

Atención primaria a la salud en municipios de alto riesgo para malaria

Ana Cristina Soares Ferreira¹

Martha Cecilia Suárez-Mutis²

Monica Rodrigues Campos³

Claudia Garcia Serpa Osorio de Castro⁴

Este estudio pretende caracterizar aspectos de la Atención Básica en la región de la Amazonia Legal, principal área endémica para malaria en Brasil. El Ministerio de la Salud recomienda la expansión de la Atención Básica en las áreas afectada por la malaria. Fue realizado una encuesta transversal aplicada a los portadores de malaria en 6 municipios, durante los meses de enero y febrero de 2007. Los datos recolectados fueron tabulados y analizados utilizando técnicas cuantitativas. Registros de campo auxiliaron en la composición de las impresiones del contexto de estas políticas en los locales investigados. La calidad del acceso a consultas y medicamentos, el vínculo con los profesionales y con las Unidades Básicas de Salud, el sistema de referencia y contra-referencia y el abordaje familiar y comunitario de la salud por los profesionales en los municipios del estudio también son deficientes en este nivel de atención. Existe una baja integración entre el Programa Nacional de Control de Malaria y la Atención Básica de un modo general.

Descriptores: Atención Primaria en Salud; Malaria; Brasil.

¹ Enfermera, Estudiante de Doctorado en Enfermería, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. E-mail: anacrissofer@yahoo.com.br.

² Medica, Doctor en Medicina Tropical, Laboratório de Doenças Parasitárias, Instituto Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro, RJ, Brazil. E-mail: marmutis@ioc.fiocruz.br.

³ Estatística, Doctor en Salud Publica, Profesor Adjunto, Escola Nacional de Saúde Pública, Instituto Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: monicamp@uol.com.br.

⁴ Farmacéutica, Doctor en Salud del Niño y de la Mujer, Investigador Titular, Escola Nacional de Saúde Pública, Instituto Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: claudia.osorio@ensp.fiocruz.br.

Correspondencia:

Ana Cristina Soares Ferreira
Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem
Av. Prof. Alfredo Balena, 190, Sala 402
Bairro: Santa Efigênia
CEP: 30130-100, Belo Horizonte, MG, Brasil
E-mail: anacrissofer@yahoo.com.br

Atenção primária à saúde em municípios de alto risco para malária

Neste estudo pretendeu-se caracterizar aspectos da Atenção Básica, na região da Amazônia Legal, principal área endêmica para malária, no Brasil. O Ministério da Saúde recomenda a expansão da Atenção Básica nas áreas malarígenas. Foi realizado inquérito transversal, aplicado aos portadores de malária, em 6 municípios, durante os meses de janeiro e fevereiro de 2007. Os dados coletados foram tabulados e analisados, utilizando-se técnicas quantitativas. Registros de campo auxiliaram na composição das impressões do contexto dessas políticas nos locais pesquisados. A qualidade do acesso a consultas e medicamentos, o vínculo com os profissionais e com as Unidades Básicas de Saúde, o sistema de referência e contrarreferência, e a abordagem familiar e comunitária da saúde pelos profissionais, nos municípios do estudo, ainda são deficientes nesse nível de atenção. Há baixa integração entre o Programa Nacional de Controle de Malária e a Atenção Básica, de modo geral.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Malária; Brasil.

Primary health care in municipalities at high risk for malaria

This study aims to characterize aspects of Primary Health Care in the Amazon Region of Brazil, considered as the main endemic area for malaria in the country. The Ministry of Health recommends the expansion of Primary Health Care in endemic areas for malaria. A survey focusing on patients infected with malaria was conducted in 6 municipalities, in January and February 2007, to investigate specific aspects of Primary Health Care. Data was analyzed quantitatively and field records helped to give support to context and policy issues in the visited sites. Quality of access to health services and medicines, continuity of health care, system coordination and community orientation are still incipient in the visited areas. The study showed that there is little integration between Primary Health Care and malaria control in the region, which calls for development of joint strategies and for the strengthening of Primary Health Care per se, as a benefit to the population of this endemic area.

Descriptors: Primary Health Care; Malaria; Brazil.

