
Análise da atenção primária no município de Belém do Pará através da política nacional de atenção básica: uma avaliação situacional

Analysis of primary care in Belém-Pará through national primary care policy: a situational evaluation

Robson de Sousa Rodrigues¹, Aline Araujo Campos², Ananda Cristine Amorim da Costa², Gleiciane Ribeiro Oliveira², Marwim Luis Batista Costa²

¹Programa de Mestrado em Ciências da Saúde da Faculdade Paraense de Ensino, Belém-PA, Brasil; ²Curso de Enfermagem da Faculdade Paraense de Ensino, Belém-PA, Brasil.

Resumo

Objetivo – Verificar a abrangência de programas inerentes à Política Nacional de Atenção Básica no Município de Belém-PA no período de julho a agosto de 2014, e demonstrar propostas para a sua adequação com o preconizado pela Portaria MS/GM nº 2.488/11. **Métodos** – Pesquisa bibliográfica e estatística, em busca de fatores que demonstrassem de maneira quantitativa a cobertura dos programas no município, e bases para a criação das propostas corretivas e inclusivas. **Resultados** – Verificou-se que a cobertura não se adequa ao preconizado, encontrando-se em amplitude baixa, sendo as maiores abrangências populacionais, ao considerar a capacidade máxima de cada unidade funcional dos programas, ~24,57% (Estratégia Saúde da Família, em agosto de 2014); ~1,67% (Programa dos Agentes Comunitários de Saúde, em agosto de 2014) e ~18,20% (Núcleos de Apoio à Saúde da Família, em agosto de 2014). **Conclusões** – Os programas inerentes à Política Nacional de Atenção Básica necessita de medidas a serem aplicadas de maneira imediata, para progressiva adequação de sua cobertura com o preconizado pela Portaria MS/GM nº 2.488/11. As propostas sugeridas são: 1. Investigar os motivos da falta de cobertura no município, estabelecendo medidas para a correção/amenização destes fatores, de modo a possibilitar a implantação/expansão dos programas nas áreas descobertas; 2. Reforçar a fiscalização, por parte do Ministério da Saúde, sobre o município; 3. Recrutar e implantar, progressivamente, novas equipes e núcleos, de acordo com a correção/amenização dos fatores que inibiam a implantação nas áreas descobertas; 4. Realizar projetos para a correta implantação da PNAB do município; 5. Progressiva ampliação e adequação do repasse financeiro, por parte do Governo Federal, para a implementação correta e adequada dos programas inerentes à Política Nacional de Atenção Básica.

Descritores: Atenção primária à saúde; Estratégia saúde da família

Abstract

Objective – To verify of Prime Care National Policy programs coverage in the city of Belém-PA from July to August 2014, as well as show proposals for adequation of the programs with the recommended by Ordinance MS/GM #2.488/11. **Methods** – Bibliographic and statistic research, in search of factors that quantitatively show the programs coverage in the city, and bases for creating corrective and inclusive proposals. **Results** – It has been found that the coverage is not adequate with recommended, lying at low amplitude, as the largest coverages, considering the maximum capacity of each programs functional unit, ~24,57% (Family Health Strategy, August 2014); ~1,67% (Community Health Agents Program, August 2014) and ~18,20% (Family Health Support Centers, August 2014). **Conclusions** – The Primary Care National Policy programs need the immediate application of measures for progressive adequation of its coverage with the recommended by Ordinance MS/GM #2.488/11.

Descriptors: Primary health care; Family health strategy

Introdução

Em 2011, o Ministério da Saúde publicou a Portaria MS/GM nº 2.488, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), e revisava as diretrizes pré-existent dos programas englobados pela mesma, como o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS), a Estratégia Saúde da Família (ESF) e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), programas que serão objeto de estudo da presente pesquisa.

Dentre outras diretrizes, a Portaria MS/GM nº 2.488/11 estabelece os quantitativos ideais de cobertura populacional de cada um destes programas, de modo a atingir 100% da população de cada município vinculado. Com base nestes quantitativos, realizamos os cálculos para verificar a realidade da cobertura do município de Belém, capital da Unidade Federativa do Pará, e comparar com o preconizado pela portaria.

Os resultados da pesquisa e dos cálculos serão mostrados, avaliados e discutidos ao decorrer deste trabalho, servindo como base para a fundamentação de medidas corretivas e inclusivas para a adequação da mesma.

