

ATRAÇÃO E RETENÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM ZONAS CARENCIADAS: REVISÃO DAS EVIDÊNCIAS

GILLES DUSSAULT

Unidade de Ensino e Investigação em Saúde Pública Internacional e Bioestatística, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para Política e Planeamento em Saúde e Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais (CMDT), Universidade Nova de Lisboa.

RESUMO

Este artigo revê a literatura recente sobre os problemas de atração e retenção de trabalhadores de saúde qualificados em zonas carenciadas. Os motivos que fazem com que os trabalhadores evitem essas zonas são conhecidos. A literatura oferece propostas de estratégias para melhorar a atração e a retenção, mas a evidência em apoio da sua eficácia ainda é fraca. O que é mais consensual é que não há intervenções que, por si mesmas, permitam resolver o problema e que os que formulam as políticas podem ser mais eficazes se tiverem acesso a informação válida sobre as expectativas dos trabalhadores de saúde e sobre os fatores que influenciam a sua escolha de onde praticar a sua profissão.

SUMMARY

Abstract: This article reviews the recent literature on issues of attraction and retention of qualified health workers in underserved areas such as rural, isolated or poor urban areas. The reasons of workers for avoiding these areas are pretty well known. Strategies of attraction and retention are proposed in the literature but the evidence as to their effectiveness is usually limited. What seems more consensual is that no single interventions can resolve the problem and that policy-makers will be in a better position to design

effective policies if they have valid information about the expectations of health workers and the factors that affect their choice of location to practice.

INTRODUÇÃO

Em todos os países, pobres e ricos, a equidade de acesso aos serviços de saúde baseada nas necessidades de saúde permanece um ideal ainda por alcançar. São vários os obstáculos que explicam o facto de haver indivíduos e populações que enfrentam mais dificuldades em conseguir os serviços de que necessitam. Alguns desses obstáculos estão relacionados com as características da população (do lado da procura), outros estão relacionados com os próprios serviços (do lado da oferta). Estes obstáculos encontram-se ilustrados na Tabela 1.

Tabela 1

Obstáculos no acesso aos serviços de saúde.

Do lado da procura	Do lado da oferta
<i>Económicos:</i> pobreza, incapacidade para pagar os serviços ou os seus custos indiretos (transporte, tempo de trabalho perdido)	<i>Económicos:</i> custos diretos (incluído taxas moderadoras e pagamentos informais) e indiretos do acesso aos serviços
<i>Culturais:</i> baixa educação, falta de informações acerca da disponibilidade dos serviços, tradições (utilização de serviços informais), crenças, valores religiosos	<i>Organizacionais:</i> falta de pessoal, elevada rotatividade do pessoal ("turnover"), horários de funcionamento inadequados, longos tempos de espera, comportamentos discriminatórios por parte do pessoal, falta de sensibilidade cultural, má qualidade das infraestruturas, falta de equipamentos e medicamentos
<i>Geográficos:</i> distância entre habitação e os serviços, falta de transportes	<i>Geográficos:</i> concentração dos serviços nas cidades e em áreas mais favorecidas

A falta de profissionais de saúde em número suficiente constitui-se como um dos obstáculos mais importantes para o acesso aos cuidados de saúde. Esta situação pode dever-se a vários fatores, tais como:

O número de profissionais de saúde com formação não é suficiente, por um lado, porque não há capacidade de produção suficiente e, por outro, porque não há candidatos em número suficiente interessados ou com disponibilidade para receberem formação como profissionais de saúde (Dussault *et al.*, 2008);

A produção desequilibrada de novos trabalhadores, isto é, demasiados médicos, poucos enfermeiros e auxiliares. Timor-Leste seria um exemplo (Cabral *et al.*, 2012);

As definições legais acerca do exercício da profissão limitam a possibilidade de criação de novos quadros de profissionais de saúde (isto é, médicos assistentes, técnicos de cirurgia, *etc.*) como é o caso em Portugal (Temido e Dussault, 2012)

As perdas de profissionais de saúde para outros setores; as perdas de pessoal da clínica para outras atividades, por exemplo, gestão, ONG's, agências internacionais, indústria farmacêutica; a emigração dos trabalhadores; elevados níveis de desgaste devido à doença (HIV; síndrome de Burnout) ou outros fatores (Joint Learning Initiative, 2004; WHO, 2006).