Introducción

La Atención Primaria a la Salud fue aprobada en 1978, en la Declaración de la Conferencia de Alma Ata, como la principal estrategia para alcanzar la meta: "Salud para todos en el año 2000"⁽¹⁾. En Brasil, desde 1994, el Ministerio de la Salud viene incentivando la expansión de la Atención Primaria, también denominada Atención Básica (AB), por medio de la Estrategia Salud de la Familia (ESF)⁽²⁾. De acuerdo con las recomendaciones de la Secretaría de Vigilancia de la Salud, del Ministerio de la Salud, una de las acciones prioritarias para la mejoría de las políticas de control de la malaria es la ampliación de la red de Atención Básica en la Amazonia⁽³⁾. Tratando de establecer una política regional para la Atención Básica en esa región, en el período de 2003 a 2005, hubo un aumento del presupuesto financiero para la Estrategia Salud de la Familia y para el control de endemias, pero

esta discriminación positiva no fue extendida a todos los programas y también existe mucha carencia institucional en los municipios amazónicos⁽⁴⁾.

Los estados de Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Rondonia, Roraima, parte de Maranhão, de Mato Grosso y de Tocantins componen la Amazonia Legal. Esta región representa aproximadamente 60% del territorio brasileño, abriga la selva Amazónica y se ha presentado como una de las últimas fronteras agropecuarias del país, con formación de múltiples asentamientos, resultando en deforestación y quemadas. La exploración maderera, actividades de minería y extractivas sin gestión ambiental adecuada contribuyen para tornar la región susceptible a conflictos sociales e incremento de riesgos sanitarios, entre los cuales la malaria⁽⁵⁾. La Amazonia Legal es área endémica para malaria en

Brasil, concentrando en torno de 99,5% de los casos en el país.

La situación epidemiológica de esta enfermedad es heterogénea y sus datos anuales son oscilantes. Según el Programa Nacional de Control de la Malaria (PNCM), hubo reducción gradual en el número de casos de malaria entre 1999 y 2002. A partir de 2003 hubo un incremento, alcanzando 603.532 casos en 2005. En el año de 2006, fueron notificados 540.047 casos y los números disminuyeron nuevamente en 2008 cuando fueron notificados 315.716 casos⁽⁶⁾.

El PNCM preconiza que el diagnóstico de la malaria sea hecho a través de la recolección de gota espesa, para identificación del tipo de plasmodio⁽⁵⁾. Esta actividad es prioritariamente desarrollada por los agentes de la Secretaría de Vigilancia Epidemiológica y de la Gerencia de Endemias en las Unidades Básicas de Salud (UBS), y cuando necesario en los domicilios. La Ordenanza nº 44/GM de 03 de enero de 2002⁽⁷⁾ afirma la necesidad de incluir acciones de epidemiología y de control de enfermedades en la gestión de la AB, enfatizando la importancia de la educación en salud relacionada a conocimientos básicos de prevención y control de la malaria y del dengue. Esta ordenanza también reafirma la importancia del trabajo de los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) en la prevención y control de esas enfermedades y apunta la necesidad de incorporar las acciones de vigilancia, prevención y control de estas, en las actividades desarrolladas por los Programas de Agentes Comunitarios de Salud (PACS) y por la Estrategia Salud de la Familia⁽⁷⁾.

Sin embargo, fallas de protección social en la región, como falta de asistencia básica de salud y de medidas efectivas para el control integrado de la malaria, contribuyen para la ocurrencia de muertes, sufrimientos y pérdidas sociales⁽⁵⁾.

El presente artículo tiene como objetivo describir y discutir características específicas de la Atención Básica y algunas de sus dimensiones, en municipios de alto riesgo para malaria, en la Amazonia Legal. Pocos estudios han sido desarrollados objetivando esclarecer el funcionamiento de la AB en áreas donde la malaria continua siendo endémica en Brasil. Fueron encontradas referencias sobre temas próximos, pero no el mismo aquí propuesto, las son: una referencia más actual al respecto de cómo desarrollar prácticas de enfermería en la salud de la comunidad en el contexto de regiones vulnerables como la región amazónica⁽⁸⁾; y, otras dos referencias más antiguas al respecto de la integración del control de la enfermedad de Chagas en la red de atención primaria⁽⁹⁾ y de la erradicación bien sucedida de la malaria en Costa Rica a través de la colaboración de los servicios primarios de salud⁽¹⁰⁾.