Método

O estudo ocorreu no período entre 15 de agosto e 15 de setembro de 2014. O método utilizado para a produção deste artigo foi a pesquisa bibliográfica. Foram pesquisados em livros, artigos, publicações, legislações, páginas da internet e bancos de dados de referência (Como o *Scientific Electronic Library Online* – SciELO e a Biblioteca Virtual em Saúde – BVS), dados que, quando relacionados, construísem um panorama do estado atual da ação dos programas inerentes à Política Nacional de Atenção Básica no município de Belém-

PA, e fornecessem bases para a criação de propostas corretivas e inclusivas para a adequação da cobertura destes programas no município, publicados nos últimos 10 anos (2004 – 2014).

Os dados utilizados neste artigo foram obtidos através do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES)², diretamente do Banco de Dados do SUS – DATASUS, onde a atualização das informações cadastrais dos estabelecimentos é contínua. Mensalmente, o DATASUS disponibiliza uma nova base de dados atualizada, dados que são de extrema importância para a elaboração da programação, controle e avaliação da assistência hospitalar e ambulatorial no país, assim como a garantia da correspondência entre a capacidade operacional das entidades vinculadas ao SUS e o pagamento pelos serviços prestados.

Não houve exclusão de dados coletados durante a pesquisa.

Resultados

Resumo dos programas

Programa dos agentes comunitários de saúde

Em 1991, como parte do processo de construção do Sistema Único de Saúde, foi criado o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS)³. O Agente Comunitário de Saúde (profissão consolidada pela lei 10.507, de 10 de julho de 2002). O ACS deve ser capacitado para realizar a função de reunir informações acerca da saúde de determinada parte da comunidade a qual é responsabilizado. Com a orientação de seu supervisor (médico ou enfermeiro), o ACS deve realizar visitas domiciliares em sua área, coletando informações que auxiliarão a equipe a visualizar as dimensões dos problemas de saúde da comunidade.

Estratégia saúde da família

Em 1966, nos Estados Unidos, alguns comitês formados pela *American Medical Association* (AMA) criaram documentos para a formação de uma nova política federal, cujo objetivo era financiar a formação de “médicos de família” em cursos de pós-graduação. Esta foi a origem e base de estruturação do que hoje é a Estratégia Saúde da Família (ESF)⁴.

A estratégia do PSF iniciou-se, no Brasil, em junho de 1991, com a implantação do chamado Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em janeiro de 1994, foram criadas as primeiras Equipes de Saúde da Família, que vieram a absorver as ações e medidas dos ACS. Cada Equipe de Saúde da Família passou a ter entre 4 a 6 ACS (o número pode variar de acordo com a responsabilidade da equipe). A estimativa idealista sugere que as unidades básicas do programa são capazes de resolver, em teoria, cerca de 85% dos problemas primários de saúde em sua comunidade, com enfoque na atenção primária (promoção e prevenção em saúde).

O propósito principal da Estratégia Saúde da Família

é substituir o modelo de saúde tradicional, levando a saúde para mais perto da população e melhorando sua qualidade de vida. Para isso, o atendimento é prestado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou em domicílio, pelos profissionais que compõem a Equipe de Saúde da Família (enfermeiros, médicos, agentes comunitários, etc).

Núcleos de apoio à saúde da família

Para apoiar a efetiva inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços de saúde prestados, o Ministério da Saúde, com a Portaria MS/GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008⁵, instituiu o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O NASF deve conter equipes compostas por profissionais de diferentes áreas, que atuem em conjunto com as Equipes de Saúde da Família, de modo a prestar atendimento completo à população da área a qual o NASF está vinculado.

Há nove áreas estratégicas de atuação diferentes no NASF. São elas: Atividades físicas ou práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; saúde mental; alimentação e nutrição; saúde da mulher; saúde da criança/adolescente; assistência farmacêutica e serviço social.

A portaria MS/GM nº 2.488 de 21 de outubro de 2011 – Cobertura

Esta legislação aprova a Política Nacional de Atenção Básica, além de revisar as diretrizes para atuação das ESF e do PACS. Seu texto define objetivos, funções e atribuições para o programa em geral, as equipes e os profissionais, estabelecendo normas e condutas básicas para a correta execução dos serviços. Também estabelece modalidades de equipes e define os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, orientando acerca da organização das equipes e seleção de profissionais. Porém, um dos objetivos mais importantes da Portaria MS/GM nº 2.488/11 é o estabelecimento da cobertura necessária para a correta execução dos serviços de saúde. A portaria define, com precisão, a responsabilidade média e máxima de cada ACS, ESF e NASF para que a cobertura populacional de cada município seja de 100% (condição demandada pela própria portaria).

