

Percepção dos profissionais da estratégia saúde da família sobre as necessidades de saúde da população

Perception of professionals of the family health strategy on the population health needs

Flavia Domingues¹, Bruna Malavazzi Lima², Natasha Tortoretto Masi¹, Lúcia Rondelo Duarte¹

RESUMO

Objetivos: Identificar a percepção dos profissionais das equipes de saúde da família sobre as necessidades de saúde da população e analisar como essas necessidades são atendidas. **Métodos:** Pesquisa descritiva, qualitativa. Foram entrevistados 29 profissionais de saúde em 5 unidades de saúde da família, incluindo 6 profissionais de cada unidade, 1 de cada categoria profissional. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista oral e da aplicação de um formulário sociodemográfico. O conteúdo das entrevistas foi organizado em discursos do sujeito coletivo, e para a análise dos discursos foi utilizada a análise temática de conteúdo. **Resultados:** As necessidades de saúde percebidas refletiram aspectos das condições de vida, do acesso às tecnologias de saúde, da criação de vínculos e da construção da autonomia. Ações descritas pelos participantes, como trabalhos educativos em grupo, projetos, parcerias, trabalho em equipe multiprofissional para melhorar a saúde como um todo e iniciativas para aumentar o vínculo com a comunidade revelam uma apreensão mais abrangente das necessidades de saúde. No entanto, há dificuldade de interpretação da determinação social do processo saúde-doença por alguns profissionais entrevistados, que relataram ações centradas na doença e práticas educativas prescritivas como forma de atender às necessidades de saúde. **Conclusão:** A prática permeada pelo modelo assistencial curativo no qual prevalece o olhar para a dimensão biológica do processo saúde-doença precisa ser superada, o que implica, por parte das equipes, em esforço de tradução e atendimento às necessidades trazidas pela população, garantindo assim a integralidade da atenção.

Palavras-chave: pessoal de saúde; estratégia saúde da família; saúde da família; necessidades e demandas de serviços de saúde.

ABSTRACT

Objectives: To identify the perception of professionals of the family health teams about the health care needs of the population, and to analyze how these needs are solved. **Methods:** It was a descriptive and qualitative research. Twenty-nine health care professionals were interviewed in five family health units, including six professionals from each unit, one from each professional category. The data collection was performed through oral interview and the application of a sociodemographic form. The content of the interviews was organized in speeches of the collective subject, and thematic content analysis was used for the analysis of the speeches. **Results:** The perceived health care needs reflected aspects of living conditions, access to health care technologies, creation of bonds and construction of autonomy. Actions described by the participants of the investigation such as group educational work, projects, partnerships, multiprofessional teamwork to improve health care as a whole, and initiatives to increase community bonds reveal a broader grasp of health care needs. However, there is difficulty in interpreting the social determination of the health-disease process by some interviewed professionals, who reported actions centered on the disease and prescriptive educational practices as a way to assist health care needs. **Conclusion:** The practice permeated by the curative care model in which the biological dimension of the health disease process prevails needs to be overcome, which implies an effort of the teams of translating and attending the needs brought by the population, thus guaranteeing the integrality of the attention.

Keywords: health personnel; family health strategy; family health; health services needs and demands.

¹Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde – Sorocaba (SP), Brasil.

²Banco de Olhos de Sorocaba – Sorocaba (SP), Brasil.

Autora correspondente: Lúcia Rondelo Duarte – Rua Antonio Silva de Oliveira, 504 – Vila Hortênsia – CEP: 18020-170 – Sorocaba (SP), Brasil – E-mail: lrduarte@pucsp.br

Recebido em 06/06/2016. Aceito para publicação em 08/03/2017.