As populações que vivem em zonas rurais e remotas, mas também em zonas urbanas e suburbanas pobres, são particularmente afetadas por défices e carências. Existe um défice quando as necessidades de trabalhadores de saúde são maiores do que a oferta, de acordo com o perfil demográfico e epidemiológico de uma população. É o caso dos países de baixa renda, que a OMS classificou como "países em crise" relativamente aos recursos humanos para a saúde (OMS, 2006). Existe uma carência ou demanda não satisfeita quando as posições disponíveis permanecem vagas, por qualquer motivo; frequentemente, é este o caso das zonas carenciadas. Num contexto de mercado livre, estas zonas não conseguem competir, em termos de atração e retenção de pessoal qualificado, na saúde ou em qualquer outro setor. Em qualquer parte do mundo, é difícil atrair e reter profissionais de saúde para zonas carenciadas, daí a importância de compreender os determinantes de atração e retenção, tendo em vista elaborar estratégias efetivas para resolver o problema (Dussault e Franceschini, 2006).

Este artigo resume o estado da arte acerca dos fatores que influenciam as práticas em termos de

decisões sobre a localização de profissionais de saúde, e o que os países têm feito para tentar reduzir os desequilíbrios na distribuição geográfica dos seus trabalhadores de saúde. Conclui chamando a atenção para questões estratégicas importantes tendo em vista alcançar uma distribuição de profissionais de saúde mais justa e equilibrada.

PORQUE É QUE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PREFEREM AMBIENTES URBANOS MAIS ABASTADOS?

Não existe qualquer razão para pensar que os profissionais de saúde são diferentes de quaisquer outros profissionais quando tomam as suas decisões relativamente à entrada ou saída do mercado de trabalho, onde trabalhar e com que intensidade. As intenções e expectativas dos profissionais em relação à escolha de uma zona para trabalhar são documentadas em vários estudos cujas conclusões convergem (Ferrinho *et al.*, 2011; Girasek *et al.*, 2010; Witter *et al.*, 2011) A fim de planejar intervenções apropriadas para atrair e reter profissionais de saúde para áreas que precisam deles, em primeiro lugar é fundamental perceber porque é que o problema existe.

De seguida, apresentam-se alguns dos fatores que podem explicar os desequilíbrios entre as zonas bem servidas e as zonas carenciadas relativamente ao acesso aos serviços de saúde:

Os profissionais de saúde recebem formação sobretudo em contextos urbanos onde existem melhores serviços e educação (WHO, 2010);

A maioria dos profissionais qualificados é proveniente desses contextos urbanos;

Durante a sua formação básica, os profissionais de saúde têm pouco contacto com as necessidades das populações carenciadas e têm perceções negativas dessas zonas (Frenk *et al.*, 2010);

Não há incentivos, ou são inadequados, para atrair e reter os trabalhadores nestas zonas;

Não há nenhum ou há pouco mercado para a prática privada em zonas carenciadas;

Existe o medo de ficar isolado profissionalmente, de não ser capaz de progredir na carreira;

Há pouco reconhecimento profissional e social das pessoas que trabalham em zonas carenciadas;

As infraestruturas sanitárias são de qualidade inferior, o acesso a equipamentos e medicamentos, e a supervisão e apoio de colegas não se situam ao mesmo nível do que podem encontrar em zonas mais abastadas (WHO, 2010);

Uma vez que estas são zonas com falta de pessoal de saúde, existe o receio de que a sobrecarga de trabalho seja excessiva;

As zonas carenciadas em saúde têm carências a todos os outros níveis: educativas, administrativas, culturais, infraestruturas económicas e serviços. Esta realidade torna-as pouco atrativas para pessoas com crianças para educar, que querem ter acesso a equipamentos sociais e culturais.

Estas evidências refletem uma combinação de fatores individuais, organizacionais e sociais que explicam a relutância dos profissionais de saúde em exercer em zonas carenciadas. No entanto, se analisarmos esta questão do ponto de vista dos fatores que contribuem para atrair os profissionais de saúde para zonas carenciadas, encontramos um conjunto de fatores que são o contraponto positivo dos anteriores. Os seguintes fatores parecem contribuir para reduzir os desequilíbrios (WHO, 2010):

- Recrutamento de alunos das zonas carenciadas;
- Contacto com as necessidades dessas zonas durante o estágio;
- Realização de formação especializada para os profissionais que querem trabalhar em zonas carenciadas;
- Proximidade das instituições de formação;
- Acesso a infraestruturas adequadas, a uma rede de colegas, a apoio profissional (supervisão, contacto com especialistas);
- Incentivos financeiros (Barnighausen e Bloom, 2009) e profissionais (acesso a atividades de

desenvolvimento profissional contínuo, licenças para formação, folgas), perspectivas de carreira; Acesso a equipamentos culturais e sociais, reconhecimento social, oportunidades para a família.