De acordo com o preconizado pela portaria nº 2.488/11, podemos isolar os seguintes números para a correta cobertura da população:

- Equipes de Saúde da Família: Média 3000, máximo de 4000 pessoas por ESF.
- Agentes Comunitários de Saúde: Máximo de 750 pessoas por ACS. Para fins de comparação, será utilizada a média 575/1 (Junior, 2008 p.13).
- Núcleo de Apoio à Saúde da Família: De 8 a 15 ESF por NASF1.

Assim, ao cruzar os números preconizados pela Portaria MS/GM nº 2.288/11 e os dados obtidos na página eletrônica do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), foi criado o seguinte quadro:

Quadro 1. Estimativa de cobertura dos programas da política nacional de atenção básica em Belém (PA) nos meses de julho e agosto de 2014, de acordo com o preconizado pela portaria nº 2.488/11 e dados do datasus.

Programa	Quantitativo mensal	Taxas cobertura/ unidade	Cobertura Fornecida	Demanda Remanescente
Estratégia Saúde da Família (ESF)	Em julho 2014: 87 equipes	Média de cobertura: 3.000 pessoas/equipe	Cobertura: 261.000	1.171.844 pessoas sem cobertura
		Cobertura máxima: 4.000 pessoas/equipe	Cobertura: 348.000	1.084.844 pessoas sem cobertura
	Em agosto 2014: 88 equipes	Média de cobertura: 3.000 pessoas/equipe	Cobertura: 264.000	1.168.844 pessoas sem cobertura
		Cobertura máxima: 4.000 pessoas/equipe	Cobertura: 352.000	1.078.644 pessoas sem cobertura
Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)	Em julho/2014: 32 agentes	Média de cobertura: 575 pessoas/agente	Cobertura: 18.400	1.414.444 pessoas sem cobertura
		Cobertura máxima: 750 pessoas: agente	Cobertura: 24.000	1.408.844 pessoas sem cobertura
	Em agosto/2014: 32 agentes	Média de cobertura: 575 pessoas/agente	Cobertura: 18.400	1.414.444 pessoas sem cobertura
		Cobertura máxima: 750 pessoas/agente	Cobertura: 24.000	1.408.844 pessoas sem cobertura
Núcleo de Atendimento à Saúde da Família (NASF)	Em julho/2014: 6 núcleos NASF Modalidade 1	Cobertura mínima: 8 ESF/NASF1	Cobertura: 48 equipes	39 equipes sem cobertura
		Cobertura máxima: 15 ESF/NASF1	Cobertura: 87 equipes + 3	0 equipes sem cobertura
	Em agosto/2014: 6 núcleos NASF Modalidade 1	Cobertura mínima: 8 ESF/NASF1	Cobertura: 48 equipes	39 equipes sem cobertura
		Cobertura máxima: 15 ESF/NASF1	Cobertura: 87 equipes + 3	0 equipes sem cobertura

Fonte: Dados obtidos da página eletrônica do DATASUS em 10 de dezembro de 2014, de acordo com a cobertura preconizada pela Portaria MS/GM nº 2.488 de 21 de Outubro de 2011.

Discussão

Avaliação da cobertura fornecida

A partir destes dados, de acordo com a Portaria nº 2.488/11, podemos estabelecer a parcela da população coberta, em Belém, pelos programas de Atenção Básica trabalhados. Deve-se ressaltar que a cobertura ideal

preconizada pela portaria é de 100%, portanto a população inteira deve ser atingida.

Durante a discussão destes dados, foi criada a seguinte divisão do que foram denominadas “situações de cobertura”, de acordo com a porcentagem da população coberta:

Quadro 2. Denominações das situações de cobertura de acordo com a parcela da população atingida pelos programas de atenção básica.

Faixa de cobertura	Péssimo	Ruim	Razoável	Bom	Ótimo	Ideal
Estado	0-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-99%	100%

Fonte: Método visual criado pelos autores para facilitar a compreensão dos dados.

A partir deste método, realizamos a seguinte avaliação:

Quadro 3. Estimativa de cobertura dos programas da política nacional de atenção básica em Belém, nos meses de julho e agosto de 2014.