INTRODUÇÃO

“O processo saúde-doença é um fenômeno complexo, socialmente determinado, modulado por condicionantes de ordem biológica, psicológica, cultural, econômica e política”.¹

As condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde e são expressões da determinação social do processo saúde-doença. Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os “fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população”.²

As necessidades em saúde são social e historicamente determinadas e não refletem apenas problemas de saúde como doenças, sofrimentos ou riscos, mas dizem respeito também às carências ou vulnerabilidades que expressam modos de vida; portanto, envolvem as condições necessárias para se viver a vida com qualidade.³

As necessidades de saúde podem ser representadas pela busca de respostas para as más condições de vida (do desemprego à violência) ou pela procura de um vínculo efetivo com algum profissional, além da necessidade de se ter maior autonomia na condução da vida ou de ter acesso a toda tecnologia de saúde disponível para melhorar e prolongar a existência.⁴

“Assim, a integralidade da atenção, no espaço singular de cada serviço de saúde, poderia ser definida como o esforço da equipe de saúde de traduzir e atender, da melhor forma possível, tais necessidades”.⁴

Diante do exposto e tomando como referência o guia para pesquisadores *Necessidades em saúde na perspectiva da atenção básica*, de Egry,² este estudo teve como objetivo identificar a percepção dos profissionais das equipes de saúde da família sobre as necessidades de saúde da população e suas formas de atendimento.

MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo com abordagem qualitativa. Apresenta a Teoria das Representações Sociais como referencial teórico, o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) e a Análise de Conteúdo como referenciais metodológicos.⁵⁻⁷ Participaram da pesquisa 29 profissionais de 5 unidades de saúde da família do município de Sorocaba, São Paulo, incluindo 5 enfermeiros, 5 médicos, 4 dentistas, 5 técnicos de enfermagem, 5 agentes comunitários de saúde e 5 coordenadores de unidade, que aceitaram participar e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Esta foi uma amostra de conveniência de forma a incluir seis profissionais de cada unidade, um de cada categoria profissional, de livre escolha entre os membros das equipes. Apenas em uma unidade não foi possível a representação de todas as categorias profissionais. Na transcrição dos depoimentos, os participantes foram denominados E (enfermeiro), D (dentista), M (médico), A (agente comunitária), T (técnico ou auxiliar de enfermagem) e C (coordenador de unidade) e numerados por unidade em que atuam.

A coleta de dados foi realizada no período compreendido entre abril e junho de 2014 por meio de entrevista oral, gravada em áudio, orientada por um roteiro com as questões:

- “Fale sobre as necessidades de saúde da população da área de abrangência de sua equipe de PSF”;
- “Explique quais são as atividades realizadas pela sua equipe para atender ou resolver essas necessidades”.

Após a entrevista, foi aplicado um formulário sociodemográfico para caracterização dos participantes.

O conteúdo das entrevistas foi transcrito para a identificação das expressões-chave e ideias centrais (IC) do discurso de cada sujeito. Com as expressões-chave das IC semelhantes foram construídos discursos-síntese, que expressam um discurso coletivo.⁶ Para análise e interpretação dos dados foi utilizada a análise de conteúdo, modalidade análise temática.⁷ As IC dos discursos coletivos foram consideradas subtemas e categorizadas em grandes temas, visando a uma síntese interpretativa que respondesse ao problema da pesquisa. Os dados sociodemográficos foram analisados segundo a frequência das suas variáveis.

O projeto de pesquisa foi analisado e aprovado, com protocolo número 037772/2013, pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (FCMS/PUC-SP).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O perfil dos entrevistados mostrou que 50% dos médicos e coordenadores de unidade eram do sexo feminino; entre os profissionais do grupo de enfermeiros, dentistas e agentes comunitários de saúde, houve predominância total do sexo feminino (100%). Entre os técnicos de enfermagem, 75% eram do sexo feminino. A média de tempo de atividade na Unidade Saúde da Família (USF) variou de 2,5 a 8 anos (médicos: 5 anos, enfermeiras: 6 anos, técnicos de enfermagem: 2,5 anos, agentes comunitárias de saúde e dentistas: 8 anos, coordenadores: 5 anos). E, por fim, a idade média dos participantes foi 38 anos.

Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Santini et al.,⁸ em que houve predominância do sexo feminino e da média de idade entre 30 e 39 anos nas equipes de saúde da família analisadas.

