

# O trabalho do agente comunitário de saúde na percepção da comunidade de Anastácio, Estado do Mato Grosso do Sul

Raquel Gusmão Oliveira<sup>1\*</sup>, Maria Cristina Abrão Nachif<sup>2</sup> e Marina Lopes Fontana Matheus<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Rua Saldanha Marinho, 182, apto 201, Zona 07, 87030-070, Maringá, Paraná, Brasil. <sup>2</sup>Escola de Saúde Pública Jorge Davi Nasser, Av. Senador Filinto Müller 1480, Vl. Ipiranga, 79074-460, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil. \*Autor para correspondência.

**RESUMO.** O Agente Comunitário de Saúde (ACS) está em contato permanente com a comunidade, unindo dois universos culturais distintos, o científico e o popular, ajudando, assim, no trabalho de vigilância e na promoção da saúde. A pesquisa buscou identificar se a população atendida pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) reconhece o papel e a importância das atividades dos ACSs e se está satisfeita com seu trabalho. Realizou-se um estudo descritivo, com amostra de 180 famílias cobertas pelo PACS no Município de Anastácio, Estado do Mato Grosso do Sul no ano de 2002. As famílias atendidas pelos ACSs os vêem como elemento de ligação entre a comunidade e os serviços de saúde e estão satisfeitas com o seu trabalho. Em relação à atuação dos mesmos, o desempenho de seu papel é adequado e é reconhecido como um elemento que facilita as relações entre indivíduos-famílias-comunidade com o sistema local de saúde.

**Palavras-chave:** Agente Comunitário de Saúde, comunidade, serviços de saúde.

**ABSTRACT. The health communitarian's work in view of Anastacio community, state of Mato Grosso do Sul.** The health communitarian agents are in permanent contact with the community, connecting two different culture universes, the scientific one and the popular one, helping in vigilance work and health promotion. The aim of the research is to identify if the population care for the health communitary agents program, recognize the role and the importance of health communitary agents activity and if they are satisfied with their job. A description research was carried out with the sample of 180 families cared for health communitary agent programm in *Anastácio* city, state of *Mato Grosso do Sul* in 2002. The families cared for health comunitary agents recognize the link between the comunity and health services and they are satisfied with the job. Concerning the action, the role's performance is suitable and recognized as an element that makes easy the relationship between individuals-families-community and the local health system.

**Key words:** health communitarian agent; community; health services.

## Introdução

A participação comunitária é uma estratégia que vem sendo preconizada há muito tempo. Em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS), reunida em Alma-Ata (URSS), definiu metas que objetivavam "Saúde para todos no ano 2000", mediante a priorização da atenção primária à saúde, trazendo em suas bases a participação da comunidade.

No Brasil, muitos esforços foram feitos para que a direção indicada pela OMS fosse alcançada. Na busca de nova orientação para o modelo assistencial, as discussões sobre a Reforma Sanitária Brasileira na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) e a promulgação da Constituição de 1998 marcaram a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com princípios doutrinários e organizativos que

preconizam: "a universalidade, a equidade e a integralidade das ações, a regionalização e a hierarquização dos serviços, maior resolutividade, a descentralização das ações e dos serviços e a participação dos cidadãos" (Ministério da Saúde, 1990: 9-11).

Como elemento desse *processo participativo*, deve ser considerado o dever das instituições oferecerem as informações e os conhecimentos necessários para que a população se posicione sobre as questões que dizem respeito a sua saúde. (Ministério da Saúde, 1990: 11).

É nesse contexto que surge mais um integrante dos serviços de saúde: o Agente Comunitário de Saúde (ACS).

O ACS é um trabalhador que integra a equipe de saúde local, auxiliando as pessoas a cuidarem da

própria saúde, por meio de ações individuais e coletivas (Ministério da Saúde, 1995).

É a pessoa que está em contato permanente com a comunidade. Ele vive nela e faz parte dela. Unindo dois universos culturais distintos: o científico e o popular, ajudando assim no trabalho de vigilância e na promoção da saúde. É de grande importância a presença do ACS nos serviços de saúde, como agente de transformação e mudança.