Programa	Mês	Cobertura fornecida	Classificação
Estratégia Saúde da Família (ESF)	Julho	Média: ~18,22%	Péssimo
		Máxima: ~24,29%	Ruim
	Agosto	Média: ~18,42%	Péssimo
		Máxima: ~24,57%	Ruim
Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)	Julho	Média: ~1,28%	Péssimo
		Máxima: ~1,67%	Péssimo
	Agosto	Média: ~1,28%	Péssimo
		Máxima: ~1,67%	Péssimo
Núcleo de Atendimento à Saúde da Família (NASF)*	Julho	Média: ~10,04%	Péssimo
		Máxima: ~18,20%	Péssimo
	Agosto	Média: ~10,04%	Péssimo
		Máxima: ~18,20%	Péssimo

* Neste quadro, a avaliação da cobertura dos NASF foi realizada considerando a quantidade necessária de ESFs para a cobertura total da população do município de Belém (entre 359 a 478).

É gritante a precariedade da situação de cobertura dos programas acima referenciados no município de Belém, mesmo esta sendo a capital do maior estado da região norte. De acordo com os dados do Portal do Departamento de Atenção Básica do SUS⁶⁻⁷, Belém teve, em agosto de 2014, a menor Proporção de Cobertura Populacional Estimada (PCPE) pela Estratégia Saúde da Família (21,53%) dentre as capitais dos estados da região norte e de todas as capitais do país, sendo a de Manaus a segunda menor (33,54%). No mesmo período, a PCPE pelo Programa dos Agentes comunitários de Saúde em Belém ficou em 29,19%, estando apenas acima do índice de Brasília – DF (21,28%).

Outro ponto interessante é que, no mesmo mês, apenas três capitais do Brasil (Campo Grande – MS, João Pessoa – PB e Teresina – PI) apresentaram índices de 100% de PCPE pelo PACS, e nenhuma capital apresentou 100% no PCPE pela ESF, sendo Florianópolis – SC, Teresina – PI e Palmas – TO as três capitais que mais se aproximaram (96,37%, 95,58% e 89,79%, respectivamente). Estes fatores nos mostram que o problema de abrangência da Política Nacional de Atenção Básica está longe de ser exclusivo do município de Belém, necessitando de ações de amplitude nacional.

Deixando um pouco o enfoque apenas sobre a cobertura, um estudo acerca do enfoque familiar⁸ na Estratégia Saúde da Família, realizado em São Luiz – MA entre janeiro de 2010 a março de 2011 revelou também que, na época, além da situação de cobertura também

ser precária – 30,3%, percentual que pouco difere dos 34,51% referidos em agosto de 2014 no mesmo município – os usuários referiram fatores que podemos considerar problemáticos para o bom funcionamento da Atenção Primária: Usuários entrevistados referiram que em apenas 16,7% das consultas realizadas, os profissionais de saúde questionam acerca de fatores de risco social e condições de vida, informações essenciais para o bom direcionamento da Atenção Básica. Além disso, os usuários também referiram pouco ou nenhum interesse, por parte dos profissionais, em discutir com as famílias acerca dos problemas de saúde encontrados (Alencar *et al.* 2013).

Sem dúvidas, faz-se necessária a criação e execução de medidas e ações para a gradual correção destes índices, de modo a adequar a Atenção Primária à Saúde do município de Belém e de todo o país. Porém, como o nosso sistema de saúde atual, a criação de ações com amplitude nacional torna-se um desafio:

“Pensar em uma APS abrangente no bojo de um sistema de saúde em essência contraditório como o caso brasileiro é ainda mais audacioso. As limitações impostas pela convivência de interesses no mercado da saúde disputam cenário com as contradições inerentes ao setor, que permeiam a luta pela garantia do direito frente à iniquidade na distribuição de recursos e serviços entre a região do país, subfinanciamento público, medicamentação da saúde, incorporação tecnológica, entre inúmeros outros.” (Sumar e Fausto, 2014)⁹

Para que se crie uma Atenção Básica eficiente, faz-se necessária a redução de falhas e discrepâncias visíveis, não só no município de Belém, mas no cenário nacional. Vale lembrar que reforçar a Atenção Primária atuará como uma reação em cadeia sobre os outros níveis de atendimento à saúde, desobstruindo os níveis superiores e colaborando para um sistema de saúde mais eficiente e funcional em sua integralidade.

Como referência, pode-se aplicar os conceitos incluídos na Declaração de Alma-Ata¹⁰, formulada na Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde em 1978. Dentre outros pontos, a Declaração enfoca a necessidade de pesquisa social e biomédica, de modo a evoluir características socioculturais e condições econômicas do país. Além disso, afirma que a Atenção Primária demanda a participação da comunidade, deve ser apoiada e integrada a sistemas de referência, para melhorar progressivamente os serviços prestados.

