

Núcleos de Apoio à Saúde da Família: impactos nas internações por causas sensíveis à atenção básica

Family Health Support Center: Impact on Ambulatory Care Sensitive Conditions

Centros de Apoyo a la Salud de la Familia: impactos en las hospitalizaciones por causas sensibles a la atención primaria

Patrícia Garmus de Souza Moretti¹, Elenir Fedosse²

RESUMO | A Estratégia Saúde da Família é a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS) e conta com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) para redução de encaminhamentos à atenção secundária, buscando diminuição das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB). Este estudo analisou o crescimento dos NASF e seus impactos no número de ICSAB. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e quantitativo, realizado entre 1998 e 2016, baseado no banco de dados do Departamento de Atenção Básica do SUS. Constatou-se expansão das equipes de saúde da família no Brasil: 40.490 foram implantadas em 5.483 municípios, cobrindo 64,2% da população. Os números dos NASF no Nordeste e a cobertura populacional foram maiores em relação às demais regiões. Ocorreu maior queda de ICSAB na região Centro-Oeste, que possui menor número de NASF implantados. O Nordeste contou com o maior número e cobertura de NASF, no entanto, não se concretizou redução proporcional de ICSAB. O maior número ou cobertura de NASF ainda não impactou na redução de taxas de ICSAB em populações mais vulneráveis dentro do contexto de determinantes sociais.

Descritores | Sistema Único de Saúde; Saúde da Família; Estratégia de Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Saúde Pública.

ABSTRACT | The Family Health Strategy is the preferred admittance of the Brazilian Unified Health System (SUS)

and relies on Family Health Support Centers (FHSC) to reduce referrals to secondary care, as it seeks to reduce Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC). This study analyzed the growth of FHSC and its impact on the number of ACSC. This is an exploratory, descriptive and quantitative study, conducted between 1998 and 2016, based on the database of the Department of Primary Care of the Brazilian Unified Health System (SUS). An expansion of the family health teams all over Brazil was identified: 40,490 teams were established in 5,483 municipalities, covering 64.2% of the population. The number of FHSC at the Northeast and the population coverage was higher in relation to other regions. The highest decrease of ACSC occurred in the Midwest, which has a minor number of FHSC established. The Northeast had the highest number and coverage of FHSC; however, a proportional reduction of ACSC did not happen. The largest number of FHSC coverage has still not influenced the reduction rate of ACSC in the most vulnerable populations within the context of social determinants.

Keywords | Brazilian Unified Health System; Family Health; Family Health Strategy; Primary Health Care; Public Health.

RESUMEN | La Estrategia Salud de la Familia es la clave de entrada preferencial al Sistema Único de Salud (SUS) y cuenta con los Centros de Apoyo a la Salud de la Familia (CASF) para reducir los casos a la atención secundaria,

¹Fisioterapeuta, mestre em Distúrbios da Comunicação Humana. Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) – Santa Maria (RS), Brasil.

²Professora doutora do Programa de Pós-graduação em Distúrbios da Comunicação Humana da UFSM – Santa Maria (RS), Brasil.

buscando disminuir las Hospitalizaciones por Causas Sensibles a la Atención Primaria (HCSAP). En este texto se evalúa el crecimiento de los CASF y sus impactos en la cantidad de HCSAP. Se trata de un estudio exploratorio, descriptivo y cuantitativo, llevado a cabo entre 1998 y 2016, empleando la base de datos del Departamento de Atención Básica del SUS. Se verificó que hubo una expansión de los equipos profesionales de salud de la familia en Brasil: se crearon 40.490 en 5.483 municipios, llegando a la cobertura de 64,2% de la población de este país. La cantidad de los CASF en la región Nordeste del país y la cobertura a la

población fueron más grandes que en las otras regiones. Ya el descenso en las HCSAP ha sido más grande en la región Centro-Oeste, que cuenta con menor cantidad de CASF creados. A pesar de que la región Nordeste tenga más cantidad y cobertura de CASF, no redujo proporcionalmente las HCSAP. La mayor cantidad o cobertura de los CASF no redujo las tasas de HCSAP en las poblaciones más vulnerables en el ámbito social.

Palabras clave | Sistema Único de Salud; Salud de la Familia; Estrategia de Salud de la Familia; Atención Primaria a la Salud; Salud Pública.

INTRODUÇÃO

No Brasil, o primeiro ponto de atenção à saúde e a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) – hierarquicamente organizado nos níveis de atenção primária, secundária e terciária – é a Atenção Básica (AB), que se caracteriza por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral, que impacte a situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades¹.

