise temática com grupos focais com profissionais)	Austrália; Estados Unidos	Austrália; Estados Unidos
Russel & Humphreys ⁴² (2016)	<i>Rural and Remote Health</i>	Estudo qualitativo (análise temática com entrevistas com profissionais e gestores)	Austrália	Austrália
Sbarouni et al. ³⁸ (2012)	<i>Rural and Remote Health</i>	Estudo qualitativo (análise temática com entrevistas com médicos e gestores)	Grécia	Grécia
Strasser et al. ³⁵ (2016)	<i>Annual Review of Public Health</i>	Revisão da literatura	Canadá	África
Street et al. ⁸⁷ (2019)	<i>Australian Journal of Rural Health</i>	Revisão da literatura	Austrália; Reino Unido	Austrália
Thomas et al. ⁶⁷ (2017)	<i>Rural and Remote Health</i>	Estudo quantitativo (análise descritiva de dados administrativos e secundários)	Austrália	Austrália
Jacobson Vann et al. ⁸⁸ (2018)	<i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i>	Revisão da literatura	Estados Unidos	Internacional
Wakerman et al. ³⁹ (2008)	<i>BMC Health Services Research</i>	Revisão da literatura	Austrália	Austrália
Wakerman & Humphreys ⁴¹ (2011)	<i>Australian Journal of Rural Health</i>	Revisão da literatura	Austrália	Austrália
Categoria: Força de trabalho em saúde				
Allan et al. ⁵⁴ (2008)	<i>Rural and Remote Health</i>	Estudo qualitativo (análise temática com entrevistas com profissionais)	Austrália	Austrália
Bowman ⁶⁶ (2008)	<i>Rural and Remote Health</i>	Estudo quantitativo (análise estatística de dados secundários)	Estados Unidos	Estados Unidos
Chen et al. ⁵³ (2015)	<i>Australian Journal of Rural Health</i>	Estudo quantiqualitativo (análise estatística, temática de questionário e entrevistas com profissionais e gestores)	China	China
De Kock & Pillay ⁵⁰ (2016)	<i>Rural and Remote Health</i>	Estudo quantiqualitativo (análise temática, documental e estatística com entrevistas com gestores e dados administrativos)	África do Sul	África do Sul
Gorsche & Woloschuck ⁵⁶ (2012)	<i>Australian Journal of Rural Health</i>	Estudo quantitativo (análise descritiva de coorte com inquéritos com médicos)	Canadá	Canadá

(continua)

Quadro 1 (continuação)

ESTUDO (ANO)	PERIÓDICO	MÉTODOS	LOCALIZAÇÃO POR TRÊS PRIMEIROS AUTORES	LOCALIZAÇÃO POR CAMPO DE PESQUISA
Categoria: Força de trabalho em saúde				
Grobler et al. ⁶⁰ (2015)	<i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i>	Revisão da literatura	Austrália; África do Sul	Internacional
Hegney et al. ⁸⁹ (2004)	<i>Rural and Remote Health</i>	Estudo qualitativo (análise temática com entrevistas com médicos)	Austrália	Austrália
Lindeke et al. ⁴⁷ (2005)	<i>Journal of Rural Health</i>	Estudo quantitativo (análise descritiva com inquérito com enfermeiros)	Estados Unidos	Estados Unidos
Martin et al. ⁵² (2016)	<i>Australian Journal of Rural Health</i>	Estudo qualitativo (estudo etnográfico com entrevistas com usuários e observação direta)	Austrália	Canadá
McFarlane et al. ⁵⁵ (2017)	<i>Rural and Remote Health</i>	Estudo qualitativo (análise temática com entrevistas e grupos focais com profissionais e gestores)	Austrália	Austrália
McGrail et al. ⁶⁴ (2017)	<i>Rural and Remote Health</i>	Estudo quantitativo (regressão linear múltipla e análise espacial de dados georreferenciados e secundários)	Austrália; Estados Unidos	Austrália; Estados Unidos
Menegat & Witt ⁴⁹ (2018)	<i>Rural and Remote Health</i>	Estudo qualitativo (análise temática com entrevistas com enfermeiras)	Brasil	Brasil
Oliveira et al. ⁴⁸ (2019)	<i>Rural and Remote Health</i>	Estudo qualitativo (análise temática com entrevistas com enfermeiras)	Brasil	Brasil
Pei et al. ⁵⁹ (2018)	<i>Rural and Remote Health</i>	Estudo quantitativo (análise descritiva com inquérito e questionários com médicos)	China	China
Russel et al. ⁶² (2017)	<i>Australian Journal of Rural Health</i>	Revisão da literatura	Austrália	Austrália
Sommanustweechai et al. ⁵¹ (2016)	<i>Human Resources for Health</i>	Estudo quantitativo (regressão logística múltipla de dados de inquérito com agentes comunitários)	Tailândia; Myanmar	Myanmar
Theodorakis & Mantzavinis ⁶³ (2005)	<i>Rural and Remote Health</i>	Estudo quantitativo (estudo de casos com análise estatística de dados administrativos e secundários)	Grécia	Grécia; Albânia
Wakerman et al. ⁶¹ (2019)	<i>Human Resources for Health</i>	Revisão da literatura	Austrália	Austrália
Wanchek & Rephann ⁶⁵ (2013)	<i>Rural and Remote Health</i>	Estudo quantitativo (simulação estatística com dados secundários)	Estados Unidos	Estados Unidos
Wardle et al. ⁵⁷ (2011)	<i>Australian Journal of Rural Health</i>	Estudo quantitativo (análise descritiva transversal de dados administrativos)	Austrália	Austrália
Williams et al. ⁵⁸ (2007)	<i>Australian Journal of Rural Health</i>	Estudo quantiqualitativo (análise temática e estatística de inquérito com fisioterapeutas)	Austrália	Austrália

Tabela 1

Caracterização dos artigos selecionados por período e países (conforme instituições dos autores e campo de pesquisa).

Período das publicações	n	%
2000-2005	5	7,2
2006-2010	13	18,8
2011-2015	24	34,8
2016-2019	27	39,2
Total	69	100,0

Localização	Por instituições dos três primeiros autores		Por campo de pesquisa	
	n	%	n	%
Austrália	32	36,4	27	38,0
Estados Unidos	15	17,0	9	12,7
Canadá	8	9,1	6	8,4
Oceania (Austrália, Nova Zelândia)	34	38,6	29	40,3
América do Norte (Estados Unidos, Canadá)	23	26,1	15	20,8
Europa (Reino Unido, Irlanda, Suécia, Suíça, Grécia, Albânia)	11	12,5	5	6,9
África (África do Sul, Ruanda, Camarões, Nigéria, Burkina Faso, Serra Leoa)	10	11,4	8	11,1
Ásia (China, Taiwan, Tailândia, Indonésia, Myanmar, Paquistão, Irã)	7	7,9	7	9,7
América do Sul/Central (Brasil, Equador, Honduras)	3	3,4	4	5,6
Internacional (estudos de revisão)	NSA	NSA	4	5,6
Total	88 *	100,0	72 **	100,0

NSA: não se aplica.

* O total expressa a frequência em que foram contados os 23 países onde estão localizadas as instituições autoras;

** Como três estudos realizaram pesquisa comparada entre dois países (um entre Grécia e Albânia e dois entre Estados Unidos e Austrália), os cenários dos 69 artigos incluídos foram computados 72 vezes.

Tabela 2

Categorias e temas dos artigos selecionados, 2000 a 2019.

Categorias	n	Temas	n
Acesso	23	Aspectos geográficos das comunidades rurais	9
		Necessidades de deslocamento dos usuários	11
		Acesso aos serviços especializados e hospitalares	5
Organização da atenção à saúde	25	Estrutura e insumos de serviços de saúde rurais	7
		Funcionamento dos serviços de saúde	14
		Gestão com base na comunidade	7
Força de trabalho em saúde	21	Perfil e papel profissional	12
		Fatores de atração e fixação da força de trabalho em saúde	15

Acesso

- **Aspectos geográficos das comunidades rurais**

A localização geográfica das comunidades rurais interferiu na capacidade das populações rurais acessarem cuidados de saúde oportunamente ^{11,15,16,17}. A localização distante implica maior avaliação na opção de busca ou não pelos cuidados em saúde, ponderando-se custos e riscos no transporte ¹⁵.

