

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - UFRGS  
UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL – UAB  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO – EA  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ADMINISTRATIVAS  
PÓS-GRADUAÇÃO ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**

**MARIELLI COSTA DE SOUZA**

**A EVOLUÇÃO DA COBERTURA DO PROGRAMA DOS AGENTES  
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NAS MACRORREGIÕES DO RIO GRANDE DO  
SUL: UMA ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE OS ANOS DE 2010 E 2018**

**Esteio  
2019**

MARIELLI COSTA DE SOUZA

**A EVOLUÇÃO DA COBERTURA DO PROGRAMA DOS AGENTES  
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NAS MACRORREGIÕES DO RIO GRANDE DO  
SUL: UMA ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE OS ANOS DE 2010 E 2018**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Rafael Kruter Flores

Esteio  
2019

## DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

Costa de Souza, Marielli

A evolução da cobertura do programa dos agentes comunitários de saúde nas macrorregiões do Rio Grande do Sul: uma análise comparativa entre os anos de 2010 e 2018. / Marielli Costa de Souza. -- 2019. 30 f.

Orientador: Rafael Kruter Flores.

Tutor de Orientação: Bruno Silva Kauss.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Administração, Gestão em Saúde, Porto Alegre, BR-RS, 2019.

1. Sistema Único de Saúde. 2. Estratégia de Saúde da Família. 3. Programa dos Agentes Comunitários de Saúde. I. Kruter Flores, Rafael, orient. II.. III. Título.

MARIELLI COSTA DE SOUZA

**A EVOLUÇÃO DA COBERTURA DO PROGRAMA DOS AGENTES  
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NAS MACRORREGIÕES DO RIO GRANDE DO  
SUL: UMA ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE OS ANOS DE 2010 E 2018**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Aprovada em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

**Banca Examinadora**

---

Examinador(a): Nome e Sobrenome

---

Examinador(a): Nome e Sobrenome

---

Orientador: Nome e Sobrenome

---

Tutor de Orientação: Nome e Sobrenome

## RESUMO

O Sistema Único de Saúde provocou mudanças nos padrões de gestão, controle, avaliação e financiamento das ações em saúde. O Programa dos Agentes Comunitários de Saúde foi criado como uma estratégia para a consolidação do SUS, o foco da saúde passou a ser a família e não somente o indivíduo. As intervenções passaram a ser direcionadas às comunidades, com base na prevenção de doenças e na promoção de saúde. O indicador Cobertura dos Agentes Comunitários de Saúde foi pactuado no estado do Rio Grande do Sul e integra o grupo dos indicadores específicos da Atenção Básica. O presente trabalho analisou este indicador, para acompanhar a evolução da cobertura dos Agentes Comunitários de Saúde do ano de 2010 a 2018 através de uma pesquisa quantitativa-qualitativa, descritiva com a coleta e análise de dados secundários de cunho documental. Os dados foram retirados do Departamento de Atenção Básica e no Portal *Business Intelligence* Gestor Municipal. A análise dos dados apontou um crescimento de 16,49% de cobertura dos Agentes Comunitários de Saúde ao longo dos anos analisados pela pesquisa e as macrorregiões do estado apresentaram diferenças na implementação do programa, com uma variação de 46,73%. A implementação do programa dos Agentes Comunitários de Saúde no Estado do Rio Grande do Sul vem acontecendo de forma gradual e irregular. Ao longo da pesquisa foi percebida uma carência de estudos sobre a cobertura e efetividade do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde.

**Palavras-chave:** Gestão em Saúde. Estratégia de Saúde da Família. Programa dos Agentes Comunitários de Saúde.

## **ABSTRACT**

The Unified Health System has changed the standards of management, control, evaluation and financing of health care actions. The Community Health Agents Program was created as a strategy for the SUS consolidation, the health focus became the family, not just the individual. Interventions are now targeted on the communities, based on disease prevention and health promotion. The indicator Coverage from Community Health Agents was agreed in Rio Grande do Sul state and it is part of the group of Primary Care specific indicators. The present study analyzed this indicator to follow the evolution of the coverage from the Community Health Agents from 2010 to 2018, through a descriptive quantitative-qualitative research, under collection and analysis of documentary nature secondary data. The data were taken from the Department of Basic Attention and the Business Intelligence Manager Portal Municipal. The data analysis showed that there is a 16.49% increase in the coverage from Community Health Agents over the years analyzed by this research, and the macro-regions of the state presented differences in the program implementation, shown a 46.73% variation. The Community Health Agents program implementation in Rio Grande do Sul state has been happening gradually and irregularly. Throughout the research it was noticed a lack of studies on the coverage and effectiveness of this Community Health Agents Program.

**Keywords:** Health management. Family's Health Strategy. Community Health Agents Program.

## LISTA DE FIGURAS

Gráfico 1 – Média dos habitantes e assistidos pelo PACS no ano de 2010 a 2018.....	25
Gráfico 2 – Porcentagem de cobertura do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde do ano de 2010 a 2018 em cada macrorregião do estado do Rio Grande do Sul .....	27
Gráfico 3 – Porcentagem de cobertura do PACS de 2010 e 2018.....	27
Gráfico 4 – Porcentagem de pessoas assistidas pelo PACS na região Centro-Oeste no ano de 2014 .....	29
Gráfico 5 – Porcentagem de pessoas assistidas pelo PACS na região Metropolitana no ano de 2018 .....	25
Gráfico 6 – Média de pessoas assistidas pelo PACS no RS e na região Missioneira .....	27
Gráfico 7 – Média de pessoas assistidas pelo PACS na região Norte no ano de 2018 .....	27
Gráfico 8 – Porcentagem de pessoas assistidas pelo PACS na região Serra do ano de 2010 e 2018 .....	29
Gráfico 9 – Porcentagem de pessoas assistidas pelo PACS na região Sul do ano de 2010 a 2018 .....	25
Gráfico 10 – Porcentagem de pessoas assistidas pelo PACS na região Vales do ano de 2010 e 2018 .....	27
Gráfico 11 – Média de pessoas assistidas pelo PACS nas macrorregiões do RS.....	27
Gráfico 12 – Número de habitantes e pessoas assistidas no RS no ano de 2010 a 2018.....	29

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Número de pessoas residentes (R) e o número de pessoas que são cobertas (C) pelo Programa dos Agentes Comunitários de Saúde no Rio Grande do Sul de 2010 à 2012 .....	23
Tabela 2 – Número de pessoas residentes (R) e o número de pessoas que são cobertas (C) pelo Programa dos Agentes Comunitários de Saúde no Rio Grande do Sul de 2013 à 2015 .....	23
Tabela 3 – Número de pessoas residentes (R) e o número de pessoas que são cobertas (C) pelo Programa dos Agentes Comunitários de Saúde no Rio Grande do Sul de 2016 à 2018 .....	24
Tabela 4 – Porcentagem de cobertura do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde do ano de 2010 à 2018 em cada macrorregião do estado do Rio Grande do Sul .....	25



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUS	Sistema Único de Saúde
AB	Atenção Básica
PACS	Programa dos Agentes Comunitários de Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
Portal BI	Portal <i>Business Intelligence</i> Gestor Municipal
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
RAS	Redes de Atenção à Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ACE	Agentes Comunitários de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
RET-SUS	Rede de Escolas Técnicas e Centros Formadores do Sistema Único de Saúde
ET-SUS	Escolas Técnicas e Centros Formadores do Sistema Único de Saúde
RS	Rio Grande do Sul
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde

## Sumário

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>13</b>
<b>2.1 Geral .....</b>	<b>13</b>
<b>2.2 Específicos .....</b>	<b>13</b>
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>14</b>
<b>3.1 A Atenção Básica no SUS.....</b>	<b>14</b>
<b>3.2 O Programa dos Agentes Comunitários de Saúde e o Programa Saúde da Família .</b>	<b>15</b>
<b>3.3 Função dos Agentes Comunitários de Saúde .....</b>	<b>20</b>
<b>4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....</b>	<b>22</b>
<b>4.1 Tipologia de Pesquisa .....</b>	<b>22</b>
<b>4.2 População e Amostra.....</b>	<b>22</b>
<b>4.3 Procedimentos e Instrumentos de Coleta de Dados .....</b>	<b>23</b>
<b>4.4 Organização, Apresentação e Análise dos Dados Coletados .....</b>	<b>23</b>
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>24</b>
<b>5.1 Resultados .....</b>	<b>24</b>
<b>5.1.1 Quantia da população residente e população coberta pelo Programa dos Agentes Comunitários de Saúde no Rio Grande do Sul.....</b>	<b>24</b>
<b>5.1.2 População assistida pelo Programa dos Agentes Comunitários de Saúde .....</b>	<b>26</b>
<b>5.1.3 Diferenças na implementação do programa entre as macrorregiões da estado do Rio Grande do Sul .....</b>	<b>28</b>
<b>5.2 Análise da evolução da cobertura do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde do ano 2010 até 2018 no estado do Rio Grande do Sul .....</b>	<b>29</b>
<b>6 CONCLUSÃO.....</b>	<b>31</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>32</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A atenção de saúde, por muitos anos vem sendo centrada em um modelo hospitalocêntrico, com foco no atendimento médico especializado. No Brasil, desde a década de 70, percebe-se um esgotamento deste modelo, tendo ocorrido na década de 80 o reordenamento democrático do setor saúde, a partir da Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde em 1990, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2006).

O SUS provocou mudanças nos padrões de gestão, controle, avaliação e financiamento das ações em saúde. O novo modelo de assistência à saúde preconizou a restauração de condições propiciadoras de saúde e não apenas a intervenção em situações de adoecimento. Baseados nesta premissa as ações comunitárias, cujo foco foi a prevenção e a educação em saúde, tornaram-se o centro lógico do direcionamento das ações em saúde (OLIVEIRA; SILVA; YAMAMOTO, 2005).

O Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) iniciou em 1991 e foi instituído e regulamentado em 1997, sendo criado como estratégia para a consolidação do SUS, baseado no ordenamento da assistência ambulatorial e domiciliar (VIANA; POZ, 2005). O foco da saúde passou a ser a família e não somente o indivíduo. As intervenções passaram a ser preventivas, com base na prevenção de doenças e na promoção de saúde (OLIVEIRA; SILVA; YAMAMOTO, 2005).