### A história do Agente Comunitário de Saúde

O ACS não é um ator novo no cenário mundial da saúde. No Canadá, em 1920, ele aparece para auxiliar no movimento de organização comunitária nas Américas. Há décadas, diversos grupos religiosos e organizações não-governamentais treinam agentes de saúde. Na América Latina, apesar da resistência a esses trabalhadores, os mesmos foram utilizados nos últimos 20 anos como estratégia de extensão de cuidados básicos em comunidades rurais e periurbanas. (Solla, 1996: 5).

No Brasil, os agentes de saúde aparecem sob a forma de trabalho voluntário, em alguns estados e municípios, apoiados também por instituições não-governamentais (Unicef, Pastoral da Criança, Pastoral da Saúde) visando a melhoria na realidade sanitária.

Em 1991, o Ministério da Saúde/Fundação Nacional da Saúde criaram o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com o objetivo de atender às necessidades da população, com qualidade, universalidade, sem preconceitos, participativo e, sobretudo, livre de interferências político-partidárias (Sousa, 2001: 57).

O lançamento nacional do PACS aconteceu na Bahia em junho de 1991. A implantação foi iniciada pela região Nordeste devido à existência de altos índices de doenças, de carências, de pobreza e de miséria. Em um segundo momento, o programa seria estendido para a região Norte (Manaus e Belém) e, num terceiro momento, ainda em 1992, deveria ser estendido aos demais estados da região Norte e periferias das principais capitais do país, fato que não ocorreu, ficando o PACS restrito às regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste (Sousa, 2001: 50).

No ano de 1993, o Programa já estava funcionando em 13 Estados da região Norte e Nordeste, contando com mais de 29 mil ACSs, distribuídos em 761 municípios (Solla, 1996: 6).

A partir de 1994, com o desenho da estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF), é que os ACSs começaram a chegar aos grandes centros, às regiões metropolitanas e às capitais do Sul e do Sudeste. A meta do Ministério da Saúde era implantar 45 mil

ACSs em todo o Brasil, respeitando os Estados e municípios que demonstrassem interesse de adesão e transformassem seu interesse em decisão política de fazê-lo. (Sousa, 2001:51)

Em 1998, o PACS já atingia todas as regiões do país (Ministério da Saúde, 2001:33), conforme se observa na Tabela 1.

**Tabela 1.** População atendida pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Brasil, 1999.

Região	População coberta %
Norte	69,9
Nordeste	60,2
Centro-Oeste	43,7
Sul	17,0
Sudeste	2,9

Fonte: Brasil/Ministério da Saúde, 2000

No Estado de Mato Grosso do Sul, o Programa foi implantado no ano de 1996, inicialmente em 12 municípios. Em 2000, o PACS já se estendia a 61 municípios, atendendo 61,8% da população (Tabela 2), o que qualificava como o estado da região Centro-Oeste com maior cobertura do programa, acima da média de adesão nacional, que é de 42% (Ministério da Saúde, 2001:23).

**Tabela 2.** População atendida pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Centro-Oeste, 1999.

Estado	População coberta %
Mato Grosso do Sul	61,8
Mato Grosso	56,1
Goiás	49,7
Distrito Federal	0

Fonte: Brasil/Ministério da Saúde, 2000

Em Anastácio, município do interior do Estado do Mato Grosso do Sul (130 km da capital), com uma população de 22.477 habitantes (IBGE, 2000), o PACS foi implantado oficialmente em 1997 por meio da Lei Municipal 423/97, que se fundamentou na crença de que o ACS seria o elemento estratégico para atuar diretamente na comunidade, levando informações e conhecimento para o cuidado da saúde de sua comunidade, numa ação integrada entre a comunidade e os serviços de saúde.

Inicialmente, o município capacitou oito ACSs, que atendiam em média 1.200 famílias distribuídas pela zona urbana e rural, ou seja, com uma cobertura populacional de 21,4% (Tabela 2).

Em 2001, após duas ampliações do programa, 31 ACSs passaram a atender aproximadamente 3.822 famílias, cobrindo cerca de 62,8% da população (Tabela 3).

Para a implantação do PACS no município, foi necessário seguir as diretrizes do Programa, estabelecidas pelo Ministério da Saúde, garantindo

assim a uniformidade na implantação/ implementação do programa em todo o país.

**Tabela 3.** Evolução da cobertura populacional do PACS, no município de Anastácio, Estado do Mato Grosso do Sul, 1997-2001.