Ressalta-se que, na literatura nacional e internacional, os termos “AB” e “Atenção Primária à Saúde” aparecem como sinônimos; porém, o Ministério da Saúde brasileiro (MS) utiliza “AB” para definir, no contexto do SUS, a Saúde da Família como sua principal forma de cuidado primário em saúde^{2,3}. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é prioritária na Política Nacional de AB e tem o intuito de expandir, qualificar e consolidar os cuidados primários em saúde.

A ESF favorece reorientação do processo de trabalho das equipes das unidades básicas de saúde, com maior potencial de aprofundar os princípios, as diretrizes e os fundamentos da AB, ampliando a resolubilidade e o impacto na situação de saúde das pessoas e das coletividades, além de propiciar importante relação custo-efetividade^{1,4}.

Em 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) foram criados com a proposta de ampliar e apoiar (por matriciamento) as ações das equipes das ESF⁵, para redução de encaminhamentos indiscriminados ao nível secundário. O fisioterapeuta é um dos profissionais que

pode integrar os Nasf e, tal como outros especialistas que podem fazer parte dessas equipes⁶, deve suprir a demanda da comunidade. É papel do fisioterapeuta reduzir danos e agravos – com prática integral à saúde e educação em saúde – e realizar visitas domiciliares e atendimentos individuais e em grupo. Portanto, a fisioterapia não é uma profissão apenas reabilitadora⁷.

Entre as repercussões da atuação do fisioterapeuta na AB, tem-se a redução das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (Icsab)^{7,8}. As doenças sensíveis à AB são agravos cuja morbidade e mortalidade podem ser reduzidas por atenção primária oportuna e eficaz^{8,9}. Entende-se como Icsab as hospitalizações causadas por doenças infecciosas evitáveis por imunização, as complicações que poderiam ser atenuadas por diagnóstico e tratamento precoces, e as complicações agudas de doenças não transmissíveis. Desse modo, espera-se que uma AB eficaz consiga reduzir Icsab, inclusive readmissões e tempo de permanência no hospital⁸⁻¹⁰. Quando a AB não garante acesso suficiente e adequado, há demanda excessiva para os níveis de média e alta complexidade, com custos e deslocamentos desnecessários¹¹⁻¹³.

Este estudo visou analisar o crescimento dos Nasf no Brasil e seus impactos no número de Icsab.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e analítico, que se serviu de abordagem quantitativa, derivado da pesquisa intitulada “Núcleos de Apoio à Saúde da Família no Brasil: participação da fisioterapia e da fonoaudiologia”, que foi registrada no Gabinete de Projetos (GAP) do Centro de Ciências

da Saúde de uma Universidade Federal do Sul do país, submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da mesma universidade, sob o número 30652514.3.0000.5346.

Foram coletados dados no site do Departamento de Informática do SUS (Datasus), na seção “Histórico de Cobertura da Família”¹⁴, nas opções de Unidade Geográfica por Competência, entre: setembro de 1998 e abril de 2016, para ESF implantadas; e janeiro de 2010 e abril de 2016 para Nasf. Ressalta-se que no Datasus não há registros de ESF implantadas antes de 1998 e, tampouco, de Nasf anteriores a 2010.

Os dados das Icsab foram coletados no site da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa) do MS¹⁵, selecionando-se as seções “Região” e, na área “Período disponível”, 2000 a 2013 (não há dados disponíveis após esse ano). Para o cálculo da cobertura dos Nasf, foi solicitado ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a projeção populacional no ano de 2016, por região. Esses dados foram cruzados com a quantidade de Nasf no mesmo ano, calculando-se, assim, a quantidade de Nasf por um milhão de habitantes (Nasf/Mh).

Os dados obtidos foram organizados e processados com estatística descritiva, segundo os indicadores de processo (cobertura de ESF e de Nasf) e de resultado de Icsab.

RESULTADOS

Constatou-se que, de setembro de 1998 a abril de 2016, o número de ESF aumentou, assim como a cobertura

populacional: de 2.668, em 967 municípios (cobertura de 5,9%), para 40.490, em 5.031 municípios (cobertura de 64,2%)¹⁴. Em dezembro de 2005 (três anos antes da criação dos Nasf) existiam 1.244 Fundações Estatais no Nordeste, 18 no Sudeste, 98 no Sul e 40 no Centro-Oeste⁶.