4.2. Propostas

É visível a precariedade da cobertura dos programas inerentes à Política Nacional de Atenção Básica no Município de Belém. As estatísticas mostram que a cobertura não ultrapassa 30% do ideal preconizado pela Portaria nº 2.488/11. Assim, cogitou-se a criação de propostas que possam alterar, para melhor, esta realidade.

Com base no preconizado pela Portaria nº 2.488/11, foram elaboradas as seguintes propostas, de cunho corretivo e inclusivo:

4.2.1 – Propostas corretivas

4.2.1.1 – Investigar os motivos da falta de cobertura no município, estabelecendo medidas para a correção/amenização destes fatores, de modo a possibilitar a implantação/expansão dos programas nas áreas descobertas: Dependendo da área trabalhada no município, existem fatores que impedem o trabalho adequado dos profissionais dos programas, como falta de segurança e difícil acesso a todas as residências. Estes fatores poderiam ser estudados, de modo a criar medidas e estratégias para solucionar ou, no mínimo, amenizar estes fatores, facilitando a expansão dos programas.

4.2.1.2 – Reforçar a fiscalização, por parte do Ministério da Saúde, sobre o município: Por motivos diversos, como falhas de administração ou fiscalização, por vezes os repasses financeiros não são utilizados em sua totalidade, como deveriam. Isso prejudica a implementação e execução dos serviços. Com o aumento da fiscalização, poderíamos garantir o uso correto das verbas repassadas pelo Governo Federal para os fins adequados.

4.2.2 – Propostas inclusivas

4.2.2.1 – Recrutar e implantar, progressivamente, novas equipes e núcleos, de acordo com a correção/amenização dos fatores que inibiam a implantação nas áreas descobertas: À medida que os fatores que impedem a expansão da proposta forem solucionados ou reduzidos ao mínimo possível, será possibilitada a implementação

de novas equipes e núcleos, expandindo a cobertura de acordo com o necessário e progressivamente se aproximando do ideal de cobertura preconizado.

4.2.2.2 – Realizar projetos para a correta implantação da PNAB do município: Um bom exemplo é o chamado Programa de Planificação da Atenção Básica nos Estados¹¹, instaurado pelo Ministério da Saúde. Funciona basicamente com oficinas presenciais realizadas por profissionais capacitados pelo Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), em conjunto com habitantes das áreas estudadas. Com a coleta de informações, será possível a implantação adequada dos serviços de saúde de modo a atingir a população de acordo com suas necessidades e problemas de saúde apresentados.

4.2.2.3 – Progressiva ampliação e adequação do repasse financeiro, por parte do Governo Federal, para a implementação correta e adequada dos programas inerentes à Política Nacional de Atenção Básica:

Em 2009, o então presidente Luís Inácio Lula da Silva sancionou a Lei Complementar nº 131, que obriga a União e outras unidades territoriais a demonstrar seus gastos. Com base nesta legislação, foram criados bancos de dados como o famoso Portal da Transparência e a página eletrônica do Fundo Nacional de Saúde, que demonstra os repasses financeiros referentes à saúde da União para as Unidades Federativas (Estados) e municípios.

Encontramos, na página do endereço eletrônico do Fundo Nacional de Saúde, os repasses financeiros¹² relacionados à Atenção Básica (precisamente, Pisos da Atenção Básica – PAB – Fixo e o PAB variável referente ao Programa Saúde da Família).

De acordo com os cálculos, o repasse referente ao PAB fixo de 2014 para Belém, cujo valor mensal demonstrado no FNS foi de R\$2.703.324,17, totalizando o repasse anual de R\$32.439.890,04, está resumido a cerca de 94,33% do mínimo preconizado pela atual legislação referente (Portaria MS/GM nº 1.409 de 10 de junho de 2013)¹³, que seria de R\$24,00 anuais por habitante do município, totalizando R\$34.388.256,00. O repasse para o PAB variável para o PSF referente a agosto de 2014, por sua vez, totaliza o valor de R\$571.015,00, o que possibilita o financiamento de apenas 53 Equipes de Saúde da Família modalidade 1 (considerando o valor de R\$10.695,00 por mês para cada equipe de modalidade 1, como preconizado pela Portaria MS/GM nº 978 de 16 de maio de 2012)¹⁴. Este valor está longe do necessário para financiar a cobertura total do município, calculado em, no mínimo, R\$46.074.060,00 anuais ou R\$3.839.505,00 mensais (considerando a presença do mínimo de 359 equipes ESF modalidade 1, resultado dos cálculos de cobertura ideal). Com base nestes dados, verificamos que os valores repassados são insuficientes para a adequação da realidade do município com o ideal preconizado pela Portaria nº 2.488/11. Portanto, é necessária a adequação, mesmo que progressiva, destes e de outros valores para a realização desta adequação.