Ano	População coberta %
1997	21,4
1999	40,1
2001	62,8

Fonte: SIAB/Anastácio/MS, 2001

O PACS vem servir de base para a conversão do modelo assistencial de saúde, saindo de uma prática de assistência caracterizada essencialmente por consulta médica, medicalização da doença e centrada em hospitais, para uma saúde com compromisso social e responsabilidade com a população, visando à resolutividade e à integralização da assistência, fazendo a saúde sair de dentro das unidades rumo à comunidade e tornando a informação acessível a todos.

### O trabalho do ACS

O ACS tem uma missão social bem clara, pois é alguém inteiramente identificado com sua própria comunidade, com os mesmos valores, costumes e linguagem, cuja capacidade de liderança se reverte em ação comunitária em prol da melhoria das condições de vida e de saúde, apoiada pela ação governamental (Sousa, 2001: 103).

O trabalho do ACS é baseado em ações educativas e preventivas que buscam fortalecer a organização, a valorização e o desenvolvimento comunitário, bem como o vínculo do sistema de saúde com a comunidade. Na prática, o ACS deve estar atento para quatro verbos importantes na execução de seu trabalho, pois refletem a maioria de suas ações: identificar, encaminhar, orientar e acompanhar.

Identificar é uma ação que precisa de atenção, pois é necessário reconhecer fatores de risco para as doenças, a fim de poder encaminhar corretamente a pessoa à unidade de saúde. Encaminhar é o momento em que o agente faz a ligação entre a comunidade e a unidade de saúde, por isso precisa estar entrosado com a equipe, a fim de que a pessoa possa ser atendida com atenção e eficiência, mas, às vezes, a pessoa não poderá ir sozinha à unidade, então o agente deverá acompanhá-la. Orientar é a ação que o agente realiza diariamente em suas visitas, procurando refletir com as pessoas sobre as dificuldades que elas enfrentam e que medidas devem ser tomadas segundo as orientações da equipe de saúde para que elas possam ter sua saúde de volta ou não venham a adoecer. Acompanhar é a ação que

significa dar assistência às pessoas de sua comunidade que estão em situação de risco, como gestantes, crianças, idosos (Ministério da Saúde, 2000).

A nossa experiência em desenvolver atividades profissionais com o PACS levou-nos a refletir a respeito da importância do reconhecimento da comunidade quanto à pessoa do agente comunitário de saúde e de seu trabalho para o fortalecimento do SUS. Isso induziu-nos a desenvolver esta pesquisa, que teve por **objetivo** avaliar a percepção da população atendida pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde no município de Anastácio quanto ao papel do Agente e ao grau de satisfação com o seu desempenho.

### Material e métodos

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quali-quantitativa realizado com 180 famílias na zona urbana do município de Anastácio. O município é dividido pelo PACS em duas áreas: 01 (11 agentes- 11 ma- 1.786 famílias) e área 02 (09 agentes-12 ma-1.606 famílias). As famílias entrevistadas residiam na área 01 (a referida área foi escolhida por estar com maior percentual dos agentes atuantes em suas microáreas).

A população do município de Anastácio é predominantemente jovem, desenvolvendo atividades na produção pecuária e nos serviços públicos, com renda média entre 1 e 2 salários mínimos e índice de analfabetismo de 16%. Quanto ao tipo de moradia, 85% das famílias residem em casas de alvenaria, 94% das residências possuem energia elétrica e 84% recebem água da rede pública. O sistema de esgoto cobre apenas 8% da área atendida pelo PACS e a população utiliza fossa em 88% dos domicílios. Quanto ao destino do lixo, a coleta pública atinge 76% dos domicílios (Secretaria Municipal de Saúde, 2001). O município possui 3 Unidades Básicas de Saúde na zona urbana e não possui hospitais. A população procura atendimento hospitalar no município vizinho.

Foram escolhidas 20 famílias por microárea, utilizando o número da família no cadastro do agente (Ficha A - contém dados referentes a: endereço da família, número de pessoas da família, condições de moradia, aspectos socioeconômicos e condições de saúde).

É importante ressaltar que de uma amostra de 200 famílias, foram realizadas 180 entrevistas, visto que a agente da microárea 11 estava em licença maternidade havia 2 meses deixando a área descoberta e a microárea 07 sofreu alterações em função da implantação do Programa de Saúde da

Família, que implicaram na mudança geográfica da área duas vezes, onde o agente ficou sem realizar visitas durante dois meses numa grande extensão da área em estudo.