A análise das IC dos discursos coletivos organizados com os depoimentos dos participantes sobre a percepção e o atendimento das necessidades de saúde resultou na sua categorização em temas relacionados aos quatro grupos de classificação das necessidades de saúde adotada por Cecílio:⁴ construção da autonomia do sujeito, condições de vida, acesso a tecnologias de saúde e criação de vínculo entre usuário e equipe de saúde, como demonstrado nos Quadros 1 e 2.

A educação foi considerada necessidade de saúde por sete participantes do estudo. Educar para a saúde significa dar prioridade a intervenções preventivas e promocionais. Desse modo, o desenvolvimento de práticas educativas tan-

to em espaços convencionais, como os grupos educativos, quanto em espaços informais, como nas consultas, atende ao princípio da integralidade pelas equipes de saúde da família.⁹

Vale destacar que parte das atividades educativas relatadas pelos participantes como forma de atendimento das necessidades de educação é prescritiva e está mais atrelada aos aspectos biológicos, e minoritariamente aos de ordem social e política. As práticas educativas prescritivas também foram relatadas em estudos similares.^{10,11} Esse modelo condiciona a prática educativa a ações que visam modificar práticas dos indivíduos consideradas inadequadas pelos profissionais, mediante a prescrição de tratamentos, condutas e mudanças de comportamento, e carece de caráter educativo emancipador incorporado no seu bojo.¹⁰

A educação remete à necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de andar a vida, sendo que a informação e a educação em saúde são apenas parte do processo de construção da autonomia de cada pessoa. A autonomia implicaria na possibilidade de reconstrução, pelos

sujeitos, dos sentidos de sua vida, influenciando no seu modo de viver, incluindo aí a luta pela satisfação de suas necessidades, da forma mais ampla possível.⁴

Um grupo de necessidades de saúde percebidas pelos participantes do estudo reflete aspectos das condições de vida, traduzindo os meios de produção e reprodução social, ou seja, as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham.¹² Em estudo realizado na região leste do município de São Paulo, os profissionais entrevistados apontaram as necessidades de boas condições de vida como demandas concretas para se ter saúde.¹¹

Os profissionais das equipes de saúde da família reconhecem as questões sociais como necessidade de saúde, no entanto esta é uma necessidade considerada de difícil atendimento, pois depende de ações políticas e intersetoriais.¹¹

“A intersectorialidade surge como uma possibilidade de abordar questões sociais complexas, de articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações sinérgicas e integradas”.¹³

Quadro 1. Discursos do sujeito coletivo sobre as necessidades de saúde categorizados em temas (Sorocaba, 2014).

| Tema | Discursos |
|-------------------------------|---|
| Construção da autonomia | IC Educação (E3, T1, T2, T5, D2, M1, M3): <i>há necessidade de orientação em saúde, como alimentação, hábitos saudáveis, conscientização, higiene, dieta, vacina, prática de exercícios físicos, higiene bucal, escovação e uso do fio dental.</i> |
| Condições de vida | IC Pobreza (E1, E4, E5, A4, M3, C4): <i>são pessoas que têm renda mais baixa e têm necessidade grande de conforto, de uma renda maior, a zona rural, principalmente: quanto mais periferia mais carência de alguma coisa.</i> |
| | IC Lazer e cultura (E3, E9, A1, E4, E5, D3, C1, A3): <i>Falta lazer, cultura, estímulo para eles verem que não estão num mundinho; não tem um centro esportivo, não tem lazer pros adolescentes, para as crianças, uma atividade no período que não tá na escola.</i> |
| | IC Escola de qualidade (A13): <i>a necessidade aqui é de escola boa, ela é boa até quarta série, passou de quarta série já tem tráfico dentro da escola.</i> |
| | IC Segurança pública (A3, A13, C5): <i>a necessidade aqui é de segurança, o policiamento aqui é bem pouco, o tráfico de drogas é bastante aqui na vila, não tem ronda escolar.</i> |
| Acesso a tecnologias de saúde | IC Higiene e saneamento (M5, A5, E1): <i>necessidade maior é de higiene e saneamento básico na zona rural.</i> |
| | IC Doenças (M4, M5, E4, T4, A2, C1, E1): <i>têm doenças relacionadas a falta de higiene e saneamento, doenças crônicas, as normais, dependência química; diabetes e hipertensos têm muito aqui. A maior parte da necessidade aqui é de atendimento ao idoso, cuidado com hipertensão e diabetes, acamado que não levanta, em fase terminal, idosos bem desassistidos.</i> |
| | IC Dor (M4): <i>é problema de dor lombar, dor nas articulações e do ombro. Dor geral! Dores por esforços repetitivos, porque tem muito pedreiro, muito cabeleireiro.</i> |
| | IC Atendimento médico e odontológico: (E2, T2, A1, A2, A4, D4, C5, D5): <i>a maior necessidade é de acompanhamento médico, odontológico e especialistas.</i> |
| Criação de vínculo | IC Necessidade abrangente (C2, M3, C3): <i>tem desde o atendimento básico, vacina, preventivo, até a promoção e reabilitação. Infelizmente a gente se depara com muita necessidade que acaba fugindo um pouco do que se consegue trabalhar na unidade; precisaria de uma rede mais articulada, assistência social, conselho do idoso, conselho tutelar.</i> |
| | IC Afeto (E5, T3, A1, A4, D3, C5): <i>é uma comunidade que necessita muito trabalhar com vínculo, o apego; com idosos precisava de psicólogo, terapia, eu percebo que eles têm necessidade de conversa, de contar da vida, de serem ouvidos; parar e ouvir o que eles têm pra dizer; essa ponte que a gente faz que humaniza mais é muito importante.</i> |