A população rural procura por serviços de saúde na comunidade, independentemente do tipo ¹⁶. Em geral, os usuários de áreas rurais esgotam as opções locais antes de buscar atendimento fora da sua comunidade. Contudo, os usuários nem sempre referiram barreiras geográficas de acesso aos serviços de saúde, uma vez que a dificuldade de os atingir por meio de longas distâncias é comum ¹⁷.

Para Kulig et al. ¹¹, índices de acesso e ruralidade pautados unicamente em distância são insuficientes, sendo necessário associar localização geográfica a características da comunidade, disponibilidade de recursos humanos e atributos da prática profissional, como as práticas avançadas da enfermagem. Embora as populações de áreas mais remotas tenham o pior acesso, é possível encontrar áreas remotas com bom acesso e áreas metropolitanas com acesso precário, circunstância que envolve valores, crenças e a interação da população com os serviços ¹⁸.

- **Necessidades de deslocamento dos usuários**

Sobressaiu o fato de a população rural contornar o serviço local ou viajar além do necessário para buscar cuidados em saúde. Por vezes, mesmo com disponibilidade de serviços mais próximos, observou-se que usuários deixavam de utilizar serviços locais e preferiam buscar os de centros maiores, situação referida pelos autores como *bypass* dos serviços locais ^{19,20,21,22,23,24}.

Esse fenômeno pode estar relacionado com prática de *outshopping* – usuários agrupam, em um mesmo deslocamento até o centro urbano, serviços e compras por conveniência, satisfação ou busca por maior qualidade ^{19,20}. A procura por serviços fora das comunidades esteve associada com localidades mais distantes, com maiores fluxos de transportes e com cidadãos com maior renda, porém pior condição de saúde, além dos mais velhos e das mulheres ^{19,20}.

Não obstante, observaram-se barreiras mais intensas para populações rurais específicas de maior vulnerabilidade. Estudos envolvendo idosos ^{21,22}, pobres ou pessoas com deficiência ²³ apontaram desafios adicionais de acesso aos serviços de saúde, transportes e custos para usuários e acompanhantes. Também foram citadas iniquidades no acesso relacionadas ao gênero feminino e a comportamentos de risco em adolescentes ^{24,25,26,27,28}.

A percepção da comunidade sobre o profissional de saúde e a resolutividade nos cuidados de saúde também influenciou o acesso em áreas rurais e a necessidade de deslocamento para alcançar os serviços de saúde ^{15,23,29}. Outros motivos envolveram preocupações do usuário com a privacidade e a confidencialidade no contexto rural ²⁸.

- **Acesso aos serviços especializados e hospitalares**

Gruen et al. ³⁰, em revisão sobre diversos países, evidenciaram que a concentração desproporcional de serviços em centros urbanos constitui uma importante barreira de acesso para populações rurais, tanto as desfavorecidas como as mais favorecidas. Ambas precisavam se deslocar para ter acesso à atenção especializada ou hospitalar, contudo, populações rurais não desfavorecidas conseguiam acesso mínimo em centro urbano próximo. Para as desfavorecidas, as barreiras eram tão grandes que o acesso só ocorria mediante o deslocamento de profissionais/equipamentos/serviços até as comunidades rurais ou com veículos especiais (tração nas quatro rodas, aeronaves etc.). Essa dificuldade também foi observada em comunidades rurais desfavorecidas da Nigéria ³¹.

Como contraponto, Choo et al. ³², em populações rurais da Escócia, não identificaram barreiras de acesso ao ecocardiograma. Justificou-se pelo relativo fácil acesso e pela institucionalização de protocolos de solicitação direta de ecocardiograma pelos médicos generalistas (*general practitioner*) no Reino Unido.

Organização da atenção à saúde

• Estrutura e insumos dos serviços de saúde rurais

Carências materiais dos serviços de saúde em áreas rurais foram demonstradas em estudos realizados na África^{33,34,35,36}, mas também no Paquistão³⁷, na Grécia³⁸ e na Austrália³⁹. Revelam dificuldades para prover recursos de infraestrutura e recursos humanos, sobretudo em países pobres e no setor público, do qual populações rurais dependem em maior medida.

A insuficiência de estruturas e insumos foi traduzida em desabastecimento, falta de manutenção e escassez de equipamentos, unidades de saúde e profissionais, abrindo espaço para a assistência por organizações não governamentais (ONGs)^{33,34,35,36,38}. Na África Subsaariana, foco de investimentos de governos e agências internacionais em programas verticais na APS, derivaram em remanejamento de recursos (físicos e humanos) para as estratégias prioritárias das agências, centradas em doenças específicas e com visão de resultados em curto prazo^{34,35}.

Diversos estudos destacam a necessidade de investir em tecnologias de informação e comunicação em zonas rurais, como telessaúde e prontuários eletrônicos, para ampliar o acesso, a continuidade, a coordenação e as práticas dos cuidados^{36,38,39}. Desigualdades em relação a áreas urbanas no acesso a dispositivos de informação, como computador, Internet e rede de telefonia móvel, prejudicam o desempenho dos profissionais de saúde rurais³⁷.

• Funcionamento dos serviços de saúde

Constatou-se duas principais questões na abordagem do funcionamento dos serviços em territórios rurais: como cobrir e alcançar a população rural e como garantir oferta ampliada e adequada às necessidades com força de trabalho em saúde sustentável.

Strasser et al.³⁵ argumentam que, inicialmente, é preciso que a APS tenha como premissa a saúde universal e que, na África, distâncias, transportes e exclusão pelo poder local de grupos vulneráveis são empecilhos à cobertura das populações rurais. Para alcançar locais remotos, sem serviços de saúde ou para suplementá-los, lançou-se mão de estratégias de serviços móveis/migratórios ou de extensão de uma base central^{33,39,40}. Wakerman et al.³⁹ chamaram essa organização de “modelos de extensão” (*outreach models*).

Na África, entretanto, unidades móveis foram pouco reconhecidas como solução para o grau de necessidades³³. Trabalhadores comunitários com o propósito de alcance das comunidades rurais dificilmente atuam além do entorno da unidade de saúde, pela falta de recursos³³. Na Austrália, serviços com horário estendido foram outro modo de ampliar a oferta de assistência à população rural^{41,42}. Telessaúde e teleeducação foram citadas como potência, ressaltando-se as especificidades para implantação, manutenção e autonomia sobre as tecnologias^{35,39,43}.

A segunda questão, como garantir a oferta ampliada e adequada de serviços, procurou responder aos desafios da limitada rede de serviços nos territórios rurais e remotos e das demandas específicas de suas populações. A importância da determinação social no processo saúde/doecimento em povos vulneráveis a condições de pobreza e baixo saneamento foi realçada^{33,36,39}.

Uma das respostas para atender tais demandas seria levar serviços, possibilitando deslocamentos/visitas de profissionais ou equipamentos da APS e da atenção especializada e implementando estratégias de telessaúde^{33,35,39,40}. Outro ponto-chave seria a qualificação dos profissionais, a fim de aperfeiçoar e ampliar suas competências e aspectos interpessoais do cuidado^{35,36,39}, dada a menção a atitudes de discriminação ou inadequadas aos costumes locais^{35,36}. Coerente ao peso da determinação social no contexto da saúde rural, ações de promoção de saúde e prevenção, associadas a empoderamento da comunidade e a agentes comunitários, foram salientadas^{33,35,36,39}.