As famílias foram sorteadas utilizando-se a tabela de números aleatórios, que consiste em uma grande quantidade de números aleatoriamente distribuídos em várias colunas verticais e linhas horizontais, em que, como ponto de partida, seleciona-se o número de colunas que serão necessárias, segundo o tamanho do universo, assim como as colunas e a linha que se iniciará (Andrade, 2001). Elas foram contatadas com a ajuda do agente e entrevistadas pelo pesquisador. No entanto, quando uma família não era encontrada, esta era substituída pela residência ao lado da mesma.

A coleta de dados foi realizada durante os meses de março, abril e maio de 2002.

Foi utilizado um formulário construído pelos autores, constituído por 11 questões (10 fechadas e 1 aberta), abordando aspectos relacionados ao agente (se o conhece, o procura, pede informações), suas visitas (frequência, conteúdo, informações prestadas) e opinião sobre o trabalho realizado. As questões eram respondidas livremente pelo entrevistado, onde era marcado um x na resposta dada, exceto a questão número 6 (referente ao conteúdo das visitas), que após a resposta do entrevistado as opções eram lidas e se houvesse mais alguma alternativa que o entrevistado quisesse acrescentar era assinalado com I (induzido). A questão número 11 era aberta, onde o entrevistado podia dar sua opinião sobre o ACS, podendo dar várias respostas, ou até mesmo se omitir, o que permitiu uma análise qualitativa.

O formulário foi respondido por um integrante da família descrito na ficha de cadastro A, desde que maior de 15 anos de idade. O preenchimento foi feito pelo próprio investigador, sem a presença do ACS, para não haver interferência nas respostas.

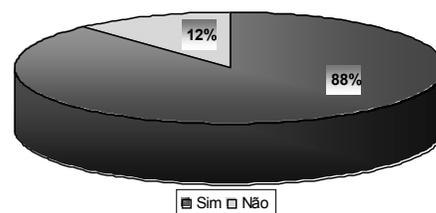
O desenvolvimento do estudo obedeceu aos preceitos da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde no que se refere à solicitação de autorização para participação no estudo.

### Resultados e discussão

As famílias entrevistadas residem na área há mais de 4 anos, predominantemente. Levando em consideração o tempo médio de trabalho do ACS na área, de dois anos, é possível inferir que a população tem boa percepção do trabalho do ACS, pois vive na área antes da implantação do PACS e pode sentir o impacto das ações desses trabalhadores de saúde.

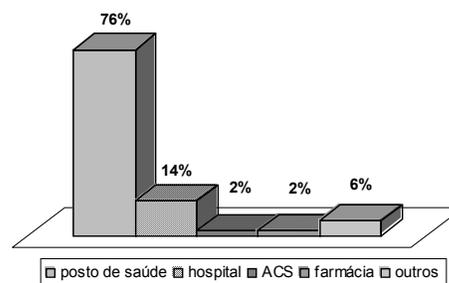
### O papel do ACS

O ACS é uma figura bem conhecida na área, pois 98% afirmaram conhecê-lo. O acesso a ele se dá facilmente, segundo 88% da população, visto que todos residem na microárea que trabalham. (Figura 1).



**Figura 1.** Facilidade de acesso ao ACS segundo a população atendida na área 01 do município de Anastácio, Ministério da Saúde, 2002.

O ACS não é o primeiro a ser procurado quando a família enfrenta problemas de saúde, pois a comunidade se dirige ao Posto de Saúde (76%) (Figura 2).



**Figura 2.** Percentual de busca por atendimento em caso de doença pelas famílias na área 01, atendidas pelo PACS em Anastácio, Ministério da Saúde, 2002.

A procura pelo Posto de Saúde, entretanto, requer que a população se volte ao agente para resolução de problemas relacionados ao serviço de saúde (marcação de consultas, exames e ambulância). Das famílias que procuram ajuda, 93% consideram que o ACS resolve satisfatoriamente os problemas quando solicitado, demonstrando um alto grau de satisfação da população com sua atuação.