Em relação ao número de Nasf, o aumento foi exponencial: de três Nasf, em 2008¹⁶, para 4.341, em abril de 2016¹⁴. Observou-se que, em 2010, o Nordeste despontava como líder de Nasf 1 implantados (566), seguido pelo Sudeste (367), Sul (111), Norte (86) e Centro-Oeste (56). O Nasf 1 tem uma equipe que trabalha, no total, 200 horas semanais. Em relação aos Nasf 2, nesse mesmo ano, o Nordeste também liderou as pesquisas (55), seguido pelo Centro-Oeste (38), Sudeste (20), Norte (10) e Sul (8). O Nasf 2 tem uma equipe que trabalha, no total, 120 horas semanais. Quanto ao Nasf 3, implantação iniciada em 2013, o Nordeste estava em primeiro lugar novamente com 160 unidades, seguido pelo Centro-Oeste e Sudeste, com 46 unidades cada, Sul com 6 unidades e nenhuma unidade na região Norte, no referido ano. O Nasf 3 tem uma equipe que trabalha, no total, 80 horas semanais. Nenhum profissional do NASF pode ter carga horária inferior a 20 horas.

A região Nordeste também apresentou maior cobertura (Nasf/milhão de habitantes) de Nasf 1 e 2. O Nasf 3 apresentou maior cobertura na região Centro-Oeste, que demonstrou destaque, conforme observado na Figura 1.

Entre os anos 2000 e 2016, a região que maior apresentou redução nas taxas de Icsab (número de internações por 10.000 habitantes) foi a Centro-Oeste, com redução de 42,5%, seguida da região Sul (37,8%), Nordeste (33,1%), Sudeste (31,1%) e Norte (20,6%), conforme apresentado na Figura 2.

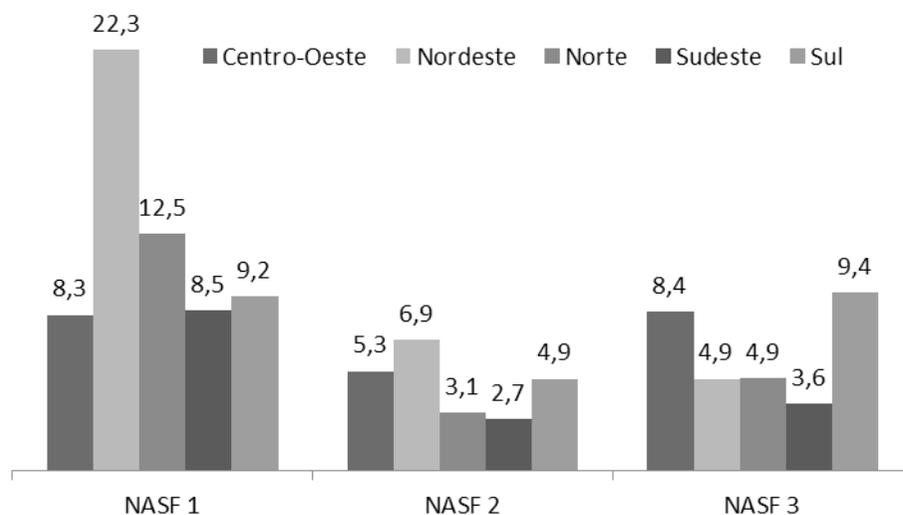


Figura 1. Cobertura de NASF 1, 2 e 3, por região, até abril de 2016

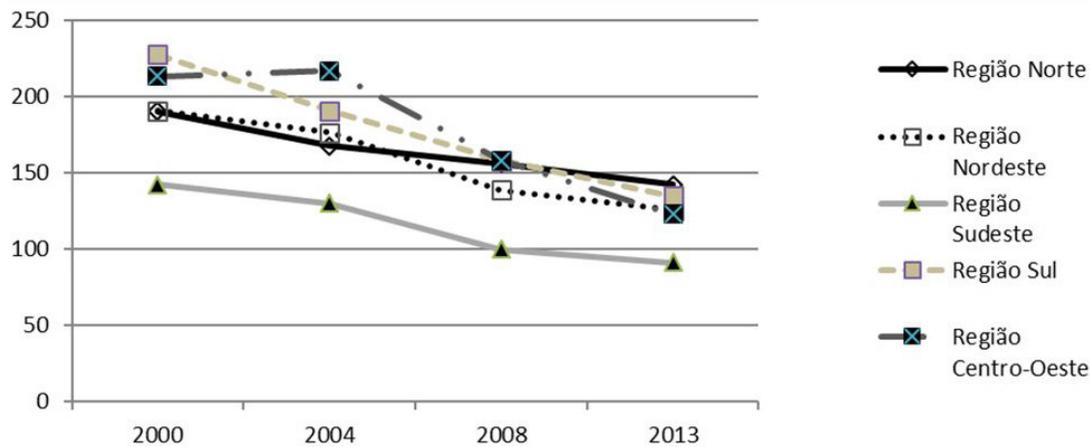


Figura 2. Taxa de internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica, no período de 2000 a 2016, segundo Região