Wakerman et al.³⁹ descrevem que populações australianas rurais menores e remotas, que não conseguiram sustentar os serviços especializados, tenderam a buscar arranjos de “serviços integrados” (variedade de oferta em um único ponto, com o apoio mútuo entre profissionais e foco não apenas em médicos generalistas) ou de “serviços integrais/abrangentes” (*comprehensive services* – abordagem holística compreendendo assistência, prevenção e cuidado comunitário, com escopo ampliado de práticas, enfrentamento dos determinantes sociais de saúde e participação popular).

Wakerman et al.³⁹ também retrataram configurações de APS rural na Austrália que enfatizavam a retenção de médicos generalistas (*discrete services*) por meio de condições atrativas, ainda que com rotatividade dos profissionais, com continuidade dos serviços assegurada por infraestrutura de universidades ou governo local, fluxo geralmente possível em comunidades de maior densidade. As outras formas de organização – modelos de extensão, serviços integrados e serviços integrais – também buscavam assegurar força de trabalho em saúde, por exemplo, pela inspiração na conexão entre aeroportos maiores e menores – profissionais que fazem escalas em centros maiores e comunidades rurais ou em formas de emprego em campos de petróleo (*fly-in-fly-out*) com tempos de atuação integral em locais afastados alternados com dias sem trabalho³⁹.

- **Gestão com base na comunidade**

A gestão com base na comunidade foi um elemento-chave da organização dos cuidados em saúde rural. Desse modo, lógicas externas de organização, geralmente pensadas para meios urbanos, não seriam impostas às realidades diversas dos territórios rurais e remotos. Compreende autonomia da comunidade para gerir ações específicas no território, com retaguarda da APS, de modo que sejam mais adequadas e resolutivas por meio de sua própria percepção de contexto^{33,44}.

Nesse tema, sobressaíram estudos sobre países africanos^{33,35,36,45}, mas também no Equador e na Austrália^{42,44,46}. Artigos que examinaram múltiplos países africanos tenderam a destacar estratégias comunitárias focalizadas ou verticais³⁵. A gestão com base na comunidade registrou como foco doenças transmissíveis e ocorreu para procedimentos simples, com serviços de saúde como pontos de apoio e distribuição, realçando-se baixo custo e eficiência^{33,35,45}. Estudos com recorte local/regional, no entanto, reportaram experiência mais complexa de gestão baseando-se na comunidade. Descreveram a participação na organização do sistema de saúde desde os âmbitos local e regional até o nacional^{36,42,44,46}.

As vantagens da gestão com base na comunidade abrangeram maior acesso e utilização dos serviços, alcance em áreas desassistidas ou distantes dos serviços de saúde, satisfação profissional, competência cultural do cuidado, resposta a necessidades locais, empoderamento comunitário, melhores resultados em saúde e diferenciação da APS em seus atributos fundamentais^{33,35,36,42,44,45,46}.

Força de trabalho em saúde

- **Perfil e papel profissional**

Os artigos sobre força de trabalho em saúde realçaram a falta de médicos, mas em contrapartida descreveram a inserção dos enfermeiros^{47,48,49,50}, profissionais sem graduação^{51,52,53} e outras categorias profissionais^{54,55,56,57,58} na saúde rural e APS.

Enfermeiros exercem um rol amplo de práticas em assistência, gestão e educação, porém, reiteradas restrições pela baixa compreensão de seu papel foram apontadas nos Estados Unidos⁴⁷. Na África do Sul, enfermeiros eram responsáveis pela prescrição de psicotrópicos na APS devido à falta de médicos⁵⁰.

Essa ampliação do escopo de práticas dos enfermeiros em processo de delegação de tarefas de determinados profissionais para outros, conhecida como *task-shifting*, foi um conceito recorrente nesta revisão^{33,34,50,51}. Corresponde à incorporação de atribuições mais especializadas, sobretudo de diagnóstico e terapêutica, antes exclusivos a outras categorias profissionais.

Profissionais sem graduação, atuantes em áreas rurais foram mencionados como paramédicos no Canadá⁵², agentes comunitários no Myanmar⁵¹ e “médicos dos povoados” (*village doctors*) na China – moderna denominação dos antigos “médicos de pés descalços”⁵³. Atividades de promoção de saúde e prevenção de agravos, acesso em domicílio e vínculo comunitário foram enfatizados como aspectos comuns^{51,52,53}.

Outras categorias profissionais abordadas foram fisioterapeutas⁵⁸, profissionais de práticas integrativas/complementares⁵⁷, médicos⁵⁶, assistentes sociais e farmacêuticos⁵⁴. Um ponto comum foi a discussão de práticas generalistas e habilidades específicas para o contexto rural. Habilidades especiais foram consideradas essenciais para a prática em serviços rurais, tanto assistenciais quanto

preventivas, atendendo o perfil socioepidemiológico, a peculiaridades culturais da população e a carência de profissionais especializados ^{55,56,57}.

Considera-se que todos os profissionais devem executar escopo ampliado de práticas, com novas atribuições (*task-shifting*), com necessidade de educação permanente, tema recorrente nos artigos ^{51,53,55,56}. Práticas integrativas e complementares de saúde seriam propícias em áreas rurais pela maior afinidade, integração à cultura e facilidade de acesso nas comunidades rurais, em destaque de estudos na Austrália ⁵⁷ e na China ⁵⁹.

Outra característica marcante foi o trabalho comunitário nas áreas rurais, realizado em ações de visitas domiciliares, de extensão dos serviços de saúde (*outreach*), de articulações intersetoriais ou de vigilância e planejamento estratégico no território ^{49,51,52,53,54}.

Relações complexas dos profissionais de saúde com as comunidades onde atuam conformam suas práticas devido a questões, como privacidade, confidencialidade, percepções sobre visibilidade e reputação do profissional, e qualidades atribuídas aos territórios de atuação ^{51,53,54}.

• Fatores de atração e fixação da força de trabalho em saúde

Notou-se uma intensa complexidade envolvida na atração e fixação da força de trabalho em saúde com fatores múltiplos e emaranhados, alguns específicos de cada contexto. Em linhas gerais, questões geográficas, de educação, de regulação do mercado de trabalho e de suporte pessoal foram continuamente reiteradas para força de trabalho em saúde em ambientes rurais ^{60,61,62}.

Questões geográficas foram apontadas como o principal fator, frequentemente associando distribuição desfavorável da força de trabalho em saúde à distância dos centros urbanos ^{61,62,63,64}. Eventualmente observou-se suplantação dessas questões, como o maior apelo de localidades costeiras e outras comodidades na Austrália e nos Estados Unidos ⁶⁴. O valor dado à contribuição para a comunidade, os sentimentos e as relações que os trabalhadores travavam com os lugares, influenciando o desejo de permanecer ou sair – enfim, o vínculo – foram ressaltados em pesquisas no Myanmar ⁵¹, na China ⁵³ e na Austrália ⁵⁴.

A origem rural ou indígena dos estudantes e trabalhadores recrutados tendeu à maior retenção da força de trabalho em saúde. Contudo, devido à maior vulnerabilidade socioeconômica da população de territórios rurais e remotos, o apoio financeiro e pedagógico é necessário para a efetividade da formação de força de trabalho em saúde local ^{59,60,61,65}.

A exposição dos estudantes em cenários rurais, a discussão de questões rurais ao longo da sua formação ou a localização das instituições de ensino nestes cenários foram relacionadas à maior fixação dos profissionais ^{60,61,66}. Revisões internacionais relataram achados positivos de currículos com competências aplicadas à saúde rural ^{60,61}. Durante a formação, ressaltou-se a importância de discutir a identidade dos profissionais em contextos rurais, seus deveres, limites e necessidades ^{54,59}.

Outro fator a impactar a oferta de força de trabalho em saúde foi a perspectiva de carreira na saúde rural, ou seja, profissionais vislumbrarem uma prática sustentada neste campo. Nos Estados Unidos, a formação em pediatria e, principalmente, medicina de família e comunidade, garantia maior tempo de permanência na APS rural após o treinamento, independentemente de mudanças políticas e de mercado ⁶⁶. Na China, considerou-se necessária a compreensão apropriada da carreira médica rural, a fim de que recém-formados não viessem a trabalhar apenas temporariamente, por obrigação, em áreas rurais ⁵⁹.