As ações apontadas pelos entrevistados que mais se aproximam das necessidades relacionadas às condições de vida abrangem projetos voltados ao encontro de adolescentes, adultos e idosos, alguns de educação em saúde, que incluem atividades de lazer, culturais e artesanato. Esses resultados ressaltam a dificuldade das equipes em planejar e realizar ações que abordem questões sociais mais amplas, como trabalho e renda.

Outra necessidade apontada foi a de acesso à assistência de saúde. Essa necessidade deve considerar a possibilidade de poder alcançar toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida. As normas referentes ao acesso à assistência à saúde estão contempladas na Norma Operacional da Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde (NOAS/SUS) 01/02

e sua regulação deve estar voltada para a disponibilização do recurso mais adequado às necessidades do usuário.¹⁴

Desse modo, o trabalho em redes de atenção à saúde é essencial para o atendimento integral das necessidades de saúde da população. A importância de trabalhar em rede é demonstrada pelo discurso: “*Infelizmente a gente depara com muita necessidade que acaba fugindo um pouco do que a gente consegue na unidade, precisaria de uma rede muito mais articulada*”.

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que

Quadro 2. Discursos do sujeito coletivo sobre as atividades de atendimento às necessidades de saúde categorizados em temas.

| Temas | Discursos |
|-------------------------------|---|
| Construção da autonomia | IC Orientação (M1, M5, E1, T3, A5): <i>orientação mais oral. Eu falo você tem que fazer “assim, assado”.</i> Trabalho em grupo (E4, A4, D2, C1, C4, T3, T4, D3): <i>a gente desenvolve grupo da praça, dependente químico, usuário de álcool, pessoas que moram ali; grupo de apoio à família do usuário, oficinas para idosos, moradores de rua, tem um grupo que vai atender jovens.</i> IC Orientação medicamentosa (T1, T5, A5): <i>a gente tenta ver qual a melhor forma de ajudar esse paciente, se é com desenho, se é só da forma oral, fazendo o quadro educativo.</i> |
| Condições de vida | IC Projetos (T3, A3, C1, C4, A2, M3): <i>tem os projetos pros adolescentes, que é o “Pink” e o “Blue”; tem o “Sabia”, que é para as pessoas que ficam em casa, eles vêm fazer o artesanato, conversam em grupo; têm pra gestantes com palestras e artesanato; o “Lua Nova” para pessoas que já estão viciadas nas drogas; eu trabalho com um projeto grupo de prosa com idoso, a gente visita pessoas acamadas ou os necessitados que não podem vir até a unidade, leva o grupo lá e bate papo, é distração.</i> |
| Acesso a tecnologias de saúde | IC Agente comunitário de saúde traz os casos mais graves (M1, M4, E1): <i>a agente que me traz: — olha, atende esse aqui que tá difícil; já passou aqui; não vai; a gente passa 3 guias de medicamentos; vai no otorrino, a gente encaminha...</i> IC Visita domiciliária (M1, M5, E1, E2, T2, M3): <i>é feito um acompanhamento da família; alguns casos nós vamos para observar a residência, o estado que se encontra a família e ali estar desenvolvendo com a equipe multiprofissional atividades que possam melhorar a saúde deles como um todo.</i> IC Atendimento programático (M2, M4, D3, C2, C4 D3): <i>tem os programas implementados que é da asma, hipertensão, da diabetes e o PAC [Programa de Atenção à Criança] que é o das crianças, da mulher, gestante, imunizações.