DISCUSSÃO

A distribuição das ESF no país, desde 1994, ocorreu de municípios pequenos e médios para os maiores e do Nordeste para as demais regiões. Esse aumento decorreu do sistema de transferência de recursos do MS desde 1996, por meio da Norma Operacional Básica (NOB), com gestão semiplena (vinculação de incentivos financeiros por faixas de cobertura populacional e não mais por produção). Antes da NOB/1996, os municípios que mais produziam recebiam maiores recursos, de modo que as regiões mais pobres, com maiores dificuldades de instalação de rede assistencial eficiente, eram penalizadas, criando-se um sistema de distribuição de recursos desigual¹⁷.

Com a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica^{1,4,18}, em março de 2006, o financiamento foi regulamentado e a fragmentação por cobertura populacional, que prejudicava os grandes centros, foi superada. Embora tenha sido corrigida, em parte, a situação de iniquidades de financiamento, com a programação pactuada e integrada (repasso per capita, de parte dos recursos financeiros), ainda permaneceu com operações assentadas nas diretrizes do período anterior. Os dispositivos de construção de distribuição equitativa dos recursos não superavam os problemas existentes, agravados pela forte elitização e concentração dos profissionais da saúde nas regiões metropolitanas, nos grandes e médios municípios. Os municípios com a população em pior situação econômica, com maior carência de recursos e mais distantes dos grandes centros, sofriam com a baixa disponibilidade de trabalhadores

da saúde para suprir as necessidades de atendimento à população¹⁹.

Surgiram, então, como uma opção especializada na prestação de serviços públicos, as Fundações Estatais^{19,20}, que se apresentaram como alternativas à gestão mais eficiente, buscando maior facilidade na contratação de servidores, na compra sem licitação ou com processo licitatório simplificado, de forma legal, menos morosa e mais eficiente. As fundações obedeceram aos princípios da administração pública: legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência¹⁹⁻²¹.

Essa argumentação ganha força quando são analisados os resultados da Fundação Estatal Saúde da Família na Bahia, criada em 1996¹⁹⁻²⁰, que atingiu a meta de desprecarização de 70% da força de trabalho, contratando trabalhadores para o SUS, garantindo ingresso no quadro dos profissionais via concurso público, ampliando as equipes de saúde da família. Isso possibilitou a implantação dos Nasf 1 e 2, o que deveria ter reforçado a AB local, refletindo nas Icsab¹⁹⁻²¹.

Apesar de todas as regiões do Brasil receberem as mesmas instruções e os mesmos incentivos financeiros para implantação dos Nasf²², constatou-se maior aumento desses núcleos no Nordeste do país^{20,21} (Figuras 1 e 2). A região Nordeste não possui cidades muito populosas (Salvador: 2.921.087 milhões; Recife: 1.617.183 milhões) em comparação às cidades do Sudeste (São Paulo: 11.967.825 milhões e Rio de Janeiro: 6.476.631 milhões)²³, onde as possibilidades de implantação dos Nasf 1 e 2 seriam maiores devido à relação desses núcleos com o número de ESF. O incremento dos Nasf no Nordeste pode ter ocorrido

devido a um conjunto de fatores, como o direcionamento estratégico das ações de saúde em populações mais pobres e os programas de Políticas Públicas de combate à miséria, como o Programa Bolsa Família (BF)²⁴.

De acordo com o Programa de Desenvolvimento para as Nações (Pnud) 2014²⁵, o BF reduziu a mortalidade infantil – contribuindo, em particular, para redução de mortes atribuíveis a causas relacionadas à pobreza, como desnutrição e diarreia²⁴ (que podem ser eficientemente tratadas na AB)^{25,26} – e impactou os serviços de saúde e a dinâmica de trabalho dos profissionais. A Agenda Estratégica para a Saúde no Brasil aponta diretrizes de aperfeiçoamento das ações e serviços voltados à população com garantia de acesso a serviços de saúde de qualidade.