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) possui um papel importante para a consolidação do SUS, não só por facilitar o acesso da população às ações e serviços de saúde, mas principalmente por ser o elo entre as equipes de saúde e a comunidade, fortalecendo as relações, facilitando o potencial diagnóstico das situações de risco e atuando como agentes de organização da comunidade para a transformação de suas condições de saúde (GOMES et al., 2010).

No presente trabalho foram coletados dados referentes ao indicador de saúde Cobertura dos Agentes Comunitários de Saúde encontrados no Departamento de Atenção Básica e no Portal *Business Intelligence* Gestor Municipal, que apresenta os dados dos indicadores do estado do RS. Após a coleta dos dados sobre os indicadores, foi feito um estudo comparativo, com os dados apresentados em tabelas, entre as macrorregiões de saúde (centro-oeste, metropolitana, missioneira, norte, serra, sul e vales) do RS ao longo dos últimos oito anos.

Os resultados esperados a partir dessa pesquisa é saber a quantidade de ACS no RS e a quantidade populacional e, com esses dados identificar como ocorreu a cobertura do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde no Rio Grande do Sul no período pesquisado, quais foram as regiões que mais investiram no programa, quais não aderiram e a situação atual de cada região.

Este estudo, ao analisar a cobertura do Programa dos Agentes Comunitários poderá produzir subsídios para melhor compreensão da implementação do programa no estado do Rio Grande do Sul, possibilitando reflexões referentes ao planejamento de ações com o objetivo de ampliar o programa.

Este trabalho está organizado em cinco capítulos, o primeiro introduz o assunto e o segundo apresenta informações teóricas pertinentes, como Atenção Primária, Programa de Estratégia de Saúde da Família, Programa dos Agentes Comunitários de Saúde e Função dos ACS. Na terceira parte estão descritos os procedimentos metodológicos utilizados, seguido na quarta parte pela apresentação dos resultados, discussões e considerações finais no último capítulo.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Descrever a evolução da cobertura dos Agentes Comunitários ano 2010 até 2018, no Estado do Rio Grande do Sul

### **2.2 Específicos**

Quantificar a população residente e a população coberta pelo Programa dos Agentes Comunitários de Saúde no Estado do Rio Grande do Sul do ano 2010 até 2018;

Verificar a porcentagem de população que é assistida pelo Programa dos Agentes Comunitários de Saúde;

Identificar as diferenças na implementação do programa entre as macrorregiões do estado no período.

### **3 REFERENCIAL TEÓRICO**

#### **3.1 Atenção Básica no SUS**

O conceito de Atenção Primária à Saúde foi utilizado pela primeira vez no relatório Dawson, elaborado pelo Ministério da Saúde do Reino Unido no ano de 1920, apresentando um modelo de saúde com uma organização sistêmica regionalizada e hierarquizada dos seus serviços, por nível de complexidade e sob uma base geográfica definida. As concepções desse documento influenciaram a criação do sistema nacional de saúde britânico em 1948, que por sua vez passou a orientar a reorganização dos sistemas de saúde em vários países do mundo (LAVRAS, 2011).

Outro marco importante da Atenção Primária foi a Declaração de Alma-Ata, que emergiu na União Soviética no ano de 1978 na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. O documento reuniu itens que foram identificados durante a conferência como sendo cuidados primários de saúde, como por exemplo, educação em saúde, nutrição adequada, cuidados de saúde para a mãe e a criança, saneamento básico, acesso à água limpa, controle das principais doenças infecciosas por meio de imunização, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento de doenças e lesões comuns, e provimento de medicamentos essenciais (UNICEF, 2018).

A Declaração de Alma-Ata conclamou os governos a formularem políticas nacionais que incorporassem esses cuidados primários de saúde a seus sistemas nacionais de saúde. Argumentou quanto à necessidade de dar importância ao atendimento de saúde baseado na comunidade, pois esse modelo levaria a assistência para mais próximo dos locais em que as pessoas vivem e trabalham. Sistemas de encaminhamento completariam o cuidado, fornecendo serviços mais abrangentes (UNICEF, 2018).

No ano de 2008 a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou o Relatório Mundial da Saúde, reconhecendo a necessidade de se instituírem sistemas de atenção à saúde com base numa Atenção Primária à Saúde forte e de qualidade. Segundo o relatório, os cuidados primários podem ser facilitadores de uma convergência, segura, efetiva e socialmente produtiva, da promoção da saúde, da prevenção da doença, da cura e dos cuidados em geral (OMS, 2008).

No Brasil, os conceitos de Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica (AB) são usados como sinônimos, indicando uma perspectiva de unidades locais de saúde ou níveis de atenção. No ano de 2006, foi publicada a portaria nº 648/2006 que aprovou a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), essa portaria foi modificada posteriormente pela portaria nº 2.488/2011 e mais recentemente pela portaria nº 2.436/2017 que aprova a PNAB (PNAB) e estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL, 2018).

O modelo de atenção à saúde implementado no Brasil está direcionado para a descentralização da assistência, com investimentos no fortalecimento da Atenção Básica (MACIAZEKI-GOMES et al., 2016). A Política Nacional da Atenção Básica é resultado da experiência acumulada por um conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais, população, trabalhadores e gestores das três esferas de governo (BRASIL, 2017).

A PNAB, reformulada pela Portaria nº 2.436/2017, determina como princípios do SUS e das Redes de Atenção à Saúde (RAS) a serem operacionalizados na Atenção Básica: universalidade, equidade e integralidade. As diretrizes determinadas são: regionalização, hierarquização, territorialização, atendimento de uma população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade do cuidado, coordenação do cuidado, ordenação da rede e participação da comunidade (BRASIL, 2017).

Atualmente, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, aproximando o serviço de saúde da vida das pessoas, ela deve ser a principal porta de entrada do SUS e deve ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde (BRASIL, 2017). Na AB, o cuidado é construído pela equipe de saúde de forma longitudinal e deve centrar-se nos indivíduos e não na doença (BRASIL, 2012).

Na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) são mencionadas as Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégias para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. As RAS são arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial. Para que a Atenção Básica possa ordenar a RAS, é necessário identificar as necessidades de saúde da população, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades das pessoas, com isso fortalecendo o planejamento (BRASIL, 2017).

A PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica, mas também reconhece outras estratégias de organização da AB nos territórios, que devem seguir os princípios e diretrizes preconizados, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locorregionais, ressaltando a dinamicidade do território e a existência de populações específicas (BRASIL, 2017).

O Programa de Saúde da Família (PSF) nasceu no ano de 1994, como estratégia de reorientação do modelo de atenção à saúde, colocando a família nas agendas das políticas sociais e definindo prioridades, bem como obter os recursos para atender às necessidades de saúde da comunidade considerando cada situação específica (ASSIS et al., 2007).

O PSE hoje foi transformado em uma estratégia e passou a ser chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF objetiva a reorganizar a AB no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é considerada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da AB por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

A equipe que compõem a ESF é composta: médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem; e agentes comunitários de saúde (ACS). Podem fazer parte da equipe o Agente de Combate às Endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2017).

A equipe de Saúde da Família deverá trabalhar quarenta horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da ESF, dessa forma, os profissionais poderão estar vinculados a apenas uma equipe de Saúde da Família. Recomenda-se que as Unidades Básicas de Saúde tenham seu funcionamento com carga horária mínima de quarenta horas semanais, no mínimo cinco dias da semana e nos doze meses do ano (BRASIL, 2017).

Como forma de garantir a coordenação do cuidado, ampliando o acesso e resolutividade das equipes que atuam na Atenção Básica, recomenda-se que a população adscrita por equipe seja de 2.000 a 3.500 pessoas. Com a atuação de no máximo quatro equipes por Unidade Básica de Saúde (UBS). As UBS são considerados todos os estabelecimentos de saúde que prestem ações e serviços de Atenção Básica, no âmbito do SUS (BRASIL, 2017).



A Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) é considerada uma possibilidade para a reorganização inicial da Atenção Básica com vistas à implantação gradual da Estratégia de Saúde da Família ou como uma forma de agregar os agentes comunitários a outras maneiras de organização da Atenção Básica. Para que a implantação desta estratégia ocorra, é necessária a existência de uma UBS com o cumprimento da carga horária integral de 40 horas semanais, um enfermeiro supervisor e micro áreas definidas no território para cada ACS, cuja população não ultrapasse 750 pessoas (BRASIL, 2017).

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é o elemento inovador nas equipes de saúde, pois situa-se entre o serviço e a comunidade e é responsável por construir uma ligação entre estes dois elementos, atua como um tradutor do universo científico ao popular e também como um facilitador do acesso aos serviços de saúde, devendo estar integrado com a comunidade e com a equipe (KLUTHCOVCKY; TAKAYANAGUI, 2006).

### **3.2 O Programa dos Agentes Comunitários de Saúde e o Programa Saúde da Família**

No Brasil a incorporação da dimensão familiar nos programas de saúde pública ocorreu por volta de 1990. O município pioneiro foi Quixadá, no estado do Ceará, que implementou uma equipe de saúde composta de um médico generalista, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que dariam assistência a uma área com 600 a 1000 famílias (LIMA et al., 2008).

No ano de 1987 o Ceará iniciou um programa emergencial no atendimento às vítimas da seca com 6.000 ACS. Foram selecionadas mulheres da comunidade, aquelas que melhor se comunicavam e se relacionavam com seus vizinhos. A maioria dessas mulheres tinha pouco estudo, o grupo incluía algumas analfabetas. Em 1988 a Emergência foi desativada e no mesmo ano iniciou-se, de forma duradoura, o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) coordenado pela mesma equipe que executara o programa da emergência (LAVOR; LAVOR; LAVOR, 2004).