Métodos

El estudio hizo parte del Proyecto Mafalda⁽¹¹⁾. Este proyecto evaluó la asistencia farmacéutica en el tratamiento de malaria no complicada (prescripción, suministro y adhesión), con financiamiento del CNPq, contando con un equipo de investigadores entrenados en las visitas a los municipios de la Región Amazónica. Siendo el enfoque prioritario del estudio la asistencia farmacéutica, ocurrieron ciertas limitaciones en lo relacionado a la AB, como por ejemplo, el momento del abordaje de los investigados y la imposibilidad de contemplar algunas dimensiones de la Atención Básica, como elenco de servicios y formación profesional. La muestra de usuarios no fue aleatoria para los que buscaban la AB, ya que los usuarios que participaron de la encuesta eran portadores de malaria.

Se buscó incorporar aspectos de la Atención Básica propuestos por Starfield⁽¹²⁾ y adaptados a la realidad brasileña por Almeida y Macinko⁽¹³⁾. Fueron utilizadas las dimensiones acceso o "puerta de entrada", sistema de referencia y contra-referencia, vínculo y enfoque familiar y comunitario de la salud. Fue realizada una investigación de diseño transversal, de enero a febrero de 2007, en UBS en los municipios de Manaus y Presidente Figueiredo, en el Amazonas; Porto Velho y Ariquemes, en Rondonia; y Cruzeiro del Sur y Rodrigues Alves, en el Acre. Estos municipios representaban aquellos de pequeño, medio y gran porte y presentaban las mayores incidencias parasitarias anuales (IPA) para malaria⁽⁶⁾.

El criterio de elegibilidad incluyó UBS que notificasen malaria en áreas urbanas o que estuviesen a menos de 50 km de los centros urbanos, totalizando seis unidades. Las comunidades más distantes fueron excluidas por motivo de logística. Las unidades seleccionadas no eran centros de referencia para atención en malaria grave y complicada, pero unidades de salud para la atención cotidiana en la Atención Básica, inclusive casos sospechosos de malaria. Las entrevistas fueron aplicadas a pacientes con más de 18 años, que buscaban la UBS con queja de malaria. Fueron excluidas las gestantes, ya que las mismas eran encaminadas para tratamiento de malaria en centros de referencia. Los pacientes fueron abordados en el momento de la realización del examen de gota espesa para diagnóstico de malaria, ya que se verificó, después del estudio piloto, que era la ocasión en la cual el abordaje tendría mayor éxito, además de dar oportunidad para la observación de la prescripción y suministro de los antimaláricos, que acontecía concomitantemente a la recolección. La muestra pretendida era de 300 pacientes y 271 aceptaron responder a la entrevista. Los instrumentos de recolección de datos fueron construidos

con base en las dimensiones de la atención citadas⁽¹³⁾. El instrumento contuvo 24 preguntas y fue evaluado en estudio piloto, realizado en el municipio de Tucuú, en el estado de Pará. Entre los investigadores de campo, participaron médicos, enfermeros y farmacéuticos, todos previamente entrenados. Para el análisis de datos fue utilizado el programa estadístico SPSS 8.0; los resultados serán presentados de acuerdo con cada dimensión de la Atención Básica investigada.

Objetivando enriquecer el análisis, fueron utilizadas impresiones del contexto de los municipios registradas en las visitas en diarios de campo, para ilustrar aspectos tangenciales a la Atención Básica en la región. El estudio siguió las normas éticas de investigación con seres humanos (Resolución CNS 196/96). Fue solicitado a los gestores autorización para acceder a las unidades. Los pacientes fueron entrevistados mediante consentimiento informado después de la firma del término. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela Nacional de Salud Pública/Fiocruz, bajo el número 91/06 CAEE: 0086.0.031.000-06.

Resultados y Discusión

Contexto

Programa Nacional de Control de la Malaria y la Atención Básica

Se registró en campo una importante presencia de los servicios del PNCM, principalmente a través de las acciones de los agentes de control de endemias de la Secretaría de Vigilancia Epidemiológica, que realizaban la recolección de gota espesa para diagnósticos de malaria, suministro de medicamentos y búsqueda activa de nuevos casos. Se verificó que el encaminamiento para la recolección de la gota espesa en caso de fiebre es protocolar para la realización de diagnóstico diferencial en los municipios visitados. Hubo casos en que los Agentes Comunitarios de Salud de la ESF y los agentes de endemias trabajaban en la misma región. El soporte recibido por los agentes de control de endemias se caracterizaba por la presencia de un coordinador, denominado gerente de endemias, y de un microscopista. Esos técnicos, normalmente divididos en atención a los individuos, y al control vectorial y al medio ambiente, frecuentemente desempeñaban su trabajo en una UBS, donde eran realizadas otras actividades de la Atención Básica.