O QUE FUNCIONA E O QUE NÃO FUNCIONA: LIÇÕES DAS EXPERIÊNCIAS DOS PAÍSES

Existe uma crescente literatura acerca do que já foi feito e do que é recomendado para resolver os problemas de atração (isto é, convencer profissionais a aceitar trabalhar em zonas carenciadas) e retenção (isto é, assegurar que fiquem). Wilson *et al.* (2009) realizaram uma revisão de literatura usando a metodologia do Centro Cochrane e identificaram cinco categorias de intervenções: Seleção, Educação, Coerção, Incentivos e Apoio – e classificaram a força da evidência existente como *convigente, forte, moderada, fraca ou ausente*. Mais recentemente, a OMS publicou uma revisão actualizada, acompanhada de uma série de recomendações organizadas em torno de quatro áreas de intervenção: educação, regulação, incentivos financeiros, e apoio pessoal e profissional (WHO, 2010), resumidas na Tabela 2.

Tabela 2

Intervenções para melhorar a atração e a retenção de profissionais de saúde em zonas carenciadas (ZC).

Área de ação	Intervenção	Força da recomendação
Educação	Recrutar alunos das ZC	Forte: fator mais associado com a escolha para trabalhar em ZC
	Incluir conteúdos relevantes no currículo (avaliação das necessidades de saúde, equidade de acesso)	Forte
	Contacto dos alunos com ZC (viagens de estudo, rotatividade clínica, residências)	Condicional
	Criar formação especializada e adaptada às necessidades das ZC	Condicional
	Instalar instituições de formação fora das grandes cidades	Condicional
Incentivos financeiros	Bolsas, apoio financeiro aos estudantes sob compromisso de trabalharem posteriormente em ZC	Condicional
	Subsídio especial compensatório de custos extra (transporte, alojamento, educação subsidiada, <i>etc.</i>)	Forte
	Percepção de justiça associada à compensação, bónus, tabela salarial especial	Forte
Incentivos profissionais ou outros	Acesso a desenvolvimento profissional contínuo (DPC)	Condicional
	Acesso a apoio de especialistas	Condicional
	Melhor ambiente de trabalho, supervisão de apoio, trabalho de equipa	Forte
	Oportunidades para trabalhar em rede	Forte
	Períodos de descanso (folgas e licenças)	Forte
Medidas de regulação e outras	Programas de desenvolvimento de carreira	Forte
	Aumentar o âmbito da prática dos profissionais de saúde nas ZC	Condicional
	Expandir a produção de profissionais de nível médio para as ZC	Condicional
	Melhores condições de vida	Forte
	Medidas de reconhecimento público (prémios, títulos)	Forte

Adaptado de Wilson *et al.* (2009), McCaffery (2009) e WHO (2010).

Nota: a classificação “forte” refere-se a uma intervenção quando existe uma grande consistência entre a opinião de peritos e os estudos observacionais, sendo suscetível de produzir efeitos positivos na maioria dos ambientes; a classificação “condicional” sugere que, apesar dos efeitos positivos observados, é necessária cautela aquando de adaptações das intervenções em contextos específicos. Pode também significar que é menos provável a intervenção ter efeitos positivos senão for combinada com outras intervenções e mantida ao longo do tempo.

Tanto Wilson *et al.* (2009) como a OMS (WHO, 2010) evidenciam que as medidas coercivas (“serviço comunitário”), baseadas na imigração ou na contratação de profissionais estrangeiros, tendem a produzir apenas efeitos de curto prazo, podendo mesmo ter efeitos adversos, como problemas de comunicação com os utentes, falta de familiaridade com a organização dos serviços, ou com algumas técnicas e protocolos. Em 2009, Portugal recrutou de Cuba e Uruguai e depois de

Costa Rica e Colômbia para preencher postos não ocupados em zonas isoladas; o Canadá tem recrutado da África do Sul desde há vários anos; muitos países ricos (Inglaterra, EUA, Arábia Saudita, Emirados Árabes Unidos e França) dependem da força de trabalho importada para colmatar as lacunas nas regiões carenciadas e para prestação de serviços em período noturno nos hospitais ou assistência social (Wismar *et al.*, 2011).

De uma forma geral, a evidência sobre os efeitos destas intervenções é fraca, sobretudo devido ao facto de terem sido realizadas tão poucas avaliações. Não é surpreendente que as análises mais recentes concluam ser necessária mais

investigação acerca dos efeitos das intervenções e das razões para elas funcionarem ou não, recomendando a sua monitorização e avaliação cuidadosas. Na ausência de evidências mais fortes, os decisores políticos podem utilizar estas recomendações e inspirar-se nas boas práticas identificadas nos estudos de caso nacionais.