Se a população solicita ajuda do agente para ter acesso aos serviços, isso pode indicar que a oferta não tem sido suficiente para atender à demanda ou que o acolhimento não tem sido feito adequadamente, pois, ao encaminhar o indivíduo ao posto de saúde, o agente está exercendo o papel de elo de ligação, sendo necessário, então, que os serviços estejam estruturados para receberem essa população, correndo o risco de colocar em descrédito o trabalho do agente.

O ACS também tem sido reconhecido por 82% da comunidade como fonte importante de informações, relacionadas a doenças, a medicamentos e ao funcionamento dos postos. É interessante observar que 16% da população não fazem perguntas ao ACS, fato que pode estar relacionado à taxa de analfabetismo do município, bem como à baixa escolaridade da população.

**As visitas do ACS**

As normas do PACS (1997) preconizam que as famílias sejam visitadas mensalmente. Segundo os dados analisados, 75% da população é visitada no intervalo preconizado (semanalmente, quinzenalmente e mensalmente), e 77% foram visitadas no último mês. Mas 25% das famílias informam que recebem visitas em intervalos maiores de dois meses ou nunca foram visitadas.

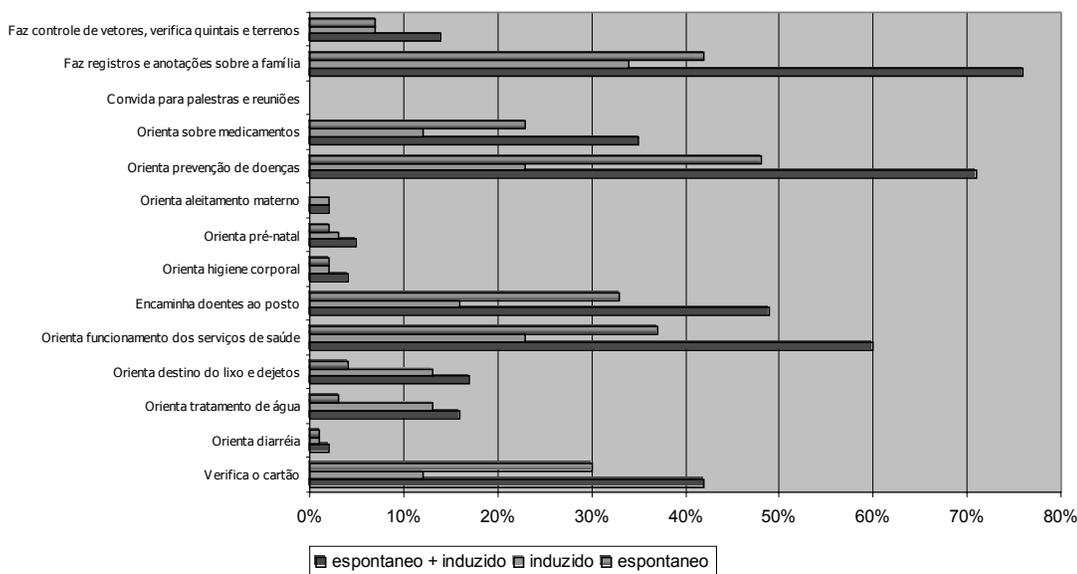
O fato dos ACSs não realizarem suas visitas mensalmente leva-nos a considerar que o fato de eles realizarem outras atividades dentro do sistema de saúde, como cadastramento do cartão SUS, cadastramento do Programa Segurança Alimentar e cadastramento da Bolsa Escola, requer tempo e que eles saiam de suas áreas, dificultando assim o cumprimento de suas atividades diárias e rotineiras. Outro ponto que pode ser considerado é se o número de famílias cadastradas na área é realmente as 150 preconizadas pelo Ministério da Saúde, ou se o ACS possui um número maior de famílias.

Em relação ao conteúdo das visitas, as famílias referem que as principais ações dos agentes são: dar orientações sobre a prevenção de doenças, sobre o funcionamento dos postos, sobre o uso de medicação, bem como encaminhar ao posto em caso de doenças, fazer registros sobre a família e sobre a situação de doença e verificar o cartão da criança.

Ao pensarmos nos verbos que identificam as ações do agente (identificar, encaminhar, orientar e acompanhar), verificamos que os agentes da área 01 do município de Anastácio cumprem as ações propostas pelo programa.