</i> IC Suplementação alimentar (M2): <i>às vezes, a gente pega muita criança com baixo peso que precisa do leite e a gente consegue.</i> IC Terapia integrativa para dor (M4): <i>eu faço acupuntura, uma terapia integrativa que melhora muito a qualidade de vida.</i> IC Tratamento para ansiedade e depressão (M4): <i>tem muito problema de ansiedade, depressão por causa do problema econômico e problemas também da vida em geral.</i> IC Parcerias (A1, A3, D2, D5): <i>tem a terapia comunitária, que vem o psiquiatra e qualquer pessoa pode estar participando. As crianças têm ajuda de um módulo odontológico dentro da escola.</i> IC Atendimento odontológico (D3): <i>pacientes de acolhimento, diabéticos, bebê de zero a dois anos, gestantes; crianças da quinta série até o colegial nós vamos até a escola, fazemos uma pré-avaliação de 1.200, 1.300 alunos e se eles não tiverem cárie eles têm alta, e os que têm necessidade odontológica são trazidos pra cá.</i> |
| Criação de vínculo | IC Trabalhar a humanização na equipe (C5): <i>trabalhar a humanização na equipe com relação à parte de carência afetiva, no trato, no convívio.</i> IC Trabalho intequipes (D2): <i>a gente quer interagir mais com as equipes e mais com o território pra estar planejando mais rodas de conversa com os pacientes, moradores.</i> IC Eventos (C4): <i>a gente desenvolve eventos na unidade com parceiros desde comerciantes até a própria população, por exemplo, “dia das mães”, “dia das crianças” pra fortalecer o vínculo com a comunidade.</i> |

permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada —, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população.¹⁵

A Estratégia Saúde da Família (ESF) propõe uma nova dinâmica para estruturação dos serviços de saúde ao apropriar-se do compromisso de prestar assistência integral à população, identificando fatores de risco aos quais ela está exposta, intervindo de forma apropriada. Porém, estudo revela a dificuldade de algumas categorias profissionais no manejo das tecnologias leves que demandam habilidades comunicacionais e relacionais.¹⁶

O discurso “*elas têm necessidade de conversa, de contar da vida, de serem ouvidas*” aponta para um conjunto de necessidades que diz respeito à criação de vínculos entre cada usuário e uma equipe e/ou um profissional. O vínculo pressupõe uma relação de confiança pessoal, contínua e intransferível. Além disso, requer habilidades comunicacionais, sensibilidade e responsabilização efetiva pelo ser cuidado.¹⁷

A comunicação na atenção à saúde é “algo que se constrói”, uma ação intencional, dirigida e orientada para um interesse concreto. Os processos comunicativos baseiam-se em escutar o outro para compreender quais são as suas crenças, sua situação e suas possibilidades e poder atuar conjuntamente. O conhecimento recíproco entre usuários e trabalhadores de saúde é a base para a comunicação. Mediante a troca de informações, crenças, valores e normas, almeja-se chegar a acordos que orientem, positiva e efetivamente, os fazeres dos profissionais e dos usuários para o atendimento às reais necessidades de saúde.¹⁰

Ações descritas pelos participantes, como trabalhos educativos em grupo, projetos, parcerias, trabalho em equipe multiprofissional para melhorar a saúde como um todo e iniciativas para aumentar o vínculo com a comunidade, merecem destaque, pois revelam uma apreensão mais abrangente das necessidades de saúde.