No fue observada, sin embargo, integración entre esas actividades. Los servicios del PNCM generalmente funcionaban en anexos a las UBS y los profesionales de la Atención Básica no atendían pacientes portadores de

malaria. Las excepciones sucedieron en áreas rurales, cuando el médico de la ESF estaba presente. Los agentes de endemias realizaban la consulta y la prescripción de antimaláricos y sólo encaminaban casos más graves o de grupo de riesgo, como niños y gestantes, para la consulta médica o de enfermería en centros de referencia en malaria. Las acciones del PNCM y de la AB transcurrían, generalmente, de forma paralela, sin haber comunicación entre los profesionales. Esta situación es curiosa ya que la misma instancia de gestión descentralizada debería coordinar tanto la Atención Básica como las acciones de control de la malaria⁽¹⁴⁾.

Según los registros de campo, la actuación del médico o del enfermero de la Atención Básica en la asistencia a la malaria en los municipios visitados era muy restringida o inexistente. La responsabilidad del diagnóstico y del tratamiento estaba a cargo de los agentes de control de endemias y microscopistas.

Dimensiones de la Atención Básica

El acceso a los servicios de salud en la Atención Primaria está relacionado con: la capacidad de los pacientes de acceder una unidad de salud, la facilidad en obtener una consulta, la disponibilidad y el uso de esta unidad como el primer contacto para solucionar problemas de salud⁽¹²⁾. Se sabe que uno de los más importantes resultados de la ESF fue la mejoría del acceso a los servicios básicos de salud para la población⁽¹⁵⁾.

La Atención Básica en la región estudiada presentó una variedad de formatos. Había unidades con equipos de la ESF, UBS tradicionales, y atención en Atención Básica también en ambulatorios de policlínicas y hospitales generales. Además de todos estos, servicios básicos de salud eran realizados en los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas (DSEI). La presencia de equipos de la ESF ocurre mayoritariamente en las áreas rurales, lo que puede ser explicado por la concepción original del Programa Salud de la Familia en el cual el enfoque de implantación era en áreas de mayor riesgo y menor acceso⁽²⁾.

En los relatos de campo, gestores de la AB informaron que las atenciones en locales de difícil acceso suceden en la zona rural, en las comunidades "ribereñas", o en áreas urbanas periféricas. En estas últimas es grande la búsqueda por atenciones nocturnas, principalmente en hospitales.

En las áreas rurales de algunos municipios, había equipos de la ESF que abarcaban varias comunidades, otras se dislocaban diariamente para las áreas rurales, retornando a la sede del municipio al final del día. Ciertos equipos visitaban con diferente periodicidad comunidades de su área de influencia cumpliendo un

calendario previamente elaborado. En los casos en que había el soporte de ambulancias y carreteras, se buscaban pacientes de la zona rural. Algunos municipios contaban con atención estacional de salud para las áreas rurales o ribereñas, por medio de grupos de trabajo para atención de poblaciones aisladas en períodos de inundaciones. La gran demanda por atención sobrecargaba esos equipos.

En comunidades muy distantes, la presencia de la ESF, denotada por la actuación de Agentes Comunitarios de Salud, fue limitada, inclusive en los casos de atención a la malaria. Se registró que pacientes provenientes de esas comunidades buscaban la UBS de municipios que no eran los suyos, para consultas médicas o atención para malaria, por ser el punto de acceso más próximo.

Sobre la proporción de pacientes que refirieron utilizar la UBS como puerta de entrada, 39,9% de los entrevistados respondió que buscaron una Unidad Básica de Salud cuando se enfermaban. El hospital público fue la segunda "puerta de entrada" más procurada con 24,3% de las respuestas; 23,5% respondió que se trata en casa; y 2,6% de los respondientes buscaron una farmacia cuando se enferman. Ningún paciente respondió que paga servicios particulares del propio bolsillo para tratamiento de salud y apenas 1,1% de la población entrevistada procuró servicio particular vía plano de salud, lo que no es extraño en la región Norte, donde 46,2% de las personas son consideradas pobres, proporción mayor que el promedio nacional, de 33,4%⁽¹⁶⁾.