O Ceará, que apresentava a mais baixa cobertura vacinal de crianças no país, passou a liderar os indicadores nacionais de imunizações. Os partos desassistidos que ocorriam na zona rural, praticamente desapareceram e a mortalidade infantil reduziu e passou a ser um instrumento de avaliação mensal do serviço de saúde. As relações entre a falta de aleitamento materno, a desnutrição, o analfabetismo, a pobreza e a morte das crianças passaram a ser bem compreendidas (LAVOR; LAVOR; LAVOR, 2004).

A diminuição das doenças e óbitos das crianças, jovens, mulheres na fase reprodutiva e de todos os adultos mudou as preocupações do sistema de saúde. As crianças, que lotavam os hospitais do Ceará por infecções e a desnutrição, deram lugar aos idosos. As internações passaram a ser em decorrência de complicações clínicas da hipertensão e diabetes, neoplasias e violência (LAVOR; LAVOR; LAVOR, 2004).

A seguir, outros municípios aderiram ao modelo, sendo os primeiros: Quixadá, Beberibe, Iguatu, Jucás, Icó, Pindoretama, Fortim, Iracema, Potiretama, Aracoiaba, Fortim, São Luís do Curu, Santana do Acaraú e Tianguá. O modelo teve impacto positivo, com a melhoria nas seguintes coberturas assistenciais: produção ambulatorial, cobertura de pré-natal, cobertura vacinal e melhoria dos indicadores referentes à redução da mortalidade infantil, redução de internações hospitalares e melhoria do nível de satisfação do usuário (SANTIAGO, 2018).

A proposta do novo modelo de Atenção Primária foi levada pelo Secretário de Saúde de Quixadá e Presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde da época ao Ministério da Saúde. A proposta foi de interesse do governo federal que criou uma comissão composta por técnicos de vários estados incluindo os do Ceará para o estudo da proposta de Quixadá e de outras experiências, visando a formatação do programa para implantação nacional (SANTIAGO, 2018).

Partindo da experiência positiva do Ceará, no ano de 1991 o Ministério da Saúde implementou o PACS no restante do país e posteriormente, passou a integrar o Programa de Saúde de Família, que passou a ser denominado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), direcionada para todos os brasileiros (SILVA; TRAD, 2005).

Os ACS tiveram a sua profissão reconhecida oficialmente pela Lei 10.507, de 2002, e se refere especificamente ao âmbito do SUS – no Programa Agente Comunitário de Saúde e Programa de Saúde da Família. A profissão se caracteriza pelo exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção de saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias individuais ou coletivas. Dentre suas várias atribuições, o ACS deve residir na comunidade onde atua e é esperado que seja um mediador entre serviços de saúde e comunidade (MENEZES, 2013).

O ACS tem se revelado o ator mais intrigante da equipe de ESF, e muitas vezes considerado o protagonista, no que se refere à relação de trocas de experiências entre os saberes populares de saúde e os conhecimentos científicos. O trabalho do ACS permite o fortalecimento do vínculo com a família, proporcionando a aproximação das ações de saúde

ao contexto domiciliar, aumentando com isso, a capacidade da população de enfrentar os problemas (SANTOS, 2008).

Atualmente, os ACS atuam dentro da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, integrando às equipes de ESF sob a supervisão de um enfermeiro. Cada ACS atende famílias que residem em uma micro área definida dentro do território da Unidade Básica de Saúde (BRASIL, 2017).

A seleção dos ACS tem como regra básica que este profissional seja morador do território pertencente à unidade de saúde. A finalidade é facilitar o contato com a comunidade e aproximar a equipe de saúde das dinâmicas culturais, sociais e familiares que circundam cada indivíduo ou família do território (NUNES et al. 2002).

A formação dos ACS fica a encargo do município contratante. O Manual do Agente Comunitário de Saúde, afirma que a formação dos ACS não pretende substituir ou preencher o papel de outros profissionais de saúde. Essa formação deve prover conhecimentos sobre o processo saúde-doença para além do saber biomédico, o ACS deve desenvolver habilidades de interação com a comunidade e também com a equipe de saúde (NUNES et al., 2002).

O investimento na formação e capacitação dos ACS pode propiciar um maior equilíbrio e interação entre os diferentes sujeitos integradores da equipe de saúde, constituindo-se como um elemento facilitador na construção do projeto assistencial comum da equipe da ESF (SILVA; TRAD, 2005).

O Ministério da Saúde (MS) instituiu em 28 de novembro de 2000, pela Portaria nº 1.298, a Rede de Escolas Técnicas e Centros Formadores vinculadas às instâncias das demandas do SUS (RET-SUS), objetivando compartilhar informações e conhecimento, buscar soluções para problemas de interesse comum e difundir metodologias e recursos tecnológicos, promovendo a articulação das instituições formadoras de trabalhadores de nível médio em saúde no país para ampliar a capacidade de atuação no SUS.

A portaria nº 2.970, de 25 de novembro de 2009 dispõe sobre as diretrizes para a organização das RET-SUS. Muitos estados que possuem as ET-SUS (Escolas Técnicas e Centros Formadores) utilizam-na para suprir a demanda de formação dos ACS.

A formação do ACS está normatizada pelo Ministério da Saúde, é desenvolvida pelos estados e financiada com recursos federais, porém, esta deve ser vista como um processo amplo, para além dos elementos formativos formais. O agente deve ser munido de elementos para a compreensão dos processos de saúde das famílias e das necessidades da população e também deve ser capaz de traduzir as necessidades da comunidade para a equipe de saúde (SILVA; TRAD, 2005).

### 3.3 Função dos ACS

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) determina as atribuições dos ACS e determina que a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde devem se unir para a identificação adequada dos problemas de saúde nos territórios e para que o planejamento de estratégias de intervenção clínicas e sanitárias sejam mais efetivas e eficazes. A política orienta que as ações dos ACS e dos Agentes de Combate às Endemias (ACE) sejam integradas.

As atribuições comuns dos ACS e ACE são: realizar diagnóstico demográfico, social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário do território; desenvolver atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos; realizar visitas domiciliares com periodicidade; monitoramento da situação das famílias e indivíduos do território; identificar e registrar situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica; realização de bloqueio de transmissão de doenças infecciosas e agravos; orientar a comunidade sobre sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva; identificar casos suspeitos de doenças e agravos, encaminhar os usuários para a unidade de saúde de referência, registrar e comunicar o fato à autoridade de saúde responsável pelo território; informar e mobilizar a comunidade para desenvolver medidas de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores; conhecer o funcionamento das ações e serviços do seu território e orientar as pessoas quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; estimular a participação da comunidade nas políticas públicas; identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais; e exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal (BRASIL, 2017).

As atribuições específicas do ACS são: trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica vigente; utilizar instrumentos para a coleta de informações que apoiem no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade; registrar, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantido o sigilo ético; desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população; informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados; participar dos processos de regulação no que diz respeito a agendamentos ou desistências de consultas e

exames solicitados; exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal (BRASIL, 2017).

Algumas atividades poderão ser consideradas como atribuições do Agente Comunitário de Saúde, se realizadas em caráter de excepcionalidade, assistidas por um profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, após treinamento específico e fornecimento de equipamentos adequados, em sua base geográfica de atuação, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência. Nessas circunstâncias poderão ser realizadas as seguintes atividades: aferição da pressão arterial; medição da glicemia capilar para o acompanhamento dos casos diagnosticados de diabetes mellitus, aferição da temperatura axilar durante a visita domiciliar, realização de técnicas limpas de curativo com água corrente ou soro fisiológico e cobertura estéril; e orientação e apoio, em domicílio, para a correta administração da medicação do paciente em situação de vulnerabilidade (BRASIL, 2017).

Também estão descritas na PNAB as atribuições que são comuns a todos os membros da equipe de ESF, dentre eles o ACS, que dizem respeito à territorialização, cadastro dos usuários, cuidado integral e longitudinal, acolhimento, uso de sistema de informações, acionamento das Redes Assistenciais de Saúde, gestão das filas, execução de medidas de segurança do paciente, busca ativa, notificação dos agravos compulsórios, visitas domiciliares, gerenciamento de insumos, controle social e acompanhamento do Programa Bolsa Família (BRASIL, 2017).

Segundo Silva e Trad (2005) o ACS informa à população os modos de fazer estabelecidos pelo SUS e, por outro lado, oferece aos profissionais de saúde elementos-chave para a compreensão dos problemas de saúde das famílias e necessidades da população. A assistência construída baseada nessas informações torna-se mais próxima das necessidades dos usuários.

Fica evidente o duplo papel do ACS, que deve fornecer subsídios para que a comunidade utilize os serviços prestados pelo SUS e munir a equipe de saúde de informações sobre a comunidade para que a assistência seja realizada da melhor forma (NUNES et al. 2002). Os ACS vivem na comunidade onde trabalham, portanto, comunicam-se em dois sentidos, em direção à comunidade e em direção à equipe de saúde (LAVOR; LAVOR; LAVOR, 2004).

## **4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

### **4.1 Tipologia de Pesquisa**

Essa pesquisa se caracterizou como quantitativa-qualitativa, descritiva, analítica e longitudinal, através da coleta e análise de dados secundários de cunho documental, utilizando fontes ou documentos escritos e registrados em base de dados públicos e de livre acesso.

Segundo Minayo (2002) a abordagem quantitativa apresenta a objetividade como um importante fator para determinar a realidade social, enquanto o método qualitativo aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, o que não é captável por equações, médias e estatísticas. Os dados quantitativos e qualitativos não se opõem, ao contrário, se complementam, pois, a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia.

Segundo Gil (2002), as pesquisas descritivas têm por objetivo estudar as características de um grupo, levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma população. Também são consideradas pesquisas descritivas aquelas que objetivam descobrir a existência de associações entre diferentes variáveis, apresentando dados ou fenômenos, mas sem explicá-los (ANDRADE, 2014).

A pesquisa analítica está direcionada para a identificação do fator causal associado à um fenômeno enquanto os estudos analíticos procuram investigar a correlação entre variáveis, buscam especificar o grau pelo qual diferentes variáveis estão relacionadas, com vistas a entender o modo pelo qual as variáveis estão operando (ANDRADE, 2011).