Uma das estratégias apontadas é a articulação entre o BF e a ESF, considerando parâmetros de elegibilidade por motivos de agravos e doenças e a necessidade de garantir, em curto prazo, acesso às ações de promoção e cuidados à saúde das famílias de menor renda. O BF promove vacinação, acompanhamento do estado nutricional, pré-natal, também presentes na ESF. A maior procura da população aos serviços de saúde gera maior crescimento da ESF e, conseqüentemente, maior demanda por Nasf. Isso pode explicar o maior aumento de Nasf no Nordeste, local onde há maior número de beneficiários do BF²⁷. Historicamente, o Nordeste foi a região de maior concentração de pobreza no país e, mesmo com a diminuição das iniquidades de acesso à educação e serviços, ainda há impacto na saúde da população dessa região, sobretudo nas questões que dizem respeito às doenças infecciosas e evitáveis, repercutindo diretamente nas Icsab^{26,28}.

Apesar de a região Centro-Oeste apresentar o menor número de Nasf e, no entanto, ter apresentado taxas de internações mais reduzidas, é difícil compará-la com o Nordeste. As duas regiões têm diferentes determinantes sociais, de saúde, econômicos, geográficos, culturais, psicológicos e comportamentais, que influenciam a ocorrência de problemas de saúde em cada região, bem como seus fatores de risco em cada população^{26,28,29}.

Diversos estudos³⁰⁻³⁴ demonstram que dificuldades nos processos de trabalho do Nasf estão relacionadas à necessidade de adequação à formação, ainda teorizada e fragmentada, dos profissionais que compõem as equipes. Destaca-se como maior dificuldade o aprender com o trabalho coletivo no território envolvido, que depende de flexibilidade e interlocução dos envolvidos, para criar possibilidades para atuação conjunta, integrada e

intersectorial, que incorpore a participação de usuários na concepção ampliada de saúde³⁵.

Percebe-se que a trajetória dos Nasf, desde sua criação até os dias atuais, foi pautada no alargamento da oferta de serviços de saúde da ESF. Porém, a falta de serviços especializados pode conduzir a um funcionamento equivocado do Nasf que tende a realizar a “substituição do serviço que falta”, na tentativa de responder à demanda da população³⁵. O maior número ou cobertura de Nasf, em uma determinada região, ainda não está relacionado com maiores quedas nas taxas de Icsab e as intervenções nesse nível de atenção nem sempre têm escopo amplo o suficiente para lidar com as iniquidades de saúde, bem como no cuidado de grupos expostos à vulnerabilidade de diferentes estratos sociais, que podem interferir nessas internações^{28-30,35,36}.

Considerando-se a assistência à saúde oferecida pelo SUS e a perspectiva que se tem acerca do Nasf, tornam-se necessárias mudanças nesse sistema, na gestão ou no domínio da execução de ações qualificadas dos profissionais de saúde³¹. O aprofundamento nas questões destacadas neste estudo, como a atuação dos profissionais e o impacto na AB, possíveis atravessadores nas taxas Icsab, pode contribuir para o melhor atendimento e cobertura à população.

CONCLUSÃO

No período entre 1998 e 2016, houve uma expansão das equipes de saúde da família em todo Brasil: 40.490 foram implantadas em 5.483 municípios, cobrindo 64,2% da população. O número dos Nasf no Nordeste e a respectiva cobertura populacional foram maiores, em relação às demais regiões. Por outro lado, ocorreu maior queda de Icsab na região Centro-Oeste, que possui menor número de Nasf implantados. O maior número ou cobertura de Nasf ainda não impactou a redução de taxas de Icsab em populações mais vulneráveis, dentro do contexto de determinantes sociais.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos às senhoras Bila Gallo e Olívia Lucena de Medeiros, do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, à senhora Ignez Magalhães e ao senhor Marcos Franco, do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems-DF), e aos