Os estudos mostraram que a fixação de profissionais de saúde em áreas rurais é suscetível a aspectos financeiros. Segundo Grobler et al. ⁶⁰, incentivos financeiros, como bolsas, benefícios e salários mais altos, foram destacados internacionalmente como estratégias para suprir força de trabalho em saúde em áreas rurais. A atração de profissionais associou-se a melhores salários em regiões urbanas nos Estados Unidos ⁶⁶ e maior expectativa de renda com o avanço da urbanização na China ⁵³. A possibilidade da população rural pagar consultas, com reembolso de programas e seguros de saúde em Taiwan e nos Estados Unidos, promoveu a melhor oferta da força de trabalho em saúde ^{60,65}.

A literatura internacional apontou um peso importante do setor público no mercado de trabalho em saúde para garantir acesso em áreas rurais, uma vez que populações destas áreas e remotas, em geral desfavorecidas para arcar com os custos da atenção à saúde no mercado, dependem da provisão

e regulação de serviços pelo Estado. A organização da oferta e da prestação dos serviços no setor público interferiu em grande medida na captação da força de trabalho em saúde rural ^{63,65,66}.

A escolha dos profissionais pela atuação na APS rural mostrou-se variável de acordo com as forças do mercado e das políticas estadunidenses ⁶⁶. A regulação do mercado de trabalho é uma estratégia para a melhor distribuição da força de trabalho em saúde nas áreas rurais. Médicos estrangeiros restritos a áreas rurais, estímulos ou compulsoriedade de serviços para recém-formados e tempo mínimo de atuação em saúde rural como pré-requisito para as especializações foram algumas iniciativas mencionadas globalmente ^{59,60,62}.

Há necessidade de apoio pessoal e familiar para sustentar adequadamente a força de trabalho em saúde rural. Condições de vida no contexto rural, como moradia, escolas e desenvolvimento acadêmico-profissional, além de relações afetivas são condicionantes ^{51,54,60}. Entre as formas de apoio, distinguiram-se tempo-limite para as atividades em territórios afastados, incentivo financeiro personalizado e suporte psicológico ^{61,62}.

A desvalorização da imagem do médico rural, propiciada pela cultura de que “médico de verdade” seria aquele do hospital do grande centro urbano, foi percebida na China como desafio à compreensão sobre a prática rural e a atração/fixação dos profissionais ⁵⁹. Na Austrália, a retenção da força de trabalho em saúde derivava de combinação complexa entre contexto local, papel profissional, forças pessoais e relacionamentos ⁵⁴.

Retornando à pergunta norteadora – quais as estratégias efetivas para a garantia de APS abrangente/integral para as populações rurais? – o Quadro 2 apresenta uma síntese das principais estratégias encontradas na literatura selecionada para superar obstáculos de acesso, organização e força de trabalho em saúde.

Discussão

Os resultados desta revisão oferecem um panorama sobre a saúde rural na literatura internacional nos últimos vinte anos, nas questões de acesso, organização e força de trabalho em saúde da APS. A revisão propiciou uma diversidade de cenários rurais, olhares e realidades socioeconômicas e espaciais.

A análise das categorias e temas envolvidos na APS na saúde rural revelou uma visão ampla de questões e desafios, já bastante reconhecidos, mas também estratégias, modelos e fundamentos de políticas, planejamento e práticas de saúde em áreas rurais. Ressalte-se que, embora esses pontos fossem extraídos de forma separada operacionalmente, as três categorias (acesso, organização e força de trabalho em saúde) apresentaram muitos entrelaçamentos. Artigos com foco em uma categoria discutiam questões e estratégias das outras.

Entre as questões que atravessaram os diversos temas estiveram as relativas a espaço e população. Territórios de vasta abrangência, com limitados recursos de transporte, infraestrutura e serviços, condicionam dificuldades de acesso e necessidades de soluções economicamente viáveis. Populações pequenas e dispersas, marginalizadas do desenvolvimento socioeconômico, em maior ou menor grau, são vulneráveis a condições socio sanitárias e epidemiológicas desfavoráveis e específicas do contexto rural ^{33,39,67}.

Tais características levantaram uma preocupação recorrente sobre os custos para a garantia de atenção à saúde da população rural. Gastos elevados foram evidenciados para força de trabalho em saúde ⁶⁷, difícil de atrair e fixar, sendo reiterada como nó crítico para o acesso e a organização da saúde rural devido à insuficiência em quantidade e competências ^{17,35,38}. Carências em estrutura e insumos dos serviços, combinadas com condições desfavoráveis de trabalho, agravam ainda mais a complexa rede de fatores relacionados à manutenção de força de trabalho em saúde qualificada em comunidades rurais, bem como a qualidade da atenção e o acesso à saúde, remontando à lei dos cuidados inversos enunciada por Hart ⁶⁸.

Com tantos desafios, verifica-se um debate em torno do acesso e da eficiência dos investimentos em saúde rural e APS. Rashidian et al. ⁶⁹, no Irã, demonstram que a implantação da APS em áreas desassistidas gera efeitos de acesso que sobrepujam efeitos de eficiência, aumentando internações e custos em saúde, diferentemente do que tende a ocorrer em países ricos, como confirmam Probst et al. ⁷⁰,

Quadro 2

Síntese das principais estratégias para superar obstáculos do acesso, organização da atenção à saúde e força de trabalho em áreas rurais.

CATEGORIAS	PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS PARA SUPERAR OBSTÁCULOS
Acesso	Oferta de opções locais de serviços de saúde.
	Planejamento distinguindo localidades com difícil acesso, considerando além da localização geográfica critérios como características culturais da comunidade, disponibilidade e perfil da força de trabalho em saúde e facilidades de deslocamento a centros com maiores recursos.
	Enfoque diferenciado nas redes de atenção à saúde para populações específicas de maior vulnerabilidade, como idosos, mulheres, pessoas com deficiência, com menor renda e adolescentes.
	Melhorar a percepção da comunidade sobre os profissionais de saúde e a resolutividade nos cuidados influencia positivamente o acesso e diminui a necessidade de deslocamento para alcançar serviços de saúde, incluindo esforços para garantir ao usuário privacidade e confidencialidade no contexto rural.
	Oferta de serviços especializados/hospitalares com a proporção mais equilibrada entre centros urbanos e áreas rurais e integração com os serviços de APS de áreas rurais.
	Deslocamento de serviços, equipamentos e profissionais de saúde mediante logística/transporte especial (p.ex.: veículos com tração nas quatro rodas, helicópteros) possibilita o acesso de populações desfavorecidas de comunidades remotas.
	Protocolos para a solicitação direta de procedimentos diagnósticos/terapêuticos por serviços de saúde rurais facilita o seu acesso.
Organização da atenção à saúde	Premissa de saúde universal e fortalecimento do setor público, do qual populações rurais dependem em maior medida, relacionam-se à melhor provimento de recursos humanos e de infraestrutura.
	Maior enfoque em programas/estratégias de gestão de longo prazo e em ações ampliadas de saúde, para além do foco em agravos específicos.
	Investimentos em tecnologias de informação e comunicação podem aumentar o acesso, a continuidade, a coordenação e a diversidade de práticas de saúde em áreas rurais.
	Arranjos de serviços móveis/migratórios/extensão e de horário estendido possibilitam ampliar a assistência e alcançar as comunidades remotas ou desprovidas de recursos de saúde.
	Ações de promoção de saúde e prevenção, de empoderamento da comunidade e valorização de agentes comunitários consideram o peso da determinação social no processo saúde-adoecimento em comunidades rurais.
	A qualificação dos profissionais contribui para aperfeiçoar/ampliar suas competências e aspectos interpessoais do cuidado, diminuindo atitudes de discriminação ou inadequadas aos costumes locais.
	Modelos de serviços integrados e de serviços integrais/abrangentes maximizam ganhos de economia de escala na atenção a populações mais remotas e de baixa densidade.
	Continuidade dos serviços de saúde e manutenção da força de trabalho em saúde por meio de fluxo rotativo contínuo de profissionais, escala de profissionais entre centros maiores e áreas rurais, alternância de carga horária in loco e carga horária livre.
	Autonomia da comunidade para gerir ações específicas no território, com retaguarda da APS, são mais adequadas e resolutivas por conta de sua própria percepção de contexto.
Força de trabalho em saúde	Práticas generalistas e habilidades específicas para contextos rurais atendem o perfil socioepidemiológico, peculiaridades culturais da população e carência de profissionais especializados.
	Formação, educação permanente e <i>task-shifting</i> contribuem para a incorporação de escopo ampliado de práticas da força de trabalho em saúde em áreas rurais.
	Desenvolvimento de práticas integrativas e complementares de saúde são propícias pela maior afinidade, integração à cultura e facilidade de acesso nas comunidades rurais.
	Trabalho comunitário nas áreas rurais melhora a capacidade de acesso e cuidado dos serviços de saúde.
	Políticas de atração/fixação e de formação de força de trabalho em saúde considerando relações complexas dos profissionais com as práticas rurais, em questões como privacidade, identidade, valorização do papel do profissional de saúde em áreas rurais, vínculo entre os profissionais de saúde e os lugares/comunidades atendidos.
	Força de trabalho em saúde local, por meio de recrutamento de estudantes e trabalhadores de origem rural ou indígena, com apoio financeiro e pedagógico para a efetividade da formação, tende a apresentar maior retenção.
	Exposição dos estudantes em cenários rurais, discussão de questões rurais na formação ou localização das instituições de ensino nestes cenários foram relacionadas à maior fixação dos profissionais.
	Carreira profissional na saúde rural e incentivos financeiros (bolsas, benefícios, salários maiores).
	Provisão e regulação da oferta/prestação dos serviços de saúde e do mercado de trabalho pelo Estado. Apoio pessoal e familiar em aspectos como condições de vida, moradia, educação e suporte psicológico.