As variáveis analisadas foram: o número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em cada macrorregião do estado do Rio Grande do Sul, as quais foram comparadas entre si para determinar as diferenças entre cada macrorregião no que diz respeito a implementação ao longo do tempo do Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

### **4.2 População e Amostra**

O presente estudo usou o indicador Cobertura dos Agentes Comunitários de Saúde do estado do Rio Grande do Sul, que apresenta o número de profissionais cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

### **4.3 Procedimentos e Instrumentos de Coleta de Dados**

Os dados foram retirados do Departamento de Atenção Básica e no Portal *Business Intelligence* Gestor Municipal, sendo pesquisado o indicador referente à Cobertura dos Agentes Comunitários de Saúde, nos anos de 2010 a 2018, em cada macrorregião do estado do Rio Grande do Sul. A coleta dos dados ocorreu nos meses de janeiro e fevereiro de 2019.

### **4.4 Organização, Apresentação e Análise dos Dados Coletados**

Os dados levantados foram analisados através de um estudo comparativo, onde as informações foram apresentadas através de tabelas e gráficos. Segundo Andrade (2014), os gráficos e tabelas são formas não discursivas de apresentar informações cujo dado numérico é destacado como central. Essas ferramentas foram utilizadas neste estudo pois, facilitam a análise e comparação dos resultados e, permitem uma melhor compreensão dos achados da pesquisa.

A partir da análise dos dados dispostos nos gráficos e tabelas foi possível quantificar o número de ACS do estado do Rio Grande do Sul, conforme a quantidade populacional. Esses dados serviram de base para o acompanhamento da evolução da cobertura do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no Rio Grande do Sul no período pesquisado. A análise por macrorregiões, permitiu identificar quais regiões investiram no PACS, fornecendo informações que facilitaram a análise da implementação do programa no estado do Rio Grande do Sul.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 Resultados

Os indicadores são tentativas de estabelecer expressões numéricas como forma de aproximação da realidade, são utilizados para expressar uma informação. Na área da saúde, podem ser utilizados como formas de expressar o desempenho do sistema. No presente trabalho foram apresentados dados referentes ao indicador de saúde Cobertura dos Agentes Comunitários de Saúde, esse indicador expressa como o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) está se desenvolvendo no território do Rio Grande do Sul (RS) (BRASIL, 2008).

Os indicadores de saúde utilizados no RS foram pactuados pela Comissão Intergestores Tripartite através da resolução CIT nº 8, de 24 de novembro de 2016 que dispõe sobre o processo de pactuação interfederativa de indicadores para o período 2017-2021, relacionados a prioridades nacionais em saúde (BRASIL, 2016).

O *site* Portal *Business Intelligence* Gestor Municipal (Portal BI) dispõe para consulta popular os indicadores de saúde pactuados no RS, eles se referem à Atenção Básica, Infecções Sexualmente Transmissíveis, Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar, Imunizações, Doenças Crônicas Não-Transmissíveis, Eventos Vitais e Violência Interpessoal/Suicídio (RIO GRANDE DO SUL, 2019).

No Portal BI, os indicadores específicos da Atenção Básica podem ser acompanhados por período e pelos quatro níveis de localidade: Macrorregiões de Saúde, Coordenadorias Regionais de Saúde, Regiões de Saúde e Municípios. Para cada indicador há a possibilidade de visualizar a série histórica atual e mensal, os valores absolutos e por períodos selecionados (RIO GRANDE DO SUL, 2019).

Nos subcapítulos seguintes serão apresentados os dados retirados do Portal BI referentes ao indicador Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde.

#### 5.1.1 Quantia da população residente e a população coberta pelo Programa dos Agentes Comunitários de Saúde no estado do Rio Grande do Sul

A tabela 1, localizada abaixo, apresenta dados referentes ao número de pessoas que residem em cada macrorregião do Rio Grande do Sul do ano de 2010 a 2012 e, mostra o



número de pessoas que são assistidas pelo Programa dos Agentes Comunitários de Saúde no mesmo período.

**Tabela 1 - Número de pessoas residentes (R) e número de pessoas que são cobertas (C) pelo PACS no Rio Grande do Sul de 2010 a 2012**

	2010		2011		2012	
	R	C	R	C	R	C
Centro-Oeste	1.026.138	249.100	1.006.285	259.522	1.005.303	264.538
Metropolitana	4.754.914	973.601	4.636.762	1.022.509	4.661.548	1.086.450
Missioneira	905.359	594.230	888.022	620.066	885.953	643.591
Norte	1.237.380	744.457	1.205.511	733.325	1.206.657	774.486
Serra	1.065.782	342.634	1.076.801	346.296	1.087.931	350.583
Sul	1.053.318	316.869	1.027.714	339.988	1.029.152	375.181
Vales	871.237	322.012	852.834	321.638	856.226	351.920
<b>Total:</b>	<b>10.914.128</b>	<b>3.542.903</b>	<b>10.693.929</b>	<b>3.643.344</b>	<b>9.995.421</b>	<b>4.584.097</b>

Fonte: elaborada pela autora com base nos dados do Portal BI, 2019.

Abaixo, encontra-se a tabela 2, que mostra os dados referentes ao número de pessoas que residem em cada macrorregião do Rio Grande do Sul e o número de pessoas que são assistidas pelo Programa dos Agentes Comunitários de Saúde do ano de 2013 a 2015.

**Tabela 2 - Número de pessoas residentes (R) e número de pessoas que são cobertas (C) pelo PACS no Rio Grande do Sul de 2013 a 2015**

	2013		2014		2015	
	R	C	R	C	R	C
Centro-Oeste	1.004.368	281.390	1.038.776	389.183	1.039.343	533.995
Metropolitana	4.685.571	1.239.853	4.860.697	1.615.265	4.885.445	1.785.895
Missioneira	884.001	650.763	913.667	736.776	913.266	729.565
Norte	1.207.884	792.740	1.250.377	845.910	1.252.803	857.770
Serra	1.101.305	384.098	1.142.413	423.610	1.152.210	451.888
Sul	1.030.554	399.562	1.067.081	476.115	1.069.502	519.404
Vales	859.498	347.254	891.032	410.524	894.705	452.714
	10.773.181	4.095.660	11.164.043	4.897.383	11.207.274	5.331.231

Fonte: elaborada pela autora com base nos dados do Portal BI, 2019.

Na tabela que se segue abaixo, número 3, estão disponíveis os dados referentes aos anos de 2016 a 2018, sobre o número de pessoas que residem em cada macrorregião do Rio Grande do Sul e o número de pessoas que são assistidas pelo Programa dos Agentes Comunitários de Saúde.

**Tabela 3 - Número de pessoas residentes (R) e número de pessoas que são cobertas (C) pelo PACS no Rio Grande do Sul de 2016 a 2018**

	2016		2017		2018	
	R	C	R	C	R	C
Centro-Oeste	1.039.876	541.044	1.040.384	525.973	1.040.859	498.510
Metropolitana	4.908.734	1.829.060	4.930.780	1.822.767	4.951.606	1.895.755
Missioneira	912.888	757.452	912.530	761.989	912.190	788.402
Norte	1.255.091	852.781	1.257.262	825.427	1.259.313	894.968
Serra	1.161.443	450.928	448.681	1.170.170	1.178.425	470.618
Sul	1.071.780	524.976	1.073.940	549.760	1.075.977	585.238
Vales	898.160	476.672	901.434	486.359	904.525	599.177
	11.247.972	5.432.913	10.565.011	6.142.445	11.322.895	5.732.668

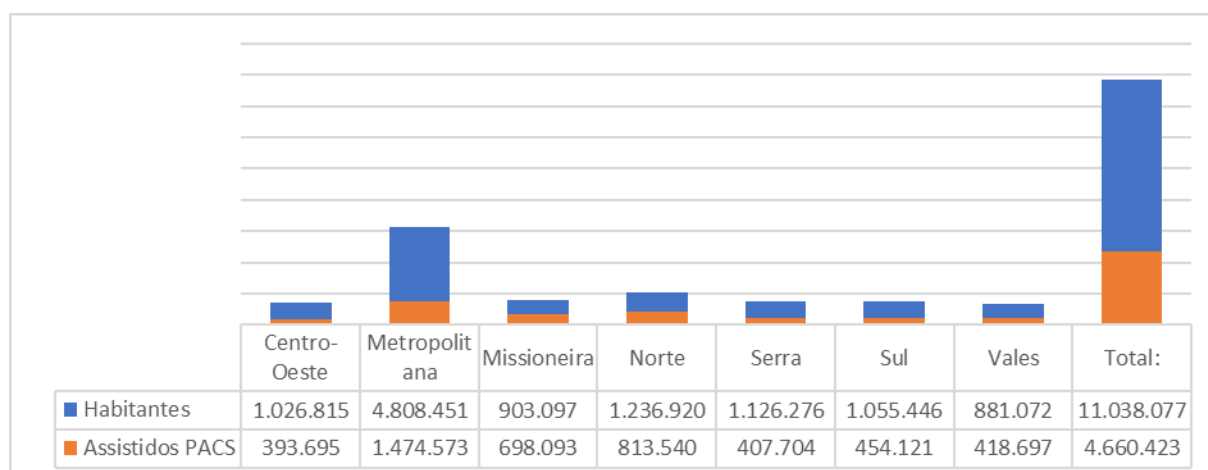
Fonte: elaborada pela autora com base nos dados do Portal BI, 2019.

No ano de 2010, ano inicial de análise, a população residente do estado do Rio Grande do Sul era de 10.914.128 e o número de pessoas assistidas pelo Programa dos Agentes Comunitários de Saúde eram de 3.542.903, representando 32,46% de cobertura do PACS.

Em 2018, os dados apresentaram aumento tanto no número de gaúchos, quanto no número de assistidos pelo PACS, os residentes do Rio Grande do Sul eram de 11.322.895, desses, 5.732,668 cobertos pelo programa dos Agentes Comunitários de Saúde, passando para uma porcentagem de 48,95%.