Conclusões

Os resultados das pesquisas realizadas mostram o quanto precária é a realidade da Atenção Básica à Saúde do município de Belém. Em uma capital, um município que possui o maior índice de IDH de seu estado¹⁵ (0,746 – Programa das Ações Unidas para o Desenvolvimento/PNUD 2010), o maior PIB do estado¹⁶ e o 26º maior PIB do país¹⁷ (R\$17.987.323.000 – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE 2012), um nível tão baixo de atenção à saúde parece improvável.

Estes estudos mostram a necessidade da criação de novas medidas e estratégias para a melhoria de nosso sistema de saúde pública, não só no município de Belém, mas em todo o país. O atendimento adequado à saúde é uma necessidade básica da sociedade, portanto deve ser priorizado como alvo de investimentos.

Sabe-se que é possível, que o país possui recursos suficientes para tanto. A real incógnita é a razão pela qual os recursos não são aplicados. As falhas de gestão devem ser corrigidas, não só para a melhoria da atenção à saúde, mas em todas as necessidades da população que se encontrem em estado de precariedade. Assim, o desenvolvimento do país será potencializado, proporcionando melhores condições de vida e bem estar para os cidadãos.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Brasília; 2011.
2. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Cadastro nacional de Equipes de Saúde. Banco de dados [Acesso 14 set 2014]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equip.es.asp>.
3. Teodoro L, Manual do Agente Comunitário de Saúde. São Paulo: Difusão Cultural do Livro; 2010.
4. Fontinele Júnior K. Programa Saúde da Família (PSF). Comentado. 2 ed., Goiânia: AB Editora; 2008.
5. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Brasília; 2008.
6. Ministério da Saúde (BR). Portal do Departamento de Atenção Básica. “Atenção Básica e a Saúde da Família” [acesso 14 out 2014]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura-sf.php>.
7. Ministério da Saúde (BR). Portal do Departamento de Atenção Básica. Histórico da Cobertura da Saúde da Família [acesso 10 mar. 2015]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portadab/historico_cobertura-sf.php>
8. Alencar MN, Coimbra LC, Morais AP, Silva AA, Pinheiro SR, Queiroz RC. Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. Ciênc Saúde Col. 2014;19(2):353-64.
9. Sumar N, Fausto MCRF. Atenção Primária à Saúde: a construção de um conceito ampliado. J Management Primary Health Care. 2014;5(2).
10. Declaração de Alma-Ata. – Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. Alma-Ata, URSS, 1978 (acesso 10 mar 2015). Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declaração-Alma-Ata.pdf>>.
11. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados. Brasília: Conass; 2011.
12. Ministério da Saúde (BR). Fundo Nacional de Saúde. “Repasse da União para o Fundo Municipal de Saúde do Município de Belém – PA” [acesso 15 set 2014]. Disponível em: <<http://fns.saude.gov.br/visão/consultarPagamento/pesquisaSimplificada.jsf>>.
13. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 1.409, de 10 de julho de 2013. Brasília; 2013.
14. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 978, de 16 de maio de 2012. Brasília; 2012.
15. Wikipédia, A enciclopédia Livre. “Belém (Pará)” [acesso 14 set. 2014]. Disponível em: <[http://pt.wikipedia.org/wiki/Belém_\(Pará\)](http://pt.wikipedia.org/wiki/Belém_(Pará))> Acesso 14 set 2014).
16. Wikipédia. A Enciclopédia Livre. “Pará” [acesso 14 set 2014]. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Pará>>.
17. Wikipédia, A Enciclopédia Livre. “Anexo: lista de municípios do Brasil por PIB” [acesso 14 set 2014]. Disponível em <http://pt.wikipedia.org/wiki/Anexo:Lista_de_municípios_do_Brasil_por_PIB>.

Endereço de correspondência

Marwin Luis Batista Costa
Rua Liberdade, 318 – BR 316 – km 3
Belém-PA, CEP 67010-250

E-mail: marwimlbcosta@hotmail.com

Recebido em 28 de novembro de 2014
Aceito em 10 de fevereiro de 2015