APS: atenção primária à saúde.

que apontam queda de internações por condições sensíveis à APS associada à presença de unidades de atenção básica nos Estados Unidos.

Consequências das falhas de acesso, organização e força de trabalho em saúde foram reconhecidas como reinício, adiamento ou abandono da busca por cuidados de saúde; preferência por pronto-atendimento, independentemente do tipo de demanda; agravamento das condições de saúde; e custos e riscos de viagens até os serviços ^{17,19,22}.

Os desafios encontrados no debate internacional aproximam-se daqueles da realidade brasileira. Cidadãos de áreas dinâmicas no circuito econômico possuem maior acesso à saúde do que aqueles de regiões menos desenvolvidas, como em espaços rurais e remotos ⁷¹. No Brasil, assim como no cenário internacional, o desfavorecimento de populações rurais acarreta os piores indicadores epidemiológicos e sanitários ^{7,8,72}. Os investimentos em estrutura e insumos, funcionamento de serviços e força de trabalho em saúde, notadamente por meio de políticas sinérgicas, como o Programa Mais Médicos e o Programa de Melhoria da Qualidade e Acesso da Atenção Básica ⁷³, em anos recentes, têm sido desmontados e direcionados a uma perspectiva de eficiência econômica em detrimento da universalidade e da equidade ⁷⁴.

O olhar sobre as deficiências da saúde rural indica ser predominante na literatura internacional, como afirmam Wakerman & Humphreys ⁴¹. Mas esta revisão também mostra que desafios em áreas rurais impõem concepções e abordagens inovadoras, diferentes da racionalidade urbana, que servem para refletir sobre APS em todo o sistema. Ao delinear as estratégias para os desafios observados, os estudos conformaram alguns modelos organizacionais nos territórios rurais. Destacou-se a revisão de Wakerman et al. ³⁹ sobre a Austrália rural, que sistematizou modelos, distinguindo modelos de serviços descontínuos (*discrete*), extensão, integrados, integrais/abrangentes e de alcance virtual (tele-saúde), correspondendo ao grau de rarefação e distância da população rural. Nesse sentido, quanto mais remota a localidade e menor a população, mais é necessário um arranjo integral e integrado dos serviços de saúde para maximizar ganhos em economia de escala em territórios rurais ³⁹.

Ações transversais ao fortalecimento do acesso, organização e força de trabalho em saúde na APS em áreas rurais são: a atuação comunitária, os modelos de extensão ou visitação, o emprego de tecnologias de comunicação e informação (TICs), o acesso à assistência e a formação e o desenvolvimento profissional. A atuação comunitária, indissociada da necessidade de responder à determinação social dos processos de saúde/adoecimento, esteve presente desde a provisão de meios para a inserção em comunidades rurais e recomendações sobre ações de promoção/prevenção para ampliar o acesso, até a visão mais incisiva sobre a particularidade dos contextos e a perspectiva mais complexa dos aspectos geográficos sobre o acesso – que remetem a noções de geografia crítica e território vivo ⁷⁵. O envolvimento das comunidades na organização da atenção à saúde, a ênfase em estratégias horizontais de cuidado integral, da vigilância à assistência, a intersectorialidade, a integração nas redes locais/regionais de saúde e a valorização do vínculo dos trabalhadores com comunidades rurais mostram a relevância da atuação comunitária nas iniciativas analisadas na literatura internacional.

Dinâmicas variadas que garantam o cuidado adequado na extensão/visitação devem responder à multiplicidade de contextos, necessidades e recursos das distintas áreas rurais. Requerem planejamento complexo da força de trabalho em saúde, de meios logísticos e do uso do espaço, com a colaboração desde o nível local das comunidades até as esferas governamentais mais altas. O aproveitamento de TICs também sustenta estratégias distintas em acesso, organização e força de trabalho em saúde para a saúde rural. São ressaltadas as ações de tele-saúde, possibilitando alcançar lugares desprovidos de assistência e vigilância, bem como a ampliação da oferta de práticas em saúde. TICs são fundamentais ainda para sistemas mais efetivos em diagnósticos, planos e acompanhamentos, tanto em nível individual quanto comunitário.

Evidentemente, o acesso à assistência transpassou as estratégias para APS rural. Embora predominasse a preocupação sobre a assistência médica, também foram englobados os profissionais de enfermagem, agentes comunitários, assistentes sociais e profissionais de práticas integrativas/complementares. A multidisciplinaridade e o trabalho em equipe são estratégias importantes. O acesso à assistência fundamenta-se principalmente em ações de cuidado contínuo, para além de ações pontuais. Diversas conformações na oferta de tal assistência variam com amplas circunstâncias – vulnerabilidades específicas em populações rurais, possibilidades de acesso e de recursos locais, distância de centros urbanos, peculiaridades culturais, capacidade de atrair e reter força de trabalho em saúde,

força e mecanismos de regulação do setor público etc. De acordo com Wakerman et al.³⁹, quanto mais remotas e menores as comunidades, maior a tendência dos serviços em buscarem modelos mais integrais de assistência.

A formação e o desenvolvimento profissional foram outro conjunto de estratégias, não apenas para força de trabalho em saúde, mas também para o acesso e a organização da atenção à saúde. Qualificação e ampliação das práticas profissionais foram pontuadas, desde competências generalistas a específicas de situações de cada contexto rural, desde atitudes culturalmente sensíveis até cuidados adequados para a longitudinalidade e coordenação da atenção, melhorando o acesso e a organização da APS em áreas rurais. O desenvolvimento profissional abrange ações de educação permanente, de delegação de tarefas aos profissionais acessíveis nas áreas rurais e de formação da força de trabalho em saúde, com base em membros das comunidades rurais, com exposição em ambientes rurais e com conteúdos sobre a saúde rural.