O Brasil é, precisamente, um desses exemplos, acerca do qual existe uma revisão recente efectuada por Buchan *et al.* (2011). Sucessivas iniciativas consolidaram a expansão acelerada da força de trabalho em saúde e melhoraram significativamente o acesso a serviços em zonas anteriormente carenciadas (Tabela 3).

Tabela 3
Políticas relativas aos RHS no Brasil.

	Início/fim	Descrição
Programa “Larga Escala”	80’s	Programa de formação contínua. Tem, por objetivo, qualificar os quadros médios e básicos que trabalham no setor público e que não tiveram acesso a uma formação formal.
CADHRU	1987/...	Destinado a reforçar a capacidade de gestão de recursos humanos no Sistema Único de Saúde. Tem três fases: de 1987/1989 (especialmente orientado para a capacitação de professores); de 1992 a 2001 (tornou-se um curso de especialização e, atualmente, contribui para o desenvolvimento e modernização do processo institucional de utilização dos recursos humanos através da capacitação).
TELESSAÚDE	1999/...	Projeto-piloto de colaboração entre universidades federais, instituições privadas e o Sistema Único de Saúde, envolvendo 2700 equipas de saúde da família, visando reforçar a capacidade das equipas para responder às principais demandas no Sistema Único de Saúde.
PROFAE	2002 / 2007	Destinado a ampliar a formação de técnicos e auxiliares de enfermagem
PRO-SAÚDE	2005/...	Destinado a colmatar a lacuna existente entre a formação e as necessidades dos cuidados de saúde primários
PROGESUS (<i>Programa de qualificação e estruturação da gestão do trabalho e da educação no SUS</i>)	2006/...	Destinado a desenvolver diretrizes organizacionais e a fornecer ferramentas de gestão, apoio e mecanismos para modernização e profissionalização da gestão do trabalho e educação nas secretarias de saúde municipais e estaduais.
PROFAPS	2007 / 2011	Baseado numa rede de 319 escolas técnicas, com o objetivo de formar 735 435 técnicos de saúde até 2011.
UNA-SUS (SUS Universidade Aberta)	2008/...	Rede colaborativa de instituições académicas, serviços de saúde e gestão do Sistema Único de Saúde, destinada a responder às necessidades de educação e formação do Sistema Único de Saúde. Destaca-se a utilização de ensino à distância, com acesso livre e partilhado aos materiais de aprendizagem.
PET SAUDE	2009/...	Visa a integração da educação, serviços e comunidades através da qualificação em serviço e reforço de profissionais dos cuidados de saúde primários.

(Fonte: Buchan et al. 2011)

Buchan *et al.* (2011) chegaram à conclusão de que, para garantir uma mudança sustentada por um longo período de tempo num país grande e descentralizado, as políticas têm que ser capazes de se adaptar às novas circunstâncias, embora focando-se em melhorias sequenciais visando alcançar objetivos de longo prazo. No Brasil, a colaboração interministerial, intergovernamental e inter-serviços e o desenvolvimento de alianças de interesse comum foram determinantes para o êxito das políticas de melhoria do acesso aos serviços de saúde básicos. Durante um período de trinta anos ou mais, em que ocorreram mudanças significativas no processo político no Brasil, nem todas as iniciativas têm sido igualmente bem-sucedidas, mas a dinâmica foi mantida. Não houve um “plano” ou estratégia únicos a longo prazo, nem houve um “projeto” inicial detalhado e completamente formado; teria sido improvável a sua sobrevivência às mudanças políticas em todo este período temporal.

No geral, os objetivos e princípios de longo prazo não foram contestados pelos atores chave e permaneceram no centro do processo de mudança, mas as estratégias desenvolvidas e implementadas para alcançar e sustentar a mudança têm sido alteradas e revistas ao longo do tempo, para manter a dinâmica e lidar com novos desafios e barreiras (Buchan *et al.*, 2011).

DISCUSSÃO

A falta de evidência forte acerca do que funciona e do que não funciona não deve constituir um impedimento para a ação. O Brasil e outros países, como a Tailândia e o Canadá (WHO, 2010), demonstraram que o mais importante era assumir o compromisso de reduzir os desequilíbrios geográficos e adotar um conjunto de políticas adaptadas a um ambiente de mudança.

Apesar de ser prioritário levar e manter os profissionais de saúde para zonas carenciadas, os decisores políticos devem ser lembrados de que é necessário agir sobre múltiplos fatores (McCaffery *et al.*, 2009). Isso significa tornar os serviços mais acessíveis (através de seguros, ajudas para transporte), mais aceitáveis (melhorando as competências culturais dos profissionais de saúde) e com melhor organização (horários adaptados às necessidades dos utilizadores, *etc.*).