Fue evaluado si los individuos recibieron la prescripción de los medicamentos para atender su problema de salud (que no fuese la malaria); 82,6% de los entrevistados recibieron prescripción, pero 62,4% no consiguieron todos los medicamentos en la UBS. Considerando el perfil de la población atendida, es posible que los pacientes no hubiesen tenido acceso a los medicamentos que no estaban disponibles en las UBS. Si adecuadamente implantada, la AB podría hacer una gran diferencia en cuidados y en acceso a medicamentos para esta población, reforzando el papel de la UBS como "puerta de entrada".

La población de las áreas rurales y ribereñas pareció ser el grupo más vulnerable, una vez que enfrenta las mayores barreras de acceso: geográficas, financieras y de información. Esta población es fuertemente afectada por la malaria. La desvinculación entre la atención a la malaria y AB, contrariando la determinación del MS⁽⁷⁾, causa duplicación de esfuerzos asistenciales y compromete la integralidad del sistema, alejando la posibilidad de contar con cuidados básicos ofrecidos de forma racional.

El vínculo envuelve la existencia de un médico o un equipo y la utilización de determinado servicio de salud por los pacientes para el cuidado en salud, sin

que haya limitación a enfermedades específicas⁽¹²⁾. El registro adecuado de la historia clínica del paciente y la programación de consultas de retorno también auxilian el vínculo⁽¹²⁾.

Un estudio en el municipio de Ribeirao Preto, en SP, evaluó el establecimiento del vínculo entre el paciente y el profesional de salud en los servicios de control de la tuberculosis. El desempeño fue considerado favorable en este aspecto, ocasionando una mejor adhesión al tratamiento de la enfermedad. Sin embargo, se resaltó que los mejores resultados fueron encontrados en programas con menor número de atenciones, demostrando que el exceso de demanda dificulta la comunicación y la relación entre el enfermo y el profesional de salud, y consecuentemente el establecimiento de vínculos⁽¹⁷⁾.

Del total de entrevistados que recibió consulta médica, 34,4% relataron que recibieron orientación para retornar con consulta programada. Aproximadamente 65% de los entrevistados, relataron no ser asistidos por el mismo médico o por el mismo enfermero cuando procura atención en la UBS. Hubo relatos sobre la ausencia del médico en tiempo integral en la UBS. De cualquier modo, el paciente que busca el servicio esperando dar continuidad a su tratamiento con el mismo médico o enfermero, tiene su expectativa frustrada en los municipios visitados. Lo esperado es que los pacientes atendidos obtuviesen un relación interpersonal de larga duración con los profesionales de salud que los atendieron⁽¹²⁾.

Según registros de campo, la rotación de profesionales es alta, principalmente la del médico y había enfermeros realizando atenciones clínicas de exclusividad del médico en municipios donde ocurría falta de este profesional. El difícil acceso a los municipios, las condiciones precarias de habitación, la falta de pago continuado por parte de las municipalidades, así como la ausencia de recursos mínimos para trabajar, fueron considerados algunos de los factores que generan elevada rotación de profesionales. La disminución de la rotación de los profesionales de salud que participan en actividades de Atención Básica, en la Región Amazónica, es también una de las metas del PNCM⁽³⁾, que reconoce la importancia de la relación de proximidad entre los profesionales de la atención a la malaria y de la Atención Básica.

Cuando entrevistados sobre el tiempo necesario para esclarecer dudas durante la consulta, 44,1% de los pacientes relatan falta o insuficiencia de este. La Ordenanza No. 648/2006 del Ministerio de la Salud⁽²⁾ determina que entre las acciones de competencia de los profesionales de la ESF y de la Salud Bucal está el escuchar calificado de las necesidades de los usuarios.

Fueron recogidas informaciones sobre la calidad

percibida de convivencia entre pacientes y profesionales de salud. Las evaluaciones de convivencia "muy buena" y "buena", sumadas, resultaron en 64% de las respuestas. Convivencias clasificadas como "regular" y "mala" sumaron 36% delas.

El vínculo puede también ser perjudicado por la discontinuidad de la atención que, en la zona rural de algunos municipios, es realizado por los equipos de salud apenas en los finales de semana, según los registros de campo. Esta situación también contribuiría para el desentendimiento entre los miembros del equipo de salud, en especial entre los Agentes Comunitarios de Salud y los otros profesionales del equipo que residen fuera del área rural. La ausencia del equipo en la localidad también perjudica la supervisión, acompañamiento y educación continuada de los ACS, según los gestores, y contraría las normativas de capacitación del MS⁽²⁾.