As estratégias vislumbradas por Wakerman et al.³⁹ apontam para além da perspectiva da economia de escala. Pode-se dizer que quanto mais remota e esparsa a população, mais se aprofunda uma lente de aumento sobre como oferecer acesso, organizar serviços de saúde e assegurar força de trabalho em saúde na essência do trinômio indivíduo/família/comunidade. Se, por um lado, é possível incorrer em um condensamento de modelos urbanos, marcados pela produção do cuidado capturada pela lógica capitalista e, por conseguinte, pelo que Donnangelo⁷⁶ compreende por medicalização, nota-se, entre os artigos desta revisão, críticas a um modelo rural de APS seletiva, focada em programas verticais e fragmentados, que aplicam noções estreitas de custo-eficiência e arcabouço da história natural das doenças para a saúde de populações rurais.

Áreas rurais são fundamentalmente o que Milton Santos⁷⁵ (p. 89) define por horizontalidades: *“tanto o lugar da finalidade imposta de fora, de longe e de cima, quanto o da contrafinalidade, localmente gerada, o teatro de um cotidiano conforme, mas não obrigatoriamente conformista”*. Formas de garantir acesso integral à saúde próprias para as áreas rurais são, portanto, a possibilidade de subverter modelos estabelecidos. Áreas rurais podem trazer perspectivas mais adequadas de APS, frente à sua diversidade e aos desafios que impõem à lógica comum. Em suma, podem inverter o cone de visão, trazendo a essência da unicidade para o sistema mais geral.

Considerações finais

Visto as especificidades de contexto histórico e sistemas de saúde de cada país ou região, convém considerar limites para a generalização dos resultados. Novos estudos com desenhos de revisão sistemática podem ser mais adequados para extrapolar estatisticamente as informações de uma totalidade de pesquisas acerca de problemas mais recortados, tratados aqui de forma abrangente, pelos propósitos da revisão integrativa. Um outro limite desta revisão foi ter incluído somente estudos em inglês, pois, apesar dos artigos com maior alcance internacional serem geralmente escritos nesta língua, a literatura selecionada não pôde captar pesquisas divulgadas em outros idiomas, que expressariam melhor outras realidades, como a da América Latina, por exemplo. Ressalte-se que dos países líderes no debate internacional sobre saúde rural – Austrália, Estados Unidos e Canadá – a Austrália ganhou maior destaque nesta revisão, considerando a inclusão de revistas australianas específicas à temática como bases de busca bibliográfica, conforme despontaram em pesquisa inicial. Ainda assim, a revisão permitiu traçar um panorama bastante amplo, de desafios e estratégias da APS para acesso, organização e força de trabalho em saúde na saúde de populações rurais.

Essa compreensão abrangente da saúde rural expressa sob diferentes contextos e perspectivas nesta revisão, pode incentivar e guiar a formulação de estratégias de políticas públicas e ações de saúde com vistas à equidade das populações rurais, de forma que possam atingir o mesmo estado de saúde desejado para o restante da população¹. No entanto, como esta revisão demonstrou, estratégias efetivas passam por conhecer a população que vive nas diferentes ruralidades, sendo necessários estudos aprofundados na heterogeneidade destas áreas.

Este trabalho colabora com o entendimento dos desafios adicionais da APS na rede regionalizada de atenção à saúde, no contexto rural, e contempla a nítida diversidade de territórios, necessidades de saúde e possíveis caminhos, traçados por experiências internacionais. Compreender os aspectos

particulares das áreas rurais, tanto por suas características de acesso, organização da atenção à saúde e força de trabalho em saúde como por seu processo histórico, social e ambiental em transformação, favorece a criação e o fortalecimento de práticas e políticas públicas renovadas nos princípios fundamentais do SUS, de universalidade, equidade e integralidade, em perspectiva inclusiva do que significa ser rural.

Colaboradores

C. M. Franco contribuiu com a análise e interpretação dos dados e redação do artigo; é responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. J. G. Lima contribuiu com a concepção e projeto do estudo, análise e interpretação dos dados e redação do artigo. L. Giovannella contribuiu com a concepção e projeto do estudo, análise e interpretação dos dados, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Informações adicionais

ORCID: Cassiano Mendes Franco (0000-0003-1430-6951); Juliana Gagno Lima (0000-0002-5576-0002); Lígia Giovannella (0000-0002-6522-545X).

Referências

1. Working Party on Rural Practice. Política de qualidade e eficácia dos cuidados de saúde rural. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2013; 8 Suppl 1:15-24.
2. trasser R. Rural health around the world: challenges and solutions. *Fam Pract* 2003; 20:457-63.
3. International Labour Office. Global evidence on inequities in rural health protection. New data on rural deficits in health coverage for 174 countries. Geneva: International Labour Office; 2015. (ESS Document, 47).
4. Organización Mundial de la Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 1978.
5. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.
6. World Health Organization. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations. Geneva: World Health Organization; 2010.
7. Coimbra Jr. CEA. Saúde rural no Brasil: tema antigo mais que atual. *Rev Saúde Pública* 2018; 52 Suppl 1:2s.
8. Savassi LCM, Almeida MM, Floss M, Lima MC, organizadores. Saúde no caminho da roça. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018.
9. Silveira R, Pinheiro R. Sobre o rural, a interiorização na saúde e a formação médica: concepções e ações com destaque para o contexto da Amazônia Legal. In: Pinheiro R, Müller Neto JS, Ticianel FA, Spinelli MAS, organizadores. Construção social da demanda por cuidado: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação. Rio de Janeiro: CEPESC Editora; 2013. p. 147-72.