É necessário um investimento financeiro significativo para se conseguir alcançar melhorias na distribuição do pessoal de saúde, traduzido em aspetos como a formação de mais trabalhadores e o financiamento de regimes de incentivos, mas

existem outras intervenções de baixo custo como, por exemplo, o recrutamento de estudantes provenientes de zonas carenciadas, o reforço da aquisição de competências sobre as necessidades das populações carenciadas durante a formação e o estímulo do reconhecimento social. Nestes casos, o investimento é claramente de natureza política, sob a forma de um compromisso contínuo de melhoria do bem-estar das populações e, de uma forma mais genérica, de redução das iniquidades.

CONFLITOS DE INTERESSES

Nenhum.

BIBLIOGRAFIA

- BARNIGHAUSEN, T., BLOOM, D. E. (2009) – “Financial incentives for return of service in underserved areas: a systematic review”. *BMC Health Serv. Res.*, 9: 86.
- BUCHAN, J., FRONTEIRA, I. & DUSSAULT, G. (2011) – “Continuity and change in human resources policies for health: Lessons from Brazil”. *Human Res. Health*, 9: 17.
- CABRAL, J., BUCHAN, J., FERRINHO, P. & DUSSAULT, G. (2012) – “Scaling-up the medical workforce in Timor-Leste: challenges of a great leap forward”. *Soc. Sci. Med.* (submetido).
- DUSSAULT, G., FRANCESCHINI, M. C. (2006) – “Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce”. *Human Res. Health*, 4: 12.
- DUSSAULT, G., CODJIA, L., KANTENGWA, K. & TULENKO, K. (2008) – “Assessing the capacity to produce health personnel in Rwanda”. *Leadership Health Serv.*, 21: 290-306.
- FERRINHO, P., SIDAT, M., FRESTA, M., RODRIGUES, A., FRONTEIRA, I., da SILVA, F., MERCER, H., CABRAL, J. & DUSSAULT, G. (2011) – “The training and professional expectations of medical students in Angola, Guinea-Bissau and Mozambique”. *Human Res. Health*, 9: 9.
- FRENK, J., CHEN, L., BHUTTA, Z. A., COHEN, J., CRISP, N., EVANS, T., FINEBERG, H., GARCIA, P., HORTON, R., YANG, K., KELLEY, P., KISTNASAMY, B., MELEIS, A., NAYLOR, D., PABLOS MENDEZ, A., REDDY, S., SCRIMSHAW, S., SEPULVEDA, J., SERWADDA, D. & ZURAYK, H. (2010) – “Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world”. *Lancet*, 376: 1923-1958.
- GIRASEK, E., EKE, E. & SZÓCSKA, M. (2010) – “Analysis of a survey on young doctors' willingness to work in rural Hungary”. *Human Res. Health*, 8: 13.
- JOINT LEARNING INITIATIVE (2004) - *Human resources for Health: overcoming the crisis*. Harvard University Press, Cambridge (Mass.).
- MCCAFFERY, J., JOYCE, S. & MASSIE, B. (2009) - *Health worker retention and performance initiatives: making better strategic choices*. Technical Brief 16, Capacity Project. [online]. http://www.capacityproject.org/images/stories/files/techbrief_16.pdf.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2006) - *Trabalhando Juntos para Saúde. Relatório mundial da saúde 2006*. OMS, Genebra.

TEMIDO, M. & DUSSAULT, G. (2012) – “Papéis profissionais de médicos e enfermeiros em Portugal: limites normativos à mudança”. *Rev. Port. Saúde Públ.* (submetido).

WILSON, N. W., COUPER, I. D., DE VRIES, E., REID, S., FISH, T. & MARAIS, B. J. (2009) – “A critical review of interventions to redress the inequitable distribution of healthcare professionalsto rural and remote areas”. *Rural Remote Health*, 9: 1060.

WISMAR, M., MAIER, C. B., GLINOS, I. A., DUSSAULT, G. & FIGUERAS, J. (2011) - *Health Professional Mobility and Health*

Systems: evidence from 17 European countries. European Observatory of Health Systems and Policies, Bruxelas.

WITTER, S., HA, B. T. T., SHENGALIA, B. & VUJICIC, M. (2011) – “Understanding the 'four directions of travel': qualitative research into the factors affecting recruitment and retention of doctors in rural Vietnam”. *Human Res. Health*, 9: 20.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2010) - *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Global policy recommendations*. WHO, Genebra.