En Brasil, a literatura apunta para fallas en el sistema de coordinación entre los servicios prestados por la Atención Básica y los servicios de niveles de mayor complejidad⁽¹⁸⁾.

Sobre el sistema de referencia y contra-referencia en los municipios visitados, apenas 67% de los pacientes relataron que los profesionales hicieron anotaciones en la ficha durante la consulta. De los pacientes encaminados al especialista, 43,8% recibieron informe médico de los profesionales de salud de la Atención Básica y 56,3% fueron, efectivamente, a la consulta al especialista. De estos, apenas 32% recibieron informaciones escritas para la consulta de retorno con el médico de la UBS. De todas las personas encaminadas para consulta con el especialista, solamente 18,8% retornaron a la UBS al final del proceso.

El porcentaje de encaminamientos relatada por los pacientes en el estudio, 17,4%, se aproxima a las determinaciones del Ministerio de la Salud, que estima que en torno de 15% de los problemas de salud⁽²⁾, atendidos en la AB, sean encaminados para atención en nivel secundario y terciario. El problema detectado fue en relación a los pacientes encaminados que no se consultaron en este otro nivel de asistencia, lo que sugiere la presencia de barreras de acceso a la atención en los niveles secundario y terciario de atención y una demanda reprimida para a AB⁽¹⁸⁾.

Sobre el enfoque comunitario, Starfield⁽¹²⁾ considera importante la influencia de factores ambientales, sociales y comportamentales en las causas y evolución de las enfermedades y sugiere que los profesionales aborden el tema una asistencia más efectiva.

Un estudio realizado en Sao José del Rio Preto, SP, evaluó, de acuerdo con la percepción de los pacientes, el desempeño de los servicios de salud en el control de

la tuberculosis, en las dimensiones enfoque en la familia y orientación para la comunidad. Sobre la dimensión enfoque en la familia, fue demostrado que profesionales de salud se preocupan más con las señales y síntomas de los pacientes que con las circunstancias de la vida que puedan comprometer la salud de la familia. La dimensión orientación para la comunidad, que incluía actividades que dependen de pacientes, como búsqueda de informaciones en carteles y otros materiales educativos, presentó puntuaciones altas. Sin embargo la puntuación no fue satisfactoria en lo que se refiere a la responsabilidad por la búsqueda activa de casos para la recolección de esputo y estímulo a la participación de la comunidad para discutir los problemas de salud relacionados con tuberculosis⁽¹⁹⁾.

En los municipios estudiados, 71% de los entrevistados relataron que los profesionales de salud no preguntan sobre sus condiciones de vida durante a consulta. Pero cerca de 54% de los pacientes reconocieron que los profesionales conocen los problemas más importantes de la comunidad. Aproximadamente 77% de los entrevistados admiten que los profesionales de la UBS no trabajan con otras organizaciones de la comunidad. La mitad de los pacientes entrevistados relata estar recibiendo visita domiciliar.

A partir de los cambios ocurridos en los criterios de financiamiento de la AB y en los parámetros de cobertura por ACS, hubo la disminución de la cantidad de personas acompañadas por agente, así se obtuvo un incremento de 7.435 nuevos ACS en esta región⁽²⁰⁾. Esta ampliación puede haber generado impactos positivos, pero existe también un contingente de población que no está siendo cubierta, sugiriendo la necesidad de mayor aumento en el número de equipos y de este profesional para el acompañamiento de las familias. Sólo la presencia del ACS no es suficiente, ya que el mismo debe estar capacitado, a través de actividades de educación continuada realizada por otros miembros del equipo de la ESF, como médicos y enfermeros, de las Secretarías Municipales y Estaduales, cuando oportuno, y profesionales del PNCM. Además de capacitados, los ACS deben recibir supervisión y coordinación constantes del enfermero y del médico de la ESF, inclusive integrada a las acciones de supervisión de los gerentes de endemias.