Os dados referentes a média dos habitantes e assistidos pelo PACS do ano de 2010 ao ano de 2018 estão apresentados no gráfico abaixo:

**Gráfico 1 – Média dos habitantes e assistidos pelo PACS do ano de 2010 a 2018**



Fonte: elaborado pela autora com base nos dados do Portal BI, 2019.

Quando comparados o ano de início da coleta de dados, 2010, e o ano final, 2018, houve um crescimento de 408.797 pessoas residentes no Rio Grande do Sul, enquanto as assistidas pelo PACS aumentaram 2.189.765 pessoas.

### **5.1.2 População assistida pelo PACS**

Na tabela abaixo, número 4, há a apresentação das porcentagens de cobertura do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde do ano de 2010 a 2018, separadas pelas macrorregiões do Rio Grande do Sul.

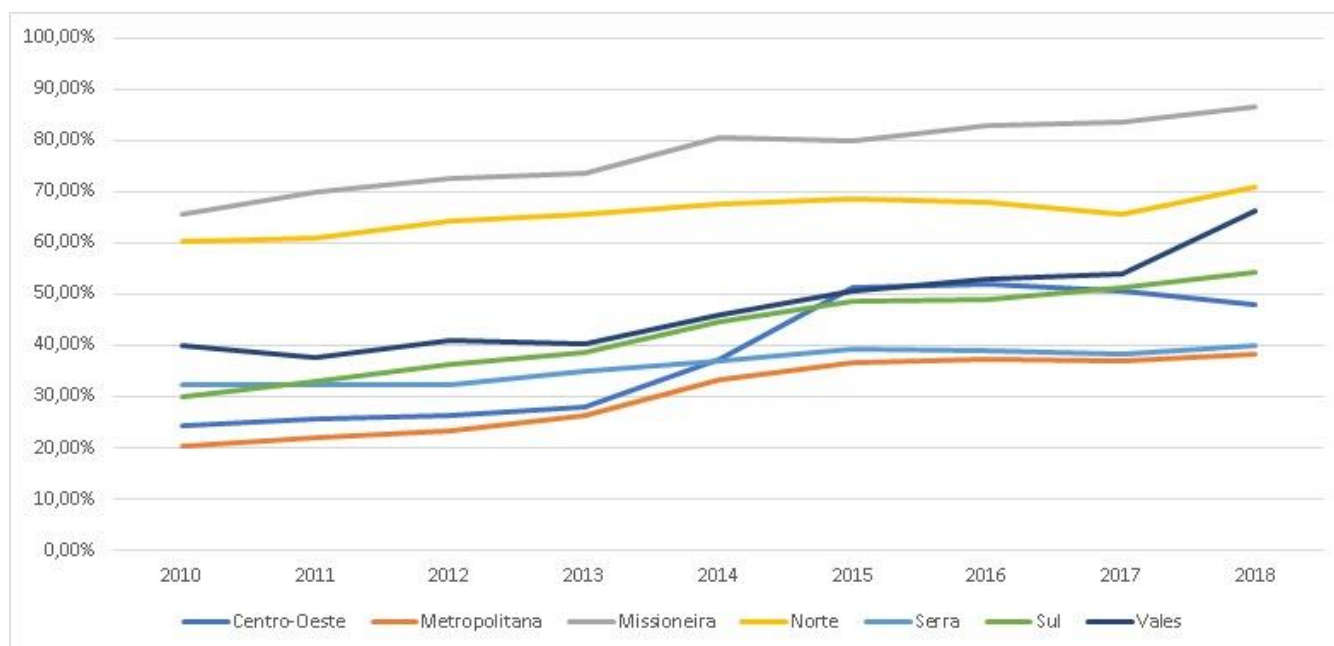
Abaixo, encontra-se representação gráfica dos dados apresentados na tabela 4.

**Tabela 4 - Porcentagem de Cobertura do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde do ano de 2010 a 2018 em cada macrorregião do Estado do Rio Grande do Sul**

<b>Região</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Centro-Oeste	24,28%	25,79%	26,31%	28,02%	37,47%	51,38%	52,03%	50,56%	47,89%
Metropolitana	20,48%	22,05%	23,31%	26,46%	33,23%	36,56%	37,26%	36,97%	38,29%
Missioneira	65,63%	69,83%	72,64%	73,62%	80,64%	79,89%	82,97%	83,50%	86,43%
Norte	60,16%	60,83%	64,18%	65,63%	67,65%	68,47%	67,95%	65,65%	71,07%
Serra	32,15%	32,16%	32,22%	34,88%	37,08%	39,22%	38,82%	38,34%	39,94%
Sul	30,08%	33,08%	36,46%	38,77%	44,62%	48,57%	48,98%	51,19%	54,39%
Vales	39,96%	37,71%	41,10%	40,40%	46,07%	50,60%	53,07%	53,95%	66,24%

Fonte: elaborada pela autora com base nos dados do Portal BI, 2019.

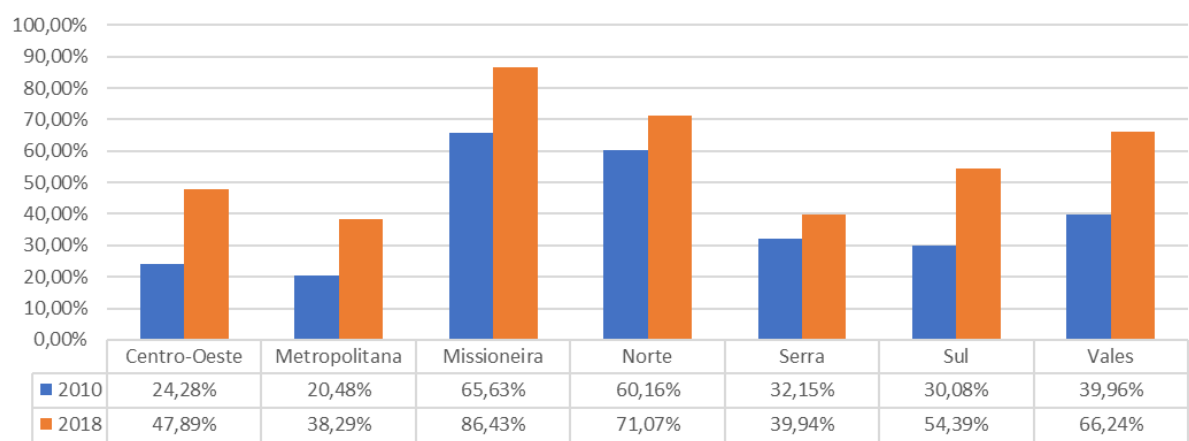
**Gráfico 2 – Porcentagem de cobertura do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde do ano de 2010 a 2018 em cada macrorregião do estado do Rio Grande do Sul**



Fonte: elaborado pela autora com base nos dados do Portal BI, 2019.

O gráfico número 2, abaixo do texto, mostra as porcentagens de cobertura do PACS somente dos anos 2010 e 2018.

**Gráfico 3 – Porcentagem de cobertura do PACS de 2010 e 2018**



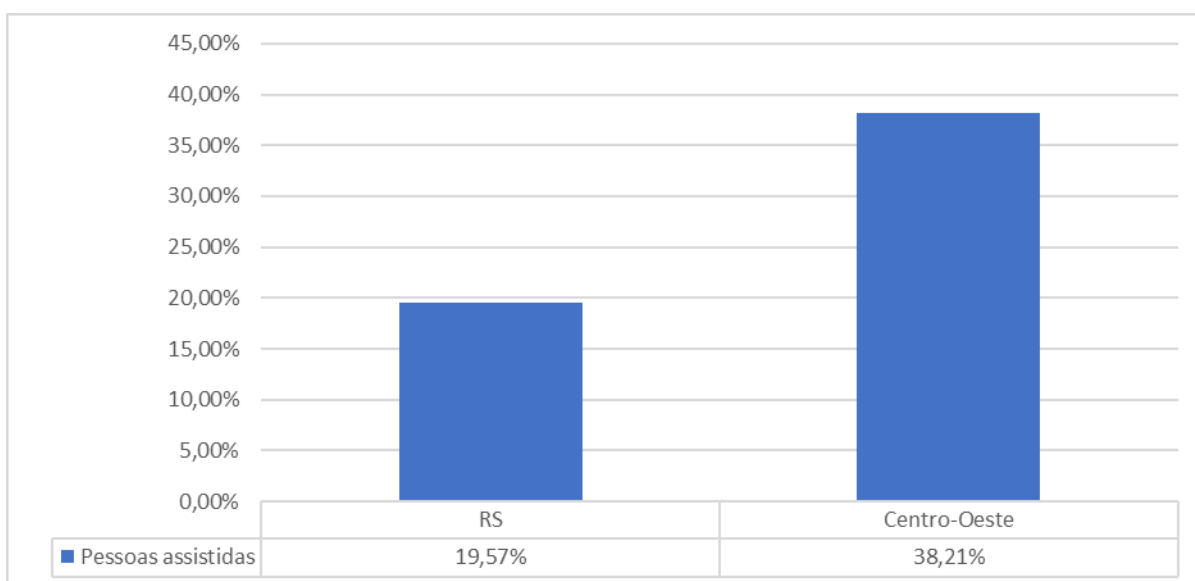
Fonte: elaborado pela autora com base nos dados do Portal BI, 2019.

A média da população assistida pelo PACS no RS no período analisado foi de 48,34%, dado este que aponta que o estado do Rio Grande do Sul necessita aumentar a cobertura do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde.