10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2017.
11. Kulig JC, Andrews ME, Stewart NJ, Pitblado R, MacLeod MLP, Bentham D, et al. How do registered nurses define rurality? *Aust J Rural Health* 2008; 16:28-32.
12. Humphreys J. Rural health status: what do statistics show that we don't already know? *Aust J Rural Health* 1999; 7:60-3.
13. Mendes KDS, Silveira RCC, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto Enferm* 2008; 17:758-64.
14. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo)* 2010; 8:102-6.
15. Wong ST, Regan S. Patient perspectives on primary health care in rural communities: effects of geography on access, continuity and efficiency. *Rural Remote Health* 2009; 9:1142.
16. Zubieta L, Bequet SAF. Factors of primary care demand: a case study. *Rural Remote Health* 2010; 10:1520.
17. Haggerty JL, Roberge D, Lévesque JF, Gauthier J, Loignon C. An exploration of rural-urban differences in healthcare-seeking trajectories: implications for measures of accessibility. *Health Place* 2014; 28:92-8.
18. McGrail MR, Humphreys JS. Spatial access disparities to primary health care in rural and remote Australia. *Geospat Health* 2015; 10:358.
19. Sanders SR, Erickson LD, Call VR, McKnight ML, Hedges DW. Rural health care bypass behavior: how community and spatial characteristics affect primary health care selection. *J Rural Health* 2015; 31:146-56.
20. Whitehead J, Pearson AL, Lawrenson R, Atatoa-Carr P. Spatial equity and realised access to healthcare – a geospatial analysis of general practitioner enrolments in Waikato, New Zealand. *Rural Remote Health* 2019; 19:5349.
21. Neville S, Napier S, Adams J, Shannon K. Accessing rural health services: results from a qualitative narrative gerontological study. *Australas J Ageing* 2019; 39:e55-61.
22. Smith SC, Carragher L. 'Just lie there and die': barriers to access and use of general practitioner out-of-hours services for older people in rural Ireland. *Rural Remote Health* 2019; 19:5088.
23. Dassah E, Aldersey H, McColl MA, Davison C. Factors affecting access to primary health care services for persons with disabilities in rural areas: a "best-fit" framework synthesis. *Glob Health Res Policy* 2018; 3:36.
24. Doran F, Hornibrook J. Rural New South Wales women's access to abortion services: highlights from an exploratory qualitative study. *Aust J Rural Health* 2014; 22:121-6.
25. Alston M, Allan J, Dietsch E, Wilkinson J, Shankar J, Osburn L, et al. Brutal neglect: Australian rural women's access to health services. *Rural Remote Health* 2006; 6:475.
26. Rosenwasser LA, McCall-Hosenfeld JS, Weisman CS, Hillemeier MM, Perry AN, Chuang CH. Barriers to colorectal cancer screening among women in rural central Pennsylvania: primary care physicians' perspective. *Rural Remote Health* 2013; 13:2504.
27. Carlton E, Simmons L. Health decision-making among rural women: physician access and prescription adherence. *Rural Remote Health* 2011; 11:1599.
28. Quine S, Bernard D, Booth M, Kang M, Usherwood T, Alperstein G, et al. Health and access issues among Australian adolescents: a rural-urban comparison. *Rural Remote Health* 2003; 3:245.
29. Burton H, Walters L. Access to Medicare-funded annual comprehensive health assessments for rural people with intellectual disability. *Rural Remote Health* 2013; 13:2278.
30. Gruen RL, Weeramanthri TS, Knight SS, Bailie RS. Specialist outreach clinics in primary care and rural hospital settings. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; (4):CD003798.
31. Iliyasu G, Tihamiyu AB, Daiyab FM, Tambuwal SH, Habib ZG, Habib AG. Effect of distance and delay in access to care on outcome of snakebite in rural north-eastern Nigeria. *Rural Remote Health* 2015; 15:3496.
32. Choo WK, McGeary K, Farman C, Greyling A, Cross SJ, Leslie SJ. Utilisation of a direct access echocardiography service by general practitioners in a remote and rural area – distance and rurality are not barriers to referral. *Rural Remote Health* 2014; 14:2736.
33. Brieger WR, Sommerfeld JU, Amazigo UV; CDI Network. The potential for community-directed interventions: reaching underserved populations in Africa. *Int Q Community Health Educ* 2015; 35:295-316.
34. Labhardt ND, Balo JR, Ndam M, Grimm JJ, Manga E. Task shifting to non-physician clinicians for integrated management of hypertension and diabetes in rural Cameroon: a programme assessment at two years. *BMC Health Serv Res* 2010; 10:339.
35. Strasser R, Kam SM, Regalado SM. Rural health care access and policy in developing countries. *Annu Rev Public Health* 2016; 37:395-412.
36. Ambruso L, van der Merwe M, Wariri O, Byass P, Goosen G, Kahn K, et al. Rethinking collaboration: developing a learning platform to address under-five mortality in Mpumalanga province, South Africa. *Health Policy Plan* 2019; 34:418-29.
37. Naeem SB, Bhatti R. Clinical information needs and access in primary health care: a comparative cross-sectional study of rural and non-rural primary care physicians. *Health Info Libr J* 2015; 32:287-99.

38. Sbarouni V, Tsimtsiou Z, Symvoulakis E, Kamekis A, Petelos E, Saridaki A, et al. Perceptions of primary care professionals on quality of services in rural Greece: a qualitative study. *Rural Remote Health* 2012; 12:2156.
39. Wakerman J, Humphreys JS, Wells R, Kuipers P, Entwistle P, Jones J. Primary health care delivery models in rural and remote Australia – a systematic review. *BMC Health Serv Res* 2008; 8:276.
40. Carey TA, Sirett D, Wakerman J, Russell D, Humphreys JS. What principles should guide visiting primary health care services in rural and remote communities? Lessons from a systematic review. *Aust J Rural Health* 2018; 26:146-56.
41. Wakerman J, Humphreys JS. Sustainable primary health care services in rural and remote areas: innovation and evidence. *Aust J Rural Health* 2011; 19:118-24.
42. Russell D, Humphreys J. Meeting the primary healthcare needs of small rural communities: lessons for health service planners. *Rural Remote Health* 2016; 16:3695.
43. Pancer Z, Moore M, Wenham JT, BurrIDGE M. The challenge of generalist care in remote Australia: beyond aeromedical retrieval. *Aust J Rural Health* 2018; 26:188-93.
44. Carroll V, Reeve CA, Humphreys JS, Wakerman J, Carter M. Re-orienting a remote acute care model towards a primary health care approach: key enablers. *Rural Remote Health* 2015; 15:2942.
45. Okwundu CI, Nagpal S, Musekiwa A, Sinclair D. Home- or community-based programmes for treating malaria. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; (5):CD009527.
46. Eckhardt M, Carljford S, Faresjö T, Crespo-Burgos A, Forsberg BC, Falk M. Universal health coverage in marginalized populations: a qualitative evaluation of a health reform implementation in rural Ecuador. *Inquiry* 2019; 56:46958019880699.
47. Lindeke L, Jukkala A, Tanner M. Perceived barriers to nurse practitioner practice in rural settings. *J Rural Health* 2005; 21:178-81.
48. Oliveira AR, de Sousa YG, Alves JP, Medeiros SM, Martiniano CS, Alves M. Satisfaction and limitation of primary health care nurses' work in rural areas. *Rural Remote Health* 2019; 19:4938.
49. Menegat RP, Witt RR. Primary health care nurses' competencies in rural disasters caused by floods. *Rural Remote Health* 2018; 18:4450.
50. De Kock JH, Pillay BJ. Mental health nurses in South Africa's public rural primary care settings: a human resource crisis. *Rural Remote Health* 2016; 16:3865.
51. Sommanustweechai A, Putthasri W, Nwe ML, Aung ST, Theint MM, Tangcharoensathien V, et al. Community health worker in hard-to-reach rural areas of Myanmar: filling primary health care service gaps. *Hum Resour Health* 2016; 14:64.
52. Martin A, O'Meara P, Farmer J. Consumer perspectives of a community paramedicine program in rural Ontario. *Aust J Rural Health* 2016 ; 24:278-83.
53. Chen M, Lu J, Hao C, Hao M, Yao F, Sun M. Developing challenges in the urbanization of village doctors in economically developed regions: a survey of 844 village doctors in Changzhou, China. *Aust J Rural Health* 2015; [Online ahead of print].
54. Allan J, Ball P, Alston M. 'You have to face your mistakes in the street': the contextual keys that shape health service access and health workers' experiences in rural areas. *Rural Remote Health* 2008; 8:835.
55. McFarlane KA, Judd J, Wapau H, Nichols N, Watt K, Devine S. How primary health care staff working in rural and remote areas access skill development and expertise to support health promotion practice. *Rural Remote Health* 2018; 18:4413.
56. Gorsche RG, Woloschuk W. Rural physicians' skills enrichment program: a cohort control study of retention in Alberta. *Aust J Rural Health* 2012; 20:254-8.
57. Wardle J, Adams J, Magalhães RJ, Sibbritt D. Distribution of complementary and alternative medicine (CAM) providers in rural New South Wales, Australia: a step towards explaining high CAM use in rural health? *Aust J Rural Health* 2011; 19:197-204.
58. Williams E, D'Amore W, McMeeken J. Physiotherapy in rural and regional Australia. *Aust J Rural Health* 2007; 15:380-6.
59. Pei H, Sun Y, Bai Z, Yu Z, Chang P, Qiu C, et al. Selective admission policy of medical undergraduates in western China: applicants' real attitudes to the choice of a rural medical career. *Rural Remote Health* 2018; 18:4519.
60. Grobler L, Marais BJ, Mabunda S. Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; (6):CD005314.
61. Wakerman J, Humphreys J, Russell D, Guthridge S, Bourke L, Dunbar T, et al. Remote health workforce turnover and retention: what are the policy and practice priorities? *Hum Resour Health* 2019; 17:99.
62. Russell DJ, McGrail MR, Humphreys JS. Determinants of rural Australian primary health care worker retention: a synthesis of key evidence and implications for policymaking. *Aust J Rural Health* 2017; 25:5-14.
63. Theodorakis PN, Mantzavinis GD. Inequalities in the distribution of rural primary care physicians in two remote neighboring prefectures of Greece and Albania. *Rural Remote Health* 2005; 5:457.
64. McGrail MR, Wingrove PM, Petterson SM, Humphreys JS, Russell DJ, Bazemore AW. Measuring the attractiveness of rural communities in accounting for differences of rural primary care workforce supply. *Rural Remote Health* 2017; 17:3925.