En esta dimensión, preocupan preguntas relacionadas a la información sobre la existencia y la participación en alguna actividad preventiva sobre malaria. Sobre actividades educativas a respecto de prevención de malaria, 69% de los pacientes no supieron de ninguna práctica de este tipo en la comunidad y 78% de los entrevistados jamás participaron de alguna actividad educativa sobre prevención de malaria. Sin embargo, al comparar este resultado con las acciones desarrolladas por los profesionales durante la visita domiciliar, se observa

que 64,2% respondieron que el profesional orientó en lo que se refiere a la prevención de enfermedades. Se puede percibir que las acciones de prevención están siendo realizadas, de cierta forma, durante la visita domiciliar, o por ciertos ACS o agentes de endemias.

Una vez que los entrevistados son pacientes portadores de malaria y habitantes de áreas endémicas, se observan fallas en las medidas preventivas y en las acciones más efectivas de protección social. El estudio demostró que los profesionales de salud que participan en la Atención Básica, en especial los de la ESF, están enfrentando dificultades para actuar en las comunidades a través del abordaje de grupos de riesgo, en visitas domiciliarias o para realizar trabajos integrados con otras instituciones de la comunidad.

La responsabilidad por el bajo abordaje comunitario y familiar no puede ser atribuida apenas a los profesionales de salud, pero también a los gestores, que ejercen papel fundamental en el incentivo y control de esta función. Además de estos, el grado de organización de la comunidad expresado por medio de las asociaciones de los habitantes, de la participación en los Consejos Municipales de Salud, entre otros, actuaría como soporte y regulación de las acciones comunitarias de salud, ejerciendo el control social⁽²¹⁾.

A pesar de que 50% de la población recibe visitas en su domicilio, es necesario aumentar la cobertura tanto del ESF como de las acciones del PNCM en la región. La articulación de las acciones, tanto por el aumento de la cantidad de ACS, como por la actuación conjunta con los agentes de endemias, favorecería el acompañamiento de las familias y las acciones de vigilancia epidemiológica.

La expansión gradual del número de equipos de la ESF y del número de ACS⁽²⁰⁾, que ocurre actualmente en la región, puede ser considerada un factor positivo. Otros factores que viene favoreciendo la integración AB y combate a la malaria son referentes al PNCM, como: diagnóstico oportuno por gota espesa, abastecimiento regular de antimaláricos y el empeño de los equipos que se esfuerzan en beneficio del tratamiento, de la prevención y del control de la malaria.

Conclusiones

Sobre las características de la Atención Básica observadas en los municipios de la área endémica para malaria en la región de la Amazonia Legal, contemplados por el estudio, se puede destacar: 1) falta integración entre la Política Nacional de Atención Básica y la Política Nacional de Control de la Malaria; 2) la mayoría de los médicos, enfermeros y otros profesionales que participan en la Atención Básica trabajan distanciados del tratamiento y prevención de la malaria; 3) existe deficiencias en las

dimensiones acceso, vínculo, sistema de referencia y contra-referencia, y abordaje familiar y comunitario de la salud.

El desempeño de las dimensiones de la AB demuestra que este nivel de atención también necesita de importantes mejorías. También, la región se beneficiaría de una reevaluación de las políticas de salud, en relación: a la concesión de incentivos para fijar a los profesionales de salud de la Atención Básica; supervisión de los elementos necesarios a la integración entre la AB y el control de la malaria; evaluación de acciones de gestores y profesionales de la Atención Básica; y, capacitación y coordinación de acciones conjuntas entre los diversos tipos de agentes de salud actuantes en la región.

Para la enfermería, el estudio contribuye para mostrar el contexto en que estos profesionales desarrollan su trabajo en la región amazónica, a saber: existencia de dicotomías entre las políticas de salud; situaciones en que a veces el médico no está presente; y, falta de estructura adecuada, lo perjudica la eficiencia de las acciones en salud y precariza el trabajo.

En Brasil, están siendo enfrentados desafíos en relación a la expansión y a la calificación de la Atención Básica y a la consolidación de la Estrategia Salud de la Familia. Entre tanto, las políticas de salud para la región endémica de malaria, en Brasil, deben ser planificadas prestando atención a sus peculiaridades, por ejemplo: región con alta rotación de profesionales; difíciles condiciones geográficas; y, población de baja escolaridad y bajo nivel socioeconómico. Por todo esto, la región necesita de políticas de protección social eficaces, entre estas, las estrategias de calificación y el fortalecimiento de la integración entre la Atención Básica y el Programa Nacional de Control de la Malaria.