Ainda assim, há dificuldade de interpretação da determinação social do processo saúde-doença por alguns profissionais entrevistados, que relataram ações centradas na doença como forma de atender às necessidades de saúde da população.

O reconhecimento e o enfrentamento das necessidades de saúde pelas equipes de saúde da família estão vinculados aos princípios do SUS, o que implica na apreensão e no atendimento das necessidades trazidas pela população,¹⁸ garantindo a integralidade da atenção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo buscou compreender a percepção dos profissionais de saúde da ESF sobre as necessidades de saúde da população. O reconhecimento da importância de entender as

necessidades de saúde mostrou-se presente nos discursos dos entrevistados.

Constatou-se que esses profissionais se empenham em atender às necessidades de saúde da população, traduzidas por situações diversas e únicas, e demonstram interesse em promover a melhoria das condições de vida das famílias aos seus cuidados.

Para que as equipes de saúde da família reconheçam e atendam as reais necessidades de saúde da população, ações e atividades importantes são essenciais, como articulações intersetoriais, trabalho em equipe multiprofissional, educação em saúde emancipadora, acolhimento, humanização e trabalho em rede. Essas foram questões abordadas pelos participantes da pesquisa.

No entanto, alguns discursos destacaram o atendimento das necessidades de saúde focado na doença em detrimento da promoção da saúde e qualidade de vida, bem como práticas educativas prescritivas que não garantem a emancipação e a autonomia dos sujeitos.

REFERÊNCIAS

1. Nakamura E, Egry EY, Campos CS, Nichiata LYI, Chiesa AM, Takahashi RF. O potencial de um instrumento para o reconhecimento de vulnerabilidades sociais e necessidades de saúde: saberes e práticas em saúde coletiva. Rev Latino-Am Enfermagem. 2009;17(2):253-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000200018>
2. Egry EY, organizadora. Necessidades em saúde na perspectiva da atenção básica: guia para pesquisadores. São Paulo: Dedone; 2008.
3. Paim JS. Desafios para a saúde coletiva no século XXI. Salvador: Editora da UFBA; 2006.
4. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO; 2001. p.113-26.
5. Jodelet D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D, organizadora. As representações sociais. Rio de Janeiro: Editora da UERJ; 2001.
6. Lefréve F, Lefréve AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul: EDUCS; 2003.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 1996.
8. Santini SMS, Jedliczka JRS, Nunes EFPA, Bortoleto MSS. Perfil dos profissionais das equipes de saúde da família em municípios de pequeno porte de uma regional de saúde do Paraná e suas condições de trabalho. In: Anais do 3. Congresso Consad de Gestão Pública; 2011; Brasília. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Estado da Administração; 2011.
9. Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. São Paulo: Hucitec; 1999.

10. Cervera DPP, Parreira BDM, Goulart B. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(Supl. 1):1547-54. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700090>
11. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2007;17(1):77-93. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>
12. Santos PT, Bertolozzi MR, Hino P. Necessidades de saúde na atenção primária: percepção de profissionais que atuam na educação permanente. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(6):788-95. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000600012>
13. Moretti AC, Teixeira FF, Suss FM, Lawder JA, Lima LS, Bueno RE, et al. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(Supl. 1):1827-34. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700095>
14. Vilarins GCM. Regulação do acesso à assistência: conceitos e desafios. *Com Ciênc Saúde*. 2010;21(1):81-4.
15. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(5):2297-305. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>
16. Grosseman S, Patrício MZ. A relação médico-paciente e o cuidado humano: subsídios para promoção da educação médica. *Rev Bras Educ Méd*. 2004;28(2):99-104.
17. Monteiro MM, Figueiredo VP, Machado MFAS. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa unidade básica de saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(2):358-64. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000200015>
18. Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: CEFOR; 1992.

Como citar este artigo:

Domingues F, Lima BV, Mais NT, Duarte LR. Percepção dos profissionais da estratégia saúde da família sobre as necessidades de saúde da população. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba*. 2018;20(2):86-91. DOI: 10.23925/1984-4840.2018v20i2a6