### 5.1.3 Diferenças na implementação do programa entre as macrorregiões do estado do Rio Grande do Sul

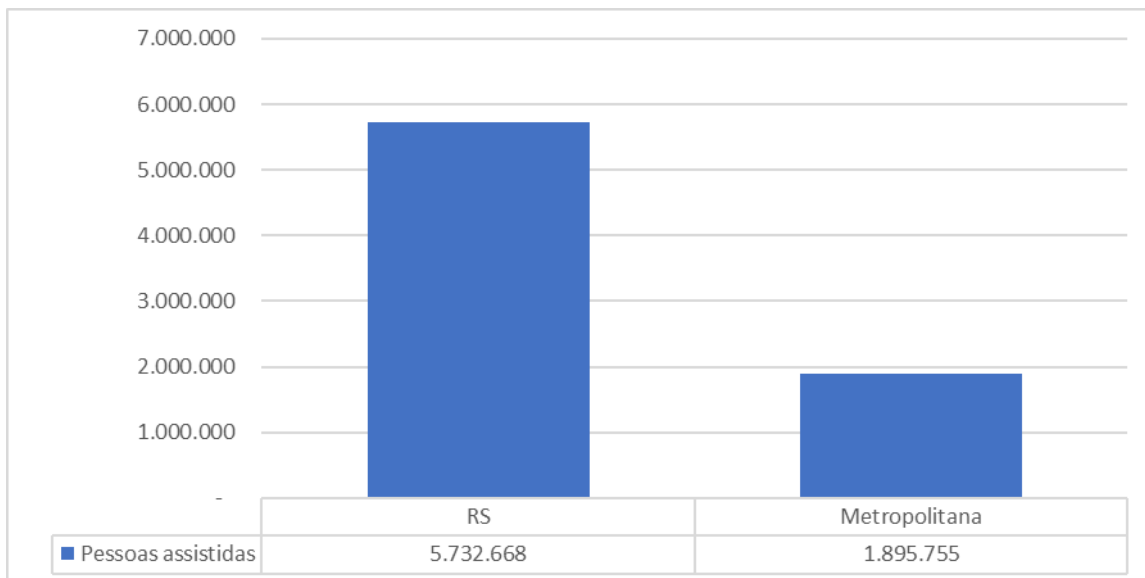
A região Centro-Oeste possui uma média de 1.026.815 habitantes no período analisado e a população assistida pelo PACS são 393.695 pessoas. Nessa região, é possível observar o maior crescimento de pessoas cobertas no ano de 2014 quando comparado à 2013, enquanto o estado do RS teve um crescimento total de 19,57%, o Centro-Oeste teve um crescimento de 38,31%, quase repetindo esse percentual em 2015, quando cresceu 37,21%. Seguem os dados relevantes da região no gráfico abaixo:

**Gráfico 4 – Porcentagem de pessoas assistidas pelo PACS na região Centro-Oeste no ano de 2014**



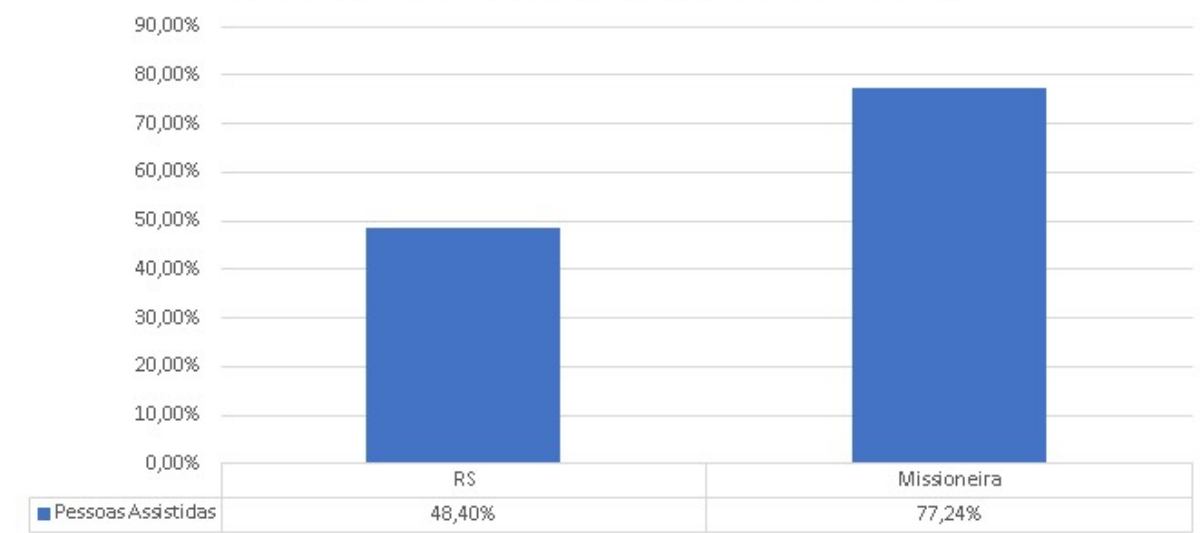
Fonte: elaborado pela autora com base nos dados do Portal BI, 2019.

Na região Metropolitana observa-se uma média de 4.808.451 habitantes, é a maior região no que diz respeito ao número de pessoas residentes. Ao analisar os gráficos, o ano de 2018 destaca-se, pois apresenta o maior número de pessoas cobertas do período, representando um total de 33,07% do estado do Rio Grande do Sul nessa região. Seguem os dados relevantes da região no gráfico abaixo:

**Gráfico 5 – Porcentagem de pessoas assistidas pelo PACS na região Metropolitana no ano de 2018**

Fonte: elaborado pela autora com base nos dados do Portal BI, 2019.

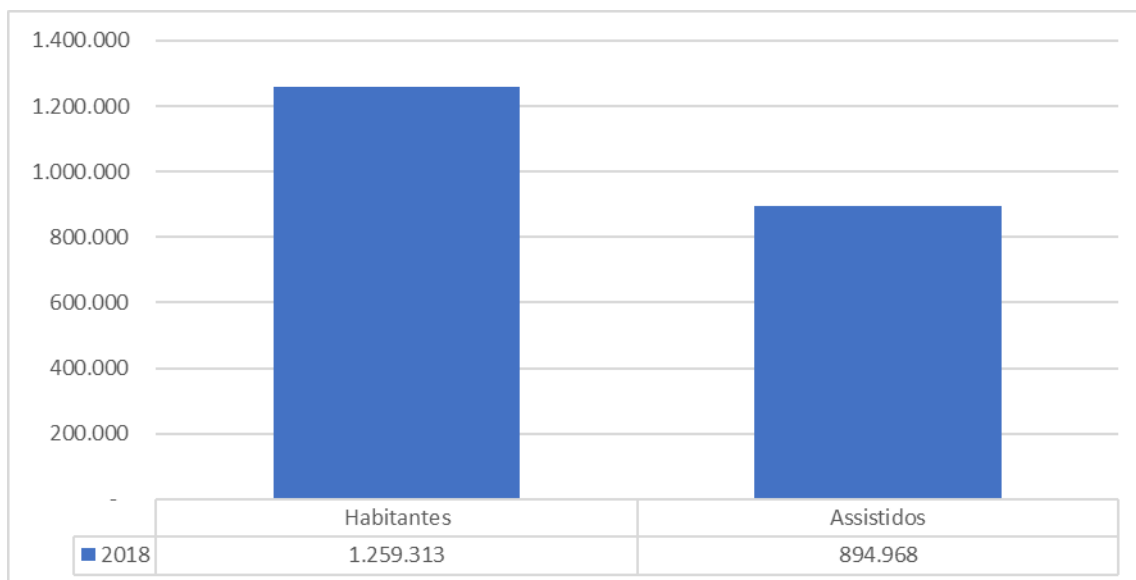
A região Missioneira, sempre teve o maior número de pessoas cobertas comparada com as demais regiões, uma média de 77,24% da região é coberta pelo PACS, a média do estado do RS é de 48,40%. No ano de 2018, 86,43% dos residentes estavam assistidos pelos Agentes Comunitários de Saúde. A média de habitantes dessa região é de 903.07 no período analisado e 698.093 pessoas estavam assistidas pelo PACS. Seguem os dados relevantes da região no gráfico abaixo:

**Gráfico 6 – Média de pessoas assistidas pelo PACS no RS e na região Missioneira**

Fonte: elaborado pela autora com base nos dados do Portal BI, 2019.

O Norte, é a segunda maior região em número de moradores, apresenta uma média de 11,21% dos residentes do estado, e a segunda melhor cobertura, com uma média de 65,73%. No ano de 2018, estava com 1.259.313 residentes e 894.968 cobertos, ou seja, 71,07% dos residentes cobertos pelo programa dos Agentes Comunitários de Saúde. Seguem os dados relevantes da região no gráfico abaixo:

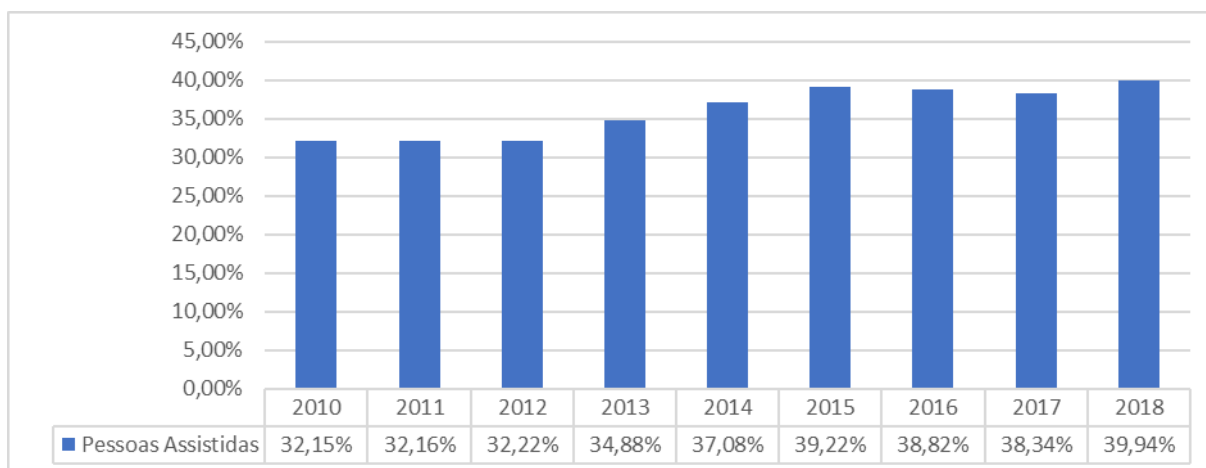
**Gráfico 7 – Média de pessoas assistidas pelo PACS na região Norte no ano de 2018**



Fonte: elaborado pela autora com base nos dados do Portal BI, 2019.