65. Wanchek TN, Rephann TJ. Effects of a proposed rural dental school on regional dental workforce and access to care. *Rural Remote Health* 2013; 13:2366.
66. Bowman RC. Measuring primary care: the standard primary care year. *Rural Remote Health* 2008; 8:1009.
67. Thomas S, Wakerman J, Humphreys J. What does it cost to provide equity of access to high quality, comprehensive primary health care in rural Australia? A pilot study. *Rural Remote Health* 2017; 17:4019.
68. Hart JT. The inverse care law. *Lancet* 1971; 297:405-12.
69. Rashidian A, Joudaki H, Khodayari-Moez E, Omranikhoo H, Geraili B, Arab M. The impact of rural health system reform on hospitalization rates in the Islamic Republic of Iran: an interrupted time series. *Bull World Health Organ* 2013; 91:942-9.
70. Probst JC, Laditka JN, Laditka SB. Association between community health center and rural health clinic presence and county-level hospitalization rates for ambulatory care sensitive conditions: an analysis across eight US states. *BMC Health Serv Res* 2009; 9:134.
71. Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciênc Saúde Colet* 2006; 11:975-86.
72. Pessoa VM, Almeida MM, Carneiro FF. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? *Saúde Debate* 2018; 42 (n.spe 1):302-14.
73. Giovanella L, Mendonça MHM, Fausto MCR, Almeida PF, Bousquat A, Lima JG, et al. A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. *Ciênc Saúde Colet* 2016; 21:2697-708.
74. Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Ciênc Saúde Colet* 2020; 25:1475-82.
75. Santos M. Técnica, espaço, tempo. 5ª Ed. São Paulo: Edusp; 2008.
76. Donnanangelo MCF. Saúde e sociedade. São Paulo: Duas Cidades; 1976.
77. Butler DC, Petterson S, Bazemore A, Douglas KA. Use of measures of socioeconomic deprivation in planning primary health care workforce and defining health care need in Australia. *Aust J Rural Health* 2010; 18:199-204.
78. Halder GE, Bearman G, Sanogo K, Stevens MP. Water sanitation, access, use and self-reported diarrheal disease in rural Honduras. *Rural Remote Health* 2013; 13:2413.
79. Russell DJ, Humphreys JS, Ward B, Chisholm M, Buykx P, McGrail M, et al. Helping policy-makers address rural health access problems. *Aust J Rural Health* 2013; 21:61-71.
80. Scott J, Larson A, Jefferies F, Veenendaal B. Small-area estimates of general practice workforce shortage in rural and remote Western Australia. *Aust J Rural Health* 2006; 14:209-13.
81. Allenby A, Kinsman L, Tham R, Symons J, Jones M, Campbell S. The quality of cardiovascular disease prevention in rural primary care. *Aust J Rural Health* 2016; 24:92-8.
82. Holdsworth S, Corscadden L, Levesque JF, Russell G. Factors associated with successful chronic disease treatment plans for older Australians: implications for rural and indigenous Australians. *Aust J Rural Health* 2019; 27:290-7.
83. Morley B, Pirkis J, Naccarella L, Kohn F, Blashki G, Burgess P. Improving access to and outcomes from mental health care in rural Australia. *Aust J Rural Health* 2007; 15:304-12.
84. Ndayisaba A, Harerimana E, Borg R, Miller AC, Kirk CM, Hann K, et al. A clinical mentorship and quality improvement program to support health center nurses manage type 2 diabetes in rural Rwanda. *J Diabetes Res* 2017; 2017:2657820.
85. Rahmawati R, Bajorek BV. Access to medicines for hypertension: a survey in rural Yogyakarta province, Indonesia. *Rural Remote Health* 2018; 18:4393.
86. Reddy P, Hernan AL, Vanderwood KK, Arave D, Niebylski ML, Harwell TS, et al. Implementation of diabetes prevention programs in rural areas: Montana and south-eastern Australia compared. *Aust J Rural Health* 2011; 19:125-34.
87. Street TD, Somoray K, Richards GC, Lacey SJ. Continuity of care for patients with chronic conditions from rural or remote Australia: a systematic review. *Aust J Rural Health* 2019; 27:196-202.
88. Jacobson Vann JC, Jacobson RM, Coyne-Beasley T, Asafu-Adjei JK, Szilagyi PG. Patient reminder and recall interventions to improve immunization rates. *Cochrane Database Syst Rev* 2018; (1):CD003941.
89. Hegney DG, Fahey P, Nanka A. General practitioners' perceptions of after-hours primary medical care services: a Toowoomba, Queensland, Australia study. *Rural Remote Health* 2004; 4:287.

Abstract

Primary healthcare is essential for dealing with the inequities marking rural and remote territories. The concept of rurality is somewhat imprecise, and rural health policies in Brazil are insufficient. A review of the international literature can foster better understanding of the strategies developed in central rural health issues. The article's objective was to identify and analyze the challenges in access, organization of healthcare, and health workforce in primary care in rural areas. An integrative literature review was performed to search for scientific articles published from 2000 to 2019 in the Cochrane and MEDLINE databases and specific rural health journals. The search yielded 69 articles, categorized as addressing access, organization of healthcare, or health workforce. The findings' main themes were analyzed. Articles classified as access presented the following central themes: geographic aspects, patients' needs to travel for care, and access to hospital and specialized services. Articles on organization of healthcare dealt with structure and inputs, functioning of health services, and community-based management. Health workforce featured healthcare workers' profiles and roles and factors for their attraction/retention. Crosscutting issues in strengthening access, organization of healthcare, and health workforce in rural areas were community action, outreach/visiting models, communication/information technologies, access to care, and professional training/development. The review provides a comprehensive understanding of primary care in rural health to promote equity for rural populations.

Primary Health Care; Rural Health Services; Health Services Accessibility; Organization and Administration; Health Workforce

Resumen

En áreas rurales y remotas, la atención primaria en salud es esencial para combatir las inequidades que caracterizan estos territorios. El concepto de ruralidad es poco preciso y las políticas dirigidas a la salud rural en Brasil son frágiles. Una revisión de la literatura internacional puede apoyar una mayor comprensión sobre las estrategias desarrolladas en cuestiones centrales de la salud rural. El objetivo de este artículo fue identificar y analizar desafíos del acceso, organización de la atención a la salud y fuerza de trabajo en salud en la atención primaria en áreas rurales. Se realizó una revisión integral de la literatura, con una búsqueda de artículos científicos, publicados entre 2000 y 2019, en las bases Cochrane y MEDLINE, así como revistas específicas de salud rural. La investigación resultó en 69 artículos, categorizados por acceso, organización de la atención a la salud y fuerza de trabajo en salud. Se analizaron los temas principales de sus resultados. Los artículos clasificados como acceso tuvieron como temas centrales: aspectos geográficos, necesidades de desplazamiento de los usuarios y acceso a los servicios hospitalarios y especializados. Los artículos de la organización de la atención a la salud trataron sobre: estructura e insumos, funcionamiento de los servicios de salud y gestión basada en la comunidad. En fuerza de trabajo en salud, se destacó: perfil y papel profesional, así como factores de atracción/fijación. Las acciones transversales para el fortalecimiento del acceso, organización de la atención a la salud y fuerza de trabajo en salud en áreas rurales fueron: actuación comunitaria, modelos de extensión/visitas, tecnologías de comunicación/información, acceso a la asistencia y formación/desarrollo profesional. La revisión proporciona una comprensión amplia de la atención primaria en salud rural en pro de la equidad de las poblaciones rurales.

Atención Primaria de Salud; Servicios de Salud Rural; Accesibilidad a los Servicios de Salud; Organización y Administración; Fuerza Laboral en Salud

Recebido em 27/Out/2020
Versão final reapresentada em 19/Jan/2021
Aprovado em 06/Fev/2021