É possível perceber na Figura 3 que as respostas apresentadas pelas famílias em relação às atividades desenvolvidas pelos agentes apresentam diferenças entre as respostas espontâneas e as induzidas. Em algumas alternativas, as respostas induzidas chegam a aumentar 50% da frequência das ações, demonstrando que muitas vezes a população não está atenta ao trabalho do agente ou reage passivamente ao mesmo.

O relato da população demonstra que o trabalho do ACS é pautado em ações que aumentam o vínculo do sistema de saúde com a comunidade e os encaminhamentos das pessoas às unidades de saúde. Isso nos leva a refletir acerca do possível aumento da demanda dos serviços de saúde e da necessidade da organização e da adequação dos serviços para atender à demanda criada pelo PACS, infra-estrutura essa necessária para o adequado funcionamento do programa (Solla, 1996).



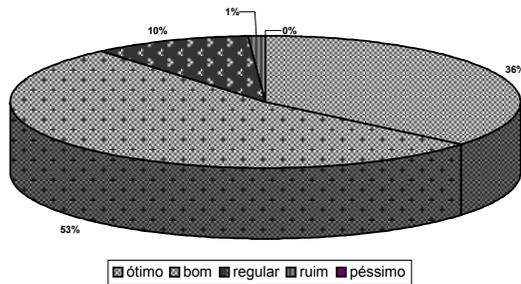
**Figura 3.** Atividades desenvolvidas pelos ACS, referidas pelas famílias atendidas na área 01 pelo PACS. Anastácio, Estado do Mato Grosso do Sul, 2002.

Também é possível identificar, na Figura 3 que faltam ações que fortaleçam a organização, a valorização e o desenvolvimento comunitário, bem como ações educativas e preventivas que interfiram positivamente na saúde da comunidade.

Segundo avaliação feita no PACS da Bahia, as atividades educativas devem ganhar maior ênfase no desenvolvimento do programa, reduzindo a carência de informações da população a respeito de diversos aspectos relacionados às condições de saúde e a seus determinantes, possibilidades e formas de acesso aos serviços, contribuindo, dessa forma, para incentivar ações de mobilização comunitária que visem à melhoria das condições de vida e de saúde (Solla, 1996).

### A satisfação da população

A população refere que o trabalho do ACS de sua área é ótimo ou bom (89%) (Figura 4).



**Figura 4.** Opinião da população acerca do trabalho do ACS que atua na área 01 do município de Anastácio, Estado do Mato Grosso do Sul, 2002

Na metodologia, a estimativa utilizada para o tamanho da amostra foi de 80% de repostas positivas a essa questão (satisfação com o trabalho do ACS); portanto, os achados foram maiores do que a proporção esperada.

Ao se considerar o tempo de trabalho do agente na área (1 ano, 3 e 4 anos e 6 anos), verificamos que essa variável não interfere na satisfação da população, ou seja, independentemente do tempo de serviço do ACS, seu trabalho foi considerado satisfatório.

A população, ao comentar sobre o ACS, refere-se as suas características pessoais e ao bom desempenho no trabalho.

As principais características levantadas pela comunidade foram: bom, esforçado, simpático, legal, ótima pessoa, confiável, atende bem, prestativo, alegre, conversa bem, calmo, paciente, delicado, “gente fina”, educado, atencioso, disposto.

O bom desempenho do ACS está relacionado às seguintes atividades: “... é bom porque: acode as pessoas, marca consultas”; “Ele dá informação,

atenção e ajuda as pessoas”; “... está sempre à disposição, estimula a fazer exames”; “Ele acompanha crianças, mães, idosos e doentes”; “O ACS encaminha em caso de doenças e orienta sobre os serviços de saúde”.

O reconhecimento do trabalho do ACS pode ser notado em algumas falas: “Melhorou muito com ele, ele dá informações...”; “Ela é boa no bairro...”; “Espero que ela continue”; “Ela é boa para a comunidade, ela mantém a gente informada”; “Ele ajuda muito, pois a vila é isolada, ele está sempre pronto”.

A população identifica o agente como elo de ligação entre comunidade-serviço de saúde, quando expressam as seguintes frases: “Ela tem conhecimento dos problemas e leva pra quem pode resolver”; “Ela dá orientações pra gente que não tem contato com os médicos”; “Ela estimula as mulheres a fazerem exame”.

A comunidade também fez algumas críticas em relação ao ACS: “Ele deve fazer mais visitas e acompanhar mais”; “Poderia ser melhor, ele podia dar mais informações”.