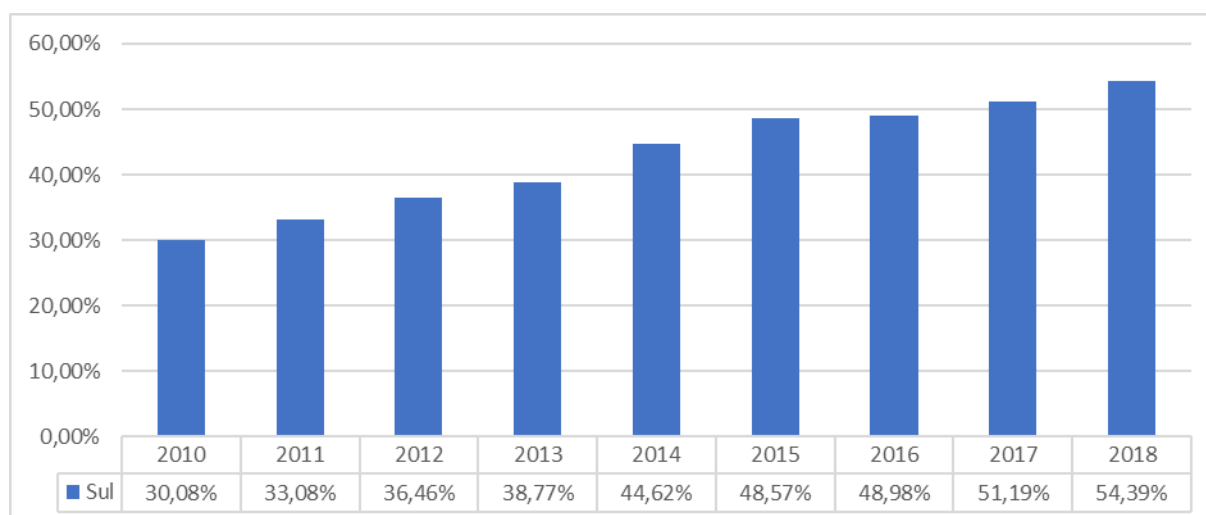
A região da Serra é o terceiro maior em número de residentes, uma média de 10,20% dos residentes do estado, mas apresenta a pior cobertura quando comparada à todas as outras macrorregiões por apresentar uma média de 36,09% dos residentes cobertos. No ano de 2018 atingiu sua melhor marca, atingindo um total de 39,94% da população coberta. Seguem os dados relevantes da região no gráfico abaixo:



**Gráfico 8 – Porcentagem de pessoas assistidas pelo PACS na região Serra do ano de 2010 a 2018**

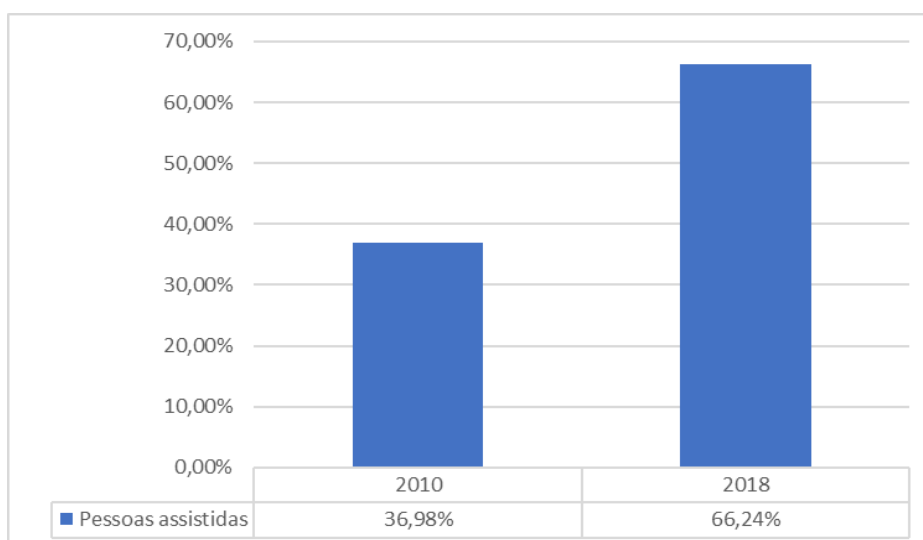
Fonte: elaborado pela autora com base nos dados do Portal BI, 2019.

O Sul é a quarta macrorregião relacionada ao número de moradores e ao longo do período analisado apresentou crescimento na abrangência dos residentes cobertos pelo PACS. No ano de 2017 passou a marca dos 50% cobertos, e fechou o ano de 2018 em 54,39% de residentes cobertos. A média de moradores no período é de 1.126.276 e os cobertos pelos ACS 407.704. Seguem os dados relevantes da região no gráfico abaixo:

**Gráfico 9 – Porcentagem de pessoas assistidas pelo PACS na região Sul do ano de 2010 a 2018**

Fonte: elaborado pela autora com base nos dados do Portal BI, 2019.

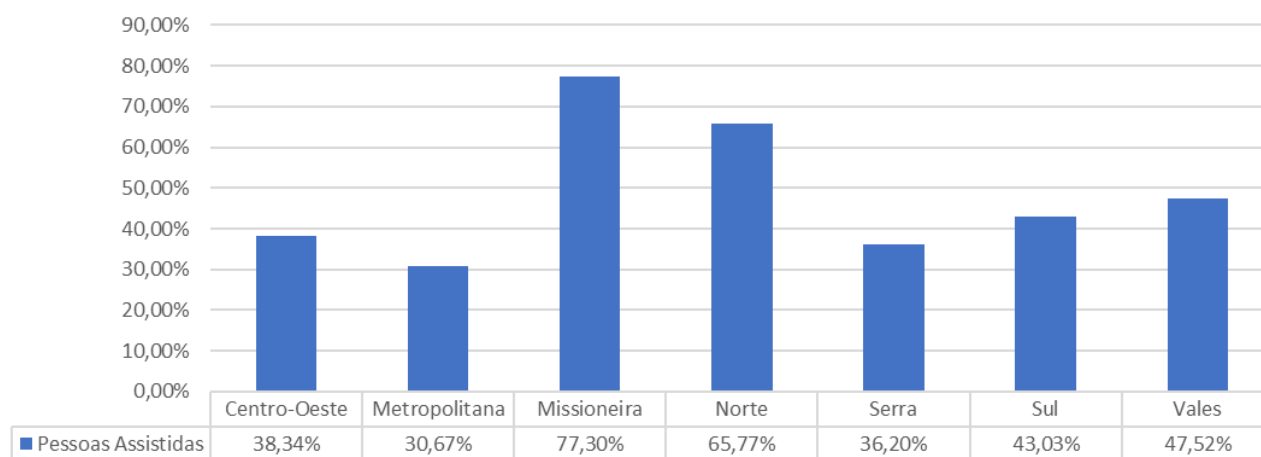
A região dos Vales, ao longo de 8 anos, quase dobrou o percentual de cobertos na região, de 36,96% em 2010 para 66,24% em 2018, e o número de residentes teve um aumento médio de 0,48% na região, ou seja, o número de moradores da macrorregião não acompanhou o aumento da cobertura do PACS. Seguem os dados relevantes da região no gráfico abaixo:

**Gráfico 10 – Porcentagem de pessoas assistidas pelo PACS na região Vales do ano de 2010 e 2018**

Fonte: elaborado pela autora com base nos dados do Portal BI, 2019.

O estado do Rio Grande do Sul tem uma média superior a 11 milhões de residentes, nos oito anos analisados. Destaca-se o ano de 2014, quando ocorreu um aumento populacional de 3,5% em relação a 2015 e um crescimento de 16,37% de população coberta pelo PACS nesse mesmo período. Nesse mesmo ano, o número de pessoas cobertas superou o número de residentes da região metropolitana, com um percentual de 43,87% de habitantes assistidos pelos ACS, é o mesmo que dizer que somente os moradores da região metropolitana tem cobertura.

Abaixo, está o gráfico número 4, que apresenta a média de pessoas assistidas pelo Programa dos Agentes Comunitários de Saúde no período analisado.

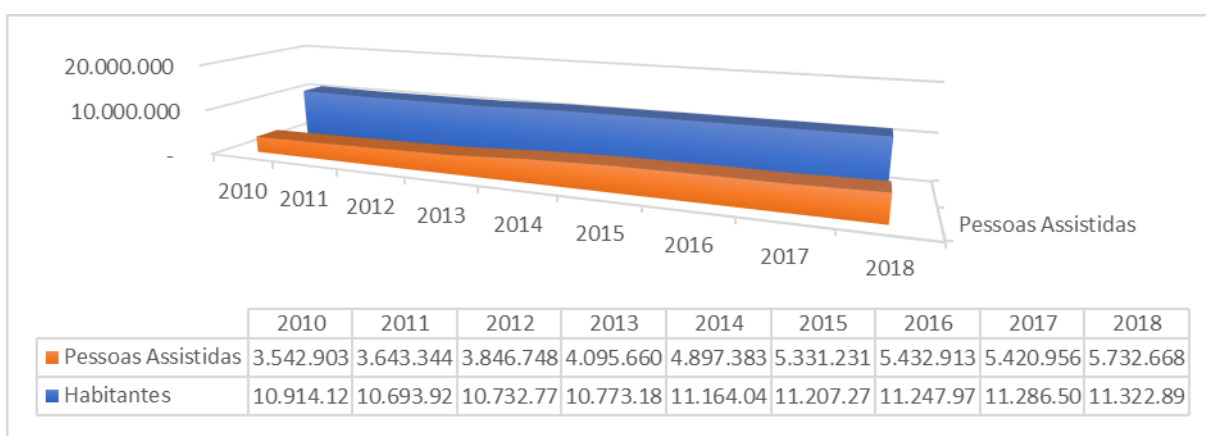
**Gráfico 11 – Média de pessoas assistidas pelo PACS nas macrorregiões do RS**

Fonte: elaborado pela autora com base nos dados do Portal BI, 2019.