Referencias

1. Organização Mundial de Saúde. Saúde para todos no ano 2000. Ginebra: OMS; 1978.
2. Portaria n. 648 de 28 de março de 2006 (BR). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília; 2006.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Situação Epidemiológica da Malária no Brasil. [acesso 27 set 2010]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/folder_malaria_2007_web.pdf
4. Viana ALA, Machado CV, Baptista TWF, Lima LD, Mendonça MHM, Heimann LS et al. Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional

- para a Amazônia Legal. *Cad Saúde Pública*. 2007;23:(supl 2):117-31.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Prevenção e Controle da Malária. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. 132 p.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. DATASUS - Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica. [acesso 27 set 2010]. Disponível em: http://dw.saude.gov.br/portal/page/portal/sivep_malaria?Ano_n=2008
7. Portaria n. 44 de 03 de janeiro de 2002 (BR). Estabelece as atribuições do agente comunitário de saúde na prevenção e controle da malária e da dengue. *Diário Oficial da União* [periódico na Internet]. [acesso 6 jan 2007] Disponível em: http://www.funasa.gov.br/web%20Funasa/Legis/pdfs/portarias_m/pm_44_2002.pdf
8. Laperrière H. Práticas de enfermagem em saúde coletiva nos contextos de pobreza, incerteza e imprevisibilidade: uma sistematização de experiências pessoais na Amazônia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [periódico na Internet]. set-out 2007;15(nº esp):721-8. [acesso 13 dez 2010]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000700002&lng=en&nrm=iso. doi: 10.1590/S0104-11692007000700002.
9. Dias JCP. Integração das Ações de Controle das Endemias com Rede Básica de Saúde: Doença de Chagas. *Rev Bras Malariol Doenças Trop*. 1986;38:77-85.
10. Garcez J. Colaboração entre os serviços primários de saúde e a campanha de erradicação da malária de Costa Rica. *Rev Bras Malariol Doenças Trop*. 1985;37(supl):167-70.
11. Osorio-de-Castro CGS, Chaves GC, Ruiz AM, Miranda ES, Campos MR, Mutis MCS, et al. A proposal for an evaluation model of pharmaceutical services for malaria. *Cad Saúde Pública*. 2009;25:2075-82.
12. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): UNESCO; 2002.
13. Almeida C, Macinko J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília (DF): OPAS; 2006.
14. Ladislau JLB, Leal MC, Tauil PL. Avaliação do Plano de Intensificação das Ações de Controle da Malária na região da Amazônia Legal, Brasil, no contexto da descentralização. *Epidemiol Serviços Saúde*. 2006;15(2):9-20.
15. Kantorski LP, Jardim VMR; Coimbra VCC, Oliveira MM, Heck, RM. A Integralidade da atenção à saúde na perspectiva da gestão no município. *Texto Contexto Enferm*. 2006;15(3):434-41.
16. Ministério da Saúde (BR). Datasus [Internet]. Indicadores do Pacto de Atenção Básica. [acesso 10 jun 2007] Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defctohtm.exe?siab/pacto2006/pacbr.def>
17. Brunello MEF, Cerqueira DF, Pinto IC, Arcênio RA, Gonzales RIC, Villa TCS, et al. Vínculo doente-profissional de saúde na atenção a pacientes com tuberculose. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(2):176-82.
18. Nascimento MS, Nascimento MAA. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. *Ci Saúde Colet*. 2005;10(2):333-45.
19. Oliveira SAC, Ruffino NA, Villa TCS, Vendramini SHF, Andrade RLP, Scatena LM. Serviços de saúde no controle da tuberculose: enfoque na família e orientação para a comunidade. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [periódico na Internet] 17(3):361-7 jun 2009 [acesso 9 ago 2011]; Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692009000300013&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000300012>
20. Solla JJS P, Reis AAC, Soter APM, Fernandes AS, Palma JLL . Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde. *Rev Bras Saúde Materno Infantil*. 2007;7(4):495-502.
21. Lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990 (BR). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 19 set 1990. Brasília; 1990.

Recibido: 14.3.2011

Aceptado: 11.10.2011

Como citar este artículo:

Ferreira ACS, Suárez-Mutis MC, Campos MR, Osorio-de-Castro CGS. Atención primaria a la salud en municipios de alto riesgo para malaria. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. nov.-dic. 2011 [acceso: ____/____/____];19(6):[08 pantallas]. Disponible en: _____

URL

día / mes abreviado con punto / año