senhores Diego Volpato Finato (IBGE-RS) e César Damián Moretti pela revisão estatística.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.
2. Testa M. Atenção Primária (ou primitiva?). In: Testa M, organizador. Pensar em saúde. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
3. Mello GA, Fontanella BJB, Demazo MMP. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde: origens e diferenças conceituais. 2009. Rev APS [Internet]. 2009 abr./jun. [acesso em 25 out. 2016];12(2):204-13. Disponível em: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/307/203>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Institui a nova Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União. 21 out 2011.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Diário Oficial da União. 25 jun. 2008; Seção 1.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica [Internet]. Núcleo de Apoio a Saúde da Família – Perguntas Frequentes. [acesso em 26 jun. 2016]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/nasf_perguntas_frequentes.php
7. Moreira PHB, Rodrigues ACF, Pereira CA, Marques FO, Lehner GH, Oliveira TS, et al. A inserção do fisioterapeuta na equipe multiprofissional – Programa Saúde da Família (PSF). [Internet] 2008 [cited 2015 Abr 15]. Disponível em: <http://fisionasauade.com.br>
8. Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde. Cad Saúde Pública. 2009;25(6):1337-49.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 221 de 17 de abril de 2008. Publica na forma de anexo a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Diário Oficial da União. 21 set. 2008.
10. Campos AZ, Theme-Filha MM. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2009. Cad Saúde Pública. 2012;28(5):845-55.
11. Rehem TCMSB, Ciosak SI, Egry EY. Internações por condições sensíveis à atenção primária no hospital geral de uma microrregião de saúde do município de São Paulo, Brasil. Texto contexto – Enferm. 2012;21(3):535-42.
12. Rehem TCMSB, Egry EY. Internações por condições sensíveis à atenção primária no Estado de São Paulo. Ciênc Saúde Coletiva. 2011;16(12):4755-66.
13. Ferreira JB, Borges MJG, Santos LL, Forster AC. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 à 2010. Epidemiol Serv Saúde. 2014;23(1):45-56.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico de Cobertura da Saúde da Família [Internet]. [acesso em 26 jun. 2016]. Disponível em: <http://bit.ly/1PH608L>
15. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rede Interagencial de Informações para a Saúde [Internet]. [acesso em 30 set. 2016]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2012/d29.def>
16. Silva ATC, Aguiar ME, Winck K, Rodrigues KGW, Sato ME, Grisi SJFE. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2012;28(11):2076-84.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Publica a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 5 nov. 1996..
18. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.
19. Franco TB, Pinto H. Fundações Estatais como dispositivo para a desprivatização do estado Brasileiro [Internet]. [acesso em 27 set. 2014]. Disponível em: <http://bit.ly/2eCcsqT>
20. Pinto HÁ, Franco TB, Merhy EE. Fundação estatal e o fortalecimento da capacidade de ação do Estado [Internet]. [acesso em 27 set. 2014]. Disponível em: <http://bit.ly/2eOzuqp>
21. Braga DG. Conflitos, eficiência e democracia na gestão pública. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010.
23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Projeção populacional em 2015: Passo Fundo: IBGE; 2016.
24. Brasil. Secretaria de Assistência Social. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição [Internet]. [acesso em 27 set. 2014]. Disponível em: <http://bolsafamilia.datasus.gov.br/w3c/bfa.asp>
25. Brasil. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento. Brasília, DF: Ipea; 2014.
26. Barata RB. Desigualdades sociais e saúde. In: Campos, GWS.; Minayo, MCS.; Buss, PM.; Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. Physis: Rev Saúde Coletiva. 2007;17(1):77-93.
27. Carvalho AT, Almeida ER, Jaime PC. Condicionais em saúde do programa Bolsa Família – Brasil: uma análise a partir de profissionais da saúde. Saúde soc. [Internet]. dez. 2014 [acesso em 28 ago. 2016];23(4):1370-82. Disponível em: <http://bit.ly/2eNLSiT>
28. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Indicadores de desenvolvimento brasileiro 2001-2012. Brasília, DF, 2012.
29. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
30. Nascimento DDG, Oliveira CMA. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho

- nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Mundo Saúde*. 2010;34(1):92-6.
31. Mângia EF, Lancman S. Núcleos de apoio à saúde da família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional. *Rev Ter Ocup*. 2008;19(2):i.
32. Barbosa EG, Ferreira DLS, Furbino SAR, Ribeiro EEN. Experiência da fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares. *Fisioter Mov*. 2010;23:323-30.
33. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Mundo Saúde* (Impr.). 2010;34:92-6.
34. Anjos KF, Meira SS, Ferraz CEO, Vilela ABA, Boery RNSO, Sena ELS. Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. *Saúde debate* [Internet]. dez. 2013 [acesso em 28 ago. 2016];37(99):672-80. Disponível em: <http://bit.ly/2fcrAu4>.
35. Cunha GT, Campos GWS. Apoio matricial e atenção primária em saúde. *Saúde soc*. 2011;20(4):961-70.
36. Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM. *Tratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz; 2006.