### Considerações finais

O agente comunitário de saúde é uma figura bem conhecida da população e acessível à comunidade, sendo mais solicitado por esta última no que se refere ao acesso aos serviços de saúde. Também é reconhecido como fonte importante de informações relacionadas a doenças, aos medicamentos e ao funcionamento dos postos.

O ACS realiza a maior parte de suas visitas mensalmente e enfatiza orientações sobre a prevenção de doenças, o funcionamento dos postos, o uso de medicação, o encaminhamento ao posto em caso de doenças. Faz, ainda, registros sobre a família e a situação de doença e verifica o cartão da criança, mas fica claro que faltam ações que fortaleçam a organização, a valorização e o desenvolvimento comunitário, bem como as ações educativas e as preventivas que interfiram positivamente na saúde da comunidade.

A comunidade solicita ajuda do agente e fica satisfeita com o atendimento, demonstra satisfação com o trabalho prestado e ressalta as características pessoais e as atividades que consideram mais importantes.

A atuação do ACS é adequada e reconhecida como facilitadora das relações entre indivíduos-famílias-comunidade com o sistema local de saúde.

Os resultados obtidos confirmam os pressupostos estabelecidos de que a população de Anastácio reconhece o papel do Agente Comunitário

de Saúde; vê-o como elemento de ligação entre a comunidade e os serviços de saúde e está satisfeita com o seu trabalho.

O trabalho do ACS é de grande importância ao serviço de saúde, pois a sua presença junto à população facilita o vínculo com o sistema de saúde, mas é essencial uma infra-estrutura mínima adequada dos serviços e satisfatórias condições de trabalho para o ACS para que realmente o vínculo se estabeleça.

Os serviços devem ter estrutura física, material e humana para atender à demanda encaminhada pelo ACS. O PACS deve ser compreendido como uma estratégia de fortalecimento do SUS.

Um sistema de referência e contra-referência é fundamental para a qualidade do Programa.

Apesar do ACS estar cumprindo seu papel, as ações de organização, de valorização e de desenvolvimento da comunidade, bem como as ações coletivas, não têm sido desenvolvidas pelo programa, o que exige uma avaliação na capacitação dos enfermeiros-supervisores e nas atividades que eles vêm desenvolvendo junto aos ACSs.

O ACS necessita de treinamento contínuo adequado e voltado para as realidades locais, que valorizem a organização e o desenvolvimento da comunidade.

O sucesso do programa não depende apenas do ACS, mas de um conjunto de atividades e de ações planejadas com base nas prioridades levantadas e analisadas por todos os membros da equipe de saúde.

Isso requer dos gestores uma compreensão maior dos problemas da comunidade, um comprometimento com a população, um entrosamento com os profissionais de saúde e políticas municipais coerentes com a necessidade da população, dos profissionais e do serviço.

Portanto, exigindo de toda a equipe de saúde, envolvimento com o serviço, sensibilidade com os problemas da comunidade, disposição para mudar o que pode ser mudado e esperança para atingir os objetivos desejados que são qualidade de vida e de saúde para todos.

### Referências

ANDRADE, S. O. M. *Texto de apoio para alunos: Metodologia de Pesquisa Científica-Abordagens qualitativas*. Curso ministrado na SRH/SES/MS, Campo Grande, 2001.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA: *Banco de dados*. [S.l.: s.n.], 2002. Disponível em: <<http://www.ibge.net/cidadesat/stras/perfil.php>>. Acesso em: 31 jan. 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. *ABC do SUS, Doutrinas e Princípios*. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, 1990.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *O trabalho do agente comunitário de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1995.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. *O trabalho do Agente Comunitário de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. *Programa de agentes comunitário de saúde (PACS)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. *Consolidado de famílias cadastradas no ano de 2001 da zona geral do modelo PACS*. Anastácio: 2001. Base de dados em SIAB, versão 3.5, 2001.

SOLLA, J. J. S. P. *et al.* O PACS na Bahia: Avaliação do trabalho dos agentes comunitários de saúde: *Saúde em Debate*, Londrina, v. 5, p. 4-15, 1996.

SOUSA, M. F. *Agentes comunitários de saúde*. Choque de Povo! São Paulo: Editora Hucitec, 2001.

*Received on February 21, 2003.*

*Accept on May 6, 2003.*