As diferentes macrorregiões do estado do RS apresentam diferenças significativas na implementação do programa, variando de 30,51 (Metropolitana) à 77,24% (Missioneira), o que se deve às diferenças entre cada região. As regiões são bastante diferenciadas em virtude de terem diferentes colonizações, perfis produtivos, economias e culturas distintas.

A cobertura do Programa de Agentes Comunitários de Saúde no período de 2010 a 2018 foi irregular entre as macrorregiões, porém cresceu de forma gradual ao longo do período analisado como pode ser observado no gráfico abaixo:

**Gráfico 12 – Número de habitantes e pessoas assistidas no RS no ano de 2010 a 2018**



Fonte: elaborado pela autora com base nos dados do Portal BI, 2019.

## 5.2 Análise da evolução da cobertura do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde do ano 2010 até 2018 no estado do Rio Grande do Sul

A pesquisa realizada por Neves et al. (2018) analisou a Tendência Temporal da Cobertura da Estratégia de Saúde da Família no Brasil, regiões e Unidades da Federação e apresenta dados referentes a porcentagens de cobertura Estratégia de Saúde da Família. Entre os anos de 2006 e 2016 as coberturas passaram de 45,3% a 64% no país, tendo um aumento de 18,7%, com uma variação anual de 8,4%, revelando uma tendência crescente de cobertura no Brasil. A região Sul, apresentou crescimento de 22,4%, estando em segundo lugar, perdendo para o Norte, onde o PACS cresceu 22,7%. No estado do Rio Grande do Sul apresenta o programa cresceu 16,4% (NEVES et al., 2018).

Os dados encontrados na presente pesquisa referem-se apenas ao estado do Rio Grande do Sul onde também foi identificado crescimento ao longo dos anos. Em 2010 a

cobertura do PACS foi de 32,46% e passou para 49,85%, apresentando um crescimento de 17,39%, estando, portanto, similar a variação encontrada por Neves et al. (2018).

Malta et al. (2016) em sua pesquisa sobre a cobertura da estratégia de Saúde da Família no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) no ano de 2013 apresenta que o número de pessoas moradoras cadastradas em Unidades de Estratégia de Saúde da Família é de 56,2% no Brasil, no Rio Grande do Sul a porcentagem foi de 49,05%.

Na presente pesquisa, no ano de 2013 a porcentagem de pessoas assistidas pelo PACS foi de 38,02%, demonstrando diferença entre os dados encontrados na PNS e disponibilizados pelo estado do RS talvez porque a pesquisa de Malta et al. trabalhou em sua pesquisa apenas com dados referidos não revelando exatidão do número de assistidos pelos ACS.

## 6 CONCLUSÃO

O Programa dos Agentes Comunitários de Saúde foi instituído no Brasil como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial na área da saúde, objetivando aproximar a comunidade dos serviços de saúde comunitária através das ações dos Agentes Comunitários de Saúde com visitas domiciliares e ações de prevenção de doenças e promoção da saúde.

O indicador Cobertura dos Agentes Comunitários de Saúde foi pactuado no estado do Rio Grande do Sul e integra o grupo dos indicadores específicos da Atenção Básica. O presente trabalho analisou este indicador, para acompanhar a evolução da cobertura dos Agentes Comunitários de Saúde do ano de 2010 a 2018 através de uma pesquisa quantitativa-qualitativa, descritiva com a coleta e análise de dados secundários de cunho documental.

A análise dos dados apontou um crescimento de 16,49% de cobertura dos Agentes Comunitários de Saúde ao longo dos anos analisados pela pesquisa e as macrorregiões do estado apresentaram diferenças na implementação do programa, com uma variação de 46,73%. A implementação do programa dos Agentes Comunitários de Saúde no Estado do Rio Grande do Sul vem acontecendo de forma gradual e irregular.

Alguns desafios referentes ao Programa dos Agentes Comunitários de Saúde podem ser elencados, como a sensibilização dos gestores para adesão ao programa da Estratégia de Saúde da Família em seus municípios e a valorização e visibilidade do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde através de programas de monitoramento e avaliação.

Ao longo da pesquisa foi percebida uma carência de estudos sobre a cobertura e efetividade do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde, sugere-se mais pesquisas relacionadas à avaliação da implementação dos programas instituídos na Atenção Básica que se relacionam ao PACS.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Sonia Maria Oliveira de. **A pesquisa científica em saúde: concepção e execução/ 4. ed.** elaborado por Sonia Maria Oliveira de Andrade – Campo Grande – MS, 2011. 160p. – (Caderno de Estudo). Metodologia científica I.
- ASSIS, Marluce M. A. et al. Atenção Primária à Saúde e sua articulação com a Estratégia de Saúde da Família: construção política, metodológica e prática. **Revista APS**, v.10, n. 2, p. 189-199, jul/dez. 2007.
- BRASIL. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução CIT nº 8 de 24 de novembro de 2016.**
- BRASIL. **Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006.**
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2012.**
- BRASIL. **Portaria nº 1.298, de 28 de novembro de 2000.**
- BRASIL. **Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017.**
- BRASIL. **Portaria nº 2.970, de 25 de novembro de 2009.**
- BRASIL. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações.** Brasília: 2008, 349 p.
- BRASIL, Ministério da saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília, (DF): 1997. 36 p.
- GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 2002.
- GOMES, Karine de Oliveira ; Cotta, R. Minardi. M. ; Mitre, Sandra M. ; BATISTA, Rodrigo Siqueira ; CHERCHIGLIA, M. - O Agente Comunitário de Saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. **Physis (UERJ. Impresso)**, v. 20, p. 1143-1164, 2010.
- CHERCHIGLIA, Mariângela L. O agente comunitário de saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1143-1164, 2010.
- KLUTHCOVSKY, Ana C. G. C.; TAKAYANAGUI, Ângela M. M. O agente comunitário de Saúde: uma revisão de literatura. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.6, n. 14, p. 145-151, nov/dez. 2006.
- LAVRAS, Carmen. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.
- LAVOR, Antonio C. H.; LAVOR, Miria C.; LAVOR, Ivan C. Agente comunitário de saúde: um novo profissional para novas necessidades da saúde. **SANARE: Revista de Políticas Públicas**, Sobral, n. 1, p. 121-128, jan./fev./mar. 2004.
- LIMA, Patrícia V. P. S., et al. **O Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e os indicadores de saúde da família no Estado do Ceará.** Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará. Disponível em: <[http://www2.ipece.ce.gov.br/encontro/artigos\\_2008/26.pdf](http://www2.ipece.ce.gov.br/encontro/artigos_2008/26.pdf)>. Acesso em: 20 mai. 2018.
- MACIAZEKI-GOMES, Rita C.; SOUZA, Carolina D.; BAGGIO, L.; WACHS, F. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1637-1645, 2016.

MENEZES, Clarissa A. F. **Agente Comunitário de Saúde**. Observatório dos técnicos em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Departamento de Atenção Básica**. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaACS.xhtml>>. Acesso em: 20 mai. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. **Estratégia de Saúde da Família**. Disponível em: < [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_esf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php)>. Acesso em: 20 set. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. Nota metodológica. Disponível em: <[https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/nota\\_tecnica/nota\\_metodologica\\_ACS.pdf](https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/nota_tecnica/nota_metodologica_ACS.pdf)>. Acesso em: 20 mai. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. **Programa Agentes Comunitários de Saúde – PACS**. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2018.

NEVES, Rosalia Garcia et al. Tendência Temporal da cobertura da Estratégia de Saúde da Família no Brasil, regiões e Unidades da Federação. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 3, p. 1-8, set. 2018.

NUNES, Mônica de Oliveira et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.6, n. 18, p. 1639-46, nov./dez. 2002.

RIO GRANDE DO SUL. **Departamento de Atenção Básica**. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php)>. Acesso em: 20 mai. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. **Portal BI Gestor Municipal**. Disponível em: <<http://bipublico.saude.rs.gov.br/index.htm>>. Acesso em: 28 abr. 2019.

RODRIGUES, Ana A. A. O.; SANTOS, Adriano M.; ASSIS, Marluce, Maria A. Agente comunitário de saúde: sujeito da prática em saúde bucal em Alagoinhas, Bahia. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 15, p. 907-15, 2010.

VIANA, Ana L. D.; POZ, Mario R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família, **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n. 2, p. 11-48, 2005.

OLIVEIRA, Isabel F.; SILVA Fabiana L.; YAMAMOTO, Oswaldo H. A psicologia no Programa de Saúde da Família (PSF) em Natal: espaço a ser conquistado ou um limite da prática psicológica? **Aletheia**, Natal, n. 25, p. 5-19, jan./fev. 2007.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial da Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários - Agora mais que nunca**. Genebra: OMS, 2008.

SANTIAGO. Laura G. P. Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde. Núcleo de Atenção Primária à Saúde. **Evolução do Programa Saúde da Família no Estado do Ceará, no período de 1994 a 2007**. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/eventos/mostra/mr/ok15h\\_laura\\_gilvanir\\_mr.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/eventos/mostra/mr/ok15h_laura_gilvanir_mr.pdf)>. Acesso em: 20 mai. 2018.>. Acesso em: 20 set. 2018.

SANTOS, Karina T. S. Agente Comunitário de Saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família? **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.16, supl. 1, p.1023-1028, 2011.

SILVA, Ieda Z. Q. J.; TRAD, Leny A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais, *Interface – Comunic., Saúde*, Botucatu, v.9, n.16, p.25-38, set./fev. 2005.

UNICEF. **Cuidados primários de saúde: 30 anos desde Alma-Ata**. Disponível em: <[https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/nota\\_tecnica/nota\\_metodologica\\_ACS.pdf](https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/nota_tecnica/nota_metodologica_ACS.pdf)>. Acesso em: 20 mai. 2018.>. Acesso em: 20 set. 2018.

UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL. **Acervo de recursos Educacionais em Saúde**. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/2996>>. Acesso em: 20 set.